

Lars Nord Holmer

Sykehuslegenes syn på samhandlingen med allmennlegetjenesten

Masteroppgave i Statsvitenskap

Veileder: Pål Erling Martinussen

Juni 2021

Lars Nord Holmer

Sykehuslegenes syn på samhandlingen med allmennlegetjenesten

Masteroppgave i Statsvitenskap
Veileder: Pål Erling Martinussen
Juni 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap
Institutt for sosiologi og statsvitenskap



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Denne masteroppgaven tar for seg hvordan sykehusleger i Norge opplever samhandlingen med allmennlegetjenesten og ulike utfordringer i samhandlingen før og etter innføringen av samhandlingsreformen.

Det empiriske grunnlaget for oppgaven er surveyundersøkelser som er sendt ut til et representativt utvalg av norske sykehusleger i årene 2006 og 2016. Gjennom multiple regresjonsanalyser tar oppgaven for seg hvordan sykehusleger med ulik faglig bakgrunn oppfatter samhandlingen med allmennlegetjenesten, og hvordan de oppfatter fem ulike utfordringer som et problem for samhandlingen. De fem utfordringene som blir tatt for seg i denne oppgaven er tidspress i forbindelse med utskriving, manglende mottakskapasitet i kommunene, mangelfull informasjon i henvisninger fra fastleger og for sterk spesialisering blant sykehusleger.

Oppgaven konkluderer med at sykehuslegene var mindre fornøyde med samhandlingen i 2016 sammenlignet med 2006, men det er ingen systematiske mellom de ulike avdelingene. Det konkluderes også med at utfordringene med tidspress i forhold til utskriving, manglende mottakskapasitet i kommunene og mangelfull informasjon i henvisninger fra leger er blitt et større problem, mens utfordringen om for sterk spesialisering blant sykehusleger er blitt mindre problematisk. Man ser også at leger som arbeider tettere med pasienter systematisk opplever utfordringene i samhandlingen som et større problem enn leger som ikke jobber like tett med pasienter.

Abstract

This master thesis examines how physicians in Norwegian hospitals review the co-operation with general practitioners (GPs), and how they look at different challenges in the interaction before and after the introduction of the coordination reform.

The empirical base of this master thesis is surveys sent out to a representative sample of Norwegian physicians working in hospitals in 2006 and 2016. Through multiple regression analysis the thesis addresses how physicians with different professional background perceive the interaction with GPs, and how they perceive five different challenges for the co-operation. The five challenges addressed in this thesis is “time pressure in hospital discharge”, “lack of reception capacity in the municipalities” “referral quality from GPs”, and “too strong specialization among hospital physicians”.

The thesis concludes that physicians in Norwegian hospitals were less satisfied with the co-operation in 2016 compared to 2006, but there is no sign of systematic differences between the various departments. It also concludes that the challenges with “time pressure in hospital discharge”, “lack of reception capacity in the municipalities” and “referral quality from GPs” have become a greater problem, while “too strong specialization among hospital physicians” has become less problematic. The results also shows that doctors who work more closely with patients experience the challenges in the co-operation as more problematic than those physicians who do not work as closely with patients.

Forord

Etter fem år på NTNU er jeg endelig i mål, og med denne masteroppgaven markerer jeg slutten på min akademiske karriere. Det er rart, men godt å endelig være ferdig. I løpet av det siste året er det mange som har gjort seg fortjent til en stor takk for all hjelp og oppmuntrende ord.

Jeg vil starte med å rette en stor takk til veilederen min Pål Erling Martinussen. Uten hans hjelp hadde jeg sikkert fortsatt knotet rundt uten å klare å lande på et tema for masteren. Videre fortjener han også en stor takk for datasettene. Uten din veiledning og kunnskap hadde jeg aldri kommet meg i mål.

Jeg vil også takke Mamma og Pappa for all støtte dere har gitt meg. Spesielt i innspurten har det vært godt å få moralsk støtte fra dere. En stor takk må også rettes til Michael Li Stene, Kristoffer Eide og Jonas Eide, et hyggeligere kollektiv finnes neppe i Trondheim. Spesielt takk til Michael som korrekturleste oppgaven.

Til slutt må jeg rette en takk til gjengen på lesesalen for et hyggelig år med kakefredager og vinlotteri den siste fredagen i måneden. Jeg velger å tro at det har forberedt meg på et langt arbeidsliv i offentlig sektor.

Lars Nord Holmer

Juni 2021

Innhold

Introduksjon.....	6
Innledning	6
Samhandlingsreformens utfordringer	7
Hovedgrep.....	8
Den norske helsetjenesten	10
Teori	11
New Public Management.....	12
NPM i Norge.....	13
Reform	14
Desentralisering	14
Tidligere forskning	16
Samhandling.....	17
Desentralisering	19
Data og metode	20
Regresjonsanalyse.....	21
Datasett.....	22
Begrensinger og forutsetninger	23
Empiri	26
Samhandling med allmennlegetjenesten	26
Problemer med samhandlingen.....	27
Uavhengige variabler	33
Resultater	37
Samhandling med allmennlegetjenesten	37
Utfordringer i samhandlingen.....	40
Diskusjon	45
Oppsummering og konklusjon	50
Oppsummering av resultater	50
Konklusjon.....	51
Litteraturliste	53
Vedlegg:	57

Tabeller

Tabell 1: Fordeling 2006	35
Tabell 2: Fordeling 2016	36
Tabell 3: Hvor tilfreds er du med samhandlingen med allmennlegetjenesten 2006.....	39
Tabell 4: Hvor tilfreds er du med samhandlingen med allmennlegetjenesten 2016.....	40
Tabell 5: Utfordringer i samhandlingen med allmennlegetjenesten 2006	42
Tabell 6: Utfordringer i samhandlingen med allmennlegetjenesten 2016	44
Tabell 7: Hvor tilfreds er du med samhandlingen med allmennlegetjenesten 2006, med HF.....	57
Tabell 8: Hvor tilfreds er du med samhandlingen med allmennlegetjenesten 2016, med HF.....	59
Tabell 9: Robust regresjon 2006	60
Tabell 10: Robust regresjon 2016.....	61
Tabell 11: Deskriptiv statistikk 2006.....	62
Tabell 12: Deskriptiv statistikk 2016.....	63

Figurer:

Figur 1: Samhandling med allmennlegetjenesten	26
Figur 2: Tidspress i forhold til utskrivning.....	28
Figur 3: Manglende mottakskapasitet i kommunene.	29
Figur 4: Manglende informasjon i henvisninger	30
Figur 5: Urettmessige henvisninger fra fastlege	31
Figur 6: For sterk spesialisering blant sykehusleger	32
Figur 7-18: Normalfordeling på de avhengige variablene	63

Ordliste:

HF – Helseforetak

NPM – New Public Management

NHS – National Health Service. I overført betydning: offentlig finansierte helsetjenestesystemer

RHF – Regionale helseforetak

OLS – Ordinary least squares (Minste kvadraters metode)

OUS – Oslo Universitetssykehus

Introduksjon

Innledning

I høyt spesialiserte virksomheter og institusjoner, slik som sykehusene og helsesektoren, er koordinering mellom de ulike aktørene og partene ofte et gjentakende problem. Blant annet kan sykehusreformen sees på som en løsning for å koordinere på tvers av fylkesgrensene, mens samhandlingsreformen kom for å koordinere mellom primær- og sekundærhelsetjenestene. Problemene med å koordinere kan ses på som et problem for effektiviteten, men også noe som går utover kvaliteten. Samhandling er dermed en sentral utfordring i den offentlige helsetjenesten (Nødland & Rommetvedt, 2019, s.167).

Samhandlingsreformen kom som en respons på å takle utfordringene helse- og omsorgstjenesten sto overfor. Man skulle gjøre en god helse- og omsorgstjeneste bedre, gjennom en satsning på samhandling, kvalitets- og utviklingsarbeid (meld. St. 47 (2008-2009), s. 7).

Til tross for lovord fra ministeren var ikke sykehuslegene like positivt innstilt til reformen. Før reformen ble iverksatt uttalte blant annet overlege Torgeir Bruun Wyller ved geriatrisk avdeling på Oslo Universitetssykehus at han fryktet eldre ville dø tidligere enn de hadde behøvd som en konsekvens av reformen (Hofstad, 2011).

Målet med denne oppgaven er å se hvordan en reform har virket gjennom å se på en surveyundersøkelse i sektoren. Samhandlingsreformen trakk fram tre hovedutfordringer i helse- og omsorgssektoren som gikk på pasientenes behov for koordinerte tjenester, at tjenestene bar preg av for liten innsats for å begrense og forebygge, samt at demografiske utviklinger truet bærekraften (meld. St. 47 (2008-2009), s. 13). Ved å undersøke hvordan sykehuslegene mener at samhandlingen med allmennlegetjenesten har forandret seg etter at reformen tredde i kraft, og hvordan utviklingen har vært i de viktigste utfordringene med denne samhandlingen vil man få innsikt i hvordan sektoren selv vurderer reformens suksess.

Problemstillingen til oppgaven er «Har sykehuslegenes syn på samhandlingen med allmennlegetjenesten endret seg etter innføringen av samhandlingsreformen? Og er utfordringene de samme i 2006 og 2016?». Dette skal undersøkes gjennom analyser gjort basert på surveyundersøkelser gjort i 2006 og 2016.

Tidligere forskning på profesjonenes syn på samhandlingsreformen har blitt dominert av kvalitative studier, hvor flere av dem er deskriptive uten teoretisk forankring. Gjennom en kvantitativ studie av hva sykehuslegene er målet med denne oppgaven å være med på å fylle et forskningshull over hvordan sykehuslegene oppfatter ulike utfordringer som problemer i samhandlingen med allmennlegetjenesten.

Selve oppgaven er strukturert inn i syv deler, ekskludert innholdsfortegnelse, referanseliste og vedlegg. I innledningen vil det komme en introduksjon til samhandlingsreformen, hvilke problemer den ville løse og hvordan, samt en kjapp innføring i den norske helsetjenesten. Deretter kommer det en teoridel hvor det vil bli redegjort for relevant teori som er brukt. Deretter kommer en gjennomgang av tidligere forskning. I den fjerde delen vil det dataen og metoden bli presentert, fulgt opp med empirien fra surveyundersøkelsene, som ble gjennomført i 2006 og 2016. Deretter følger en del med resultater av analysen. I slutten av oppgaven vil det komme en

oppsummering og konklusjon, hvor det blir konkludert med at sykehuslegene var mindre fornøyde med samhandlingen i 2016 sammenlignet med 2006, men det er ingen systematiske mellom de ulike avdelingene. Det konkluderes også med at utfordringene med tidspress i forhold til utskriving, manglende mottakskapasitet i kommunene og mangelfull informasjon i henvisninger fra leger er blitt et større problem, mens utfordringen om for sterk spesialisering blant sykehusleger er blitt mindre problematisk. Man ser også at leger som arbeider tettere med pasienter systematisk opplever utfordringene i samhandlingen som et større problem enn leger som ikke jobber like tett med pasienter.

Samhandlingsreformens utfordringer

Norge var i 2009, og er fortsatt, et av de OECD-landene i verden som brukte mest penger på offentlige helsetjenester per hode. Til tross av dette så får vi ikke tilsvarende god helse tilbake for pengene vi bruker (OECD, 2021a; OECD, 2021b).

I 2009 beskrev daværende helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hansen fra Arbeiderpartiet utviklingen som ikke-bærekraftig. Flere ble syke, flere ble gamle, flere ble langtidssyke og trengte hjelp over tid, og køene til spesialisthelsetjenesten vokste (meld. St. 47 (2008-2009), s. 7).

Han mente at Norge måtte bli bedre til å styre pengene som ble puttet inn i helsetjenestene, satse på forebygging framfor reparasjon, og sørge for at kommunene fikk de økonomiske insentivene som behøvdes for å tilby de helsetjenestene som innbyggerne trengte (meld. St. 47 (2008-2009), s. 7).

For at kommunene bedre skulle klare å satse på forebygging, og for at folk i mindre grad skulle være avhengige av spesialisthelsetjenester mente han at vi måtte lykkes i å skape bedre pasientforløp. Pasientene trengte rett behandling – på rett sted – til rett tid. Dette skulle vi klare gjennom Samhandlingsreformen (meld. St. 47 (2008-2009), s. 7).

Stortingsmeldingen om samhandlingsreformen identifiserte tre hovedutfordringer for helse- og omsorgstjenestene. Den første utfordringen var at pasientenes behov for koordinerte tjenester ikke ble besvart godt nok, og at tjenestene var for fragmenterte (meld. St. 47 (2008-2009), s. 13).

Det vil si at mange av pasientene hadde behov for helse- og omsorgstjenester på tvers av ulike tjenestetilbydere og ofte over en lengre tidsperiode. Samtidig var det få systemer som var rettet inn mot helhetlige tjenester, og koordineringen var for dårlig. Det var også ulik forståelse for de forskjellige tjenestetilbyderne over hva som var målet med tjenestene. Spesialisthelsetjenesten hadde gjennom sin organisering og funksjon et mål om medisinsk helbredelse, mens kommunehelsetjenestene i større grad hadde pasientens mestringfølelse og funksjonsnivå som mål. Tilbakemeldingen fra pasienter og brukere var at samhandlingen var for svak, og at dårlige koordinerte tjenester betydde ugunstig og lite effektiv ressursbruk (meld. St. 47 (2008-2009), s. 13).

Den andre hovedutfordringen som ble identifisert var at tjenestene bar for lite preg av innsats for å begrense og forebygge sykdom. Det var et stort fokus på behandling av sykdommer og senkomplikasjoner, som gikk på bekostning av tilbudene innrettet mot å

mestre og redusere kronisk sykdomsutvikling. De spesialiserte og eksponerte tjenestene ble høyere prioritert enn forebygging (meld. St. 47 (2008-2009), s. 13).

I tillegg måte man utbedre systemene for analyse og beslutninger rundt innputten av ressurser i de ulike trinnene i pasientforløpkjeden, slik at man fikk optimal utnyttelse av dem i alle ledene. Fra forebygging, til diagnosearbeid til behandling og rehabilitering (meld. St. 47 (2008-2009), s. 13).

Den siste hovedutfordringen gikk på den demografiske utviklingen i samfunnet, og hvordan endringer i sykdomsbildet ga utfordringer som ville kunne true den økonomiske bæreevnen i samfunnet. For å løse disse problemene var det nødvendig med mer dyptgående og langsiktige tiltak. Både gjennom en mer effektiv ressursbruk og drift av helse- og omsorgssektoren, men også ved at man måtte være forberedt på å måtte ta tunge prioriteringsbeslutninger (meld. St. 47 (2008-2009), s. 13).

For som nevnt vil flere bli gamle, få kroniske sykdommer, og trenge pleie over lengre tid. Noe som vil føre til at gruppen som trenger hjelp fra flere tjenestetilbydere blir større og man får et større samhandlingsbehov. For denne store forskyvningen fra yrkesaktive til ikke-yrkesaktive og behandlingstrengende fører til en økning av ressursene helse- og omsorgssektoren trenger. Dersom man ikke klarte å møte utfordringene kunne man ha endt opp i en situasjon der samfunnets bæreevne ble truet, eller at man måtte ta prioriteringsbeslutninger som gikk imot velferdsmodellen (meld. St. 47 (2008-2009), s. 13).

Hovedgrep

Regjeringens vurdering var at det ikke var motsetninger mellom de tre utfordringene, men at de alle krevde tiltak som underbygget helheten i helsetjenestesystemet. For å løse disse tre hovedutfordringene presenterte stortingsmeldingen om samhandlingsreformen derfor fem hovedgrep som skulle svare på utfordringene rundt helse- og omsorgssektorens samfunnsøkonomiske utfordringer, og koordineringsbehovet til pasientene.

Endringene måtte for det første være av en strukturell karakter, slik at oppbyggingen ble rustet for framtidens behov. For det andre måtte det også etableres rammebetingelser som ga de enkelte virksomhetene insentiv til å samarbeide og levere tjenester som var i takt med helse- og omsorgssektorens politiske mål (meld. St. 47 (2008-2009), s. 14). De formulerte dermed fem hovedgrep som skulle få til dette.

Det første hovedgrepet mot utfordringene var å etablere en klarere pasientrolle. For en av konsekvensene av at systemet var oppsplittet var at pasientenes medvirkning ble styrt inn mot enkelte deler av tjenestene. Regjeringen ønsket å fortsette arbeidet med å utvikle pasientmedvirkningen i de ulike tjenestene gjennom brukerrådene i helseforetakene, samt jobbe med helhetlige pasientforløp gjennom samarbeid med pasientorganisasjoner og andre aktører (meld. St. 47 (2008-2009), s. 14).

For å sikre helhetlige pasientforløp ønsket dem å satse mer på forløpstenkning med systemer og tjenester som var siktet inn på å sikre pasientene med å mestre sine liv. Dette ville de gjøre gjennom blant annet å etablere en lovpålagt plikt på å gi pasientene én kontaktperson gjennom alle tjenestene, slik at pasienter med koordineringsbehov ikke måtte forholde seg til mange forskjellige. De ønsket også å legge til rette for en

politikk som skulle gi befolkningen et større ansvar over egen helse (meld. St. 47 (2008-2009), s. 14).

Det andre hovedgrepet gikk ut på at kommunene skulle få en ny rolle, slik at de i større grad kunne oppfylle de politiske ambisjonene om å forebygge sykdom, og sette inn en innsats tidlig i sykdomsforløpet. Stortingsmeldingen la vekt på at en større andel av løsningene med å skape en samlet og helhetlig helsetjeneste måtte finne sted i kommunene (meld. St. 47 (2008-2009), s. 15). Kommunene skulle sørge for helheten ved å forebygge, jobbe med tidlig intervensjon og diagnostikk, behandling og oppfølging. Ved at pasientforløpet blir ivaretatt innenfor det beste effektive omsorgsnivået vil man kunne utnytte ressursene bedre.

Effekten av den kommunale medfinansieringen var imidlertid ikke så god som man hadde forventet, og det hadde ingen påvirkning på antall pasientopphold ved sykehusene. Det ble dermed avvirket fra og med 1. januar 2015 (Hagen, 2016).

Stortingsmeldingen uttrykket tydelig at kommunene skulle se på helse- og omsorgssektoren i sammenheng med de oppgavene og ansvaret de hadde på andre områder i samfunnet. Målet var å utvikle en samlet tjeneste som også utnyttet alle fagprofesjonene fullt ut på deres fortrinnsområder (meld. St. 47 (2008-2009), s 15).

Det at tilretteleggingen av tjenestetilbudet kunne hindre eller utsette sykdomsutvikling ble sett på som bra for både folks helse og for samfunnets økonomi. Gjennom å identifisere behov og sette inn tiltak tidlig ønsket man å hindre sykdomsutvikling, samt styrke den enkeltes mestringsevne. Dette ville igjen føre til at færre mistet helt eller delvis kontakt med arbeidslivet på bakgrunn av helsemessige årsaker. Gjennom å løse oppgaver basert på lokale forhold og kompetanse ville man avlaste spesialisthelsetjenesten slik at den kunne fokusere på områder hvor spesialisthelsetjenesten har et kompetansefortrinn (meld. St. 47 (2008-2009), s 15).

Det tredje hovedgrepet gikk på å etablere nye økonomiske insentiver som skulle understøtte den ønskede oppgavefordelingen, og gi gode og kostnadseffektive tilbud til pasientene. Det at kommunene skulle være med på å finansiere spesialisthelsetjenesten, og ved at de fikk økonomisk ansvar for utskrivningsklare pasienter var de viktigste økonomiske virkemidlene (meld. St. 47 (2008-2009), s 15).

Ideen bak dette var at kommunene skulle se på mulighetene til å oppnå en bedre helseeffekt gjennom å bruke ressursene annerledes, gjennom blant annet en annen bruk av sykehusene. En kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten førte også naturligvis til at de økonomiske rammebetingelsene til spesialisthelsetjenesten ble endret (meld. St. 47 (2008-2009), s 15). Aktivitetsfinansiert finansiering skulle fremdeles være en viktig del av hvordan spesialisthelsetjenesten ble finansiert, men med begrunnelse i at fokuset skulle bli lagt mer over på forebygging ble det foreslått at satsen for aktivitetsbasert finansiering skulle senkes (meld. St. 47 (2008-2009), s 15).

Det fjerde grepet gikk på at spesialisthelsetjenesten skulle utvikles slik at den i større grad kunne bruke sin spesialiserte kompetanse. For å styrke spesialisthelsetjenestens mulighet til å tilby gode og spesialiserte helsetjenester ble det foreslått to ting. For det første vil man gjøre om på oppgavefordelingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunenes oppgavefordeling, slik at spesialisthelsetjenesten i større grad kan fokusere på områdene hvor de har et fortrinn. Det vil si de spesialiserte helsetjenestene. For det andre vil man at et mer helhetlig pasientforløp skal legge rette for at de pasientene som trenger spesialiserte helsetjenester lettere skal finne fram til

behandlingsstedene som har den nødvendige kompetansen (meld. St. 47 (2008-2009), s 16).

Det femte grepet stortingsmeldingen presenterer mot de tre utfordringene var å bedre tilrettelegge for tydeligere prioriteringer i helse- og omsorgstjenestene. Det at myndighetene ikke hadde et beslutningssystem som er tilstrekkelig koordinert fører til en manglende helhet i helse- og omsorgstjenestene. Utfordringene man sto overfor tilsier at prioriteringsbeslutningene i framtiden må rettes mer inn mot helheten i pasientforløpene. Dersom prioriteringsbeslutningene er rettet inn på deltjenester kan man risikere at disse deltjenestene er dårlig tilpasset hverandre. Som et ledd for å videreutvikle prioriteringsbeslutningen ønsket dermed stortingsmeldingen at Nasjonal helseplan, en plan regjeringen legger fram for Stortinget som skal sette retningen for utviklingen av spesialisthelsetjenesten, skulle bli et mer operativt redskap for prioriteringer (meld. St. 47 (2008-2009), s 15).

I tillegg til disse fem grepene ønsker regjeringen å supplere ved å utvikle bedre IKT-systemer, samt utvikle politikken på forskning-, utdanning- og personalområdene for å understøtte de målene som er satt i samhandlingsreformen.

Den norske helsetjenesten

De nordiske helsetjenestesystemene kan karakteriseres som desentraliserte og delvis desentraliserte NHS-modeller, hvor ansvaret for tjenestilbyding ligger på regionalt, fylkes- og kommunalt nivå, mens regulering og koordinering ligger på et statlig nivå. Det er i midlertidig forskjeller mellom landene, både i hvor desentraliserte de er og hvordan de forskjellige nivåene samhandler. I Norge er tjenestene desentralisert på forskjellige nivåer, med kommunale primærhelsetjenester og spesialisthelsetjenester styrt av regionale helseforetak som staten eier (Magnussen et al., 2009, s. 11.).

De kommunale primærhelsetjenestene består hovedsakelig av selvstendig næringsdrivende allmennleger. Legene har en portvaktfunksjon, som vil si at dersom man trenger spesialisthelsetjenester må man først henvises fra en allmennlege. Videre inngår også offentlige sykehjem og hjemmetjenester under kommunenes ansvar (Ringard et al., 2013, s. 20).

De spesialiserte sykehustjenestene tilbys av helseforetakene, som er eid av regionale helseforetak. Spesialisthelsetjenesten og sykehusenes hovedansvar er i førsterekke å drive pasientbehandling, forskning, utdanning av helsepersonell, og pasientopplæring (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014).

Utdypende om de fire ansvarsområdene så går pasientbehandling på at helseforetakene skal yte spesialisthelsetjenester av god kvalitet til alle uavhengig av faktorer som alder, kjønn, etnisitet og geografisk tilhørighet. Forskning går på utvikling og etablering av nye diagnostiske metoder, behandlingstilbud og teknologi, samt vurderingen og prioriteringen av disse. Utdanning i spesialisthelsetjenesten omfatter blant annet videre- og etterutdanninger, spesialistutdanninger, og turnustjeneste. Mens pasientopplæring omfatter opplæring og mestring av langvarig eller kronisk sykdom, samt videreformidle denne kunnskapen til andre pasienter og pårørende i samme situasjon (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014).

Rehabilitering blir tilbudt av både kommunalhelsetjenesten og spesialist helsetjenesten, og kommunene og de regionale helseforetakene har ansvaret for å koordinere disse tjenestene (Ringard mfl., 2013, s. 20).

Som nevnt er helsesystemet delvis desentralisert, og ansvaret for spesialistbehandlingen ligger hos de fire regionale helseforetakene (RHF) staten eier, som videre eier helseforetakene. Dette er til forskjell fra primærhelsetjenestene, som det er kommunene selv som har ansvar for (Saunes mfl., 2020, s. 14). I samhandlingsreformen var det også en sentral del om at kommunene skulle få en ny rolle med mer ansvar.

Teori

New Public Management

Etter krigen har måten det norske og det internasjonale samfunnet endret hvordan de blir styrt. Det har vært flere betydelige endringer av hva man tenker staten skal styre, og hvordan den skal gjøre det. Synkront med dette har også hvordan man beskriver samfunnsstyringen, og begrepene man bruker til å forklare den endret seg (Røiseland & Vabo, 2016, s. 18).

Etter den siste verdenskrigen har den moderne velferdsstaten vokst fram, og offentlig administrasjon var både styringsformen og hvordan man har studert statlig styring. Mot slutten av 70-tallet og utover 80- og 90-tallet endret derimot den dominerende tankegangen seg, i det en høyrebølge vokste fram i vestlige land (Røiseland & Vabo, 2016, s. 19). NPM kan ses på som en modell for å forme om offentlig sektor i en mer nyliberalistisk måte, og en respons mot at offentlig sektor vokste, uten å klare å løse alle de oppgavene som de påtok seg (Rønning, 2010, s. 290).

Målet med New Public Management-inspirerte reformer har vært å nedbygge den offentlige sektoren gjennom grep som å overlate mer til markedene, og ved å gi kundene friere valg. Altså omforme offentlig sektor til å bli mer likt det private næringslivet (Rønning, 2010, s. 290). Hensikten ved dette er å kunne tilby offentlige goder på en mer kostnad- og ressurseffektiv måte.

NPM skiller seg altså fra tidligere styringsregimer ved at de importerer ideer fra privat sektor over til offentlig sektor. Dette gjøres begrunnet i ideen om at offentlig sektor og private sektorer har mye til felles, og at organisering, ledelse og styring derfor er overførbart fra det private til det offentlige (Røiseland & Vabo, 2016, s. 20).

I praksis har dette vist seg gjennom fristilling av offentlige etater, og en ny organisering hvor offentlig styring har fått en mer regulerende rolle. Det vil si at det er politikere som setter målene for organisasjonene, mens det er organisasjonene som skal se til at de blir oppnådd, og at de blir oppnådd innenfor visse ressursrammer (Røiseland & Vabo, 2016, s. 20).

Til tross for at NPM har vært med på å forme reformer i flere vestlige land har ikke de NPM-inspirerte reformene foregått likt i de forskjellige landene. I noen land har ønskene og initiativene til reformer kommet utenfra, mens det i andre land har kommet fra nasjonale eller regionale myndigheter (Christensen & Lægreid, 2001., s. 2).

Som eksempel på dette opplevde New Zealand et sterkt ytre press for reform på starten av 80-tallet. Som respons på dårlige konjunkturer hevdet sentrale politiske aktører, sånn som finansminister Roger Douglas, at landet var i ferd med å bli en «bananrepublikk» dersom man ikke satte i gang større økonomiske reformer (Christensen, 2006, s. 216).

Ytre press kan også komme fra media. For eksempel slik som i Storbritannia, hvor de store mediene systematisk kjørte svertkampanjer og knyttet *Next step-reformen* til et unødvendig byråkratisk og ineffektivt offentlig apparat, og behovet for fristilling av tjenesteytere i statlige selskaper og etater (Christensen, 2006, s. 217).

Men ønsket om reform kan også komme innenfra. På 80-tallet i New Zealand, da NPM ble etablert som en trend, hadde sentrale ledere og andre viktige aktører selv et ønske om å gjennomføre reformer for å få hop effektivitetsproblemene, og det ineffektive, sentraliserte statlige apparatet (Christensen, 2006, s. 217).

NPM i Norge

De siste tiårene har det blitt gjennomført flere omfattende reformer i de offentlige sektorene i Norge. Til tross for at de har vært varierte er det mulig å samle dem under paraplybetegnelsen New Public Management. Like fullt for variasjonen finner man diverse fellestrekk, slik som større grad av mål- og resultatstyring og fristilling av offentlige institusjoner. Andre fellestrekk er at man i større grad har hatt et fokus på brukerorientering i form av fritt valg av tjenester, ofte kombinert med at de offentlige institusjonene har fått stykkprisfinansiering. Videre ser man også at tidligere monopoliserte virksomheter har blitt konkurranseutsatt gjennom blant annet deregulering og hyppigere bruk av anbudskonkurranser (Fallan & Pettersen, 2010, s. 100).

Reformer i Norge med NPM-trekk har i midlertidig hatt et fokus på budsjett- og styringsreformer og brukerorientering, mens konkurranse og privatisering ikke har blitt brukt like mye i forsøkene på å effektivisere den offentlige tjenesteproduksjonen (Fallan & Pettersen, 2010, s. 100). I helsesektoren kommer blant annet prinsippet om brukerrettigheter fram gjennom prinsippet om fritt sykehusvalg, prioriteringsretningslinjene og behandlingsgarantier (Fallan & Pettersen, 2010, s. 103).

Et av de sentrale punktene med NPM-reformer er som nevnt å introdusere prinsipper fra det private inn i det offentlige. Dette innebærer ting som økt fokus på prestasjoner og mer aktivitetsbasert finansiering. Dette kan igjen føre til at de medisinske profesjonene får nye insentiver og en endret oppfatning av hva som bør fokuseres på (Martinussen & Magnussen, 2011, s. 194).

Videre så har sykehusene i Norge tradisjonelt kunne blitt karakterisert som det Mintzberg kalte for *Profesjonelle byråkratier*. Dette kjennetegnes vet at det har vært profesjonenes normer og verdier som har vært avgjørende for beslutningsprosessene (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 98).

Reformer som helseforetaksloven, som kan sies å være en del av NPM-trenden, var med på å endre den institusjonelle profilen over fra relativt lite hierarkiske institusjoner (på 80/90-tallet), med en faglig styringslinje, og over til større produksjonsorganisasjoner med tydeligere rapporterings- og instruksjonslinjer (Pettersen & Fallon, 2010, s. 103).

Introduksjonen av NPM-reformer er derfor ofte sett på som noe negativt av legene i sykehusene, da de vanligvis er vant til en relativt stor grad av autonomi, og fordi sykehuslegene gjerne kan ha andre mål enn det myndighetene har (Martinussen & Magnussen, 2011, s. 194).

Reform

Norge har de siste tiårene gjennomført flere større helsereformer, slik som for eksempel innføringen av innsatsstyrt finansieringssystemer og overgangen til statlige eierskap gjennom helseforetaksmodellen (Pettersen, 2011, s. 147). De forskjellige reformene som har blitt gjennomført kan sies å være inspirert av NPM, som tidligere nevnt.

Et annet fellestrekk ved de norske reformene er at de i bunn og grunn følger de samme grove målsettingene. En av målsettingene med norsk helsepolitikk er så klart at man ønsker å sikre hele befolkningens helse, og deres tilgang til tjenester med god kvalitet, uten noen forutsetning over egen økonomi, eller geografisk tilhørighet. Samtidig er det viktig at ressursene blir brukt på en effektiv måte, så kostnadseffektivitet er også en sentral målsetting (Hagen & Tjerbo, 2013, s. 66). Andre målsettinger, slik som bedre samhandling og pasientsikkerhet, er også viktige, men de kan også beskrives som avledninger av effektivitet og rettferdig fordeling (Hagen & Tjerbo, 2013, s. 66).

I Stortingsmeldingen om samhandlingsreformen blir det presentert et par hovedmålsettinger med reformen, samt grep man skal ta for å nå disse målene. Kort oppsummert er de som følger:

- Bedre samarbeid og mer samhandling
- En økt satsning på kommunale helsetjenester
- større innsats for å forebygge sykdom
- begrense sykdom tidlig i sykdomsløpet
- kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten

Foruten at man skulle gå over til en kommunal medfinansiering så representerer de fem punktene i oppsummeringen de overordnede målene om kvalitet og likhet. Gjennom bedre koordinering skal man sikre at alle pasienter får lik tilgang til gode helse- og omsorgstjenester, samtidig som man svarer på økonomiske utfordringer. Og gjennom en større innsats på å forebygge og begrense tidlig i sykdomsløper skulle man øke kvaliteten gjennom et fokus på å opprettholde pasientenes funksjons- og mestringsevne (meld. St. 47, 2008-2009, s. 13-14).

Desentralisering

Det at kommunene skulle få en ny rolle, hvor de i større grad skulle jobbe for tidlig innsats og forebygging av sykdom, kan også sees på som en form for desentralisering. Målet med desentralisering i en New Public Management-kontekst er å muliggjøre en mer mottakelig og effektiv helsetjeneste (Pollitt og Bouckaert, 2011, s. 101). Desentralisering kan bredt beskrives som det å overføre ansvar eller ressurser fra en myndighet ned til et lavere nivå (Dwicaksono & Fox, 2018, s. 324). Som fra de statlige eide sykehusene, ned til de kommunale helsetjenestene.

Argumentene for desentralisering kan bygges på fiskal føderalisme. Det vil si et normativt rammeverk for hvordan forskjellige funksjoner er lagt til forskjellige statlige nivåer, med samsvarende instrumenter for å levere disse funksjonene til sin egen jurisdiksjon (Oates, 1999, s. 1121). Ideen er at mer autonomi gjør det lettere for de kommunale myndighetene å tilby tjenester på en tilpasset måte som samsvarer bedre med de lokale preferansene og problemene. Noe de sentrale myndighetene ikke har lokalkompetanse nok til å kunne gjøre (Baldersheim, 2018, s. 183). Desentralisering vil dermed være et tiltak mot lav effektivitet og dårlige tilpassede tjenester.

Videre er ideen med desentralisering at dersom de ulike myndighetsnivåene fokuserer på områder hvor de har kompetansefortrinn vil man maksimere velferden. Oates' desentraliseringsteorem hevder at dersom befolkningens preferanser er homogent innad i lokalsamfunnet, og heterogent mellom gruppene, så vil en desentralisert tjenestetilbyding være bedre enn dersom det ble tilbudt fra sentrale myndigheter, ettersom at de forskjellige preferansene også vil ha kostnadsforskjeller (Oates, 1999, s. 1122).

I tillegg vil desentralisering føre til konkurranse, som igjen vil føre til at produktiviteten øker, og man får mer innovasjon gjennom eksperimentering, enn det man ville fått dersom det var sentrale myndigheter som hadde ansvaret. Dette vil kunne føre til at produksjonskostnadene går ned, og kvaliteten går opp (Jiménez-Rubio, 2010).

Innenfor en helsekontekst er desentralisering basert på antagelsen om at beslutningstakerne vil ha bedre informasjon om de lokale forholdene, og vil kunne ta bedre beslutninger enn sentrale myndigheter basert på dette. Man vil dermed få en raskere og mer effektiv respons til de lokale behovene. Det vil også være bedre tilrettelagt for befolkningen å få sine ønsker hørt. Videre vil desentralisering muliggjøre for at tilbudene er bedre tilpasset den lokale konteksten, og at befolkningen har lettere tilgang til helsetjenestene. Tanken er derfor at desentralisering av helsetjenestene vil føre til en bedre levering og bedre helseutfall (Jiménez-Rubio, 2010).

Videre så er det dog ingen ultimat konsensus over hva som er det mest effektive nivået for levering av varer og tjenester, men allikevel har man sett en trend av desentralisering av helsetjenestene i en rekke land siden 90-tallet (Jiménez & Smith, 2005, s. 2; Channa & Faguet, 2016). Det kan også argumenteres for at desentralisering begrenser de sentrale myndighetenes rolle, at det kan føre til ulikheter, og at lokale myndigheter får for mye kontroll (Dwicaksono & Fox, 2018, s. 325). Ett siste argument mot desentralisering av helsetjenester er at helsetjenester ofte har viktige eksternaliteter. Et eksempel på dette kan være at folkehelsestjenestene unge får vil påvirke dem også etter at de eventuelt flytter vekk fra kommunen (Jiménez-Rubio, 2010).

Tidligere forskning

I denne delen vil det komme en gjennomgang av tidligere forskning som er gjort på helsesektoren, samhandlingsreformen, og hvordan sykehuslegene har oppfattet reformen. Deretter vil det komme en kort gjennomgang av tidligere forskning på desentralisering, med fokus på fiskal desentralisering.

De siste tiårene har det vært flere reformer som har endret rollen og graden av selvstyring som legene har. Disse reformene har også gjerne vært NPM-inspirerte, og har dermed blant annet hatt som mål å gjøre de offentlige helsetjenestene likere de private markedene. Det vil si at selv om målet med reformene har vært å øke kvaliteten på tjenestene, likheten på tilgang, samt produktiviteten, så kan de ha hatt en negativ ringvirkning inn på de medisinske kjerneområdene til helsesektoren. Dette kan ha en effekt på om de medisinske profesjonene er villige til å endre seg, eller om de stritter imot endring (Martinussen & Magnussen, 2011, s. 193).

Reformer i helse- og omsorgssektoren fører ofte med seg strukturelle og organisatoriske endringer. Dette fører igjen til at rollen til leger med lederansvar kan endre seg (Martinussen & Magnussen, 2011, s. 193). Dette er spesielt aktuelt i reformer som har NPM-prinsipper, ettersom at lederrollen er en sentral del av NPM. Det kan derfor være interessant å skille mellom leger som kun jobber klinisk, og leger som har lederansvar i tillegg.

Av tidligere forskning på hva sykehuslegene mener om endringer i organiseringen av spesialisthelsetjenesten, som følge av reformer med NPM-trekk, kommer det fram at sykehusleger uten lederroller i større grad er negative til endringer som samling av avdelinger, enn det sykehusleger med lederroller er (Martinussen mfl., 2017, s. 103).

Videre innebærer helsesektorens lovpålagte målsettinger at alle pasienter skal ha lik tilgang til medisinsk behandling, at behandlingstilbudet skal være likt uansett hvor man bor, alder, kjønn, og andre medisinsk irrelevante forhold (Bringedal, 2018, s. 166).

Allikevel er en sentral del av jobben til helseprofesjonene at de må gjøre prioriteringer med hensyn til ressursene. Dette kan innebære at en pasient får et tilbud som er dårligere enn den optimale helsehjelpen. Samtidig forventes det at pasientenes interesser skal settes først (Magelssen, 2018, s. 141). Når prioriteringene endres, kan det oppstå konflikter mellom de nye prioriteringene og verdiene til de ansatte i de forskjellige profesjonene, som kan gå ut over samhandlingen.

Dette med prioriteringer henger også sammen med hva som er verdiene til de ansatte og samfunnet for øvrig. Verdier kan sies å være underbeviste holdninger som er med på å lede individenes vurderinger og handlinger (Busch, 2012, s. 31).

Verdiene påvirker også adferden til de ansatte ved at man ikke vil gå for alternativer som bryter med verdiene, og at man ikke jobber mot mål som motstrider, eller ikke følger de verdimessige prinsippene. Verdiene er spesielt viktig for profesjonene da jobben innebærer at de må bruke skjønn og ekspertise for å løse forskjellige og komplekse utfordringer og problemer (Busch, 2012, s. 32).

Forskjellige verdier er en ledelsesmessig utfordring som kommer tydelig fram i situasjoner hvor det er forskjellige profesjoner inkludert. I sykehusene så jobber det både helsefaglige profesjoner som leger, psykologer og fysioterapeuter, men man finner også store grupper ansatte uten helsefaglig bakgrunn, slik som økonomer og jurister.

Disse forskjellige gruppene kan danne forskjellige subkulturer, som kan føre til at det oppstår motstridene verdier og verdikonflikter (Busch, 2012, s. 124.) At de forskjellige subkulturene kan føre til konflikter viste Heldal (2013) i en undersøkelse av sammenslåingen av tre avdelinger; en ortopedisk, en kirurgisk og anesthesiavdeling. Det kan dermed være interessant å se hvordan forskjellen i hvordan sykehuslegene med forskjellig fagligbakgrunn opplever samhandlingen og om det er noen forskjeller.

Verdikonflikter mellom legeprofesjonen og andre er ofte forankret i skillelinjen effektivitet-kvalitet. Utgangspunktet for konfliktene er gjerne at kravene som blir stilt for legene oppfattes som uoverkommelige med de faglige, og personlige, kjerneverdiene deres (Kirkhaug, 2018, s. 129-130). Et mulig negativt utfall av konflikter mellom krav om effektivisering og økonomistyring på den ene siden og fag og pasienter på den andre kan være at legene ønsker å skifte jobb, som også er en av variablene som det vil bli kontrollert for (Kirkhaug, 2018, s. 130).

Samhandling

Kommunene har som ansvar å sørge for at nødvendige helse- og omsorgstjenester blir gitt til alle som bor eller oppholder seg i den gitte kommunen. I dette ansvaret ligger blant annet fastlegeordningen. Allmennlegene som jobber i kommunene er ikke bare fastleger, de har også ansvar og oppgaver på blant annet helsestasjoner, sykehjem og legevakta. Videre så har kommunene også allmennleger som sammen med samfunnsmedisinere jobber med helsemessig beredskap (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 11).

Osmundsen og Håland (2016) undersøkte hvilke forhold som har betydning for etablering og vedlikehold av samhandling mellom allmennlegetjenesten og spesialisthelsetjenesten, og trakk fram at informantene de intervjuet, fra både spesialist- og primærhelsetjenesten, la vekt på at det var viktig å ha kjennskap til den andre partens verden for å kunne samhandle best mulig (Osmundsen & Håland, 2016, s. 80).

Videre fant Kirchhoff med flere (2016) at flere fastleger opplever at det er mangelfull informasjon fra sykehuset i forbindelse med utskrivning, samt at de mener samhandlingen rundt retningslinjene for utskrivning av pasienter er problematisk.

Samhandlingsreformen hadde som tidligere nevnt som mål å sikre en mer helhetlig og koordinert tjenestilbyding i helse- og omsorgssektoren. For å få til dette var det tre hovedutfordringer som måtte løses. Den første utfordringen var at pasientenes behov for koordinerte tjenester ikke ble besvart godt nok, og at tjenestene var for fragmenterte (Meld. St. 47 (2008-2009), s. 13).

Osmundsen og Håland finner imidlertid i sin studie av samhandling på tvers av grenser innad i helsetjenesten at det fortsatt er en del utfordringer knyttet til samhandlingen, ettersom at primær- og spesialisthelsetjenesten er to ulike systemer med svært ulik kompetanse, finansiering og struktur (Osmundsen & Håland, 2016). Lignende fant Skorpen, Kvangarsnes og Hole (2017) i en studie av kommuner i Vest-Norge at helsepersonell fortsatt mener det er for dårlig koordinering og informasjonsflyt. Også Hamre, Berntsen og Monteiro (2010) trekker spesielt fram den fragmenterte oppgavedelingen som et problem for samhandlingen mellom primær- og sekundærhelsetjenestene.

Den neste utfordringen som ble skissert i stortingsmeldingen var at det var for lite innsats i å meste, redusere og forebygge kronisk sykdom sammenlignet med behandling av sykdom og senkomplikasjoner, og at de spesialiserte helsetjenestene ble for høyt prioritert. I en studie gjort av Hofstad og Schou (2017) kommer det fram at kommunene har økt prioriteringen av folkehelsearbeid i årene etter at samhandlingsreformen ble introdusert, og at det er lettere å legitimere en satsning på folkehelse enn det har vært tidligere.

Olsen, Vatne og Buus (2015) sin studie basert på fokusgrupper med helsepersonell i spesialisttjenesten og kommunen fant dog at det fortsatt var et skille mellom spesialist- og primærhelsetjenesten når det angikk hva som var målet behandlingen. Der spesialisthelsetjenesten arbeidet innenfor behandling av sykdom, mens kommunetjenesten har fokus på mestring og funksjonsnivå.

Den tredje utfordringen gikk ut på at man måtte få en mer effektiv drift for å kunne møte framtidens utfordringer, slik som en aldrende populasjon. For å få til en mer effektiv drift skulle kommunene ta over deler av behandlingsansvaret fra sykehusene. I en studie basert på intervjuer og en surveyundersøkelse av sykehusleger fant Frissvoll, Aarseth og Kirchhoff (2020) at hovedtendensen blant sykehuslegene er at de har vært uenige i andres beslutning om å skrive ut en pasient. Samtidig svarer mange at de har opplevd situasjoner der de mener at en pasient er blitt skrevet ut for tidlig.

Av internasjonal forskning på samhandling mellom primær- og sekundærhelsetjenesten kan man se at utfordringene er lignende de utfordringene forskning fra Norge har skissert. I en studie av informasjonsflyt mellom allmennleger og sykehusleger i Nederland kom det fram at henvisningene fra fastlegene var for dårlige, og at det var mangler i kommunikasjonen mellom spesialistlegene og allmennlegene (Grol mfl., 2003, s. 218). Lignende funn har også blitt gjort på studier gjennomført i Storbritannia og USA (Cunnington mfl., 1998, s. 59; Gandhi mfl., 2000, s. 630).

Av andre utfordringer med samhandlingen fant en kvalitativ studie gjort på leger i Storbritannia at sykehuslegene opplevde blant annet manglende mottakskapasitet i primærhelsetjenesten som et problem når det gjaldt utskriving av pasienter. Noe som også ble underbygget av at de fleste forsinkelser i utskrivinger (i Storbritannia) kom som følger av eksterne problemer som manglende mottakskapasitet i pleiehjem og hjemmetjenesten (Connolly mfl., 2009, s. 556).

Videre viste en studie av leger i tyske sykehus at det der var signifikante forskjeller mellom hvordan legene opplevde ulike utfordringer i arbeidet. Her kom det fram at leger innenfor feltet indremedisin opplevde tidspress som et større problem enn leger innenfor feltene gynekologi og psykiatri (Tanner mfl., 2015, s. 5).

Desentralisering

Den tidligere forskningen på desentralisering av helsetjenestesystemer i industriland er splittet på hvor god effekten av desentralisering er. I en studie om desentralisering fører til bedre selvrapportert helse og tilfredshet med helsevesenet finner Martinussen og Ryland (2021, s. 60) at desentralisering ikke samsvarer med bedre selvrapportert helse, men at det er en signifikant sammenheng med hvor tilfredshet en er med helsevesenet.

Videre fant en studie av Jiménez-Rubio (2011) at desentralisering i provinsene i Canada har hatt en positiv innvirkning på den offentlige politikkenes forsøk i å forbedre befolkningens helse, målt ut fra spedbarnsdødelighet. De tar imidlertid forbehold om at det kan være andre ikke-inkluderte variabler som har hatt innvirkning.

En tredje studie gjort på regioner i Spania i perioden 1992-2003 viste at desentralisering har en negativ sammenheng med barnedødelighet og en positiv sammenheng med forventet levealder (Cantarero & Pascual, 2008, s. 111.)

Til tross for at flere studier viser at det er en positiv sammenheng mellom desentralisering og helseutfall så kan man ikke konkludere med at det faktisk er en sammenheng. Dette fordi flere av studiene måler fiskal desentralisering ut ifra data fra Det Internasjonale Pengefondet, som har blitt kritisert for å ikke optimalt gjenspeile hvor mye autonomi lokale beslutningstakere har (Ebel & Yilmaz, 2004; Rodden 2003).

Data og metode

Målet med denne oppgaven er å se på hvordan leger som er ansatte ved sykehus opplever at samhandlingsreformen har vært, og om de opplever at utfordringen med samhandling er de samme etter at samhandlingsreformen kom. For å undersøke hvordan legene har vurdert samhandlingsreformen skal jeg gjennom multiple regresjonsanalyser se på hvordan legene på sykehusene oppfattet samhandlingen med allmennlegetjenesten i 2016, sammenlignet med hvordan de oppfattet den i 2006. Deretter skal det undersøkes hva det er sykehuslegene oppfatter som problemer i samhandlingen og hvordan dette har endret seg etter at samhandlingsreformen ble satt i verk. For å undersøke dette vil variabler over de forskjellige demografiske, faglig og administrativ bakgrunn bli brukt som uavhengige variabler. Gjennom en fixed effects-modell vil det også bli kontrollert for eventuelle forskjeller mellom de ulike helseforetakene.

For å undersøke hvordan sykehuslegene oppfatter samhandlingen, og hva de ser på som utfordringene vil det først i empiridelen presenteres variablene som skal brukes i analysen. Først kommer en oversikt over hvor tilfreds sykehuslegene er med samhandlingen med allmennlegetjenesten, før det blir presentert hvordan de oppfatter fem ulike utfordringer med samhandlingen.

Som det kom fram fra tidligere forskning ser man at leger som er ansatt ved sykehus, og de andre helseprofesjonene for øvrig, oppfatter at det fortsatt er utfordringer i samhandlingen med allmennlegetjenesten og primærhelsetjenesten. Det meste som er gjort av forskning på feltet er dog gjort gjennom kvalitative undersøkelser, hovedsakelig intervjuer og fokusgrupper, så det vil være interessant å undersøke hvordan sykehuslegene oppfatter problemene gjennom en kvantitativ undersøkelse. Å gjennomføre en kvantitativ undersøkelse basert på surveyundersøkelser vil være interessant for å kunne få en statistisk beskrivelse av hva sykehuslegene mener (Ringdal, 2014, s. 190).

Ettersom at sykehuslegene er en viktig aktør i driften av sykehus så vil deres oppfatninger av hvordan samhandlingen med allmennlegetjenesten, og hva som er problemene med den, være gode indikatorer på reformens overordnede suksess, selv om dette ikke er problemstillingen i denne oppgaven.

Før resultatene presenteres vil det bli gitt en redegjøring av hvilken metode som er valgt, og hvorfor. Dette vil også inkludere en kort innføring i hvordan regresjonsanalyser fungerer. Deretter kommer det en presentasjon av dataen som vil bli benyttet i oppgaven, samt en beskrivelse av variablene som er tatt med. Videre vil det også komme en kort redegjøring av oppgavens validitet og relabilitet, samt hvilke begrensinger som finnes.

Regresjonsanalyse

Regresjonsanalyse er et statistisk verktøy brukt for å belyse statistiske sammenhenger mellom to eller flere variabler, kalt multiple regresjon. Dette gjøres gjennom å konstruere modeller for å beskrive variasjoner i en avhengig variabel.

Ved å gjennomføre multiple regresjonsanalyser er et av målene å oppnå en så fullstendig forklaring av variasjonene i den avhengige variabelen som mulig. Dette gjøres gjennom regresjonsmodeller hvor man tar hensyn til at flere variabler kan påvirke, samt hvordan de påvirker den avhengige variabelen (Skog, 2017, s. 258).

Analysene som blir kjørt her gjøres med minste kvadratsums metode (Ordinary least squares; OLS). Dette gjøres gjennom at restleddsverdiene – de vertikale avstandene mellom datapunkter og linjen i spredningsdiagrammet – kvadreres og summeres. Slik får man et mål på hvor godt linjen passer til dataen. OLS består av å velge den linjen som gir så liten sum av de summerte kvadratene som mulig (Skog, 2017, s. 222).

I denne oppgaven er datasettene som skal analyseres tverrsnittsdata. Det vil si data som er samlet inn basert på et representativt utvalg av populasjonen, innenfor et begrenset tidsrom hvor hver respondent svarer én gang (Ringdal, 2014, s. 147). I denne oppgaven benyttes to tverrsnittdatasett, basert på surveyundersøkelser sendt til et representativt og tilfeldig trukket utvalg av sykehusleger i Norge. Til tross for at tverrsnittstudier ikke tar med tidsforskjeller i modellene sine, så vil man kunne se hvordan utviklingen i sykehuslegenes oppfatning av samhandlingen med allmennlegetjenesten har vært, da man har et tverrsnitt fra før samhandlingsreformen kom, og et fra etter reformen skjedde.

Innenfor regresjonsanalyse kan man skille mellom enkle og multiple regresjonsanalyser. Alle modellene i denne oppgaven er multiple modeller, som vil si at man bruker flere forklaringsvariabler til å forklare variansen i den avhengige variabelen. Hensikten med å bruke flere uavhengige variabler er å gjøre modellen mer realistisk, ved at man kontrollerer for andre variabler og reduserer residualene. Ligningen under viser hvordan en multippel regresjonsmodell med n uavhengige variabler ser ut.

$$Y_i = b_0 + b_1X_{1i} + \dots + b_nX_{ni} + \epsilon_i$$

I denne formelen er b_0 regresjonskonstanten, altså den predikerte verdien av y når alle x -variablene er satt til 0. Regresjonskoeffisienten (b_n) viser endringen i y når variabelen x (x_n) endres med én måleenhet, mens man holder de andre uavhengige variablene konstante. ϵ_i er residuale til feilleddet, eller variansen som modellen ikke klarer å beskrive utfra de gitte uavhengige variablene (Ringdal, 2014, s. 402; Mehmetoglu, 2017, s. 69).

OLS-regresjon er bedre enn andre regresjonsmetoder når forholdene er ideale. I den virkelige verdien er dog dette ikke alltid tilfelle, så for å unngå eventuelle problemer med skjeve variabler, ekstremverdier (outliers), heteroskedasitet og ikke-normalfordelte residualer kommer jeg til å også kjøre robuste regresjoner for å se hvordan ekstremverdier påvirker regresjonslinjen (Mehetmoglu & Jakobsen, 2017, s. 334).

I OLS-regresjon blir ekstremverdier vektlagt likt som alle andre observasjoner, noe som kan føre til at de har for mye påvirkning på forholdene mellom variablene og regresjonslinjen. I robust regresjon får hver observasjon en vekt basert på

residualene i en OLS-regresjon, før det blir kjørt en ny regresjon med denne vektingen. Det at robust regresjon vektlegger hvor mye de forskjellige verdiene påvirker modellen, gjør at det er en lett og kjapp løsning for å kontrollere for ekstremverdier (Mehetmoglu & Jakobsen, 2017, s. 334).

En ulempe robuste regresjonsmodeller ar sammenlignet med OLS-regresjon er at man gjennom å vekting kan miste flere observasjoner, da de kan bli vektet null og droppet fra modellen. Dersom resultatene av OLS-regresjonen og den robuste regresjonen er lignende, så burde ikke dette være et problem (Víšek, 2012, s. 129).

Datasett

Datasettene som blir benyttet i denne artikkelen er generert på bakgrunn av spørreskjemaer sendt ut til norske sykehusleger i 2006 og 2016. Datasettet fra 2006 er sendt ut av Institutt for helseledelse og helseøkonomi ved Universitetet i Oslo, SINTEF Helse og Legeforeningens forskningsinstitutt, og utsendingen av spørreskjemaet skjedde med utgangspunkt i medlemsregisteret til Den norske legeforening, hvor det ble tilfeldig trukket ut 2500 respondenter av leger som arbeider ved somatiske sykehus. Av disse 2500 var det 1298 som svarte, noe som gir en svarprosent på 52 prosent. Målet med undersøkelsen var å skaffe data om effekter av sykehusreformen til forskningssammenheng.

Lignende ble datasettet fra 2016 sendt ut til respondenter trukket fra medlemsregisteret til Den norske legeforening. Her kom det inn 971 besvarelser av et bruttoutvalg på 2967, noe som gir en svarprosent på 32,7 prosent. Utvalget av respondenter ble dermed sammenlignet med andre medlemmer i Legeforeningens register, noe som viste at det avviker lite når det gjelder representativitet.

Datainnsamlingsteknikken som er benyttet er selvutfyllingsskjemaer. Spørsmålene i spørreskjemaene var utformet slik at hvert spørsmål kom med svaralternativer hvor legene ble spurt om blant annet deres oppfattinger av forskjellige aspekter med samhandlingen med allmennlegetjenesten. Videre så var spørsmålene utformet på en slik måte at de ikke skulle framstå som ledende, slik at man i høyest mulig grad kunne sikres at de var nøytrale.

Svarprosentene på spørreundersøkelsene er forholdsvis lave på 53 og 33 prosent. Til tross for at frafallet er på henholdsvis 47 og 67 prosent burde det ikke by på noen problemer for analysene. Dette fordi representativiteten til de som svarte samsvarte med representativiteten til de øvrige medlemmene av Legeforeningen. Videre så påpeker Ringdal (2014, s. 119) at et frafall på 50 prosent eller mer er vanlig.

I undersøkelsen fra 2016 var frafallet imidlertid på 67 prosent, men ettersom at utvalget fortsatt var representativt burde det ikke være et problem. Utvalget hadde et avvik på mellom null og tre prosent fra Legeforeningens register. Det var dog et avvik på hvilket helseforetak legene tilhørte. Helse Sør-øst var underrepresentert, og da spesielt Oslo Universitetssykehus HF.

Datasettene har jeg fått tilgang til gjennom min veileder Pål Erling Martinussen. Analysen av dataen, og tolkningen av resultatene er jeg ansvarlig for alene.

Dataprogrammet STATA er blitt brukt til å behandle og analysere dataen fra spørreskjemaet.

I denne oppgaven vil det bli kjørt til sammen tolv analyser. Gjennom å først se på hvordan legene oppfattet samhandlingen totalt sett, for så å se på hvordan de oppfattet de ulike utfordringene med samhandlingen, vil man få muligheten til å se hvordan legenes syn har endret seg fra 2006 til 2016. Dette vil være grunnlaget for å diskutere hvordan sykehuslegene har oppfattet samhandlingsreformen.

Begrensinger og forutsetninger

For at man skal kunne stole på at resultatene man får er best mulig og at man kan stole på estimatene til regresjonen er det visse forutsetninger som må være innfridd. Den første forutsetningen er at alle relevante variabler er med og ingen irrelevante er tatt med i modellen. Dette er i all hovedsak et teoretisk spørsmål, men understreker viktigheten av at alle variablene som er tatt med har en begrunnelse i teorien. En av grunnene til dette er at man kan få falske signifikante funn dersom man har med unødvendige variabler (Mehmetoglu & Jakobsen, 2017, s. 135). Variablene som blir brukt i denne oppgaven er alle begrunnet i teori og tidligere forskning, så irrelevante variabler burde ikke være et problem.

Ved å kjøre en linktest i STATA vil man kunne kontrollere for om modellen har feilspesifiserte variabler: at noen av variablene burde vært omkodet, eller om noen flere variabler burde vært inkludert. Kort fortalt viser linktesten en regresjon med den lineære predikerte verdien (`_hat`), som vil være en god prediktering av y i modellen, dersom den er riktig spesifisert. Den andre variabelen i regresjonen til linktesten er kvadratet av den lineære predikerte verdien (`_hatsquared`), som i linktesten vil bli ikke-signifikant dersom modellen er riktig spesifisert eller man burde hatt med andre variabler (Mehmetoglu & Jakobsen, 2017, 135).

Dersom `_hat` ikke er signifikant betyr det at modellen ikke er spesielt god til å predikere y , men man kan ikke si at man har problemer med feilspesifisering om `_hatkvadratet` også blir ikke-signifikant. For å videre teste om man har utelatt noen variabler kan man kjøre en Ramseys regresjons spesifikasjon feil-test, ved hjelp av `ovtest`-kommandoen i STATA (Mehmetoglu & Jakobsen, 2017, 135). Her betyr en ikke-signifikant test at man ikke har utelatt noen variabler. Resultatene må dog tas med en klype salt, da disse testene kun viser at modellene har bestått et statistisk minstekrav, og man kan ikke automatisk konkludere med at man har den beste spesifiserte modellen man kan ha (Mehmetoglu & Jakobsen, 2017, s. 136).

Den neste forutsetningen er at regresjonslinjen er en rett linje. Det vil si at for hver økning i x får man en konstant økning i y . Dersom regresjonslinjen ikke er tilnærmet lineær vil modellen ha problemer med kurvelineæritet, og dermed problemer med å estimere riktig (Mehmetoglu & Jakobsen, 2017, s. 137). Denne forutsetningen kan man også teste med `ovtest`en og linktesten. Dersom `_hatkvadratet` blir signifikant kan det tyde på at man har brutt forutsetningen om at regresjonslinjen er en flat linje. Videre så er forutsetningen også et teoretisk spørsmål.

Deretter har man forutsetningen om at ingen av variablene korrelerer perfekt. Dersom det er en korrelasjon mellom variablene på over 0,8 vil man kunne få problemer med å tolke koeffisientene, og variablene vil stjele forklaringskraft fra hverandre. Dette kan man kontrollere for ved å kjøre en VIF-test i STATA. Her burde VIF-verdiene under fem, og toleranseverdien, $1/VIF$, burde være over 0,2 (Mehmetoglu & Jakobsen, 2017, s. 147).

Lignende er det også en forutsetning at ingen av variablene er avhengige av hverandre. Dette oppstår ofte i tidsseriedata, da for eksempel bruttonasjonalt produkt i 2020 gjerne henger sammen med BNP året før og etter. Da datasettene jeg benytter begge er tverrsnittsdata, så burde ikke autokorrelasjon være et problem (Mehmetoglu & Jakobsen, 2017, s. 150).

Deretter er det også et par forutsetninger for residualene. Den første er at variansen til residualene er konstante, og at modellen predikerer like godt ved alle verdier. Dersom dette ikke er tilfelle, vil man ha problemer med modellen ikke kan generaliseres til å gjelde hele populasjonen. At modellen predikerer bedre ved for eksempel lave verdier enn høye kalles heteroskedasitet. Man vil med andre ord at variansen er homoskedastisk, at variansen er konstant, og at modellen predikerer like godt over hele regresjonslinjen (Mehmetoglu & Jakobsen, 2017, s. 149). Med andre ord kan man si at variansen til ϵ skal være konstant.

For å teste for heteroskedasitet kan man kjøre en hetttest. Her er nullhypotesen at man har heteroskedasitet, så dersom hetttesten blir ikke-signifikant kan man konkludere med at man ikke har problemer med heteroskedasitet. Et par av modellene mine har problemer med heteroskedasitet, for å kontrollere for dette vil det derfor også kjøres robuste regresjonsmodeller, som tidligere beskrevet.

Den neste forutsetningen er at residualene er tilnærmet normalfordelt. Dette er en forutsetning for at man skal kunne statistisk generalisere resultatene. Dette gjelder hovedsakelig dersom datasettet man benytter har et lite utvalg (Mehmetoglu, 2017, s. 151). Dette bør ikke være et problem i datasettene jeg benytter, da de har over 950 observasjoner i 2016, og over 1200 i 2006. Men ettersom at residualer med veldig høy skjevhet kan være et problem vil det bli kjørt tester for å kontrollere for dette.

For å teste residualene kjører man først regresjonen, for så å lagre residualene som en egen variabel. Deretter kan man kjøre tester på residualene for å sjekke skjevheten og kurtosen. De optimale verdiene på skjevheten og kurtosen til residualene er 0 og 3, henholdsvis. Så lenge de er i nærheten av disse vil de være tilnærmet normalfordelt, og det vil ikke være noe problem. Allikevel kan man kjøre sktest i STATA for å sjekke om avvikende er signifikant forskjellige fra hva de hadde vært om de var normalfordelt (Mehmetoglu & Jakobsen, 2017, s.152).

For å sikre kvaliteten til analysen er det viktig at metoden har høy reliabilitet og validitet. Reliabiliteten forteller oss om gjentatte målinger med de samme måleinstrumentene vil gi det samme resultatet og validiteten går på om det som blir målt er det man faktisk ønsker å måle (Ringdal, 2014, s. 96). Begrepene henger tett sammen, og man kan si at høy reliabilitet er en forutsetning for høy validitet. Videre kan man også si at reliabilitet hovedsakelig er et empirisk spørsmål, mens validitet også forutsetter en teoretisk vurdering (Ringdal, 2014, s. 97).

Reliabiliteten kan påvirkes av både systematiske og tilfeldige målefeil. Systematiske målefeil kan være for eksempel at spørsmålene i surveyundersøkelsen er ladde, lite

nøytrale, eller at de er utformet slik at man får de svarene man ønsker. Som tidligere nevnt er dette ikke tilfellet i surveyundersøkelsene som datasettene denne oppgaven baserer seg på. Tilfeldige feil kan være at de som har svart på surveyen ikke husker rett, eller at det har oppstått feil ved registreringen av dataen (Ringdal, 2014, s. 97). Ettersom at dataen benyttet i denne oppgaven stammer fra SINTEF, som er et verdensledende forskningsinstitutt (SINTEF, 2021), så er det rimelig å anta at dataen er pålitelig.

Når det kommer til validiteten til studien, kan man skille mellom to former. Indre og ytre validitet. Den ytre validiteten bygger på om man måler det man ønsker å måle. Utfordringer her kan være at de som har svart på surveyundersøkelsen ikke har skjønt spørsmålene, eller bevisst svart uærlig. Ved at spørsmålene inkluderte forklaringer for hvorfor de var inkludert, samt at respondentene svarte anonymt – noe som også ble påpekt i surveyen, så vil sannsynligheten for at det har gått utover validiteten være lav (Ringdal, 2014, s. 97).

En annen mulig utfordring med tanke på validiteten er om resultatene av analysen kan generaliseres til de øvrige sykehuslegene. Ettersom at dataen baserer seg på et representativt utvalg av tilfeldig trukket sykehusleger er det rimelig å anta at dette er tilfelle der det er statistisk signifikans i regresjonsmodellene.

Den indre validiteten går på om man trekker de riktige konklusjonene. Er sammenhengen mellom y og x spuriøs, eller er det en kausal sammenheng? Videre så er det viktig at man har kontroll på mulige systematiske skjevheter (Skog, 2015, s. 107).

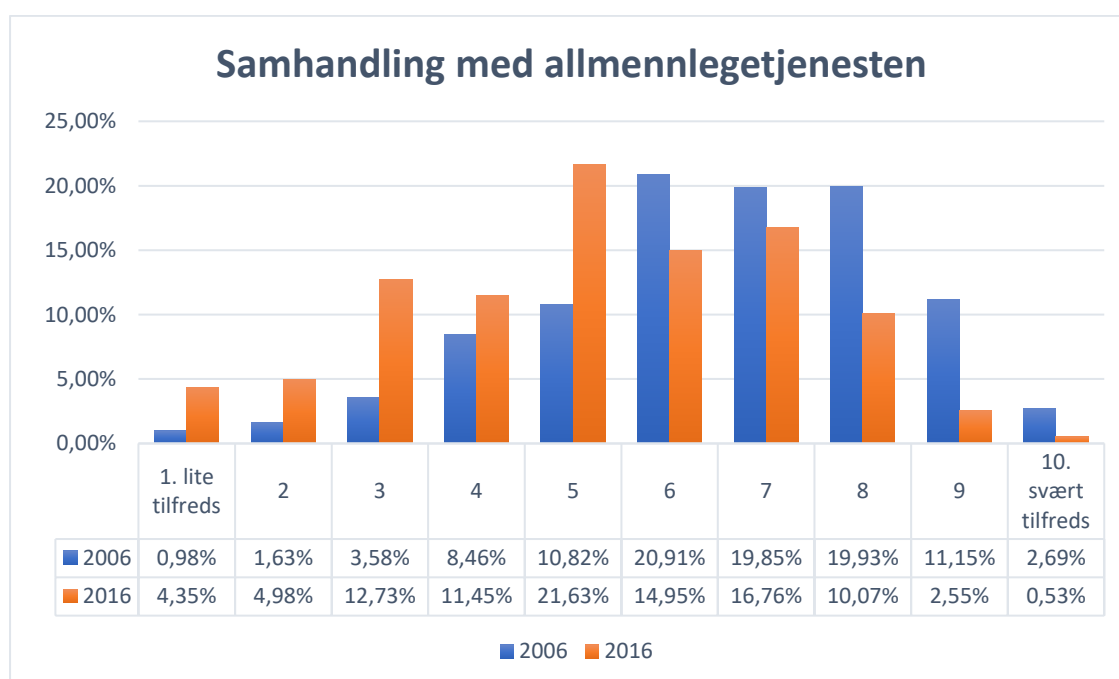
Empiri

I denne delen kommer det en beskrivelse av de forskjellige variablene som er inkludert i analysene, samt en kort forklaring på hvorfor de er blitt tatt med. I tillegg vil formuleringen av spørsmålene i surveyene bli inkludert, samt eventuelle omkodinger. For flere beskrivelser av variablene er det lagt ved en fullstendig deskriptiv statistikk og grafiske framstillinger av fordelingen på de ulike avhengige variablene

Samhandling med allmennlegetjenesten

Den første avhengige variabelen måler hvor tilfreds sykehuslegene er med samhandling med allmennlegetjenesten. Ordlyden er identisk i spørreskjemaene fra 2006 og 2016, og spørsmålet er stilt som følgende: «Alt i alt hvor tilfreds er du med samhandlingen mellom deg som sykehuslege og allmennlegetjenesten?». Her er de blitt bedt om å besvare dette på en skala fra 1 til 10, hvor 1 = Lite tilfreds, og 10 = Svært tilfreds. Denne variabelen hadde 1229 observasjoner i datasettet fra 2006, og 943 observasjoner i 2016.

Grafen under viser en grafisk framstilling av hvordan variabelen var fordelt i 2006 og i 2016. Som man ser, er det et skifte mellom 2006 og 2016. I 2006 svarte omtrent 21,9 prosent av sykehuslegene at de ikke var fornøyd med samhandlingen med allmennlegetjenesten. I 2016 hadde derimot andelen av leger som ikke var tilfreds med samhandlingen steget med 33,2 prosentpoeng opp til 55,1 prosent. Altså var halvparten av sykehuslegene i 2016 ikke tilfreds med samhandlingen i 2016, mot én av fem i 2006. Snittverdien av hvor tilfreds sykehuslegene var med samhandlingen med allmennlegetjenesten sank fra 6.54 i 2006 ned til 5.22 i 2016, altså var de i snitt litt over tilfreds i 2006, og litt under tilfreds i 2016.



Figur 1: Samhandling med allmennlegetjenesten

Problemer med samhandlingen

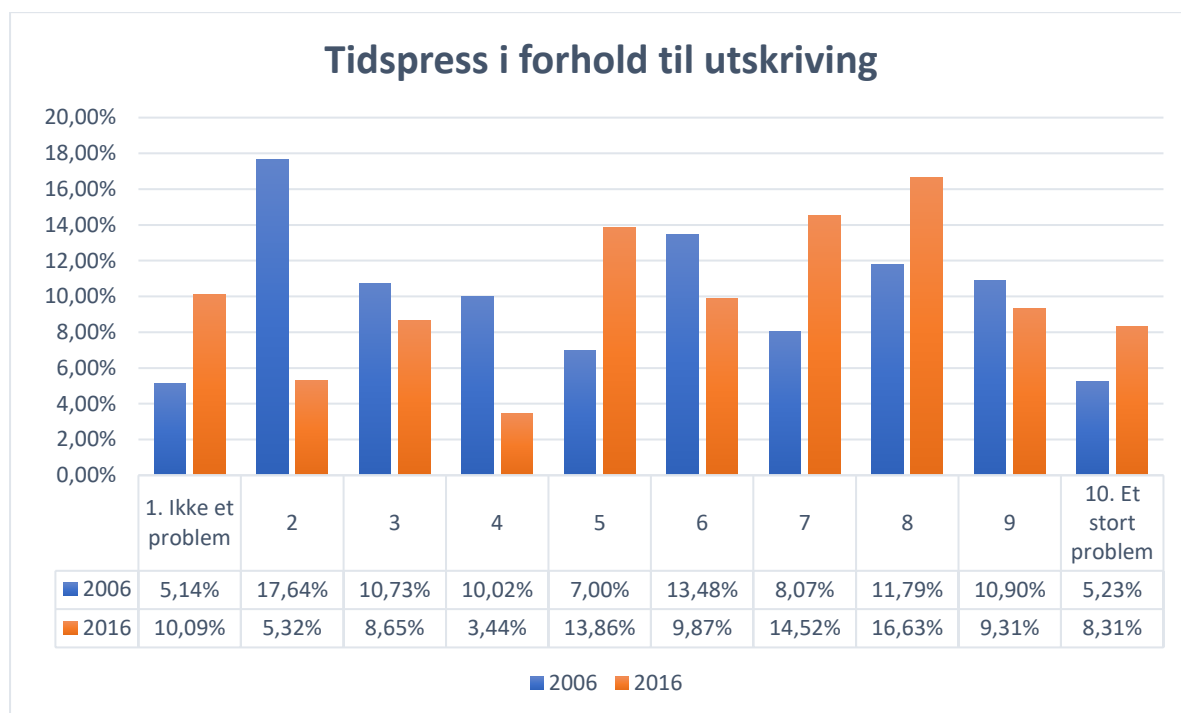
De neste variablene måler hva det er sykehuslegene oppfattet som problemer i samhandlingen med allmennlegetjenesten. Disse variablene vil bli brukt som avhengige variabler i egne modeller for å se hva de ulike sykehuslegene mener er problemene i samhandlingen med allmennlegetjenesten.

Ordlyden på disse variablene er også identisk i 2006 og 2016, og spørsmålet er stilt som følgende: «Opplever du følgende som utfordringer i forhold til samarbeid med allmenelegetjenesten i din hverdag som sykehuslege? Besvar dette på en skal fra 1 til 10 hvor 10 betyr at dette er et stort problem i forhold til samhandling.» Videre er spørsmålet delt opp med fem underkategorier:

- A: Tidspress i forbindelse med utskriving.
- B: Manglende mottakskapasitet i kommunene.
- C: Mangelfull informasjon i henvisninger fra fastlege.
- D: For mange «Urettmessige» henvisninger fra fastleger.
- E: For sterk spesialisering blant sykehusleger.

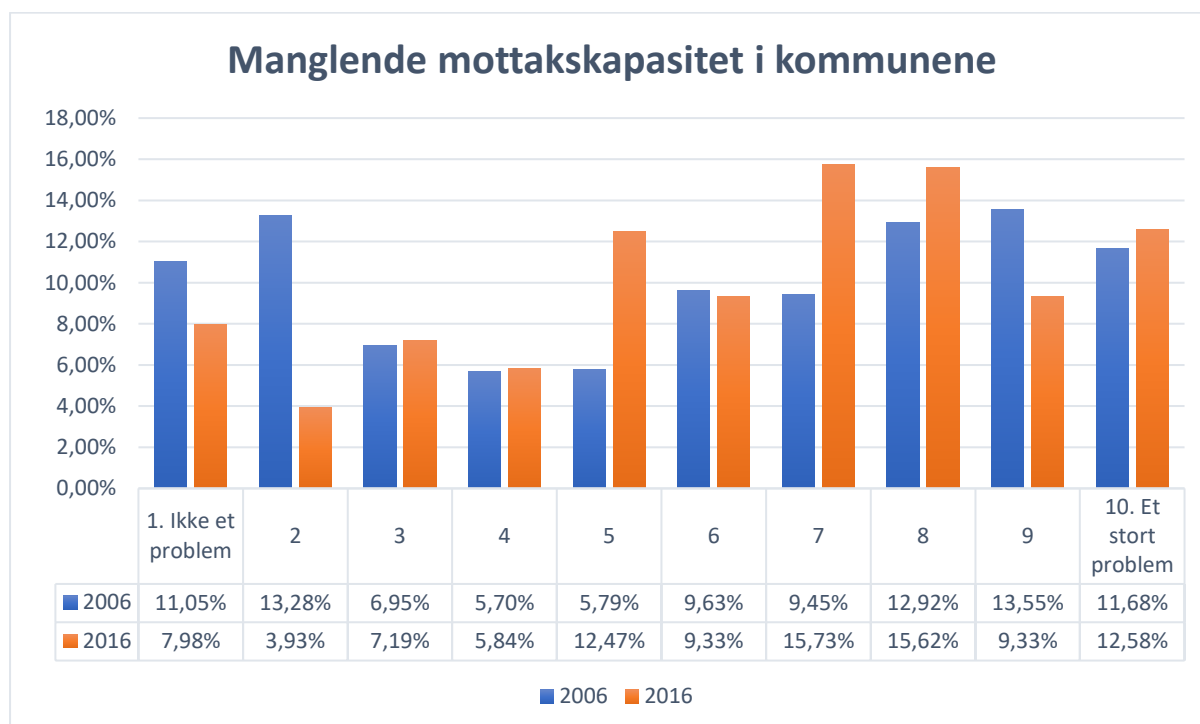
I spørsmålet om sykehuslegene opplevde tidspress i forhold til utskriving var det 1182 observasjoner i 2006, og 902 observasjoner i 2016. Grafen under viser hva sykehuslegene svarte i de to forskjellige årene hvor surveyen ble gjennomført.

I 2006 var legene delt på midten i spørsmålet om de opplevde tidspress i forhold til utskriving. 50,5 prosent av dem svarte 1-5, mens de resterende plasserte seg over 5. I 2016 var 41 prosent av legene i det nedre sjiktet. Til tross for at det var en liten økning i snittet, fra 5,3 til 5,9, var det også en dobling av leger som mente svarte det laveste: 1. Ikke et problem.



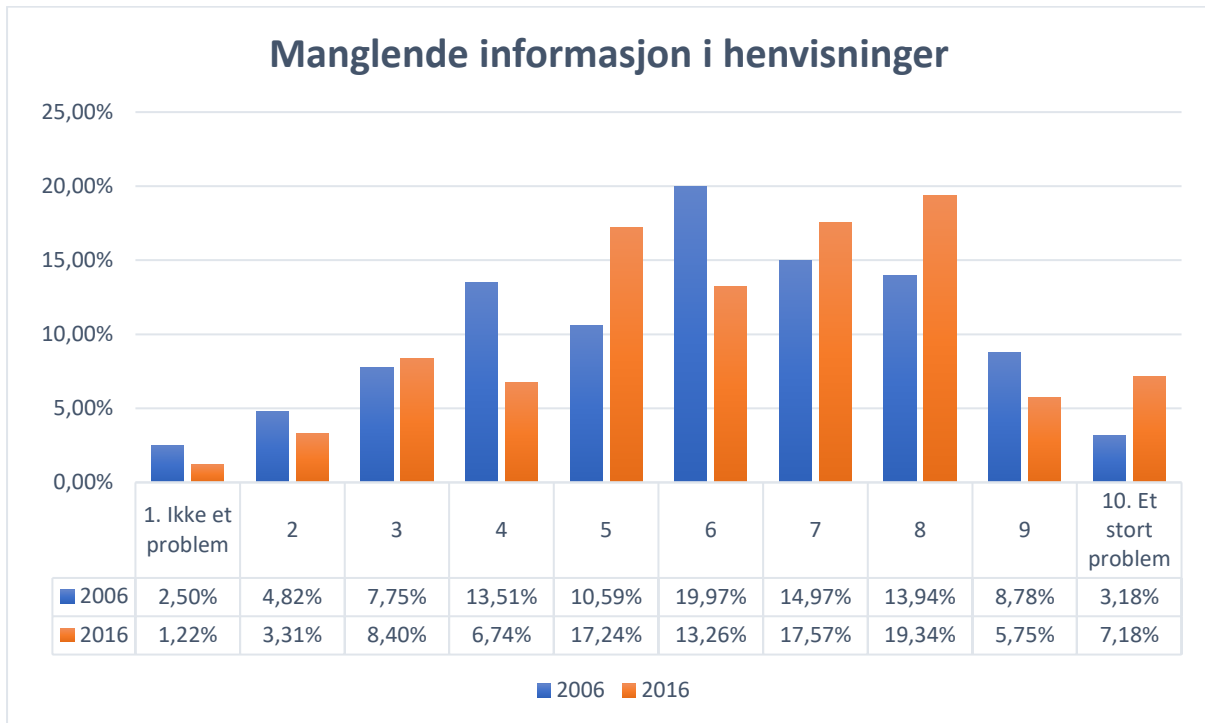
Figur 2: Tidspress i forhold til utskriving

Deretter kommer spørsmålet om legene opplever manglende mottakskapasitet i kommunene som et problem. Her er det 1122 observasjoner i 2006, og 890 observasjoner i 2016. Fra grafen under ser vi at sykehuslegene i 2006 var splittet. Omtrent én av fire (24,3 prosent) plasserte seg i kategori 1 og 2. Et drøyt prosentpoeng mer svarte imidlertid 9 og 10, at mottakskapasiteten i kommunene var et problem. Til tross for at snittet av variabelen i 2006 var forholdsvis høy, på 5,8 prosent, og samhandlingsreformen la til grunn at kommunene skulle få en ny rolle med mer ansvar, så steg fortsatt snittet av variabelen i 2016, hvor det var 6,2.



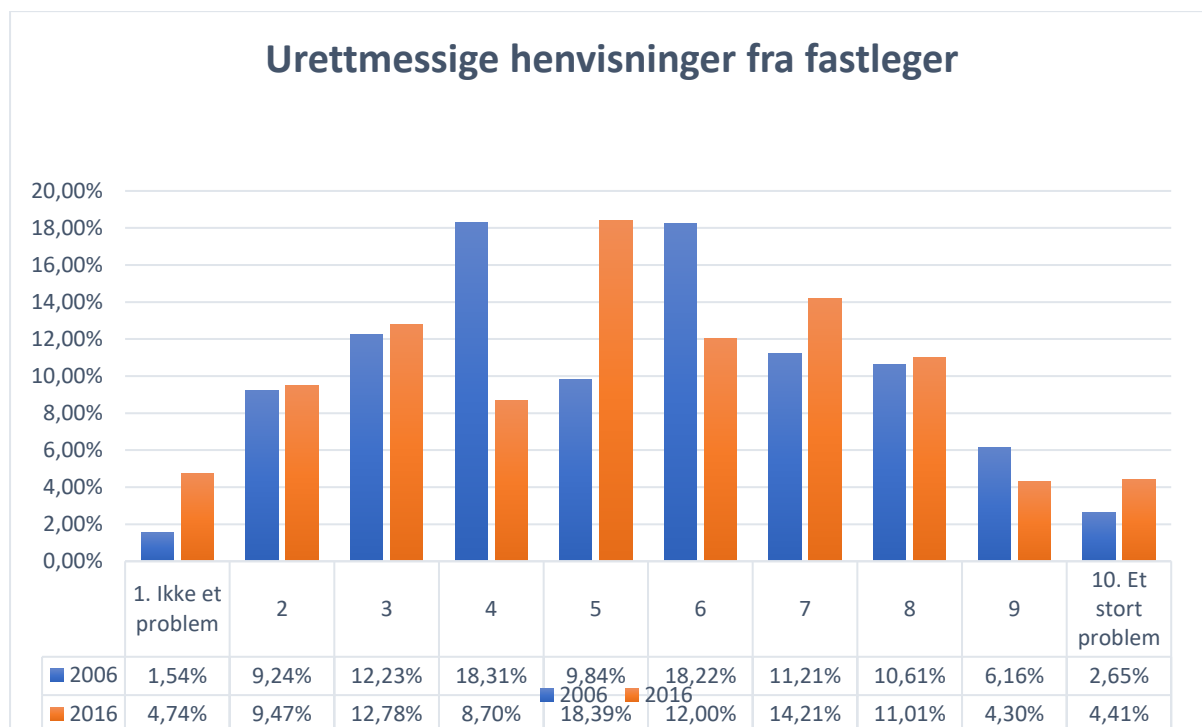
Figur 3: Manglende mottakskapasitet i kommunene.

Den tredje avhengige variabelen som vil bli brukt i analysene av hvordan problemer sykehuslegene oppfatter er spørsmålet om sykehuslegene opplever manglende informasjon i henvisninger fra fastlegene som et problem. I 2006 var det 1162 observasjoner på denne variabelen, og i 2016 var det 905 observasjoner. Grafen av fordelingen på variabelen viser at meningene til sykehuslegene var relativt sentrert rett over midten begge årene. Snittet av variabelen ligger også her begge årene, da den var 5.9 i 2006 og 6,3 i 2016.



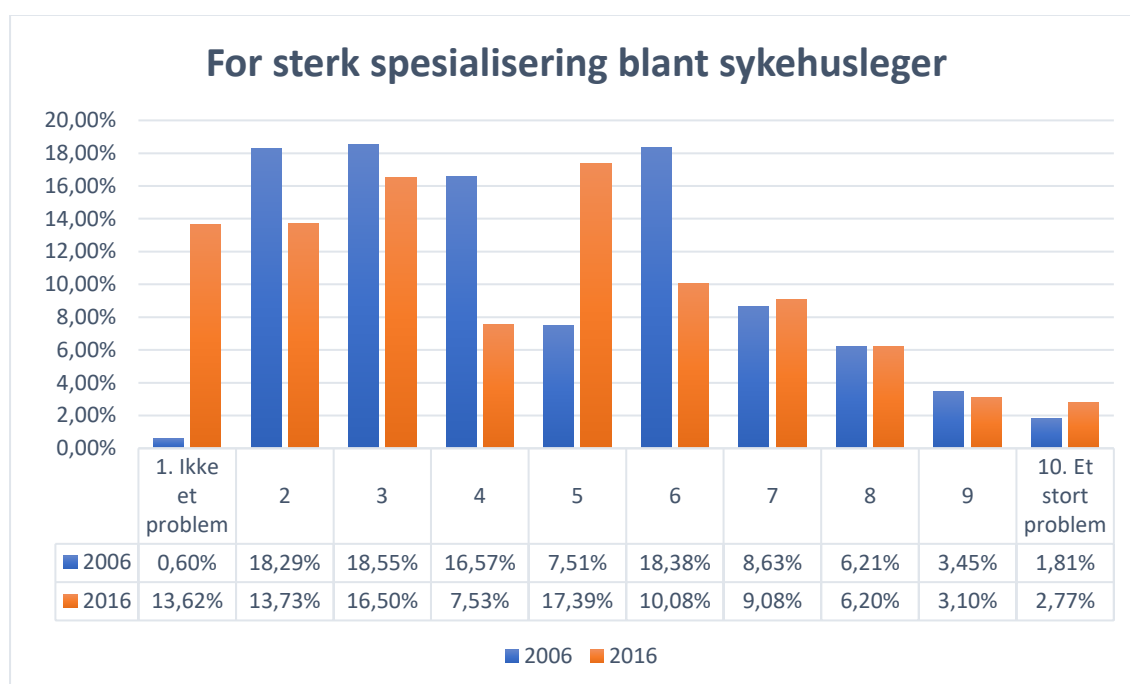
Figur 4: Manglende informasjon i henvisninger

Deretter kommer den fjerde variabelen, som stilte spørsmål om sykehuslegene opplevde for mange urettmessige henvisninger fra fastleger. Her var det 1169 observasjoner i 2006, og 908 i 2016. Til tross for at det er en dobling av antall leger som har plassert seg på de to ytterpunktene av variablene har den holdt seg rimelig stabil. Snittverdien til legene lå rett under snittet i 2006, på 5,3, noe den også gjorde i 2016.



Figur 5: Urettmessige henvisninger fra fastlege

Den siste avhengige variabelen spurte om de opplevde at for sterk spesialisering blant sykehuslegene er et problem. På denne variabelen var det 1159 observasjoner i 2006, og 903 observasjoner i 2016. Det første man kan se er at andelen som svarte 1 «ikke et problem» steg betraktelig, fra under ett prosent opp til 13. Videre skiller denne variabelen seg fra de andre ved at snittverdien til variabelen var under midtpunktet i både 2006 og 2016. Videre så kan man også se at det i 2006 ble opplevd som et større problem enn i 2016, da snittverdien var på 4,7 i 2006, og 4,4 i 2016.



Figur 6: For sterk spesialisering blant sykehusleger

Uavhengige variabler

For å undersøke hvordan sykehuslegenes syn på kvaliteten av samhandlingen med allmennlegetjenesten og hva de ser på som de største utfordringene har endret seg fra 2006 til 2016 er det tatt med forskjellige variabler for å skille de med forskjellig bakgrunn.

Den første uavhengige variabelen er tatt med for å se om sykehusleger som har administrativt lederansvar oppfattet samhandlingen mer positivt enn leger som ikke har det. Spørsmålet er stilt på følgende måte i både 2006 og 2016: «Hva er din nåværende stilling?». Variabelen er dummykodet i hvem som har administrativt lederansvar og hvem som ikke har det. Jeg har satt skille ved klinikkleder/-sjef, avdelingsleder/-sjef og seksjonsoverlege har blitt kodet til lederansvar, og resten som ikke-lederansvar. Ikke-lederansvar er satt som referansekategori.

Variabelen er tatt med da man ut ifra teorien ser at reformer i helse- og omsorgstjenesten, og da spesielt reformer med NPM-aspekter kan være med på å forme hvordan lederrollen til legene er, som igjen kan være med på å forme holdningene og prioriteringene deres. Som tidligere nevnt har tidligere forskning også vist at leger med lederansvar oppfatter endringer ulikt fra leger som ikke har lederansvar.

Den neste variabelen som er tatt med spør om hvilken avdeling de hovedsakelig jobber i, eller innenfor hvilket fag. Denne er tatt med for å undersøke om det er forskjeller i hvordan legene oppfatter samhandlingen ut ifra hvilket fagfelt de arbeider med. Som man så fra tidligere forskning var det spenninger internt i spesialisthelsetjenesten mellom de ulike profesjonelle grenene da to ulike avdelinger skulle bli slått sammen (Heldal, 2013, s. 140). Videre viste en undersøkelse gjort på leger i tyske sykehus at det var signifikante forskjeller mellom hvordan leger fra ulike avdelinger oppfattet utfordringer i samhandlingen (Tanner mfl., 2015, s. 5).

Gjennom å inkludere et dummysett i analysen vil man kunne kontrollere for hva de ulike avdelingene og fagfeltene mener om samhandlingen og samhandlingsproblemene. Spørsmålet er stilt ulikt i 2006 og 2016, så dummysettene vil også bli ulike. I 2006 er det spurt om hvilken avdeling legene hovedsakelig arbeider i, mens det i 2016 er spurt om hvilket fagfelt de hovedsakelig arbeider i. Svaralternativene er også forskjellige.

Ved å lage et dummysett hvor man får testet de ti alternativene i 2006, og de seks alternativene i 2016 opp mot de andre vil man kunne sammenligne leger innenfor én avdeling opp mot andre avdelinger. Av omkodinger som er blitt gjort så er allmenntjenestemedisin, i 2016, slått sammen med annet, da det bare var én observasjon på allmenntjenestemedisin.

For å sjekke om legenes personlige bakgrunn har hatt noen innvirkning på hvordan de har opplevd samhandlingen med allmennlegetjenesten, og for å se om det har noen effekt på hva de ser på som utfordringer med den er, er det også tatt med et par kontrollvariabler. Den første kontrollvariabelen er kjønn, og er tatt med for å kontrollere om kvinnelige og mannlige leger har ulike oppfatninger. Variabelen er kodet om til en dikotomvariabel, hvor verdien «Kvinne» er satt som referansekategori. Her er det 1253 observasjoner i 2006, og 952 i 2016. Én missing er fjernet fra 2006.

Deretter er det tatt med en variabel for alderen til respondentene. Denne variabelen er i spørreskjemaet delt inn etter tiår, hvor 20-29 er den laveste kategorien, og 60+ er den

høyeste. I datasettet fra 2006 er 70+ den høyeste verdien. Aldersgruppene «Under 30» i 2016 og «Over 70» i 2006 er slått sammen med nærmeste gruppe, da antallet observasjoner i gruppene ett og fire respektivt. Det er 1261 observasjoner i 2006, og 950 i 2016.

For å kontrollere for om hvilket sykehus legene jobber ved har noen effekt på hvordan de oppfatter samhandlingen er det også tatt med hvilket helseforetak de arbeider ved. Ved å inkludere et dummysett over sykehusene får man kontrollert for eventuelle variabler på sykehusnivå. Variablene er ikke like i 2006-datasettet og 2016-datasettet, da helseforetakene ikke var like i disse to årene¹. Som referansekategori har jeg satt det sykehuset med flest observasjoner, som var Ullevål Universitetssykehus HF i 2006, og St. Olavs Hospital HF i 2016.

Utenom de variablene som er blitt beskrevet er det også blitt kontrollert for ulike samspillsvariabler. Det viste seg dog at det ikke er noen signifikante effekter mellom de ulike variablene på de avhengige variablene, så samspilleddene er utelatt fra analysen da de ikke bidrar med å forbedre noe av modellens forklaringskraft.

Tabell 1 og 2 viser fordelingen på de uavhengige variablene i 2006 og 2016.

¹ I 2014 gikk man fra 34 til 28 helseforetak

Variabel	Kategori	Prosent av utvalg	N
Lederansvar			1256
	Leder	24,7	
	Ikke-leder	75,3	
Kjønn			1253
	Mann	66,6	
	Kvinne	33,3	
Alder			1261
	Under 30 år	4,3	
	30-39	32,4	
	40-49	28,1	
	50-59	22	
	Over 60 år	13,3	
Avdeling			1255
	Øyeavdeling	2,2	
	ØNH-avdeling	2,8	
	Kirurgisk avdeling	13,6	
	Ortopedisk avdeling	5,3	
	Nevrologisk avdeling	5,3	
	Laboratorium	5,4	
	Anestesiavdeling	9,9	
	Medisinsk avdeling	21,3	
	Røntgen avdeling	7,7	
	Gynekologisk/Fødeavdeling	7,3	
	Annet	19	

Tabell 1: Fordeling variabler 2006

Variabel	Kategori	Prosent av utvalg	N
Lederansvar			953
	Leder	26,8	
	Ikke-leder	73,2	
Kjønn			952
	Mann	59,6	
	Kvinne	40,4	
Alder			950
	Under 39 år	20	
	40-49	31,8	
	50-59	26	
	Over 60 år	22,2	
Avdeling			957
	Indremedisinsk	34,5	
	Kirurgiske fag	38,5	
	Laboratoriefag	9,6	
	Psykiatri	14	
	Annet	3,5	

Tabell 2: Fordeling variabler 2016

Resultater

I denne vil resultatene bli framstilt. Her er målet å undersøke problemstillingen, som var: «Har sykehuslegenes syn på samhandlingen med allmennlegetjenesten endret seg etter innføringen av samhandlingsreformen? Og er utfordringene de samme i 2006 og 2016?». Resultatene og tolkningen vil bli presentert her, før det følger en del med diskusjon.

I den første delen av analysen skal det først sees på hva sykehuslegene mente om samhandlingen i 2006 og 2016. Her er den avhengige variabelen «Hvor tilfreds er du med samhandlingen mellom deg som sykehuslege og allmennlegetjenesten», mens de viktigste uavhengige variablene går på om de har lederansvar og innenfor hvilket fagfelt eller avdeling de arbeider. Er det slik at legene med lederansvar har en mer positiv oppfatning av samhandlingen? Ved å kontrollere for hvilket fagfelt, eller hvilken avdeling de arbeider ved, vil man også kunne teste om de som for eksempel arbeider mer med pasienter, eller tettere med primærhelsetjenesten, oppfatter samhandlingen som mer problematisk enn de som ikke gjør det. Det vil også bli kontrollert for om hvilket helseforetak legene arbeider med har noen innvirkning på oppfatningen deres.

Deretter vil det bli kjørt modeller hvor man bruker de ulike utfordringene som avhengig variabel. Målet med dette er å undersøke hvordan de ulike sykehuslegene mener at det er problemer med samhandlingen, og hvordan dette har endret seg i de ti årene mellom undersøkelsene ble gjennomført.

Samhandling med allmennlegetjenesten

Den første analysen, som kan sees i tabell 3, inkluderer den avhengige variabelen «hvor tilfreds er du med samhandlingen mellom deg som sykehuslege og allmennlegetjenesten», og uavhengige variabler som viser sykehuslegenes demografiske og faglige bakgrunn. Modellen har også med en dummykoding av helseforetakene, der det største helseforetaket er satt som referansegruppe. Helseforetakene er ikke presentert i modellen her, men en modell med helseforetakene kan sees vedlagt i tabell 8 og 9.

Analysen fra 2006 viser oss overraskende nok at de med lederansvar er mindre tilfreds med samhandlingen med allmennlegetjenesten enn de som ikke har lederansvar er. Videre ser man at menn er mindre tilfredse med samhandlingen enn det kvinner er. Denne variabelen er dog ikke signifikant, så man kan ikke konkludere med at det faktisk er slik. Videre ser man at legene i aldersgruppen 40 til 49 år er mindre tilfreds med samhandlingen enn det leger i referansekategori under 30 år er. De andre aldersgruppene er ikke signifikante.

Når man ser på forskjellene mellom de ulike avdelingene kan man se at øyeavdeling og nevrologisk avdeling er mer tilfredse med samhandlingen enn det referansekategori medisinsk avdeling er. Dette er signifikant innenfor et fem-prosent og ett-prosentnivå. De andre avdelingene er ikke signifikante.

I tabell 4 kan man se den tilsvarende modellen fra 2016. Her ser man at til tross for at sykehuslegene var mindre tilfredse med samhandlingen i 2016 enn i 2006 er det nesten ingen signifikante forskjeller mellom de ulike sykehuslegene. De eneste forskjellene som er signifikante er at menn er mindre tilfredse enn kvinner, og de som jobber innenfor fagfeltet psykologi er mer tilfredse enn referanse kategorien, som er de som jobber med kirurgiske fag. Disse variablene er signifikante innenfor et ett-prosentnivå, og et ti-prosentnivå respektivt.

For å kontrollere for eventuelt ekstremverdier kjører jeg også en robust regresjon. I denne modellen, modell 2, ser vi at legene som jobber i laboratorisk avdeling og gynekologisk/fødeavdeling også blir signifikant innenfor et ti-prosentnivå. Begge koeffisientene har et positivt fortegn, og er dermed mer tilfreds med samhandlingen enn det referanse kategorien kirurgisk avdeling er. Av endringer fra OLS-modellen til robust regresjonsmodellen i 2016 ser man at øyeavdeling ikke lenger er signifikant.

Videre for å teste robustheten til modellene kjørte jeg modeller hvor jeg inkluderte uavhengige variabler som i hvilket land de avla medisinsk embetseksamen, når de avla embetseksamen, om de tidligere har arbeidet som allmennlege, og om de har arbeidet ved sykehus i utlandet. Ingen av disse modellene ga noen nevneverdige endringer, så resultatene av dem er ikke lagt ved.

Lignende ble det også kjørt modeller med kontrollvariabler for hvor lenge de hadde vært ansatt i samme stilling, på nåværende sykehus, og i helsevesenet totalt. Ingen av disse ble heller signifikante, hverken slik variabelen var generert, kategorisk i gruppene 1-2 år, 3-4 år ... 9-10 år, 10+ år, eller som dummyvariabler som kontrollerte for om de ble ansatt før eller samhandlingsreformen ble vedtatt eller trådte i kraft, heller ikke her fikk man noen nevneverdige signifikante resultater.

Som man kan se er det manglende signifikans på de fleste regresjonskoeffisientene. Dette kan komme av at det ikke er noen sammenheng mellom hvilket fagfelt, kjønn eller alder sykehuslegene har. Alternativt kan det være at teststyrken ikke er høy nok, og det er en type II-feil å si at det ikke er sammenheng. Mulige grunner til at man ikke klarer å se en eventuell sammenheng kan være at man har for lavt antall observasjoner, ettersom at standardfeilen er avhengig av utvalgets størrelse. Med andre ord: færre observasjoner fører til større standardfeil, som gjør det vanskeligere å påvise en eventuelt eksisterende sammenheng (Skog, 2017, s. 228).

Som tidligere nevnt er det visse forutsetninger som må innfris når man kjører multiple regresjonsanalyser. Testingen på disse modellene viser at forutsetningene blir innfridd, men det kan nevnes at skjevhet og normalitet-test viser at residualene er signifikant forskjellige fra det de hadde vært om de var normalfordelte, men ettersom at antallet observasjoner er rett under 900 i 2016, og over 1100 i 2006 burde det ikke være et problem (Mehetmoglu & Jakobsen, 2017, s. 153).

Tabell 3: Hvor tilfreds er du med samhandlingen med allmennlegetjenesten 2006		
	Modell 1: OLS	Modell 2: Robust
Lederansvar	-0.430** (0.169)	-0.314* (0.171)
Mann	ns	ns
2. 30-39 år	ns	ns
3. 40-49 år	-0.537* (0.312)	-0.548* (0.317)
4. 50-59 år	ns	ns
5. 60+ år	ns	ns
1. Øyeavdeling	0.829** (0.389)	1.057*** (0.395)
2. ØNH	ns	0.665* (0.350)
3. Kirurgisk avd.	ns	ns
4. Ortopedisk avd	ns	ns
5. Nevrologisk avd	0.719*** (0.258)	0.687*** (0.262)
6. Laboratorium	ns	0.478* (0.263)
7. Anestivad.	ns	ns
9. Røntgen avd.	ns	ns
10. Gyn/fødeavd.	ns	0.403* (0.233)
11. Annet	ns	ns
Constant	6.828*** (0.365)	6.800*** (0.371)
Observations	1,181	1,181
R-squared	0.066	0.078

Standard errors in parentheses

*** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * $p < 0.1$, ns not significant

Tabell 4: Hvor tilfreds er du med samhandlingen med allmennlegetjenesten 2016		
	Modell 3: OLS	Modell 4: Robust
Lederansvar	ns	ns
Mann	-0.362** (0.145)	-0.371** (0.154)
2. 40-49	ns	ns
3. 50-59	ns	ns
4. 60+	ns	ns
1. Indremedisinsk	ns	ns
3. Laboratorisk	ns	ns
4. Psykiatri	0.364* (0.210)	ns
5. Annet	ns	ns
Constant	5.234*** (0.252)	5.264*** (0.267)
Observations	876	876
R-squared	0.073	0.074

Standard errors in
parentheses

*** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * $p < 0.1$, ns not significant

Utfordringer i samhandlingen

En annen sentral del av problemstillingen var om problemene med samhandlingen var de samme i 2006 og 2016. Først vil det komme en gjennomgang av modellene over hvordan sykehuslegene oppfattet utfordringene i 2006 er satt som avhengig variabel. Deretter vil det bli presentert hvordan de opplevde de samme utfordringene i 2016.

Som man kunne se på snittverdien av variablene så mente sykehuslegene at utfordringene med tidspress i forhold til utskrivning, mottakskapasiteten i kommunene, og mangelfull informasjon i henvisning fra fastleger hadde blitt større i 2016, sammenlignet med 2006. Utfordringen med for mange urettmessige henvisninger fra fastleger hadde holdt seg stabil, mens den siste utfordringen de ble spurt om, om det var for sterk spesialisering blant sykehuslegene, hadde minket.

Videre ser man at det kun var på den femte utfordringen, om det var for sterk spesialisering blant sykehusleger, at man finner en signifikant effekt på variabelen om lederansvar. Her ser man at de sykehuslegene med lederansvar opplevde det som et større problem enn de sykehuslegene som ikke hadde lederansvar. Variabelen er signifikant innenfor et ti-prosentnivå.

Den neste uavhengige variabelen viser at kjønnet til legene kun hadde noe å si i opplevelsen av de to første utfordringene. I både opplevelsen av tidspress i forhold til utskrivninger, og en opplevelse av manglende mottakskapasitet i kommunene var det en signifikant forskjell mellom mannlige og kvinnelige leger, der menn opplevde utfordringene som et større problem. Variabelen om tidspress er signifikant innenfor et ett-prosentnivå, mens manglende mottakskapasitet er signifikant innenfor et ti-prosentnivå.

På aldersvariabelen er det igjen svært få signifikante resultater. På de to første og den femte utfordringen er ingen av aldersgruppene signifikante. I regresjonen hvor spørsmålet om de opplever mangelfull informasjon i henvisninger fra fastlegene er avhengig variabel, er aldersgruppen 50-59 signifikant, og det negative fortegnet på koeffisienten tilsier at de opplever mangelfull informasjon som et mindre problem enn legene i aldersgruppen under 30 år. Lignende ser man at de to aldersgruppene 40-49 og 50-59 opplever urettmessige henvisninger fra fastleger som et mindre problem enn referansekategori under 30 år.

Deretter kan man se at det er signifikante forskjeller i hvordan sykehuslegene med forskjellig faglig bakgrunn har svart på hvordan de har opplevd de ulike utfordringene. Den første utfordringen, om de har opplevd tidspress i forbindelse med utskrivninger, viser at alle avdelingene har svart at de opplever det som et mindre problem enn referansegruppen, som var medisinsk avdeling. Det eneste unntaket er nevrologisk avdeling, hvor det ikke er statistisk signifikans. Videre kan man se at koeffisienten til alle avdelingene er signifikante innenfor et ett-prosentnivå, med unntak av kirurgisk og ortopedisk avdeling, som er det innenfor et ti- og fem-prosentnivå respektivt.

På den neste utfordringen, om de opplever manglende mottakskapasitet i kommunene som en utfordring er øye- og øre, nese, halsavdelingene signifikante innenfor et ti-prosentnivå. Koeffisientene for kirurgisk, ortopedisk og nevrologisk avdeling er ikke signifikante, mens de gjenværende er det innenfor et ett-prosentnivå. Igjen så har alle de signifikante koeffisientene negative fortegn, som tilsier at de opplever mottakskapasiteten i kommunene som en mindre utfordring enn referansekategori medisinsk avdeling.

I den tredje modellen er den avhengige variabelen utfordringen med manglende informasjon i henvisninger fra fastleger. Her er kun anestesi og gynekologisk/fødeavdeling signifikant, innenfor henholdsvis et ett- og fem-prosentnivå. Begge har også negativt fortegn, så de har opplevd utfordringen med for mangelfull informasjon i henvisninger fra legene som et mindre problem enn de i medisinsk avdeling.

Den fjerde utfordringen var om de opplevde for mange urettmessige henvisninger. Her er ortopedisk avdeling signifikant innenfor et ti-prosentnivå. Man kan også se at den har et positivt fortegn, som tilsier at de opplever urettmessige henvisninger som et større problem enn medisinsk avdeling. Anestesi er igjen signifikant innenfor et ett-prosentnivå og har negativt fortegn.

Modell 5 i tabellen viser den siste avhengige variabelen, og spørsmålet om det er en utfordring at sykehuslegene er for spesialiserte. Her er øye-, kirurgisk-, ortopedisk-, og annen avdeling signifikant innenfor et fem-prosentsnivå, mens røntgen er signifikant innenfor et ett-prosentsnivå og gynekologisk er det innenfor et ti-prosentsnivå. Alle har negativt fortegn, som igjen tilsier at de opplever spesialisering som et mindre problem enn medisinsk avdeling.

Tabell 5: Utfordringer i samhandlingen med allmennlegetjenesten 2006					
	Modell 1 Tidspress	Modell 2 Mottak	Modell 3 Informasjon	Modell 4 Urettmessige	Modell 5 Spesialisering
Lederansvar	ns	ns	ns	ns	0.354* (0.200)
Mann	0.486*** (0.186)	0.379* (0.210)	ns	ns	ns
2. 30-39 år	ns	ns	ns	ns	ns
3. 40-49 år	ns	ns	ns	-0.640* (0.379)	ns
4. 50-59 år	ns	ns	-0.659* (0.392)	-0.891** (0.396)	ns
5. 60+ år	ns	ns	ns	ns	ns
1. Øyeavdeling	-2.061*** (0.576)	-1.136* (0.648)	ns	ns	-1.097** (0.464)
2. ØNH	-2.330*** (0.502)	-1.100* (0.565)	ns	ns	ns
3. Kirurgisk avd.	-0.518* (0.273)	ns	ns	ns	-0.538** (0.218)
4. Ortopedisk avd.	-0.805** (0.376)	ns	ns	0.520* (0.308)	-0.611** (0.301)
5. Nevrologisk avd.	ns	ns	ns	ns	ns
6. Laboratorium	-1.369*** (0.472)	- 1.674*** (0.565)	ns	ns	ns
7. Anestesi avd.	-1.321*** (0.345)	- 1.143*** (0.387)	-0.911*** (0.281)	-0.839*** (0.282)	ns
9. Røntgen avd.	-1.666*** (0.370)	- 2.560*** (0.424)	ns	ns	-0.802*** (0.278)
10. Gynekologisk/fødeavd.	-1.576*** (0.333)	- 1.286*** (0.376)	-0.647** (0.272)	ns	-0.496* (0.268)
11. Annet	-1.021*** (0.260)	- 1.322*** (0.293)	ns	ns	-0.526** (0.208)
Constant	6.128*** (0.540)	6.217*** (0.609)	6.132*** (0.441)	5.829*** (0.444)	5.130*** (0.432)
Observations	1,086	1,080	1,118	1,125	1,115
R-squared	0.101	0.106	0.052	0.058	0.068

Standard errors in parentheses
 *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Deretter for å se hvordan legenes oppfatning av utfordringene har endret seg fra 2006 til 2016 skal vi se på lignende modeller fra 2016. Som vist tidligere steg snittverdien av variablene på alle utfordringene, med unntak av «urettmessige» henvisninger hvor den forholdt seg lik, og for mye spesialisering blant sykehusleger, hvor den minket.

Av tabellen med modellene under kan man se at de med lederansvar oppfattet tidspress i forbindelse med utskriving, manglende mottakskapasitet i kommunene, samt for mye spesialisering blant sykehusleger som et mindre problem enn det de øvrige legene gjorde. Dette er signifikant innenfor et ti-prosentsnivå. Kjønn hadde bare signifikans påvirkning på den femte utfordringen, hvor menn oppfattet det som en større utfordring enn kvinner. Signifikansnivået her var innenfor ett prosent.

Videre ser man at alder fortsatt ikke var en av de mest avgjørende faktorene for hvordan legene oppfattet de ulike utfordringene, da de eneste resultatene er at de på 60+ oppfattet mottakskapasiteten og mangelfull informasjon som et mindre problem enn referanse-kategorien som var legene under 40 år. De to signifikante resultatene var innenfor et ti-prosentsnivå.

Det at datasettet fra 2016 delte legene inn etter fagfelt og ikke avdeling gjør at man ikke kan sammenligne direkte. Allikevel kan man se at de som jobbet innenfor indremedisin opplevde de tre første utfordringene som et større problem enn de som jobbet med kirurgiske fag, som var referanse-kategorien. På de to første utfordringene var dette signifikant innenfor et ett-prosentsnivå, mens det for den tredje var signifikant innenfor ett fem-prosentsnivå.

Deretter ser man at de som jobbet innenfor fagfeltet laboratoriefag opplevde tidspress i forhold til utskrivinger og manglende mottakskapasitet som ett mindre problem enn referanse-kategorien, mens de opplevde urettmessige henvisninger som et større. Dette var signifikant innenfor ett fem-, ett og ett-prosentsnivå. Den femte utfordringen var signifikant innenfor et ti-prosentsnivå og har negativt fortegn.

Til sist ser man at leger innenfor fagfeltet psykiatri opplevde tidspress og urettmessige henvisninger som et mindre problem enn kirurgiske fag, signifikant innenfor et fem- og ett-prosentsnivå respektivt, mens de opplevde manglende mottakskapasitet som et større problem, signifikant innenfor et ett-prosentsnivå. Ingen av de gjenværende koeffisientene var signifikante.

Som tidligere nevnt hadde modellene hvor den avhengige variabelen var tidspress i forhold til utskriving og mangelfull informasjon i henvisninger fra fastleger problemer med heteroskedasitet. Som nevnt kan dette føre til at resultatene ikke kan generaliseres til den øvrige populasjonen på en statistisk valid måte. Resultatene fra de robuste regresjonsmodellene, vedlagt i tabell 9 og 10, er dog lignende, og endrer ikke signifikansnivået eller retningen på noen av variablene for fagbakgrunn i de to modellene.

Tabell 6: utfordringer i samhandlingen med allmennlegetjenesten 2016					
	Modell 1: Tidspress	Modell 2: Mottak	Modell 3 Informasjon	Modell 4: Urettmessige	Modell 5: Spesialisering
Leder	-0.426* (0.224)	-0.397* (0.225)	ns	ns	-0.389* (0.210)
Mann	ns	ns	ns	ns	0.676*** (0.184)
2. 40-49	ns	ns	ns	ns	ns
3. 50-59	ns	ns	ns	ns	ns
4. 60+	ns	-0.525* (0.303)	-0.432* (0.240)	ns	ns
1. Indremedisinsk	0.903*** (0.214)	0.611*** (0.214)	0.362** (0.170)	ns	ns
3. Laboratoriefag	-0.840** (0.361)	-1.148*** (0.359)	ns	0.819*** (0.306)	-0.565* (0.328)
4. Psykiatri	-0.613** (0.284)	0.734*** (0.284)	ns	-0.788*** (0.253)	ns
5. Annet	ns	ns	ns	ns	ns
Constant	5.958*** (0.342)	6.574*** (0.341)	6.277*** (0.271)	5.020*** (0.301)	4.271*** (0.319)
Observations	837	826	839	842	838
R-squared	0.095	0.095	0.071	0.077	0.047

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1, ns not significant

Diskusjon

I denne delen av oppgaven skal resultatene diskuteres i lys av den presenterte teorien og tidligere forskningen.

Som man kunne se fra den deskriptive statistikken steg andelen av legene som svarte at de ikke var tilfredse med samhandlingen mellom de to målingsårene 2006 og 2016. Dette kan være et tegn på at den første utfordringen som regjeringen skisserte i stortingsmeldingen om samhandlingsreformen ikke er blitt adressert godt nok, og behovene for økt koordinering mellom primær- og sekundærhelsetjenesten ikke har minket. Det at over halvparten av legene plasserte seg under snitt i 2016, mot omtrent én av fem i 2006 forteller oss at det har vært en betydelig økning i misnøyen. Det at problemene med samhandlingen fortsatt er til stede tilsvarer godt med tidligere forskning, som viste at helsepersonell fortsatt opplevde dårlig informasjonsflyt, fragmentering av tjenester, samt svak koordinering og pasientflyt (Skorpen, Kvangarsnes, & Hole 2017; Hamre, Berntsen, & Monteiro, 2010).

Samtidig ser det ikke ut som om det er en systematisk misnøye i 2016, ut ifra resultatene. Det første man så var at de med lederansvar gikk fra å være mindre tilfredse med samhandlingen til at variabelen ikke var signifikant. Det at lederansvar ikke hadde en positiv effekt på hvor tilfredse legene var med samhandlingen bryter med tidligere forskning, som har vist at det er en sammenheng mellom lederansvar og hvor fornøyd man er med endringer som kan komme som konsekvens av reformer, for eksempel samling av avdelinger, slik man så var en konsekvens av samhandlingsreformen (Martinussen mfl., 2017, s. 103).

At variabelen nå ikke er signifikant kan tyde på at de med lederansvar gikk fra å være systematisk mindre tilfreds, til at det var en splittet gruppe. Det at det er større forskjeller innad i «ledergruppen» kan bety at trenden er i ferd med å snu. Man kan dog ikke konkludere med dette uten at det blir gjort videre forskning. Dette kunne derfor vært interessant å se på ved å gjennomføre en ny surveyundersøkelse av legene, eventuelt gjennom andre forskningsmetoder.

Videre så man at variabelen for kjønn var signifikant i 2016, uten å være det i 2006. Dette funnet er interessant ved at tidligere forskning som er gjort på feltet, som i all hovedsak har vært kvalitativ, ikke har vist noen korrelasjon mellom kjønn og tilfredshet med samhandlingen.

Den neste kontrollvariabelen var alder. Her var det heller ingen signifikante funn i 2016, heller ikke når man kontrollerte for hvor lenge de hadde jobbet på sykehuset, eller om de ble ansatt før samhandlingsreformen ble vedtatt eller iverksatt. Dette tilsier at det ikke er noen systematiske forskjeller mellom de ulike aldersgruppene, noe teorien heller ikke tilsier at det skulle ha vært. Det er dog interessant at det ikke er noen signifikante forskjeller mellom de som arbeidet i helsetjenesten før samhandlingsreformen kom, og de som ble ansatt etter at reformen ble iverksatt.

Til sist så man at det eneste fagfeltet det var signifikante forskjeller fra referansekategori, som for ordensskyld var kirurgiske fag, var psykiatri. En mulig tolkning her er at leger i psykiatrisk avdeling i hovedsak jobber med pasienter som har et sterkt behov for koordinering mellom spesialisthelsetjenesten og

primærhelsetjenesten, også allerede før samhandlingsreformen ble iverksatt. At avdelingen allerede før samhandlingsreformen hadde et tett samarbeid mellom nivåene kan ha ført til at de ble mindre påvirket av endringene som kom med reformen. Dette kan dog også sies om avdelingen indremedisinsk også, som viste seg å ikke ha noen signifikante effekter. Imidlertid var psykiatri bare signifikant innenfor et ti-prosentnivå.

Det kan også nevnes at referansekategorien kirurgiske fag var den avdelingen med høyest andel mannlige leger, mens psykiatrisk avdelingen er den avdelingen med høyest andel kvinnelige leger. Som vi så var det en signifikant forskjell mellom kjønnene, der menn var mindre tilfredse enn kvinner. Kontrollen for samspill viste dog at det ikke var kjønnet som var avgjørende for at legene i psykiatri var mer tilfredse, eller at de i kirurgisk var mindre tilfredse.

Funnene her indikerer at det i stor grad ikke er noen systematiske forskjeller mellom de ulike avdelingene, til tross for at sykehuslegene har blitt mindre tilfredse med samhandlingen. En mulig tolkning av at sykehuslegene er mindre tilfredse kan baseres på klassisk organisasjonskultur, som tilsier at legene tidligere i stor grad har vært ansvarlige i beslutningsprosesser selv (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 98). Det at da samhandlingsreformen trakk med seg administrative endringer inspirert av New Public Management kan derfor ha ført til at de over fjelen har blitt negativt påvirket.

Det er dog vanskelig å konkludere med at de administrative endringene har hatt en betydning, da ingen av de individuelle variablene var på sykehusnivå, utover at det ble kontrollert for hvilket helseforetak de arbeidet ved. Det at man har kontrollert for hvilket helseforetak legene jobber i burde dog ha fanget opp eventuelle variabler på sykehusnivå. I eventuell videre forskning kunne det derfor ha vært interessant å relevant å inkludere flere variabler på sykehusnivå, for så å gjennomføre en flernivåanalyse.

At resultatene av analysen viste at det ikke er signifikante forskjeller mellom de ulike avdelingene er imidlertid et interessant funn i seg selv. Ettersom at legene er mindre tilfredse med samhandlingen åpner det dørene for videre studier, hvor man kan se på for eksempel flere variabler på sykehusnivå, for å se om det er noen systematiske forskjeller mellom helseforetakene. Videre kunne det vært interessant å gjennomføre en kvalitativ studie, med for eksempel dybdeintervjuer, for å få et klarere inntrykk av hvordan de ulike legene oppfatter samhandlingen nå ti år etter reformen.

Videre kan man se at reformen ble iverksatt på bakgrunn av ytre press. Som tidligere nevnt var det regjeringen som var initiativtaker til reformen, og ikke helseprofesjonene selv. Gjennom reformen ønsket regjeringen å nå visse mål ved bruk av mål- og resultatstyring, som er et viktig prinsipp i NPM (Fallan & Pettersen, 2010). At det er politikerne som setter målene, mens det er organisasjonene selv som må se at de blir oppnådd samsvarer også bra med NPM-teorier.

Dette kan være med på å forklare hvorfor legene er mindre tilfredse med samhandlingen, da de vanligvis er vant til en relativt stor grad av autonomi, og fordi sykehuslegene gjerne kan ha andre mål enn myndighetene (Martinussen & Magnussen, 2011, s. 194). At samhandlingsreformen legger seg inn i rekken av NPM-reformer kan være med på å bygge ned de faglige styringslinjene og lite hierarkiske institusjonene legene foretrekker.

For selv om reformen har hatt som mål å øke kvaliteten på tjenestene gjennom tiltak som satsing på kommunale helsetjenester, større innsats for å forebygge sykdom og begrensning av sykdom tidlig i sykdomsforløpet, så kan dette ha hatt en negativ ringvirkning på de medisinske kjerneområdene, som kan ha hatt effekt på sykehuslegenes villighet til å tilpasse seg, eller akseptere endringer.

Samhandlingsreformen mål var å bedre koordineringen og samhandlingen. At legenes opplevelse av samhandlingen da ikke ble bedre tilsier at det er vanskelig å si at reformen har hatt suksess i dette målet. Samhandlingsreformen nevnte dog flere utfordringer, så gjennom å se på hvordan de forskjellige sykehuslegene opplevde reformen vil man få en bedre innsikt i hvordan sektoren selv har opplevd reformen.

Problemstillingen var som tidligere nevnt «Har sykehuslegenes syn på samhandlingen med allmennlegetjenesten endret seg etter innføringen av samhandlingsreformen? Og er utfordringene de samme i 2006 og 2016?». Som man kan se av første del av analysen så er det grunnlag til å konkludere med at sykehuslegenes syn på samhandlingen ikke har bedret seg etter at reformen kom.

Ikke bare har opplevelsen av tilfredshet gått ned, men i hvor stor grad de ulike utfordringene det ble spurt om er et problem har også steget på tre av de fem målte utfordringene. Bare når det gjelder ett av målene som har blitt undersøkt har legenes vurdering bedret seg. Dette gjelder i hvor stor grad de opplever økt spesialisering som et problem. Dette var den utfordringen de opplevde minst som et problem i 2006 og 2016.

Videre så man at urettmessige henvisninger fra fastleger ikke hadde noen betydelig økning eller minking i snitt av hvordan legene opplevde utfordringen som et problem. Allikevel så man at det var en betydelig økning i ekstremverdiene, da det var en dobling av antall leger som svarte 1 og 10 i spørreskjemaet.

Av de tre gjenværende utfordringene hadde alle fått en høyere snittskår i hvordan legene opplevde de som et problem. Den første av disse var spørsmålet om hvordan de opplevde tidspress i forhold til utskrivinger. Som tidligere forskning på dette har vist opplevde flertallet av sykehuslegene at de hadde vært i en situasjon hvor de var uenige i andres beslutning om å skrive ut en pasient (Frissvoll, Aarseth, & Kirchhoff 2020). Som vi så i den deskriptive statistikken her var legene splittet i 2006, hvor halvparten hadde plassert seg i det nedre sjiktet; at de opplevde det som et lite problem, mens den resterende halvparten opplevde det som et problem. I 2016 plasserte derimot 59 prosent seg i den øvre halvparten.

At kommunene skulle overta finansieringen og ansvaret for utskrivningsklare pasienter kan også sees på som en desentralisering, da det innebærer en forflytting av ressurser mellom forvaltningsnivåene (meld. St. 47 (2008-2009), s. 33). Selv om den kommunale medfinansieringen ble avsluttet i 2015, altså et år før surveyen ble gjennomført, så kan den ha vært med på å farge bildet av hvordan sykehuslegene opplever press i forbindelse med utskriving. En mulig tolkning av resultatet her kan også være at dette var med på å presse sykehuslegene på tid, noe som kan ha hengt igjen i svarene de ga i surveyen.

Videre viste tidligere forskning at fastlegene opplevde at det ofte var mangelfull informasjon fra sykehuset i forbindelse med utskriving, som igjen kan tyde på at de arbeider under tidspress. Man kan dog ikke fastslå at det har en kausal sammenheng. Imidlertid kan man fastslå at det ikke bare er fastlegene som mente at samhandlingen

rundt utskriving var problematisk, da det var signifikante resultater på alle fagfeltene, men unntak av de som hadde svart annet.

Videre ser vi at funnene her samsvarer med tidligere internasjonal forskning. Som tidligere vist fant en studie av leger i tyske sykehus at det var signifikante forskjeller mellom de ulike avdelingene og hvordan de opplevde tidspress (Tanner mfl., 2015, s. 5). I Tyskland opplevde leger innenfor felte indremedisin signifikant tidspress som et større problem enn leger innenfor psykiatri og gynekologi. Som man kan se opplevde norske leger innenfor avdelingene indremedisin tidspress som en større utfordring enn legene innenfor psykiatri.

En mulig tolkning her er at psykiatrisk avdeling i mindre grad enn medisinsk avdeling benytter seg av sengeposter, noe som kan være med på å forklare hvorfor medisinsk avdeling opplever mer tidspress i forbindelse med utskriving. Laboriefag opplevde også dette tidspresset som mindre, noe som er naturlig da de også benytter seg mer av poliklinikkjenester.

Når man ser på spørsmålet om de opplevde manglende mottakskapasitet i kommunene som et problem ser man at de som jobbet innenfor laboriefag opplevde det som et mindre problem enn øvrige avdelinger. En mulig tolkning her kan være at de jobber mindre direkte med pasienter enn øvrige fag, som gjør at de ikke er like avhengige av mottakskapasiteten i kommunene.

For øvrig ser vi at avdelingene indremedisinsk og psykiatri fortsatt opplevde manglende mottakskapasitet som et signifikant større problem, noe som samsvarer med tidligere internasjonal forskning, som viste at dette også var noe britiske leger opplevde som et problem (Connolly mfl., 2009, s. 556).

I hvor stor grad legene oppfattet manglende informasjon i henvisninger fra fastleger endret seg som tidligere nevnt ikke fra 2006 til 2016. Et av grepene regjeringen skulle satse på for å bedre samhandlingen var å sikre helhetlige pasientforløp. Så en mulig tolkning av at denne utfordringen ikke har blitt større når de andre utfordringene har det kan være at tiltakene har fungert til en viss grad. Men allikevel så man fra tidligere forskning at legene fortsatt mener at det er for dårlig informasjonsflyt mellom primær- og spesialisthelsetjenesten (Skorpen, Kvangarsnes, & Hole, 2017).

Den fjerde utfordringen var om sykehuslegene opplevde for mange urettmessige henvisninger fra fastlegene som et problem. Her er det også relevant å trekke inn tidligere forskning om at informasjonsflyten er for dårlig. Denne utfordringen ble oppfattet som et mindre problem av de som jobber innenfor fagfeltet psykiatri, mens de som jobbet innenfor laboriefag opplevde den som et større. Dette er interessant da psykiatri er et fagfelt hvor det er et særlig sterkt behov for koordinering mellom primær- og sekundærhelsetjenesten.

Som vi kunne se så var spørsmålet om det var for sterk spesialisering blant sykehusleger den eneste utfordringen sykehuslegene mente at hadde blitt et mindre problem. Det at for sterk spesialisering ikke er et problem samsvarer bra med det ene målet i reformen, som var at man skulle få en samlet tjeneste hvor hver av de ulike fagprofesjonene så mye som mulig utnyttet fortrinnsområdene sine. At man skal la fagprofesjonene utnytte fortrinnsområdene sine samsvarer også bra med teorien, ettersom at ideen med desentralisering er at de ulike myndighetsnivåene fokuserer på de områdene de har kompetansefortrinn (Oates, 1999, s. 1122).

Helt til slutt kan man se at de med lederansvar opplevde tidspress i forhold til utskriving, manglende mottakskapasitet i kommunene og for sterk spesialisering blant sykehusleger som et mindre problem enn leger uten lederansvar. En mulig tolkning av dette kan være at de uten lederansvar har mer fokus på behandlingene av individene, mens de med lederansvar har mer fokus på driften av sykehus. Det vil da kunne være forskjell i hvordan de prioriterer ulike målsettinger, og hvordan de da opplever endringene som kom i forbindelse med samhandlingsreformen.

Oppsummering og konklusjon

Temaet for denne oppgaven var å undersøke hvordan sykehusleger i Norge oppfattet samhandlingen med allmennlegetjenesten før og etter innføringen av samhandlingsreformen. Problemstillingen var «Har sykehuslegenes syn på samhandlingen med allmennlegetjenesten endret seg etter innføringen av samhandlingsreformen? Og er utfordringene de samme i 2006 og 2016?». For å svare på dette ble det kjørt en rekke analyser, hvor målet var å se om det var noen systematiske forskjeller mellom de ulike avdelingene og fagområdene leger jobber i. Analysedelen var strukturert slik at man først så hvordan oppfatningen av samhandlingen var i 2006 sammenlignet med 2016, før man så på hvordan utfordringene var ulike i 2006 og 2016.

Innledningsvis kom det en introduksjon av temaet, hvor utfordringene samhandlingsreformen ønsket å takle ble presentert, samt hvilke grep de ønsket å bruke for å løse disse problemene. Deretter kom det en kjapp innføring i den norske helsetjenesten. Avslutningsvis i denne oppgaven vil det komme en oppsummering av hvilke funn som ble gjort, og hva som kan kunne gjøres videre.

Oppsummering av resultater

For å svare på problemstillingens to spørsmål ble det kjørt en rekke multiple regresjonsanalyser. Først så vi på hvordan sykehuslegene oppfattet samhandlingen med allmennlegetjenesten i 2006 sammenlignet med 2016. Her var den avhengige variabelen spørsmålet i spørreskjemaet som spurte hvor tilfreds de var med samhandlingen på en skala fra 1 til 10.

Resultatene viste at til tross for at sykehuslegene var mindre tilfredse med samhandlingen i 2016 enn i 2006 var det nesten ingen signifikante forskjeller mellom de ulike fagavdelingene, med unntak av psykiatri som var mindre tilfredse enn referansekategori. Variabelen for fagfeltet psykiatri var signifikant kun innenfor et ti-prosentsnivå, så man burde derfor være forsiktig med å tolke resultatet som sikkert. Videre så man at menn var mindre tilfredse enn kvinner, men alt i alt indikerte ikke resultatene på at det var noen systematiske forskjeller i hvor tilfredse sykehuslegene var med samhandlingen i 2016.

At sykehuslegene er blitt mindre tilfredse med samhandlingen samsvarer bra med tidligere forskning som har vist at reformer med New Public Management-trekk ofte blir tatt imot med laber stemning blant sykehuslegene. NPM-trekk som mål- og resultatstyring kan være med på å forklare hvorfor sykehuslegene er mindre tilfredse.

Den andre delen av problemstillingen var om utfordringene var de samme i 2016 som i 2006. Dette ble undersøkt ved å se på de forskjellige utfordringene. Først så man at sykehuslegene oppfattet tre av utfordringene som et større problem i 2016. Dette var utfordringene med tidspress i forbindelse med utskrivning, mottakskapasiteten i kommunene, og mangelfull informasjon i henvisninger fra fastleger.

Dette var også i tråd med tidligere forskning, som har funnet at hovedtendensen blant sykehusleger er at de har opplevd situasjoner hvor pasienter har blitt skrevet ut for tidlig

(Frissvoll, Aarseth, & Kirchhoff, 2020). Og at manglende mottakskapasitet i primærhelsetjenesten er en utfordring (Connolly mfl., 2009, s. 556).

Funnene her indikerte at de avdelingene som jobber mer direkte med pasienter opplever manglende mottakskapasitet og mangelfull informasjon fra fastleger som et større problem. Videre så man at avdelinger med mindre bruk av sengeposter opplevde tidspress i forhold til utskriving som et mindre problem.

Utfordringen med om det var for mange urettmessige henvisninger fra fastleger hadde holdt seg stabil i snittet, men at ekstremverdiene fikk omtrent en dobling i antall svar. Til tross for at utfordringen ikke har blitt noe større eller mindre så er det interessant at det har skjedd en polarisering blant sykehuslegene. Man bør dog ikke fokusere for mye på dette, da det er snakk om ganske lave prosentandeler.

Den siste utfordringen, om det var for sterk spesialisering blant sykehusleger, ble imidlertid oppfattet som mindre problematisk i 2016. Dette ser man at samsvarer bra med den ene grepet som ble foreslått for å bedre samhandlingen i stortingsmeldingen om samhandlingsreformen. Grepet sa at spesialisthelsetjenesten skulle utvikles, slik at den i større grad skulle få kunne bruke sin spesialiserte kompetanse, og slik styrke spesialisthelsetjenestens mulighet til å tilby gode og spesialiserte helsetjenester (meld. St. 47 (2008-2009), s 16).

Dette samsvarer også bra med teorien om at dersom de ulike myndighetsnivåene fokuserer på områdene hvor de har kompetansefortrinn vil det øke velferden gjennom økt produktivitet og effektivitet (Oates, 1999).

Konklusjon

Problemstillingen til oppgaven spurte om sykehuslegenes syn på samhandlingen med allmennlegetjenesten har endret seg etter innføringen av samhandlingsreformen. Resultatene i oppgaven indikerer at den har endret seg i form av at sykehuslegene er mindre tilfredse med samhandlingen nå enn det de var før reformen. Man ser dog at det ikke ser ut til å være noen systematiske forskjeller mellom hvordan de ulike fagavdelingene opplever samhandlingen, men man ser også at menn er mindre tilfredse med samhandlingen enn det kvinner er.

Videre ble det stilt spørsmål ved om utfordringene var de samme før og etter samhandlingsreformen ble innført. Her så man utfordringene i stor grad er de samme. Tre av utfordringene blir oppfattet som et større problem, mens én av dem blir oppfattet som et mindre. Den siste ble oppfattet forholdsvis likt på de to måletidspunktene.

Deretter ser man at det er systematiske forskjeller i hvordan leger fra de ulike fagavdelingene oppfattet samhandlingen i 2016. Av de tre utfordringene som ble oppfattet som et større problem i 2016 enn i 2006 ser man at sykehusleger innenfor indremedisin opplevde utfordringene som større, noe som indikerer at leger som arbeider tett med pasienter opplever samhandlingen som mer problematisk. Videre så man at legene innenfor laboratoriefag opplevde dem som mindre, som kan indikere at leger som ikke jobber like tett med pasienter opplever samhandlingen som bedre.

Til sist ser man at funnene i oppgaven i stor grad samsvarer med tidligere forskning. Leger med lederansvar opplever de ulike utfordringene som et mindre problem, selv om

de overraskende nok ikke er systematisk mer tilfredse med samhandlingen alt i alt. At legene er blitt mindre tilfredse etter en reform med NPM-trekk samsvarer også bra med tidligere forskning på andre reformer med NPM-trekk.

For videre forskning kunne det vært interessant å gjøre en lignende analyse av hva allmennlegene mener er problemene i samhandlingen. For dersom de oppfatter problemene som de samme, vil det være et bra første steg mot å fikse det som ikke fungerer.

Litteraturliste

- Baldersheim, H. (2018). Kommunereform og ny kommunelov: Meir desentralisering? *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*, 34 (4), s. 174-187.
- Bringedal, B. (2018). Styring for kvalitet og likebehandling: Norske legers syn på styringsinstrumentenes betydning. I Aasen, H. S., Bringedal, B., Bærøe, K., Magnussen, A. K. (Red), *Prioritering, styring og likebehandling*. (s. 140-163). Cappelen damm akademisk.
- Broadbent, J., Laughlin, R. (2001). Public Service Professionals and the New Public Management: Control of the Professions in the Public Services. I Ferlie, E., McLaughlin, K., Osborne, S. P., (Red.) *New public management: current trends and future prospects*. (s. 95-108). Routledge
- Busch, T. (2012). Verdibasert ledelse i offentlige profesjoner. Fagbokforlaget
- Cantarero, D., & Pascual, D. (2008) Analysing the impact of fiscal decentralization on health outcomes: empirical evidence from Spain. *Applied Economics Letters*, 15(2), 109-111, DOI: 10.1080/13504850600770913
- Channa, A., & Faguet, J-P. (2016). Decentralization of Health and Education in Developing Countries: A Quality-Adjusted Review of the Empirical Literatur. *The World bank research observer*, 31(2), s. 199-241.
- Christensen, T., Lægreid, P. (Red). (2001). *New Public Management: The transformation of ideas and practice*. Ashgate.
- Christensen, T., Egeberg, M., Lægreid, P., Aars, J. (2014). *Forvaltning og politikk* (4. utg.). Universitetsforlaget
- Connolly, M., Grimshaw, J., Dodd, M., Cawthorne, J., Hulme, T., Everitt, S., Tierney, S., & Deaton C. (2009). Systems and people under pressure: The Discharge process in an acute hospital. *Journal of clinical nursing*, 18, s. 549-558.
- Cunnington, A.L., Mead, G. E., Faulkner, S., Russell, K., & Ford, M. J. (1998). Quality of General Practitioner Referral letters for Acute Medical Admissions. *Age and Ageing*, 27 (1), s.42-42.
- Dwicaksono, A., Fox, A. M., (2018). Does Decentralization Improve Health System Performance and Outcomes in Lowand Middle-Income Countries? A Systematic Review of Evidence From Quantitative Studies. *The Milbank quarterly*, 96 (2) s. 323-368.
- Ebel, R. D., & Yilmaz, S. (2002). *On the measurement and impact of fiscal decentralization*. Washington DC: World Bank
- Frissvoll, I., C., Aarseth, T., Kirchhoff, R. (2020). Å skrive ut pasienter til kommunene – faglig rasjonalitet under press? *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 6 (3), s. 1-15. DOI: <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2020-03-04>
- Gandhi, T. K., Sitting, D. F., Franklin, M., Sussman, A. J., Fairchild, D. G., & Bates, D. W. (2000). Communication breakdown in the outpatient referral process. *Journal of general internal medicin*, 15, s. 626-631.

Grol, R., Rooijackers-Lemmers, N., van Kaathoven, L., Wollersheim, H., & Mokkink, H. (2003). Communication at the interface: do better referral letters produce better consultant replies? *British Journal of General Practice*, 53, s. 217-219.

Hagen, T. P. (2016). Effekter av kommunal medfinansiering på etterspørsel etter spesialisthelsetjenester. *Health economics research center*.

Hamre, G. A., Berntsen, K. E., Monteiro, E. (2010). Kvalitetssikring av legemiddelhåndtering i et samhandlingsperspektiv. I Aanestad, M., Olaussen, I. (red.) IKT og samhandling i helsesektoren (s. 119-133): Tapir akademisk forlag.

Heldal, F. (2013). Integrasjonsprosesser på sykehus: hvilken rolle spiller ledelse og profesjonsgrener? I Tjora, A og Melby, L. (Red.). *Samhandling for helse*. S. 120-143. Gyldendal Akademisk

Helse- og omsorgsdepartementet. (2014, 12.11). *Sykehusenes hovedoppgaver*. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/nokkeltall-og-fakta---ny/sykehusenes-hovedoppgaver-/id528111/>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/contentassets/96f6581333ee48559cdabf23c8772294/handlingsplan-for-allmennleger.pdf>

Hofstad, E. (2011, 05.05). – Samhandlingsreformen kan ta liv. *Sykepleien*. <https://sykepleien.no/en/node/48674>

Hofstad, H., Schou, A. (2017). Har samhandlingsreformen ført til mer oppmerksomhet på folkehelse i kommunene? *Tidsskrift for velferdsforskning*, 20 (01). S. 81-88. DOI: 10.18261/ISSN.2464-3076-2017-01-05

Innst. 424 L (2011-2012). Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2010-2011/inns-201011-424/?lvl=0>

Jacobsen, D. I. & Thorsvik, J. (2013). *Hvordan organisasjoner fungerer*. (4. utg). Fagbokforlaget: Bergen

Jiménez, D., & Smith, P. C. (2005). *Decentralization of health care and its impact on health outcomes*. Discussion papers in Economics, 10.

Jiménez-Rubio, D. (2010). Is Fiscal decentralization good for your health? Evidence from a panel of OECD countries. *Health Economics and Data group*.

Jiménez-Rubio, D. (2011). The impact of decentralization of health services on health outcomes: evidence from Canada. *Applied economics*, 43, (26) s. 3907-3917. DOI: <https://doi.org/10.1080/00036841003742579>

Kassah, A. K. (Red.). (2014). *Samhandlingsreformen under lupen*. Fagbokforlaget

Kirchhoff, R., Bøyum-Folkeseth, L., Gjerde, I., Aarseth, T. (2016). Samhandlingsreformen og fastlegene – et avstandsforhold? *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2 (2) s. 95-106. DOI: 10.18261/ISSN.2387-5984-2016-02-04

Kirkhaug, R. (2018). *Verdibasert ledelse* (2. utg.). Universitetsforlaget

- Kjekshus, L. E. (2005). Vil reformen med statlige, regionale helseforetak føre til effektivitetsforbedringer i norske sykehus? – Hva sier aktuelle teorier og erfaringer så langt? *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*, 21, 53-76.
- Magelssen, M. (2018). Er prioritering forenlig med helsepersonells profesjonsetikk? I Aasen, H. S., Bringedal, B., Bærøe, K., Magnussen, A. K. (Red), *Prioritering, styring og likebehandling*. (s. 140-163). Cappelen damm akademisk.
- Magnussen, J., Vrangbæk, K., Saltman, R. B., Martinussen, P. E. (2009). Introduction: The Nordic model of health care. I Magnussen, J., Vrangbæk, K., Saltman, R. B (Red.), *Nordic health care systems: Recent Reforms and Current Policy Changes*. (s. 3-20). Mc Graw Hill.
- Martinussen, P. E., Magnussen, J. (2011). Resisting market-inspired reform in healthcare: The role of professional subcultures in medicine. *Social Science & Medicine*, 73.
- Martinussen, P. E., Frich, J., C., Vrangbæk, K., Magnussen, J. (2017). Organisatoriske forhold og løsninger i spesialisthelsetjenesten – hva mener sykehuslegene? *Michael*, (19) s. 95-105.
- Mehmetoglu, M og Jakobsen, T.G (2017) *Applied Statistics Using STATA*. London: Sage Publications.
- Meld. St. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>
- Nødland, S. I., Rommetvedt, H. (2019). Samhandlingsreformen i helsevesenet: Statlige insentiver og kommunale virkninger. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 60(2), s. 166-188.
- Oates, W. E. (1999). An essay on Fiscal federalism. *Journal of Economic Literature*, 37, s. 1120-1149
- OECD. (2021a). *Health expenditure and financing*. Hentet fra:
<https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA#>
- OECD. (2021b). *Health status*. Hentet fra:
https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT#
- Olsen, M. B., Vatne, S., Buus, N. (2015). Kontinuitets -og samhandlingsutfordringer i psykiske helsetjenester – en fokusgruppestudie. *Klinisk sygepleje*, 29 (04), s. 55-68.
- Osmundsen, T. C., Håland, E. (2016). Entusiastisk etablering og kontinuerlig vedlikehold: samhandling på tvers av grenser innenfor helsetjenesten. *Nordiske Organisasjonsstudier*, 17 (3). S. 63-85.
- Pettersen, I. J. (2011). Fra tempel til butikk. I Busch, T., Johnsen, E., Klausen, K. K., Vanebo, J. O. (Red.). *Modernisering av offentlig sektor – Trender ideer og praksiser*. (S. 147-163). Universitetsforlaget.
- Pollitt, C., Bouckaert, G. (2011). *Public management reform (tredje utgave)*. Oxford university press.
- Ringard, Å., Sagan, A., Saunes, I. S., Lindahl, A. K. (2013). Det Norske Helsesystemet. *Health systems in Transition*, 15(8). Hentet fra:

<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2014/hit-det-norske-helsesystemet-2013>

Rodden, J. (2003). Reviving Leviathan: Fiscal Federalism and the Growth of Government. *International Organization*, s. 695-729.

Røiseland, A., Vabo, S. I. (2012). *Styring og samstyring – governance på norsk* (2. utg.). Universitetsforlaget.

SINTEF. (2021, 06.06.2021) Om SINTEF. <https://www.sintef.no/om-sintef/>

Skog, O.-J. (2015). Å forklare sosiale fenomener: en regresjonsbasert tilnærming (2. utg. utg.). Oslo:

Gyldendal akademisk.

Skorpen, T. A., Kvangarsnes, M., Hole, T. (2017). Helsepersonells erfaringer med pasientforløp i kommuner i Vest-Norge. *Norsk tidsskrift for helseforskning*, 13 (2). <http://dx.doi.org/10.7557/14.4272>

Tanner, G., Bamberg, E., Kozak, A., Kersten, M., & Nienhaus, A. (2015). Hospital physicians' work stressors in different medical specialities: a statistical group comparison. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 10(7).

Veggeland, N. (Red.). (2011). *Plan Region Politikk*. Forlag 1.

Víšek, J. A. (2012). Advantages and disadvantages, challenges and threads of robust methods. I DYME – Dynamic Models in Economics, s. 121-150.

Vedlegg:

Tabell 7: Hvor tilfreds er du med samhandlingen med allmennlegetjenesten 2006, med HF		
	Modell 1: OLS	Modell 2: Robust
Lederansvar	-0.430** (0.169)	-0.314* (0.171)
Mann	ns	ns
2. 30-39 år	ns	ns
3. 40-49 år	-0.537* (0.312)	-0.548* (0.317)
4. 50-59 år	ns	ns
5. 60+ år	ns	ns
1. Øyeavdeling	0.829** (0.389)	1.057*** (0.395)
2. ØNH	ns	0.665* (0.350)
3. Kirurgisk avd.	ns	ns
4. Ortopedisk avd.	ns	ns
5. Nevrologisk avd.	0.719*** (0.258)	0.687*** (0.262)
6. Laboratorium	ns	0.478* (0.263)
7. Anestesi avd.	ns	ns
9. Røntgen avd.	ns	ns
10. Gyn/fødeavd.	ns	0.403* (0.233)
11. Annet	ns	ns
Sunaas sykehus HF	ns	ns
Akershus Universitetssykehus HF	ns	ns
Aker Universitetssykehus HF	-0.623* (0.328)	-0.626* (0.333)
Sykehuset Asker og Bærum HF	ns	ns
Sykehuset Innlandet HF	0.720*** (0.265)	0.787*** (0.269)
Sykehuset Østfold HF	ns	ns
Blefjell sykehus HF	ns	ns
Sykehuset Buskerud HF	ns	ns
Sørlandet sykehus HF	ns	0.517* (0.289)
Sykehuset i Vestfold HF	ns	ns
Sykehuset Telemark HF	ns	ns
Ringerike sykehus HF	ns	ns
Rikshospitalet/Radiumhospitalet HF	ns	ns
Helse Stavanger HF	0.599** (0.281)	0.627** (0.285)
Helse Fonna HF	ns	ns
Helse Bergen HF	ns	ns
Helse Førde HF	ns	1.210*** (0.449)
St. Olavs Hospital HF	-0.604** (0.280)	-0.565** (0.284)
Helse Sunnmøre HF	ns	ns

Helse Nordmøre og Romsdal HF	ns	ns
Nord-Trøndelag HF	ns	ns
Helse Finnmark HF	ns	ns
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	ns	0.492* (0.295)
Hålogalandssykehuset HF	1.630*** (0.556)	1.603*** (0.564)
Nordlandssykehuset HF	ns	0.687** (0.342)
Helgelandssykehuset HF	ns	ns
Constant	6.828*** (0.365)	6.800*** (0.371)
Observations	1,181	1,181
R-squared	0.066	0.078

Standard errors in parentheses

*** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * $p < 0.1$, ns not significant

Tabell 8: Hvor tilfreds er du med samhandlingen med allmennlegetjenesten 2016, med HF		
	Modell 1: OLS	Modell 2: Robust
Lederansvar	ns	ns
Mann	-0.362** (0.145)	-0.371** (0.154)
2. 40-49 år	ns	ns
3. 50-59 år	ns	ns
4. 60+ år	ns	ns
1. indremedisinske fag	ns	ns
3. Laboratoriefag	ns	ns
4. Psykiatri	0.364* (0.210)	ns
5. Annet	ns	ns
Akershus universitetssykehus HF	ns	ns
Oslo universitetssykehus HF	-0.622** (0.292)	-0.643** (0.310)
Sunnaas sykehus HF	ns	ns
Sykehuset i Vestfold HF	ns	-0.809* (0.478)
Sykehuset Innlandet HF	ns	ns
Sykehuset Telemark HF	ns	ns
Sykehuset Østfold HF	ns	ns
Sørlandet sykehus HF	1.293*** (0.426)	1.378*** (0.453)
Vestre Viken HF	ns	ns
Helse Stavanger HF	0.515* (0.297)	ns
Helse Fonna HF	-0.932** (0.452)	-1.127** (0.480)
Helse Bergen HF	ns	ns
Helse Førde HF	1.319** (0.527)	1.396** (0.560)
Helse Møre og Romsdal HF	ns	ns
Helse Nord-Trøndelag HF	ns	ns
Helgelandssykehuset HF	ns	ns
Finnmarkssykehuset HF	ns	ns
Nordlandssykehuset HF	ns	ns
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	ns	ns
Annet HF	ns	ns
Constant	5.234*** (0.252)	5.264*** (0.267)
Observations	876	876
R-squared	0.073	0.074

Standard errors in parentheses

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1, ns not significant

Tabell 9: Robust regresjon 2006					
	Tidspress	Mottakskapasitet	Informasjon	Urettmessige	Spesialisering
Lederansvar	ns	ns	ns	ns	0.387* (0.212)
Mann	0.499** (0.200)	ns	ns	ns	ns
2. 30-39 år	ns	ns	ns	ns	ns
3. 40-49 år	ns	ns	ns	-0.724* (0.406)	ns
4. 50-59 år	ns	ns	-0.731* (0.416)	-0.927** (0.424)	ns
5. 60+ år	ns	ns	ns	ns	ns
1. Øyeavdeling	- 2.177*** (0.621)	-1.368* (0.700)	ns	ns	-1.128** (0.493)
2. ØNH	- 2.464*** (0.541)	-1.375** (0.610)	ns	ns	ns
3. Kirurgisk avd.	-0.576* (0.294)	-0.614* (0.330)	ns	ns	-0.632*** (0.232)
4. Ortopedisk avd	-0.875** (0.406)	ns	ns	0.587* (0.330)	-0.635** (0.320)
5. Nevrologisk avd	ns	ns	ns	ns	ns
6. Laboratorium	- 1.470*** (0.509)	-2.026*** (0.611)	ns	ns	ns
7. Anestiavd.	- 1.445*** (0.372)	-1.369*** (0.418)	-0.961*** (0.298)	-0.896*** (0.302)	ns
9. Røntgen avd.	- 1.810*** (0.399)	-2.883*** (0.458)	ns	0.559* (0.298)	-0.895*** (0.296)
10. Gyn/fødeavd.	- 1.686*** (0.359)	-1.565*** (0.406)	-0.734** (0.288)	ns	-0.549* (0.285)
11. Annet	- 1.124*** (0.281)	-1.592*** (0.317)	ns	ns	-0.575*** (0.221)
Constant	6.116*** (0.583)	6.441*** (0.658)	6.241*** (0.467)	5.813*** (0.476)	5.142*** (0.459)
Observations	1,086	1,08	1,118	1,125	1,115
R-squared	0.099	0.112	0.056	0.062	0.066

Standard errors in parentheses

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1, ns not significant

Tabell 10: Robust regresjon 2016

	Tidspress	Mottak	Informasjon	Urettmessige	Spesialisering
Leder	-0.435* (0.242)	-0.399* (0.241)	ns	ns	-0.407* (0.224)
Mann	ns	ns	ns	ns	0.691*** (0.197)
2. 40-40	ns	ns	ns	ns	ns
3. 50-59	ns	ns	ns	ns	ns
4. 60+	ns	-0.567* (0.325)	ns	ns	ns
1. Indremedisinsk	0.981*** (0.231)	0.688*** (0.230)	0.377** (0.182)	ns	ns
3. Laboratorie	-0.873** (0.390)	- 1.186*** (0.385)	ns	0.882*** (0.328)	-0.580* (0.350)
4. Psykiatri	-0.636** (0.307)	0.780** (0.305)	ns	-0.836*** (0.271)	ns
5. Annet	ns	ns	ns	ns	ns
Constant	6.019*** (0.369)	6.756*** (0.366)	6.364*** (0.290)	5.019*** (0.322)	4.177*** (0.340)
Observations	837	826	839	842	838
R-squared	0.097	0.097	0.064	0.074	0.046

Standard errors in parentheses

*** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * $p < 0.1$, ns not significant

Tabell 11: Deskriptiv statistikk 2006

Variabel	Min	Max	Gjennomsnitt	Standardavvik	N
Samhandling	1	10	6.540	1.847	1229
Tidspress	1	10	5.298	2.723	1128
Mottak	1	10	5.762	3.074	1122
Informasjon	1	10	5.893	2.177	1162
Urettmessige	1	10	5.337	2.208	1169
Spesialisering	1	10	4.662	2.153	1159

Dummyvariabler	Antall 1	Antall 2	Prosent 1	Prosent 2	N
Leder	310	946	24,68 %	75,32 %	1256
Mann	835	418	66,64 %	33,36 %	1253
Under 30 år	54	1207	4,28 %	95,72 %	1261
30-39	408	853	32,36 %	67,64 %	1261
40-49	354	907	28,07 %	71,93 %	1261
50-59	277	984	21,97 %	78,03 %	1261
Over 60 år	168	1093	13,32 %	86,68 %	1261
Øyeavdeling	27	1228	2,15 %	97,85 %	1255
ØNH	35	1220	2,79 %	97,21 %	1255
Kirurgisk	171	1084	13,63 %	86,37 %	1255
Ortopedisk	67	1188	5,34 %	94,66 %	1255
Nevrologisk	67	1188	5,34 %	94,66 %	1255
Laboratorium	68	1187	5,42 %	94,58 %	1255
Anestesi	124	1131	9,88 %	90,12 %	1255
Medisinsk	267	988	21,27 %	78,73 %	1255
Røntgen	96	1159	7,65 %	92,35 %	1255
Gynekologisk/føde	92	1163	7,33 %	92,67 %	1255
Annet	241	1014	19,20 %	80,80 %	1255

Tabell 11: Deskriptiv statistikk 2006

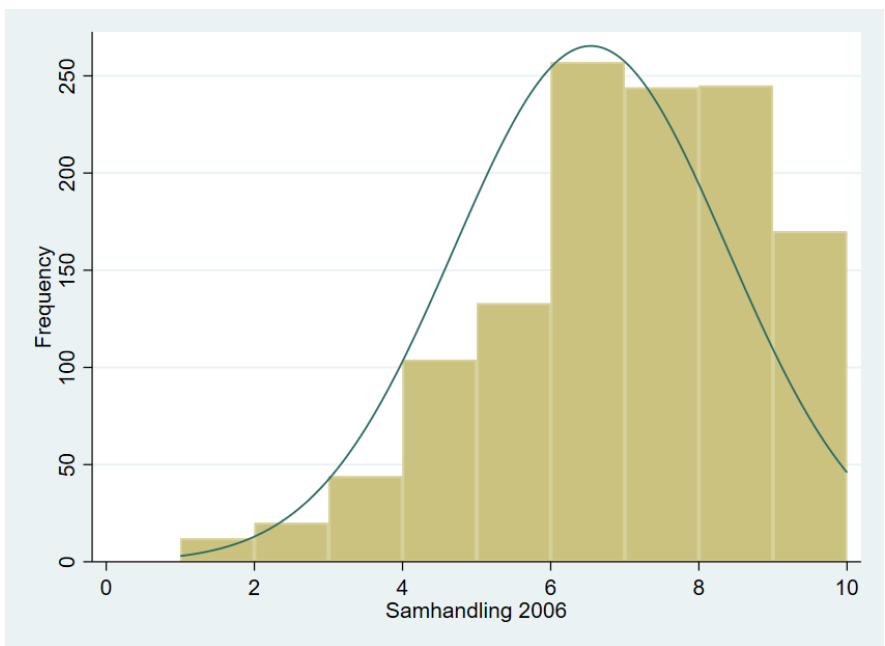
Tabell 12: Deskriptiv statistikk 2016

Variabel	Min	Max	Gjennomsnitt	Standardavvik	N
Samhandling	1	10	5.223	1.997	943
Tidspress	1	10	5.906	2.721	902
Mottak	1	10	6.239	2.686	890
Informasjon	1	10	6.270	2.140	905
Urettmessige	1	10	5.311	2.363	908
Spesialisering	1	10	4.369	2.443	903

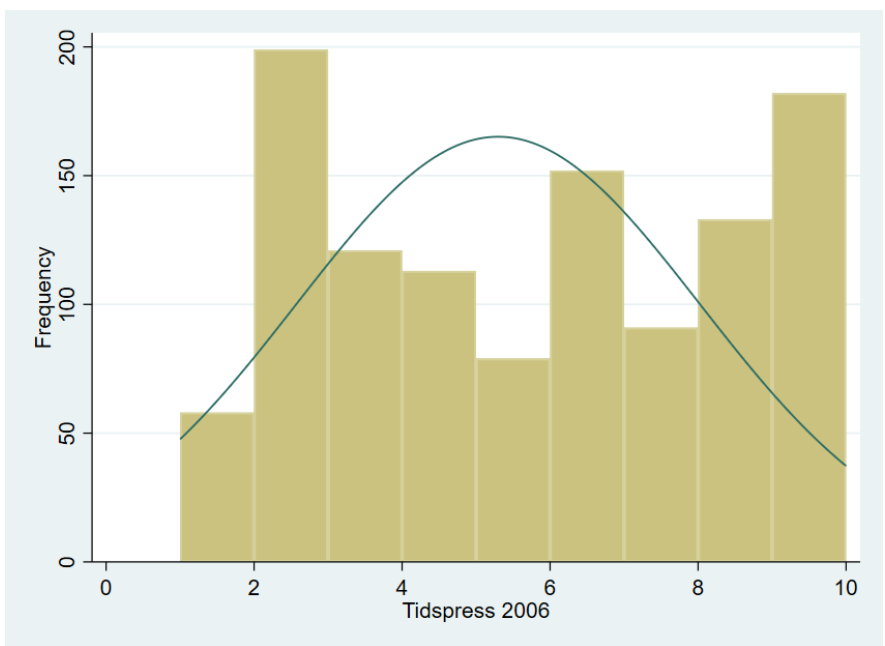
Dummyvariabel	Antall		Prosent 1	Prosent 2	N
	1	Antall 2			
Leder	255	698	26,76 %	73,24 %	953
Mann	567	385	59,56 %	40,44 %	952
Under 39 år	190	760	20,00 %	80,00 %	950
40-49	302	648	31,79 %	68,21 %	950
50-59	247	703	26,00 %	74,00 %	950
Over 60 år	211	739	22,21 %	77,79 %	950
Indremedisinsk	330	627	34,48 %	65,52 %	957
Kirurgiske fag	368	589	38,45 %	61,55 %	957
Laboratoriefag	92	865	9,61 %	90,39 %	957
Psykatri	134	823	14,00 %	86,00 %	957
Annet	33	924	3,45 %	96,55 %	957

Tabell 12: Deskriptiv statistikk 2016

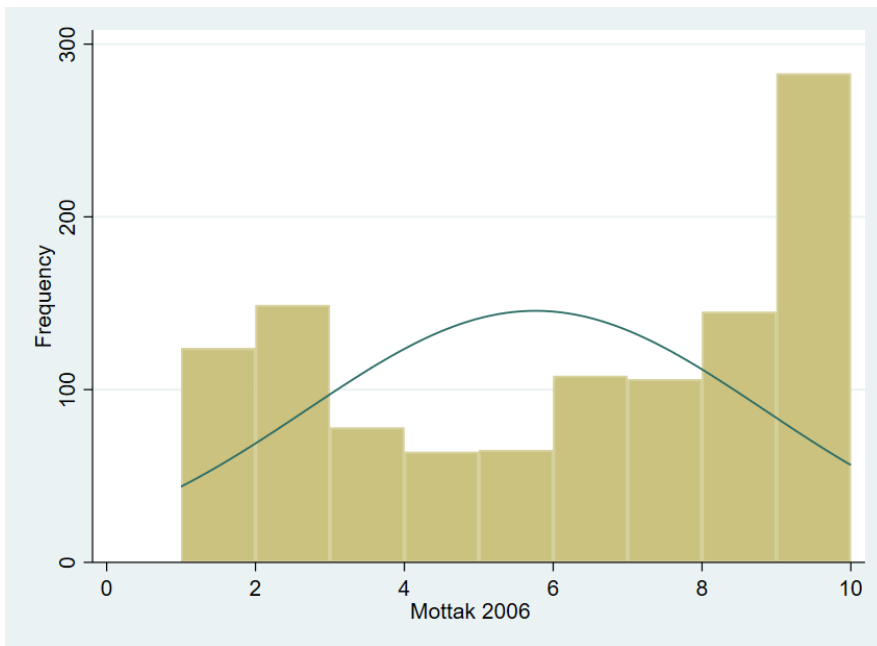
Figur 7-18: Normalfordeling på de avhengige variablene



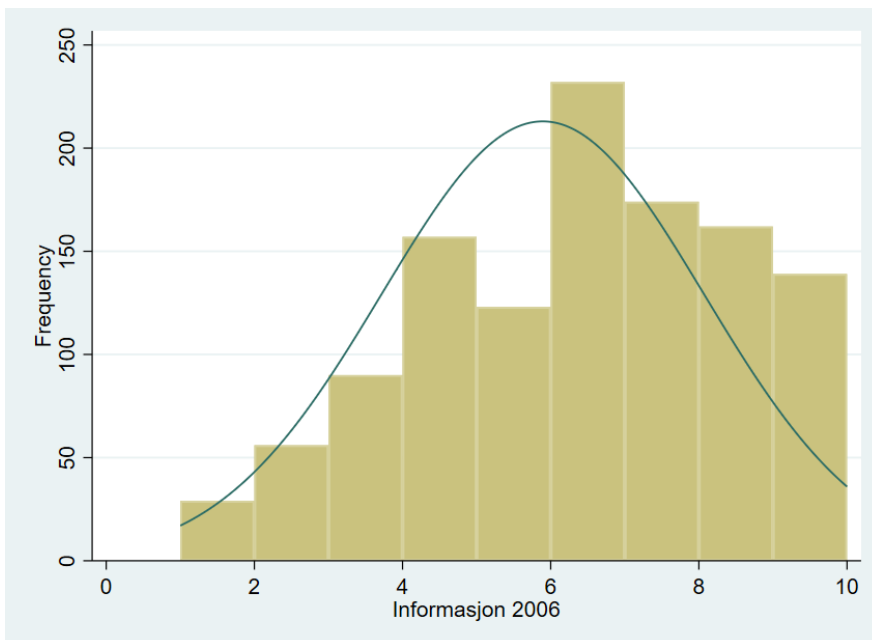
Figur 7: Samhandling med allmennlegetjenesten 2006



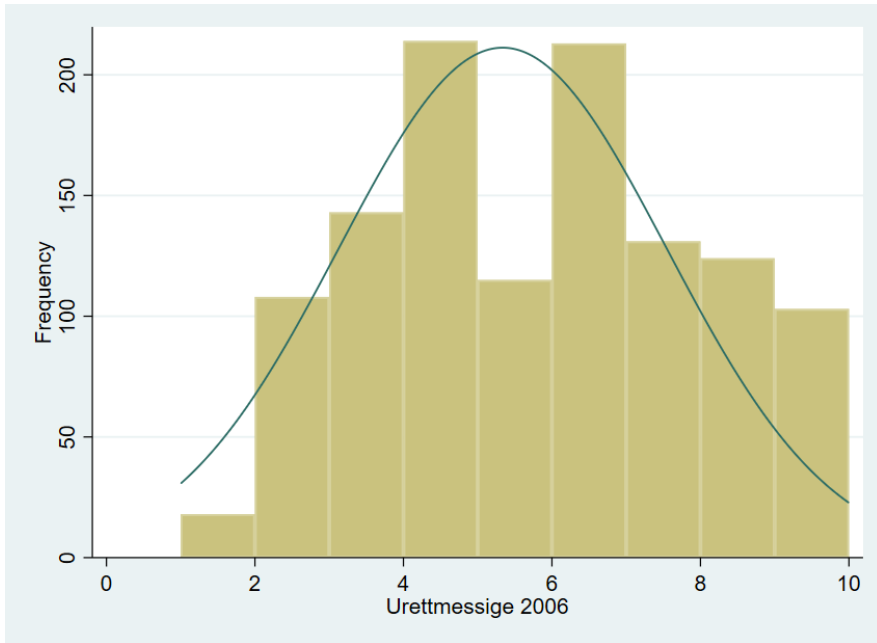
Figur 8: Tidspress i forhold til utskriving 2006



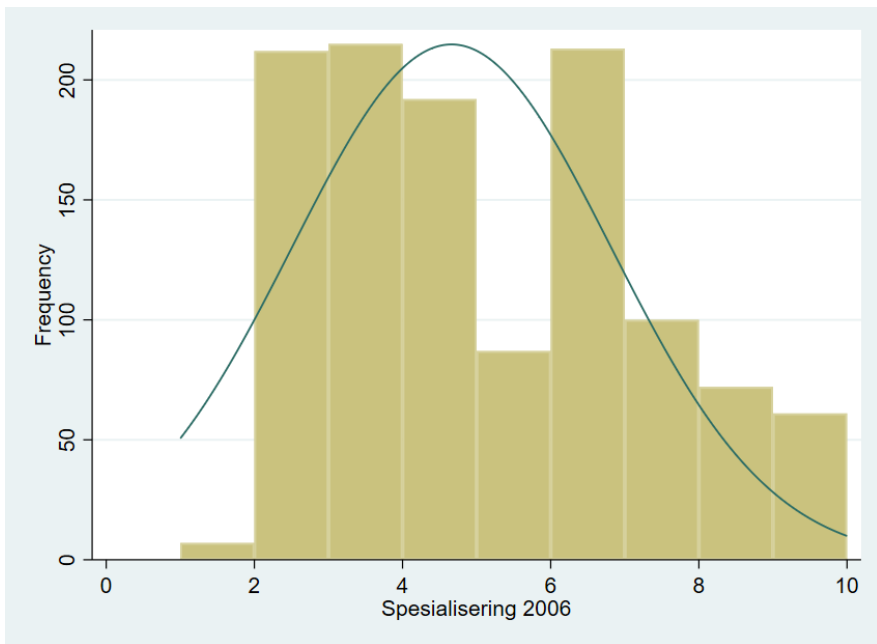
Figur 9: Manglende mottakskapasitet i kommunene 2006



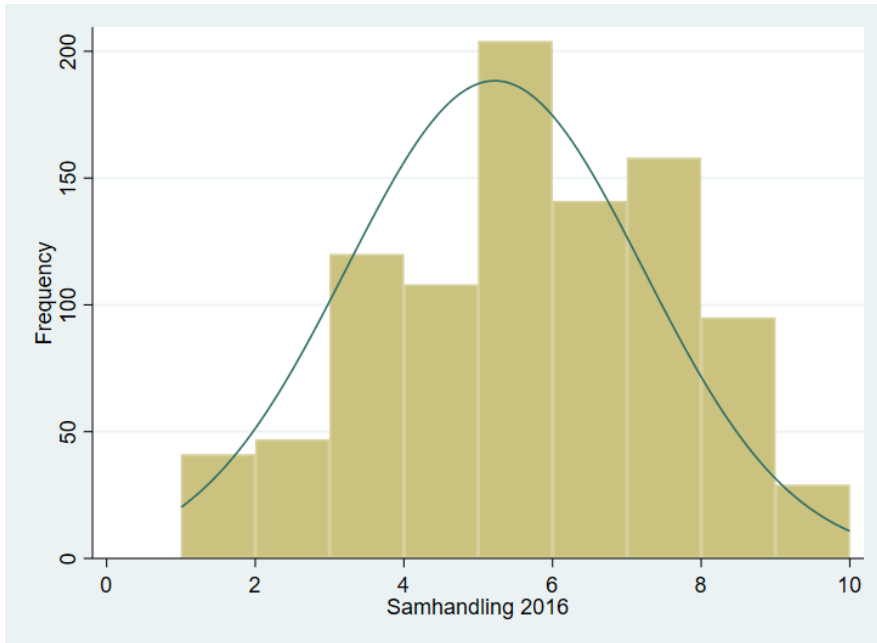
Figur 10: Mangelfull informasjon i henvisninger fra fastlege 2006



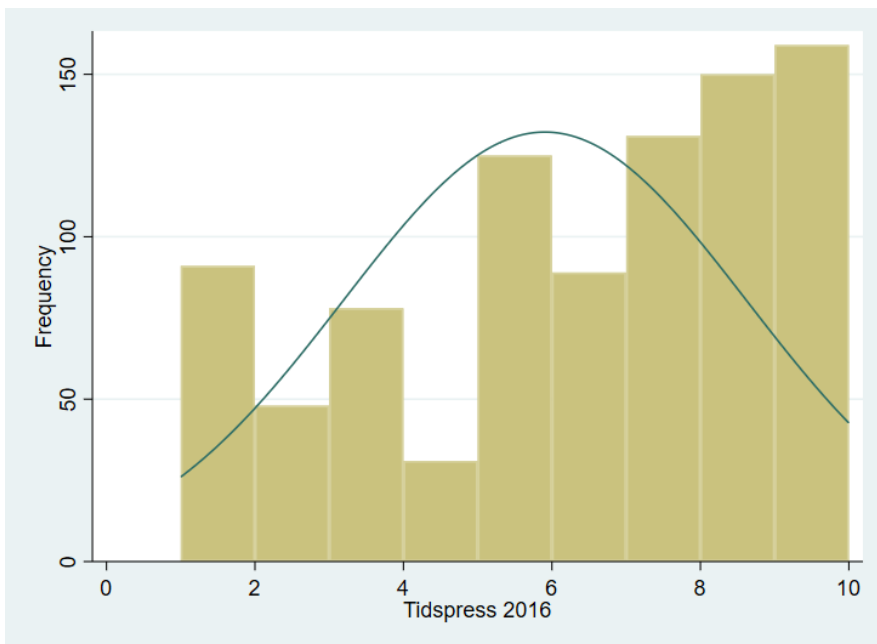
Figur 11: For mange urettmessige henvisninger fra fastlege 2006



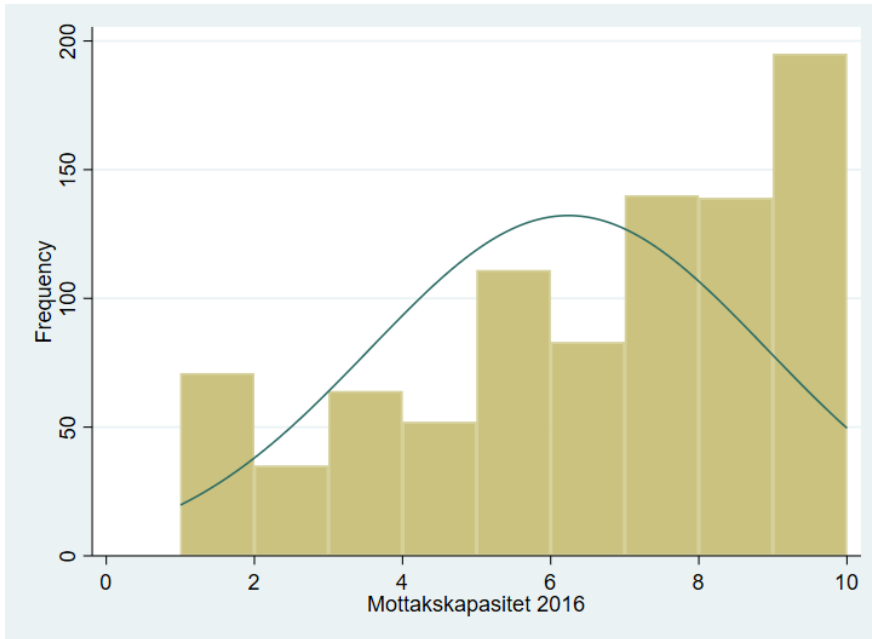
Figur 12: For sterk spesialisering blant sykehusleger 2006



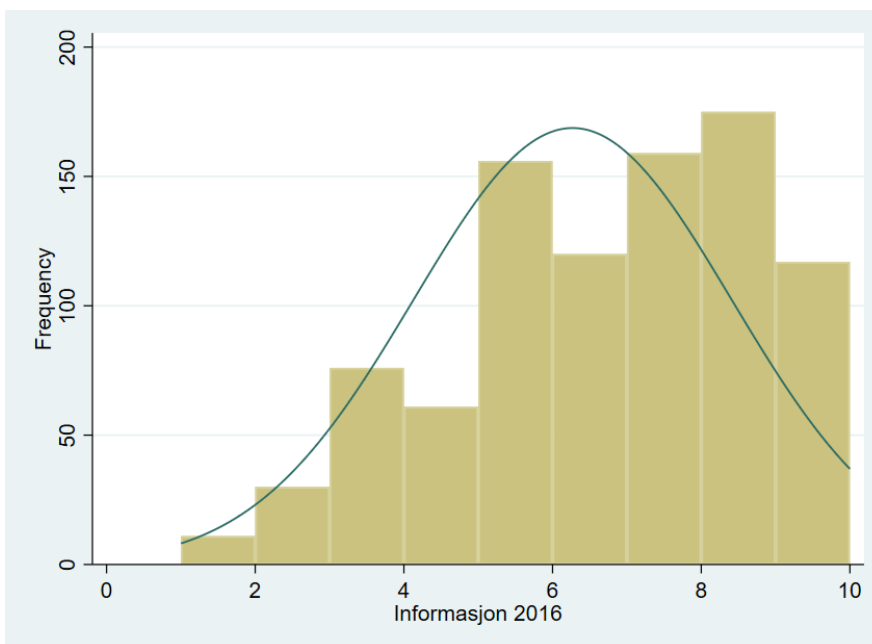
Figur 13: Samhandling med allmennlegetjenesten 2016



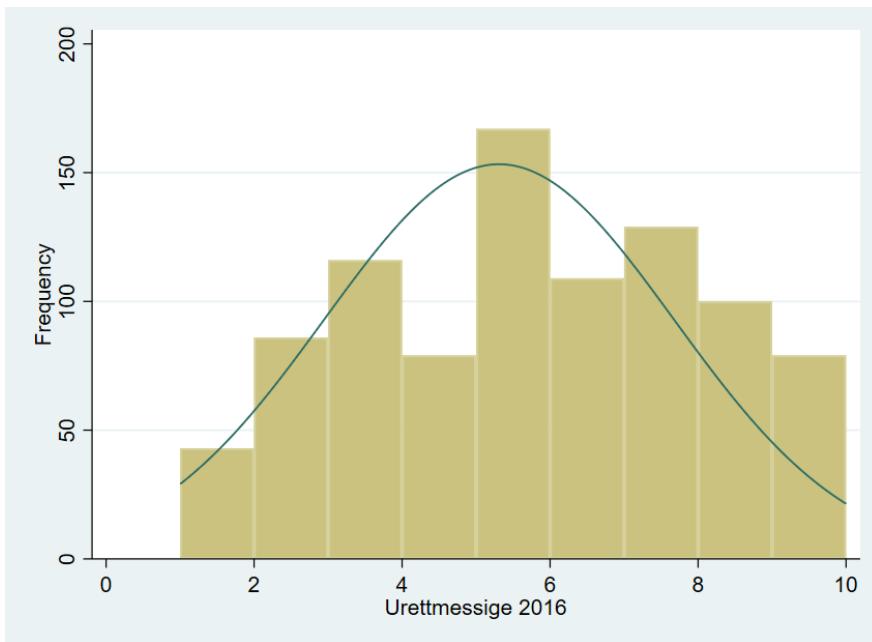
Figur 14: Tidspres i forhold til utskriving 2016



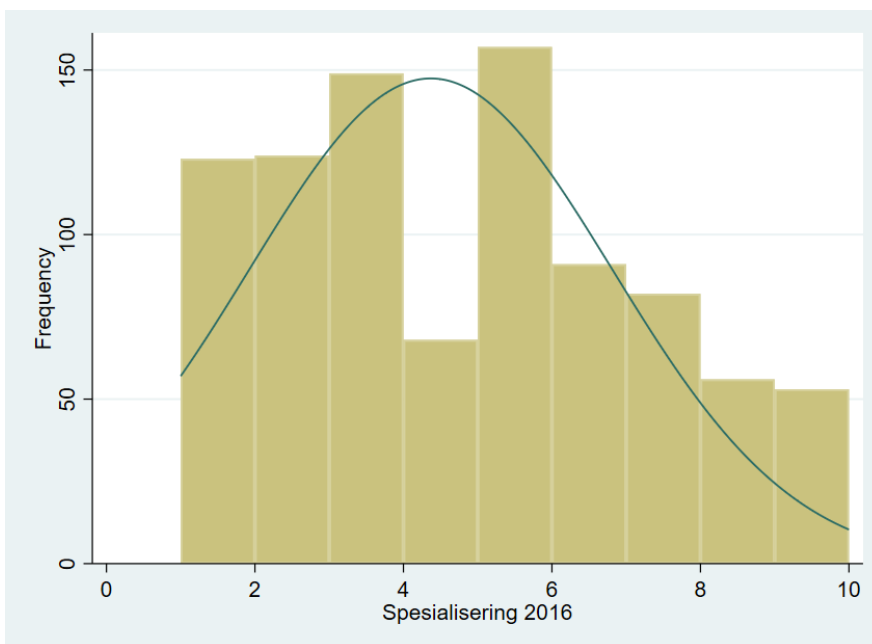
Figur 15: Manglende mottakskapasitet i kommunene 2016



Figur 16: Mangelfull informasjon i henvisninger fra fastlege 2016



Figur 17: For mange urettmessige henvisninger fra fastlege 2016



Figur 18: For sterk spesialisering blant sykehusleger 2016

