



**SAMHANDLING MELLOM ALLMENNLEGER OG SYKEHUSLEGER -
MULIGHETER OG BARRIERER**

Medisinsk dokumentasjon, kollegiale betingelser og diskurser om medisin.

Robert Myrvang

Avhandling levert for graden Dr. Polit.
Institutt for sosiologi
Det samfunnsvitenskapelige fakultet
Universitetet i Tromsø
2004

ISBN 82-497-0288-3



NST | Nasjonalt senter for telemedisin

UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE

WHO Collaborating Centre for Telemedicine

Forord

Arbeidet med denne avhandlinga er gjennomført i en stipendiatperiode i regi av Norges Forskningsråd på programmet "IKT i medisin og helse". Stipendiatperioden gjennomførte jeg som ansatt ved Nasjonalt senter for telemedisin (NST) på Universitetssykehuset Nord Norge (UNN) i Tromsø. Dette har vært en verdifull utkikkspost for meg i gjennomføringen av prosjektet. På NST er det mange som skal takkes for bidrag underveis. Jeg vil takke ledelsen ved NST som har gitt meg den nødvendige arbeidsro og vært raus med krav til pliktene. Av de øvrige vil jeg takke de som har bistått mer direkte: Heidi Jacobsen, Rigmor Furu og Leif Erik Nord. Takk også til Senad Rebac og Kjell Jacobsen for teknisk assistanse.

Under arbeidet med avhandlinga har jeg hatt kontor på UNN's brakkerigg i Breivika. Her skulle mange vært nevnt som har bidratt til å lage et godt arbeidsmiljø. De NST-ansatte i brakkeriggen som skal ha takk for å ha bidratt konstruktivt underveis er: Gustav Bellika, Gjermund Hartviksen, Anne Granstrøm Ekeland, Gunn Hilde Rotvold, Kai Vidar Falao og Morten Bratvold. Morten skal ha en særskilt takk for å ha lest og gitt verdifulle kommentarer til siste utkast av avhandlinga. På brakkeriggen har vi vært samlokalisert med sykehusets organisasjonsutviklings-prosjekt "MOR" (Moderne Offentlige Regionsykehus). Her fortjener følgende personer en spesiell takk for å ha delt sine kunnskaper om sykehusets indre liv, og ikke minst for å ha bidratt til et godt arbeidsmiljø: May Liss Larsen, Elin Gullhav, Hans Petter Bergseth og Nils Are Johnsplass.

I gjennomføringen av prosjektet har tre av legene på UNN vært særdeles hjelpsomme. Takk til overlege ved avdeling for gastroenterologisk kirurgi, professor Barthold Vonen, som har vært døråpner på sin avdeling. Avdelingsoverlege ved kreft-avdelinga på UNN og tidligere kollega på NST, Jan Norum, fortjener takk for hjelp til utarbeidelse av forskningsdesign. Takk også for verdifull bistand fra forskningsveileder Bjørn Odvar Eriksen ved avdeling for klinisk forskning. Jeg vil også takke Marit Gonsholt og Margareth Pettersen ved UNN's kontortjeneste. Marit fortjener en spesiell takk for å ha kvalitetssikret deler av manus underveis.

På Sentrum legekantor i Tromsø har lege Dag Nordvåg velvillig åpnet dørene, og alltid svart på mine henvendelser. Her har også Åshild Lingrasmo ved kontortjenesten svart på mine spørsmål. Takk til dere begge. Takk også til avdelingsoverlege Trond Ellingsen ved Hålogalandsykehuset Harstad som foruten å være en god kamerat, har gitt nyttige kommentarer underveis i arbeidet med avhandlinga.

Jeg vil også takke mine informanter som jeg av naturlige grunner ikke navngir. Alle fortjener takk for å ha delt sine kunnskaper og erfaringer. Jeg står imidlertid selv ansvarlig for vurderinger og tolkinger som er gjort på grunnlag av intervjuene.

Min veileder førsteamanuensis Sissel Eriksen på Institutt for sosiologi ved UiTø fortjener en særskilt takk. Sissel har både de faglige og menneskelige kvaliteter som har vært påkrevd for å løse meg i havn. På Institutt for sosiologi vil jeg også rette en spesiell takk til førsteamanuensis Jorid Anderssen og professor Tom Johansen som begge har lest og gitt viktige kommentarer underveis.

En stor takk til min familie og nære venner som har støttet og oppmuntret underveis, og en helt spesiell takk til min datter Anna som har tatt så mye ansvar på heimefronten i siste etappe av arbeidet med avhandlinga.

Tromsø, desember 2004.

Robert Myrvang

Innhold

1	TEMA OG PROBLEMSTILLING	5
	Innledning	5
1.1	Behovet for bedre samhandling mellom helsevesenets profesjoner.....	7
	Fokus på samhandling mellom allmennleger og sykehusleger	9
	Henvisnings- og epikrisedokumentet som illustrasjon og eksempel.....	12
	Forholdet mellom interne og strukturelle barrierer for samhandling	16
	Pasientfokuset dokumentasjon	17
1.2	Problemstilling	19
	Avhandlingas videre oppbygging	20
2	FAGLIG OG POLITISK BEGRUNNELSE FOR SAMHANDLING	23
2.1	Faglige begrunnelser for samhandling	23
	Legeautonomi versus pasientautonomi	25
	Språklige barrierer i medisinsk dokumentasjon: definisjonsmakt.....	26
2.2	Politisk begrunnelse for samhandling rundt medisinsk dokumentasjon	28
	Et samhandlingsfokus i medisinsk dokumentasjon	29
	Dagens politikk.....	30
	Endret lovgrunnlag og styringspålegg.....	32
2.3	Utdyping av problemstillinger.....	36
3	DESIGN, METODE OG METODOLOGI	39
3.1	Pilotstudiens beskrivelse av dokumentasjonsskjeden	41
3.2	Intervjuer og feltbesøk.....	43
	Intervjuguider	43
	Intervju med kontorledere	44
	Feltbesøk.....	45
	Legeintervju.....	46
	Refleksjoner over egen rolle.....	48
3.3	Tekstlige kilder	49
	Utvalgsriterier for tekstene	51
3.4	Kvalitative metoders generaliserbarhet	53
	Kombinasjon av en teoridrevet og en induktiv tilnærming	54
	Grounded theory	56
	Diskursive felt som data	58
3.5	Sitatpraksis, parafrasering og særegne benevnelser	59
	Oppsummering	61
4	TEORETISK RAMME: KOLLEGIALE FORHOLD OG DISKURSER	62
	Innledning	62
4.1	Bakgrunn: legeprofesjonens relative styrke	63
	Ekspertmakten: medisin, jus og sosialøkonomi	65
4.2	Interne og strukturelle betingelser for samhandling	67
	Faginterne betingelser	67
	Strukturelle betingelser.....	71
	Diskursiv dominans	76
4.3	En sammenfattende modell: kjerne, grenseflater og randsoner.....	79
	Oppsummering	84

5	SAMHANDLINGSBETINGELSER	86
	Innledning	86
5.1	Henvisninger: Beskrivelse av arbeidsprosesser og barrierer.....	87
5.2	Epikriser: Beskrivelse av arbeidsprosesser og barrierer.....	92
	Papirarbeid versus direkte pasientarbeid	95
5.3	Integrering av henvisninger og epikriser som en del av pasientjournalen	96
	Dobbelt bokholderi.....	102
	Diskusjon.....	104
6	KOLLEGIALE SAMHANDLINGSBETINGELSER	107
	Innledning.....	107
	Medisinsk dokumentasjon og medikratiet.....	108
6.1	Særpreget ved samhandlingsbetingelsene for henvisninger og epikriser.....	111
	Henvisninger: særtrekk ved samhandlingsbetingelsene.....	111
	Epikriser: særtrekk ved samhandlingsbetingelsene.....	115
	To medisinskfaglige tilnærminger – to forskjellige ”oppdrag”.....	120
6.2	Dokumentmaler for mer entydige samhandlings- og beslutningskriterier	123
	Utfordringer knyttet til gjenbruk av informasjon i elektronisk dokumentasjon.....	126
6.3	Prosedyrebeskrivelser for mer entydige henvisningskriterier	132
	Faglig konsensus som nødvendig betingelse.....	135
6.4	Kunnskapsoverføring: elev-lærer relasjonen som forbilde	138
	Allmennlegens spesielle rolle som pasientens advokat.....	144
	Barrierer mobiliserer tiltaksarbeid.....	146
	Diskusjon.....	148
7	DISKURSER OM SAMHANDLINGSBETINGELSER	154
	Innledning.....	154
	Diskurser om samhandling: en kamp om å definere virkeligheten	155
7.1	Diskursenes tale: biomedisin versus humanistisk medisin.....	158
	Biomedisin og evidensbasert medisin: en del av en medisinsk teknologidiskurs	159
	Den humanistiske diskursen	165
	Opprøret mot evidensbasert medisin – et opprør mot teknologidiskursen.....	174
	Innleiring av en trygdediskurs i biomedisindiskursen.....	176
	Innleiring av en sosialøkonomidiskurs i biomedisindiskursen.....	179
7.2	Diskursene støter sammen.....	182
	Den paradoksale ”henvisningsplikten”	182
	Allmennmedisinens ”fulle bønne”	184
	Humanistdiskursen som uttrykk for en godhetsdiskurs.....	188
	Samhandling versus faglig autonomi - allmennlegens offer	190
8	OPPSUMMERING OG KONKLUSJONER.....	192
	Hva er undersøkelsens funn.....	193
	Konklusjon	198
	LITTERATURLISTE.....	201
	VEDLEGG	212

1 TEMA OG PROBLEMSTILLING

Innledning

Min interesse for denne avhandlingas tema springer ut av at jeg de siste seks år har vært ansatt som organisasjonsforsker ved Universitetssykehuset i Tromsø (UNN), Nasjonalt senter for Telemedisin. Her har jeg hatt en utviklingspost som både har stimulert og utfordret min faglige nysgjerrighet som sosiolog. Et universitetssykehus oppfattes i utgangspunktet som et krevende organisatorisk landskap, der det både skal utøves pasientbehandling, undervisning og forskning. Men, selv forsto jeg først begrunnelsen for bedre samhandling mellom allmennleger og sykehusleger da jeg deltok i et prosjekt for elektronisk utveksling av pasientdokumentasjon mellom UNN og legekantor i Tromsø. Det festet seg et inntrykk av at kompliserte organisatoriske forhold gjør seg gjeldende i dette feltet, og disse framstår som usynlige barrierer. Det kan synes som om de interne forhold er så krevende at det ikke blir tid og ressurser til overs til andre, utenforliggende hensyn. Med en spesiell interesse for medisinsk sosiologi ble jeg etter hvert mer opptatt av hvordan slike forhold kan forstås, men spesielt har jeg vært faglig nysgjerrig på om slike forhold også åpner for muligheter – altså ikke bare etablerer barrierer for samhandling.

Fokuset på samhandling mellom allmennleger og sykehusleger springer ut av en faglig nysgjerrighet knyttet til profesjonsteori. Profesjonalisering innebærer faglig spesialisering, et trekk som særlig kjennetegner arbeidsdelingen i helsevesenet, fordi så mange profesjoner har ansvaret for atskilte arbeidsområder, og der disse igjen er inndelt i spesialområder. Faglig spesialisering med påfølgende oppsplitting av arbeidsoppgaver synes dermed i seg selv å

etablere utfordringer knyttet til samhandling. Men spesialiseringen har sin begrunnelse. En av de åpenbare fordelene er økt kunnskapsdybde og nye muligheter for behandling av medisinske tilstander. Medisinen behandler i dag sykdommer som for kort tid siden krevde mange menneskeliv. I en forstand synes den høye graden av spesialisering som preger arbeidsdelingen i helsevesenet også å ha mindre heldige konsekvenser. Pasientene beveger seg gjerne gjennom flere behandlingsnivåer før de kan betraktes som ferdigbehandlet. Dette medfører et behov for å koordinere og samordne tiltak, slik at pasienten opplever seg ivaretatt gjennom hele behandlingsforløpet. En utfordring er å formidle den spesialiserte kunnskapen til andre parter for å ivareta mer helhetlige hensyn. Utfordringer knyttet til koordinering og samordning er dermed mitt hovedfokus i avhandlinga, men formulert som et spørsmål om betingelser for samhandling mellom sykehusleger og allmennleger.

Behovet for bedre samhandling har vært beskrevet som en generell utfordring for høyt spesialiserte virksomheter i moderne samfunnsliv. Nivådelingen mellom sykehusene og de kommunale legekantorene i Norge representerer imidlertid spesielle utfordringer. Sykehusleger og allmennleger skal gjennom lange behandlingsforløp i fellesskap bidra til at pasienten føler seg ivaretatt. Flere forhold synes å begrunne en målsetting om bedre samhandling, blant annet at pasientene opplever at vilkårligheter påvirker behandlingsforløpet og at samarbeidende instanser ikke føler at de får oppdatert informasjon etter hvert som de overtar ansvaret for pasienten i et behandlingsforløp. De skal bidra og ta nødvendige, og ofte kritiske beslutninger, på grunnlag av den dokumentasjon som medfølger fra forrige behandlingsledd. Særlig synes slike problemer å representere en utfordring og et forbedringspotensial for samhandlingen mellom sykehusene og pasientens fastlege.¹

Jeg har derfor valgt å fokusere nettopp på dette feltet for å undersøke eventuelle hemmende og fremmende betingelser for at sykehusleger og allmennleger skal samhandle bedre, og der jeg spesielt undersøker slike betingelser knyttet til utveksling og samhandling rundt *medisinsk dokumentasjon*. Når jeg velger å studere dette feltet isolert, avgrenser jeg undersøkelsen for det første til å studere samhandling mellom sykehusleger og allmennleger, selv om temaet også har relevans for relasjoner mellom andre helsepersonellgrupper. For det andre kan en svakhet med en slik tilnærming være at pasientene blir mindre synlig. Det er jo

¹ Tromsø kommune hadde vært prøvekommune for fastlegeordningen i to år da jeg startet arbeidet med avhandlinga.

pasientbehandlingen som er helsevesenets egentlige oppgave, mens medisinsk dokumentasjon skal bidra til å gi et godt beslutningsgrunnlag for pasientbehandlingen. Imidlertid skal det jeg senere kaller *dokumentasjonskjeden* illustrere at det som fordrer samhandling, nettopp er et behandlingsforløp der pasienten er viktigst. I dette feltet har jeg valgt ut to sentrale dokumenter som illustrasjon og eksempel for undersøkelsen: *henvisningen* og *epikrisen*. De er valgt ut fordi de to dokumentene i tillegg til å utgjøre en dominerende del av de dokumenter som utveksles mellom de to legegruppene, også har vært oppfattet som ”problembarn” sett i et samhandlingsperspektiv (jfr Kvamme 1999). Ofte viser det seg at epikrisen eller ”utskrivingsbrevet” fra sykehusene til legekantorene kommer for sent, og i liten grad er tilpasset allmennlegenes dokumentasjonsbehov. Allmennlegene er imidlertid helt avhengig av dette dokumentet for å ivareta forsvarlig oppfølging av pasienten etter utskrivning fra sykehuset. Tilsvarende synes henvisningsdokumentet eller ”søknaden om sykehusplass” som allmennlegen sender til sykehuset å være preget av at de to legegruppene ikke kommuniserer godt nok (jfr SHD 2004). Det vil si at begge dokumentene er godt egnet til å belyse samhandlingsbetingelser mer generelt.

1.1 Behovet for bedre samhandling mellom helsevesenets profesjoner

Behovet for bedre samhandling i helsevesenet begrunnes altså med at mange profesjoner har ansvaret for atskilte arbeidsområder. Det som særlig begrunner behovet for samhandling, er at medisinen preges av tiltagende spesialisering og finere oppdeling av arbeidsoppgavene. Mens legene i 1930 talte 13 spesialiteter, er det i Norge i dag rundt 50 medisinske spesialiteter (Dahl og Opdahl Mo 2000:19). Og selv om en av de åpenbare fordelene ved utviklingen har vært mulighet for behandling av medisinske tilstander som tidligere ble oversett, stilles det i dag spørsmål ved hvordan man skal få de spesialiserte funksjonene til å *samhandle*, og hvordan man skal klare å formidle den spesialiserte kunnskapen til andre parter for å ivareta mer helhetlige hensyn. Ofte skaper spesialiseringen i seg selv mulighet til å vurdere pasientens sykdom fra flere mulige innfallsvinkler, men særlig synes lange og sammensatte sykdomsbilder å forde at flere profesjonsgrupper kommuniserer rundt pasientbehandlingen. Når de store sykehusene skal kommunisere med sine omgivelser, og spesielt mot de kommunale legekantorene, har dette vist seg vanskelig. Både de som arbeider her og pasienter formidler et inntrykket av at de møter et oppsplittet og fragmentert system som fører et ”uforståelig språk”, og der dette kan ses som en av spesialiseringens baksider (ibid). På

sykehusene har den faglige differensieringen skjedd ved en stadig finere oppdeling og avgrensing mellom profesjonsgrupper i mindre og mer spesialiserte grener. Det at det tildels er store variasjoner fra land til land antyder imidlertid at profesjonene må betraktes som sosialt konstruert i betydningen at profesjonssystemene er produkter av forskjellige sosiale, politiske og kulturelle forhold (jfr Erichsen 1996). Samhandlingen mellom de enkelte profesjonsgrupper på institusjonsnivå viser seg gjerne ved måten de fordeler arbeidsoppgavene seg i mellom, ikke bare når det gjelder pasientbehandling, men også når det gjelder det som er denne avhandlingas tema – samhandling mellom sykehusleger og allmennleger rundt medisinsk dokumentasjon.

Selve profesjonsbegrepet begrunnes nettopp ved at det viser til hvordan høyspesialisert kompetanse inngår i virksomheter der mye av ”profesjonsarbeidet” består i å legitimere sin egen berettigelse vis a vis konkurrerende virkelighetsforståelser (ibid). Når forskjellige grupper av leger i dag drøfter sin egen spesialitets kunnskapsgrunnlag, argumenterer de gjerne for å befeste egne virkelighetsforståelser. Både muligheter og barrierer for samhandling kan oppfattes som et resultat av stridigheter som springer ut av at leger ikke nødvendigvis har sammenfallende faglige forståelser og identifikasjoner. Å si noe om *mulighetene* for bedre samhandling henger dermed på et vis sammen med det å undersøke *barrierer*. Muligheter og barrierer sikter i min tilnærming til forhold både på mikro- og makronivå, slik at eventuelle tiltak for å bygge ned barrierer henger sammen med evne og vilje hos aktørene til å endre virkelighetsforståelser og mulighet for å påvirke strukturelle forhold i omgivelsene.

Tiltak som har vært satt inn for bedre samhandling generelt, har hatt som siktemål å bøte på at utstrakt faglig spesialisering gjerne følges av at tjenestetilbudene preges av manglende helhetstenking. I rekken av beskrivelser på dette feltet anvendes gjerne ord som samarbeid, samordning, koordinering, tverrfaglighet om hverandre (jfr Nyhlen 1993).² Beskrivelsene peker på at det synes å oppstå barrierer særlig mellom de større sykehusene og legekantorene, slik at pasientene opplever seg som kasteballer mellom to ”behandlingsnivåer” som anlegger sine særegne perspektiv på pasientbehandling.

² Jfr tittelen ”Det vanskelige samarbeidet” av Nyhlen (1993).

I *Helse for alle i Norge. Helsedirektoratets strategiske plan mot år 2000* (HD 1987) heter det at ”... mer omfattende samarbeid må også legges inn som en nødvendig forutsetning for alt annet arbeid for å bedre helsetjenesten.” Her argumenteres det for behov for samhandling på tvers av faglige skillelinjer i organisasjonene, og mellom de etater og behandlingsnivåer som har ansvar for pasienten (side 105). I NOU 1997:2 *Pasienten først!* pekes det spesielt på behovet for å se henvisnings- og epikrisedokumentets betydning ved måten de to dokumentene genererer vital informasjon til pasientjournalene gjennom et behandlingsforløp. Her knyttes det medisinske dokumentasjonsarbeidet til de informasjonsforpliktelse helsevesenets profesjonelle aktører har overfor hverandre og overfor pasienten. Særlig framheves allmennlegens rolle som den som skal følge opp pasienter med lange og sammensatte behandlingsforløp. Det medisinske dokumentasjonsarbeidet beskrives her som innvevd i kompliserte organisatoriske forhold, noe som krever at både sykehus og legekantor fokuserer på dette feltet, og gjennom bedre samhandling bidrar til at pasientene opplever å møte et helhetlig tjenestetilbud (side 18).

I dag videreføres slike satsinger gjennom tiltaksplanen *Samspill 2007* (SHD 2004) der det pekes spesielt på at: ”Samarbeidet innen helse- og sosialsektoren i dag lider under en informasjonsflyt som langt fra er tilfredsstillende. Informasjonen er ofte ikke tilstede hos rett instans, til rett tid og i rett form. Informasjon utveksles på måter som er tidkrevende og/eller usikre. Informasjon går langs veier som ikke henger godt sammen ... I tillegg er kvaliteten på informasjonen ikke god nok. Den kan være upresis, mangelfull og irrelevant ...” (side 12). Sitatet peker mot svakheter ved helsevesenets dokumentasjonsarbeid, og der realiseringen av et mål om bedre samhandling gjennom endret *dokumentasjonspraksis* på sykehus og legekantor, blant annet skal understøtte visjonen om ”den informerte pasient” (SHD 2001). I det følgende redegjør jeg kort for mitt valg av tema og hovedproblemstilling. Deretter presenterer jeg relevante problembeskrivelser som begrunner økt satsing på tiltak for samhandling, det vil si hvordan tiltakene begrunnes både i en faglig og helsepolitisk sammenheng.

Fokus på samhandling mellom allmennleger og sykehusleger

I min tilnærming tar jeg utgangspunkt i at samhandling mellom allmennleger og sykehusleger skal skje i omgivelser der to forskjellige kunnskapsmessige tilnærminger anvendes.

Samhandlingen skal skje i spenningsfeltet mellom allmennmedisinens *breddetilnærming* og en organspesialisert *dybdetilnærming* som sykehuslegen anvender (jfr Løchen 1971). I utgangspunktet må alle leger antas å ha relativt *sammenfallende* oppfatninger om hva som er relevant medisinsk kunnskap, siden leger gjennomgår en lang og felles grunnutdanning før spesialiseringen starter. Men mens sykehuslegens faglige spesialisering kjennetegnes ved stadig finere oppdeling av kroppens organer, kompliseres bildet i dag ved at også allmennleger tilegner seg en spesiell form for spesialisering. Denne er basert på at de gjennom videreutdanning erverver en medisinsk ”generalist-spesialisering” som skal styrke breddetilnærmingen til medisinsk diagnostikk, og i allmennmedisinen skal i prinsippet ingen menneskelige eller medisinske problemstillinger være irrelevante (jfr Malterud 1990). Og det er i dette faglige landskapet at samhandlingen forutsettes å skje.

Den organspesifikke spesialisering som sykehuslegen erverver oppfattes gjerne som en konsekvens av medisinens naturvitenskapelige forankring, og der laboratoriet er forbildet. Den benevnes vanligvis som den *biomedisinske* sykehusmedisinen, og kjennetegnes også av en *reduksjonistisk* logikk basert på at årsaker til sykdom i hovedsak finnes i en eller annen underliggende tilstand. Denne spesialiseringens logikk innebærer at observerte symptomer reduseres til stadig mer avgrensbare deler av kroppen og i dens organer (Løchen 1996). Det er i denne forstand jeg oppfatter at samhandlingen forutsettes å skje i et faglig spenningsfelt mellom allmennmedisinens *breddetilnærming* og sykehusmedisinens *dybdetilnærming*.

Jeg avgrenser dermed undersøkelsen av betingelser for samhandling til å studere forholdet mellom sykehusleger og allmennleger, samt at jeg velger ut medisinsk dokumentasjon, representert ved henvisnings- og epikrisedokumentet som illustrasjon på dette feltet. Og her bygger jeg på beskrivelsen over om hva som kjennetegner de to legegruppens kunnskapstilnærming: Samhandling forutsetter at medisinsk dokumentasjon ikke bare fungerer som en transportvei for dokumenter, men at det foregår kunnskapsoverføring via dokumentasjonen mellom de to legegruppene. Jeg undersøker ikke selv sider ved innholdet i medisinsk dokumentasjon, men hvordan allmennleger og sykehusleger vurderer innholdsmessige sider. Det vil si at jeg har fokusert på utveksling av kunnskap via de to dokumentene, *slik legene ser det*.

I dag pågår det en relativt omfattende omlegging fra papirbaserte til elektroniske redskaper, og der myndighetene signaliserer forventninger til de nye redskapenes potensial for å forbedre

kunnskapsoverføringen mellom ulike helsepersonellgrupper.³ Imidlertid vises det allerede tegn på at anvendelse av de nye redskapene stiller organisasjonene i helsevesenet overfor nye utfordringer. I dag tegnes et bilde av hvordan medisinsk dokumentasjon inngår i svært utfordrende organisatoriske omgivelser, og der uhensiktsmessig dokumentflyt og forsinkelser i utvekslingen påfører pasientene økte ventetider for behandling (SHD 2004). Men det forventes også at nye dokumentasjonsredskaper skal bidra til å forenkle rutiner for ajourføring av medisinsk dokumentasjon, slik at helsepersonellet får mer tid som kan benyttes til pasientarbeid (ibid). Imidlertid gir problembeskrivelsene også uttrykk for at de muligheter som de elektroniske redskapene gir, ikke synes å utnyttes tilstrekkelig, fordi redskapene og sosial praksis synes å være vevet sammen slik at det oppstår barrierer for utveksling og samhandling.

Barrierene tilskrives blant annet at legenes kompetanse som nevnt er svært spesialisert, men der de nye redskapene forventes å bidra til at kunnskap i større grad skal kunne deles på tvers av behandlingsnivåer i "nettbaserte samhandlingsarenaer". De elektroniske redskapene skal også bidra til å gi bedre diagnoser og behandling, og ved å anvendes som integrerte kommunikasjonsredskaper skal de ivareta hensynet til kunnskapsoverføring mellom spesialiserte grupper av helsepersonell. Og ikke minst skal dette skje mellom sykehusleger og allmennleger. Det forutsettes altså at dokumentasjonsredskapene skal bidra til å bygge ned kunnskapsmessige barrierer for samhandling, ved at det i større grad skjer kunnskapsdeling mellom gruppene. I handlingsplanen for 2001-2003 "Si @!" *Elektronisk samhandling i helse- og sosialsektoren* skisseres det hvordan dette arbeidet inngår i "...en gjennomgang av alle helsetjenester på tvers av forvaltningsnivåene med sikte på forenkling og best mulig utnyttelse av ressursene..." (SHD 2001:13). Her pekes det på et behov for å kombinere organisatoriske og teknologiske virkemidler både internt på sykehusene og mellom sykehusene og legekantorene. Og i handlingsplanen *Samspill 2007* (SHD 2004) knyttes forbindelsen mellom samhandlingsbegrepet og kunnskapsoverføringsaspektet: "Samarbeid forutsetter at aktørene er orientert om handlinger og kunnskap hos hverandre ..." (op.cit.:2).

³ I Norge anslås det at elektronisk utveksling av medisinsk dokumentasjon i løpet av 2005 vil være i tilnærmet rutinedrift mellom de aller fleste legekantor og sykehus (SHD 2001).

Henvisnings- og epikrisedokumentet som illustrasjon og eksempel

Jeg anvender altså henvisnings- og epikrisedokumentet som illustrasjon og eksempel i min framstilling fordi de to dokumentene inngår som sentrale dokumenter i samhandlingen mellom sykehusleger og allmennleger når pasienten beveger seg en i behandlingsskjede. Jeg gir de to dokumentene en sentral plass når jeg med utgangspunkt i datamaterialet beskriver dem i en ”dokumentasjonsskjede”. Begge dokumentene forutsetter at allmennlege og sykehuslege samhandler rundt dokumentasjonens innhold. Når det gjelder henvisningsdokumentet, så benyttes dette i tilfeller der allmennlegen trenger hjelp til å løse et medisinsk problem, det vil si for å formidle behovet for ytterligere medisinsk bistand fra sykehusets leger. I regelverkets definisjon heter det at en henvisning er *en formell forespørsel om at en annen helsefaglig instans skal utrede eller behandle pasientens helseproblem* (KITH 1999). Når det gjelder epikrisedokumentet så forfattes dette av sykehuslegen som en oppsummering av hva som er gjort på sykehuset, og som en anvisning til allmennlegen om oppfølging av pasienten på legekantoret etter at pasienten er utskrevet. I regelverket defineres epikrise⁴ som en *skriftlig oppsummering av en sykdomsstatus, årsak, utvikling, behandling og plan for videre behandling fremstilt etter et nærmere spesifisert sykehusopphold eller konsultasjonstilfelle*.

I dag har elektroniske dokumenter kun nådd begrenset utbredelse, slik at det utveksles både papirbaserte og elektroniske dokumenter samtidig, noe som kompliserer samhandlingsbetingelsene. Når jeg gir de to dokumentene en sentral plass i min undersøkelse, så er formålet også å vise at de to dokumentene inngår i et større ”dokumentkompleks” der laboratorieresultater og andre prøvesvar kan inngå.⁵ Det som særpreger epikrise- og henvisningsdokumentene sammenliknet med andre dokumenter knyttet til et behandlingsforløp, er at de ved sin funksjon som ”transportmedium” mellom de to behandlingsnivåene egner seg godt til å belyse det som er denne avhandlingas tema: Når de to dokumentene betraktes i en dokumentasjonsskjede knyttet til aktiviteter der pasienten beveger seg fram og tilbake mellom legekantor og sykehus, framstår dokumentene som bærere av

⁴ Epikrise: epi = etter, kri = dømme.

⁵ I min framstilling innebærer dette at andre former for kontakt mellom allmennleger og sykehusleger får en mindre framtrekkende plass. Det vil si at jeg i mindre grad berører at samhandling mellom de to legegruppene også skjer via møter, telefonkontakt og til en viss grad via e-post.

viktig, og noen ganger kritisk, kunnskap som skal ligge til grunn for beslutninger begge legegruppene må gjøre på gitte stoppesteder i behandlingsforløpet.

I tiltaksarbeid som har hatt som mål å bidra til bedre samhandling på dette området, har da også de to dokumentene vært sentrale. I avhandlingas undersøkelse baserer jeg meg i stor grad på data om legers erfaringer med relevante virkemidler, det vil si erfaringer sykehus- og allmennleger har med virkemidler gjennom deltakelse i samhandlingsprosjekter. De vanligste av slike tiltak har bestått i forsøk på å etablere mer ensartede *dokumentmaler* for henvisninger og epikriser, samt å utvikle og anvende medisinske *prosedyrebeskrivelser* som skal fungere som ”faglige veiledere” som legene kan benytte ved usikkerhet knyttet til en medisinsk problemstilling. Slike tiltak skal blant annet bidra til å øke presisjonsnivået i henvisningens innhold, for eksempel slik at en pasient henvises til riktig sykehusspesialitet, og slik at verken for lite, eller eventuelt overflødig informasjon tas med i dokumentasjonen. Tilsvarende hensyn kan sies å gjelde for epikrisen. En dokumentmal skal sikre en mer presis beskrivelse av hva som forventes når allmennlegen skal følge opp en pasient etter utskriving fra sykehuset.

Et typisk problem ved epikrisedokumentet har vært at allmennlegen ikke føler at han får nødvendig kunnskap om oppfølgingen av pasienten gjennom epikrisedokumentet (Geitung et.al. 1990 og Haldosen & Larsen 2000). Slike svakheter i dokumentene gjelder tilsvarende for henvisninger, sett fra sykehuslegens ståsted. Eventuelle tiltak for å oppnå forbedringer sikter mot formidling av relevant kunnskap sett fra de respektive legenes ståsted. Utarbeidelse av dokumentmaler for å motvirke for stor innholdsmessig variasjon, benevnes gjerne som ”konsensusarbeid” blant leger. I min studie anvender jeg derfor informanter blant allmennlegene som har deltatt i slike tiltak, blant annet gjennom ordningen ”Praksiskonsulenter på sykehus” (PKO-ordningen),⁶ der de har arbeidet i et avgrenset tidsrom på en sykehusavdeling. Det vil si at allmennlegene hospiterer på sykehuset, blant annet for å bidra til å etablere en *felles* faglig forståelse for hva som er god medisinsk dokumentasjon.

⁶ Dette tiltaket er nå formalisert ved flere norske sykehus der allmennleger hospiterer på forskjellige sykehusavdelinger for å bidra til å etablere en mer felles problemforståelse som grunnlag for samhandlings-tiltak (se www.legeforeningen.no/aplf for mer utfyllende informasjon om tiltaket. Se også informasjon om PKO-tiltaket under <http://praksis.sir.no/Diverse/ideologi.htm> : ”Ideologi, definisjon og oppgaver” (01.07.99). Tiltakene er fylkesvis organisert, og i Troms fylke benevner gjerne praksiskonsulentene seg som ”sykehusallmennpraktiker”.

Henvisnings- og epikrisedokumentet tillegges altså relativt stor betydning som redskap for bedre samhandling mellom allmennleger og sykehusleger, fordi dokumentene utgjør et kommunikasjonsmedium for overføring av kunnskap mellom de to legegruppene. For allmennlegen er muligheten for å skrive faglig gode og treffsikre henvisninger avhengig av kommunikasjon med sykehusets leger. Kvaliteten på henvisninger vil ofte avhenge av om allmennlegen har kunnskap om hvilke regler og prosedyrer som gjelder for en gitt behandling på en sykehusavdeling. Det vil si at henvisninger ofte vil være begrunnet med at det hersker en viss usikkerhet om hvilke faglige *forventninger* sykehuslegene retter mot allmennlegene.

Et sentralt spørsmål er hvor treffsikker det er mulig eller ønskelig å gjøre allmennlegens foreløpige diagnose med tanke på om pasienten henvises til riktig avdeling på sykehuset, eventuelt om det er gjort tilstrekkelige forundersøkelser, slik at henvisningen ikke viser seg å være unødvendig. Denne type usikkerhet kan i prinsippet sies å være tilstede begge veier, det vil si at eventuell usikkerhet knyttet til hvilke faglige forventninger de to partene har til *hverandre* potensielt kan reduseres ved at allmennlege og sykehuslege samhandler rundt dokumentasjonen på en bedre måte.

Når det gjelder epikrisen synes usikkerheten å få noen spesielle konsekvenser. Allmennlegene oppfatter som nevnt ofte at epikriser de mottar fra sykehuset er lite formålstjenlig som grunnlag for videre oppfølging av pasienten (SHD 2004). Det synes ikke å være etablert tilstrekkelig faglig enighet mellom de to legegruppene om hva som oppfattes som adekvat dokumentasjon sett både fra avsender- og mottakersiden. Nyere problembeskrivelser på dette området peker på at viktige deler av innholdet i epikriser ofte viser seg å være uriktige, for eksempel opplysninger om dosering av medikamenter, noe som i spesielle tilfeller kan oppfattes som en kritisk mangel for oppfølgingsarbeidet med pasienten etter et sykehusopphold (ibid).

I utgangspunktet antar myndighetene at tiltaksarbeid og dokumentasjonsredskaper skal bidra til å endre på slike forhold. Når det gjelder redskapene spesielt, signaliseres det forventninger om at nye elektroniske redskaper skal gi økt mulighet for at profesjonsgrupper skal "åpne seg mot hverandre", ved at redskapene tilrettelegger for at sykehuslege og allmennlege kommuniserer bedre om hva den andre holder på med. Men samtidig synes redskapene å etablere nye barrierer for samhandling, både mer åpenbare barrierer i form av organisatoriske

”flaskehals”, og mindre synlige forhold. Jeg har derfor med utgangspunkt i beskrivelsen foran valgt å dele avhandlingas empiriske undersøkelse i tre deler. I den første delen (kapittel 5) undersøkes og beskrives det jeg betrakter som mer synlige flaskehals, samt at jeg med utgangspunkt i en beskrivelse av status for anvendelse av elektroniske dokumentasjonsredskaper antyder muligheter som disse redskapene har innebygget. Disse representerer nye muligheter, men har i dag kun fått begrenset utbredelse. Det er ikke usannsynlig at det oppstår nye utfordringer ved at de elektroniske redskapene i seg selv kompliserer det organisatoriske landskapet aktørene arbeider innenfor.

I undersøkelsens andre del (kapittel 6) belyser jeg med utgangspunkt i informantintervjuer det jeg betrakter som mindre åpenbare forhold som kan bidra til å etablere muligheter eller barrierer for samhandling mellom de to legegruppene rundt medisinsk dokumentasjon. Selv om dokumentasjonsredskaper i seg selv kan endres og tilpasses for bedre samhandling, kan også sosial praksis utøves slik at dette bidrar til å understøtte eller styrke forhold som gir en organisasjonsenhet eller et fag innflytelse og status (jfr Berg 1991). Det kan for eksempel være en del av spesialiseringens natur at de grupper som forvalter svært eksklusiv og avansert kunnskap, nettopp orienterer seg mot å ta i bruk nye redskaper som bidrar til å styrke det kunnskapsgrunnlaget spesialiseringen er tuftet på. Spesialisert kunnskap kan oppfattes som et knapt gode som det gjelder å verne om. Slike redskaper kan også tenkes å utgjøre en trussel mot det kunnskapsgrunnlaget og den *makt* en virksomhet er tuftet på, ved at de åpner virksomhetene for omgivelsenes blikk (ibid). Jeg bygger her på at et slikt perspektiv ser på kunnskapsanvendelse som vitenskapsbasert og kjennetegnes av spesialisering og subspecialisering. Det er medisinenes egen faglige logikk som bidrar til at kunnskapens verdi *hierarkiseres* og danner et ”medikrati”, og dette er en sentral handlingsbetingelse som kan framtre som barrierer mot samhandling.

Helsetjenesten og spesielt sykehusene har gjennomgått til dels store endringer i løpet av de siste 20-30 årene. Økt grad av spesialisering synes å ha bidratt til større utfordringer knyttet til samhandling, og da særlig mellom legekantor og sykehus (SHD 1997). I slike problembeskrivelser pekes det imidlertid både på det potensialet nye redskaper representerer, og på endring av organisasjonenes praksis som mulighet for bedre samhandling i dag. Men selv om både utbredelsen av nye dokumentasjonsredskaper og nye prosedyrer øker i omfang, pekes det på at organisatoriske endringer synes å skje svært sakte. Grunntrekkene i helsevesenets organisering synes å holde seg nokså stabile: ”*Dette kan naturligvis forklares*

med at det ikke er behov for større organisatoriske endringer. En annen og mer sannsynlig forklaring er at organisatoriske endringer krever et samvirke mellom mange ulike enheter og grupper i sykehusene, og at motkreftene ofte er sterkere enn endringskreftene /.../ problemene er vel så grunnfestet i holdningsmessige og kulturelle forhold som i systemmessige” (SHD 1997:58-59). At endringene synes å skje relativt sakte tilbakeføres i min tilnærming til det jeg her oppfatter som barrierer for samhandling. Formuleringene i problembeskrivelsen over peker i grove trekk på det som er denne avhandlingas tema. Leger med formell autorisasjon, uansett medisinskfaglig spesialisering, har i utgangspunktet gjennomgått en lang, felles utdanning som bidrar til sosialisering til ”den legelige kultur” (Berg 1987). Det er nærliggende å anta at denne kunnskapsmessige grunnorientering resulterer i en type kollegialitet som har sin rot i legeutdanningen. Og selv om de etter hvert skiller lag i faglige spesialiseringer, vil denne type kollegialitet utgjøre et aspekt ved det jeg oppfatter som samhandlingsbetingelser, og der røttene som nevnt er å finne i en *biomedisinsk* kunnskapsorientering (ibid). Avvik fra denne kunnskapsmessige grunnorientering vil kunne oppfattes som villfarelse og som en uvitenskapelig holdning til eget fag. Og selv om allmennlegen på legekantoret og den organspesialiserte sykehuslegen etablerer en viss avstand faglig sett, så vil tilbøyeligheten til å samhandle ut fra en felles grunnorientering til spørsmål om sykdom og helse, fortsatt være sterk. Poenget er at samhandlingen vil reguleres ut fra en intern logikk som henter sin sterkeste begrunnelse i den *biomedisinske* kunnskapsorienteringen (Erichsen 1996:28-29). De forhold som behandles i kapittel 6 ser betingelser for samhandling som regulert via kunnskapsmessig *intern regulering* av praksis mellom leger, og forhold i medisinsens omgivelser som antas å bidra til å skape barrierer.

Forholdet mellom interne og strukturelle barrierer for samhandling

Men leger praktiserer ikke utelukkende med forankring i en slik grunnleggende, faglig identifikasjon som er et resultat av innflytelse fra biomedisinsk kunnskap. I analysens tredje del (kapittel 7) undersøker jeg hvordan legers praksis inngår i et arbeid med å befeste alternative legeidentiteter: medisinsk praksis utøves i samfunnsmessige omgivelser som også bidrar til å påvirke deres forståelse både av seg selv og den virksomheten de inngår i. Det jeg kaller ”diskursarbeid” er ytringer fra leger om hvordan de oppfatter seg selv, og der de forsøker å legitimere ikke bare en bestemt legeidentitet, men i denne sammenheng også omtaler det praktiske dokumentasjonsarbeidet. Ytringene eller diskursene omtaler hvordan det

jeg svært grovt kaller ”strukturelle forhold” påvirker deres praksis, og dermed former nye betingelser for samhandling. Slike forhold kan i en forstand betraktes som barrierer for samhandling ved at en polarisering uttrykker sterk uenighet om viktige kunnskapsmessige forhold. For det andre omtaler diskursene *rammebetingelser* i medisinsens omgivelser som i seg selv framtrer som barrierer for samhandling. Men vel så viktig er det at ytringer fra leger også representerer konstruktive endringsforslag, blant annet om at samhandling må begrunnes utover snevrere, profesjonelle interesser.

Jeg tar altså utgangspunkt i at noen av de forhold som kan bidra til å etablere barrierer for samhandling kan framtre som mer eller mindre åpenbare. De mer synlige forhold er knyttet til ressurser i form av personell og dokumentasjonsredskaper, mens de mindre åpenbare har sin rot i kunnskapsmessige forhold. Når diskursarbeid peker på forhold som ligger utenfor det vi betrakter som kunnskapsinterne, ytrer leger seg som deltakere i en generell helsediskurs der vi alle i varierende grad er deltakere. Imidlertid har leger et unikt utkikkspunkt fra egen praksis, og mange av diskursens ytringer kan peke mot konstruktive løsninger nettopp for å bygge ned barrierer for samhandling. I sum danner det jeg kaller *interne* og *strukturelle* forhold et sett av formelle og uformelle betingelser som får betydning, og som kan betraktes som potensielt hemmende eller fremmende for samhandling.

Pasientfokusert dokumentasjon

Jeg har valgt å fokusere på samhandling mellom sykehusleger og allmennleger knyttet til medisinsk dokumentasjon. Med denne avgrensingen risikerer jeg å underkommunisere at i hovedsak er behovet for bedre samhandling begrunnet med hensynet til pasientene. Allerede i NOU 1987:25 *Sykehustjenester i Norge* knyttes begrepet *brukerinnflytelse* til problembeskrivelsene jeg har referert foran, der det heter at medisinsk dokumentasjon også skal ivareta hensynet til pasientens påvirkningsmuligheter og medbestemmelsesrett i saker som angår egen helse, slik at pasientens perspektiv kan tas med i beslutningsgrunnlaget som finnes i medisinsk dokumentasjon (SHD 1987). Det vil si at medisinsk dokumentasjon også skal benyttes som underlag for kunnskapsoverføring mellom lege og pasient. Medisinsk dokumentasjon skal understøtte visjonen om ”den informerte pasient” som gjennom kunnskapsvervelse skal øke sin mestringsevne, eller i større grad ”bli sin egen lege”. I de senere år har det skjedd et perspektivskifte som benevnes som et ”pasientfokusert helsevesen”

(SHD 1997). Dette perspektivskiftet kan også oppfattes som en kritikk av en særnorsk *sykehussentrering*⁷ i det norske helsevesenet, der det i for liten grad vektlegges at rundt 80% av alle pasienter i det norske helsevesenet tas hånd om på allmennlegekontorene. Det vil si at kun en relativt beskjeden andel av den totale pasientmassen henvises videre til sykehus (Paulsen & Leonardsen 2000).

Den informasjonsteknologiske utviklingen bidrar også til at pasienter får økt tilgang til kunnskap som tidligere har vært tilgjengelig for leger. Den ”informerte pasient” som sjekker behandlingsmuligheter på Internett representerer en utfordring for helsevesenets dokumentasjonsarbeid (SHD 2001). Den generelle økningen i utdanningsnivået i samfunnet synes også å bidra til at helsepersonell i framtida blir stilt overfor langt mer krevende pasienter, også når det gjelder forsvarlig dokumentasjonsarbeid og samhandling rundt dokumentasjonens innhold. En forutsetning er at det til sist er pasienten som rammes dersom medisinsk dokumentasjon ikke holder kvalitetsmessig mål, eller endog framtrer som ”helsefarlig”.

Når medisinsk dokumentasjon oppfattes som et medium for samhandling, forutsetter jeg at kunnskapsoverføring potensielt skal bidra til *gjensidig læring*, men der dette kan oppfattes som krevende jo mer spesialisert en virksomhet er. Et formål med å beskrive utfordringer knyttet til samhandling mellom leger, er at dette i neste omgang kan avdekke muligheter og begrensninger knyttet til det å formidle innholdet i medisinsk dokumentasjon også til pasienten. Imidlertid har et svært befestet syn vært at kunnskapsoverføring innebærer at eksperten overfører kunnskap til novisen. I stor grad synes dette også å være en dominerende oppfatning for relasjonen mellom allmennlegen og sykehuslegen, og at kunnskapsoverføringen i hovedsak går én vei: fra sykehuslegen til allmennlegen (jfr Berg 1991). Imidlertid synes slike forestillinger å utfordres i dag, blant annet på bakgrunn av at allmenntilmedisinen er etablert som en egen medisinsk spesialitet.

Med utgangspunkt i det som er sagt foran, er spørsmålet om mer pasientsentrert dokumentasjon blitt et underordnet tema i min undersøkelse, uten at dette tema dermed er

⁷ 70% av helsetjenesteutgifter på 1980-tallet gikk til sykehus i Norge, mens gjennomsnittet for OECD-landene var 54%. Et sentralt element i denne argumentasjonen har vært at dette forsterker tendensene til hierarkisk organisering som ikke stimulerer til samhandling (jfr Bast-Pettersen 1995).

mindre viktig. Jeg vil imidlertid drøfte dette temaet til slutt med utgangspunkt i relevante funn i mitt datamateriale om samhandling mellom de to legegruppene.

Avhandlingas problemstillinger er som det framgår foran formulert slik at jeg skiller mellom mer åpenbare barrierer for samhandling og forhold som framtrer som mindre synlige. Å ta utgangspunkt i en beskrivelse av det empiriske landskapet kan for det første bidra til å antyde noen mer konkrete løsninger som kan bygge ned slike barrierer. Dernest gir tilnærmingen inntak til å forstå hvordan mindre åpenbare forhold representerer utfordringer for framtidig tiltaksarbeid på dette feltet.

1.2 Problemstilling

Avhandlinga skal undersøke betingelser for samhandling mellom sykehusleger og allmennleger for å belyse *barrierer* og *muligheter* knyttet til utveksling av medisinsk dokumentasjon. Jeg har valgt henvisnings- og epikrisedokumentet som illustrasjon med det formål å fange opp noen viktige aspekter knyttet til samhandling, og der jeg forutsetter at noen slike betingelser framtrer som mer synlige, mens andre er mindre åpenbare.

I min framstilling utgjøres de mer synlige betingelser i hovedsak av personellressurser, rutiner og redskapsmessige forhold. Avhandlingas problemstilling er dermed først å *beskrive hvordan mer åpenbare betingelser virker hemmende eller fremmende for samhandling mellom sykehusleger og allmennleger rundt medisinsk dokumentasjon.*

Deretter undersøker avhandlinga hvordan mindre åpenbare forhold har betydning. Her er problemstillingen formulert som et spørsmål om *hvilke kunnskapsinterne forhold som etablerer muligheter og begrensninger for samhandling mellom sykehusleger og allmennleger rundt medisinsk dokumentasjon.* Når jeg oppfatter slike betingelser som mindre synlige, forutsetter jeg at samhandling rundt medisinsk dokumentasjon støter mot sosiale og kulturelle barrierer for kunnskapsutveksling.

Så langt har jeg valgt å formulere problemstillingene relativt grovt, men som en avslutning av neste kapittel (kapittel 2, side 36) vil jeg utdype problemstillingene over, og presisere ytterligere slik at det utformes noen relevante underproblemstillinger. Dette gjør jeg etter en

redegjørelse for hvordan samhandling rundt medisinsk dokumentasjon begrunnes i samfunnsfaglige og helsepolitiske dokumenter.

Avhandlingas videre oppbygging

I kapittel 3 redegjør jeg for metodemessige implikasjoner av å velge en tilnærming som både baserer seg på en deskriptiv framstilling av det jeg kaller en ”dokumentasjonskjede”, samt at jeg også benytter intervju og tekstlig materiale som kilder. Redegjørelsen for metoder inneholder også metodologiske refleksjoner som må ses i sammenheng med redegjørelsen for mitt teoretiske ståsted i kapittel 4. Jeg har valgt å gi særskilt plass til hvordan diskursteori og – analyse begrunnes som en fruktbar tilnærming til studiet av samhandling mellom leger. Jeg har både i metode- og teorikapitlet, gitt dette stoffet relativt god plass sammenliknet med beskrivelsen av ”medikratiet” som omhandler den kunnskapsmessige *interne* regulering av samhandling mellom leger, fordi jeg forutsetter at dette er teori som er godt kjent og innarbeidet i medisinsk sosiologi, og spesielt i norsk sosiologi. Anvendelse av diskursteori kan ikke betraktes som tilsvarende kjent, men anvendes i dag i økende grad i profesjonsstudier (jfr Erichsen 1996).

Avhandlingas empiriske undersøkelse er delt i tre deler (kapittel 5, 6 og 7). I kapittel 5 beskrives det jeg oppfatter som relativt åpne og synlige forhold som kan antas å ha betydning for samhandling mellom allmennleger og sykehusleger. Her baserer jeg meg på en pilotstudie av praksisfeltet og utvalgte deler av intervjuer om forhold som har betydning for utveksling av henvisninger og epikriser. Formålet med denne framstillingen er å beskrive det empiriske landskapet i en tid der det skjer endringer i praksisfeltet. Innføring av elektroniske dokumentasjonsredskaper i helsevesenet er som nevnt ikke fullført og feltet preges av relativt stor omlegging, noe som kan antas i seg selv å bidra til samhandlingsproblemer. I så måte er formålet her å etablere en ”statusrapport” på dette feltet i en tid med omlegging av dokumentasjonsredskaper og -praksis, og for å belyse hva som eventuelt kompliserer samhandlingsbetingelsene mellom sykehuslegene og allmennlegene. Slike kompliserende forhold framstår som lite tilgjengelig for direkte observasjon, og leder over til de medisinskinterne forhold som undersøkes i det neste kapitlet.

I kapittel 6 belyser jeg på grunnlag av intervjudata de forhold som i hovedsak framtrer som *interne* og som antas å påvirke samhandlingen mellom sykehusleger og allmennleger. Selv om de fleste leger må antas å dele et felles kunnskapsgrunnlag som de har ervervet gjennom felles grunnutdanning, og at dette bidrar til en type kollegial regulering, så praktiserer sykehusleger og allmennleger med utgangspunkt i forskjellig pasientgrunnlag, der deres faglige tilnærming skal ivareta forskjellige medisinske hensyn. Det etableres derved en kunnskapsmessig avstand mellom allmennleger og sykehusleger som kan få betydning for samhandlingen. Her undersøker jeg altså med utgangspunkt i forskjellige typer tiltak som i sum kan betraktes som ”konsensusarbeid”, om barrierer kan tilbakeføres til hvordan faglig spesialisering påvirker samhandlingen. Jeg ser altså på om kunnskapsmessige forhold følges av regulering som under bestemte forhold framstår som barrierer for samhandling.

I kapittel 7 baserer jeg meg på et utvalg tekster som gjengir *diskurser* om hvordan barrierer for samhandling kan forstås som et spørsmål om identitetsbygging blant leger. Her peker tilnærmingen tilbake til forrige kapittel der utgangspunktet er at legers faglige spesialisering kan etablere samhandlingsbarrierer. Poenget er her *for det første* å vise at de rådende forhold bidrar til at noen leger påkaller *endringer i relasjonen mellom sykehusleger og allmennleger*. Dette antas å ville bidra til å redusere eventuelle samhandlingsproblemer, og derved etablere bedre betingelser for samhandling. Samtidig kan det bidra til å gi leger som føler at det kunnskapsgrunnlaget de selv forvalter gis den nødvendige aktelse, det vil si at diskursene inngår i en type identitetsarbeid. Et poeng i min framstilling, er at leger som en del av sin virksomhet på linje med andre sosiale aktører, bedriver det jeg benevner som diskursarbeid for å legitimere og styrke egen profesjonell identitet. Produktet av slikt arbeid kan betraktes som velegnet for å studere hvordan også muligheter oppstår som et resultat av at aktører vil legitimere en slik identitet. Diskursene ytrer seg her om forhold som i liten grad lar seg studere direkte, og om tema som kan betraktes som relativt følsomme. *For det andre* ytrer diskursene seg om *eksterne forhold* som har betydning for samhandlingen, blant annet om hvordan overgang fra papir- til elektroniske dokumentasjonsredskaper endrer legers *handlingsbetingelser*. Når jeg i fortsettelsen betrakter slike forhold som *strukturelle samhandlingsbetingelser*, så sikter jeg til hvordan både dokumentasjonsredskaper, økonomiske styringsinstrumenter, trygderegler og påvirkning fra pasienter *omtales* i diskursene.

Min anvendelse av diskursanalyse skal dermed bidra til å utvide de teoretiske forutsetningene jeg bygger på i kapittel 6, der kunnskapens statushierarki etablerer et makthierarki.

Diskursanalysen skal illustrere at slike betingelser også kan framtre i mindre åpenbar form.

De strukturelle forholdene som er referert over kan tenkes å veves inn i de totale samhandlingsbetingelsene på en slik måte at de nettopp understøtter og vedlikeholder etablerte maktforhold. I sum artikuleres dette som viktige, men mindre åpenbare samhandlingsbetingelser.

I neste kapittel redegjør jeg for noen sentrale faglige bidrag og relevante helsepolitiske dokumenter som begrunner behovet for at allmennleger og sykehusleger skal samhandle. Jeg refererer også hvordan det helsepolitiske slagordet ”pasienten først” danner en bakgrunn ved blant annet å vise til bestemmelser i den nye pasientrettighetsloven og den nye helsepersonellloven.

2 FAGLIG OG POLITISK BEGRUNNELSE FOR SAMHANDLING

2.1 Faglige begrunnelser for samhandling

Tiltak som skal bidra til bedre samhandling mellom profesjonene i helsevesenet henter mye av sin begrunnelse i klassisk medisinsk-sosiologisk litteratur. I helsepolitiske begrunnelser henvises det ofte til slike kilder. Jeg redegjør derfor først for de faglige ”røttene” før jeg går nærmere inn på hvordan disse integreres i nyere helsepolitiske handlingsplaner og lovreguleringer. I nyere helsepolitikk begrunnes behov for samhandling og større pasientfokus på samfunnsfaglige beskrivelser som særlig peker på uheldige følger av medisinen, og særlig sykehusenes sterke faglige spesialisering. Allerede Goffman (1961) beskriver sykehuset som en *total institusjon*, der de ansatte stilles overfor spesielle krav om å fylle forskjellige funksjoner i institusjonen, og der kommunikasjon med omverdenen, særlig mot samarbeidende hjelpeinstanser, settes på prøve.

Ofte synes hensynet til de høyt spesialiserte behandlingsformål å bidra til å forsterke forventninger om at de mindre spesialiserte profesjonsgrupper inntar en underordnet rolle vis a vis de høyt spesialiserte gruppene. Underordning og en rutinisert kontekst som behandlingen inngår i, kan tilbakeføres til at hensynet til effektiv ”logistikk” i et komplisert organisatorisk miljø kommer i første rekke (Goffman 1963). I norsk sammenheng ble en liknende type kritikk tidlig formulert, der sykehuset karakteriseres som en *taus institusjon* (Axelsen 1976). Selv om hovedbudskapet her er at pasientene er de som rammes av en slik taushet, er det et generelt poeng at manglende tillitt mellom behandlingsenheter og grupper som er involvert i

et behandlingsforløp kan tilbakeføres til en type taushet rundt de fagspesifikke forhold. Til tross for at samhandlingen preges av hjelpsomhet og vennlighet, så kan tillitten mellom profesjonsgrupper svekkes på grunn av manglende dialog rundt faglige forhold som begrunner helhetshensyn. I større somatiske sykehus vil de ansattes orientering tendere mot å styres av et faglig belønningssystem der de spesialiserte funksjonenes dyktighet vurderes i henhold til eget kunnskapsgrunnlag. Et viktig hensyn synes å være å holde en viss orden i et komplisert organisatorisk landskap, og der dokumentasjonsrelaterte oppgaver gjerne delegeres nedover i sykehusets hierarki (ibid:117).

Dokumentasjonen oppleves å ha mangler som setter andre hjelpeinstanser overfor store utfordringer, og med den følge at pasienter etter å ha kommet hjem fra sykehusopphold opplever at de ikke *”... sitter inne med tilstrekkelig informasjon om viktige sider ved sin tilværelse. Omkring halvparten mener at de vet for lite om både sykdommen, konsekvensene, medikamentering...”* (ibid:112). Det tegnes her et bilde der sykehuset kjennetegnes av at jo mer spesialisert kunnskap helsearbeiderne har om sykdom og mulige følger, jo fjernere framstår de fra de som befinner seg utenfor sykehuset og pasientene (ibid:119). Den medisinske terminologien som inngår i medisinsk dokumentasjon er ofte svært vitenskapsbasert, og tuftet på en naturvitenskapelig og biomedisinsk grunnorientering. Det som særlig kjennetegner innholdet i medisinsk dokumentasjon, er at det diagnostiske språket, eller sykdomsbeskrivelsene, formuleres som språklige ”koder” for hver spesialiserte legegruppe.

I moderne sykehus synes høy grad av kunnskapsmessig spesialisering å medføre særlige utfordringer med hensyn til kommunikasjon rundt medisinsk dokumentasjon. Dette har også vært beskrevet som et klassisk problem i komplekse og vitenskapsbaserte virksomheter, der de ofte strever med å balansere forskjellige hensyn i sin måte å organisere seg på. Specialistspråk med rot i organisasjonens kunnskapsgrunnlag kan oppfattes som en type *behavior formalization*, der språket i seg selv kan virke sosialt disiplinerende (Mintzberg 1983:33-34).

I noen sammenhenger vil slike virkemidler være nødvendige og påkrevd, og oppfattes slik både av ansatte og pasienter. Til en viss grad vil verken samarbeidende profesjonsgrupper eller pasienter oppfatte å være tjent med at medisinsk behandling foregår i en følelsesladet atmosfære, slik at ”formalisering” dermed kan oppfattes å være i alles interesse. Men denne

type særtrekk ved organisasjoner kan også oppfattes som en type ”indre” disiplinering som deltakerne i et sosialt felt utsettes for, fordi komplekse organisasjoner antas å ha et visst behov for å økonomisere sin kommunikasjon både internt og med sine omgivelser. For å unngå for store ”transaksjonskostnader” når beslutninger skal tas, vil effektivitetshensyn kunne bidra til at en del av dokumentasjonsgrunnlaget ikke synliggjøres, og kan dermed bidra til såkalt *non-decision* (jfr Bachrach & Baratz 1963).

Problembeskrivelser som omhandler utveksling av henvisninger og epikriser mellom sykehus og legekantor i dag, peker på at slike forhold gjør seg gjeldende, noe som medfører at mottakeren av dokumentasjonen i liten grad kan dra nytte av innholdet (jfr Grace & Armstrong 1987). Slike forhold påvirker blant annet allmennlegens mulighet for å fylle den såkalte *advokatrollen*. En sentral begrunnelse for dagens fastlegeordning er blant annet å ivareta denne rollen slik at den bidrar til økt *pasientautonomi* (jfr Førde 1995).

Legeautonomi versus pasientautonomi

Begrepet *pasientautonomi* inngår som et sentralt element i nyere faglig litteratur som begrunner behovet for bedre samhandling mellom leger (Vatne 1998). Slike tilnærminger kan oppfattes som en kritikk av at samhandlingen preges av at helsevesenet har paternalistiske trekk: den faglige *legeautonomi* som påberopes for å sikre en spesialitets vilkår og utvikling, synes her å bidra til at både samarbeidende instanser og pasienter opplever en følelse av maktesløshet i møte med helsevesenet (Stang 2001). Strategier for å fremme bedre samhandling har derfor pekt på behovet for økt *samhandlingskompetanse* som en særegen profesjonell kompetanse. Samhandling oppfattes både som et internt anliggende mellom leger, eller mellom leger og annet helsepersonell. I utvidet betydning skal slik kompetanse også inkludere pasienten, og der samhandlingen skal bidra til *pasientbemyndigelse* (ibid).⁸

I helsevesenet vil den organspesialiserte legen være den som forvalter den språklige maktkilden som fagkunnskapen representerer, det vil si kilden til det som oppfattes som *informativ makt* (Stang 2001:45). Som oftest er det den som forvalter den mest spesialiserte

⁸ Røttene til den norske bemyndigelses-tankegangen finner vi i empowerment-bevegelsen fra 1960-åras USA, der blant annet funksjonshemmede og minoritetsgrupper mobiliserte for styrking av egne krefter og nøytralisering av motkrefter (Prilleltensky & Gonick 1996).

kunnskapen, også den som i størst grad kontrollerer dokumentasjonsredskapene og informasjonsflyten. Vedkommende kan påvirke hvor, når og hvordan informasjon skal formidles, og eventuelt om dokumentasjon skal tilbakeholdes. Det kan ofte være stor avstand mellom den høyt spesialiserte kunnskapsanvendelsen og andre faggruppers kunnskaper.

Språklige barrierer i medisinsk dokumentasjon: definisjonsmakt

De faglige bidragene peker også på hvordan innholdet i epikriser, henvisninger og i pasientjournaler gjerne vil gi skinn av å være ”objektive” og ”vitenskapelige” beskrivelser, men der de likevel viser seg å ha både kjønnsmessige- og etniske ”slagsider”. Det finnes flere eksempler på at historisk har både politiske, etniske og seksuelle preferanser inngått i medisinsk dokumentasjon. De mest ekstreme utslagene viser blant annet til at diagnosen *draepotomani* betegner en slave som har en sykkelig tendens til å rømme fra sin herre (Cartwright 1967). Og etter 1945 dokumenterte et sentralt miljø i norsk psykiatri i et offentlig utredningsarbeid om de såkalte ”krigsbarna” at: *”... antar man rent skjønnsmessig at halvparten av de pikene (mødrene) det gjelder er arvemessig mindreverdige, skulle man måtte regne med at om lag 2500 av de 9000 barn har arvet sjelelige defekter (særlig åndssvakhet) som selv ikke den omhyggeligste oppdragelse eller det beste miljø vil kunne rette på i særlig grad. En må regne med at en større del enn normalt av krigsbarna er åndssvake og psykopater; eller på annen måte arvelig belastet...”* (sitert fra Thesen & Malterud 2001:1625).⁹

Tilsvarende særtrekk ved medisinsk dokumentasjon har også senere gjort seg gjeldende. Senest i 1997 dokumenterte en overlege i et svar til en allmennlege på et henvisningsdokument til en sykehusavdeling: *”Du har søkt om innleggelse for NN. Som vedlegg foreligger en fylldig redegjørelse. Behandlingstilbudet på XX sykehus er erfaringsmessig av svært begrenset verdi for fremmedkulturelle med kronisk smerteproblematikk. Som regel blir det bare frustrerende både for pasienten, og dessverre også for personalet. Man har lignende erfaringer fra YY institusjon, og vi har derfor valgt å*

⁹ Thesen & Malterud oppgir følgende kilde til utsagnet: Odeen PJ: *Oppgjør med en generasjon*. Bergens Tidende 29.01.99.

gi avslag ved denne typen henvendelser” (ibid:1625).¹⁰ Slike eksempler viser at legen som forfatter innholdet i medisinsk dokumentasjon kan oppfattes som en ”språklig grensevakt” for hva som skal defineres som sosiale og kulturelle avvik (jfr Bowker & Star 2000).

Eksemplene illustrerer at spesialistspråket, i kraft av sitt kunnskapsgrunnlag, også representerer en type *definisjonsmakt* der det er svært vanskelig å skille mellom hva som er rent medisinske forhold og hva som er sosiale og politiske forhold (Sirnes 1999). Medisinsk dokumentasjon representerer dermed en type virksomhet som ikke begrenser seg til å trekke et skille mellom det som er friskt og sykt, men også gir definisjoner på sosiale forhold der både kjønn, etnisitet og politiske kategorier inngår. Aktører med makt vil i et slikt landskap bidra til å påvirke hva som skal oppfattes som normalt eller avvikende, det vil si at aktørene i stor grad forvalter det som kan betraktes som *normalitetsmakt* (ibid).

Poenget her er at det synes umulig å forutsette at medisinsk dokumentasjon bare bygger på logisk entydige eller biologiske kategorier, og dermed at det kun er dette som utgjør grunnlaget for beslutninger gjennom et behandlingsforløp (Westin 1999). I praksis vil flere helsepersonellgrupper kommunisere om sykdom, og der de språklige kategoriene vil variere med den enkeltes ståsted, og i sum være kilden til innholdet i medisinsk dokumentasjon. De sosiale aspekter som assosieres til en slik definisjons- og normalitetsmakt vil imidlertid i liten grad tematiseres direkte i samhandlingssituasjoner. Nyere faglige bidrag peker også på at strukturelle endringer i dag synes å viske ut skillet mellom på den ene siden infeksjonssykdommer og på den andre siden ”sosiale” sykdommer (Freudenberg et.al. 1995). Det synes i dag å bli mer sammensatte sykdomsyttringer, noe som forsterkes ved økt mobilitet som følge av globalisering. Dette bidrar også til at de pasienttilfeller det skal samhandles rundt blir mer krevende.

Slike sosiale og demografiske endringer, samt endringer i befolkningens sykdomspanorama kan altså antas å sette vante normer for dokumentasjonsarbeidet på prøve. I dag oppstår det tendenser til problemer med å dokumentere og videreformidle informasjon når folk i økende grad oppsøker legekantorene med såkalte ”diffuse lidelser” (jfr Maiman & Becker 1974). Tiltak som har vært iverksatt for å styrke dokumentasjonsarbeidet ved å bygge ned

¹⁰ Thesen & Malterud 2001: kilde er ikke oppgitt.

kommunikasjonsbarrierer og for videreformidling av informasjon på grunnlag av medisinsk dokumentasjon, synes i hovedsak å lykkes for tilstander som kan gis mer entydige diagnoser (Fugelli & Mabeck 1991). Tiltak på medisinske problemområder der man ikke har hatt støtte i beskrivelser av entydige funn, eller basert på dokumentasjon av velkjente risikofaktorer, har derimot vist seg å ha vært mindre vellykket (Gulbrandsen 1998).

Ved inngangen til 1960-årene pågikk allerede en diskusjon om hvorvidt ”den nye sykkeligheten” egentlig skulle betraktes som sykdom, eller om det heller var snakk om uførhet uten sykdom eller skade. Wallerstein (1992) beskriver hvordan usikkerhet rundt nyere diagnosekoder som beskrivelse og dokumentasjon av diffuse tilstander ikke bare utgjør språklige barrierer for samhandling mellom helsepersonell, men også resulterer i en generell følelse av maktesløshet hos helsepersonellet selv. Problemet antas å henge sammen med at den diagnostiske språkbruken peker mot klare årsaker for tilstander der årsaksbildet faktisk i liten grad er kjent (Hoddevik & Selmer 1999). Det har for eksempel vist seg at selv om helsevesenet baserer seg på idealer om kjønnsnøytralitet og likebehandling, så avdekker innholdet i medisinsk dokumentasjon at kvinner synes å få hjerteinfarkt på en annen måte enn menn, noe som tolkes som et uttrykk for at når en mangler dekkende symptombeskrivelser, så tilpasses disse til det som oppfattes som gjeldende beskrivelser (Storstein et.al. 1991). Slike forhold bidrar gjerne til at det som ikke framtrer som entydige og avgrensbare tilstander, kan utsettes for en type usynliggjøring (Schei & Nesheim 1997). For eksempel vil dokumentasjon både i henvisninger og epikriser og i pasientjournaler kunne preges av slike svakheter.

Imidlertid bygger mye av helsepolitisk argumentasjon i dag på den type kunnskap som er referert over. Beskrivelser som slike faglige tilnærminger gir, inngår i dag som premisser for helsepolitiske utredninger og handlingsplaner, og begrunner ny lovgivning.

2.2 Politisk begrunnelse for samhandling rundt medisinsk dokumentasjon

Nyere helsepolitiske dokumenter bygger i hovedsak på beskrivelse av de forhold som er omtalt foran, men konkretiserer innholdet i form av tiltaksplaner og lovendringer. Et sentralt dokument som begrunner behovet for samhandlingstiltak, NOU 1997:2 *Pasienten først!*, peker på at til tross for at sterk spesialisering i moderne medisin har gitt mange gevinster for pasientene gjennom tilbud av tjenester som tidligere ikke fantes, så har utviklingen også skapt

problemer som stiller krav til samhandling mellom de høyspesialiserte sykehusene og mindre enheter som involveres gjennom et behandlingsforløp (SHD 1997).

Et samhandlingsfokus i medisinsk dokumentasjon

De helsepolitiske begrunnelsene for samhandling og kunnskapsdeling mellom profesjonsgrupper og behandlingsnivåer peker på at helsevesenets dokumentasjonsarbeid i liten grad ses i sammenheng med de behandlingmessige mål for virksomheten. For eksempel vil en pasientjournalens innhold genereres i en kontinuerlig prosess der flere delelementer bidrar til at journalen blir et mer eller mindre komplett produkt. I *Pasienten først* pekes det særlig på betydningen av allmennlegens rolle som ”pasientens advokat” og nærmeste støttespiller, det vil si et hensyn som fastlegeordningen i dag skal ivareta. Beskrivelsen av denne rollen knyttes direkte til den økte betydningen medisinsk dokumentasjon tillegges. Henvisnings- og epikrisedokumentet tillegges økt betydning ved måten begge genererer vital informasjon til pasientjournalene gjennom et behandlingsforløp. I sum genererer dokumentene hovedinnholdet både i sykehusets pasientjournal og i legekantorets.¹¹ Kvaliteten på innholdet i en pasientjournal vil imidlertid på et gitt tidspunkt aldri være bedre enn det svakeste ledd i en dokumentasjonskjede tilsier.

For å oppfylle helsevesenets informasjonsforpliktelser vil en styrking av allmennlegens advokatrolle forutsette at epikriser som mottas oppleves som adekvat. Og særlig vil dette gjelde når allmennlegen skal følge opp pasienter med lange og sammensatte behandlingsforløp: ”Svært mange pasienter vil i løpet av sin sykdomshistorie både ha kontakt med sykehus og primærhelsetjenesten. Disse må kunne forvente at de møter ett helsevesen / .../ i dag er [det] for lite systematikk og helhetlig ansvar når det gjelder å ivareta kontakten mellom sykehus og primærhelsetjeneste” (ibid:18). Argumentasjonen for endret dokumentasjonspraksis beskriver videre samhandlingen som mangelfull, og at det derfor må etableres faste ordninger der ”lege under sykehusoppholdet har ansvar for at pasientens faste lege (allmennlege) tas med på råd der det er nødvendig, og at tilstrekkelig informasjon blir gitt tilbake snarest mulig etter utskrivning” (ibid:11). Det pekes på at effekten av eventuelle tiltak ”... vil være avhengig av at ansvarslinjene er klare og at informasjonen som gis

¹¹ I dag opererer legekantor og sykehus med to adskilte pasientjournaler.

pasienten ikke spriker. For å imøtekomme dette bør /.../ pasienten få fyllestgjørende informasjon ved utskrivning /.../ og at "... pasienten bør /.../ slippe stadig å gjenta sin historie. Ved behov skal pasienten henvises videre, og det skal være et organisert samarbeid mellom leddene i behandlingen. Informasjonen skal være fyllestgjørende og formidlingen av den systematisert /.../ Når pasienten henvises videre til andre nivåer eller andre spesialister, må det ikke herske tvil om hvor ansvaret ligger. Samarbeidet mellom leddene i behandlingskjeden må formaliseres gjennom rutiner som sikrer at pasientens interesser løpende ivaretas" (ibid).

Behovet for bedre samhandling begrunnes også ved å vise til at når svakheter avdekkes, så forklares dette gjerne med mangel på tid, slik at de som trenger utfyllende dokumentasjon kvier seg for å spørre, fordi aktørene "... gjennom sitt kroppsspråk signaliserer at de har det travelt" (ibid:12). Det gis uttrykk for at sykehusene må gjøres mer åpne når det gjelder dokumentasjon, og der epikrisen nevnes særskilt som et dokument som kan bidra til at helsevesenet framstår som integrert og helhetlig. Epikrisen oppfattes som det dokumentet som i størst grad uttrykker at praksisen er et formalisert samarbeid mellom sykehusene og allmennlegetjenesten, og det foreslås derfor at sykehusene må "... forplikte seg til å la epikrisen følge pasient ved utskrivning" (ibid:17).

Beskrivelsene foran begrunner et behov for at det etableres en mer sammenfallende forståelse mellom leger om hva som er god dokumentasjon. Det pekes på at særlig de store sykehusene kjennetegnes ved at de arbeider ut fra hva de tror omgivelsene har oppfattet, og ikke ut fra hva som savnes av relevant dokumentasjon (ibid).

Dagens politikk

De politiske utredningene fra 1990-tallet følges i dag opp av mer forpliktende handlingsplaner som beskriver hvordan utfordringene skal møtes og hvilke tiltak som skal iverksettes. Her har bruk av elektroniske redskaper for informasjonsdeling og kunnskapsoverføring en framtrepende plass. I handlingsplan *Mer helse for hver bIT. Informasjonsteknologi for en bedre helsetjeneste* (SHD 1996) begrunnes behovet for å kombinere organisatoriske og teknologiske virkemidler for bedre samhandling og kunnskapsoverføring, både internt mellom enheter på sykehusene, og mellom sykehus og allmennlegetjenesten. Her knyttes

beskrivelsene i de politiske utredningene direkte til nye muligheter som elektroniske dokumentasjonsredskaper åpner for. Redskapene antas å legge godt til rette for å realisere et mål om at relevant dokumentasjon skal *gå foran pasienten gjennom dokumentasjonskjeden*, og at nødvendig dokumentasjon sendes tilbake til forrige ledd for å kvalitetssikre prosessen. Det pekes på at Internett-basert teknologi i framtida skal gi ”sømløse” redskaper som muliggjør enklere utveksling av dokumentasjon mellom institusjoner og faggrupper.¹²

I den oppfølgende handlingsplanen fra 2001 heter det at det skal foretas ”... *en gjennomgang av alle helsetjenester på tvers av forvaltningsnivåene med sikte på forenkling og best mulig utnyttelse av ressursene...*” (SHD 2001:13). Primært skal innsatsen settes inn for å realisere en ”landsdekkende infrastruktur for samhandling”, det vil si et nasjonalt helsenett. Bruk av elektroniske dokumentasjonsredskaper framheves her som et virkemiddel for samhandling mellom allmennleger og sykehusleger, og der målsettingen om bedre samhandling rundt utveksling av henvisninger og epikriser gis en sentral plass (SHD 2001:2).

I dag videreføres satsingen på samhandling gjennom tiltaksplanen *Samspill 2007* (SHD 2004). Her etableres det en mer eksplisitt forbindelse mellom samhandlingsbegrepet og kunnskapsoverføringsaspektet: ”*Samarbeid forutsetter at aktørene er orientert om handlinger og kunnskap hos hverandre ...*” (op.cit.:2). Ytterligere fokus på dette aspektet begrunnes med at dokumentasjonsforvaltningen fortsatt preges av ”... *en informasjonsflyt som langt fra er tilfredsstillende. Informasjonen er ofte ikke tilstede hos rett instans, til rett tid og i rett form. Informasjon utveksles på måter som er tidkrevende og/eller usikre. Informasjon går langs veier som ikke henger godt sammen ... I tillegg er kvaliteten på informasjonen ikke god nok. Den kan være upresis, mangelfull og irrelevant ...*” (op.cit.:12).

Slike problembeskrivelser kan leses som en begrunnelse for ny lovgivning for medisinsk dokumentasjon. Den nye pasientrettighetsloven og den nye helsepersonelloven pålegger det overordnede ansvar for å etablere gode samhandlingsbetingelser mellom behandlingenheter og profesjonsgrupper til den enkelte helsearbeider selv. Blant annet krever lovene aktiv innsats for å utvikle en *felles deltakende kompetanse* som tidligere i liten grad har vært

¹² De nye redskapene som tilbys i et lukket ”helsenett” skal integrere forskjellige programvareløsninger som er basert på internett-teknologi med hyperlinker. Med begrepet ”sømløs” siktes det til at en pasientjournal for eksempel skal kunne åpnes og bearbeides der det er behov.

praktisert i helsevesenet. En slik tilnærming forutsetter at kommunikasjon mellom spesialiserte grupper i helsevesenet baseres på en *språkbruk* som er tilpasset den parten som besitter minst ressurser, enten dette er en annen helsearbeider eller en pasient.

Endret lovgrunnlag og styringspålegg

Ny lovgivning kan oppfattes som et virkemiddel for å realisere både hensynet til bedre samhandling og til at det etableres en mer pasientfokusert dokumentasjonspraksis. Den nye helsepersonell- og pasientrettighetsloven¹³ fra 2001 har bestemmelser som skal bidra til å forbedre de forhold som er beskrevet over. Sentralt i formålsbeskrivelsen til pasientrettighetsloven heter det at medisinsk dokumentasjon generelt skal bidra til ”... å fremme tillitsforholdet mellom pasient og helsetjeneste og ivareta respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd”.¹⁴ Loven beskriver flere forhold som berører spørsmålet om hvordan medisinsk dokumentasjon kan bidra til å realisere de mål politikken stiller opp. En pasient som henvises til offentlig sykehus, har rett til å få sin helsetilstand vurdert innen 30 virkedager fra henvisningen er mottatt, og det skal gis informasjon om når behandlingen forventes å bli gitt (§2-2 *Rett til vurdering*).

Flere lovendringer det siste tiåret følger opp de politiske intensjoner som begrunner at aktørene i helsevesenet må samhandle og utveksle dokumentasjon på en bedre måte. *Forskrift om pasientjournal* (journalforskriften)¹⁵ fastslår at virksomheter der det ytes helsehjelp må opprette pasientjournalssystem, som også må organiseres slik at det er mulig å etterleve krav fastsatt i relevante lover, blant annet regler om meldeplikt og opplysningsplikt, slik det framgår etter helsepersonelloven (§4 *Journalssystem* i forskriften). Forskriftens bestemmelser regulerer medisinsk dokumentasjon generelt, det vil si at også henvisninger og epikriser omfattes av bestemmelsene. *Pasientjournal* defineres som *en samling eller sammenstilling av nedtegnede eller registrerte opplysninger om en pasient i forbindelse med helsehjelp*.

¹³ HD 2001: *Lov om helsepersonell m.v.* (Helsepersonelloven). Ikrafttredelse: 01.01.01.

HD 2001: *Lov om pasientrettigheter* (Pasientrettighetsloven). Ikrafttredelse: 01.01.01.

¹⁴ Jfr Lov om pasientrettigheter § 1-1. Formål.

¹⁵ HD 2001: *Forskrift om pasientjournal*: jfr HD FOR-2000-12-21-1385. Ikrafttredelse: 01.01.2001. Merknadene til forskriften sier at bestemmelsene om journalssystem gjelder uansett om journal føres elektronisk eller på papir.

Forskriften sikter spesielt til at *samhandling* med andre parter sorterer under reglens forsvarlighetskrav. Av hensyn til fortsatt helsehjelp som skal ytes av annet helsepersonell skal dokumentasjonen skje umiddelbart og ”... uten ugrunnet opphold, og under enhver omstendighet ikke utstå så lenge at det blir uforsvarlig i forhold til behandling eller annen oppfølging av pasienten, eller i forhold til dokumentasjonsansvaret som sådan. Det skal fremgå av en journalnedtegnelse når helsehjelpen er gitt (§8 bokstav d), men også når nedtegnelsen er gjort eller endelig godkjent. Hvis journaldokumentasjon skrives fra diktat eller renskrives fra utkast, skal utskriften kontrolleres, signeres og dateres av det helsepersonellet som har diktert/skrevet utkast til journaldokumentasjonen. Dersom vedkommende er fraværende over et slikt tidsrom at journaldokumentasjonen må finaliseres før vedkommende er tilbake, må kontrollen foretas av annet helsepersonell med faglig kompetanse. Den som kontrollerer, må da signere og datere, men det må også fremgå hvem som hadde diktert/skrevet utkast til dokumentasjonen.”¹⁶

Forskriftens §8 *Krav til journalens innhold* sier at ved utskrivning fra helseinstitusjon skal epikrise sendes det helsepersonell som trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging. Det heter videre at pasienten bør gis anledning til å opplyse hvem epikrise skal sendes til, og dersom annet ikke opplyses, skal epikrise sendes ”pasientens faste lege” og til annet henvisende helsepersonell. Selv om epikrise behandles i en egen paragraf som sorterer under helsepersonellovens forsvarlighetskrav, har ikke forskriften eksakt angivelse av hvor raskt en epikrise skal sendes fra sykehuset. Det heter at ”... epikrise skal sendes innen forsvarlig tid etter at helsehjelpen er avsluttet” (§9 *Epikrise*). Her understrekes det at epikrisen skal muliggjøre forsvarlig oppfølging av pasienten på legekontor etter utskrivning fra helseinstitusjon, og ”... derfor må epikrisen ikke sendes senere enn at nødvendig oppfølging kan settes i verk”.¹⁷

I journalforskriftens §11 *Innsyn* pekes det på at både etter reglene i pasientrettighetsloven §5-1 og helsepersonellovens §41 har pasienten rett til innsyn i den medisinske dokumentasjon

¹⁶ Jfr *Forskrift om pasientjournal* (journalforskriften): jfr HD FOR-2000-12-21-1385. Ikrafttredelse: 01.01.2001. <http://www.lovdato.no/for/sf/hd/hd-20001221-1385.html>

I lov av 15. juni 2001 nr. 81 om elektronisk signatur er elektronisk signatur definert som ”data i elektronisk form som er knyttet til andre elektroniske data og som brukes for å kontrollere at disse stammer fra den som fremstår som undertegner”.

¹⁷ Forskriften sier at ”innen rimelig tid” kan være ”innen en uke”.

som er gjort, og det skal legges til rette for at fremmedspråklige og personer i forskjellige ressursmessige situasjoner skal kunne utøve en faktisk innsynsrett: ”*Pasienter har krav på en enkel og kortfattet forklaring av faguttrykk og lignende som er brukt /.../ Når en pasient ber om innsyn kan det i en del tilfelle være naturlig at helsepersonellet tilbyr seg å gå gjennom [innholdet] sammen med pasienten ...*”.

Helsepersonelloven har egne og til dels overlappende bestemmelser om medisinsk dokumentasjon, og setter krav til *helsepersonellens plikt til å overføre informasjon og kunnskap til hverandre*. Helseregisterloven¹⁸ fastslår at journalsystemet normalt skal være felles for hele virksomheten, og i mange tilfeller brukes av et stort antall helsepersonell fra forskjellige yrkesgrupper. Helsepersonellet har et selvstendig ansvar for å dokumentere i samsvar med krav i lov og forskrift, mens virksomheten som sådan har ansvar for å legge til rette for dette.¹⁹

Lovteksten skiller ikke mellom *sykehusjournal* og *legekontorjournal*. I praksis vil de to journalene eksistere som to atskilte informasjonsprodukter, men der henvisnings- og epikrisedokumentasjon har en sentral rolle som kommunikasjonsmedium mellom de to journalene. I problembeskrivelser som gis i dag, oppfattes nettopp skillet mellom to fysiske informasjonsprodukter som problematisk dersom målet er kunnskapsdeling mellom allmennleger og sykehusleger. På bakgrunn av slike problemoppfatninger lanseres forslag om en felles, nettbasert ”kjernejournal” som kan åpnes ved behov. Bakgrunnen for det pågående arbeidet med å etablere elektroniske journalløsninger, er at den nettbaserte teknologien gir mulighet for at en og samme elektroniske journal kan åpnes og bearbeides uavhengig av hvor legen eller pasienten befinner seg.²⁰

Etter den statlige overtakelsen av sykehusene i januar 2001, skisseres retningslinjene for helsevesenets dokumentasjonsforvaltning i det årlige ”styringsdokumentet” (HD 2002). Styringsdokumentet stiller generelle krav til innholdet i medisinsk dokumentasjon, og i et eget vedlegg vises det til pasientrettighetsloven når dokumentasjonsarbeidet omtales. At

¹⁸ Jfr Lov av 18. mai 2001 nr. 24 om helseregistre og behandling av helseopplysninger, § 6, andre ledd.

¹⁹ Jfr også Spesialisthelsetjenesteloven § 3-2 første ledd: helseinstitusjon som omfattes av loven skal sørge for at journal- og informasjonssystemene ved institusjonen er forsvarlige, og til kommunehelsetjenesteloven § 1-3a.

²⁰ En felles elektronisk ”kjernejournal” vil være basert på Internet-teknologi, men i et lukket helsenett.

departementet velger å vektlegge dette hensynet særskilt, omtales i styringsdokumentet selv som et ”sterkt styringssignal” til de regionale helseforetakene.

Ordbruken i styringsdokumentet signaliserer et perspektivskifte på dette området, og der behovet for bedre samhandling begrunnes med at: *”Møtet med pasienten er sannhetens øyeblikk for helsetjenesten. Pasienten har fått flere rettigheter – inklusiv retten til å velge sykehus og til informasjon og aktiv medvirkning”* (HD 2002:11). Spørsmålet om hvordan sykehusene vurderer henvisningsdokumentet fra allmennlegene knyttes her direkte til spørsmålet om prioritering av pasienter, fordi *”... prioritering er en av helsetjenestens største utfordringer”* (ibid).

Styringsdokumentet for de regionale helseforetakene angir også hvilke forventninger en har til kunnskapsoverføring ved at det understrekes at sykehusene må samarbeide med allmennlegene for *”... å styrke primærhelsetjenesten ved systematisk å bidra med veiledning, kompetanseutvikling og samarbeidsrutiner”* (ibid:17). Med hentydning til at særlig de store sykehusene representerer en utfordring når det gjelder samhandling, heter det at det må etableres ordninger for et godt samspill mellom allmennleger og sykehusleger. Denne samhandlingen skal kjennetegnes av et *”... likeverdig faglig samarbeid, hvor begge parter bidrar med verdifull og likeverdig kunnskap.”* Videre pekes det på at sykehusene har et lovpålagt ansvar *”... for å gi oppfølging til kommunehelsetjenesten der dette er aktuelt. Selv om lovverket definerer grenser for henholdsvis kommunenes og foretakenes ansvar, vil det i praksis alltid være gråsoner. Foretakene må bidra til at denne sonen blir en samarbeidssone, og ikke en konfliktsone ... /.../ Ofte vil tjenesteytingen overfor den enkelte pasient være et samvirke mellom de to behandlingsnivåene. Ikke minst kan dette komme til uttrykk når pasienter skal skrives ut”* (ibid:17).

Epikrisedokumentet vies her særskilt oppmerksomhet, og myndighetene setter et konkret styringsmessig fokus på epikrisetid: *”For 2003 settes to ambisjoner. For det første at alle regionale helseforetak samlet skal forbedre seg i epikrisetid. For det andre settes det som en ambisjon at 80 pst. av epikrisene i siste tertial skal være skrevet og sendt innen 7 dager. Alle helseforetakene skal ha som mål at epikrise normalt følger pasienten, dvs. sendes ut parallelt med utskrivningen”* (ibid).

Beskrivelsene av helsevesenets dokumentasjonsforvaltning peker på at både for henvisninger og epikriser synes dokumentasjonsarbeidet å hemmes underveis, slik at innholdet i dokumentene ikke egner seg for de formål de er tiltenkt. Det kan synes som dette særlig svekker allmennlegens mulighet til å gi pasientene den informasjon de har krav på. Den nye helsepersonell- og pasientrettighetsloven pålegger helsepersonell å legge større vekt på dette hensynet. Både de faglige bidragene og den helsepolitiske argumentasjonen i nyere handlingsplaner peker mot behov for endret dokumentasjonspraksis som ivaretar hensyn utover de rent virksomhetsinterne. Samhandlingen oppfattes som mangelfull og begrunner iverksettelse av tiltak for å forbedre dokumentasjonsforvaltningen. Det pekes eksplisitt på behovet for at samhandling via medisinsk dokumentasjon mellom allmennleger og sykehusleger i større grad må baseres på felles, faglige problemforståelser.

På bakgrunn av de faglige og helsepolitiske problembeskrivelser og lover som begrunner behovet for samhandling, framgår det at både henvisninger fra legekantor og epikriser fra sykehuset tillegges stor betydning. Et behandlingsforløp som innebærer konsultasjon både på legekantor og sykehus representerer en beslutningskjede der opplysninger i allmennlegens henvisning utgjør premiss for videre beslutninger på sykehuset, mens epikrisen tillegges betydning for beslutninger som allmennlegen må ta i oppfølgingen av pasienten etter utskrivning fra sykehus. I begge tilfeller skal dokumentasjonen avhjelpe usikkerhet som hefter ved de medisinske beslutningssituasjoner som oppstår gjennom behandlingsforløpet. Det tillegges stor betydning at dokumentene kommer til mottaker *til riktig tid* i behandlingsforløpet, samt at dokumentasjonen *er tilpasset mottakers informasjonsbehov*, slik at usikkerheten i beslutningsgrunnlaget reduseres til et minimum. I sum er dette de to sentrale begrunnelser for at sykehusleger og allmennleger skal samhandle bedre i dag: for det første skal dokumentasjonen gi et bedre beslutningsgrunnlag for leger, og i forlengelsen av dette skal dokumentasjonen i så stor grad som mulig tilpasses slik at pasienten kan nyttiggjøre seg den for å bidra til egen mestring.

2.3 Utdyping av problemstillinger

Med utgangspunkt i redegjørelsen foran skal avhandlinga undersøke betingelser for samhandling og kunnskapsoverføring mellom sykehusleger og allmennleger, det vil si analysere både *muligheter* og *barrierer* knyttet til utveksling av medisinsk dokumentasjon.

Jeg har valgt henvisnings- og epikrisedokumentet som illustrasjon med det formål å fange opp noen viktige aspekter for samhandling. Jeg forutsetter som nevnt at noen forhold framtrer som mer synlige, mens andre er mindre åpenbare. Et behandlingsforløp som krever konsultasjon både på legekontor og sykehus utgjør en beslutningskjede der dokumentasjonen skal avhjelpe usikkerhet som hefter ved medisinske beslutningssituasjoner som oppstår gjennom forløpet. Når jeg undersøker de mer synlige samhandlingsbetingelser i kapittel 5, beskriver jeg beslutningskjeden som en *dokumentasjonskjede* der det tillegges stor betydning at dokumentene kommer til mottaker til riktig tid, samt at dokumentasjonen er tilpasset mottakers informasjonsbehov. Avhandlingas problemstilling er dermed først å *beskrive noen slike mer åpenbare forhold som kan ha betydning for samhandling, eventuelt ved at de virker hemmende eller fremmende for samhandling rundt medisinsk dokumentasjon.*

For det andre er som nevnt de såkalte kunnskapsmessige forhold av mindre synlig og åpenbar art: Leger må antas å ha relativt gode forutsetninger for å samhandle, fordi lang medisinsk grunnkolering sosialiserer dem inn i en ”legekultur”. Dermed skulle det være lagt et visst grunnlag for felles faglig forståelse (Berg 1991). Men det at helsevesenets virksomheter i økende grad kjennetegnes av kunnskapsmessig differensiering og oppsplitting av arbeidsoppgavene, har også vist seg å stille økte krav til samhandling og kunnskapsdeling. Spesialiseringen medfører uklarhet om hvilken type kunnskap som er relevant for å løse virksomhetenes forskjellige oppgaver. Denne usikkerheten bidrar til at løsninger og praksis ikke nødvendigvis framstår som helhetlig eller koordinert. Den spesialisering som skiller den sykehusbaserte medisinen fra allmennmedisinen, etablerer to *kunnskapsorienteringer* som framstår som grunnleggende samhandlingsbetingelser.

Med dette som utgangspunkt er avhandlingas problemstilling også å svare på *hvilke kunnskapsinterne forhold som etablerer muligheter og begrensninger for samhandling mellom allmennleger og sykehusleger rundt medisinsk dokumentasjon.* Jeg forutsetter at kunnskapsanvendelsen blant leger fortrinnsvis er vitenskapsbasert, det vil si at medisins faglige logikk bidrar til at kunnskapens verdi *hierarkiseres* og danner et ”medikrati”. Problemstillingen sikter til at de kunnskapsmessige forhold medfører en type *kollegial regulering* av samhandling mellom leger.

Deretter spør jeg hvordan medisinsk kunnskapsforvaltning har betydning for dokumentasjonsarbeidet i en noe videre betydning. Faglig spesialisering bidrar til å etablere et

kunnskapens statushierarki som bekrefter at en *makt*dimensjon gjør seg gjeldende. Mellom de forskjellige medisinske spesialiteter pågår det et kontinuerlig arbeid som skal styrke den profesjonelle identiteten til hver gruppe. Slikt identitetsarbeid gjelder som en generell forutsetning for all profesjonsbygging, og formidles i min framstilling gjennom tekster eller *diskurser*. Diskurser er ytringer fra leger om blant annet samhandlingsbetingelser samtidig som de inngår i en type maktutfoldelse. Avhandlinga reiser dermed to nye problemstillinger: *på hvilken måte kan ytringer ved at de uttrykker uenighet mellom allmennleger og sykehusleger om viktige faglige forhold i seg selv utgjøre barrierer for samhandling?*

I forlengelsen av forutsetningen om at medikratiet utgjør et makthierarki, er en underproblemstilling om diskursene omtaler at *egenskaper ved dokumentasjonsredskapene bidrar til å understøtte et bestemt kunnskapssyn*. Problemstillingen spør om betydningen av at redskapene er papirbasert eller elektronisk. Kan det tenkes at redskapene i seg selv understøtter en gitt kunnskapsmessig posisjon i medikratiet?

Når samhandling betraktes som en del av generell profesjonsbygging som formidles gjennom diskurser, så forutsetter jeg som nevnt at uenighet mellom leger ikke bare skal forstås som destruktiv maktkamp, men også som konstruktiv påpeking av muligheter. En viktig del av allmennlegers profesjonsbygging består i å legitimere breddetilnærmingen, og der diskursen gir tilslutning til en generell helsepolitisk begrunnelse for samhandling mellom leger. Sentralt her er de økte forpliktelser som allmennlegen får gjennom fastlegeordningen, det vil si gjennom en styrking av den såkalte advokatrollen overfor pasienter som beveger seg mellom legekontor og sykehus. I dokumentasjonsarbeidet gis særlig epikrisen fra sykehuset til allmennlegen en sentral plass for realiseringen av dette hensynet, og forutsetter at dokumentasjonen kan viderebringes i en slik form at også pasienten kan nyttiggjøre seg den. En underproblemstilling spør *hvordan målet om mer pasientsentrert dokumentasjon påvirker samhandlingsbetingelsene*. Det vil si hvordan overføring av medisinsk kunnskap mellom sykehusleger og allmennleger har betydning for å informere pasienten, og på en slik måte at pasienten eventuelt kan nyttiggjøre seg innholdet for å bedre sin egen mestringsevne.

3 DESIGN, METODE OG METODOLOGI

Avhandlingas overordnede problemstilling er å undersøke betingelser for samhandling mellom sykehusleger og allmennleger rundt medisinsk dokumentasjon. For det første tar problemstillingen utgangspunkt i at sykehusleger og allmennleger praktiserer med utgangspunkt i to forskjellige kunnskapsmessige tilnærminger. Men problemstillingen forutsetter også at legers kunnskapsforvaltning ikke skjer i et samfunnsmessig vakuum. Legers kunnskapsforståelse påvirkes også av forhold i medisinenes omgivelser. Samhandlingsbetingelser kan derved framtre som en del av kunnskapsutvikling, som påkalling av muligheter. For det andre antar jeg at noen slike betingelser står fram som relativt synlige, mens andre er mindre åpenbare. Dette gir noen metodemessige og metodologiske implikasjoner som jeg drøfter her, samt at jeg redegjør for innsamling av materiale til undersøkelsen.

I undersøkelsen anvender jeg både intervjudata og data fra tekster, samt at jeg bygger på feltbesøk på sykehus og legekantor. Jeg begrunner også hvordan analyse av både synlige og mindre åpenbare forhold kan baseres på at data fra intervjuer og tekstkilder sidestilles. Her argumenterer jeg for at "Grounded theory" binder sammen og begrunner en slik tilnærming, og at tekster kan bidra til å kaste lys særlig over mindre åpenbare forhold, det vil si forhold som kan antas i mindre grad ville blitt formidlet i intervjuer. Jeg redegjør for en metodisk framgangsmåte der tolking av informantenes ytringer og analyse av tekster har skjedd i et vekselspill, og der både en teoridrevet og en mer induktiv framgangsmåte er anvendt samtidig (jfr Denzin 1994:500-501).

Jeg baserer dermed analysen av mitt materiale på flere metodiske redskaper. Når jeg i kapittel 5 illustrerer det jeg oppfatter som mer ”synlige” forhold, beskrives prosessen fram til ferdigstilling av henvisings- og epikrisedokumentet for et utvalg pasienter, samt for prosesser knyttet til vurdering av de to dokumentene. Før intervjuene ble gjort, gjennomførte jeg en pilotstudie i form av en kartlegging av saksgangen for henvisninger og epikriser mellom ”mitt” sykehus og ”mine” legekantor, der et registreringsskjema fulgte et utvalg pasienter gjennom behandlingsforløpet, og der hensikten var å etablere en troverdig beskrivelse av en dokumentasjonskjede. Beskrivelsen skal også si noe om hvorvidt utveksling av dokumenter mellom mitt sykehus og mine legekantor preges av svakheter som er beskrevet for andre deler av norsk helsevesen. Pilotstudien skulle bidra til å undersøke om mitt empiriske nedslagsfelt var preget av slike forhold, som for eksempel at lang epikrisetid er et generelt problem. Pilotstudien skulle samtidig bidra til å gi innspill til utvikling av intervjuguidene til den kvalitative undersøkelsen. Mange av de forhold som ble synliggjort som et resultat av pilotstudien, ble også omtalt i intervjuene, og slik ble det naturlig i ettertid også å anvende noe av intervjumaterialet for å utfylle framstillingen av dokumentasjonskjeden. Jeg har derfor anvendt relevante og utvalgte deler av intervjudata med leger og kontorledere i kapittel 5 for å gjøre framstillingen mer fullstendig.

Intervju med leger danner grunnlag for analysen i kapittel 6, der jeg tar utgangspunkt i at samhandlingen påvirkes av *kunnskapsinterne* forhold. Det at allmennleger og sykehusleger forvalter to forskjellige kunnskapsmessige tilnærminger, kan i utgangspunktet antas å skape samhandlingsbarrierer. Men leger erverver seg i dag flere typer kunnskapsmessig spesialisering som kan bidra til at slike forutsetninger endres. Slike endringer kan påvirke samhandlingsbetingelsene ved at intern fagutvikling i seg selv både kan redusere faglige spenninger eller etablere nye samhandlingsbarrierer. Når jeg i kapittel 7 baserer meg på et utvalg tekster som gjengir *diskurser*, utvider jeg de teoretiske forutsetninger om hvordan kunnskapsinterne forhold utgjør betingelser for samhandling, både ved at det etableres muligheter og barrierer, her forstått som en særegen form for identitetsbygging blant leger, men der også eksterne forhold påvirker samhandlingsbetingelsene.

I det følgende redegjør jeg for metodemessige implikasjoner av å basere undersøkelsen både på intervjuer, feltobservasjon og tekster. Jeg redegjør først for hvordan pilotstudien danner grunnlag for beskrivelsen i kapittel 5, og begrunner hvorfor utvalgte deler av intervjumaterialet med kontorpersoneell og leger også anvendes her. Jeg gjør så rede for

intervju med kontorledere og feltbesøk samlet, mens legeintervjuene omtales særskilt. Utvalgskriterier behandles i tilknytning til hver av de to intervjugruppene. Deretter reflekterer jeg over egen rolle som ansatt på sykehuset og uformell deltaker i et prosjekt for organisasjonsutvikling. Jeg diskuterer så kvalitative metoders generaliserbarhet, før jeg til slutt begrunner anvendelsen av tekstlige kilder og drøfter metodologiske spørsmål knyttet til bruk av diskursanalyse.

Alle intervjuer på legekantor og sykehus ble gjennomført i tidsrommet juli 2001 til mai 2004, og der intervjuer med sykehusleger og allmennleger utgjør hovedtyngden av totalt 19 intervjuer. Imidlertid har jeg også intervjuet et mindre antall kontor- og IT-personell, i hovedsak for å styrke beskrivelsen av dokumentasjonsskjeden.²¹

3.1 Pilotstudiens beskrivelse av dokumentasjonsskjeden

Hensikten med pilotstudien som kartlegger saksgangen for henvisninger og epikriser var å beskrive en dokumentasjonsskjede som en illustrasjon og som et alternativ der en tradisjonelt fokuserer på en ”behandlingskjede”. Framstillingen i kapittel 5 er delt i to, slik at første del baseres på en kritisk gjennomgang av data fra registreringsskjemaet som fulgte behandlingsforløp, mens andre del utdyper beskrivelsen ved å anvende utvalgte og relevante deler av intervjumaterialet. Beskrivelsen fra pilotstudien bygger på at et registreringsskjema fulgte et utvalg pasienters bevegelse gjennom behandlingsforløpet, og fokuserer på dokumentutveksling mellom ni legekantor i Tromsø by og Universitetssykehuset Nord Norge i Tromsø.²² Registreringen ble gjennomført i løpet av tre uker våren 1999.²³ Beskrivelsen følger henvisnings- og epikrisedokumentet for de enkelte behandlingsforløp, det vil si at dokumentasjonsforløpet beskrives fra pasientene møter på legekantor, via behandling på sykehus, og tilbake til oppfølging på legekantor. Henvisningen kan som nevnt oppfattes som en ”søknad” om plass på sykehuset som det forventes svar på, mens epikrisen kan betraktes som et ”etterskrift” som skal gi videre anvisninger til allmennlegen. Beskrivelsen skal

²¹ Totalt 19 intervjuer på mellom 1-1,5 time pr intervju, dvs. av en total varighet ca. 28 timer, fordelt slik: 6 sykehusleger, 8 allmennleger, 3 kontorledere og 2 IT-prosjektledere.

²² Legekantorene som deltok utgjør alle legekantorene i Tromsø by, det vil si at ”distriktskontorer” i kommunens omland ikke er tatt med. Alle benytter Universitetssykehuset Nord Norge (UNN) som lokalsykehus. UNN har ca 450 leger fordelt på 25 kliniske avdelinger, og vel 500 senger.

²³ Sykehuset og legekantorene ble orientert ved brev om undersøkelsen, se vedlegg 1 og 2.

illustrere at informasjon som samles inn gjennom et behandlingsforløp i varierende grad vil ajourføres og oppdateres på flere stoppesteder underveis, og generere innholdet i pasientjournal både på sykehus og på legekantor. Jeg har forsøkt å fange opp noen sider ved dokumentasjonspraksis gjennom forløpet, både hva som påvirker ferdigstillelse av de to dokumentene, og eventuelt hvilke forhold som bidrar til å forme innholdet. Min framstilling av dokumentasjonsskjeden skal vise at dokumentene inngår som en viktig og nødvendig del av samhandlingen mellom allmennleger og sykehusleger. Praksis knyttet til utveksling av dokumentene er dermed godt egnet til å belyse min problemstilling.

Registreringsskjemaet²⁴ som fulgte pasientene fra legekantor, via opphold på sykehus, og tilbake til legekantor for oppfølging, beskriver mottak og vurdering av henvisningene på sykehuset, samt journalføring og epikriseproduksjon på sykehuset i forbindelse med utskrivning, og til slutt mottak og behandling av epikrise på legekantoret. Etter at 433 registreringsskjema fulgte like mange pasienthenvisninger til sykehuset, var det kun mulig å spore opp 164 av skjemaene (38 %) som var returnert i utfylt stand til legekantorene. At resten av skjemaene ikke ble returnert til legekantorene, aktualiserer spørsmålet om resultatenes generaliseringsverdi. Det er grunn til å tro at de returnerte skjemaene utgjør et tilfeldig utvalg av totalen, og at frafallet mest sannsynlig illustrerer de komplekse forhold dokumentforvaltningen på sykehuset inngår i, mer enn manglende vilje til å bidra. Antakelsen er at selve metoden, der registreringsskjemaet fulgte behandlingsforløp som strekker seg over måneder, har spilt inn. Den mest plausible forklaringen på frafallet er at kontorpersonalet på sykehuset ikke har fulgt anvisningen på skjemaet om å sende det videre til legekantoret. Dermed er skjemaet fulgt med pasientens papirbaserte journalmappe til sykehusets hovedarkiv. De 164 dokumentasjonstilfellene kan imidlertid oppfattes som tilstrekkelig for å illustrere de mer åpenbare forhold knyttet til dette praksisfeltet. Kartleggingens resultater består av relativt entydige data for tidsbruk for ferdigstillelse av dokumentasjon, og belyser svært skjematisk administrative rutiner på sykehus og legekantor. Det er i liten grad gjort systematiske kartlegginger av slik dokumentasjonspraksis tidligere, men der dette er gjort, har jeg benyttet funn fra slike undersøkelser i tillegg til eget materiale. Og som nevnt har jeg for å styrke framstillingen støttet meg på utvalgte deler av intervjumaterialet, samt at feltbesøkene ligger til grunn for beskrivelsen.

²⁴ Se vedlegg 3 og 4.

3.2 Intervjuer og feltbesøk

Som nevnt har jeg valgt å anvende utvalgte deler av intervjumaterialet for å utdype beskrivelsen av dokumentasjonsskjeden. Det vil si at jeg har anvendt relevante informantutsagn fra legeintervjuene og fra intervju med kontorledere. Intervjuene med kontorledere ble gjort på det tidspunkt der jeg også gjennomførte hovedtyngden av feltbesøkene, og der kontorlederne hadde en sentral rolle som mitt vertskap. Jeg redegjør først for intervju med disse informantene sammen med redegjørelse for feltbesøk, og deretter for intervju med legene.

Intervjuguider

Før jeg utarbeidet intervjuguide for allmennleger, gjennomførte jeg en mindre spørreskjemaundersøkelse. Jeg besluttet at denne ikke kunne være for omfattende og tidkrevende, og valgte derfor å rette denne kun til allmennlegene som deltok i kartleggingen av dokumentasjonspraksis. Formålet var å teste gyldigheten av forutsetningen om ”medikratiet”, for derved å sikre bedre formulering av de faglige spørsmål. Det kan oppfattes som en svakhet at kun allmennlegene ble spurt, men her tok jeg også utgangspunkt i at allmennlegen tilskrives en spesiell plass som ”pasientens advokat” ved mottak av epikrise fra sykehuset. I så måte ville svar fra allmennlegene om deres syn på epikriser som et typisk ”problembarn” kunne bidra til å styrke mine problemstillinger om samhandlingsbarrierer, samtidig som det skulle bidra til å kvalitetssikre intervjuguiden. Spørsmålene var derfor formulert slik at svarene skulle gi en pekepinn på om jeg hadde formulert problemstillingene mine godt nok. I ettertid viste det seg å være stor overlapp mellom spørreskjemasvarene og intervjusvarene. Jeg valgte å ikke benytte spørreskjemasvarene, men betrakter dem som en validering av spørsmålene i intervjuguidene, og av den mer generelle problemstillingen om samhandlingsbetingelser. Spørreskjemaundersøkelsen og pilotstudien ga i utgangspunktet retning for utarbeidelse av intervjuguider og til å bearbeide og spesifisere de sosiologiske forskningsspørsmålene.

Jeg utarbeidet egne intervjuguider for både sykehusleger, allmennleger, kontorpersonale og IT-personale.²⁵ Intervjuguidene ble først utarbeidet med spesifiserte spørsmål, men med relativt åpne svar, noe som ga meg anledning til å teste egne oppfatninger underveis, samt at jeg fikk utdypet nye aspekter som framkom mens intervjuene pågikk (May 1993). Samtidig foretok jeg tilpasninger etter hvert som dette viste seg å være nødvendig. Dette bidro til at spørsmål som var for lite gjennomtenkt ble mer tilpasset og justert (Patton 1990).

Intervjuguiden for kontorledere både på sykehus og legekantor ble særskilt utarbeidet med tanke på at kontorpersonell har en viktig rolle i dokumentasjonsarbeidet, og er den gruppen som i størst grad anvender de fysiske dokumentasjonsredskapene (jfr Orskaug 2002).

Intervjuguiden for IT-personalet ble utformet med tanke på at disse besitter kunnskap som kan ha betydning når redskapene skiftes ut, for eksempel når det nå gradvis innføres elektroniske dokumentasjonsredskaper for henvisninger og epikriser, og der dokumentene også skal integreres i "sømløse" pasientjournalssystemer.²⁶

Intervjuguidene for sykehusleger og allmennleger tar utgangspunkt i mine teoretiske forutsetninger om at de to legegruppene praktiserer med utgangspunkt i forskjellige kunnskapsmessige ståsted. Det vil si at intervjuguidene er utformet med tanke på at kunnskapsmessige sider ved samhandlingsbetingelsene skulle belyses.

Intervju med kontorledere

På sykehuset gjennomførte jeg intervju med to erfarne kontorledere. Den ene av disse var i full jobb på en av sykehusets største avdelinger, mens den andre var fristilt prosjektleder for innføring av elektroniske dokumentasjonsløsninger på sykehuset. Jeg intervjuet en kontorleder på legekantoret som også hadde lang erfaring. Vedkommende hadde jobbet 10 år på UNN, og på intervjutidspunktet hadde hun seks års praksis på dette legekantoret. Denne informanten hadde dermed verdifull kunnskap om både sykehus og legekantor. Kontorlederen ble intervjuet i tilknytning til et heldags feltbesøk på dette legekantoret.

²⁵ Se vedlegg 5, 6, 7 og 8.

²⁶ Jfr redskaper i et "helsenett" som integrerer forskjellige programvareløsninger som er basert på internett-teknologi. Med begrepet "sømløs" siktes det til at en pasientjournal for eksempel skal kunne åpnes og bearbeides der det er behov.

Selv om både allmennleger og sykehusleger generelt gir sin tilslutning til noen av de problembeskrivelser som er referert i kapittel 2, er ikke dette et område der leger uten videre tilkjenner at nettopp deres bidrag resulterer i svakheter i medisinsk dokumentasjon. Jeg besluttet derfor at å intervju to av sykehusets IT-personell ville bidra til å gjøre beskrivelsen mer fullstendig. Selv om jeg ikke har anvendt intervjudata fra IT-personalet konkret i min framstilling, var disse intervjuene viktig for meg som et supplement til intervjuene med kontorlederne og feltbesøkene for å gi en mer fullstendig beskrivelse i en tid der papirbaserte redskaper byttes ut med elektroniske. I sum har deler av intervjumaterialet og feltbesøk bidratt til å understøtte beskrivelsen av dokumentasjonskjeden i kapittel 5. For å gjøre denne framstillingen mer helhetlig, valgte jeg her også å anvende utvalgte deler av intervjumaterialet fra sykehuslegene og allmennlegene.

Feltbesøk

Feltbesøkene utgjør til sammen tre heldagsopphold fordelt med en dag på hver av to sykehusavdelinger, samt ett feltbesøk på et av legekantorene. På sykehuset valgte jeg ut to forskjellige sykehusavdelinger, det vil si en kirurgisk og en indremedisinsk avdeling for å eventuelt fange opp særpreg i dokumentasjonspraksis som kunne tilbakeføres til to forskjellige, medisinskfaglige tilnærminger. Feltbesøkene startet med deltakelse på avdelingens morgenmøte og på pasientvisitter, samt besøk på avdelingens forskjellige ”stasjoner” der dokumentasjonsarbeidet ble gjennomført. På forhånd var besøkene lagt opp slik at kontorleder og avdelingsoverlege vekselvis var tilstede, men organisert slik at jeg fikk belyst hvordan ”flaskehalser” eventuelt gjorde seg gjeldende gjennom et dokumentasjonsforløp. Gjennom oppholdene fikk jeg anledning til å spørre og notere underveis, samt at jeg i etterkant har hatt fri anledning til å oppsøke avdelingene, og til å henvende meg med spørsmål mer uformelt. For å sikre en utfyllende beskrivelse av relevante deler av dokumentasjonsforløpet, har jeg på forespørsel benyttet anledningen til å henvende meg med utdypende spørsmål som har dukket opp etter hvert.

Feltbesøket på et av legekantorene ble tilrettelagt av kontorfaglig leder, slik at jeg fikk forklart underveis hvordan dokumentasjonspraksis og behandlingmessige sider av arbeidet inngikk i en større sammenheng, både i forhold til intern samhandling mellom legene og kontorpersonell, og for legekantorets samhandling med ”mitt” sykehus. Etter å ha

gjennomført de planlagte feltbesøkene benyttet jeg meg av muligheten til å henvende meg uformelt med spørsmål både til mine informanter på de to sykehusavdelingene og på legekantoret. Jeg ble gradvis mer oppmerksom på verdien av det som ble formidlet gjennom slike uformelle og ikke avtalte henvendelser. Mens legekantorets dokumentasjonspraksis framstår som relativt enklere å beskrive, ble behovet for utdypende svar størst når jeg skulle beskrive sykehusets praksis. Dermed ble også de fleste uformelle henvendelser gjort til en av avdelingsoverlegene. Denne legen var også medisinskfaglig leder for et sykehusinternt prosjekt for organisasjonsutvikling (MOR-prosjektet: Moderne offentlige regionsykehus). Jeg har vært uformell deltaker og samlokalisert med dette prosjektet, og har underveis i mitt arbeid hatt stor nytte av denne tilknytningen.

Legeintervju

Det kvalitative datamaterialet som består av intervjuer med leger, tekster og feltbesøk, og som anvendes i kapittel 6 og 7, skal i hovedsak belyse det jeg betrakter som mindre åpenbare forhold som kan ha betydning for samhandling mellom allmennleger og sykehusleger. Hovedtyngden av intervjuene er gjennomført med allmennleger og sykehusleger og inngår i kapittel 6. De sentrale spørsmål som legeintervjuene skal avdekke, tar utgangspunkt i at sykehusleger og allmennleger har et noe forskjellige kunnskapssyn, og dette kan oppfattes som en grunnleggende samhandlingsbetingelse.

Jeg valgte legeinformantene blant leger som enten hadde deltatt eller var aktive i tiltak med samhandling som formål. For begge legegruppene har slike tiltak blant annet hatt som mål å etablere enighet om hvordan dokumentmaler for henvisninger og epikriser skal utformes. For henvisningsdokumentet har tiltaksarbeidet særlig fokusert på etablering av gjensidig faglig forståelse for hvordan medisinske prosedyrebeskrivelser skal utformes. Slike prosedyrebeskrivelser benyttes av allmennlegen for å bidra til mer treffsikker utforming av henvisninger. Samtlige av allmennlegene som er intervjuet har spesialistkompetanse innenfor allmennmedisin, og hadde også deltatt i ”praksiskonsulentordningen” (PKO-ordningen) for samhandling mellom legekantor og sykehus, og der de ovennevnte tiltakene har stått sentralt (jfr Olesen et.al. 1998). To av allmennlegene som er intervjuet var ansatt på Nasjonalt senter for Telemedisin (NST) på UNN i et prosjekt for innføring av elektronisk epikrise mellom sykehuset og legekantorene i Tromsø by.

At jeg fant det tilstrekkelig å intervju 6 sykehusleger (4 menn og 2 kvinner), må ses i sammenheng med at sykehuset har vært min arbeidsplass gjennom prosjektet. Samtlige av de intervjuede sykehuslegene som ble valgt var avdelingsoverleger med lederansvar for sin avdeling, mens en av sykehuslegene i tillegg var medisinskfaglig leder for det nevnte MOR-prosjektet. Både for allmennlegene og sykehuslegene innebar en slik utvelgelse at samtlige av informantene kan regnes som erfarne leger. Ingen av legene jeg har intervjuet har mindre enn tjue års praksis. Jeg har bevisst villet velge erfarne leger med tanke på at noen barrierer kan tenkes å være så lite åpenbare at lang praksis gir et mer modent blikk for slike forhold, samt at jeg forventet at profesjonelle aktører som plasserer seg sentralt i det feltet jeg studerer, vil være mer avslappet og tilbøyelig til å uttale seg om slike forhold. Med bakgrunn i at jeg ville studere hvordan samhandling mellom leger generelt kan antas å påvirkes av hvilket medisinskfaglig ståsted den enkelte lege har, valgte jeg å dele sykehuslegene i to grove grupper. Halvparten av disse representerer kirurgiske fag, og som derved behandler pasienter med mer ”entydige” tilstander, mens den andre halvparten representerer indremedisin der de medisinske problemstillingene framtrer som mer ”diffuse”.²⁷

Intervju med de 8 allmennlegene (4 menn og 4 kvinner) foregikk på dagtid ved legekantorene, og på allmennlegens kontor.²⁸ Etter deres ønske ble intervjuene gjort i arbeidstida, og på legekantorene satt jeg i samme stol som pasienten normalt sitter i under en konsultasjon. Det vil si at arenaen var informantens egen, og denne situasjonen la til rette for tillit og forhåpentligvis en friere situasjon for å snakke om sensitive tema.

Intervju med sykehuslegene ble gjort på deres kontor, og der alle sykehuslegene var ansatt som avdelingsledere. Det vil si at jeg befant meg bak skrivebordet hos en lege med høy autoritet på sin avdeling. Jeg hadde ved tidligere anledninger opplevd at sykehusavdelingene var preget av høyt arbeidstempo og der det forventes en viss effektivitet. Med dette i tankene forberedte jeg presentasjonen av mine forskningsspørsmål grundig, og bearbeidet formuleringene i tråd med det jeg oppfattet å samsvare med det situasjonen krevde. Det vil si

²⁷ Både i intervju med kontorlederne på sykehuset og i mer uformelle sammenhenger ble dette skillett artikulert som et grovt skille, men et skille som karakteriserer sykehuslegenes faglige tilnærming. Jeg valgte derfor leger fra henholdsvis gastro-kirurgi (”entydig fag”) og indre-medisin, dvs. gastro- og nyremedisin (”diffust fag”).

²⁸ Dette gjelder ikke for intervju med de to allmennlegene som har arbeidet ved NST, disse ble intervjuet på et av NST’s kontorer.

at jeg møtte godt forberedt for derved å få så gode svar som mulig. Både når det gjelder intervju med sykehuslegene og allmennlegene, hadde jeg følgende formulering i tankene før intervjuene: *”Det er en utbredt, om ikke universell menneskelig rolle å være interessert i å redegjøre for sin egen levemåte, når en blir konfrontert med en som ikke kjenner særlig til denne, men som viser interesse for å vite mer”* (Wadel 1991:34). I hovedsak har jeg inntrykk av at informantene ville dele sin opplevelse av å ha en plass i et større system. Jeg fikk inntrykk av at å innta rollen som ”novise” stimulerte informantene til å formidle sin kunnskap om viktige tema (ibid).

Data fra intervjuene sier fortrinnsvis noe om samhandling mellom allmennleger og et høyspesialisert sykehus der legene også har undervisning og forskning som en viktig del av virksomheten. De relativt komplekse forhold som særpreger det organisatoriske landskapet, og det at intervjuundersøkelsen bygger på informasjon fra et relativt lavt antall personer, begrenser hvor langt det går å generalisere betydningen av mine funn til å gjelde utover de grupper og ytringer som er representert i materialet (Holme og Solvang 1991). Imidlertid skal tekstene som anvendes i kapittel 7 nettopp bidra til å styrke og berike datamaterialet, ved at de beskriver forhold som ellers ville vært vanskelig å få kunnskap om gjennom intervjuer. Intervjuene kan betraktes som ”oppfordring til diskurs” og der diskursteori og analyse i seg selv representerer drøftinger av gyldighetskriterier. Dette innebærer et brudd med mer tradisjonelle gyldighetskrav om absolutt verifisering av funn og påstander (jfr Lather 1995).

Etter å ha gjennomført alle de avtalte intervjuene, og etter intervjuer i uformelle situasjoner, nådde jeg det som opplevdes som et metningspunkt *”... hvor flere intervjuer ikke gir vesentlig ny kunnskap”* (Kvale 1997:59). I økende grad var svar jeg fikk preget av gjentakelser av det som tidligere var formidlet.

Refleksjoner over egen rolle

Under arbeidet med avhandlinga har jeg hatt kontor samlokalisert med - og vært uformell deltaker i det nevnte MOR-prosjektet på UNN. Flere av mine faglige spørsmål faller sammen med dette prosjektets problemstillinger, og i arbeidet med avhandlinga har jeg dermed fått tilgang til data som ellers måtte vært innhentet via mer formelle kanaler. Som uformell deltaker har jeg hatt en unik anledning til mer åpne samtaler med sentrale aktører om

spørsmål som berører mine faglige problemstillinger. Anledningen til å basere seg på informasjon fra uformelle, intervjuliknende situasjoner kan betraktes som en nokså åpen tilnærming i metodisk sammenheng. Når slike situasjoner og muligheter ga seg, var jeg derfor nøye med å understreke for de jeg snakket med at mine spørsmål var motivert av eget forskningsarbeid. Jeg benyttet ikke intervjuguide i slike situasjoner, men husket i stor grad de sentrale spørsmål i intervjuguidene som jeg anvendte i de formelle intervjuene. Jeg kunne dermed relativt fritt variere og tillemppe spørsmålene til mindre planlagte samtaler.

Imidlertid tilpasset jeg disse slik at de hadde svak karakter av intervju, uten at de nødvendigvis ble oppfattet som det av samtalepartene (jfr Holter 1996). Og ofte vil det være slik at nettopp i mer uformelle og uforpliktende situasjoner vil mer sensitiv, men viktig informasjon formidles. Forskeren gis da økt innsikt i hvordan forskjellige sosiale grupper fortolker sine omgivelser, og forskeren blir dermed deltaker i et meningskapende fellesskap (Rubin & Rubin 1995:34-35). I de mer uformelle, samtaleliknende intervjuene forsøkte jeg å fange opp variasjoner i oppfatninger og forestillinger hos informantene, og med et særlig fokus på samhandling rundt utveksling av henvisninger og epikriser. Jeg la vekt på å tilfredsstille forskningsetiske hensyn ved at også de uformelle intervjusituasjonene foregikk i en saklig form og tone, og der samtalepartene var klar over min rolle. For at gyldigheten av de utsagn som jeg mottok ikke skulle svekkes, forsøkte jeg å være observant på at utsagn også reflekterer *egne* forutsetninger, og at for stor nærhet til informantene kunne skape såkalt ”forskereffekt” (Kvale 1997:97).

3.3 Tekstlige kilder

Noen av de tema jeg tok opp i legeintervjuene ble møtt med det jeg tolket som en viss motstand eller manglende interesse. Spesielt gjorde dette seg gjeldende når jeg stilte spørsmål om mulige samhandlingsbarrierer. Jeg valgte å ikke forfølge slike spørsmål spesielt, men i den grad jeg gjorde det i intervjuene, viste legene gjerne til en pågående fagdebatt mellom grupper av leger. Selv hadde jeg i flere år fulgt med både i faglitteratur og i tidsskrifter, men jeg fikk inntrykk av at legene oppfattet debattene som viktige, men likevel at dette var for spesielt interesserte. Jeg fikk et visst inntrykk av at mange av de tema som ble behandlet måtte anses som sensitive, og at informantene ikke ville utlevere kolleger i intervju. Mye av det som skjer i overgangen fra papirbasert til elektronisk dokumentforvaltning kan i tillegg

oppfattes som fremmed selv for personer som har høy faglig kompetanse på et spesielt område. Dette kan forklare den motstand mot å meddele seg som ble formidlet når jeg i intervjuene tematiserte disse spørsmålene. I hovedsak er det dette jeg mener berettiger å anvende tekstlig data som supplement til intervju. Jeg bestemte derfor å la de tekstlige kildene utfylle undersøkelsen for bedre å kunne belyse mindre åpenbare betingelser for samhandling.

De tekstene jeg anvender i kapittel 7 formidler ytringer fra en særegen fagdebatt som ikke nødvendigvis uttrykker representative oppfattninger som leger flest har dannet seg. Imidlertid har den delen av debatten som jeg anvender, fokusert på mindre åpenbare forhold som kan tenkes å utfylle mer tradisjonelle beskrivelser av samhandlingsbetingelser. Debatten behandler både mer prinsipielle sider ved medisinsk kunnskapsanvendelse og fagutvikling, samtidig som et sentralt tema har vært hvordan egenskaper ved dokumentasjonsredskaper i seg selv utgjør samhandlingsbetingelser. Og i sum representerer ytringene det jeg betrakter som profesjonell identitetsbygging. Som jeg vil begrunne nærmere i neste kapittel, kan en diskurs forstås som en ytring om *handlingsbetingelser* (Neumann 2001:60/83).

Når forskjellige grupper av leger i dag drøfter sitt eget kunnskapsgrunnlag, kan dette oppfattes som diskursiv streben etter å befeste egne virkelighetsforståelser og en spesifikk legeidentitet (jfr Engelstad 2003). Når jeg benytter diskursanalyse for å undersøke profesjonell identitetsbygging, innebærer det at jeg tar utgangspunkt i hvordan relevante tekster ytrer seg om slike forhold. Det vil si at jeg i liten grad baserer meg på data som beskriver hvordan faglige forhold og ytre rammebetingelser *faktisk* påvirker samhandlingen. Diskursene representerer aktørenes forståelse av hvordan samhandlingsbetingelsene kompliseres ved innføring av elektroniske dokumentasjonsredskaper, fordi bruk av redskapene med påfølgende organisatoriske, juridiske og finansielle endringer, veves sammen i komplekse forhold. Samhandlingen mellom allmennlege og sykehuslege påvirkes av slike forhold, men de komplekse sammenhengene lar seg vanskelig beskrive entydig.

I diskursanalysen anvender jeg begrepet *diskursarbeid* om kunnskapsutvikling ved at kunnskapen artikuleres som helt nye orienteringer som påkaller endringer, og i neste omgang kan true hevdvunne posisjoner. En begrunnelse for å benytte tekstlige kilder som supplement til intervjuer, er at profesjonelle aktører som bedriver diskursarbeid ytrer seg om konkurrerende gruppers forsøk på legitimere egen berettigelse. I min tilnærming leses diskursene som ytringer som skal befeste to grunnleggende posisjoner, og der dette skjer

gjennom diskursiv polarisering. I ytterste konsekvens er dette en profesjonell maktkamp om *hva det skal samhandles på grunnlag av*, det vil si at diskursene omtaler både faglige forhold og dokumentasjonsredskaper. Når ytringer om slike forhold inngår i et datamateriale for å undersøke samhandlingsbetingelser, er det nærliggende å oppfatte dette som relativt sensitive tema. Det er likevel ikke slik at dette kun skal forstås som destruktiv maktkamp mellom leger. Jeg forutsetter at diskursive brytninger inngår i byggende prosesser også, der målet kan være nettopp å tilrettelegge for bedre samhandling. I diskursanalyse er det imidlertid en forutsetning at forskeren ikke overfortolker det bildet som tegnes i tekstene ved at det stilles opp overdrevne eller lite dekkende polariseringer (Neumann 2001). Selv forsøkte jeg å holde meg så oppdatert som mulig på dette området, samtidig som jeg anvender flere kilder, i hovedsak fra det jeg oppfatter som et norsk diskursarbeid.

Utvalgsriterier for tekstene

Jeg har valgt ut noen hovedkilder som i hovedsak leverer de ytringer jeg anvender som data, og der innholdet er valgt med utgangspunkt i mine faglige problemstillinger. Jeg har valgt å la tidsskriftet *Utposten* være min hovedkilde for diskursanalysen. Dette tidsskriftet kan ikke oppfattes som en tradisjonell "vitenskapelig" kilde, men mer som et debattorgan for allmennleger. Men selv om dette utgjør en noe mer upretensiøs kilde, så reises det faglige debatter som fanger oppmerksomheten og mobiliserer til ytringer også fra leger som ikke er allmennleger. Her ytrer leger med organspesialisering også seg, i den grad de følger med i pågående debatter og motiveres til å delta. Og i noen tilfeller intervjues leger som antas å ha ulikt syn på viktige faglige spørsmål, noe som bidrar til at debatter følges opp og holdes ved like over tid.

For å få tak i relevante data har jeg anvendt Internett-søk på stikkord og fraseringer med relevans for min problemstilling fra oppstarten av *Utposten*-redaksjonen for 20 år siden og fram til november 2004. Jeg oppgir 60 referanser herfra, og dette utgjør hovedtyngden av data

som inngår i diskursanalysen.²⁹ For å ikke utelukke andre relevante fora som behandler tilsvarende tema, søkte jeg også etter alternative kilder. På Internett-forumet EYR ytrer spesielt interesserte leger seg om forskjellige emner som løpende tas opp av medlemmene på listen, og herfra har jeg anvendt et mindre utvalg sitater som direkte berører mine problemstillinger.³⁰ For å være sikker på ikke å ha oversett viktige innlegg her, har jeg søkt på oppslag fra starten i 1996 og fram til november 2004, det vil si at jeg har søkt blant 20 365 meldinger.

Gjennom Internett-søkene fant jeg med jevne mellomrom krysshenvisninger til andre kilder som både kan betraktes som mer eller mindre vitenskapelig dokumentasjon, men som i diskursarbeidet i *Utposten* framstår som ytringer til støtte for et bestemt syn. Jeg har i noen tilfeller anvendt slike kilder for å illustrere diskursen, men i tilfeller der de kan betraktes som en del av den angjeldende diskursen. Jeg valgte imidlertid å vektlegge bruk av de ikke-vitenskapelige kildene fordi de i mindre grad er underlagt strenge regler knyttet til publisering. Dette bidrar til at ytringene gir mer direkte uttrykk for hva legene egentlig mener om viktige og relevante spørsmål, og i større grad illustrerer hvordan polarisering og uenighet artikuleres mellom legene. De vitenskapelige ytringene kan sies å representere et høyere saklighetsnivå ved at hensynet til en viss objektivitet ivaretas, mens de mindre pretensiøse åpner for å spissformulere og poengtere. Når jeg likevel benytter et begrenset antall henvisninger til *Tidsskrift for den Norske lægeforening* og *British Medical Journal* så er det altså fordi ytringene kan leses som en del av diskursene. De to tidsskriftene representerer en mer tradisjonell, vitenskapelig tekstkilde, og er de to viktigste som norske leger benytter for å holde seg faglig oppdatert. En svakhet med dette materialet sett under ett, er at legene som ytrer seg ikke uten videre kan oppfattes som en homogen gruppe som artikulerer gjengse og svært utbredte oppfatninger. Imidlertid vil deres ytringer nettopp ha betydning fordi disse legene framviser et særskilt engasjement for avhandlingas tema om samhandling mellom allmennleger og sykehusleger.

²⁹ Fra *Utposten* har jeg benyttet 45 direkte sitater, mens 15 referanser er parafasert av meg. I tillegg anvender legene i sitt diskursarbeid referanser fra følgende kilder: 26 referanser fra *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 16 referanser fra andre norske og engelskspråklige tidsskrifter, 8 referanser fra relevant faglitteratur, og 4 innlegg på EYR. I sum anvender diskursanalysen 114 referanser som er ført opp i litteraturlista. I tillegg kommer 38 referanser som jeg betrakter som "mitt" analyseverktøy fra diskursteorien.

³⁰ Sitater fra *Utposten* og *Eyr* er utelukkende hentet fra Internett, der sidetall er ikke tilgjengelig. Jeg har derfor merket referansene fra disse kildene med bokstaven U etter årstallet for sitater fra *Utposten* og bokstaven E for sitater fra *Eyr*. I litteraturlista har jeg tatt med hyperlinker til web-adressene og søkedato, slik at original-kilden kan identifiseres.

Når diskursene som gjengis refererer til vitenskapelige funn og dokumentasjon som skal bidra til å understøtte diskursens gyldighet vis a vis konkurrerende ytringer, vil dermed ”teksten i min tekst” inneholde data fra andres undersøkelser, og slik bryte med en mer tradisjonell, vitenskapelig tilnærming der en skiller klarere mellom analyse av eget materiale og diskusjon av forholdet mellom egne og andres resultater. Imidlertid vil funn fra andres undersøkelser svært ofte være med på å forme de diskursene som artikuleres, og som analysen skal behandle. I diskursanalysen sidestilles dermed alt som tekstene inneholder som like viktig, enten de kan betraktes som mer eller mindre vitenskapelig fundert eller eventuelt som ”common sense”. Jeg argumenterer senere for hvordan ”grounded theory” nettopp forutsetter en tilnærming der dette skillet mykes opp.

3.4 Kvalitative metoders generaliserbarhet

Intervjuer betraktes i min tilnærming som ”oppfordring til diskurs”, og sammen med tekstene etablerer de et datagrunnlag der drøfting av gyldighetskriterier inngår som en del av analysen. Dette innebærer imidlertid ikke at krav til reliabilitet, validitet og generaliserbarhet avvises, men at begrepene *rekonseptualiseres*. Når begrepene rekonseptualiseres vil det si at verifiseringsproblematikken tar utgangspunkt i de intervjuede aktørenes livsverden, samtidig som tekstene understøtter dette. I sum vil de betraktes som ytringer som tillater ”... *generalisering fra ett tilfelle til et annet og [der] gyldige argumenter er en del av vår daglige, sosiale interaksjon*” (Kvale 1997:160). Mellom den mer positivistisk inspirerte søken etter universell kunnskap og troen på det individuelle og unike, mykes metodekravene opp ved vektlegging av kunnskapens mangfold og kontekstavhengighet. Dette innebærer en bevegelse fra generalisering til *kontekstualisering* (ibid:161). Selv om mine funn ikke kan påberope seg generell gyldighet, kan begrepet ”kvalitativ generalisering” være relevant (jfr Stake 1994:242).

Kvalitativ generalisering vil si at en annen form for generaliserbarhet aktualiseres, og som har større relevans for den type studie jeg har gjennomført. Det er særlig to typer generaliserbarhet som har relevans her, *naturalistisk generalisering* og *analytisk generalisering*. Mine funn kan til en viss grad sies å tilfredsstillere kravene til naturalistisk generalisering, det vil si at studiens resultater i større grad gir *forventninger* enn formelle

prediksjoner (jfr Kvale 1997:162). Samtidig kan *analytisk generalisering* ha relevans ved at gyldighetskravet avgjøres ut fra om funnene kan benyttes som en indikasjon på hva som kan sies å være gyldig dersom de undersøkes i en annen, sammenlignbar sosial kontekst.

Analytisk generaliserbarhet kan i utgangspunktet oppfattes som en svak form for generalisering. Dersom forskningen påberoper seg naturalistisk generaliserbarhet og samtidig tar utgangspunkt i teorier, kreves det at argumentene gjøres så eksplisitte som mulig. Jeg har forsøkt å innfri dette kravet ved at min kvalitative tilnærming tilrettelegger for en kombinasjon av *forsker- og lesergeneralisering*: ved å forsøke å presentere tilstrekkelig med informasjon, og å gjøre argumentene eksplisitte, skal leseren selv kunne bedømme generalisering (ibid).

Kombinasjon av en teoridrevet og en induktiv tilnærming

Å gi inntrykk av at avhandlingen enten har et teoridrevet eller empirisk utgangspunkt, er slik jeg ser det ikke et fruktbart utgangspunkt. Jeg startet arbeidet med en relativt godt forankret forestilling om at det landskapet jeg skulle undersøke utgjør et hierarkisk kunnskaps- og beslutningssystem, og der denne forestillingen for så vidt daglig ble bekreftet i mitt arbeid i sykehusorganisasjonen. Dette er da også en type førforestilling som både leger og helsepersonell generelt synes å være bærere av. Teorier som omhandler det såkalte ”medikratiet” (jfr Berg 1991) har i dag relativt stor utbredelse og er godt kjent blant helsevesenets profesjonelle aktører. I tillegg har jeg argumentert for at intervjudata kan suppleres med tekstmateriale for å gi utdypende svar på hva som bidrar til å forme muligheter og barrierer for samhandling. Denne argumentasjonen kan også betraktes som en hypotesebasert antakelse.

I faglitteraturen anses imidlertid ikke de forutsetninger som ”medikratiet” hviler på å være tilstrekkelige for å beskrive samhandlingsbetingelser. Det pekes på at perspektivet i for liten grad kan forklare endring fordi det vektlegger en type *intern* kunnskapsforvaltning som om dette skjer i et samfunnsmessig vakuum. En utvidelse av dette perspektivet viser til *eksterne* forhold påvirker legers forståelse av egen virksomhet og derved også utgjør betingelser for samhandling (jfr Erichsen 1996). Slike forhold ivaretas i min framstilling av diskurser, både forstått som en teoretisk utvidelse av perspektivet, men også fordi diskursene i seg selv forteller om samhandlingsbarrierer og muligheter.

Jeg har valgt å utvide perspektivet i min undersøkelse ved å la diskursene omtale eksterne forhold. Men jeg ivaretar likevel en mer induktiv tilnærming ved å beskrive dokumentasjonskjeden på grunnlag av en deskriptiv kartlegging av dokumentasjonspraksis. I sum har jeg altså både anvendt mer direkte observasjon, jeg bygger på en teoretisk førforståelse om medikratiet, men jeg utvider forutsetningene ved også å undersøke forhold i medisinsens omgivelser. Ved først å starte min undersøkelse med utgangspunkt i en deskriptiv kartlegging av dokumentasjonsarbeidet, kunne jeg etablere et dagsaktuelt situasjonsbilde. Jeg startet dermed med å være åpen for at forhold i og rundt medisinsk dokumentasjon potensielt etablerer nye rammer. Slik åpnet jeg for å justere mine førforestillinger om ”medikratiet”. Med dette ville jeg ivareta delvis en empiridrevet og en teoridrevet tilnærming.

Det å konsentrere seg om relativt få intervjuer supplert med feltbesøk og undersøkende og samtaleliknende intervjuer, har gitt utstrakt mulighet til å gå tilbake og be om utdypende svar, enten hos de som deltok opprinnelig, eller hos andre som kunne forventes å ha tilnærmelsesvis like forutsetninger og kunnskaper om praksisfeltet. Jeg antok at dette ville åpne for å gi et mer utfyllende bilde av undersøkelsesområdet fordi ”... *kvalitative data og metoder har sin styrke i det å få frem totalsituasjonen. Slike helhetsfremstillinger åpner for økt forståelse for sosiale prosesser og sammenhenger*” (Holme og Solvang 1991:77). I sum skal data både fra intervju og tekster slik jeg utlegger det, ikke oppfattes som data i streng metodisk forstand, men mer som ”...*beretninger [som] ikke bare gjengir verden - de er en del av den verden de beskriver, og skapes dermed av den sammenhengen de forekommer i*” (Hammersley og Atkinson 1996:153).

Jeg har også forsøkt å være oppmerksom på at når leger i diskursene argumenterer henholdsvis for eller imot sentrale posisjoner, så tar de også utgangspunkt i spesifikke vitenskapstradisjoner der også mine egne forestillinger har sin rot. Mine teoretiske forutsetninger har dermed likevel påvirket det jeg så, slik at mine observasjoner aldri kan sies å ha vært teorifri. Begrepet *orienting theory* (Strauss & Corbin 1990) refererer til en slik førforståelse vi bringer med oss, og som påvirker både hva vi skal lete etter og hva vi eventuelt ser. Imidlertid har jeg i hele prosessen forsøkt å balansere forholdet mellom de teoretiske forutsetninger og det empiriske felt, for derved å gi en mest mulig dekkende beskrivelse. En slik interaktiv prosess antas å bidra til å gi en mer gyldig og samtidig dypere tolking av feltet (ibid).

Tolking av informantenes ytringer og analyse av tekster har dermed skjedd i et vekselspill i flere faser der ”fortellingen” gradvis har tatt form: *”This is so because interpretation requires the telling of a story, or a narrative that states ‘things happen this way because’ or ‘this happened after this happen first.’ Interpretaters as storytellers tell narrative tales with beginnings, middles and ends. These tales always embody implicit and explicit theories of causality, where narrative or textual causality is presumed to map the actual goings-on in the real world”* (Denzin 1994:500-501). Tolking, sammenstilling og framstilling vil derfor representere ”min fortelling” om praksisfeltet. I analyseprosessen fungerte forskjellige språklige ytringer, både fra intervjuene og fra tekstene, som leteverktøy for videre analyse og bearbeiding av datamaterialet, det vil si som *”... en runddans mellom teori, metode og data”* (Wadel 1991:129).

Grounded theory

Forskningsprosessen har dermed vært preget av kjennetegn fra ”grounded theory”. Opprinnelig ble denne tilnærmingen lansert som en kritikk av at mye samfunnsfaglig forskning har hatt preg av å være ”skrivebordsteori”, fjernt fra den sosiale interaksjon som foregår utenfor forskerens kontor (Glaser & Strauss 1967). Jeg har forsøkt å ta hensyn til denne kritikken ved å anvende en deskriptiv tilnærming samtidig som jeg tar utgangspunkt i teoretiske beskrivelser som er rimelig godt befestet (Strauss and Corbin 1990). Et viktig hensyn har vært at tilnærmingen vektlegger forskningen som en oppdagelsesprosess mer enn som et vitenskapelig eksperiment i tradisjonell betydning. Ikke bare skal forskningen kunne forholde seg til observasjon av sosiale fenomener, men også gi rom for at ytringer og sosialt artikulerte budskap bidrar til å fortelle hvordan aktørene forstår seg selv, og hvordan vi benytter mer eller mindre vitenskapsbaserte ”virkelighetsforståelser” for å framstå som hele og konsistente individer. På den ene siden må forskeren være observant på at informantene vil framstille seg med en profesjonell *identitet* med de følger dette får for åpenhet og vilje til meddelelse. På den andre siden kan vi gjennom lesing av diskurser finne materiale der aktørene slipper oss nærmere inn på livet. Dette skjer fordi aktørene ikke ser ytringene som noe som forplikter ved senere anledninger. Og ved å velge en slik tilnærming har jeg villet få fram de varierte fortolkninger leger gjør om egen dokumentasjonspraksis og om samhandlingsbetingelser for øvrig .

En slik tilnærming der jeg bygger både på en deskriptiv tilnærming og der mine teoretiske forestillinger ligger under, har klare henvisninger til grounded theory: *“The dictum in grounded theory research is /.../ not to contaminate, be constrained by, inhibit, stifle or otherwise impede the researcher’s effort to generate categories, their properties and theoretical codes”* (Glaser 1992:31). Beskrivelsen av dokumentasjonskjeden skal tegne et plausibelt bilde av det empiriske landskapet. De grove analytiske førforestillingene jeg hadde bidro til å gi en begrepsmessig ramme, og så har jeg forsøkt å anvende dette sammen med det jeg lærte gjennom mer direkte observasjon i feltbesøkene. Dette er i tråd med forutsetninger i grounded theory: *“A grounded theory is one that is inductively derived from the study of phenomenon it represents. That is, it is discovered, developed, and provisionally verified through systematic data collection and analysis of data pertaining to that phenomenon. Therefore, data collection, analysis, and theory stand in reciprocal relationship with each other. One does not begin with a theory, then prove it. Rather, one begins with an area of study and what is relevant to that area is allowed to emerge”* (Strauss and Corbin 1990:23). Her er det en forutsetning at tilnærmingen stiller seg kritisk til forestillingen om at vi kan få tilgang til ”eksakt viten”. Målet er ikke å kjenne hele feltet, og det å finne alle relevante fakta oppfattes mer som en illusjon. En må nøye seg med å beskrive utsnitt av en virkelighet som ikke lar seg fange entydig.

En slik framgangsmåte innebærer å pendle mellom teoretiske hypoteser og empiriske funn i en kontinuerlig tolkingsprosess. Forskeren vil aldri kunne ha direkte tilgang til informantenes forståelse, men vil måtte tolke det som artikuleres i en gitt sosial sammenheng. Forskeren må derfor alltid være åpen for alternative fortolkningsmuligheter eller teorier. I min tilnærming innebærer dette at de grunnleggende forutsetninger, for eksempel om gyldigheten av medikratiet, ikke tas for gitt. Til en viss grad justeres denne forutsetningen nettopp ved å vise til hvordan diskursarbeidet påkaller nye muligheter, og derved svarer mer utfyllende på problemstillingen om samhandlingsbetingelser mellom allmennleger og sykehusleger. En slik metodependling kan betraktes som en slags metodesymbiose: *“This symbiosis is achieved by bracketing preconceptions of the phenomenon of interest and delaying the development of conceptualizations until they are derived from immersion in the data pertaining to the phenomenon. Moreover, the adherence to a conceptualization thus conceived is contingent on its being supported by the data as a whole”* (Rennie 1998:111). Uten å ville strekke dette resonnementet for langt, har min hensikt med å anvende en slik metodependling vært å prøve

ut nye og spennende teoretiske ansatser, og dette har altså vært en sterkere drivkraft enn å teste eller verifisere teori som allerede er utviklet.

Med tanke på at et sentralt perspektiv i avhandlinga baseres på diskursteori, ble det viktig å bevisstgjøre seg på hvordan forhold på mikronivå (intervjudata og tekster) henger sammen med forhold på makronivå, og som sett under ett kan tenkes å utgjøre betingelser for samhandling mellom allmennleger og sykehusleger. Prosessen medførte et vekselspill og perspektivforskyvninger mellom observasjoner, intervjuutsagn og tekstmateriale, der vekselspillet skulle bidra til å etablere en teoretisk forbindelse mellom ytringer om samhandlingsbetingelser både på mikro- og makronivå (jfr Blau 1976).

En grunnleggende metodologisk forutsetning ved bruk av tekster som grunnlag for en diskursanalyse, innebærer at forskeren ses som en del av, og en som påvirkes av, sin sosiohistoriske plassering og de verdier og interesser en slik plassering gir. Dermed vil både de som produserer tekstene og forskeren ha sin spesifikke skolering og erfaringsbakgrunn som påvirker både *produksjon* og *utlegningen* av diskurser (Hammersley og Atkinson 1996:46).

Diskursive felt som data

Henvisnings- og epikrisedokumentet inngår i min framstilling i sosial praksis på en slik måte at de representerer noe mer enn fysiske objekter og bærere av tegn og symboler. I diskursanalysen kan dokumentene betraktes som *representasjoner* i et *diskursivt felt* (jfr Jørgensen & Phillips 1999). Et diskursivt felt utgjør et avgrenset system av *ytringer og praksis rundt håndteringen av redskaper*, men der ytringene om slike forhold forteller noe om *bærernes identitet* - som artikuleringer av aktørens *selvforståelse* og *virkelighetsforståelse*. I min anvendelse etableres diskursive felt når forskeren klarer å gi et troverdig bilde av dominerende representasjoner. I moderne og profesjonsbaserte virksomheter betyr det at forskeren leter etter forhold som viser aktørens tilslutning til spesifikke *kunnskapsregimer*. Spesifikke kunnskapsregimer kan føres tilbake til anvendelse av redskaper eller forskjellige ”teknologier” i vid forstand. De springer ut av *handlingsbetingelser* som gis blant annet ved redskapenes særpreg. For eksempel kan lagring av kunnskap henholdsvis i minnet til den enkelte aktør, i papirarkiver eller i digital form, bidra til å forme forskjellige

samhandlingsbetingelser (Neumann 2001:60/83-86). I en fase der et lagringsmedium erstattes med et annet, kan en konsekvens være at selve teknologien får betydning for kunnskapsforståelsen.³¹

Ett poeng i min framstilling er å få fram at overgangen til nye dokumentasjonsredskaper kan medføre endringer i diskursenes representasjoner: teknologien kan understøtte en av flere konkurrerende diskurser. Et sentralt spørsmål er imidlertid hvordan diskurser påkaller endring, og om det er mulig å identifisere slik endring. I neste omgang vil dette kunne bidra til å endre de betingelser det skal samhandles på grunnlag av (jfr Fairclough 1995). En diskursanalytisk tilnærming innebærer dermed at en tar utgangspunkt i den indre forbindelsen mellom diskurser, og der mitt datamateriale skal avdekke slike forbindelser. Min resepsjon av tekstene skal identifisere spenninger og problemområder mellom flere avgrensede diskurser for derved ”... å påvise affinitetene og forskjellene mellom disse representasjonene, å demonstrere at de tilhører samme diskurs ... [og] å fokusere på endringer i diskursen” (Neumann 2001:57).

3.5 Sitatpraksis, parafrasering og særegne benevnelser

I bearbeidingen av datamaterialet har jeg anvendt egne notater tatt under feltbesøk og samtlige intervjuer, samt at båndopptaker ble brukt under alle intervjuene. Båndene ble først gjennomlyttet en gang før de ble transkribert, samt at de ble gjennomlyttet samtidig med at det transkriberte dokumentet ble gjenstand for forsiktig korrigerings. Avstanden i tid mellom de to gjennomlyttingene ga meg anledning til å bearbeide de teoretiske forutsetningene som mine problemstillinger hviler på, samt til korrigerings av disse. Jeg fikk underveis assosiasjoner som åpnet for nye koblinger mellom temaområder og problemformuleringer. All tale på båndene er overført til tekst i så uforandret form som mulig. Det transkriberte tekstmaterialet viste imidlertid at mye overflødig var kommet med. Jeg har derfor gjort forsiktige korrigerings ved å fjerne de mest overflødige enkeltord, samt normalisering av

³¹ Neumann (2001) benytter her et eksempel som viser til Foucault's metafor om ”arkivet”: samfunn er forskjellige avhengig av om de har utviklet teknologi som kan lagre informasjon andre steder enn i den menneskelige hjerne. For eksempel har det vist seg at grupper som baserer seg på muntlig overlevering, vil kunne huske urett begått mot dem lengre enn grupper som baserer seg på fysiske arkiver. Sistnevnte tenderer å gi ”information overload” som en konsekvens (op.cit.:59).

særpregede dialektord og liknende, men slik at dette ikke har påvirket innholdet i utsagnet (jfr Lofland & Lofland 1995:88).

For å skille sitater fra intervjuer og fra tekstlige kilder, har jeg valgt å gjengi utsagn fra informanter i kursiv i teksten, men *uten* anførselstegn. Sitater fra tekstkilder er derimot både kursivert og satt i anførselstegn. I noen tilfeller har jeg valgt å gjengi relativt lange utdrag fra tekstkildene der jeg alternativt kunne valgt å parafrasere i større grad. I diskursanalytiske tilnærminger oppfattes det som viktig nettopp å *ikke* parafrasere for mye, spesielt med tanke på overfortolkning. Det særegne ved diskursteoretiske tilnærminger er jo nettopp at sosialt liv også skal leses som tekster. Metodisk er det derfor et poeng at ”... *diskursens forskjellige stemmer i prinsippet er ureduserbare, og normativt er det et hovedpoeng at man skal la forskjellige stemmer klinge*” (jfr Neumann 2001:11).

En annen følge av at jeg baserer meg på diskursteori er at det blir viktig å bevisstgjøre seg på innholdet i sentrale begreper: jeg benytter benevnelsen *allmennlege* og *sykehuslege* i min framstilling når jeg omtaler de to aktørgruppene som forutsettes å skulle samhandle. Dette begrepsmessige skillet benytter jeg kun for analytiske formål. I dag er det utbredt i forskning som beskriver legers praksis å benytte det språklige skillet ”allmennlege” og ”spesialist” om de to gruppene, henholdsvis om allmennlegen og legen på sykehuset (og eventuelt ”spesialisthelsetjenesten” om sykehuset). Imidlertid underkommuniserer en slik navngiving at svært mange allmennleger i dag også er *legespesialister*. Det vil si at de har videreutdannet seg til spesialister i allmennmedisin, og formelt må oppfattes som likestilt med en lege som har ervervet seg tilsvarende formelle status på sykehuset. Omvendt kan slik navngiving benyttes aktivt av en gruppe i deres identitetsbygging: jeg vil derfor benytte begrepet *allmennlege* for ikke å etablere en tilsvarende skjevhet andre veien i begrepsbruken. Allmennleger peker ofte på hva som opprinnelig begrunner den språklige kategorien *primærlege*, nemlig at de kommer ”først”, eventuelt skal regnes som ”viktigst”. Slik inngår *navngiving* og språklig kategorisering som diskursive markører i det sosiale handlingsfelt som studeres.

Oppsummering

Den sentrale begrunnelse for at sykehusleger og allmennleger skal samhandle er at medisinsk dokumentasjon generelt skal gi et bedre beslutningsgrunnlag for leger. Det at kunnskapen som anvendes i dag involverer to nokså forskjellige interne forståelser, kan utgjøre en barriere for samhandling. Imidlertid påvirkes legers kunnskapsforståelse også av endringer i omgivelsene. For å undersøke både interne og det jeg kaller strukturelle forhold og deres betydning for samhandling, så er det fruktbart å basere seg både på intervjuer og tekster som data. Diskurser representerer påkalling av muligheter, det vil si muligheter nettopp til å overvinne eventuelle samhandlingsbarrierer. Dette gir anledning til å undersøke både muligheter og barrierer for samhandling. Jeg sidestiller dermed intervjudata og tekster, og anvender også feltobservasjon og argumenterer for at ”grounded theory” binder sammen en slik tilnærming. Tolking av informantenes ytringer og analyse av tekster har skjedd i et vekselspill, og der både en teoridrevet og en mer induktiv framgangsmåte er kombinert.

I det neste kapitlet vil jeg utdype forutsetningene det her er redegjort for, samtidig som jeg redegjør nærmere for de teoretiske forutsetninger som analysen bygger på. Jeg gir mest plass til å vise diskursteoriens relevans, fordi denne kan betraktes som mindre utbredt og kjent sammenliknet med de teoretiske forutsetninger om medikratiet.

4 TEORETISK RAMME: KOLLEGIALE FORHOLD OG DISKURSER

Innledning

Jeg bygger i utgangspunktet på en teoretisk forutsetning om at samhandlingen mellom sykehusleger og allmennleger påvirkes av forhold i et medikrati. I medikratiet kjennetegnes kunnskapsanvendelsen av at den er vitenskapsbasert, og der organiseringen av arbeidsoppgaver følger av faglig spesialisering og subspecialisering. Her vektlegges det at medisinen egen faglige logikk bidrar til at kunnskapens verdi *hierarkiseres* og der dette inngår som en sentral handlingsbetingelse. Det kan for eksempel være en del av spesialiseringens natur at grupper som forvalter eksklusiv og avansert kunnskap foretrekker bestemte praksisformer eller redskaper som nettopp bidrar til å styrke det kunnskapsgrunnlaget spesialiseringen er tuftet på. Dermed vil både praksis og redskaper kunne bidra til å understøtte eller styrke de forhold som gir et fag innflytelse og status.

Min tilnærming tar utgangspunkt i at dersom leger har forskjellige, faglige identifikasjoner, så vil dette utgjøre en grunnleggende samhandlingsbetingelse. Men legers kunnskapsanvendelse skjer ikke i et samfunnsmessig vakuum. I dette kapitlet utdyper jeg dette teoretiske ståstedet, og utvider forutsetningene som er beskrevet over. Forholdene som det skal samhandles på grunnlag av, beskrives ved både å vise til det jeg benevner som *kollegiale* forhold og til *diskurser*. Jeg redegjør først for hvordan medisinen befestet sin stilling i moderne tid for derved å belyse betydningen av samfunnsmessige forhold i medisinsk kunnskapsforståelse.

4.1 Bakgrunn: legeprofesjonens relative styrke

Særtrekk ved medisinenes kunnskapsinnretning forklarer også dens samfunnsmessige styrke, og denne knyttes gjerne til det vitenskapelige gjennombruddet som kom med Kochs og Pasteurs oppdagelse av bakterier og virus rundt 1870. Sykdommers opprinnelse kunne nå i stor grad tilbakeføres til spesielle mikroorganismer, og vaksinasjonsprogrammer sammen med bruk av antiseptiske midler og utbygging av sykehusene, førte i løpet av de neste 20-30 år til en dramatisk nedgang i dødeligheten (Foucault 1998). For utviklingen av sykehusvesenet regnes grunnleggelsen av epidemiologien i medisinen som helt sentral. I løpet av 1800-tallet ble kunnskap om helsetilstanden til befolkningen i Vest-Europa systematisert.

Populasjonsteknologi, det vil si konstruksjon av alderspyramider med beregninger av forventet levealder og mortalitet, ble tatt i bruk for å vurdere arbeidskraftens kvalitet i takt med moderniseringen av industrialiseringsprosessen i Europa. Dette skjedde samtidig med økt oppmerksomhet mot hygiene, både mot omgivelsene (rent vann) og mot personer (renslighet) som strategi mot sykdom. Parallelt skjer også de første tendenser til medikalisering av familien gjennom større vaksinasjonsprogrammer.

Slike helsetiltak ble oppfattet som viktig for å ivareta de arbeidskraftbehov den økte industrialiseringen krevde, og der flere slike tiltak ble drevet fram samtidig som medisinen i tiltakende grad etablerte seg som en vitenskapelig disiplin. Med det naturvitenskapelige laboratorium som forbilde, der naturen – studieobjektet, bringes inn og isoleres, ble pasientene hentet inn på sykehuset for å kunne studeres. Legene hadde i utgangspunktet hatt lav status, men ble etter hvert en profesjon med høy prestisje. Dannelsen av interesseorganisasjoner, kontroll med tilgangen til utdanning og krav om avgrensning av yrket, bidro etter hvert til å forsterke legenes samfunnsmessige stilling (Berg 1987). I Norge kan legenes ”profesjonelle dominans” oppfattes som et resultat av vellykket interessepolitikk og alliansebygging mellom legenes fagforening, de medisinske fakultetene og de sentrale helsemyndighetene (Nyhus 1979). Det har i noen sammenhenger vært pekt på at det dreier seg om en særnorsk statsstruktur der legene og staten har vært så tett vevd sammen at begrepet ”profesjonsstat” har vært brukt (Nordby 1993). Dette har bidratt til en særpreget norsk *sykehussentrering* i helsevesenet som har medvirket til generelle samhandlingsproblemer mellom sykehusene og legekantorene (jfr Bast-Pettersen 1995:3396).

Faglig differensiering og spesialisering har vært et generelt utviklingstrekk ved de fleste arbeidsområder i moderne samfunn. Men det kjennetegner særlig arbeidsdelingen i helsevesenet, fordi så mange profesjoner har ansvaret for atskilte arbeidsområder. I tillegg til at det arbeider flere titalls profesjoner her, er disse igjen inndelt i spesialområder. Spesialiseringen i seg selv gir mulighet til å vurdere pasientens sykdom fra flere mulige innfallsvinkler, noe som fordrer at de spesialiserte gruppene kommuniserer om behandlingen. Det stilles i dag spørsmål ved hvordan man skal få de spesialiserte funksjonene til å samhandle, og hvordan man skal klare å formidle den spesialiserte kunnskapen til andre. Særlig mellom sykehusene og legekantorene har dette vist seg vanskelig (jfr SHD 1997).

Historisk ble de teoretiske aspektene ved de nye vitenskapelige gjennombruddene tillagt stor betydning. Den gradvise "vitenskapeliggjøringen" av medisinen framstår i dag som et svært ideologisk og strategisk prosjekt der legestanden legitimerte sin økte makt med henvisning til rasjonell og objektiv kunnskap (jfr Asdal og Myklebust 1999). Og generelt var samfunnet preget av sterk utviklingsoptimisme der profesjoner ble oppfattet som rasjonelle redskaper på veien mot et mer moderne, opplyst og rikere samfunn. Fram til midt på 1960-tallet syntes sammenkoplingen av vitenskap og politikk å fungere relativt godt, mens det deretter ble formulert en sviktende tro på vitenskapen som løsning for reformpolitikk (Ezrahi 1990:1-5). Det stilles stadig oftere spørsmål ved om vitenskapen kan oppfattes som en nøytral observatør og leverandør av løsninger på politisk vanskelige problemer. Det blir pekt på at vitenskapelig kunnskap i seg selv er en viktig form for makt som fungerer som en dynamisk sosial kraft, og forestillingen om "vitenskap som kultur" fester seg gradvis (Kuhn 1962).

Etterhvert har "forskning om forskning", og forskning på vitenskapens og teknologiens rolle, utviklet seg til egne forskningsfelt. Her blir spørsmål om vitenskapens egen makt aktualisert. I medisinen har fortsatt de fleste sykehusbaserte og subspecialiserte faginnretninger en sterk forankring i den naturvitenskapelige, biomedisinske kunnskapsforståelsen. Imidlertid synes mye av den vitenskapskritikken som er formulert de senere år også å slå inn i medisinsk kunnskapsforståelse. Men selv om flere faglige innretninger innenfor deler av medisinen synes å ta opp i seg denne typen fagkritikk, synes den tradisjonelle forståelsen av faglig spesialisering som biomedisinen representerer å stå relativt sterkt.

I dag målbærer en særegen medisin-intern fagkritikk et budskap som bygger på forutsetningen om "vitenskap som kultur" som må oppfattes som relativt fjernt fra den biomedisinske

kunnskapsforståelsen. Innenfor en del av det som betraktes som ”medisinsk fagutvikling” argumenterer i dag samfunnsmedisinske fag og deler av allmennmedisinen for at medisinsk virksomhet må begrunnes i at vitenskapelig praksis er grunnleggende kulturell. Vitenskapen antas selv å bidra til å forme verdier og virkelighetsforståelser, og gir dermed viktige premisser for helsepolitikken. De senere års bidrag blant annet fra tverrfaglig forskning på forholdet mellom vitenskap og medisin viser at vitenskap ikke bare kan forstås som problemløsende, men også må oppfattes som del av *årsaken* til problemene (Asdal & Myklebust 1999). Denne type fagkritikk som nå rettes mot biomedisinsk kunnskapsanvendelse, og som begrunner en annen og ny type medisinsk kunnskapsforståelse og medisinsk ”spesialisering”, representerer en kritikk av hvordan medisinen er gått i allianse med andre disipliner som hviler på naturvitenskapelige og positivistisk inspirerte tilnærminger.

Ekspertmakten: medisin, jus og sosialøkonomi

I takt med endringene som er beskrevet over har fagutvikling i medisinen selv vunnet fram og levert problembeskrivelser som del av en intern profesjonskritikk. I de senere år har det vært fokusert på at den særnorske sykehussentreringen får spesielle konsekvenser. Samhandlingsproblemer tilbakeføres til hvordan sterke grupper leverer virkelighetsforståelser som understøtter dominansen til en ”tradisjonell” vitenskapsforståelse, og dermed blir premissleverandør for viktige helsepolitiske beslutninger. Her er det flere fag som inngår, og som utgjør grunnlaget for viktige prioriteringer og beslutninger, og derved påvirker hvordan helsevesenets tjenestetilbud utformes. Særlig pekes det på hvordan medisinen synes å ha gått i allianse med sosialøkonomien og jus som premissleverandør. I Norge har sosialøkonomene i årene etter andre verdenskrig nytt stor grad av tillit gjennom sin institusjonelle kopling til det offentlige styringsverket. Profesjonen har etter hvert fått sterk definisjonsmakt gjennom anvendelse av sin særegne ”teknologi”: det økonomiske planleggingsapparatet (Slagstad 1998). I takt med slike utviklingstrekk i de siste årtier har det for helsevesenets del vokst fram en sentral forståelse av at etterspørselen etter helsetjenester må oppfattes som tilnærmet uendelig, og at samfunnets totale betalingsevne dermed overskrides. Problemforståelsen bygger blant annet på at helsetjenesten selv på grunn av bedre behandlingsmuligheter innlemmer stadig flere tilstander under sitt domene. Og som leverandør av problemløsende virkelighetsforståelser synes sosialøkonomien som fag i stor grad å ha lykket med å oversette

og innlemme viktige kategoriseringer i sin egen terminologi, med den følge at problemer i helsevesenet defineres som økonomiske problemer på et marked. I økende grad synes statlig helsepolitikk forsøkt legitimert med henvisning til denne type vitenskapelig rasjonalitet, der særlig sosialøkonomisk og statistisk sakkyndighet synes å levere plausible løsningsforslag (ibid). Faget har derved også fått stor innflytelse på hvordan helsevesenet skal finansieres og hvilke organisatoriske deler og tjenestetilbud som skal prioriteres.

I dette landskapet leverer også de juridiske fag viktige premisser for helsemessige beslutninger. De juridiske disipliner bidrar som beslutningsgrunnlag blant annet gjennom trygdereglene, for eksempel når den såkalte portvaktrollen som allmennlegen forvalter innebærer å "sertifisere" folk til forskjellige økonomiske stønader, og der hensyn utover de rent medisinske plasserer legen i situasjoner som oppleves som vanskelig å håndtere. Dette ubehaget er knyttet til en opplevelse av egentlig å være det offentliges "trygdepoliti", der en biomedisinsk og en juridisk kunnskapsanvendelse benyttes samtidig. Den juridiske logikkens språklige kategorier oppfattes her som effektive eksklusjonsmekanismer for tilstander som ikke passer inn i et biomedisinsk klassifikasjonsregime for sykdommer. Dette skjer for eksempel når allmennlegen benytter trygdereglene for å avgjøre om en person har rettmessig krav på en økonomisk ytelse. De språklige kategorier som benyttes i slike beslutningssituasjoner sier blant annet at det skal være *årsakssammenheng* mellom graden av ervervsuførhet og utmåling av de økonomiske ytelser. Her har språkbruken rot i en positivistisk kunnskapsforståelse, der begrepet "årsakssammenheng" gir inntrykk av at de tilstander folk kommer til legen med kan gis entydige og objektive beskrivelser.

I sum peker fagkritikken på hvordan innslag fra andre fag inngår som støtte for en biomedisinsk rasjonalitet, der juridiske, økonomiske og medisinske forhold blandes sammen, men i sum understøtter en biomedisinsk "virkelighetsforståelse". De forskjellige hensyn leger generelt er satt til å ivareta på vegne av samfunnet, beskrives her som forvaltning av "roller" eller "funksjoner", og med begrunnelser som likevel synes å peke bort fra de rent medisinske forhold. Men den grunnleggende samme *vitenskapelige rasjonalitet* som har legitimert biomedisinenes sterke stilling, synes også å kjennetegne de andre bidragene som utgjør premisser for viktige beslutninger og prioriteringer, både i forhold til spørsmålet om hvilke deler av helsevesenet som skal tildeles ressurser og hvilke pasientgrupper som skal prioriteres.

I sum etablerer det seg et bilde der medisinsk kunnskapsforståelse framstår som to motpoler: på den ene siden er kunnskapsforvaltningen preget av en tradisjonell forståelse med biomedisinen som referanse, mens en opposisjonen henter næring fra nyere, postmoderne kulturkritikk. I en forstand kan dette oppfattes som en grunnleggende barriere for samhandling mellom sykehusleger og allmennleger. I en svært rendyrket framstilling assosieres sykehuslegen her til en biomedisinsk kunnskapsforståelse mens allmennlegen assosieres til kunnskapsmessige bidrag fra en slik kulturkritisk posisjon.

4.2 Interne og strukturelle betingelser for samhandling

Selv om jeg foran har pekt på at leger orienterer etter en felles, biomedisinsk vitenskapelig rasjonalitet, så synes i dag samfunnsmessige endringer å bidra til at også medisinen forståelse av seg selv endrer seg. I den tidlige profesjonsforskningen ble det fokusert sterkt på hvordan legeprofesjonens ”suksess” kan lokaliseres til en type indre kilde, altså det naturvitenskapelige og biomedisinske kunnskapsgrunnlaget (jfr Freidson 1994). De grupper som forvaltet kilden til kunnskap som bidro til løsning av presserende samfunnsoppgaver, maktet i stor grad å holde konkurrerende strategier unna. I nyere tilnærminger vektlegges imidlertid at helsevesenet også må oppfattes som et produkt av historiske og sosiale forhold utenfor medisinen ”kjerne”, der dimensjonering og grad av differensiering varierer mellom land og tidsepoker. I de europeiske land har da også vekst og grad av spesialisering i helsevesenet variert mye fra land til land etter andre verdenskrig (jfr Erichsen 1996).

Faginterne betingelser

Spørsmålet om hva som eventuelt tilrettelegger for samhandling mellom allmennleger og sykehusleger tar i et ”kunnskapsinternt” perspektiv utgangspunkt i at samhandling må forstås ut fra profesjonsgruppene plass i moderne helsevesen (jfr Freidson 1979). Tidlige bidrag innenfor medisinsk sosiologi rettet særlig oppmerksomheten mot hvordan medisinsk virksomhet er bygd opp rundt, og reguleres med utgangspunkt i en spesiell verdiorientering (Parsons 1968) og manifesteres i en særegen logikk (Berg 1987). Innledningsvis ble det pekt på at det beslutningsgrunnlaget som allmennmedisinen benytter ofte medfører behov for bistand fra mer spesialisert medisinsk kompetanse, og at ved å sende en henvisning til sykehuslegen, risikerer allmennlegen å avsløre mangler i eget kunnskapsgrunnlag. Dette

grunnleggende forholdet peker på at samhandlingen foregår i et *medikrati* (ibid). Den spesialisering som har skjedd innenfor medisinen, har medført *hierarkisering* av arbeidsoppgavene i den forstand at de grupper som forvalter det mest spesialiserte kunnskapsgrunnlaget, også er de som tilskrives høyest status, og der økt status gir økt beslutningsmyndighet eller *makt*.

De leger som forvalter den mest spesialiserte medisinske kunnskapen befinner seg øverst i et ”legestyrte hierarki”, og i min tilnærming plasserer sykehuslegen seg dermed øverst. Men medikratiet representerer også et slags ”selvstyre” mellom alle leger i den forstand at når makt og innflytelse utøves, så reguleres samhandlingen både av formelle og mer uformelle normer. I utgangspunktet representerer som nevnt legeutdanningen en relativt sterk sosialisering til et *kollegialt* fellesskap der det er etablert et sett av verdier for praksis, og der det å utsette seg for marginalisering i dette fellesskapet kan være identitetstruende. I den grad leger identifiserer seg med de verdier og idealer som gjelder for virksomheten ”... i den grad er nemlig han eller hun blitt sin egen regulerer. Ingen regulering er antakelig mer effektiv enn denne” (Berg 1991:150). Legehierarkiet kan dermed oppfattes som et nettverk som regulerer virksomheten *innenfra*, ved at det som oppfattes som korrekt atferd belønnes, mens uheldig atferd kan føre til tap av rang og anseelse. Og i den grad atferden internt oppfattes som korrekt, så bidrar dette til å styrke virksomhetens omdømme i omgivelsene (Album 1990).

Den særpregete innretning som her konstituerer samhandlingsbetingelser, har sin rot i at diagnostikk i vestlig medisin i hovedsak baseres på at årsaker til sykdom finnes i en eller annen underliggende tilstand. Spesialiseringens logikk innebærer at observerte symptomer reduseres til stadig mer avgrensbare deler av kroppen og i dens organer. Slik kan drivkraften bak spesialiseringen og differensieringen av arbeidsoppgavene oppfattes som et resultat av en *reduksjonistisk logikk* (Løchen 1996). Denne kunnskapsorienteringen følger en logikk som kjennetegner moderne vitenskap generelt, det vil si at den er dominert av såkalt *merisme* (von Wright 1991:47-58).³² Med dette menes at i stedet for å betrakte helheten, konsentrerer biomedisinen seg om mindre og mindre enheter. I vestlig epistemologi ligger det dermed nærmest som ”... eit implisitt imperativ at ei forklaring skal vere ei kausalforklaring. Eit slikt imperativ fører uvilkårlig til at ein ofrar heilskapen til fordel for føretrekte einskildvariablar

³² Av gresk: meros = del

med ei tilsvarande overfortolkning av desse.” (Ekeland 1999:305). Den organspesialiserte sykehusmedisinen kan sies å være relativt godt befestet med sine røtter i vestlig, naturvitenskapelig tenking, der vekten ligger på en *reparerende* strategi til sykdom.

Et forhold som bidrar til å endre betingelsene for samhandling mellom allmennleger og sykehusleger i dag, er som nevnt at det pågår et omfattende fagutviklingsarbeid for å etablere allmenntilleggsmedisin som en egen medisinsk spesialitet. Starten på dette fagutviklingsarbeidet kan tidfestes til at allmennleger siden 1985 kan erverve seg en formell medisinsk spesialisering. Selv om leger som nevnt opprinnelig har sin kunnskapsmessige forankring i en felles faglig forståelse, så synes allmenntilleggsmedisinen i dag å være i bevegelse mot en utvidet forståelse av hva som sorterer under dens faglige domene. Denne utvidelsen av kunnskapsforståelsen har sitt utspring i at ingen menneskelige problemstillinger i prinsippet skal være medisinsk irrelevante (jfr Malterud 1990). Dette synet begrunner at allmenntilleggsmedisinsk virksomhet representerer en breddetilnærming som i større grad peker mot forebygging framfor ”reparering” som strategi, det vil si en mer holistisk forståelse (Morgan 1986:36-40). I dette fagutviklingsarbeidet argumenteres det for sterkere ivaretagelse av denne typen medisinsk kunnskap, nemlig basert på at allmennleger gjennom videreutdanning skal erverve seg en medisinsk ”generalist-spesialist” kompetanse. På samme måte som den grove og rendyrkede beskrivelsen av hvordan biomedisinen inngår i faglig allianse med sosialøkonomi og jus, bygger også det nye allmenntilleggsmedisinske kunnskapsgrunnlaget på faglige allianser, og der de nevnte kulturkritiske bidragene utgjør viktige elementer.

En sentralt forutsetning i dette kunnskapssynet, og som skal begrunne allmenntilleggsmedisinen som en egen medisinsk spesialitet, viser bakover i tid til medisinsens klassiske idealer der blant annet begrepet *legekunst* sto sentralt. Lege-eden fra antikken³³ inneholder flere elementer som knytter sammen kunnskapsmessige og *sosiale* aspekter ved yrkesutøvelsen. Et sentralt element knyttet til den klassiske utøvelse av legeyrket, er at verbet *iainein* er avledet av betegnelsen *iatros* (lege) som betyr ”... å behage, roe ned, glede” (Dahl & Opdahl Mo 2000:16-17). Det klassiske legeidealet forutsatte dermed at legegjerningen også skulle utøves med innslag av både pleie og omsorg, det vil si en mye videre forståelse enn den ”merisme” som kjennetegner den biomedisinske tilnærmingen. Og selv om også viktige sider ved

³³ 5. århundre f.kr.

biomedisinsk kunnskap begrunnes med henvisning til slike klassiske idealer, kjennetegnes i dag den allmennt medisinske kunnskapsutviklingen ved sin henvisning til at medisinsk virksomhet også berører sosiale og omsorgsmessige aspekter.

Det følger også av beskrivelsen av biomedisinens stilling i helsevesenet at graden av autonomi eller selvstyre i forhold til *ekstern* regulering, øker i takt med kunnskapens grad av spesialisering. Når kunnskapen som forvaltes er eksklusiv for de innvidde, øker graden av autonomi.³⁴ Allmennt medisinske mulighet til å påberope seg faglig autonomi kan tilsvarende antas å svekkes fordi kunnskapen som anvendes ikke oppfattes som ”objektiv” eller entydig i naturvitenskapelig forstand. Dette forholdet illustreres gjennom et sammenfall i beskrivelsen av sykdommenes og de medisinske spesialiteters prestisjehierarki, der det diffuse som hefter ved allmennt medisinske kunnskapsgrunnlag plasseres nede i hierarkiet. Sykehuslegens profesjonelle identitet er derimot forankret i spesialiteter ”... som er handlingsorienterte [og] som arbeider med objektiv diagnostikk og en naturvitenskapelig årsaksforståelse, gjør bruk av mye, avansert og kostbart teknisk utstyr, arbeider med akutte, dramatiske og livstruende sykdommer i ærbare organer ...” (Album 1991:2133). Og når allmennt legen i sitt daglige virke skal anvende et holistisk perspektiv som innebærer å ”se hele pasienten” og ta pasientens perspektiv, følger det at den organspesialiserte sykehuslegen troner over allmennt legen.

I sum danner det seg et bilde der det allmennt medisinske og det sykehusbaserte kunnskapsgrunnlaget etablerer en polarisering mellom to forskjellige innretninger. Det allmennt medisinske fagutviklingsarbeidet begrunnes imidlertid i større grad med et behov for å markere sin egenart, fordi posisjonen til den biomedisinske sykehusmedisin er relativt godt befestet. Avstanden mellom den biomedisinske leges faglige identitet og allmennt legens synes dermed å bidra til at allmennt legen befinner seg en plass mellom det biomedisinske kunnskapsgrunnlaget og forhold i medisinske omgivelser. Mellom den biomedisinske *kjerne*kunnskapen og annen type kunnskap synes det ikke å være avklart hvilke tilnærminger som er relevante. For allmennt medisinen synes det å være mer sosialt betingete forhold som avgjør hva som skal regnes som kunnskap enn hva tilfellet er for sykehusmedisinen (jfr

³⁴ Dette var et sentralt element allerede i den Hippokratiske lege-ed: eden forbød de innvidde i lauset å dele sine kunnskaper med uinnvidde (jfr Dahl & Opdahl Mo 2000:16-17).

Erichsen 1996). I disse mer diffuse områdene i et nivå delt helsevesen er det at samhandling mellom allmennleger og sykehusleger skal praktiseres.

Relasjoner til andre helsepersonellgrupper kunne vært med i en slik beskrivelse, ved at de også er med og kjemper om å levere virkelighetsforståelser som legitimerer deres berettigelse. Forholdet mellom leger og sykepleiere, og mellom sykepleiere og hjelpepleiere, kunne også vært analysert med referanse til biomedisinens dominerende stilling. Kunnskapsgrunnlagets generelle status oppfattes her som et forhold på *mikronivå* som knytter partene sammen gjennom de arbeidsoppgavene de er satt til å utføre (jfr Blau 1976). De to legegruppens respektive kunnskapsorientering og faglige identifikasjoner vil måtte påvirke tilbøyeligheten til å samhandle på en grunnleggende måte, det vil si slik at dette også bidrar til å forme deres oppfatning av hvordan arbeidsdelingen skal praktiseres (jfr Halvorsen 1995).

Strukturelle betingelser

De medisinterne forhold det er redegjort for så langt kan betraktes som et nødvendig, men utilstrekkelig "innenfrasin" på legers virksomhet (jfr Løchen 1996:29-30). Dersom de faglige referanser leger benytter for å legitimere sin virksomhet betraktes som *diskurser*, så omtaler nettopp slike diskurser hvordan forhold i medisins *omgivelser* spiller inn. Diskursene illustrerer hvordan fagutvikling springer ut av endringer i sosiale og kulturelle forhold som omgir medisinsk virksomhet. Samhandling i vid forstand kan betraktes som *identitetsarbeid* som skal bidra til å legitimere en særegen legerolle i konkurranse med andre legeroller. Diskursene omtaler også hvordan forhold i medisins *omgivelser* nettopp bidrar til å styrke eller svekke posisjonen til en gitt kunnskapsorientering.

Dermed vil de medisinterne forhold som det er redegjort for foran kunne betraktes som forhold på *mikronivå* som er koblet til forhold på *makronivå*. Diskursteoretiske tilnærminger utvider perspektivet foran ved å etablere en kobling mellom en beskrivelse av *kunnskapsinterne* forhold og beskrivelse av *strukturelle forhold rundt medisinen* (Erichsen 1996). Det har med andre ord skjedd en teoretisk reorientering i retning av å kombinere studiet av kunnskapsinterne forhold, der biomedisinen utgjør "regulatoren", til studier av hvordan helsevesenets *omgivelser* i vid forstand påvirker (jfr Halvorsen 1995:35).

Selv om den biomedisinske vitenskap har vært oppfattet som en sentral premissleverandør, og at dette belyser den medisinske profesjons generelle styrke, påpekes det nå uenighet om teorier og forståelsesformer som påvirker aktørenes handlinger (ibid). I dag rettes oppmerksomheten gjerne mot hvordan helsevesenet rommer flere *diskurser* som former relasjoner mellom de mindre delsystemene. De to grunnleggende kunnskapsinnretningene jeg har redegjort for foran, kan oppfattes som beskrivelse av to legediskurser. Slike diskurser kan forstås og leses som tekst, men de behøver ikke å være det i bokstavelig forstand. Diskurser kan framtre i forskjellige former, som *representasjoner* som er plassert i et *diskursivt felt* om helse (jfr Neumann 2001). Dagens sontring mellom *kunst og vitenskap* kan for eksempel oppfattes som en del av det moderne, og som en illustrasjon på at historiske forutsetninger bestemmer vår forståelse av kunnskap. Når det hersker en polarisering mellom den organspesialiserte sykehusmedisin og allmenmedisinen i dag, kan dette leses som *intertekstuelle* brytninger i en helsediskurs mellom leger. Når det skjer slike diskursive brytninger, så framtrer brytningene som splittet opp i mindre diskurser. Disse artikuleres både som spørsmål om tilpasning til historiske og kulturelle forhold i vår tid, men gjerne i tilknytning til de konkrete oppgaver legene er satt til å løse.

Men organisasjoner må i hovedsak oppfattes som sosiale ordninger som er etablert for å øke handlingsevnen til dem som styrer dem, og dermed kan organisasjoner betraktes som ordninger for fordeling av makt (Engelstad 2003). Sykehuset er for eksempel innrettet mot realisering av bestemte formål som den enkelte lege ikke kan realisere alene. I arbeidsdelingen mellom legekantorene og sykehus inngår et mangfold av oppgaver, både pasientbehandling og medisinsk dokumentasjon, faglige utviklingstiltak, undervisning og forskning. Dette bidrar til at samhandlingsarenaen framtrer som et diffust nettverk som har vist seg vanskelig å organisere. Samhandlingen vil påvirkes både av relasjoner mellom aktører på mikroplanet, og ved at en betydelig del av makten utøves på makroplanet, gjennom institusjonelle ordninger, for eksempel styringssystemer og regelverk (Slagstad 1998). Foran har jeg antydnet at leger gjerne tilskrives "roller" i tilknytning til forvaltning av trygdereglene, for eksempel når allmennlegen sertifiserer ytelser fra folketrygden som en del av legejobben. I diskursene anvendes rollebegrepet i et større bilde der tvetydighetene og mangfoldet knyttet til utøvelsen synliggjøres, både de tilsiktede og utilsiktede virkninger rolleutøvelsen innebærer.

Jeg har tatt utgangspunkt i at medisinsk virksomhet generelt har en sterk *biomedisinsk* kunnskapsforankring, og at dette former legeidentiteten relativt sterkt. Denne grunnorienteringen oppfatter jeg å utgjøre en sentral betingelse for samhandling. Når en diskurs anses som etablert slik at den fremstår som den eneste mulige måten å forstå noe på, betraktes den som en *objektiv* diskurs. En dominant diskurs framtrer som objektiv fordi den tilbyr en hel ”pakke” for hvordan man skal te seg, ikke bare i spesifikke sosiale kontekster, men rent generelt. Diskurser former dermed vår måte å tolke våre omgivelser på, og som skapende individer vil vi i varierende grad framstå som *subjektposisjoner* for diskurser. Begrepet viser til noe utover det klassiske rollebegrepet i sosiologien. Mens roller er knyttet til institusjoner som gir et sett av normer i en sosial kontekst, har subjektposisjoner mer generelle trekk, de er utgaver av roller som har sprengt sin opprinnelige kontekst (Neumann 2001:116-117).

Når jeg benytter diskursanalyse for å undersøke innflytelsen av slike forhold, innebærer det at jeg tar utgangspunkt i hvordan relevante tekster ytrer seg om slike eksterne betingelser for samhandling. Det vil si at jeg i liten grad baserer meg på data som beskriver hvordan ytre rammebetingelser *faktisk* påvirker samhandlingen. Poenget her er at diskursene ytrer seg om hvordan samhandlingsbetingelsene kompliseres i dag ved innføring av elektroniske dokumentasjonsredskaper, fordi bruk av redskapene med påfølgende organisatoriske, juridiske og finansielle endringer, veves sammen i komplekse forhold. Samhandlingen mellom allmennlege og sykehuslege påvirkes av slike forhold, men de komplekse sammenhengene lar seg vanskelig beskrive entydig. Imidlertid ytrer diskursene seg om slike forhold, i den forstand at involverte aktører tolker og beskriver de sosiale forhold som de er en del av. I diskursanalyse brukes begrepet *handlingsbetingelser* gjerne som en noe videre angivelse av det jeg her betrakter som ”samhandlingsbetingelser” (Neumann 2001:60/83).

Et vesentlig aspekt ved det tolkingsarbeid som aktørene gjør før de ytrer seg, må antas å ”filtreres” gjennom de kunnskapsmessige identifikasjoner de bærer med seg. Dermed vil tolkingsarbeidet også være en kamp om definisjonsmakten (Sirnes 1999). Dette *diskursarbeidet* kan bestå i å anvende kunnskapen slik at den understøtter gammel praksis – eventuelt kan kunnskapen artikuleres som helt nye orienteringer, og dermed utgjøre en trussel mot hevdvunne posisjoner. Slik inngår et identitetsarbeid i en diskursiv kamp som dreier seg om arbeidsdeling og samhandling, men også om å vinne definisjonsmakten (ibid). Og tradisjonelt oppfattes medisinen som rik på makt, enten makten utøves i forholdet mellom

leger, mellom leger og myndigheter, eller i forholdet mellom den medisinske ekspertisen og befolkningen (Engelstad 2003). Diskursiv makt bidrar til at noen framstillinger av virkeligheten framstår som riktige og sanne, og andre som falske og usanne. Generelt oppfattes ikke makt her enten som positiv eller negativ, den eksisterer som en sentral forutsetning for det å skape mening og orden i sosialt liv. Makt blir derved knyttet til det å avgrense *mening*. Når forskjellige grupper av leger i dag drøfter sitt eget kunnskapsgrunnlag, kan dette oppfattes som diskursiv streben etter å befeste egne virkelighetsforståelser. Både muligheter og barrierer for samhandling kan oppfattes som et resultat av slike diskursive stridigheter som springer ut av at leger ikke nødvendigvis har sammenfallende, faglige identifikasjoner.

Og når det gjelder påvirkning fra ytre forhold, det vil si de forhold som omtales i diskursene, vil makt i noen situasjoner nærmest ikke ha betydning (Engelstad 2003). I andre tilfeller vil forsøk på å vinne diskursiv makt artikuleres som påpeking av eget kunnskapsgrunnlags fortreffelighet. Diskurser vil også utsettes for interne rivninger og konflikter. I nyere tilnærminger til anvendelse av maktbegrepet, oppfattes dermed i liten grad faste definisjoner av makt som anvendbare. Det avgjørende kriteriet for verdien av en definisjon, er at den er fruktbar, og at den hjelper oss til å ordne fenomener på en slik måte at de blir forståelige og relevante (ibid).

Diskursteoretiske tilnærminger i samfunnsfagene kan betraktes som et oppgjør med ”de store fortellingene” om moderniteten, der troen på framskritt, fornuft og vitenskap har vært sentrale kjennetegn (jfr Asdal og Myklebust 1999). Mye av dette tankegodset springer ut fra språkvitenskapelige tilnærminger, og representerer en *språklig vending* mot en mer omfattende kommunikasjon: ”*Språket tilhører både individet og samfunnet. Samtidig blir det talte (og skrevne) språket ein del av ein meir omfattande kommunikasjon, der ein også må sjå på kroppslege gester, holdningar og uttrykk, og ikkje minst korleis folk kommuniserer ved å ordna og arrangere dei materielle omgivelsane sine*” (Sirnes 1999:30-31). I en slik tilnærming defineres diskurser som ”... *et system for frembringelse av et sett utsagn og praksiser... [som] ved å innskrive seg i institusjoner og fremstå som mer eller mindre normale, er virkelighetskonstituerende for sine bærere og har en viss grad av regularitet i et sett av sosiale relasjoner*” (Neuman 2001:18).

Diskurser kan utgjøres av tekster, men trenger ikke å være det i bokstavelig forstand. Sosialt liv kan studeres som tekst, men da forstått som fenomener som er bundet sammen av språklige og sosiale ytringer. Dette innebærer at det meste kan *leses* og *tolkes* som tekst, og i varierende grad i tråd med tekstanalytiske tilnærminger. I en slik sammenheng framstår de ytringene jeg gjengir i mitt datamateriale som en manifestasjon av det som skal oppfattes som *kunnskap*: våre virkelighetsforståelser bygger på det vi til enhver tid definerer som gjeldende kunnskap, og artikuleres her gjennom tekster i vid forstand. Men diskurser peker utover de språklige ytringene, ved måten institusjoner forvalter regler og prosedyrer som har en egen kraft på meningsdannelse, og som sådan også regulerer samhandling: *”Diskursene utgjøres blant annet av institusjoner; symbolbaserte programmer som regulerer sosial samhandling og som har materialitet. Den materielle verden gjør motstand når man forsøker å forandre den”* (ibid:80). Denne materialiteten virker tilbake på den profesjonelle kunnskapsforståelsen. Diskurser framtrer dermed både som artikuleringer om egen virksomhet fra diskursens deltakere, men manifesteres også gjennom praksisregler, prosedyrer og ”teknologier” som til enhver tid er i bruk i en virksomhet. Slik kan diskursanalysen både innlemme utsagn om medisinsk dokumentasjon, og ytringer om hvilke regler som skal gjelde for framstilling av medisinsk dokumentasjon. Diskursene innlemmer dermed de teknologiske dokumentasjonsredskapene som skal inngå i samhandlingen mellom sykehusleger og allmennleger.

Diskurser opptrer alltid sammen med en rekke konkurrerende diskurser, det vil si i en *diskursorden* (Neumann 2001). En diskursorden er både materielt og institusjonelt forankret, og kampen om å oppnå status som gjeldende kunnskap i en historisk epoke, framtrer gjerne som en *diskursiv kamp* som foregår der det er flere diskurser som hevder at de forvalter sannheten. En diskursteoretisk tilnærming forutsetter at det ikke kan trekkes noe klart skille mellom ”fysisk” og ”sosial” verden. Et jordskjelv framtrer for eksempel som en hendelse i en materielt eksisterende verden, men *forståelsen* av jordskjelvet er derimot avhengig av diskursen det fortolkes innenfor. I en religiøs diskurs kan fenomenet tolkes som ”gudenes straff”, men det kan også forstås innenfor en moderne, naturvitenskapelig diskurs. Der det er flere konkurrerende diskurser om feltet ”jordskjelv”, befinner vi oss i en diskursorden. Av personer i Norge i dag som ikke er med i ytterliggående religiøse sekter, vil den naturvitenskapelige forklaringen trolig bli sett på som sann. Dette avdekker et maktforhold, og eksemplet viser at man har tiltro til personer og institusjoner som representerer den naturvitenskapelige diskursen (Neumann 2001).

Diskursiv dominans

Til enhver tid vil kunnskapsregimer, avhengig av sosial og historisk kontekst, ytre seg og framtre som *dominante diskurser* (Neumann 2001:117). Diskurser kan organiseres slik at de forankres eller fester seg, og i det en diskurs fester seg, framstår den som *dominant* eller som hegemonisk. Interessekamp og politikk forstås dermed som en kamp om å etablere *diskursiv stabilisering*, der likt og ulikt forankres i en tilsynelatende stabil orden. Men: "... *hegemoniet må imidlertid hele tiden opprettholdes for ikke å gå i oppløsning. Den bevegelsen i det sosiale som gjør hegemoniet mulig og vel også nødvendig, medfører samtidig at hegemoniet ikke kan være stabilt over tid*" (Neumann 2001:65).

En slik tilnærming kan oppfattes som en kritikk av tradisjonell ideologiforskning, ved at makt- og interessekamp også oppfattes som både nødvendig og legitim. Ideologier kan ikke tenkes som stabile strukturer, fordi *meningsaspektet* og *meningsdannelsen* som formidles gjennom språket potensielt vil endre seg gjennom diskursiv praksis (Andersen 1999:91). Når diskurser framtrer som "forankret" eller som stabile strukturer, skyldes dette vellykket interesseartikulering som gir diskursiv stabilisering. Når det etableres en tilsynelatende stabil orden, må et diskursivt hegemoni hele tiden opprettholdes for ikke å gå i oppløsning.

Hegemonibegrepet knyttes i min sammenheng til biomedisinens diskursive dominans i det norske helsevesenet, og assosieres i større grad til den organfokuserede sykehuslegens kunnskapsforståelse enn til allmennlegens. Det vil si at biomedisinen blant annet kan antas å ha befestet sin *nåværende* stilling gjennom "vellykket" diskursiv praksis: "... *hegemony implies the development in various domains of civil society (e.g. work, education...) of practices which naturalize particular relations /.../ practices which are largely discursive*" (Fairclough 1995:94). Når diskurser antas å ha relativt sterk kraft på sosial meningsdannelse generelt, og på identitetsforming til diskursens bærere, må dette forstås i lys av hva de sentrale sosialiseringsinstitusjoner, for eksempel de høyere lærestedene, tilbyr.

Medisinerutdanningen er ett eksempel på en slik institusjon der legen gradvis formes til å fylle en subjektposisjon: i jordskjelveksemplet ville eventuelle medisinske skader på folk som rammes *ikke* kunne forstås og formidles som gudenes straff, selv når legen ikke er på jobb.³⁵ Det er nærliggende å anta at forklaringen av jordskjelvets medisinske følger som ”gudenes straff” ville avvises som ”usann”, og den naturvitenskapelige diskursen kan da oppfattes som dominant. Dersom det er slik at det ikke lengre er mulig å forstå jordskjelv på andre måter enn i en naturvitenskapelig forståelsesramme, så oppfattes diskursen også som *objektiv*.

Diskursanalysens oppgave er å belyse hva som gir mening i forskjellige sosiale posisjoner. Selv om et jordskjelv skulle vise seg å *ikke* være et naturvitenskapelig fenomen, så er formuleringen ”naturvitenskapelig fenomen” også en kategori som er sosialt konstruert, og historisk og romlig betinget. Kategorien *kunne* vært annerledes, og ville trolig ikke gitt mening i et annet samfunn på et annet sted ved en annen tid. Det finnes også eksempler på at den naturvitenskapelige diskursen har tapt diskursivt terreng. I perioden 1950 til 1970 ble det bygget drabantbyer som en del av det vi i dag oppfatter som en naturvitenskapelig og positivistisk tankegang. Man bygget det vi i dag betrakter som bomaskiner for å gi menneskene noe de ”trengte”, begrunnet med tilgang til lys, luft og grøntområder. Her var arkitekter og planleggere subjektposisjoner som legitimerte boligbyggingen som riktig (jfr Neumann 2001). De idealer som preger *dagens* byplanlegging inngår i diskurser for nettopp å forklare de *problemene* mange drabantbyer sliter med. I dag oppfattes det som riktig å planlegge i mindre skala, bevare gamle bygninger og å bygge mer individualistisk.

En diskursanalytiker vil her påpeke at det som framstår som riktig i dag må sees i sammenheng med at fenomener fra 1960-tallet blir betraktet som feil. Når man leser planene for nye boliger i dag så bygger disse på det som er sagt og gjort tidligere. I så måte står ”tekstene” i sosial og historisk forbindelse med hverandre og må leses *intertekstuelt*. For eksempel kan en bygnings arkitektur leses som en type tekst, både i forhold til form og hvordan den plasserer seg som et fysisk uttrykk i en historisk kontekst. Intertekstualiteten antyder at diskurser står i dialog med, og bygger på andre tekster i en historisk sammenheng (ibid).

³⁵ Jordskjelv-eksemplet er nevnt hos Neumann (2001). Jeg har lånt og utvidet eksemplet for å illustrere at det har relevans for hvordan lege-utdanningen former legers faglige identitet.

Diskurser utvikler seg over lang tid, og er resultater av handlinger fra mange aktører på ulike tidspunkter. De framtrer som om de lever sitt eget liv, og utøver makt uten at det er mulig å peke på bestemte maktutøvere. Men det at institusjoner har endret seg før, forteller at de vil gjøre det igjen. I min tilnærming anvendes diskursanalysen nettopp for å vise at forholdet mellom sykehusleger og allmennleger etablerer to dominerende diskurser som uttrykker en polarisering, og der diskursarbeidet er uttrykk for et følt endringsbehov. I seg selv kan sterk grad av polarisering oppfattes som en barriere for samhandling, men innholdet i diskursene peker også på *muligheter* for bedre samhandling. Diskursene ytrer seg om hvordan det praktiske arbeidet inngår i kompliserte sosiale sammenhenger som rommer både muligheter og begrensinger. I sum kan ytringene om slike forhold *organiseres* og *framstilles* som data i en diskursanalyse for å belyse mindre åpenbare betingelser for samhandling. Diskursanalysen skal etablere et rimelig bilde av hvordan aktører og stridende parter forsøker å tolke og skape sine omgivelser, når diskursenes deltakere: "... utvikler teorier og ideologier, organiserer ritualer og opplæring, sprer oppdragende skrifter og skaper slagkraftige organisasjoner for å vedlikeholde dem" (Engelstad 2003:9). I diskursanalysen vil jeg nettopp anvende eksempler på hvordan slike "oppdragende skrifter" inngår som en sentral del av legenes diskursarbeid.

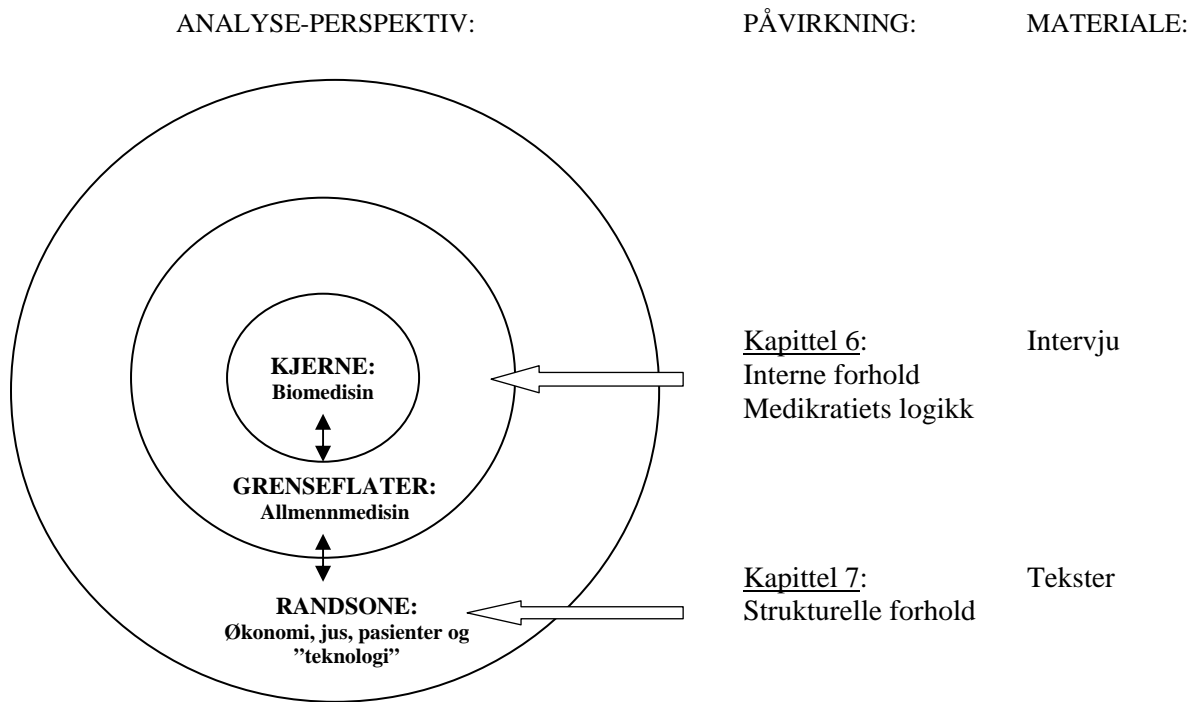
I det medisinske diskursarbeidet formidles blant annet oppfatninger om hva som skal betraktes som normalt eller unormalt, om sunnhet og sykdom, og der oppfatningene setter seg som spor i medisinsk dokumentasjon. Dette bidrar til å danne og vedlikeholde diskurser, og utgjør dermed det jeg oppfatter som råstoff for en type medisinsk oppdragelse som inngår som en viktig del av maktens organisering (ibid). Imidlertid synes det i dag også som om pasientenes oppfatninger om hvor skillet mellom sykt og frisk skal settes, påvirker legers kunnskapsforståelse, det vil si at "omgivelsene" blander seg inn i profesjonelle diskurser. Og omgivelsene kan slå inn også på andre måter. Legers virksomhet, både på sykehuset og på legekantoret, vil være omgitt av rammebetingelser i form av formelle styringsinstrumenter, blant annet finansieringsordninger, trygderegler og pasientrettighetslovgivning. Slike forhold kan påvirke virksomhetene med ulik styrke avhengig av historiske og politiske forhold. En konsekvens av at omgivelsenes virkelighetsforståelser inkorporeres i medisinsk kunnskapsforståelse, kan være tap av profesjonell autonomi.

4.3 En sammenfattende modell: kjerne, grenseflater og randsoner

Uansett vektlegging av de mange forhold som kan utgjøre samhandlingsbetingelser, vil det være rimelig å ta utgangspunkt i biomedisinens dominante stilling (Fairclough 1995:94). Betraktet som en kunnskapsmessig *kjerne* med omkringliggende *randsoner*, kan det allmenmedisinske kunnskapsgrunnlaget i dag sies å befinne seg i de mellomliggende *grenseflater* (jfr Erichsen 1996). I *grenseflatene* mellom kunnskapsgrunnlaget i den biomedisinske *kjernen* og forskjellige forhold i *randsonen* opererer mange yrker med tettere eller løsere forbindelse til kjerneområdet. I dette analyseperspektivet ser jeg samhandling som avgrenset til forholdet mellom *to kunnskapsorienteringer* som ønsker å bidra for å løse aktuelle problemer. Dette skjer gjennom sosiale prosesser der noen oppgaver omdefineres fra å tilhøre ett bestemt arbeids- og kunnskapsområde, til å bli tillagt et annet virksomhetsområde. I disse prosessene konstrueres og rekonstrueres virksomhetsområder sosialt (jfr Erichsen 1996:28-31). Et typisk eksempel på når grensene flyttes, er når en gruppe får oppgaver som en annen gruppe hadde tidligere. Og det er dette spørsmålet om samhandling mellom sykehusleger og allmennleger handler om. Men det er dynamikken i gjensidig påvirkning både fra biomedisinen i ”kjernen” og de omgivende forhold i randsonen som bestemmer arbeidsdelingen mellom allmennleger og sykehusleger, og der allmenmedisinen i dag synes å plassere seg en plass midt i mellom – i grenseflatene. Dette gjør den ved forsøk på etablere et alternativt kunnskapsunivers. Endringer som har sin rot i kjernen, for eksempel ved at ny medisinsk teknologi åpner for nye behandlingsmuligheter, kan i neste omgang bidra til økte forventninger fra pasientgrupper. Medikaliseringstendenser kan forstås mot en slik bakgrunn, ved at pasienter og deres interesseorganisasjoner i neste omgang utgjør randsonen. Tilsvarende kan ny teknologi for medisinsk dokumentasjon være en del av de samme samhandlingsbetingelsene ved måten de er innvevd i praksisfeltet (se figur under).³⁶

³⁶ Min figur er inspirert av Vibeke Erichsen's framstilling i kapittel 1 i *Profesjonsmakt. På sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon*. Tano Aschehoug, Oslo. 1996.

Fig. 1: Forhold som påvirker samhandlingen mellom allmennleger og sykehusleger



Som nevnt foran har både tidligere og nyere forskning om profesjonsmakt i helsevesenet lagt vekt på autonomi og dominans, herunder strategier for å styrke kontroll over yrkesutøvelsen, det vil si ved hjelp av monopoliseringsstrategier (jfr Johnson 1972). I nyere tilnærminger er fokus flyttet noe, blant annet mot å se på hvordan endrede rammebetingelser i vid forstand påvirker samhandling (Abbot 1988). For å forstå hvorfor det oppstår samhandlingsproblemer må en se hvordan ulike delsystemer strever med å få kontroll over de forskjellige arbeidsoppgavene. I komplekse organisasjoner vil det aldri være mulig å bestemme helt entydig hvor et gitt problem hører hjemme og finner sin løsning. Begrepet *jurisdiksjon*³⁷ viser til hvordan gråsoner gjør seg gjeldende når delsystemene skal bestemme arbeidsdelingen seg i mellom (ibid).

En sentral forutsetning for utøvelse av profesjonsmakt i organisasjoner kan dermed tilbakeføres til gråsoner som ”... formes av uklarheter og konflikter om arbeidsoppgaver,

³⁷ Begrepet ”jurisdiksjon” er hentet fra juridisk språkbruk. I jussen regulerer den grensene mellom forskjellige myndighetsområder, f.eks. ansvarsområde eller saksområde.

autoritet og ansvar ...” (Erichsen 1996:30). Samhandling mellom sykehusleger og allmennleger forutsetter at slike uklarheter ikke gjør seg gjeldende i for stor grad. I moderne organisasjoner vil det imidlertid stadig skje endringer i ressursbruk og ressurstilgang, slik at forholdene som en gruppe blir definert ut fra hele tiden endres og påvirker hvordan grenser mellom arbeidsoppgaver blir definert. Flere ulike typer jurisdiksjon vil kunne gjøre seg gjeldende, avhengig av forskjellige virksomhetstyper. De som har tilgang til vital kunnskap og informasjon regnes tradisjonelt å ha en videre jurisdiksjon enn grupper som ikke har det, for eksempel når grupper har eksklusiv rett til å utføre særskilte oppgaver fordi de forvalter en bestemt type kunnskap. Et eksempel på hvordan jurisdiksjonen gjør seg gjeldende, er når allmennlegen beslutter å henvise en pasient videre til behandling på sykehuset. Det vil ikke alltid være gitt om et medisinsk problem faktisk skal henvises, det kan for eksempel avhenge av hvilken type sykdom det gjelder eller alvorlighetsgrad. Da kan jurisdiksjon forstås som en form for teigdeling som skjer etter egenskaper ved klientellet (Abbot 1988).

I min anvendelse av begrepet rettes fokus mot *kunnskapsmessige* sider ved denne type regulering, for eksempel når henvisningsdokumentet skal vurderes på sykehuset. Når allmennlegen produserer henvisningen vil denne anlegge sitt kunnskapsmessige perspektiv, mens sykehuslegen som mottaker kan anlegge et annet perspektiv. Slik knytter analysen en forbindelse mellom de kunnskapsmessige forhold som diskursene forteller noe om, og det praktiske dokumentasjonsarbeidet. Det vil si at jeg ser på hvordan samhandling berører kunnskapsmessige forhold med utgangspunkt i det Abbott kaller *intellektuell jurisdiksjon* (ibid). Når den intellektuelle jurisdiksjonen settes i fokus, betyr det at jeg sikter til hvordan *kunnskapsforvaltning* utgjør en helt vesentlig side av samhandlingsbetingelsene, der praksis, kunnskap og ”teknologi” er innvevd i det feltet som undersøkes (jfr Jørgensen og Phillips 1999).

Som nevnt foran utgjøres randsoner blant annet av de politisk-administrative styringsinstrumenter. Når endringer som har sin rot i *kjernen* åpner for nye behandlingsmuligheter, for eksempel gjennom ny *teknologi*, så kan dette i neste omgang bidra til ”medikalisering” fordi det skaper økte forventninger fra pasienter. Ny dokumentasjonsteknologi vil tilsvarende kunne forsterke visse tendenser ved måten denne

teknologien er innvevd i medisinsk praksis.³⁸ I min tilnærming refererer begrepet *standardisering*³⁹ til slik teknologisk endring når innholdet i dokumentene struktureres og organiseres. For eksempel når det etableres faste dokumentmaler for henvisninger og epikriser. Det pågår i dag et kontinuerlig utviklingsarbeid i helsevesenet for å gjøre dokumentmaler så formålstjenlig som mulig for brukerne, både for epikriser, henvisninger og for andre dokumenter. Begrepet standardisering kan også forstås i en videre betydning, det vil si i lys av de nye muligheter elektroniske redskaper muliggjør. Selv om dokumentene *framtrer* som relativt like uavhengig av om de er papirbasert eller elektronisk, så tilrettelegger den nye teknologien for å utveksling og behandling av dokumentene på en helt annen måte. Dagens sykehus kjennetegnes fra før av høy grad av spesialisering, der særlig de store sykehusene med universitetsfunksjoner synes å streve med dokument-logistikken, og der de behandlingsmessige hensyn i liten grad kan skilles klart fra andre hensyn som må koordineres. At moderne organisasjoner etterspør virkemidler for å forenkle og effektivisere samhandlingsprosessene, kan forstås mot en slik bakgrunn. Men det er i dette landskapet at sykehusleger og allmennleger skal samhandle om å utnytte dokumentasjonsredskapene. Et vesentlig kjennetegn ved de elektroniske systemene er at de forutsetter forenkling av det medisinske språket. I dag skjer dette ved at de språklige, diagnostiske termene uttrykkes i et klassifikasjonssystem som er brutt ned i et kodespråk før de kan behandles eller prosesseres i de elektroniske systemene. Disse redskapene kan betraktes som *komplekse restriksjonssystemer* med krav og regler som må oppfylles for å kunne kommunisere, slik at dette kan utgjøre grunnlaget for samhandling mellom de to legegruppene om opplevde tilstander som pasientene kommer til dem med (jfr Foucault 1999:21-23). Det pågående standardiseringsarbeidet i helsevesenet synes dermed i økende grad å påvirke samhandlingsbetingelsene, men i en mindre åpenbar form enn tilfellet har vært for papirbasert dokumentasjonspraksis. De elektroniske systemene inneholder blant annet utelukkelsesprosedyrer og forbud, det vil si at det etableres institusjonelle grenser for hva som er tillatt. Kommunikasjonen "... blir kontrollert, sortert, organisert og fordelt ved hjelp av en mengde prosedyrer som har som funksjon å avverge dens krefter og farer, beherske dens

³⁸ For eksempel når "den informerte pasient" i framtiden konsulterer studier basert på medisinsk dokumentasjon på Internet. De såkalte "Nett-legene" som i dag opererer på Internet henviser til slike "kvalitetssikrede" kunnskapskilder når de gir råd til sine "nett-pasienter".

³⁹ For elektroniske dokumentasjonsløsninger skilles det mellom *tekniske standarder* og *innholdsstandarder*. Tekniske standarder vil være en forutsetning for å etablere "sømløse" elektroniske systemer i et nasjonalt helsenett. Kodeverk og klassifikasjoner er eksempler på innholdsstandarder. Den internasjonale klassifikasjonen for sykehusfagenes diagnose-apparat er revidert 10 ganger, derav benevnelsen ICD 10 som er gjeldende.

karakter av å være en tilfeldig begivenhet og omgå dens tunge og skremmende materialitet" (op.cit.:9). De som vil delta må oppfylle visse kvalifikasjoner og være villig til å innpasse seg visse regler som allerede er definert. Det finnes prosedyrer for utelukkelse, og prosedyrer for avvisning; forbud, sperringer, terskler og grenser. Samhandlingen mellom sykehusleger og allmennleger kan komme til å preges av at slike mindre åpenbare forhold etablerer nye barrierer. Grupper med mindre ressurser vil kunne avskrekkes fra å gjøre seg gjeldende fordi de enten opplever eller tilskrives ikke å ha nødvendig sakkunnskap, ekspertise, teknologiske ferdigheter, eller de nødvendige artikuleringsevner. Det jeg betrakter som samhandlingsbetingelser vil i dette perspektivet framstå som et spill om betingelser for å delta og regler for hvordan man deltar "*...i spillet av påtvungen knapphet og en grunnleggende bekreftende makt"* (op.cit.:38).

Behovet for å anvende slike restriksjonssystemer kan tilbakeføres til den såkalte informasjonsekspløsjonen vi står overfor i dag. Økt anvendelse av redskaper som bidrar til å ordne og sortere dette informasjonskaoset ved hjelp av "vitenskapelig metodikk" kan forstås mot en slik bakgrunn, det vil si på bakgrunn av de nye muligheter de elektroniske dokumentasjonsredskapene gir for å behandle språklig informasjon. Dette kan forstås som et framtrekkende trekk ved "moderniteten", der "*... phenomena of language standardization /.../ are closely tied in with modernization; one feature of the modern is unification of the order of discourse, of the 'linguistic market' through the imposition of standard languages"* (Fairclough 1995:137). Språk og kunnskap oppfattes her som tett knyttet til de sosiale sammenhenger de inngår i. Mindre åpenbart er det at slike forhold også har moralske og politiske sider som ikke kan koples fra hverandre (Foucault 1999). Helsevesenet kan imidlertid oppfattes som spesielt interessante "laboratorier" for brytninger mellom forskjellige verdier og kunnskapssyn, og der brytningene også har betydning for samfunnet som helhet. Virksomhetene er ikke bare knyttet til forestillinger om framskritt og vitenskapelighet. Institusjonene må oppfattes som bærere av en moralsk og politisk dimensjon, og der de rådende forhold også etablerer samhandlingsbetingelser. Disse former igjen samkvemsformer der redskaper og "teknologi" i vid forstand påvirker: "*... det definerer de bevegelsene, de atferdsmåtene, de anstendighetene og hele det settet av tegn som diskursen må ledsages av. (...) et ritual som på én og samme tid bestemmer de talende subjekters egenskaper og passende roller"* (op.cit.:23).

Medisinsk praksis utfoldes i min framstilling i sammenhenger der både *faglige* og *sosiale* forhold er vevd sammen. Generelle samfunnsendringer som forårsaker spenninger kan bidra til at aktørene i varierende grad vil være tilbøyelig til å samhandle og dele kunnskaper med hverandre. Min framstilling der samhandlingsbetingelser ses i lys av *kunnskapsinterne* og *omgivelsesbaserte forhold* er stilisert og rendyrket, men hensikten er å gi et mer helhetlig bilde av de kompliserte forhold som påvirker, og der begrepet samhandling anvendes i en vid betydning. Diskursanalysen skal imidlertid oppfattes som et supplement til en mer tradisjonell beskrivelse som i hovedsak peker på innflytelsen til en intern, faglig logikk (jfr Berg 1987).⁴⁰

Oppsummering

Mine teoretiske forutsetninger bygger på at samhandling mellom sykehusleger og allmennleger foregår via *kunnskapsintern* regulering som viser til ”medikratiet”. Her legges hovedvekten på at kunnskapsanvendelsen er vitenskapsbasert og kjennetegnes av spesialisering og subspecialisering. Det er biomedisinens faglige logikk som har forrang, og bidrar til at kunnskapens verdi *hierarkiseres* og danner et ”medikrati”. Løchen (1996:29-30) karakteriserer dette som et nyttig, men utilstrekkelig *innenfrasynt* på hvilke forhold som har betydning. Dette perspektivet må suppleres med et analyseperspektiv som i tillegg undersøker betydningen av sosiale og kulturelle forhold i og rundt medisinen. Et sentralt ankepunkt mot den første tilnærmingen er at det legger for stor vekt på et ”vitenskapsperspektiv” som ser sosial handling som nærmest determinert: *”Aktørene som står bak utviklingen av helsetjenesten handler utelukkende på bakgrunn av entydige og gitte premisser fra vitenskapen [...]. Dermed er det viktige sider ved aktørenes handlinger og dermed hva som driver og former helsetjenesten som ikke fanges inn i analysen. For visst er det slik at vitenskapen – i betydningen den biomedisinske naturvitenskapen – er helt sentral. Men den omgis av diskurser og konflikter om teorier og tyngdepunkt som ikke uten videre kan fanges inn av en forståelse av vitenskap som noe entydig og gitt”* (Erichsen 1996:27).

Når jeg supplerer det såkalte interne analyseperspektivet med diskursanalyse, er det nettopp for å belyse noen mindre åpenbare forhold som blant annet har rot i mangfoldet og

⁴⁰ Diskurs-analysen kan sies å inkorporere det interne perspektivet, mens det interne perspektivets svakhet nettopp er at det tenderer å overse forhold i medisinen omgivelser.

kontrastene mellom forskjellige kunnskapssyn i medisinen: ”... og som tar høyde for at variasjoner i kunnskapsmessige innretninger også er forbundet med ulike verdinessige ståsteder ...” (op.cit.). Ifølge Erichsen er dette en framstilling av medisinen der en grunnleggende samhandlingsbetingelse lokaliseres til ”... de biomedisinske kjerneaktiviteter, og hvor det i lagene utover mot randsonene er mer uklart og mer sosialt betinget hvilke kunnskapsgrunnlag som skal legges til grunn” (op.cit.:30). Jeg plasserer dermed det kunnskapsgrunnlaget allmennlegene anvender i grenseflaten mellom sykehuslegenes biomedisinske kunnskapsgrunnlag (kjernen) og omgivelsene (randsoner). I dette feltet i midten er det at det oppstår faglige uklarheter i dag (jfr figuren på side 80). Når allmennleger som opprinnelig har sin forankring i en biomedisinsk kunnskapsorientering, i dag er mer mottakelig enn sykehusleger for *annet* tankegods enn det biomedisinske, naturvitenskapelige, så sikter jeg til at allmennmedisinen nå inkorporerer nytt og for medisinen fremmed tankegods. Men bildet er ikke entydig, samhandlingsfeltet preges av kryssende konfliktlinjer: i randsonene vil påvirkning fra fag som sosialøkonomi og jus ha felles røtter med biomedisinens mer positivistiske og naturvitenskapelige kunnskapssyn.

Før jeg presenterer analysen av de mindre åpenbare betingelsene for samhandling i kapittel 6 og 7, vil jeg i det neste kapitlet undersøke mer synlige ”flaskehalser” basert på en deskriptiv framstilling av det jeg kaller ”dokumentasjonskjeden”. Denne beskrivelsen bygger også på utvalgte og relevante deler av intervjumaterialet, men slik at framstillingen skal avgrense det empiriske landskapet. I hovedsak er hensikten med dette kapitlet å beskrive mer tidstypiske forhold knyttet til samhandling rundt medisinsk dokumentasjon i en tid med stor omlegging av rutiner og redskaper. Jeg avgrenser dermed landskapet først, for deretter å utvide perspektivet i kapittel 6 og 7 for å belyse mindre åpenbare samhandlingsbetingelser. Selv om framstillingen i kapittel 5 er mer deskriptiv og konkret enn de to påfølgende kapitlene, anvender de tre analysekapitlene samlet henvisnings- og epikrise-dokumentene som illustrasjon. Jeg starter derfor analysen med en mer konkret beskrivelse av ”samhandling”- deretter vil de to dokumentene være mindre synlig, slik at skillet mellom dokumentasjonsform og – praksis ikke er så synlig.

5 SAMHANDLINGSBETINGELSER

Innledning

Noen av de forhold jeg innledningsvis antyder som betingelser for samhandling, må antas å være mer *synlige og åpenbare* enn andre forhold. Dette kan for eksempel være ressursmessige forhold, slik som utstyr, personellressurser og særpreg ved administrative rutiner og prosedyrer. Det vil si forhold som må antas å kunne endres dersom de ikke synes hensiktsmessige i det daglige dokumentasjonsarbeidet. Andre forhold kan være mer skjult slik at de ikke lar seg observere så direkte. Jeg opplevde tidlig i prosjektet at de forhold jeg undersøkte inngikk i komplekse sosiale omgivelser, og at det derfor kunne være hensiktsmessig å skille de mer åpenbare samhandlingsbetingelser ut fra mindre synlige og observerbare forhold. Jeg har i dette kapitlet derfor valgt å gi en beskrivelse som fortrinnsvis belyser slike mer ”synlige” forhold som kan tenkes å være knyttet til produksjon og utveksling av henvisninger og epikriser.

Framstillingen i dette kapitlet skal avgrense og rendyrke en beskrivelse av det empiriske landskapet jeg undersøker. Samhandling mellom sykehus og legekantor utgjør et komplisert samhandlingsfelt der mange virksomhetsområder er innvevd i det totale praksisfeltet. Ikke minst sykehuset framstår som organisatorisk utfordrende ved måten de rent behandlingsmessige sider ved et behandlingsforløp også representerer en dokumentasjonskjede. Hensikten med beskrivelsen i dette kapitlet har dermed også vært å identifisere særegne problemområder i en tid med omlegging av dokumentasjonspraksis. Framstillingen skal illustrere at der det tradisjonelt fokuseres på at *pasientjournalen* er et

isolert dokumentasjonsredskap, egentlig utgjør en dokumentasjonskjede, der henvisninger og epikriser har en sentral plass. Jeg vil vise at *integrering* av dokumentasjonsløsninger må ta høyde for at en såkalt ”sømløs” elektronisk pasientjournal fordrer at dokumentasjonsbehov gjennom *hele kjeden* ivaretas, det vil si særlig de dokumentasjonsbehov som henvisninger og epikriser ivaretar.⁴¹ Når de nye elektroniske løsningene i dag omtales i helsepolitiske dokumenter, benyttes gjerne benevnelsen ”samhandlingsteknologi”, og det siktes mot integrering av forskjellige dokumentasjonsløsninger til mer helhetlige og sømløse redskaper. I denne framstillingen berører jeg i liten grad andre samhandlingstiltak som kan tenkes å bidra til å bygge ned barrierer mellom sykehusleger og allmennleger, men fokuserer på de mer åpenbare sider ved bruken av dokumentasjonsredskapene.

Henvisninger og epikriser gis i dag en sentral plass i beskrivelser av tiltak som skal bidra til bedre samhandling mellom allmennleger og sykehusleger. Internasjonalt er det dokumentert at henvisninger og epikriser har stor betydning som premiss for beslutninger som taes gjennom et behandlingsforløp (Westerman et.al. 1990:449). Dagens utviklingsarbeid fokuserer i hovedsak på hvordan elektroniske løsninger skal erstatte papirbaserte, for å bidra til en mer helhetlig integrering av de forskjellige dokumentasjonsprosesser som er involvert i et behandlingsforløp. Produksjon av epikrise og henvisninger vil mange ganger være vevd inn i og avhengig av andre prosesser, som for eksempel innhenting av prøvesvar, samtale og konferering med kolleger.

5.1 Henvisninger: Beskrivelse av arbeidsprosesser og barrierer

Produksjon og utveksling av henvisninger og epikriser utgjør volummessig en stor del av den totale dokumentasjonsbelastningen som det forutsettes at sykehus og legekantor skal samhandle på grunnlag av. Når det gjelder produksjon av henvisninger spesielt, så er aktiviteten samtidig som den forekommer relativt *hyppig* også relativt mer *tidkrevende* sammenliknet med andre dokumentasjonsoppgaver, for eksempel rekvisisjon av klinisk-kjemiske prøver som er en hyppig, men mindre tidkrevende aktivitet (jfr også Leonardsen & Paulsen 2000:18). Et inntrykk som fester seg gjennom mitt kartleggingsarbeid, er at

⁴¹ I dag pågår det et kontinuerlig arbeid med å øke bruken av de elektroniske løsningene. I flere sammenhenger refereres det til en gradvis overgang til ”det papirløse” helsevesen som en visjon for dette arbeidet.

dokumentasjonsarbeid ikke enkelt synes å kunne skilles fra pasientarbeidet fordi det utgjør viktige elementer i integrerte arbeidsprosesser. Underveis i det kliniske arbeidet med pasienten blir det gjort ulike undersøkelser, det rekvireres prøver og undersøkelser fra andre instanser, og det igangsettes ulike behandlingstiltak. Mange ledd i dette arbeidet krever dokumentasjon i form av journalnotater.

Min kartlegging⁴² viser at to tredeler av henvisningsbrevene blir skrevet samme dagen som pasienten er til konsultasjon. 77% av henvisningsbrevene ble skrevet innen tre dager etter konsultasjonsdato, mens det i 16% av tilfellene tok mer enn en uke fra konsultasjon til henvisningsbrevet ble skrevet. Tidsintervallet mellom konsultasjon og skriving varierte mellom samme dag og 42 dager. Allmennlegene opplyser at i tilfeller der det tok lang tid mellom konsultasjon og skriving av henvisning, skyldes dette at man ventet på annen dokumentasjon, for eksempel prøvesvar.

Den tradisjonelle, papirbaserte måten å sende et henvisningsbrev på innebærer manuelle virksomheter, hvor brevet blir lagt i en intern posthylle for så å bli sendt med bud. Gjennomsnittstiden fra konsultasjonsdato på legekantoret til sykehuset mottok henvisningen var 6,5 dager, og i 13% av tilfellene gikk det mer enn fjorten dager før sykehuset mottok henvisningsbrevet.

For legekantoret synes ikke bruk av elektronisk løsning for forsendelse av henvisning å utgjøre noen større gevinst, bortsett fra at papirforvaltningen opphører. Tidsmessig kan det dreie seg om en dags besparelse, det vil si den tiden tradisjonell post eller bud eventuelt bruker på levering, samt den tid det tar å fordele post internt på sykehuset. Ved papirbasert praksis vil allmennlegen sjelden ha kunnskap om hvorvidt en henvisning har nådd riktig adressat på sykehuset innenfor ønsket tidsramme. Her påpeker allmennlegene at en elektronisk løsning åpner for bedre samhandling ved at sykehuset kan gi automatisk tilbakemelding straks henvisningen er mottatt i sykehusets elektroniske journalsystem, samt at

⁴² Tidsmålingens resultater inngår i egen prosjekt-rapport (jfr Myrvang og Larsen 2003).

det raskere kan formidles kontakt tilbake via det elektroniske systemet hvilke konkrete mangler en henvisning eventuelt har.⁴³

De typiske arbeidsprosessene i det henvisningen kommer til sykehuset, vil i grove trekk arte seg slik at kontorpersonalet stempler og påfører henvisningsbrevet ”mottatt dato”, og fører pasientens navn og personalia, navn på henvisende lege og ”mottakende avdeling” inn i sykehusets elektroniske pasientjournalprogram.⁴⁴ Henvisningsbrevet legges så til vurderingsansvarlig lege, og for å sikre at vurderinger gjøres fortløpende, kontrollerer kontorpersonalet framdrift i saksgangen ved hjelp av opplysninger fra en pasientliste som tas ut av journalprogramvaren i papirformat.

Henvisningsbrevet mottas og vurderes deretter av overlege. Denne overlegen har status som ”vurderingsansvarlig lege”, og beslutter om pasienten har rett til helsehjelp eller ikke, og påfører dette på henvisningsbrevet. Samme lege påfører etter vurdering ”ventetid” (som kan variere etter fag/avdeling), eventuelt hvis det vurderes at pasienten bør inn snarest, påføres ”haster” eller ”snarest”. Kontorpersonalet fører så opp pasienten på ledig time på aktuelle avdeling, eventuelt anmerker legen på henvisningen om det er behov for tilleggsundersøkelser (som oftest røntgen) slik at dette kan samordnes med mottakende avdeling på sykehuset.

Kontorpersonalet registrerer de opplysninger som vurderingsansvarlig lege har gitt i den elektroniske pasientjournalen, og sender så papirutskrift av brev basert på opplysninger om utfall av vurderingen til henvisende lege og til pasienten. Deretter arkiverer kontorpersonalet henvisningsdokumentet elektronisk, men også midlertidig i papirformat i egen ringperm inntil pasienten skal innkalles. Når pasienten etter fastsatt dato skal innkalles, tas papirhenvisningen ut av permen, og via opplysningene i den elektroniske pasientjournalen rekvireres den papirbaserte ”journalmappa” fra sykehusets arkiv. Kontorpersonalet innkaller så pasienten med et eget brev der oppmøtetidspunkt oppgis og med opplysninger om eventuelle

⁴³ I november 2004 startet forsøk med elektronisk ”kvitteringsmelding” mellom UNN og utvalgte legekantor som kan sende henvisning elektronisk. Det vil si en melding som gir en kvittering på at en henvisning er kommet fram (personlig meddelelse fra prosjektleder for ”Elektronisk henvisning” på UNN).

⁴⁴ Eget data-program med pasientadministrative data hovedsakelig for ”pasientlogistikk”. På UNN er den elektroniske pasientjournalen under omlegging, det vil si at et pasientadministrativt dataprogram er integrert i den elektroniske pasientjournalen. De to programløsningene har vært adskilt på UNN fram til juni 2004.

forhåndsregler som pasienten må ta før oppmøte (for eksempel om faste, stopp i inntak av medikamenter og lignende).

Når pasienten ankommer sykehuset etablerer avdelingen en *innkomstjournal* i den elektroniske journalløsningen basert på opplysninger som bygger på innholdet i henvisningsbrevet, og ved reinnleggelse også på opplysninger fra tidligere epikrise(r). Ansvarlig lege på sykehusavdelingen dikterer så første notat i innkomstjournalen på grunnlag av opplysninger i henvisningsbrevet. Her noteres *status presens*, det vil si nedtegnelser basert på undersøkelser som eventuelt utføres med pasienten til stede, og *resymé*, en oppsummering av funn, samt at eventuelt bestilling av prøver og videre oppfølging påføres. Underveis under sykehusoppholdet gjøres det regelmessige notater i ”innkomstjournalen”, men mellom sykehusets avdelinger etter varierende praksis. Enkelte avdelinger gjør daglige oppdateringer, andre har som norm at det minst en gang pr. uke skal foretas slike oppdateringer av opplysninger til pasientjournalen. Slike ”notater” er som oftest et resultat av legevissitt, og i sum vil en slik innkomstjournal delvis bygges opp av informasjon hentet fra henvisningsbrevet, mens noe vil være ny informasjon som framkommer under sykehusoppholdet.

Registreringen av henvisningen i den elektroniske pasientjournalen skjer på den avdeling pasienten er henvist til. Kontorpersonalet registrerer henvisningsbrevet straks det mottas på sykehuset for å sikre at den såkalte *vurderingsgarantien* overholdes.⁴⁵ Pasientens ventetid løper fra denne dato, og kontorpersonalet benytter disse registreringene i pasientjournalen for å holde oversikt over ventelistene, og for å følge opp og eventuelt purre henvisninger som ikke returneres fra vurderingsansvarlig lege innen akseptabel tid.⁴⁶ Pasientjournalen opprettes når de første data skrives inn, dette skjer som regel på sengeavdelingen (jfr også Orskaug 2002:20).

⁴⁵ Jfr Pasientrettighetslovens § 2-2. Rett til vurdering: ”Pasient som henvises til offentlig sykehus eller spesialistpoliklinikk, har rett til å få sin helsetilstand vurdert innen 30 virkedager fra henvisningen er mottatt. Det skal vurderes om det er nødvendig med helsehjelp, og gis informasjon om når behandlingen forventes å bli gitt. Vurderingen skjer på grunnlag av henvisningen. Om nødvendig skal supplerende opplysninger innhentes eller pasienten innkalles til undersøkelse. Ved mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom, har pasienten rett til raskere vurdering.”

⁴⁶ Etter innføring av såkalt ”fritt sykehusvalg” skal ventetiden ikke overskride den tid vurderingsansvarlig lege fastsetter ved første gangs vurdering. Pasienten kan imidlertid på fritt grunnlag undersøke (evt. sammen med sin fastlege) om andre relevante tilbud har kortere ventetid, og benytte seg av dette tilbudet etter nærmere regler.

Informasjonsprosessen knyttet til henvisningsdokumentet på sykehuset framstår som mer komplisert enn på legekantoret. På sykehuset synes tidsforbruket å måtte tilskrives at flere aktører er involvert i arbeidsprosessene knyttet til bearbeiding av dokumentet, og der dokumentasjonsarbeid og pasientarbeid er vevd tett sammen. I min kartlegging viser det seg at i ni av ti tilfeller får sykehuslegen henvisningsbrevet til vurdering samme dag som det ankommer, og i ingen av tilfellene tar det lenger tid enn tre dager før sykehuslegen får henvisningen. To tredeler av tilfellene vurderes innen tre dager etter at henvisningsbrevet er levert til sykehuslegen, mens tilnærmet ni av ti tilfeller var ferdig vurdert innen en uke.

Vurderingstid er den tiden en sykehusavdeling bruker fra den har mottatt en henvisning for innleggelse, kontroll eller behandling fra allmennlege, til sykehusavdelingen har bestemt hva som skal gjøres med pasienten og sendt brev til allmennlegen og pasienten om dette. Allmennlegene peker på at det fra deres ståsted er ett forbedringsområde i samhandlingsøyemed at sykehuset klarer å korte ned denne vurderingstiden, fordi det totalt sett synes som om for mange henvisninger ligger for lenge til vurdering. En intern kartlegging på UNN viste da også at i 2001 varierte gjennomsnittlig vurderingstid mellom de enkelte avdelinger fra 1 til 29 dager, og her påpeker sykehuset selv at lang vurderingstid ikke synes å kunne forklares med at søknadene er ufullstendige, og at det derfor må være andre, sykehusinterne forhold som forklarer lang vurderingstid (RiTØ 2001a). Slike svakheter må tilbakeføres til særpreg ved sykehusets dokumenthåndtering, blant annet på grunn av manglende registrering av opplysninger i saksbehandlingen etter at henvisningene er kvittert mottatt. Den interne kartleggingen viste at 16% av henvisningene ikke var påført diagnose, mens vurderingsdato manglet for 14% av søknadene (RiTØ 2001a).

Kontorlederne opplyser at dette er eksempler på svakheter som forplanter seg videre ved at de får problemer med å administrere sykehusets ventelister. Og generelt vil slike forhold kunne bidra til forsinkelser og gi inntrykk av vilkårlighet i prioritering av pasienter som venter på behandling, samt at det kan påføre pasienten ekstra ventetid. Manglende registrering av kritisk dato kan i tillegg oppfattes som en alvorlig mangel hvis det dreier seg om henvisninger for pasienter med livstruende lidelser.

5.2 Epikriser: Beskrivelse av arbeidsprosesser og barrierer

Etter at pasienten som følge av en henvisning har hatt et opphold på sykehuset, det vil si etter eventuell poliklinisk undersøkelse eller behandling, eller etter en innleggelse på sengeavdeling, produserer sykehuslegen epikrisedokumentet i forbindelse med utskriving.⁴⁷ De typiske arbeidsprosessene starter ved utskriving fra den sykehusenheten pasienten har hatt konsultasjon på, det vil si ved at hendelsen først registreres av kontorpersonalet i den elektroniske pasientjournalen. I denne forbindelse gjennomfører først behandlingsansvarlig lege en utskrivningssamtale med pasienten, og på bakgrunn blant annet av opplysninger fra denne samtalen *dikterer* legen innholdet i epikrisen på bånd. I varierende grad følger de forskjellige sykehusfagene et strukturert oppsett i framstillingen av dokumentet, men i hovedsak forsøkes de hensyn som framgår av regelverkets definisjon av epikrise å ivaretas (jfr opplysninger om årsak, tidligere sykdommer, funn osv.)⁴⁸

Dette båndet sammen med pasientens papirbaserte journalmappe leveres av lege til skriving på avdelingens ekspedisjon. Kontorpersonalet skriver deretter epikrisen inn i den elektroniske journalen, hvorpå kontorpersonalet sender epikrisen elektronisk tilbake til aktuelle lege for signatur. Dersom legen må korrigere eller tilføye noe, gjør han dette i den elektroniske journalen. Legen signerer epikrisen og sender den så elektronisk tilbake til kontorpersonalet via journalløsningen. Kontorpersonalet mottar dermed en elektronisk signert epikrise som de sender både i elektronisk form og i papirformat til pasientens fastlege og eventuelt til andre aktuelle adressater, for eksempel til andre avdelinger på UNN eller andre sykehus for oppfølging av pasienten.⁴⁹ Deretter lagrer kontorpersonalet epikrisen i den elektroniske pasientjournalen, og i form av en papirkopi som legges i den fysiske papirjournalmappen, og som lagres i sykehusets sentrale journalarkiv. Kontorpersonalet gir i denne forbindelse uttrykk for at praksisen med både å produsere og lagre dokumentasjon i papir- og elektronisk form

⁴⁷ I Administrativ definisjonskatalog for somatiske sykhuse er epikrise definert slik: ” ... *en skriftlig oppsummering av en sykdoms status, årsak, utvikling, behandling og plan for videre behandling*” (KITH 1999). Benevnelsen ”poliklinisk notat” benyttes om epikriser på UNN’s poliklinikker, og utgjør i dag ca. 80% av epikrisene. I det følgende benytter jeg benevnelsen epikrise som en samlebenevnelse, det vil si at jeg ikke skiller mellom poliklinisk konsultasjon og innleggelse på sengeavdeling når jeg benytter begrepet ”epikrise”.

⁴⁸ Som en oppfølging av handlingsplanen *Si @* (SHD 2001) ble det i 2002 utarbeidet standardiserte dokumentmaler, det vil si beskrivelser for ”den gode henvisning” og ”den gode epikrise”. Her skal hensynet til integrering og samspill mellom elektroniske henvisninger, epikriser og pasientjournal være ivaretatt (KITH 2002a/b), se vedlegg 10 og 11.

⁴⁹ En pasient fra Finnmark som har vært på UNN får som regel poliklinisk kontroll på nærmeste lokalsykehus.

utgjør et belastende dobbeltarbeid, det vil si anvendelse av en personellressurs som kunne vært frigjort for å avlaste pleie- og legeressurser, i tillegg til at det medgår kostnader til materiell og porto som også kunne vært anvendt til andre formål.

Siste ledd i dokumentasjonsprosessen innebærer at behandlingsansvarlig lege merker av på papirutgave av innkomstjournalen den informasjon de ønsker at kontorpersonalet skal kopiere fra den elektroniske journalen og inn i epikrisen. Og før epikrisen til slutt skal signeres, dikterer behandlingsansvarlig lege eget avsnitt som avslutning på epikrisen ("sluttnotat"). Mellom disse opplysninger fra innkomstjournalen og sluttnotatet, fylles det i varierende grad inn opplysninger under faste overskrifter.

Min kartlegging viser at i 90% av tilfellene dikterer sykehuslegen epikrisen samme dag som pasienten forlater sykehuset. Gjennomsnittstiden for diktering av epikriser var 2,9 dager, og tidsintervallet varierte mellom samme dag og 77 dager. Etter at epikrisen var diktert, ble den i 57% av tilfellene skrevet innen 3 dager, mens gjennomsnittstid for skriving var 5,5 dager. Tidsintervallet mellom diktering og skriving varierte fra samme dag til 39 dager. Etter at kontorpersonalet har skrevet epikrisen fra bånd og inn i det elektroniske journalsystemet, blir den som nevnt sendt tilbake til ansvarlig sykehuslege for signering før den blir postet. Denne prosessen viser seg å representere en dominant flaskehals, da bare 49% av epikrisene ble sendt ut innen én uke etter konsultasjon på sykehuset. Tidsmålingen viser at gjennomsnittstiden for mottatt epikrise utgjorde 22 dager. Legekontorene mottok kun 35% av epikrisene innen 7 dager etter konsultasjon, og i 37% av tilfellene gikk det mer enn 14 dager før allmennlegen mottok epikrisen.

Forholdene som kartleggingen avdekker, viser at sykehuset ikke oppfyller de mål som blir satt i det såkalte "styringsdokumentet", der det heter at selv om forbedringsarbeidet i dag setter et foreløpig mål om at epikrisene helst "... skal være skrevet og sendt innen 7 dager", så skal normen være at epikrisen "... følger pasienten, dvs. sendes ut parallelt med utskrivningen" (HD 2003). Imidlertid samsvarer mine resultater i stor grad med resultater fra andre sykehus, og det har da også vært iverksatt flere typer tiltak for å redusere epikrisetid. Mens min kartlegging ble gjennomført besluttet UNN at sykehusets avdelinger skulle forsøke å sende epikriser ut innen sju dager. Det vil si at det ble satt en standard for forbedringsarbeidet definert som tiden fra pasienten forlot UNN til epikrise sendes allmennlegen. Når denne målsettingen senere ble testet i sju av sykehusets avdelinger, viste det seg at 53% av

epikrisene tilfredsstilte denne standarden (RiTØ 2001b). Denne undersøkelsen understøtter i stor grad at kilden til problemene finnes internt på sykehuset. Og som et resultat av flere påfølgende forsøk på forbedringstiltak på UNN, har noen avdelinger ved sykehuset valgt å produsere en såkalt "foreløpig epikrise". Dette er håndskrevne epikriser som ved utskriving sendes allmennlege, og som pasienten får med seg en papirkopi av.

Allmennlegene peker imidlertid på at slike epikriser bare unntaksvis inneholder alle de nødvendige opplysninger allmennlegen trenger for forsvarlig oppfølging av pasienten. Denne ordningen kan betraktes som en slags nødløsning i tilfeller der viktig informasjon om medikamenter og liknende opplyses, men der utsendelse av endelig epikrise ikke er gjort. Med utgangspunkt i at lang epikrisetid oppfattes som et kjerneproblem i samhandling mellom sykehus og legekantor, karakteriserer kontorlederne på sykehuset denne praksisen som en institusjonalisert nødløsning, der dokumentet tjener som en helt nødvendig huskeliste for leger som av forskjellige grunner utsetter diktering av epikrise.

Så langt synes problemene som framtrer i tilknytning til utveksling av henvisninger og epikriser å kunne tilbakeføres til måten redskapene er vevd inn i sosial praksis. Særlig synes sykehusets mer komplekse organisering å representere en utfordring i forhold til integrering, og til etablering av mer helhetlige og samvirkende løsninger. Her øker tidsforbruket fordi flere aktører forutsettes å skulle samhandle i arbeidsprosesser knyttet til produksjon av dokumenter, og der dokumentasjonsarbeid og pasientarbeid er vevd tettere sammen. Informasjonsprosessen knyttet til henvisningsdokumentet på sykehuset framstår altså som mer komplisert enn på legekantoret. Vurderingstid for henvisninger synes å være en utfordring for sykehuset, og er et fenomen som til en viss grad minner om lang epikrisetid.

Som det framgår av resultatene fra kartleggingen av epikrisetid, er det flere faktorer som medvirker til at det kan ta lang tid før allmennlegen mottar epikrisen, men forhold knyttet til manuell skriving, og tiden det tar før sykehuslegen signerer epikrisen, synes å utgjøre den største tidsmessige barrieren i et samhandlingsperspektiv. Mangelen på samhandling må her forstås dit hen at allmennlegen ikke får epikrisen tidnok til å kunne benytte den i oppfølgingen av pasienten etter et sykehusopphold. Når det gjelder henvisningsdokumentet kan lang vurderingstid tilsvarende påføre pasienten unødig venting. Av mer åpenbare forhold som bidrar til slike forsinkelser, synes både personellsituasjonen for kontorpersoneil og legeressurser på sykehuset å ha betydning. Kontorpersoneil på UNN peker på at det periodevis

etableres forskjellige ”stasjoner” som utgjør flaskehalser, for eksempel når ferieavvikling og/eller vakanser gjør at skrivetjenesten er dårlig bemannet. Det pekes også på at det periodevis byr på problemer å holde epikrisetiden nede ved stort fravær av tilsvarende grunner blant legene (jfr også Fors & Ringberg 1998).

Papirarbeid versus direkte pasientarbeid

I forbindelse med overgang fra papirbasert til elektronisk dokumentasjon og utveksling av dokumenter, pågår det i likhet med på andre sykehus, relativt tunge organisasjonsutviklingsprosesser på UNN. De fleste prosesser er knyttet til integrering av en type elektronisk pasientjournal som inkluderer de dokumentasjonsbehov som springer ut av produksjon og utveksling av henvisninger og epikriser, med bakgrunn i at arbeid knyttet til de to dokumentene volummessig utgjør en dominerende del av det totale dokumentasjonsarbeidet til leger.⁵⁰ Et inntrykk som formidles av mine informanter og som forsterkes etter mine feltbesøk på sykehuset, er at de elektroniske redskapene synes å tilrettelegge for enklere samhandlingspraksis rundt de to dokumentene. Imidlertid fester det seg også et inntrykk av at dokumentasjonsarbeidet assosieres til det legene oppfatter som ”skjemaveldet”. Kontorpersonalet bekrefter inntrykket av at det har en tendens til å etableres et skille mellom ”papirarbeid” og ”direkte pasientarbeid”. Selv om henvisninger og epikriser ikke normalt oppfattes som en del av det tradisjonelle papirarbeidet i helsevesenet, gir legene likevel uttrykk for at det totale dokumentasjonsarbeidet tar for mye tid (jfr også Andersson et.al. 1999). Flere av informantene blant legene formidler en viss misnøye med det de mener er en generell nedgang i tid brukt på pasienter, og en økning i tidsbruk til medisinsk dokumentasjon.⁵¹ Men det fester seg også et inntrykk av at det gjerne er slike forhold som bidrar til at legene formidler positive forventninger til at de nye, elektroniske dokumentasjonsredskapene gjennom større grad av *integrering* skal redusere de mer åpenbare samhandlingsbarrierer, det vil si hovedsakelig for å redusere tidsmessige forsinkelser i utvekslingen av dokumentene. I dag oppfattes barrierene blant annet å oppstå ved at innholdet i papirdokumenter både skal dikteres, deretter skrives manuelt over i elektroniske

⁵⁰ I Norge skriver allmennlegene årlig rundt 2,9 millioner henvisninger til sykehus, og det er beregnet at det går med rundt 150 legeårsverk til å skrive henvisninger, mens det skrives rundt 3,8 millioner epikriser årlig (KITH 2002a/b).

⁵¹ En nyere undersøkelse viser at rundt 60% av lege-tiden benyttes til klinisk virksomhet, mens arbeid i tilknytning til pasientjournal, epikriser, henvisninger alene utgjør rundt 14% (jfr Dnlf 2000)

dokumentasjonsløsninger, og i neste omgang kopieres mellom dokumenter. Det at ikke all dokumentasjon lagres elektronisk, medfører at noen dokumenter må hentes fra fysiske arkiver før de kan nyttiggjøres i det daglige arbeidet.

5.3 Integrering av henvisninger og epikriser som en del av pasientjournalen

Henvisninger og epikriser gis som nevnt i dag en sentral plass i beskrivelser av tiltak for å utvikle mer formålstjenlige pasientjournalløsninger i elektronisk form, og som ved å utnytte de elektroniske redskapenes muligheter for integrering, skal bidra til bedre samhandling mellom allmennleger og sykehusleger. Det er da også godt dokumentert at henvisninger og epikriser har stor betydning som premiss for beslutninger som taes gjennom et behandlingsforløp, og at de må integreres bedre fordi de to dokumentene utgjør “... *an extremely important part of the patient’s record. It is unsatisfactory that in about a sixth of records non-involved readers felt that they had no clear understanding of the patient’s problem, diagnoses and management*” (Westerman et.al. 1990:449).

Integreringsbestrebelsene har altså som mål å gjøre de eksisterende programvarene på legekantor og sykehus i stand til ”å snakke sammen”. Det vil si at samhandlings- og organisasjonsutviklings tiltak skjer i en tid med relativt store endringer gjennom integrering og tilpassing av eksisterende dokumentasjonsredskaper som legger til rette for samhandling, både mellom avdelinger på sykehuset, og mellom sykehus og legekantor.

Et aspekt ved de utfordringer som er knyttet til integreringsarbeidet illustreres ved det som formidles i intervju med legene. På sykehusene insisterer legene på å opprettholde dikteringspraksisen relativt uforandret, mens allmennlegene rundt 1990 tok i bruk PC-basert journalprogramvare. Det vil si at allmennlegene gradvis sluttet å diktere pasientopplysninger i tilknytning til en konsultasjon, og begynte selv å skrive på tastatur. At allmennlegene begynte å skrive på tastatur, har sammenheng med at de har PC på samme plass som der de møter pasienten, og at det kan dokumenteres fortløpende. I dokumentasjonsarbeidet unngås da til en viss grad en omvei via kontorpersonalet. På legekantorene synes dermed overgang til elektroniske journaler å ha medført at allmennlegen i dag oppfatter PC som et formålstjenlig redskap. Imidlertid betyr ikke dette at kontorpersonalet ikke har befatning med dokumentasjonsarbeidet. Epikrisene må ofte redigeres etter at de er ankommet legekantoret, og i noen tilfeller skrives epikriseutdrag manuelt inn i journalen, eventuelt scannes inn og

redigeres elektronisk. På legekantor som i dag ikke mottar elektronisk epikrise, skriver kontorpersonalet inn utvalgte deler av epikriseinformasjonen som skal lagres i den elektroniske pasientjournalen. Imidlertid påpeker allmennlegene at de PC-baserte løsninger som gir mulighet for redigering og oppdatering av innholdet i pasientjournal med opplysninger fra epikriser, gir høyere kvalitet på legekantorjournalen.

Allmennlegene gir altså uttrykk for at økt fortrolighet med elektronisk og PC-basert dokumentasjon, og at de frigjør tid til det de oppfatter som mer givende arbeidsoppgaver. På sykehusene formidles ikke slike erfaringer, med den følge at diktering på UNN ikke på tilsvarende måte har opphørt. En forklaring sykehuslegene gir på at de fortsetter med å diktere, er at de fortsatt ikke oppfatter de elektroniske redskapene som tilstrekkelig formålstjenlig i sitt daglige virke. På legekantorene synes imidlertid selve programvareløsningene som ble utviklet også være mer tilpasset legenes arbeidssituasjon, mens sykehusenes elektroniske journalløsninger framstår mer som tilpassede tekstbehandlingsprogrammer (jfr også Markhus 2002). En norsk studie om bruk av elektronisk pasientjournal hos sykehusleger, viser da også at selv om det var tilgang i de elektroniske pasientjournalssystemene for 15 av 23 sentrale arbeidsoppgaver, så brukte legene kun systemene til 2-7 av 15 mulige oppgaver, og de bruker den elektroniske løsningen hovedsakelig for å lese og orientere seg om pasientopplysninger (Lærum et.al. 2002).

Mens 98% av allmennlegene bruker elektronisk pasientjournal aktivt i dag, synes muligheten ikke å bli utnyttet på sykehusene. Allmennlegene forklarer sin praksis med at de kan gjennomføre nødvendige undersøkelser under selve pasientbesøket, og derved kan dokumentere fortløpende. På legekantorene har systemene dermed vist seg å ha en effektiviserings- og belønningsgevinst som har motivert allmennlegene til å bidra også i utviklingen og tilpassingen av løsningene. Til tross for at det er brukt store ressurser på innføring av elektronisk journal på sykehus, synes altså fortsatt papirjournalen å være mest brukt. Dette hovedinntrykket formidles av mine informanter på sykehuset, både blant legene og kontorledere. Og i mine feltbesøk på sykehuset framtrer sykehuslegens arbeidsdag ofte som hektisk, og tilbøyeligheten til å benytte elektronisk pasientjournal påvirkes av flere og sammensatte forhold. Stadig nye elektroniske dokumentasjonsredskaper, eller endringer og oppdateringer av løsninger og programvarer, oppgis å stjele mye av den tiden sykehuslegen selv mener skal gå til pasientarbeid. Dette medfører at legene som oftest benytter den elektroniske journalen til å hente fram journalopplysninger raskt, til interne henvisninger til

røntgen og laboratorier, samt til å vedlikeholde informasjon om medikamenter på den enkelte pasient.

Sykehuslegene mener også at det tar for lang tid å få tilgang til den informasjon de har behov for, og ofte på grunn av datafeil eller passordrelaterte problemer. Det oppfattes som et paradoks at det brukes store ressurser på å sikre datasystemene mot innbrudd. Det etableres strenge regimer for tilgangskontroll, samtidig som det forventes store samhandlingsgevinster og høy brukeraktivitet. På sykehuset er det ikke uvanlig at helsearbeiderne må forholde seg til fem ulike systemer som krever egne passord for å logge seg på.⁵² En kontorleder med lang erfaring på sykehusets største avdeling kommenterer dette slik:

Problemet nå er jo at dersom legen skal jobbe med elektroniske journaler, så må de logge seg inn og ut av de ulike systemene, og det tar for mye tid. For det første er det for mange passord å huske, og så tar det veldig lang tid for dem. De kan ikke jobbe på den måten, det har de ikke tid til på dagtid.

Når de forskjellige systemene krever ulike passord som i tillegg må endres regelmessig, er det ikke uvanlig at lapper med passord ligger åpent tilgjengelig. Dette er et eksempel på lokal praksis som bidrar til at systemene likevel ikke blir sikre. Legekontor, sykehus, og enheter innenfor sykehuset har ofte ulike og atskilte dokumentasjonssystemer, noe som oppgis å vanskeliggjøre deling av dokumentasjon. Sykehuslegene sier også at de, på grunn av tilpassingsstrategier mellom nye og gamle løsninger, og kombinasjonsløsninger, ofte bruker for mye tid på å få tak i innleggelsesskriv og journal. Det har da også vist seg at selv om 93% av legene hadde datamaskiner på sine kontorer og i øvrige rom brukt til klinisk arbeid, ble de ofte hindret i å bruke dem fordi andre brukte dem (Lærum et.al. 2002).

Tilgangen på nødvendige dokumentasjonsredskaper på UNN viser generelt et skille mellom sengepostene og poliklinikker. Mens poliklinikkene oppgis å ha relativ akseptabel tilgang på egnede rom og PC'er som kan benyttes til medisinsk dokumentasjonsarbeid, er sengepostene ikke tilstrekkelig utstyrt med tilgjengelige fasiliteter. I likhet med beskrivelsen til Lærum et.al.

⁵² Ifølge Markhus (2002) er det ved St. Olavs Hospital i Trondheim involvert over 200 forskjellige systemleverandører (for eksempel ultralyd, røntgen, blodprøveanalysator) og det brukes i dag store ressurser på å lage "gateways" mellom systemene.

(ibid) oppstår det ofte situasjoner der legene ikke vil kjempe om tilgangen til en knapp ressurs. Både kontorpersonell og leger på UNN gir uttrykk for at særtrekk både ved de teknologiske redskapene, og romlige forhold, summerer seg opp til barrierer som ikke virker motiverende for bruk av de tilgjengelige redskapene, noe som påvirker tidsforbruket negativt.

Selv om lovverket nå gir adgang til full elektronisk pasientjournal, oppdateres alltid papirjournalen parallelt med den elektroniske, og sykehuslegene oppfatter det som ugunstig at de i praksis kan velge om de vil benytte elektronisk pasientjournal eller papirjournalen. Et eksempel på lokal tilpasning ved bruk av slike kombinasjonsløsninger er når et kirurgisk inngrep resulterer i en egen epikrise som benevnes ”operasjonsbeskrivelse”. Avdelingen som pasienten utskrives fra produserer da en egen epikrise som kopieres elektronisk etter hovedepikrisen som sengeavdelingen skal sende ut. En kontorleder kommenterer dette slik:

Det ble foreslått at de skal klippe og lime inn operasjonsbeskrivelsen på slutten av epikrisen. Det er det noen leger som ikke vil. Fordi at for det første synes de epikrisen blir veldig lang. Og det noen har argumentert med, er at når de godkjenner epikrisen, så godkjenner de også et dokument som er blitt flettet inn, og som en annen person har skrevet tidligere. Dermed blir det sånn at enkelte epikriser som du sender elektronisk, der må du også sende operasjonsbeskrivelsen i papir ved siden av.

Her påpekes det at kontorpersonalet ofte må innta rollen som buffer mellom legene og den elektroniske pasientjournalen. De må ofte inn og redigere fra legens diktatbånd til den skrevne tekst, fordi denne kan være preget av unøyaktigheter, gjentakelser eller mangelfulle setninger. Kontorpersonalet må da ta oppklaringsrunder med legene for å få rettet opp uklarheter i dokumentasjonen, og de kommer også med forslag til forbedringer i setningsoppbygging, noe som også er dokumentert som en svakhet forbundet med dikteringspraksisen (jfr også funn hos Orskaug 2002).⁵³

På sykehuset fester det seg et inntrykk av at legenes relativt beskjedne bruk av elektroniske redskaper også kan tilbakeføres til at såkalte administrative gjøremål oppleves som lite lystbetonte. Dette må ses i lys av at de pasientrelaterte oppgavene i seg selv etablerer en type

⁵³ Orskaug benevner dette som ”passe på doktoren-syndromet”.

”travelhetskultur” (jfr Kjekshus et.al. 1999). En liknende studie bekrefter at i løpet av legenes arbeidsdag ivaretas ulike administrative oppgaver *samtidig* som legene gjennomfører klinisk virksomhet, og at oppgavene regelmessig blir avbrutt av øyeblikkelig hjelp henvendelser (jfr Røhme og Kjekshus 2001).

Sykehuslegene karakteriserer også manglende bruk av tilgjengelige redskaper som et generasjonsproblem, slik vi finner det på de fleste samfunnsområder i dag. De yngre sykehuslegene benytter i større grad de elektroniske redskapene fordi de har de nødvendige kunnskapene fra før. Det formidles et inntrykk av at med økende alder øker transaksjonskostnadene forbundet med å sette seg inn i bruken av nye redskaper. En sykehuslege kommenterer i denne sammenheng hvorfor dikteringspraksis og begrenset bruk av elektroniske dokumentasjonsredskaper er typisk for sykehuset:

Kontorpersonalet er jo svært gode på data, mens vi leger først og fremst er her for pasientene. Det er nok et generasjonsproblem også, de yngre skriver jo på tastatur og slutter kanskje å bruke diktafon. Men det går utrolig mye tid med hver gang vi skal lære oss noe nytt innenfor data. Og ofte blir jo opplæringa bare halvveis unnagjort før noen caller på oss ... men det er klart de yngre legene, de får det jo inn fra starten.

Et inntrykk som fester seg i tilknytning til spørsmålet om integrering av løsninger for bedre samhandling mellom sykehus og legekantor, er at både allmennleger og sykehusleger oppfatter dagens løsninger som lite formålstjenlig slik de framtrer i dag. En allmennlege peker blant annet på at de lager papirbasert og delvis håndskrevet dokumentasjon som de distribuerer manuelt:

Det er mulig at det har litt med tankegangen vår å gjøre - at vi er litt treg. Det er jo mange ting som jeg synes er fordel med papir. Har du en papirepikrise så kan du skrive noen notater om hva som skal gjøres. Det er legene sitt ansvar og både lese epikrisene, og klippe og lime de inn, og der er vi vel sikkert litt forskjellig. Noen finner vel elektroniske former for å gi sånne meldinger også, men hos oss blir det jo til at du må ta fram et eget ark og skrive ei egen melding /.../ Det er jo for eksempel beskjed til hjelpepersonell om at de skal endre fast medisin, det er jo en post som er viktig å få gjort /.../ hvordan en skal videreformidle det til annet hjelpepersonell og andre leger.

I dette utsagnet formidles en forventning til at dokumentasjonsredskapene må integreres bedre, slik at delprosesser i det totale aktivitets- og oppgavespekteret ivaretas. På viktige områder er det arbeidsdeling mellom kontorphersonellet og allmennlegene, særlig gjelder dette for oppdatering av informasjon om medikamenter. Allmennlegene gir uttrykk for at det har skjedd en tilvenning til bruk av elektronisk journal når de skal nyttiggjøre seg innholdet i epikrisene. For eksempel når elementer fra en epikrise skal overføres til legekantorets journal for å sikre forsvarlig framtidig pasientbehandling:

Det var først uoversiktlig, men etter hvert er jeg blitt vant med å bla fort gjennom epikrisen på skjermen også, slik vi gjorde med papiret. Jeg blar meg nå raskt fram til det aktuelle, så hvis jeg for eksempel er interessert i blodprøver, så vil de stå der og jeg blar meg fort fram til dem. Jeg har begynt å venne meg til det, og synes det er en stor fordel nå.

En annen allmennlege gir uttrykk for at en barriere er blitt redusert ved overgang til elektronisk meldingsutveksling, og der legekantorets erfaringer kan overføres til bruk i sykehusene. Tidligere skrev kontorphersonalet på legekantoret inn i den elektroniske journalen det som legene hadde markert med markeringspenn når de hadde tid innimellom andre arbeidsoppgaver. På dette legekantoret er denne måten å arbeide på endret:

Det betyr at vi har hele epikrisen tilgjengelig i vårt datasystem. Og legen har nå tid til å gjøre jobben i motsetning til før når vi var avhengig av at sekretærene hadde tid til å skrive inn det vi hadde ´gula ut´. Pluss at vi da ikke hadde hele epikrisen tilgjengelig. Så nå har vi mye bedre tilgjengelighet på hele informasjonsmaterialet /.../ Når vi da tar i mot den enkelte epikrisen, tar det kanskje litt lenger tid pr. lege /.../ Papirepikrisene som jeg før leste gjennom og ´gulet ut´ – jeg er veldig glad for at vi er kvitt dem.

Gjennom mine feltbesøk både på legekantorene og på sykehusavdelingene - og via intervjuer og mer uformelle henvendelser - formidles det et inntrykk av at dokumentasjonsarbeidet på sykehuset er vevet inn i mer komplekse prosesser enn på legekantoret. Sykehusene står dermed overfor utfordringer som legekantorene synes å ha løst, men der disse erfaringene kan nyttiggjøres i arbeidet med å etablere og bruke nye løsninger på sykehuset.

Dobbelt bokholderi

Det synes likevel i dag som om sykehuslegene benytter elektroniske dokumentasjonsløsninger hovedsakelig for raskt å kunne hente fram nødvendige opplysninger, og at det er her de ser redskapenes fortrinn sammenliknet med rent papirbasert praksis, der pasientinformasjon må hentes fram fra fysiske arkiver. Dagens system karakteriseres av sykehuslegene som:

... dobbel bokføring, der vi får både papir og elektronisk, og må gå og sjekke at den kommer elektronisk. Nå begynner vi å stole at de kommer elektronisk ... nå begynner vi å bli mer vant med det. Men i starten så var det litt famlende, vi var vi i tvil om verdien.

Sykehuslegene gir samlet sett uttrykk for at papirdokumentet fortsatt har et fortrinn ved at det kan spres ut på et skrivebord når informasjon fra flere kilder skal sammenlignes, for eksempel i forbindelse med en diagnostisk utredning. Papirdokumenter oppfattes i slike sammenhenger som mer formålstjenlig å arbeide med, samt at det er enkelt å ta dem med seg. Inntil sykehusene har tatt i bruk journalprogramvare med løsninger som gjør det overflødig å ”spre papir på skrivebordet”, eventuelt tar i bruk bærbare løsninger og PC-skjermer også på pasientrommene, synes papirjournalen å oppfattes som mest formålstjenlig. Når det gis uttrykk for at papir foretrekkes, peker en sykehuslege på ”lesbarhet”:

Jeg synes jo det er tyngre å lese elektronisk på skjerm. Men det har jo kanskje noe med alderen å gjøre, det er mindre skrift og du bruker mer energi på å lese. Men da blir det jo enda viktigere at den er oversiktlig at det ikke blir masse unødig informasjon som du må lese.

For sykehuslegen som gjerne er vant til å bære dokumentasjon (”kurvebok”) med seg på visitten, har dette særlig relevans. Etter innføringen av elektronisk journal har noen leger på sykehuset begynt å benytte seg av anledningen til å skrive notater direkte inn i PC-løsningen, selv om de fortsatt oppgis å være i mindretall.

Papirdokumentasjon kan imidlertid bare eksistere på en plass av gangen, og undersøkelser viser at helsepersonell i ekstreme tilfeller har brukt opptil 40% av arbeidstiden på å lete etter journaler, røntgenbilder og andre prøvesvar (jfr Hovind 2001).⁵⁴ I noen tilfeller forblir journaler fullstendig utilgjengelige i kortere eller lengre tidsrom, for eksempel innelåst på et kontor, eller på andre utilgjengelige plasser. Så til tross for at det formidles positive forventninger til de nye dokumentasjonsredskapene, foretrekker mange sykehusleger fortsatt papirmediet. Det gis uttrykk for at papirjournalen fortsatt er mest velegnet når legen beveger seg rundt på sykehuset. De nevnte tilgjengelighetstreskler knyttet til mangfoldet av dokumentasjonsløsninger, passordrelaterte problemer og kjøproblemer, bidrar til at legene foretrekker å bære med seg papirdokumentasjon rundt på sykehuset. Kontorlederne peker imidlertid på at så lenge sykehuslegen ikke tilegner seg de nødvendige ferdigheter, vil kontorpersonellet alltid skrive raskere når de håndterer tekstbehandlingsprogrammer, noe som synes å bidra til å legitimere og vedlikeholde etablert praksis. På sykehusene synes selve programvareutviklingen å ligge noe etter enn det som er tilfellet med systemene som benyttes på legekontorene. Slike forhold illustrerer at teknologien gjerne påvirker og samvirker med måten virksomheten organiserer seg på. Arbeidet med innføring av elektronisk utveksling av henvisninger og epikriser vil representere ytterligere utfordringer ved at tiltakene skjer i en tid med relativt stor tilpassing, både organisatorisk og teknologisk. Arbeidet består både i å erstatte papirbaserte redskaper med elektroniske, samt i å integrere forskjellige teknologiske løsninger slik at de framstår som mer sømløse. Det vil si at løsningene må inngå i en integrert pasientjournaløsning der sykehus- og legekantorjournal ”snakker sammen”.

Et særtrekk ved dagens situasjon, er at de elektroniske dokumentasjonsredskapene både åpner for nye muligheter for samhandling og kommunikasjon mellom behandlingsnivåene, samt at særpregede barrierer eller ”flaskehals” gjør seg gjeldende. Tidsforsinkelser i utvekslingen av henvisninger og epikriser kan tilbakeføres til hvordan teknologi og sosial praksis er vevet sammen, og der *kombinasjonsløsninger* med både papirbaserte og elektroniske løsninger særpreger dagens situasjon.

⁵⁴ Dette har medført at legene kan benytte opptil 20-30 minutter hver dag på letingen, mens kontorpersonalet leter etter medisinsk dokumentasjon i opptil 2 timer hver dag, noe som medfører at 15-20% av pasient-journaler ikke er tilgjengelig når legen trenger dem (Hovind 2000).

Diskusjon

Kartleggingen av dokumentasjonskjeden antyder at fordelene med elektronisk utveksling av henvisninger og epikriser er at man sparer tid ved at man slipper den tradisjonelle postgangen, og at det oppstår særegne barrierer fordi papir og elektroniske løsninger benyttes side om side. Elektronisk forsendelse tar noe kortere tid sammenliknet med tradisjonell postgang, og arbeidsoperasjoner og kostnader knyttet til forsendelse og mottak blir borte. De elektroniske løsningene gir økt mulighet for *gjenbruk* av informasjonen, det vil si at en ikke må framstille ny informasjon eller nye data der det er lagret adekvat informasjon i systemene fra før.

Epikrisedokumentet synes imidlertid i større grad enn henvisningsdokumentet å inngå i et administrativt kompleks som innebærer innhenting av pasientjournal, diktering, overføring til skrivejeneste, tilbaketransport til lege for signatur, venting på prøvesvar og liknende. Det er også tidligere dokumentert at epikrisearbeidet synes å være et område som er lavt prioritert på sykehuset (jfr Otterstad 1986 og Geitung et.al. 1990). Med utgangspunkt i det informantene blant sykehuslegene formidler, kan det synes som om epikrisen har en tendens til å bli prioritert lavt på grunn av sin dobbelfunksjon, det vil si at den både skal være en melding til allmennlegen, samtidig som den er et internt "sluttdokument" for sykehuset.

Når det gjelder produksjon og mottak av henvisninger, så er dette dokumentet i større grad enn epikrisen integrert i behandlingsforløpet, og innebærer vurdering for konsultasjon eller eventuelt innleggelse. Hvorvidt raskere informasjonsutveksling er nødvendig, må sees i sammenheng med slike prosesser i behandlingsforløpet. Dersom de elektroniske løsningene har søkeverktøy innebygget, vil gjenfinning av informasjon kunne bli enklere. Slike muligheter kan stimulere til raskere saksbehandling, ved at prosessene integreres som en del av det daglige pasientjournalarbeidet på sykehuset.

Den elektroniske pasientjournalen synes så langt å ha blitt et formålstjenlig verktøy særlig for allmennlegen i pasientarbeidet, nettopp fordi den gir mulighet for å sammenstille og ordne data ved hjelp av elektronisk redigering. I tillegg har den relativt utstrakte anvendelsen av elektronisk pasientjournal over lang tid, gjort selve programvareløsningen som benyttes på legekantorene mer tilpasset arbeidsoppgavene. Samtidig kan allmennlegen, i motsetning til sykehuslegen, i mye større grad gjennomføre konsultasjon og dokumentere fortløpende uten å måtte forflytte seg fysisk under konsultasjonen. Sykehuslegen beveger seg gjerne rundt på

avdelingene i pasientarbeidet, og dette bidrar til å opprettholde diktering på sykehusene. Tilgangsproblemer på datamaskiner bidrar imidlertid også til at sykehuslegene fortsatt oppfatter elektroniske dokumentasjonsløsninger som mindre formålstjenlige enn det allmennlegene gjør.

Så langt har jeg forsøkt å belyse at det jeg betrakter som mer åpenbare samhandlingsbarrierer framtrer ved at redskapene som benyttes inngår i et relativt komplisert samhandlingsfelt. Det jeg her betrakter som barrierer oppstår fordi integrering og bruk av de elektroniske dokumentasjonsredskapene kun har fått begrenset utbredelse. Slike barrierer skyldes at særpreg ved de dokumentasjonsløsninger som benyttes veves sammen med organisatoriske forhold. Det at totalbildet viser at papir- og elektroniske løsninger ofte benyttes i kombinasjon, medfører at dokumentasjon lagres i begge medier. I seg selv kan dette betraktes som forhold som etablerer barrierer for samhandling, men i den forstand at de mål som myndighetene setter for utnyttelse av løsningene som ”samhandlingsteknologi”, ikke er innfridd i tilstrekkelig grad. Imidlertid formidles det likevel tiltro til at dette kan betraktes som overgangsproblemer, og at gevinster på *tidsdimensjonen* kan forventes etter hvert som redskapene prøves ut og justeres for de formål de er tiltenkt.

Myndighetene peker i hovedsak på at for lang tidsbruk i medisinsk dokumentasjon er et problem, men uten at mindre åpenbare forhold drøftes nærmere. Slike forhold omtales i mer generelle ordelag der beskrivelsene nevner at organisatoriske endringer på dette området synes å skje svært sakte, og at grunntrekkene i helsevesenets organisering synes å holde seg nokså stabile. Men analysen begrenser seg til å konstatere: ”... *at motkreftene ofte er sterkere enn endringskreftene /.../ problemene er vel så grunnfestet i holdningsmessige og kulturelle forhold som i systemmessige*” (SHD 1997:58-59).

I dette kapitlet har jeg forsøkt å beskrive det empiriske ”landskapet” som skal undersøkes nærmere i de to neste kapitlene. Dette for å gi en ”status-rapport” i en tid der redskapene er under omlegging. Formålet har både vært å vise hvordan henvisninger og epikriser genererer informasjon til pasientjournaler, samt å vise at det oppstår noen særegne samhandlingsbarrierer i dag. Slike barrierer må antas å svekkes ved at løsningene i framtiden i større grad tilpasses og integreres for mer ”sømløs” bruk. De forhold jeg har beskrevet foran betrakter jeg som mer synlige og åpenbare forhold knyttet til ressurser og redskaper. I det neste kapitlet undersøker jeg hvordan tiltak for bedre samhandling begrunnes og skal bidra til

å endre mindre åpenbare samhandlingsbetingelser. Jeg sikter da til det jeg betrakter som *kunnskapsmessige* betingelser. Slike tiltak begrunnes i hovedsak med at mere målbare forhold som tidsbruk henger sammen med mindre åpenbare forhold. Et grunnleggende forhold er som nevnt at allmennlegen og sykehuslegen praktiserer med utgangspunkt i to forskjellige pasientgrunnlag. De to legegruppene anvender derved to forskjellige kunnskapsmessige tilnærminger til medisinsk dokumentasjon. De anlegger altså hvert sitt særegne perspektiv på medisinsk dokumentasjon, noe som påvirker deres syn blant annet på om dokumentasjonsoppgavene skal prioriteres framfor andre oppgaver, samt at det påvirker hvordan legene forholder seg til ulike *innholdsmessige* aspekter.

6 KOLLEGIALE SAMHANDLINGSBETINGELSER

Innledning

Så langt har jeg gitt en mer skjematisk framstilling av det empiriske landskapet, for derved å illustrere særpreg ved praksisfeltet. Dette er i dag preget av at dokumentasjonsredskapene framstår som ”kombiløsninger” der det gis stor individuell frihet i forhold til å se betydningen av tidsbruk, samt i forhold til innholdsmessig variasjon. Til en viss grad må svakheter som hefter ved dokumentasjonen tilbakeføres til at elektroniske løsninger kun har nådd begrenset utbredelse. Men et forhold som også synes å påvirke her, er at dokumentasjonsarbeidet ikke prioriteres på samme måte som ”direkte pasientarbeid”. Dette forholdet kan oppfattes som et aspekt ved det som kjennetegner legers faglige forståelse, det vil si i den forstand at de ikke oppfatter ”papirarbeid” som det som sorterer under deres arbeidsoppgaver.

Tiltaksarbeid på dette området tar gjerne utgangspunkt i slike forhold, og det at sykehuslegen og allmennlegen praktiserer med utgangspunkt i et noe forskjellig pasientgrunnlag på legekontor og på sykehus. Når da den enkelte lege anlegger sitt særegne *kunnskapsmessige* perspektiv på medisinsk dokumentasjon, så kan dokumentasjonen framtre som preget av vilkårligheter fordi det ikke er etablert tilstrekkelig forståelse mellom de to legegruppene om hva som er god dokumentasjon. Det vil si i forhold til hvor viktig dette arbeidet er, eller til betydningen av faglige sider ved innholdet. For eksempel vil den høyt spesialiserte organlegens oppfatninger om epikrisens betydning og om utformingen, preges av at nettopp denne legen har en særegen kunnskapsmessig spesialisering, og der spesialiseringen er tilpasset spesifikke pasientgrupper eller sykdomsyringer.

I det følgende anvender jeg mine informanternes erfaringer om hvordan tiltak for å dempe innslaget av eventuelle *vilkårligheter* i dette praksisfeltet preges av det jeg oppfatter som kollegiale samhandlingsbarrierer. Jeg tar altså utgangspunkt i at samhandlingsbetingelser grunnleggende kan formuleres som et spørsmål om hvorvidt slike legeinterne forhold gjør seg gjeldende.

Medisinsk dokumentasjon og medikratiet

Når samhandlingen på dette feltet oppfattes som påvirket av forhold som kan tilbakeføres til det såkalte "medikratiet", kjennetegnes som nevnt forholdet mellom leger av en viss gjensidig kollegial kontroll, og der hver faginnretning eller spesialisering kan sies å utgjøre et lokalt nettverk. Dette nettverkets rolle er fortrinnsvis å sørge for at legen forblir tro mot den generelle legekulturen: *"Nettverket spiller en kontrollerende rolle. Det gjør det ved at leger ser og bedømmer hverandre, faglig såvel som etisk, og ved at bedømmelsen fører til at kollegial makt og anseelse gies og frataes. 'Riktig' adferd belønnes, uheldig adferd fører til tap av rang og til en større eller mindre grad av kollegial marginalisering"* (Berg 1991:150).

I varierende grad vil denne typen påvirkning gjøre seg gjeldende, ved at en faglig bedømming ledsages av en "etikk" som skal styrke kollegiets anseelse vis a vis omgivelsene. Når for eksempel allmennlegen er usikker på om en pasient skal henvises videre, da kan en henvisning oppfattes slik at det er knyttet usikkerhet til hvor et gitt medisinsk problem hører hjemme. Det vil si om det kan ferdigbehandles på legekontoret, eller om problemet skal henvises til et sykehus. Når det gjelder henvisninger vil oppfatninger om hva som er relevant å ta med og hvordan utformingen av dokumentet skal være, variere alt etter hvilket faglig ståsted legen har, altså om legen er allmennlege eller sykehuslege. På samme måte vil forventninger om hva som er adekvat utforming av en epikrise, variere med hvilket faglig ståsted legen har.

Når det i dag iverksettes tiltak for bedre samhandling mellom sykehusleger og allmennleger, vil slike forhold utgjøre mer eller mindre uttalte premisser. I studier som har sett på hva som kjennetegner allmennlegens henvisninger til sykehus, tegnes det et bilde av til dels store variasjoner i henvisningsmønster fra lege til lege. Slike variasjoner følger både særtrekk ved

pasientpopulasjoner, særtrekk ved legepraksiser eller trekk ved legene, det vil si alder, kjønn eller type spesialisering. Og studier som har undersøkt slike særtrekk ved forskjellige legepraksiser, viser også at eventuelle sammenhenger synes å være noe svake og motstridende (jfr Paulsen 1991).

Men selv om det i liten grad har vist seg mulig å påvise stabile henvisningsmønstre, og dersom en ser bort fra at henvisninger begrunnes med åpenbar ressursmangel (utstyr og diagnostiske hjelpemidler), så framstår imidlertid *faglig usikkerhet* hos allmennlegen som en viktig side ved det som påvirker samhandlingsfeltet. Det vil si at relasjonen mellom allmennlegen og sykehuslegen påvirkes av at allmennlegene oppgir usikkerhet når de skal sette en tentativ diagnose. Og det er dette forholdet allmennlegen selv mener oftest utløser en henvisningsbeslutning. Studier dokumenterer at i hovedsak dreier henvisningene seg om usikkerhet i forhold til å sette en diagnose, slik at allmennlegens generelle behov for å få bistand fra mer spesialisert *diagnostisk* kompetanse oftere er henvisningsgrunn enn behov for *terapeutisk* kompetanse (jfr Fretland 1991). Andre studier dokumenterer at når det gjelder *samsvar* i diagnose mellom allmennlege og sykehuslege, så viser samsvaret legegruppene seg imellom å avta jo mindre entydig den medisinske tilstanden syntes å være. Jo mer diffuse tilstander allmennlegen vurderte, jo høyere var henvisningstilbøyeligheten, for eksempel viser det seg at for pasienter som senere ble gitt diagnosen fibromyalgi, var bare 20% henvist under denne diagnosen (jfr Gran 2001).

Når en pasients behandlingsforløp her betraktes som en dokumentasjonskjede, innebærer dette også at allmennleger og sykehusleger opererer i en *beslutningskjede*: når for eksempel pasienten har valgt å oppsøke sin fastlege, innebærer dette at ansvaret for videre beslutninger i stor grad overlates til denne. Allmennlegen forventes da å ta beslutning om eventuelt å behandle pasienten selv, eller om andre behandlingsinstanser må kobles inn. Allmennlegen befinner seg da i en mer eller mindre ”åpen” beslutningssituasjon (jfr Mechanic 1968).

Dersom allmennlegen derimot beslutter å behandle pasienten selv med den kunnskap og de hjelpemidler han har til rådighet, kan konsultasjonen avsluttes på legekantoret. Dersom pasienttilfellet ikke kan sluttbehandles på legekantoret, anser ikke allmennlegen at eget kunnskapsgrunnlag er tilstrekkelig for å foreta de nødvendige medisinske beslutninger. Allmennlegen kan da beslutte å innhente råd eller supplerende støtte, eller eventuelt å henvise pasienten videre til kompetanse som er mer spesialisert.

En forutsetning i min tilnærming er dermed at relasjonen mellom allmennleger og sykehusleger utgjør et hierarkisk beslutningssystem. Forutsetningen hviler altså på at det er ved sin beslutning om å henvise en pasient videre, at allmennlegen viser at det noen ganger kan være knyttet usikkerhet til eget kunnskapsgrunnlag. Det vil si at det samtidig, implisitt innrømmes at sykehuslegen besitter en type kunnskap som potensielt kan avhjelpe denne usikkerheten. Relasjonen framstår som et ”medikrati”, der toppen av hierarkiet besitter en type kunnskap som er eksklusiv for visse typer medisinsk problemløsning og beslutningstaking. Allmennlegen befinner seg altså i et *avhengighetsforhold* til sykehuslegen når beslutninger skal tas (Berg 1987).

Poenget her er at allmennlegene og sykehuslegene synes å ha ulike oppfatninger om hva som er adekvat kunnskapsanvendelse i medisinen, og derved om hva som skal oppfattes som relevant dokumentasjon. Det vil si at når de i sine respektive roller skal benytte dokumentasjonen som underlag for videre beslutninger, synes det altså å være vanskelig å peke på hvilke kriterier som skal gjelde. Å etablere mer entydige kriterier for samhandling rundt henvisninger og epikriser har da også vært en del av et løpende tiltaksarbeid i helsevesenet de siste tjue åra. I det følgende undersøker jeg med utgangspunkt i intervjudata fra allmennleger og sykehusleger hvordan legene selv oppfatter samhandlingsbetingelser som et produkt av at de arbeider i et medikrati. Jeg har som nevnt i metodekapitlet intervjuet leger som alle har erfaring fra forskjellige tiltak for å forbedre samhandlingsbetingelsene knyttet til utveksling av medisinsk dokumentasjon. Det vil si at analysen av intervjumaterialet avgrenses til noen konkrete tiltaksområder som har relevans for slikt forbedringsarbeid.

Jeg vil i hovedsak referere til to typer samhandlingstiltak som har vært anvendt for å endre betingelsene for samhandling mellom allmennleger og sykehusleger, og med spesiell relevans for medisinsk dokumentasjon. Dette tiltaksarbeidet har bestått i forsøk på å etablere *standardiserte dokumentmaler for epikriser og henvisninger*, samt utvikling og bruk av *medisinske prosedyrebeskrivelser* som allmennlegene kan benytte for å forfatte mer treffsikre henvisninger til sykehus. Disse tiltakene har inngått som en viktig del av det nevnte PKO-

arbeidet⁵⁵ som har pågått de senere år, og jeg formidler dermed mine informanternes erfaringer på dette feltet.

6.1 Særpreget ved samhandlingsbetingelsene for henvisninger og epikriser

Før jeg anvender de nevnte tiltakene som eksempler i analysen, belyser jeg innledningsvis hvordan feltet i utgangspunktet preges av uklarhet med hensyn til arbeidsdelingen mellom sykehuset og legekantoret. Her beskriver jeg først særpreget knyttet til samhandling rundt henvisningsdokumentet og deretter tilsvarende for epikrisedokumentet. I sum skal beskrivelsen av slike forhold tjene som en innledning til en beskrivelse av hvordan mindre åpenbare forhold påvirker samhandlingen mellom allmennleger og sykehusleger. De medisinskfaglige og kollegiale forhold vil være vevet sammen på en slik måte at de ikke er umiddelbart tilgjengelige.

Henvisninger: særtrekk ved samhandlingsbetingelsene

Når det gjelder vurdering av henvisninger på sykehuset, gir mine informanter på sykehuset uttrykk for at det er noen få avdelingsoverleger som vurderer henvisninger fortløpende, og at dette gjerne er leger som har deltatt i prosjekter eller tiltak med målsetting om å korte ned ventetider generelt. Både kontorlederne – som her har en svært strategisk ”utkikkspost” til rutinene på avdelingene – og avdelingsoverlegene, bekrefter dette. Derfor har det i årenes løp, og med ujevne mellomrom, vært gjennomført tiltak for å endre rutiner i retning av fortløpende vurdering av henvisninger. Sykehuset har imidlertid ingen institusjonaliserte ordninger som regulerer dette forholdet, og i følge kontorleder er det slik at dersom vurderingsansvarlig lege ikke er borte fra jobb i mer enn en uke, så delegeres sjelden vurderingsansvaret til annen kompetent lege.⁵⁶ Slike forhold manifesterer seg gjerne som lokale variasjoner i vurderingspraksis.

⁵⁵ Jfr fotnote 6 på side 13 om allmennleger som hospiterer på sykehusavdelinger for å etablere større felles problemforståelse som grunnlag for samhandlingstiltak.

⁵⁶ Kontorleder sitter i avdelingens lederteam og har ansvaret for flere titalls ansatte på avdelingens skrivejeneste. De formidler at de benytter flere strategier for å få ned ventetidene på vurderinger, slik at ikke skrivejenesten skal innta rollen som ”flaskehals” eller ”syndebukk”. Blant strategiene inngår både å true med ”å si fra til direktøren” eller ”å godsnakke med rette vedkommende overlege”.

Imidlertid peker sykehuslegene på at kvaliteten på innholdet i henvisningene i seg selv utgjør et forbedringsområde, ved at gode henvisninger bidrar til at de lettere klarer å luke ut de som vurderes som unødvendige. Fra sykehuslegens ståsted medfører dette en forenkling av vurderingsarbeidet som i neste omgang kan gi kortere svartid. I hovedsak oppfatter sykehuslegen dette som et problem knyttet til særskilte medisinske fagområder:

Jeg kan ikke si at hoveddelen av henvisningene er dårlig, men jeg kan nok si at mitt inntrykk er at på enkelte fagfelt så henvises det for mange pasienter, problemstillinger som man må vite ikke vil komme noe mer utav, der henvisningen er en måte å bli kvitt et problem. Og det er jo særlig innenfor ortopedi, og der føler jeg at henvisningen er en måte å bli kvitt en pasient på. Få en utsettelse, få tida til å gå, i stedet for å ta tak i problemet. Og det utgjør ei veldig stor belastning for ventelistene, i forhold til de pasientene som virkelig trenger et tilbud.

Allmennlegene på sin side peker på at flere forhold kan forklare at henvisningene kan synes dårlig begrunnet. Noen ganger opplever de for eksempel press fra pasientene eller pårørende, og i noen tilfeller vurderer de det slik at en henvisning i seg selv kan begrunnes med at den kan virke terapeutisk ved at den fører til mindre bekymringer hos pasienten. Allmennlegen uttrykker dette slik:

Hver avdeling har sine grupper pasienter som man kanskje ikke har noe eksakt behandlingstilbud til, og kanskje det ikke er så mye å gjøre med det. Men når folk har vært arbeidsufør og sykemeldt – og en del av dette er unge folk, så synes jeg at vi må kunne få en second opinion, en spesialistvurdering. Ender de opp med samme vurdering som oss er det helt greit, pasienten føler at de er grundig utredet ...

Allmennlegene peker på at deres henvisningstilbøyelighet også vil kunne variere med demografiske forhold, for eksempel ved at nærhet til et spesialisert tilbud som UNN som universitetssykehus representerer, kan forårsake økt henvisningstilbøyelighet. Sykehuslegene gir også uttrykk for at de opplever slike variasjoner mellom forskjellige legepraksiser i sykehusets nærområde, og at noen legekantor synes å være overrepresentert på enkelte medisinske områder. Slike forhold er også dokumentert som et typisk trekk ved legepraksiser i tett befolkede byområder, og der det gjerne utvikler seg teigdeling mellom forskjellige praksistyper. I en engelsk undersøkelse fant man også variasjoner som peker mot at

allmennleger som ervervet seg mer spesialisert kompetanse og var drevet av spesiell interesse for et medisinsk område, tenderte å henvise oftere på sine områder enn kolleger som ikke hadde slike spesialinteresser (jfr Reynolds et.al. 1991). Det er også dokumentert at mer erfarne leger henviser sjeldnere enn yngre og mer uerfarne, der det imidlertid også påpekes at for en del alvorlige sykdommer kan for sen henvisning være et større problem enn for hyppig (jfr Thorsvik 1986).

For å redusere innslaget av at slike vilkårligheter framstår som begrunnelse for å sende henvisninger, forsøker allmennlegene tidvis å benytte telefonhenvendelser for å øke treffsikkerheten når de skal henvise. Det er spesielt når kommunikasjonsbehovet oppleves som akutt at telefon benyttes i stedet for å sende skriftlig dokumentasjon. Her gir imidlertid allmennlegene uttrykk for frustrasjon over at de ikke får tak i sykehuslegen, samt at de gir uttrykk for at telefonhenvendelser ofte fører dem ut på det de kaller en "runddans" for å få tak i riktig fagperson på sykehuset:

... det å ringe og diskutere en problemstilling [...] er ikke bestandig så lett. Det at enkelte avdelinger kan være litt vanskelig å komme igjennom til.

Men det gis også uttrykk for at enkelte sykehusfag synes å være mer åpne for henvendelser:

... vi vet jo gjennom år hvilken avdeling vi kan kontakte og spørre [...] det er jo egentlig ikke noen avdelinger som fungerer greit – men, sånn som i endokrinologi hvor det kommer inn stoffskiftesykdommer – der er det en overlege som jeg tror vi bruker alle sammen hvis vi har problemer vi ikke får til, fordi vi kommer rett gjennom, vi får legge fram vår sak, vi får svar på det, og det tar mye kortere tid.

I tillegg til at tilgjengeligheten synes å være noe personavhengig, gir allmennlegene uttrykk for at et relativt nytt trekk som i økende grad synes å prege samhandlingen, er at enkelte avdelinger etablerer nye rutiner som oppfattes som forsøk på å begrense henvendelsene fra allmennlegene:

Vi fikk jo nettopp et skriv fra blant annet hjertemedisinsk avdeling hvor de ønsker at alt av telefoner utenfra skal kanaliseres via den som har vakt på 'medisin'. Men den som har vakt på 'medisin' trenger ikke å være hjertemedisiner, og da må vi via, via,

via ... Det opplever vi jo da når vi ringer til sentralbordet og ber om å få snakke med en spesiell person – hjertemedisiner – at de kan komme dragende med andre spesialister som vi kan snakke med, og som vi selvfølgelig kan snakke med. Men det blir jo så veldig mye telefoner, og så mye vi må ordne opp i før vi får hjertemedisinsk ...

Sykehuslegene på sin side påpeker at henvisningene fra allmennlegene preges av at de mer diffuse medisinske tilstander utgjør en særskilt utfordring for kommunikasjonen mellom de to legegruppene. Det pekes her på at i noen tilfeller der henvendelsene først har vært gjort pr. telefon og senere kommer i form av en skriftlig henvisning, så synes noen allmennleger å benytte nokså dramatiske formuleringer der dette ofte viser seg å være unødvendig. Sykehuslegen gir uttrykk for at slike variasjoner ikke nødvendigvis reflekterer reelle behov og prioriteringer. Sykehuslegene gir uttrykk for at de oppfatter svært mange av disse henvendelsene som ”for sikkerhets skyld” henvendelser. Alle slike innslag av vilkårlighet i dokumentasjonens innhold, skaper utfordringer for samhandlingen mellom de to legegruppene.

Mine informanter i begge legegruppene peker på at slike særtrekk ved samhandlingsbetingelsene illustrerer at det kan være vanskelig å bestemme entydig hvordan tiltak skal utformes, og eventuelt hvilke kriterier som skal gjelde for henvisninger til sykehuset. Imidlertid er det i dette diffuse landskapet samhandlingen mellom allmennleger og sykehuslegene skal foregå. I sum peker slike forhold mot at forskjellige legepraksiser kan representere svært uensartede henvisningsmønstre, der det kan være overhyppighet på henvisninger på ett område, samtidig som hyppigheten er for lav på andre områder.

Forholdene som er beskrevet over vil utgjøre normaltilstanden i dette samhandlingsfeltet, også mellom legekantor i mitt intervjuområde og UNN, der det også er dokumentert at henvisninger kan vise seg å være direkte unødvendige, og at de ikke sjelden utgjør et svakt vurderingsgrunnlag for sykehuslegen (Ringberg et.al. 1999). Mine informanter blant sykehuslegene tilskriver dette at det ikke har vært etablert mer formaliserte rutiner for kommunikasjon mellom partene om hva som skiller en god og treffsikker henvisning fra en dårlig. Her argumenterer særlig allmennlegene for behovet for å kartlegge hva som særpreger dagens variasjoner i sykehuslegenes vurderingspraksis. Men i sum gis det uttrykk for at

eventuelle tiltak forventes å gi en indikasjon på hvilke tiltak som kan bidra til å dempe inntrykket av vilkårlighet.

Epikriser: særtrekk ved samhandlingsbetingelsene

Problembeskrivelser som omhandler dette praksisfeltet har lenge pekt på at særlig representerer epikrisedokumentet en utfordring i samhandlingen mellom sykehuset og legekantorene. Ofte tar det urimelig lang tid før epikriser kommer til legekantoret, med den følge at viktige deler av innholdet ikke lenger er aktuelt, for eksempel opplysninger om dosering av medikamenter (SHD 2001). Undersøkelser om praksis knyttet til oppdatering av innholdet i pasientjournaler viser at i enkelte tilfeller kan det gå uker mellom en pasientundersøkelse og oppdatering av relevant informasjon i sykehusets pasientjournal.⁵⁷ I neste omgang forplanter dette seg videre, og framstår som mangler ved innholdet i epikriser som sendes til allmennlegen, for eksempel når viktige undersøkelsesresultater ikke omtales i epikrisen. Dette kan oppfattes som relativt alvorlige svakheter sett i et samhandlingsperspektiv, fordi ”... *denne type kunnskap vil erfaringsmessig tape seg bort, den vil ikke bli overført til andre ...*” (Haldorsen & Larsen 2000:3425). Utsagnet illustrerer at et behandlingsforløp kan oppfattes som en dokumentasjonskjede: vital informasjon fra et sykehusopphold dokumenteres både i sykehusets pasientjournal og overføres i form av epikrise, og der kjerneopplysninger fra epikrisen lagres i pasientjournalen på legekantoret. Dersom opplysninger mangler i legekantorets pasientjournal, vil allmennlegen måtte basere seg på et dårligere vurderingsgrunnlag dersom en eventuell reinnleggelse er nødvendig.

At det går lang tid mellom utskrivning av pasient ved sykehuset til allmennlegen mottar epikrise, er altså oppfattet som et generelt problem i utvekslingen av dokumentasjon mellom legekantor og sykehus. En undersøkelse fra 1990 viste at for et utvalg pasienter var gjennomsnittlig epikrisetid 28 dager fra utskrivingsdato til epikrise kom. Det forelå imidlertid ingen skriftlig informasjon fra sykehuset for 38% av disse når de kom til allmennlegen første gang etter utskrivning. Allmennlegene rapporterte at det var uklarhet om kontrollopplegget hos 44% av pasientene og om den medikamentelle behandlingen for 25% (Geitung et.al. 1990).

⁵⁷ I ett tilfelle var en pasient innlagt i 24 døgn uten at det var gjort noe journalnotat i tidsrommet. Gjennomgang av 177 pasientjournaler viste at i 67 tilfeller var røntgensvaret ikke anført i journalnotat, mens i 57 av tilfellene var ikke undersøkelsesresultater omtalt i epikrise (jfr Haldorsen & Larsen 2000).

Lang epikrisetid synes altså å påvirke innholdet og gi lavere informasjonsverdi fordi informasjonen kan være ”gått ut på dato”. Dette er et også et problem vi kjenner fra andre land. I en undersøkelse fra Nederland fant man at median tid for epikriseutsendelse varierte mellom 11 og 46 dager for fire ulike sykehusavdelinger (Westerman et.al. 1990:448). I en engelsk undersøkelse fant man at 88% av epikrisene ble mottatt innen sju dager etter utskrivning, mens kun 12% ble mottatt innen en uke etter utskrivning (Penney 1988). På Vest-Sjælland i Danmark ble det i 1999 foretatt en tilsvarende registrering, og her ble 44% av epikrisene mottatt innen 3 dager, 62% ble mottatt innen en uke etter at pasienten ble utskrevet, mens i seks prosent av tilfellene gikk det mer enn to uker før epikrise ble mottatt (Sundhetsutvalget 1999).

Det er naturlig nok allmennlegene som i intervjuene bekrefter at epikrisen framstår som et ”problembarn” og en gjenganger. Flere av informantene peker på at når liggetiden på sykehusene i dag stadig blir kortere, så medfører dette at kravene til medisinsk oppfølging i hjemmemiljøet øker. Dette får forsterket aktualitet i dag med en økende andel eldre pasienter med særskilte behov for oppfølging og rehabilitering etter sykehusopphold. På samme måte som for vurderingstid for henvisninger, fester det seg et inntrykk av at eventuelle problemer knyttet til tidsforbruk i epikrisearbeid må tilbakeføres til sykehusinterne forhold, og der sykehuslegene bekrefter at det gjerne oppstår et motsetningsforhold mellom ”papirarbeid” og ”direkte pasientkontakt”. Kontorlederne med lang erfaring fra sykehusets forskjellige avdelinger har her en sentral utkikkspost til denne typen oppgaver, og bekrefter inntrykket av at visse arbeidsoppgaver utsettes og blir offer for ”skippertak”. Samtidig bekrefter sykehuslegen at lang epikrisetid er oppfattet og erkjent som et kjerneproblem i dette samhandlingsfeltet.

Når allmennlegen formidler sitt syn på de utfordringer som reises på dette området, pekes det ikke bare på tidsbruken som et problem:

Det typiske er liksom formen på epikrisen. Tidligere har det vært slik at vi stort sett har fått en epikrise tilbake der tre fjerdedeler er kjent informasjon. Det er altså et resymé av det vi kjenner til av tidligere sykdommer og problemstillinger. Så står det kanskje i tillegg ´behandling´ og ´undersøkelser´ som har vært gjort på sykehuset. De rutine-tingene som står først i epikrisen, de burde vært kuttet ut. Man kunne lagd to – tre linjer med resyme over hva som tidligere har vært gjort. I dag står flere

undersøkelser og masse som du ikke trenger. Det vi må ha opplysninger om er jo hva man har gjort med pasienten på sykehuset, hva slags undersøkelser som har vært gjort og en konklusjonen, samt hva det er som er vårt samarbeid videre omkring denne pasienten, det vil si oppfølging.

Allmennlegen gir altså uttrykk for at epikrisene både er for omfattende og for lite presise, men at det spesielt er redegjørelse for medisinske undersøkelser som er gjort som savnes, og at det må formuleres en mer presis konklusjon som gir bedre holdepunkter for allmennlegens oppfølging av pasienten.

Sykehuslegene er imidlertid ikke villig til å innrømme at de har en lemfeldig holdning til epikrisearbeidet. De peker på at allmennlegene i for liten grad ser de variasjoner som et gitt sykdomstilfelle kan representere, og at de har overdrevne forventninger til hva sykehuslegenes jobb egentlig innebærer. Sykehuslegen peker på at ”jo mindre faget er”, jo enklere er det å framstille en epikrise der det vil være sammenfall i framstillingen og allmennlegens forventninger. Epikrisene framstår da som enklere i flere betydninger: å ta unna epikriser som har en tendens til å hope seg opp i stabler på skrivebordet framstår da som en mindre belastning. Og jo mindre de nødvendige, medisinskfaglige overveielser er i et pasienttilfelle, jo raskere tar sykehuslegen unna diktering av epikrisen. Sykehuslegen peker på at de diagnostiske overveielser som må gjøres i det enkelte pasienttilfelle blir vanskeligere avhengig av ”hvor mange sykdommer du kan ha i ett organ”, samt hvor diffuse plagene som rapporteres har vært:

Det er slike ting som spiller inn. En pasient som kommer inn til oss med akutt blindtarmbetennelse som blir operert samme kveld og skrevet ut neste dag – der er ingen andre diagnostiske overveielser. En slik epikrise kan bestå av en linje: pasienten kom inn med funn forenlig med ´akutt apendicitt´. Han ble operert og reiste hjem med avtale om å fjerne stingene om fjorten dager. Ingen kontroll – Vennlig hilsen ! Dette er en kort epikrise, mens derimot en pasient som har ligget inne med diffuse magesmerter, litt her, litt der, litt leverprøver forhøyet, litt nyreprøver forhøyet, som så har normalisert seg – så stiger blodsukkeret, så får du vondt i en arm, så får du hodepine og har litt feber i noen dager. Så stiger senkingen. Dette er jo symptomer på hva som helst, alle sykdommer i hele medisinen.

Sykehuslegen gir også uttrykk for at epikriser er viktige og nødvendige for allmennlegene, men ut fra andre forutsetninger enn det allmennlegen legger til grunn. Dette illustreres blant annet ved at kirurger insisterer på at operasjonsbeskrivelsene må være med som vedlegg til epikrisene, mens allmennlegene formidler at de ikke har behov for slike beskrivelser. En allmennlege som har deltatt i flere fagutviklings- og samhandlingsprosjekter peker på at dette fenomenet er illustrativt. Allmennlegen sier om operasjonsbeskrivelsene:

Ja - kjekt å ha - men jeg trenger den egentlig ikke. Men kirurgene synes det er veldig viktig å få ut operasjonsbeskrivelsene ...

Sykehuslegen understreker at *formelt* er epikrisearbeidet gitt høy prioritet fordi dette er et kjent problemområde som gjelder svært mange sykehus, og som avdelingsoverlegene er pålagt å drive forbedringsarbeid på. Men i det daglige blir det ofte slik at de mer ideelle mål for virksomheten kolliderer med praktiske hensyn, blant annet fordi de legene som har høyest kompetanse og lengst erfaring prioriterer mer direkte pasientrettet arbeid. Dermed er det ikke alltid de som dikterer innholdet i epikrisen:

Mye av problematikken ligger i at epikrisen dikteres – er høyt prioritert – men dikteres av folk som sannsynligvis ikke vet hva som er den viktige informasjon som skal gå ut til allmennlegene. Og da tror jeg at man kunne løse en del av det problemet med at de prioriterte å diktere epikrisene sjøl.

Selv om sykehuslegen påpeker at det selvfølgelig er uheldig at andre enn den som har hatt befatning med pasienten dikterer epikrisen, og at dette arbeidet kan oppfattes som en lavere prioritert oppgave, så forsvares en slik praksis med at også de uerfarne legene må trene seg i å diktere epikriser.

En erfaren kontorleder formidler at de eldre overlegene har en tendens til å delegere arbeidsoppgaver til assistentlegene – ikke bare medisinsk dokumentasjon, men også mindre populære vakter, for eksempel poliklinikkvakter. Både informanter blant sykehuslegene og kontorlederne på sykehuset bekrefter at poliklinikkarbeid har noe lavere status på sykehuset fordi ”det minner om legekantor”. På poliklinikkene er det høyere pasient-turnover, noe som medfører økt dokumentasjonsbelastning, for eksempel det å forfatte poliklinikk-epikriser. Dermed utvikles tendenser til å delegere dette arbeidet til assistentlegene, det vil si

sykehusleger i utdanningsstillinger. Kontorlederne mener at særlig for disse stillingene synes dokumentasjonsarbeidet å hope seg opp:

Det er bare sånn, vi kan like det eller ikke, det er forskjell på legene hva de har å gjøre. Det er særlig assistentleger det her ofte gjelder, de har mye mer å gjøre enn de andre overlegene. Så det er klart, det kan godt hende at de har så mye arbeid at de ikke klarer å få det unna. Men det har noe å gjøre med hvordan de organiserer sin arbeidsdag. Helt klart.

At dette arbeidet synes å ha noe lavere status bekreftes ved at assistentlegene generelt benytter mindre tid på direkte pasientarbeid enn overlegene, og at lengre arbeidsdager gjerne benyttes til å ta unna dokumentasjonsarbeid.⁵⁸ På UNN forklares dette med at når assistentlegene har en høyere andel av disse arbeidsoppgavene, er det fordi disse oftere får delegert vakter der en dominerende del av arbeidsoppgavene er knyttet til medisinsk dokumentasjon, blant annet produksjon av journalnotater og epikriser. Sykehuslegene peker på at når arbeidsoppgavene blir fordelt mellom erfarne overordnede og uerfarne leger i utdanningsstillinger, så kan dette gi dårlig ressursutnyttelse totalt sett. Dette poenget er også kommentert i en studie der det viste seg at nesten halvparten av de henviste pasientene ble undersøkt av underordnet lege, og fikk avtale om kontroll. Her påpekes behovet for tettere samarbeid mellom erfarne og uerfarne leger, fordi det er ”... betenkelig at nesten en femdel av pasientene tidligere var vurdert for samme problemstilling. [Dette] styrker inntrykket av en lite hensiktsmessig utnyttelse av spesialisthelsetjenesten. Det er lite som tyder på noen stor helsegevinst ved denne type multispesialistkonsultasjoner” (Gran 2001).

I sum bekrefter sykehuslegene og kontorlederne det inntrykket som allmennlegene formidler, nemlig at epikrisearbeidet synes å være noe lavt prioritert. Dette bekreftes også i studier som konkluderer med at selv om epikrisene kan bli forsinket på grunn av personellmangel, så synes epikriseforsinkelsene å skyldes ”... lav prioritering, uhensiktsmessige rutiner og ineffektiv organisering” (Otterstad 1986:1420). Når det gjelder epikriser, er ikke dette et særnorsk fenomen. I en Dansk undersøkelse fra 1999 heter det også at : ”... enkelte afdelinger udsender ikke epikriser /.../ Dette opfattes meget utilfredsstillende /.../ Epikrise er et vigtigt og

⁵⁸ Røhme og Kjekshus (2001) viser også til slike tendenser til å nedprioritere dokumentasjonsoppgaver.

uundværligt dokument til bruk for den fortsatte patientbehandling hos egen læge. Det er et uundværligt dokument for en opfølgende konsultation efter en indlæggelse. Det skaber stor frustration hvis egen læge ikke har fået besked når patienterne henvender sig”
(Sundhetsutvalget 1999).

To medisinskfaglige tilnærminger – to forskjellige ”oppdrag”

I intervjuene gir begge legegruppene uttrykk for at de forventninger de retter mot hverandre, synes å være basert på at de praktiserer med utgangspunkt i forskjellig pasientgrunnlag. Når det gjelder epikrisen gir som nevnt sykehuslegen uttrykk for at allmennlegene synes å ha noe urealistiske forventninger til hvor presist innholdet i medisinsk dokumentasjon generelt kan formuleres. Sykehuslegen formulerer dette problemet ved å peke på hvor vanskelig det synes å være å framstille henvisninger i entydige former, og gir samtidig uttrykk for frustrasjon over kollegene på legekantorene:

Jeg synes at det er veldig mange flinke kolleger ute i allmennpraksis, men det er veldig mange som ikke gjør seg flid nok med henvisningene. Jeg blir irritert når erfarne kolleger sender ei dårlig henvisning til meg. For da kan jeg ikke prioritere pasienten på samme gode måten som jeg kunne gjort dersom legen ga de opplysningene som var nødvendig.

På spørsmål om hvordan sykehuslegen formidler sin frustrasjon videre, slik at praksis endrer seg mer i retning av sykehuslegens forventninger, sier sykehuslegen at dette ikke er noe man vil gi uttrykk for direkte, fordi det antas å forverre mulighetene for en god framtidig dialog. Sykehuslegen oppfatter det også slik at det finnes tilgjengelige informasjonskilder som formidler den kunnskapen som er påkrevd, og viser til de gode henvisningene de får som en bekreftelse på at det finnes tilgjengelig informasjon om hva allmennlegen skal gjøre før en henvisning:

Jeg kan få en henvisning der det står ”... pasient født i -29, har sett blod i avføringen, henvises til coloscopi”. Jeg vet at blod i avføringen det kan være så mangt, det kan være alt fra kreft til hemmoroider til betennelser - you name it - men dersom da kommunelegen hadde målt blodprosenten, tatt en senking, rektaleksplorert, kjent på

magen, har hatt pasienten i diverse undersøkelser, har kontrollert funnet en rekke ganger – så kan jeg styre mye mere om dette er noe det haster med. Eller om det er en som har hatt hemmoroider i tredivde år og som bare tilfeldig har vært hos doktoren for å få en førerkort-attest, og har nevnt at det var litt blod på papiret i går. Kommunelegene som har skjønt det her, de vet hvilke opplysninger som er viktig for oss.

Allmennlegen på sin side peker på at sykehuslegen er for opptatt av de fysiske uttrykk som pasienten framviser i sitt møte med legen. Allmennlegen mener at deres jobb består i å sile pasientene på en hensiktsmessig måte, og at det er deres breddetilnærming som ivaretar dette hensynet:

Vi allmennpraktikere må passe oss så langt vi kan at vi ikke sender pasienten til feil spesialitet. For kommer du til kirurgen, så trur jo han at dette har med kirurgi å gjøre, og da kan han jo operere, for eksempel en prolaps i ryggen som viste seg at det var - den forslitte, klassiske – et incest-problem ! Og ryggen ble ikke noe bedre i det hele tatt.

I utsagnet over formidler allmennlegen anvendelsen av sin breddetilnærming på det som sykehuslegen oppfatter som ”oppdraget”, nemlig å behandle et avgrenset medisinsk problem, nemlig et prolaps i ryggen. Her formidler sykehuslegen at den faglige spesialiteten vedkommende forvalter gir et tidsavgrenset oppdrag, og at sykdomsmanifestasjoner som peker utover ”oppdraget” må ivaretas av allmennlegen.

Når det gjelder sykehuslegens forventning til hvor gode og treffsikre henvisningene kan utformes, så synes sykehuslegen å forutsette at de spesialiserte sykehusfagenes kunnskapsgrunnlag er bedre kjent blant allmennleger enn det som faktisk er tilfellet. Allmennlegen synes imidlertid indirekte å formidle sin egen usikkerhet gjennom henvisningene - jo mindre treffende allmennlegens tentative diagnose er, jo større risiko for å avsløre seg vis a vis sykehuslegen:

Noen ganger vet vi ikke hva de skal gjøre, vi har en problemstilling vi ikke finner ut av, men da bør også det framgå. For det er ikke nok å sette en symptomdiagnose eller

en diagnose med spørsmålstejn. En bør kanskje prøve å presisere hva det er som gjør at man ønsker bruk av andrelinjetjenesten, slik at de vet hva bestillingen er.

De to legegruppene anvendelse av sine særegne faglige tilnæringer belyser altså til en viss grad hvorfor innholdet i dokumentasjonen ikke treffer mottakerens forventninger.

Sykehuslegene benytter ofte benevnelsen ”oppdraget” når de refererer til den medisinske spesialiteten de forvalter, og peker på at de både på grunn av tids- og ressursmessige forhold må handle og prioritere slik de gjør: dette får betydning både for måten de ”leser” og vurderer henvisninger fra allmennlegene på, og for prioriteringer de gjør mellom pasientrelaterte oppgaver og dokumentasjonsarbeid. Allmennlegene viser på tilsvarende måte til benevnelsen ”bestillingen” når de omtaler sine egne henvisninger: her vedgår allmennlegen at det ofte hefter noe usikkerhet ved beslutningsgrunnet, og at bestillingen består i å få avklart den usikkerheten som følger av at de forvalter et medisinskfaglig breddeperspektiv.

Som nevnt foran har det de senere år vært gjennomført flere tiltak for å etablere bedre samhandlingsbetingelser, og der tiltakene har hatt som mål å bygge ned barrierer som kan tilbakeføres til at de to legegruppene forvalter forskjellige tilnæringer til medisinsk dokumentasjon. For begge dokumentene har det vært forsøkt å etablere standardiserte dokumentmaler for å motvirke vilkårligheter eller for stor variasjon i dokumentasjonspraksis. For henvisningsdokumentet har det vært gjennomført samhandlingstiltak for å etablere mer treffsikre prosedyrebeskrivelser som allmennlegene kan benytte - for derved å øke presisjonsnivået på en henvisning, slik at pasienten henvises til riktig subspecialitet, og slik at for lite – eller eventuelt overflødig – informasjon ikke tas med i dokumentasjonen. Tilsvarende har det for epikrisedokumentet vært forsøkt å etablere en standardisert dokumentmal som sykehuset skal følge.

Et hovedinntrykk som fester seg er at allmennlegene gir uttrykk for at vurdering av henvisninger bærer preg av at sykehuslegene legger andre hensyn til grunn i vurderingene enn det allmennlegen forventer. Dette resulterer i at vurderingene synes å foregå noe vilkårlig. Sykehuslegen på sin side mener at henvisningene innholdsmessig varierer mye, og at noen er unødvendige og kunne vært unngått. Epikriser synes i liten grad å oppfattes som formålstjenlig av allmennlegen for oppfølging av pasienten etter at pasienten er utskrevet fra sykehuset. Formen på epikrisene, både når det gjelder lengde og strukturering, synes å være preget av at sykehuslegen og allmennlegen har forskjellig forståelse av hva som er relevant.

Både for henvisninger og epikriser kan de skisserte problemene grovt sett oppfattes som svakheter knyttet til samhandlingsbetingelsene, og der forskjellige *faglige* forventninger mellom de to legegruppene synes å gjøre seg gjeldende.

En vanlig måte å dempe innflytelsen av tvetydighet og vilkårlig praksis, er å etablere institusjonelle ordninger som begrenser produsentens muligheter for variasjon i framstillingen. Det vil si at det både for henvisninger og epikriser etableres *standardiserte dokumentmaler* for å svekke muligheten for innholdsmessig variasjon i dokumentasjonen.

6.2 Dokumentmaler for mer entydige samhandlings- og beslutningskriterier

Tiltak for etablering av mer ensartet framstilling av informasjon i henvisninger og epikriser har pågått over flere år som en del av arbeidet for bedre samhandling og kommunikasjon mellom legekantor og sykehus. Imidlertid har dette arbeidet i hovedsak vært knyttet til utveksling av papirbaserte dokumenter, og der de enkelte organisasjonene og sykehusavdelinger har stått relativt fritt både med hensyn til utforming og bruk av slike dokumentmaler. Dette har resultert i at sykehusene opererer med en hel flora av maler både for henvisninger og for epikriser. Når det gjelder epikrisemaler så vil de enkelte sykehusfag selv vanligvis lage sine tilpassede framstillinger, og til en viss grad gjelder dette for henvisningsmalene.

Tiltaksarbeidet som har pågått over mange år i helsevesenet har primært siktet mot at begge parter skal bidra til å definere hvordan malene skal utformes, slik at så mange hensyn som mulig kan ivaretas når dokumentene skal utveksles. På sykehusene har de pågående prosesser knyttet til innføringen av elektroniske redskaper resultert i storstilte oppryddingsaksjoner for å tilrettelegge for økt bruk av dokumentmaler.⁵⁹ Her har en til en viss grad forsøkt å definere en begrenset innholdsmessig strukturering i utformingen av de papirbaserte dokumentene, og så etablert disse som faste skjemaer som har eksistert side om side både i papirutgave eller lagret som dokument for PC-bruk. Selve struktureringen av "malen" begrenser seg gjerne til en

⁵⁹ I denne sammenheng er det gjennomført kartlegginger på UNN som viser at malbruk ved diktering og skriving av epikriser representerer et potensiale for å spare tid (jfr RiTØ 2001b).

utforming med faste overskrifter, og der ”transporten” mellom sykehuset og legekantorene har foregått som ordinær postgang.⁶⁰

I intervjuene tilkjenner både allmennlegene og sykehuslegene at de er godt kjent med tiltaksarbeid knyttet til utvikling av dokumentmaler for å etablere mer ensartede samhandlingsbetingelser. Allmennlegene gir generelt uttrykk for å ha forskjellige preferanser og innstilling til bruk av dokumentmaler. Et hovedinntrykk allmennlegene formidler når det gjelder de papirbaserte dokumentmalene, er at de ikke har fått bidra tilstrekkelig i utformingen av dokumentmalene både når det gjelder henvisninger og epikriser. Allmennlegen peker på at tradisjonelt kommer dokumentmaler i form av ”diktat” fra sykehuset:

En sånn mal hvor det var helt bestemte ting vi skulle legge inn, og da skulle det være så lett å prioritere med ventetid. En sånn henvisningsmal. Ingen fikk jo startet å bruke den, den var alt for omfattende, og så passet jo ikke pasientene inn i den malen, kanskje en og annen.

En allmennlege gir uttrykk for at resultatet ofte blir noe de ikke kjenner seg igjen i, og at de får dokumentasjon som de har problemer med å anvende. Og selv om formålet er å bidra til mindre variasjon og mulighet for vilkårlig utforming av innholdet i dokumentet, så synes selve tanken om å standardisere å stå i et visst motsetningsforhold til det å utøve det allmennmedisinske ”faget”:

... det å bli presset inn i maler, det tror jeg mange av oss vil ha oss frabedt /.../ Vi vet jo hva det er, og problemet er at vi ser jo at det blir så gærnt at innimellom – du får

⁶⁰ De elektroniske dokumentasjonsløsningene fordrer imidlertid standardisering i en helt annen grad enn det som har vært tilfellet for papirdokumentasjon. Her skiller en mellom *innholdsmessig strukturering*, *innholdsstandarder* og *tekniske standarder*. For at de nye, elektroniske løsningene i det hele tatt skal kunne integreres og ”snakke sammen”, må både redskaper og praksis underlegges standardiseringskrav. I de nye systemene vil det i varierende grad være rom for å uttrykke seg i fritekst, det vil si at det kan legges inn begrensninger i løsningene som hindrer produsentens muligheter for språklig utfoldelse og variasjon. Kodeverk og klassifikasjoner er eksempler på innholdsstandarder, feks den internasjonale klassifikasjonen for diagnoser i sykehus ICD, og den tilsvarende for allmennmedisin, ICPC. I tillegg kommer selve strukturering av ”malen”, dvs utformingen med faste overskrifter, hyperlinker, muligheter for klipp&lime-funksjoner. Tekniske standarder vil være en forutsetning for ”sømløse” elektroniske systemer i et helsenett (jfr kapittel 7 om ”utvidet standardisering”).

ikke svart på det du vil uansett, så du gidder ikke ! Du får jo ikke sagt ting slik du burde ha sagt det.

Både sykehuslegene og allmennlegene gir imidlertid uttrykk for at en viss dokumentasjonsdisiplin kan etableres ved bruk av maler, men da forutsatt at de to legegruppene i fellesskap blir enig om hvordan utformingen av malene skal være. Når allmennlegene argumenterer for at sykehuslegene i større grad må tilpasse seg deres dokumentasjonsbehov ved å benytte mer standardiserte dokumentmaler, viser de ofte til det de savner i dagens epikriser:

En kan ofte oppleve at ting henger litt i luften, folk undersøkes og kanskje man ikke finner så mye, så skrives man ut fra sykehuset og så er det liksom ingen konklusjon.

Noen sykehusfag oppfattes å representere en særskilt utfordring her, og særlig epikriser fra de indremedisinske fagene peker seg ut som vanskelig å forholde seg til for allmennlegen. Faget nevrologi benyttes også som eksempel på et fag som håndterer mer diffuse tilstander, og der dette preger innholdet i epikrisene. Her mener allmennlegene at en mer stringent mal som tvinger produsenten til å ”fatte seg i korthet” er på sin plass:

Nevrologisk avdeling ... man undersøker og undersøker og finner litt forstyrrede ting her og litt der, og når folk sendes hjem så vet ikke pasienten selv hva som er gjort og hva som er funnet og hva man har konkludert med. Og de epikrisene vi får konkluderer i grunnen ikke /.../ De beskriver jo liksom hele undersøkelsen sin veldig grundig, og litt forskjellig er det her fra person til person. Men i blant så henger det veldig mye i luften.

Selv om både allmennleger og sykehusleger peker på at standardisering av dokumentmaler til en viss grad kan representere ”tvangstrøyer” i dokumentasjonsarbeidet, så gir legene generelt uttrykk for tiltro til at en gradvis overgang til mer strukturert framstilling er hensiktsmessig. Og i de av dagens dokumentasjonsløsninger som tilrettelegger for dette, har noen leger benyttet maler der det meste fylles ut basert på tidligere opplysninger, og der for eksempel ”ferske” problemnotater, diagnoser og opplysninger om hvilke legemidler som skal brukes fylles inn. I tilfeller der det er påkrevd, kan utdypende informasjon fylles inn som notater i fritekst, noe både sykehuslegene og allmennlegene finner formålstjenlig.

Slike tilpasninger vil imidlertid fordre relativt klare oppfatninger om hvilken informasjon mottakeren forventes å ha behov for. Dette gjelder både for henvisningsmaler og epikrisemaler. Begge legegruppene understreker at fleksibilitet i ”den strukturelle tvangen” vil være avgjørende for hvorvidt slike institusjonelle ordninger vil bidra til riktigere beslutninger og bedre samhandling. Ulike sykehusavdelinger vil for eksempel stille ulike krav til faglig innhold, der en kort fritekst oppgis å kunne være like hensiktsmessig som et fast, strukturert punktoppsett, for eksempel ved henvisning for en reinnleggelse på sykehuset.

Utfordringer knyttet til gjenbruk av informasjon i elektronisk dokumentasjon

Etablering av mer standardiserte dokumentmaler antas altså å skulle bidra til at henvisninger og epikriser i større grad produseres også med blick for den respektive mottakers dokumentasjonsbehov. Det forutsettes derved at når dokumentasjonspraksis underlegges visse regler, for eksempel for hva som er akseptabel lengde eller relevant innhold, så skal dette i neste omgang bidra til en kvalitetsheving sett fra mottakers ståsted. I neste omgang antar en at en slik kvalitetsheving tillater økt *gjenbruk* av informasjon som er lagret fra tidligere ”episoder” i dokumentasjonskjeden. Og et sentralt argument for anvendelse av elektroniske dokumentasjonsløsninger er nettopp muligheten for å gjenbruke opplysninger som er lagret digitalt i tilknytning til tidligere konsultasjoner. Dette oppfattes både av sykehuslegene og allmennlegene som en formålstjenlig arbeidspraksis. Da kan for eksempel allmennlegen raskt hente og benytte informasjon fra tidligere journalnotater, laboratorieresultater, sammendrag og liknende ved produksjon av henvisninger. Tilsvarende kan sykehuslegen raskere produsere en epikrise på grunnlag av lettere tilgjengelig informasjon enn det som har vært tilfellet ved anvendelse av papirbasert dokumentasjon. Såkalt ”klipp&lim-funksjonalitet” i de elektroniske løsningene framstår da som en måte å raskt forflytte informasjon fra en kilde til en annen.

Her utdyper begge legegruppene det forholdet som ble påpekt i kapittel 5, der gjenbruk assosieres til en positiv effekt knyttet til de elektroniske redskapenes redigeringsfunksjoner. Både sykehuslegene og allmennlegene understreker at det også kan være en viss risiko for at slike muligheter utnyttes på en uheldig måte. Sykehuslegene gir på sin side uttrykk for at innholdet i henvisninger som er upresise eller for omfattende, eventuelt framstår som for knapp, allerede i dag bærer preg av at informasjon ukritisk er kopiert fra tidligere dokumentasjon. Ofte savnes allmennlegens konklusjoner om ønskede undersøkelser og

behandling, vurdering av hastegrad, opplysninger om foretatte utredninger, medisiner og omtale av pasientens funksjonsevne. Sykehuslegene gir uttrykk for at særlig der allmennlegene er usikre, eller synes å hatt knapp tid til rådighet, så bærer henvisningene preg av å være kopier av allmennlegens journal. Særlig er dette tydelig når henvisningene kommer fra legevakt eller er resultat av sykebesøk.

Tilsvarende påpeker allmennlegene at epikriser kan bære preg av samme praksis på sykehuset. En kontorleder på sykehuset bekrefter at de mer uerfarne assistentlegene vil kunne fristes til å ta en snarvei her. Når epikriser ofte framtrer som alt for lange, så forklares dette gjerne med ren kopiering av gammel informasjon. Et eksempel på at slik praksis kan få uheldig konsekvenser, er når opplysninger om medikamentdosering ikke oppdateres løpende. Dette kan i neste omgang medføre feildosering av medisin til pasienten, noe som i ekstreme tilfeller kan sette pasientens liv i fare. Et problem som en av sykehuslegene peker på i forlengelsen av denne problemstillingen, er eksempler på at leger som ikke behersker norsk i nødvendig grad, kan være tilbøyelig til å lete i de digitale arkivene etter ”fiks ferdige formuleringer” uten nødvendigvis å forstå innholdet tilstrekkelig. Denne legen peker på at dette kan ses positivt på som et læringsverktøy i norsk medisinsk språkbruk, men at det også kan være en viss risiko for ukritisk ”overforbruk”.

Her gis det også uttrykk for at den tidligere nevnte praksis der dokumentasjonsarbeidet delegeres til assistentlegene på sykehuset, kan komme til å øke omfanget av ukritisk gjenbruk av informasjon. En erfaren avdelingsoverlege påpeker å ha observert at yngre leger på sykehuset gjerne anvender den lettest tilgjengelige informasjonen framover i en gitt dokumentasjonskjede, for eksempel ved framstilling av epikriser:

Det som skjer når doktorer som ikke har sett pasienten dikterer epikrise - da blir det nærmest oppgulp av det som står i journalen.

Imidlertid sier denne legen at sykehuset ideelt sett skal ha egne rutiner som sikrer at dokumentasjonen kvalitetssikres gjennom kontrasignering av mer erfaren lege, og at her vil kvaliteten på epikriser variere etter hvilken ”dokumentasjonskultur” de enkelte avdelinger og fag har:

Vi skal jo ha en ny gjennomgang av en pasient når han kommer inn, og er det ikke noe nytt tilkommet siden forrige journalnotat var skrevet, så bør man diktere ´se journal av dato´.

Men sykehuslegen innrømmer at en slik praksis medfører muligheter for sementering av uheldige rutiner:

Faren med det er at det kan være mange slike ´se tidligere journaler´, og en del av informasjonen går tapt. Slik at det forutsetter at man med jevne mellomrom må gjøre en slags oppsummering.

Sykehuslegen understreker imidlertid her at de er svært nøye med å skille ut epikrisearbeid som krever særskilt oppmerksomhet:

Jeg dikterer selv på pasienter som har vært igjennom en viktig behandling der det videre oppfølgingsarbeidet er viktig. Da dikterer jeg alltid epikrisen og ber om at den skal skrives samme dag og sendes. Men det vil nok variere litt fra pasient til pasient, fra problemstilling til problemstilling, og fra lege til lege. Dette varierer også mellom de enkelte fag, det er mye mer omfattende og vanskeligere å diktere en epikrise fra en indremedisinsk avdeling der pasienten har vært til langvarig utredning sammenliknet med en pasient som har vært på øre-nese-hals og fått gjort en tonselektomi. Så det er helt klart to helt forskjellige problemstillinger som krever mye mer blaing i journaler og tankevirksomhet og diskusjon.

Informantene på UNN peker på at slik ukritisk gjenbruk i noen tilfeller også gjelder når avdelinger lar sykepleiere alene ha ansvaret for utskrivning av pasientene. I noen tilfeller resulterer dette i at sykepleierne på sykehuset i hovedsak kommuniserer med kommunens sykepleiere, og at sykehusets leger da kan komme til å være uvitende om hvorvidt kritisk informasjonen er formidlet videre til pasientens fastlege (jfr også Ringberg et.al. 1999).

De nye redskapene synes derved å stille økte krav til det legene selv benevner som dokumentasjonskultur, det vil si at det faktisk foretas løpende, medisinskfaglige vurderinger underveis i en dokumentasjonskjede, for derved å sikre at det som kopieres ikke er ”gått ut på dato”. Bevisst gjenbruk av informasjon kan bidra til at risikoen for feilregistrering senere i

dokumentasjonsforløpet avtar, noe som i seg selv bidrar til kvalitetssikring av informasjon. Men kopiering av informasjon synes også å fordre at det gjøres medisinsk-faglige vurderinger og forsvarlige oppdateringer etter hvert som et behandlingsforløp skrider fram. Det vil si at det er menneskelige faktorer som avgjør hvorvidt ”helsefarlig informasjon” anvendes når pasienten beveger seg gjennom forløpet. Når det gjelder de innholdsmessige sider spesielt, illustrerer for eksempel en sammenlikning av opplysninger om medisinbruk i pasientjournaler på henholdsvis sykehus og legekantor og i epikrise, at det ofte ikke er samsvar mellom disse. En årsak til dette er at utskrivende lege på sykehuset ofte gjør endringer i medikamenttype og dosering i siste liten, men at legen ikke alltid journalfører slike endringer (jfr Kvamme 1999:147). Slike forhold bidrar til at ”helsefarlig informasjon” kan ende opp i pasientjournalene.

Når allmennlegene kommenterer eventuell gjenbruk av innholdet i epikriser, understreker de da også at de har liten tiltro til at nye dokumentasjonsredskaper *i seg selv* skal bidra til å endre forståelsen av hva allmennlegen trenger av informasjon for å fylle sin rolle i oppfølgingen etter et sykehusopphold:

De starter jo alltid med familie, sosialt, tidligere sykdommer osv. De starter innkomstjournalen med det. Og det kommer jo fra henvisningene, og de starter med det selv om pasienten har vært innlagt 40 ganger! Så tar de jo med seg det der. Det vet jeg - jeg vet at pasienten har vært gift og skilt og innlagt 40 ganger, men man trenger ikke å si det.

Når allmennlegen bedømmer innholdet i epikrisene, er det altså et trekk at overgang til elektronisk dokumentasjon bidrar til å påvirke lengden på dokumentet. Men dette fenomenet synes å variere etter hvilken medisinsk spesialitet som skriver epikrisene. De såkalte ”tunge” spesialitetene utmerker seg her, for eksempel der det dreier seg om diffuse og sammensatte tilstander innenfor indremedisin, nevrologi og geriatri. Eller som en av allmennlegene kommenterer det:

Det som er problemet, og det ser vi med den elektroniske epikrisen som benyttes nå, de sender jo fortsatt altfor mye, at de ikke selekterer. Det er ikke alt de behøver å trykke på knappen for å få ut. Men spesielt på de tunge spesialitetene ser vi det.

I sum formidler begge legegruppene at bruk av standardiserte dokumentmaler representerer en viss "systemtvang", men at de nye mulighetene som åpner seg ved økt bruk av elektroniske dokumentasjonsløsninger, begrunner en viss "systemtvang" i form av dokumentmaler.

Imidlertid kan ukritisk gjenbruk oppfattes som et problem som kan komme til å redusere de gevinster som oppnås: fortsatt synes de to legegruppene respektive dokumentasjonsbehov å måtte stille krav om bevisste holdninger når det gjelder å gjenbruke tidligere dokumentasjon. Potensialet for ukritisk gjenbruk illustrerer at de nye dokumentasjonsredskapene kan tilrettelegge for uheldig praksis, noe som kun synes å kunne motvirkes gjennom bevisst dokumentasjonskultur på begge sider. En kontorleder gir uttrykk for at de dominerende svakheter som hefter ved medisinsk dokumentasjon, fortsatt er tilstede etter overgang fra papir til elektroniske redskaper:

Når det gjelder den elektroniske journalen, så er jo problemene akkurat de samme - innholdet og at det tar for lang tid. Delay'en fra pasienten sendes ut til det faktisk blir sendt, det er et problem uavhengig av post, og det retter jo ikke den elektroniske versjonen noe på.

Her pekes det på at de nye redskapene faktisk har et potensial for å bidra til *økt omløpshastighet* på informasjon som oppfattes som irrelevant av mottaker.

De særpreg som er beskrevet over stiller samhandlingen overfor nye krav. Særpreg knyttet til dagens epikriser illustrerer at det til dels er store variasjoner mellom sykehusfagene når det gjelder framstilling i medisinsk dokumentasjon. Kvaliteten på innholdet synes å variere fra beskrivelse av mer spesifikke og avgrensede tilstander på den ene siden, til de mer diffuse og sammensatte tilstander på den andre siden. I grove trekk har derfor nyere tiltaksarbeid hatt som mål å endre dokumentasjonspraksis slik at særpreg ikke rendyrkes i framstillingene. Legene i begge informantgruppene har både som en del av legeutdanningen og som deltakere i konkrete prosjekter stiftet godt kjennskap med dette problemfeltet, og flere har deltatt i forbedringsarbeid for å etablere formålstjenlige virkemidler.

Informantene gir i hovedsak uttrykk for betydningen av et kontinuerlig arbeid for å etablere faglig forståelse *begge* veier. På sykehuset refereres det ofte til internt arbeid med å etablere mer ensartede dokumentmaler for sykehuset som helhet, og særlig er epikrisemalene gjentatte

ganger forsøkt framstilt på grunnlag av større felles faglig forståelse. En kontorleder kommenterer fra sin relativt nøytrale posisjon hvordan dette arbeidet artet seg:

Jeg var med på et epikriseprosjekt med noen av primærlegene og sykehuslegene om hvordan få en bedre epikrise. For et års tid siden. Og da ble det kjørt hardt på hvorfor i all verden kan ikke dere gjøre mer standardisering. Så var det medisinere med, og så var det kirurger og kreftleger. Jeg vil påstå at det kom lite ut av det prosjektet der. Medisinerne påstår at de behandler fra topp til tå og påstår at de må si noe om alt. De kan ikke ha et standardskjema, sier de. Det var jo et prosjekt for å prøve nettopp å tilnærme og få det her bedre for begge parter. Både allmennlegene og sykehuslegene. De legene, huff, det var et vanskelig prosjekt. Jeg tror ikke det kom veldig mye ut av det.

Fra kontorlederens utkikksplass til det pågående forbedringsarbeidet formidles et inntrykk av at de to legegruppens samhandlingsbestrebelse støter mot noen grunnleggende faglige barrierer. Når sykehuslegen argumenterer for mest mulig generell standardisering av dokumentmaler, så er det gjerne de mer entydige kirurgiske fagene som oppgis å egne seg for standardisering, eller som en kirurg uttrykker det:

Vi er forskjellige, men jeg synes at det med henvisninger og epikriser burde være så standardiserte ting at det burde man gjøre noe med, for vi er jo alle presumptivt fornuftige folk som burde kunne ha svar på de tingene der.

Utsagnet kan gi inntrykk av at denne legegruppens ståsted er den referanserammen forbedringstiltakene må springe ut av, og at dette er den fornuftige forståelsen. Allmennlegene på sin side gir uttrykk for at dette i hovedsak belyser hvorfor samarbeidsinitiativene i stor grad kommer fra allmennlegehold, og hvorfor effekten av tiltakene synes å avta når prosjektene avsluttes. Liknende erfaringer formidles for tiltaksarbeid som innebærer etablering av prosedyrebeskrivelser som allmennlegene skal benytte for å skrive mer presise henvisninger til sykehuset.

6.3 Prosedyrebeskrivelser for mer entydige henvisningskriterier

Medisinske prosedyrebeskrivelser representerer en liknende type forbedringstiltak som standardisering av dokumentmaler. Hensikten med å etablere slike prosedyrebeskrivelser er fortrinnsvis å redusere eventuell usikkerhet knyttet til allmennlegens beslutningssituasjon, det vil si når det skal avgjøres om en henvisning er tilstrekkelig begrunnet. Men selv om dette tiltaket har størst relevans for utforming av mer presise henvisninger, er det også på dette området et overordnet mål for tiltaksarbeidet å skape større forståelse for begge parter faglige forventninger. Det vil si at tiltaksarbeidet forutsetter at begge parter deltar i utformingen av beskrivelsene. Dette fordrer at allmennleger og sykehusleger i en forstand nærmer seg hverandre *kunnskapsmessig*, for derved å etablere en felles problemforståelse, og enighet om hvilke regler, prosedyrer og virkemidler som er relevante i et gitt sykdomstilfelle.⁶¹

I mitt intervjuområde har allmennlegekontorenes nærhet til universitetssykehuset tilrettelagt for relativt stor aktivitet på dette tiltaksområdet. På intervjutidspunktet var det utviklet en generell, nasjonal prosedyrebok (legehåndbok) tilgjengelig i elektronisk utgave på "compact disk" (CD), og som allmennlegene kan benytte som oppslagsverk på sine stasjonære datamaskiner. De senere år har dette tiltaksarbeidet også bidratt til at det er utarbeidet papirbaserte, fylkesvise prosedyrebøker for allmennmedisin. Det har dermed gradvis vokst fram argumenter for større lokal tilpasning av innholdet i slike prosedyrebeskrivelser. I hovedsak er det allmennlegene som har vært pådrivere for at hensynet til demografiske forhold begrunner slike lokale beskrivelser.

Også sykehusenes måte å informere sine omgivelser på kan oppfattes som en type prosedyrebeskrivelser, men da myntet på samarbeidende helsepersonell. På UNN foreligger det i november 2004 i varierende grad avdelingsvise prosedyrebeskrivelser beregnet på allmennlegene. Kun noen få avdelinger har utarbeidet beskrivelser som er tilgjengelig for allmennlegene og tilpasset deres informasjonsbehov. I den grad slike er tilgjengelige for allmennlegene, har sykehusfagene lagt ut enkle, web-baserte beskrivelser for noen utvalgte medisinske tilstander innenfor spesialiserte fag.

⁶¹ Den såkalte Praksiskonsulent-ordningen på UNN begrunner blant annet tiltaket med at det skal bidra til å institusjonalisere kommunikasjon mellom allmennleger og sykehusleger fordi de "... ikke kjenner hverandres landskap, dvs. arbeids- og kompetanseområder" (jfr Ringberg et.al. 1999 side 7).

En allmennlege peker imidlertid på at dette problemområdet fordrer utstrakt grad av kommunikasjon mellom de to legegruppene før det besluttes hvordan den endelige utformingen av beskrivelsene skal være. Her pekes det på at sykehusavdelingene tradisjonelt har vært alene om å definere hvordan prosedyrebeskrivelser skal utformes, et forhold som understrekes av allmennlegene:

... jeg tror ikke sykehuset er den som kan sette malen alene for hva en henvisning skal inneholde. De skal gjerne komme med forslag ut fra det de har sett gjennom mange år - hvor mye rart som kommer. Men det må jo være et samarbeid med primærlegen om hva som er hensiktsmessig, og andre veien. Jeg har jo noen ganger gitt tilbakemelding på epikriser der jeg sier at dette er jo 'god dag mann hostesaft' eller 'her har jeg jo ikke fått svar på noen ting' - og der må jo vi være flink til å gi tilbakemelding og si at dette holder ikke mål. Og det samme må de være.

Sykehuslegene understreker imidlertid at arbeidet med å utarbeide og eventuelt forbedre innholdet i de etablerte prosedyrebeskrivelsene som tilbys er ressurskrevende. Det gis uttrykk for at innenfor samme spesialiserte fag kan noen behandlingsregimer beskrives relativt entydig, og nærmest beskrives som samlebåndprosesser, mens det for andre tilstander nærmest er en umulig oppgave å gi entydige beskrivelser og handlingsregler som allmennlegene eventuelt kan nyttiggjøre seg for å avgjøre om de skal henvise en pasient eller ikke. Dersom utvikling og eventuell bearbeiding eller kvalitetssikring, samt regelmessige oppdateringer, fordrer møte-arenaer som stadig må opprettholdes for å sikre en kontinuerlig dialog rundt forbedringsarbeidet, så vil dette medføre stor ressursbruk. I følge sykehuslegen utøves dette tiltaksarbeidet i et landskap som karakteriseres av faglige gråsoner: arbeidsdelingen må her preges av at avstanden mellom de krav standardiseringen setter, og de faglige idealer legen har for egen praksis, kan oppleves som store:

Det vil være flere tilstander i for eksempel nevrologi som krever en mer differensiert tilnærming enn for eksempel mange av de tilstander som vi har med å gjøre i kirurgien.

Dermed framstår standardiserte beskrivelser av slike handlingsregimer å være mest hensiktsmessig for tilstander og prosesser som lar seg beskrive relativt entydig, samt for

planlagte og gjentagbare handlingsmønstre. Sykehuslegene peker særskilt på oppfølging av kontrollpasienter som en gruppe som egner seg for slike tiltak. I hovedsak vil dette dreie seg om pasienter med kroniske sykdommer, og der det er behov for kontinuerlig kontroll av visse faste parametere. Men da forutsatt at tilstandene representerer relativt stabile sykdomsbilder, eller der tilstanden bare endrer seg langsomt over tid. Formidling av informasjon om kontroller ved angitte intervall, har da som mål å sikre at eventuelle endringer oppdages så tidlig som mulig, eventuelt at medikamenter eller andre tiltak fungerer som forventet.

Her påpeker sykehuslegene gjerne det som skiller sykehusmedisin fra allmennmedisinen, og at dette er det grunnleggende forhold som bestemmer grensene for hvor langt den faglige enighet kan strekkes: allmennlegens beslutningssituasjon kjennetegnes i utgangspunktet av at de tilstander som behandles, betraktes fra breddeperspektivet, mens sykehuslegens beslutningssituasjon kjennetegnes ved dybdeperspektivet. Men for sykehuslegene vil noen tilstander framstå som relativt entydige og avgrensede, mens andre kan representere det sykehuslegen peker på som "alle tilstander i medisinen". Her peker sykehuslegene på at allmennmedisinen har mest til felles med sistnevnte kategori, og dermed vil for sterk grad av standardisering komme til å stå i et motsetningsforhold til en slik tilnærming, det vil si at standardisering vil kunne ha begrenset anvendelse. Restkategoriene, det vil si de tilstander som kan beskrives relativt entydig, synes imidlertid å passe for standardiserte prosedyrebeskrivelser.

For visse sykdomstyper synes dermed ikke allmennlegen å kunne gis et tilstrekkelig faglig beslutningsgrunnlag *uten selv å bli organspesialist*, og i en forstand kan en si at dette illustrerer hvor grensen går for hvor langt standardisering av prosedyrebeskrivelser kan tøyes (jfr også Paulsen 1991). Sykehuslegene peker på at dette forholdet forsterkes når allmennlegene viser til at variasjoner i pasientpopulasjonene begrunner ytterligere lokalt tilpassede beskrivelser. Arbeidet med standardisering av prosedyrebeskrivelser synes her å støte på en grense der standardisering ikke lenger er formålstjenlig – eller fra sykehuslegens ståsted ikke er ønskelig.

På samme måte som for etablering av standardiserte dokumentmaler, synes forsøkene på å etablere mer standardiserte prosedyrebeskrivelser å møte noen faglige grenser. Sett i et samhandlingsperspektiv innebærer dette at standardisering: "... *forutsetter enighet...* Det

dreier seg om å skape regler for hvordan denne kunnskapen skal omsettes i praksis” (Paulsen 1991:40).

Faglig konsensus som nødvendig betingelse

Forutsetningene for å etablere enighet eller konsensus møter dermed begrensninger satt av de variasjoner som forskjellige medisinske faginnretninger representerer. Når sykehuslegen kommenterer hvilke forhold som bidrar til slike faglige begrensninger, benyttes gjerne epikrisene som illustrasjon. Det er som oftest tilfellets vanskelighet, oppholdets lengde og antall undersøkelser og vurderinger som forklarer at noen epikriser framstår som for lange, mens andre synes for knappe. Korte epikriser synes som hovedregel da å komme fra de mer entydige medisinske fag, for eksempel noen av de kirurgiske fag hvor det er en klar problemstilling som løses med et operativt inngrep. Lange epikriser er som oftest knyttet til medisinske fag hvor pasienten gjennomgår utredning med mistanke om kreftsykdom eller endokrin (indresekretorisk) lidelse. Dette kan også gjelde for tilfeller som innebærer lengre rehabilitering.

Nevrologene oppgir at de gjerne skriver lange epikriser fordi behandlingen innebærer en rekke nevrologiske undersøkelser som inkluderes under redegjørelse for ”status” i epikrisen. Lange epikriser vil også framtre der pasientene har lengre opphold i sykehuset med mange komplikasjoner. Dette kan være multitraume-pasienter med lang tid på intensiv, pasienter som venter i lang tid på sykehjem med ulike medisinske problemstillinger som gjerne utvikler seg i ventetiden, og for pasienter under terminalpleie. Sykehuslegene skiller også ut ”middels lange” epikriser, og disse kommer som oftest fra fag som dermatologi (hud), fra reumatologi og fra noen kreftfag.

Men til tross for de barrierer som kan tilbakeføres til slike variasjoner, gir allmennlegene uttrykk for at det skjer positive endringer i tilknytning til arbeidet med å etablere en mer felles faglig forståelse rundt innholdet i epikriser:

Reumatologene og kreftlegene er etterhvert blitt ganske flinke og etterrettelige, mens medisinere, det er mye mer variasjon på det å gi ordentlig beskjed om hva de har

tenkt, og hva de har informert pasienten om, ikke minst, og hva vi skal følge opp videre.

Og desto mer komplisert de medisinske sammenhengene synes å være, jo større synes behovet for kontinuerlig dialog å være:

... blant annet indremedisin og selvsagt kreft. Altså, det er jo de store, tunge, der er det veldig mange ting som skjuler seg. Der er det mange oppfølgingsprosedyrer som forandrer seg, og mange pasientgrupper. Og de skiller seg ut og er viktig. Kirurgiske epikriser, der er det som regel veldig enkle ting og avsluttet. Så dersom det nå står hvor lenge stingene skal stå og hvor lenge vedkommende skal avlaste en fot, så er det nok for oss.

Problemet med å etablere et mer felles faglig grunnlag for samhandling rundt dokumentasjon på pasienter som inngår i et behandlingsforløp, synes som nevnt også å være knyttet til tilstander der det i mange tilfeller ikke kan gis noe tilbud. I denne sammenheng peker allmennlegene også på sin særegne plass og viser til det kunnskapsmessige breddeperspektivets berettigelse. Sykehuslegen kan i større grad enn allmennlegen definere sitt oppdrag til legitimt å gjelde avgrensede problemstillinger knyttet til ett eller flere organer i kroppen, og der kunnskapsgrunnlaget gjerne representerer den mest spissede medisinske kompetanse på området. Mens i allmenmedisinen skal som nevnt i prinsippet ingen menneskelige eller medisinske problemstillinger være irrelevante (jfr Malterud 1990).

Dette grunnleggende forholdet kommenteres både av allmennlegene og sykehuslegene i intervjuene, men allmennlegen synes å tilføre en ekstra dimensjon i sin problemforståelse:

... jeg bruker jo å erte dem og si at sykehuset tror at de har en egen populasjon som er innenfor fylkeskommunen eller noe sånt, at de har en egen befolkningspopulasjon som er deres pasienter og som tilhører UNN eller Harstad eller Narvik. Og at vi i allmennpraksis vi driver med noe annet.

Her bekrefter allmennlegen at et opplevd behov for større konsensus egentlig er et spørsmål om en mer likeverdig og gjensidig forståelse for deres særegne faglige tilnærming, det vil si som en betingelse for å redusere spenninger. Allmennlegene gir i denne forbindelse uttrykk

for at de oppfatter at sykehuslegene mener at mange av henvisningene er unødvendige, men uten at det gis tilbakemeldinger som er godt nok begrunnet. Allmennlegene påpeker at de etter hvert har etablert et solid faglig fundament for henvisninger til sykehuset, men at dette i liten grad synes å ha avgjørende betydning for hvordan henvisningen vurderes på sykehuset:

Man lager en god problemstilling, et godt resyme, om hvordan sykdomsutviklingen har vært – hva slags funn man har gjort og hvordan man vurderer det selv - det må være med, og at lab-svar og alt legges ved. Bortsett fra at jeg vet at det tar jo da ikke sykehuset hensyn til, for de tar jo alt på nytt likevel. Så jeg vil si at - som de roper i skogen får de svar – en del avdelinger. Hvis du føler at du gjør en god henvisning og du føler at de ignorerer deg totalt, så blir du ganske sløv etter hvert. Du ser at de setter dem i samme køen uansett, for eksempel dersom det er en pasient med utslitt hofte, at en pasient kunne tas rett inn til operasjon – for jeg vet hva som er kriteriene – men uansett så ble de satt på tre til seks måneders ventetid på poliklinikken for at de skulle finne det samme som jeg hadde skrevet.

Når sykehuslegen på sin side gir uttrykk for sin oppfatning av kvaliteten på henvisningene de mottar fra allmennlegene, så omtales de gjerne i positive vendinger:

Jeg kan ikke si at henvisningene fra primærlegene er generelt dårlig. Jeg må si at det er veldig mange dyktige og flotte kolleger som leverer gode henvisninger. Men - man lærer etterhvert hvem de er...

Utsagnet skaper et inntrykk av at sykehuslegens oppmerksomhet er rettet mot de allmennlegene som nettopp innfrir egne faglige forventninger, og ikke mot de områder der forbedringsarbeidet skulle vært satt inn. Inntrykket av at sykehusets leger ikke vil korrigere og peke konkret på hva svakhetene består i, oppfattes imidlertid som misforstått av allmennlegene. De understreker gjerne at de forventer:

... at noen leste igjennom og vurderte det og for eksempel sier at: her er det mangelfull henvisning. Altså savnet med at det ikke gis tilbakemelding på henvisninga – at det faktisk er ting som mangler – det er sykehuset alt for lite flinke til. Noen få leger gjør det, og det synes vi er kjempebra.

At mindre heldige sider ved samhandlingsbetingelsene ikke formidles, synes å være basert på en type ”misforstått kollegialitet”. Det vil si at der allmennlegen tradisjonelt har vært oppfattet som mer tilbakeholden for ikke å avsløre faglige mangler, ser vi muligens i dag en ny tendens gjennom økt etterspørsel etter sykehuslegens kunnskaper. Tiltak for kunnskapsoverføring har da også siktet mot å endre tradisjonelle holdninger og forventninger.

6.4 Kunnskapsoverføring: elev-lærer relasjonen som forbilde

Allmennlegene peker på at de ”kollegiale misforståelser” egentlig bunner i manglende kunnskaper hos sykehuslegene om hva som er det reelle grunnlaget for samhandling, nemlig særtrekk ved pasientgrunnlaget som behandles i de to systemene. I dag tas rundt 80% av alle pasienter i det norske helsevesenet hånd om i allmennmedisinsystemet, det vil si at kun en relativt beskjeden andel henvises videre til sykehus. Muskel-skjelett, luftveier og hjertekarsykdommer utgjør rundt 40% av pasientenes kontakter med allmennlegekontorene (jfr Paulsen & Leonardsen 2000). Disse representerer det som betraktes som lite entydige tilstander, og dersom en relaterer pasientgruppene til dokumentasjonsbelastningen, gir dette en indikasjon på hvor tyngden av dokumentasjonsarbeidet ligger. Samtidig illustrerer det hvilke medisinske problemer det skal samhandles rundt. Slike medisinske tilstander representerer ofte mer langvarige prosesser og krevende samhandlingssituasjoner der sykehuslege og allmennlege gjentatte ganger involveres, etterhvert som behandlingsforløpets dokumentasjonskjede etableres.

Tiltaksarbeid som retter seg mot endring av tradisjonelle rolleoppfatninger tar derved utgangspunkt i at en erkjennelse og aksept av slike forhold er en betingelse for et gunstigere klima for gjensidig læring. I intervjuene formidler både allmennleger og sykehusleger at det særlig er de mindre entydige tilstandene som representerer en utfordring i samhandlingen, og at særlig er epikrisedokumentet et velegnet medium for å formidle kunnskap mellom de to legegruppene. I et dansk prosjekt der allmennleger hospiterte på et sykehus for å forbedre samhandlingen, ble det da også dokumentert at når sykehusleger og allmennleger treffes regelmessig og blir kjent med hverandre, så endres også *forståelsen* av hverandres arbeidsbetingelser, og i neste omgang det opplevde behovet for å samarbeide (jfr Grinsted 1992). Allmennlegene gir da også i intervjuene uttrykk for at de har mye å lære av epikrisen fra sykehuset (jfr også Westerman et.al. 1990).

Inspirert av slike samhandlingsprosjekter har tilsvarende tiltak vært gjennomført også på UNN, der et utgangspunkt har vært at mange pasienter opplever manglende koordinering og lange ventetider når de beveger seg mellom legekantorene og sykehuset (jfr Fors & Ringberg 1998). Også her har tiltakene vært begrunnet med at ”... i det daglige har primærleger og sykehusleger arbeidet i to forskjellige verdener...” (Ringberg et.al. 1999:8). I intervjuene formidles det også et inntrykk av en allmennlege som erkjenner at den kollegiale regulering er til stede, men som etter hvert har opparbeidet større selvspekt på vegne av egen faglig tilnærming:

... av og til sitter vi jo med en følelse av at de som jobber på sykehus tror vi sitter og måler blodtrykk hele dagen og snakker med deprimerte folk, og folk som ikke feiler noe. Det er jo veldig langt fra virkeligheten. Men det er jo et inntrykk man i blant kan få når man snakker med sykehusleger. Så det at vi kanskje innerst inne føler oss litt nedvurdert i sykehusmiljøet - det kan nok være slik. På den andre siden så har vi den samme oppfatning av sykehuslegene, at de sitter nå der og pusler med hjertene sine, og kan ikke så veldig mye mer.

Allmennlegen gir her uttrykk for at det medisinske statushierarkiet i for stor grad gjør seg gjeldende, men at det likevel skjer endringer:

... det utvikler seg jo også ute – ikke sant, hvordan ting håndteres. Mens vi som er ute, vi har jo for det første hatt nesten all vår utdanning på sykehus knyttet opp til universitetet og til UNN eller Oslo – med noe utplassering. Men det er jo sykehusmedisin som er vektlagt der. Og når vi så tar spesialitet i allmennmedisin, så er vi jo til sammen ett år inne på sykehus - pluss i etterutdanninga vår – sykehus !

Allmennlegene peker her på at det er for sterk tradisjon å tenke at kunnskapsoverføring skal skje ved at sykehuset er vertsinstitusjon. Dette bidrar gjerne til at sykehuslegens problemforståelse i for stor grad gjøres gjeldende. En allmennlege gir uttrykk for frustrasjon over dette:

Det jeg savner oppi det her, nå blir det veldig mye data og IKT, det er vel og bra - men oppi dette har jeg alltid savnet at sykehuslegene dro ut i verden og viste fram

ansiktene sine for allmennpraktikeren og fikk et personlig forhold, slik at man blir kjent. Vi har av og til sykehustjeneste, men da er vi på én avdeling og på ett sykehus. Her i Tromsø så burde avdelingene sende ut en lege i ny og ne til legekantorene og fortelle om sine rutiner og om nyheter på avdelingene, gjerne om spesielle sykdommer. Det at vi blir bedre kjent med de rutinene og de begrensningene som ligger i sykehuset, det kunne vært en stor fordel.

Slike ytringer formidler et inntrykk av at det sjelden foregår aktivitet rundt tiltak der *initiativet* kommer fra sykehuset. Allmennlegene understreker da også at tiltaksarbeidet så langt har avdekket behov for etablering av institusjonelle ordninger der sykehuslegen treffer allmennlegen på dennes arena:

Den aller største gevinsten med at de reiser ut til oss, det er at vi blir kjent med dem. I neste omgang blir det lettere..., i stedet for å treffe på en totalt fremmed og de ikke aner hvem vi er. Det har jeg alltid ønsket at de kunne gjøre mer av. Det er klart for meg at de kunne spart veldig mye ressurser, kunne tjent store ressurser på å dra ut og informere allmennlegene – og sørge for at allmennleger og allmennpraksis kunne gjøre en større del av utredningene før pasienten ble henvist. Men vi kjenner for dårlig arbeidsrutinene på sykehuset. Vi vet ikke hvor stor betydning det har for dem å få de og de prøvene tatt før pasienten blir henvist. Slike ting kunne de enkelt ha brakt ut til oss. Men å sende prosedyrer på en diskett, eller at det ligger på Helsenetten, det er vel og bra, men jeg går ikke og slår opp i prosedyrer når jeg har en pasient foran meg, da er det det jeg har lest eller hørt eller har sett fra før som teller.

Når sykehuslegen blir spurt om hvorfor det ikke oppfattes som naturlig å være pådrivere for bedre samhandling, formidles et inntrykk av at problemstillingen er svært fremmed:

Hvis noen mener at jeg i stedet for å være her og behandle pasienter skulle reise rundt og se på hvordan de har det på legekantorene rundt omkring, det blir litt misforstått.

Sykehuslegene gir klart uttrykk for at jobben deres er å forholde seg til det de er videreutdannet for, og de synes i mindre grad å være opptatt av å utvide ”oppdraget” utover det enkelte organ de behandler:

Det er helt klart at om jeg har pasienter på poliklinikken, så har jeg ett kvartér – tyve minutter på hver pasient. Men da sier jeg til pasienten at nå må vi konsentrere oss om akkurat denne problemstillingen. Dersom du vil snakke om de andre tingene ... så må jeg si at dette må du ta opp med din fastlege. Men nå vil jeg at vi skal konsentrere oss om å se på den vonde foten din, for det er det jeg er spesialist på. Da vil nok en pasient som kanskje føler at: ja den foten er jo en bi-ting, jeg har jo vondt i livet – ikke sant – det er jo det jeg egentlig vil snakke med doktoren om – den foten, det er nå en bi-ting. Men da er vi nødt til å styre det – da er du kommet til feil plass. Det kan hende at jeg godt kan være en god doktor å snakke om vondt i livet med, men det er på en måte ikke det som er bestillingen.

Her artikuleres avstanden til allmennmedisinens kunnskapsgrunnlag helt eksplisitt. Samtidig peker sykehuslegen på hvordan grensene trekkes mellom sykehusmedisinen og allmennmedisinen, og i følge sykehuslegen må grensene for fagutøvelsen oppfattes som gitt av det kunnskapsgrunnlaget de har ervervet seg gjennom den formelle spesialiseringen.

Sykehuslegen plasserer her opplevde tilstander som ikke sorterer under ”bestillingen” som allmennlegens ansvar, og definerer dermed de to respektive faglige tilnærminger svært langt fra hverandre, noe som ikke kan sies å tilrettelegge for å utveksle og dele kunnskap. I et intervju med en allmennlege, kommenteres dette spesielt, og der forestillingen om kunnskapsoverføring gis en noe spesiell betydning:

... læringseffekten er vel ofte begrenset. Du kan si at det man lærer er at man har henvist folk under en diagnose, og så kommer de tilbake med en annen diagnose fordi man har funnet andre ting på sykehuset enn det vi har funnet her. Det er jo selvfølgelig lærerikt i seg selv.

Dersom utsagnet oppfattes bokstavelig, sier allmennlegen at kunnskapsoverføringen fra sykehuslegen begrenses til en observasjon av hva som faktisk skjer: sykehuslegen underkjenner allmennlegens forsøk på å trekke en medisinskfaglig konklusjon, uten at det gis en adekvat tilbakemelding på hvilke svakheter som eventuelt hefter ved dokumentasjonen. Et utsagn fra allmennlegen som peker på hva som særpreger epikriser fra nevrologer, bekrefter tilsvarende at læringsoverføringen som skjer gjennom medisinsk dokumentasjon kan ha begrenset verdi:

... jeg blir nok ikke noe særlig mer nevrolog av å lese nevrologiske epikriser.

Sykehuslegene på sin side assosierer imidlertid tiltak for kunnskapsoverføring til erfaringer de har gjort tidligere, og der de opplever å havne i en uønsket, belærende situasjon. Det gis uttrykk for at det er fine grenser mellom det som i utgangspunktet skal være kunnskapsoverføring, og det som kan oppfattes som utidig korrigerende av kolleger. Sykehuslegene gir her uttrykk for at de ikke vil korrigere allmennlegene fordi dette kan oppfattes som kritikk, og at dette i neste omgang kan få negativ effekt på samhandlingsklimaet. Men samtidig minner sykehuslegene om at dersom de i for stor grad gjør egen kunnskap tilgjengelig for allmennlegene, så frykter de også at henvisningstilbøyeligheten kan øke ytterligere på enkelte områder, og at dette ikke bør skje på områder der det i dag er ventetider på behandling.

Allmennlegene formulerer dette som et spørsmål om hvorvidt sykehuslegenes eventuelle manglende motivasjon for å bidra til kunnskapsoverføring, handler om å beskytte egne revirer. Dersom for dyktige allmennleger resulterer i færre henvisninger, vil dette i neste omgang kunne medføre utarming av den aktuelle sykehusspesialiteten. Dette poenget har vært kommentert slik: “... *you could argue now to keep [general practitioners] as ignorant as possible, so they couldn't do a bloody thing, had to refer everything /.../ I mean, one could be cynical now*” (Marshall 1998:444).

Selv om sykehuslegene synes å være motivert av en profesjonell pliktfølelse når det gjelder å overføre kunnskap til allmennleger, så refereres det gjerne til erfaringer de har gjort i forskjellige typer samhandlingstiltak med allmennlegene. Det gis som nevnt uttrykk for at det er fine grenser mellom det som i utgangspunktet skal være kunnskapsoverføring, og det som kan oppfattes som utidig korrigerende av kolleger.

Når allmennlegene kommenterer tiltaksarbeid de har deltatt i på sykehuset, peker de gjerne på at medisinerutdanningen sosialiserer leger til bærere av spesielle holdninger, noe som også preger sykehuslegens profesjonelle relasjon til allmennlegen når de deltar i felles samhandlingsprosjekter:

Når du skal bli allmennspesialist så må du jobbe ett år på sykehus, det er en del av kravet for å bli spesialist. Men for å bli spesialist i hva som helst av sykehus-fag, så er det nok å jobbe på sykehus. Man har gjerne en sideutdanning på en annen avdeling, men i prinsipp så er det nok å ha jobbet på sykehus. Når en først er blitt spesialist på sykehus, så er man spesialist resten av livet – det kreves ingen resertifisering. I allmennmedisin så kreves det resertifisering etter fem år, i løpet av de fem årene så må du ha vært nye tre måneder på sykehuset. Så jeg føler på en måte at vi har gjort ganske mye for å holde oss oppdatert om sykehusenes indre liv og sykehusfagene. Og de kursene vi går på i etterutdanninga er jo ofte drevet av sykehusspesialister som forelesere. Mens sykehusleger vil jo aldri nedverdige seg selv til å gå på et kurs ledet av en allmennlege.

I intervjuene gir dermed allmennlegene uttrykk for at en sterk norm som setter sitt preg på tiltaksarbeid på dette området, er at tradisjonell undervisning i form av forelesninger er best egnet, og der et konvensjonelt lærer-elev forhold nærmest oppfattes som naturlig. Det at sykehuslegen ikke oppfatter alternative læringsmetoder som særlig egnet, oppfatter allmennlegene som en barriere for læringsmessig interaksjon, fordi det etableres et gap mellom det allmennlegen ønsker å lære fra sykehuslegen, og det de mener at de faktisk mottar av kunnskaper fra sykehuslegen.

Det at initiativ for bedre samhandling synes å måtte komme fra allmennleger, kan oppfattes slik at de i større grad føler et opplevd behov for kunnskapstilførsel. Men allmennlegene artikulere i hovedsak at sykehuslegen framviser mangel på reell forståelse for de genuine faglige sider ved allmennmedisinen. Hovedinntrykket som formidles, er at det er en ubalanse i de gjensidige, faglige forventninger. Mens allmennlegene innrømmer at deres kunnskapsgrunnlag noen ganger ikke strekker til, har de på et vis også åpnet for at definisjonsmakten ligger hos sykehuslegen, og at det dermed blir vanskelig å få gjennomslag for allmennlegens synspunkter.

Mine informanter blant allmennlegene har alle arbeidet som såkalte ”praksiskonsulenter” (jfr PKO-ordningen) og kan i så måte både betraktes som ”ildsjeler”, men samtidig har de hatt et godt utkikkspunkt til hva som særpreger forsøk på å gjennomføre samhandlingstiltak på dette området. Dette har vært kommentert slik: ”... mange av sykehusspesialistene ville gjøre stor nytte for seg ved i større grad å fungere som konsulenter for primærhelsetjenesten /.../ Meg

bekjent har det aldri slått helt gjennom” (Rygh 2001). I den internasjonale litteraturen som omhandler tilsvarende tiltak, har en gjort liknende erfaringer, og der det pekes på at fortsatt synes forholdet mellom sykehusleger og allmennleger å være preget av at *”... the two branches of the profession seemed to be locked in a traditional teacher-pupil hierarchy, with few general practitioners and even fewer specialists questioning whether education should be a two way process*” (Marshall 1998:442-445).

Forsøk på å realisere mer balanserte betingelser for kunnskapsoverføring, oppfattes av mine informanter blant allmennlegene å lide under manglende gjensidighet i relasjonene når konkrete tiltak skal gjennomføres. Slike forhold er også dokumentert fra andre land, det vil si der allmennlegene formidler at de er misfornøyd med en situasjon der de nærmest blir belært *”ovenfra og ned”* etter mønster av tradisjonelle undervisningsmodeller som benyttes i legeutdanningen. Dette får gjerne som konsekvens at: *“... learning opportunities remain unrecognised or underused”* (Newton et.al. 1992:1182). Liknende studier peker på at mange initiativ synes å formidles med utgangspunkt i misnøye, det vil si at tiltakene som oftest gjennomføres i et samarbeidsklima som ikke motiverer til å bygge felles forståelsesrammer (jfr Drury 1976/Pop & Winkens 1989).

Ikke overraskende artikuleres problemene særlig av allmennlegene blant informantene, mens sykehuslegene framtrer som relativt passive når slike spørsmål blir tatt opp. Allmennlegene peker gjerne på at deres erfaring er at samarbeidstiltak i for sterk grad synes å måtte gjennomføres *etter* at det er etablert et klima som i mindre grad baseres på konkurranse, fordi dette antas å beskytte mot negative, kritiske holdninger.

Allmennlegens spesielle rolle som pasientens advokat

De forhold som beskrives over, begrunner i hovedsak et behov for bedre samhandling, men kan også sies å springe ut av hensynet til allmennlegens advokatrolle: samhandlingsbarrierene skal bygges ned også for å realisere det som benevnes som pasientsentrert dokumentasjon. Det er dermed naturlig at et følt samhandlingsbehov målbæres sterkere av allmennlegene enn av sykehuslegene. I den nye pasientrettighetsloven og i helsepersonelloven er dette som nevnt et sentralt formål, der epikrisedokumentasjon er gitt en særstilling i et såkalt *”utvidet brukerperspektiv”*. De problembeskrivelser som begrunner en slik målsetting, forutsetter at

medisinsk dokumentasjon må være et produkt av at samhandlingen ivaretar mer helhetlige hensyn enn det som synes å være tilfellet i dag. Mine data sier i liten grad noe konkret om innholdet i den dokumentasjon som utveksles mellom legekantorene og sykehuset. Imidlertid indikerer mitt datamateriale at innholdet i de epikrisene som allmennlegen mottar, ikke oppfattes som gode nok til å tjene mer helhetlige behov for dokumentasjon.

Det er særlig allmennlegene blant informantene som gir uttrykk for misnøye – ved at de epikrisene de mottar, i begrenset grad kan benyttes som underlag for medisinske beslutninger i det videre oppfølgingsarbeidet av pasienten, og i enda mindre grad kan tjene som pasientinformasjon. Mulighetene for å formidle informasjonen videre reduseres dermed, og i liten grad vil pasienten kunne nyttiggjøre seg informasjonen. Informantene blant allmennlegene peker også på at PKO-prosjektene har et ”pasientperspektiv” innebygget i målsettingene. Her formidler informantene bekymring på vegne av pasientgrupper som de oppfatter stiller stadig nye krav om at dokumentasjon som omhandler dem selv skal være fullstendig og mer tilgjengelig.

Allmennlegene formidler at slike forventninger på den ene siden kommer fra svært ressurssterke grupper, mens et tilsvarende press merkes fordi sammensatte medisinske tilstander er et kjennetegn for eldre pasienter - som allerede utgjør en økende gruppe pasienter i dag. Denne gruppen, sammen med enkelte grupper funksjonshemmede, samt pasienter med innvandrerbakgrunn, bidrar i dag til at det stilles økte krav til allmennlegen i rollen som videreformidler av den dokumentasjon som utveksles mellom sykehusene og allmennlegekontorene i et gitt behandlingsforløp. En informant blant allmennlegene illustrerer dette poenget med å beskrive enkelte epikriser som ”noveller” som de selv ikke forstår særlig mye av. Dette setter deres mulighet for å kommunisere budskapet videre til pasienten på en hard prøve. Allmennlegen peker på at enkelte epikriser i hovedsak inneholder numeriske måleverdier, og der allmennlegen gir uttrykk for at avsenderen kunne spart portoen:

De verste eksemplene er jo epikrisene fra øyeavdelingen der det er så mye forkortelser og beskrivelser av grader. Sånt er helt umulig å forholde seg til, når du får en slik epikrise så er du akkurat like klok etterpå. Måleverdier som sier mye til en øyelege som er vant til å arbeide med slike, sier ingenting til den som brevet er sendt til. Det er helt umulig å formidle det videre til pasienten.

Selv om allmennlegene gir uttrykk for at det alltid vil være grenser for hvor langt en kan gå i å erstatte medisinsk terminologi for å gjøre seg forstått, så formidler de imidlertid en mer positiv innstilling til å tilrettelegge informasjonen slik at den kan viderebringes til pasientene. Men det pekes også på at dette er en type tiltak som nærmest har vært utenkelig inntil ganske nylig – som for eksempel da sykehusets barneavdeling begynte å sende epikriser til foreldrene:

... det gjør jo at legen som lager epikrisen er nødt til å formulere seg på en slik måte at legfolk forstår det. Og da forstår jo selv en allmennpraktiker stort sett det som blir skrevet.

At informanten gir uttrykk for at ”selv en allmennpraktiker” kan tilegne seg innholdet i epikriser, kan oppfattes som en illustrasjon på hvordan allmennlegen oppfatter styrkeforholdet mellom de to legegruppene, og hvordan allmennlegen mener at sykehuslegen oppfatter deres kunnskapsgrunnlag. Imidlertid formidler allmennlegene også at slike særtrekk ved den kollegiale reguleringen av samhandlingen, også sporer til økt tiltakslyst.

Barrierer mobiliserer tiltaksarbeid

I en forstand kan det synes som om de tradisjonelle, hierarkiske relasjoner mellom allmennlege og sykehuslege nettopp er den nødvendige stimulans som skal til for å drive samhandlingsbestrebelsene videre, det vil si ved at det hierarkiske særpreget virker utfordrende. De rådende samhandlingsforhold synes å bidra til en ny type bevisstgjøring i allmennpraksis, eller som en allmennlege uttrykker det:

... kulturen - på enkeltplansnivå, der er problemet lite – men det er noe med kulturen. Det har jo noe med å lage rammer slik at de skjønner at det er viktig at allmennlegen får god tilbakemelding og at de tar våre funn alvorlig. Og lager dette til en del av sitt system.

I stor grad formidler mine informanter at samhandlingen mellom de to gruppene reguleres av slike forhold. En forsiktig korrigerende av de teoretiske forutsetninger som beskriver det legestyrte hierarkiet tegner et bilde av en relativt frustrert allmennlege når det gjelder

mulighetene for å realisere intensjonene for bedre samhandling rundt medisinsk dokumentasjon. Men i det kollegiale klima som hersker formidler sykehuslegene gjerne også sin frustrasjon over variasjoner i allmennlegens henvisningsmønster: på den ene ytterkanten allmennleger som synes å henvise alt for ofte, og på den andre siden de som vil gjøre det meste selv, og enten unnlater eller henviser pasienten for seint. I begge tilfeller oppfatter sykehuslegen at det som styrer en slik praksis må tilbakeføres til svakheter ved det allmenmedisinske kunnskapsgrunnlaget.

Men informantene blant allmennlegene tilkjenner at nettopp slike forhold begrunner behovet for å samhandle rundt medisinsk dokumentasjon, og de peker i denne sammenheng på sitt engasjement som såkalte praksiskonsulenter de senere år, der informantene utdyper hvordan relasjonene preges av en viss asymmetri i deres disfavør. Informantene viser til flere eksempler fra dette arbeidet med å formidle allmennlegens problemforståelse inn på sykehuset, et trekk som også er påpekt i evalueringen av praksiskonsulent-ordningen på UNN. Her erfarte allmennlegene at kritikk raskt ble returnert med kritikk andre veien, og der praksiskonsulentene også formidler at de hadde en viss følelse av å være usynlig (jfr Ringberg et.al. 1999). Sykehuslegene formidler at de har en positiv innstilling til denne type tiltak, og gir også uttrykk for at de trenger å bli mer bevisst på betydningen av å samarbeide med allmennlegene. Men de gir også uttrykk for at arbeidsdelingen mellom legekantorene og sykehuset fungerer bra, og gir ellers uttrykk for at slike tiltak neppe vil medføre større endringer i en såpass stor organisasjon som UNN.

Dette svekker ikke inntrykket som formidles av allmennlegene i intervjuene om at tiltaksarbeidet må fortsette, men basert på andre holdninger til hva som tilrettelegger for bedre samhandling med sykehuslegene:

De har en slags unnskyldning om at vi kan jo bli fornærma eller noe sånt ... Og da lærer jo vi, det er også en slags kunnskapsoverføring.

Dette utsagnet formidler for det første at innholdet i det som ideelt sett skal være kunnskapsmessig samhandling i dag ikke kan betraktes som tilfredsstillende, samt at det bekrefter et inntrykk av at allmennlegen har inntatt en offensiv posisjon på vegne av det allmenmedisinske kunnskapsgrunnlaget. I intervjuene peker allmennlegen på hvor roten til ondet ligger:

De sitter på toppen ! Og sånn har det vært, pluss at i utdanninga – så har jo sykehusmedisin vært vektlagt. Og det er jo også de som har høy status. Og i utdanninga så har jo alle sykehuslegene vært et halvt år i turnus, ute i distriktet, men mere har de ikke vært. Så det tar ikke mange år før de på en måte har glemt hvordan det var /.../ Det er en ubalanse !

Et hovedinntrykk som allmennlegene dermed formidler, er at deres kunnskapsgrunnlag ikke får nødvendig anerkjennelse. Men samtidig stimulerer denne ubalansen til nye initiativ for bedre samhandling med sykehuslegene.

Diskusjon

Spørsmålene over har vært belyst i studier fra andre land i tilknytning til samhandling rundt medisinsk dokumentasjon. Det synes som at jo mer spesialisert kunnskapsgrunnlaget er, og jo mer faglig differensiert virksomheten er, jo større vansker har legene med å etablere “... *consensus among themselves about what they wanted.*” (Marshall 1998:443). I slike studier har det også vært vist at sykehusleger kan oppfatte henvisninger fra allmennleger som relativt overflødige, og at sykehusleger ikke leser henvisningsbrev fordi de ikke har vært mottakelig for hva som særpreger allmennmedisinske problemstillinger (jfr Carrol 1988). I en studie der allmennleger kommenterte epikriser fra et sykehus i Amsterdam, ble det som en kuriositet også stilt spørsmål om spesielle karakteristika ved epikriser. Det viste seg at mange av epikrisene av allmennlegene ble oppfattet som nedlatende i tonen (Westerman et.al 1990). I det bildet som formidles av allmennlegene, framstår sykehuset med sin differensierte faglige oppbygging som ”isolerte kunnskapsøyer”, og der dette også preger forståelsen av behovet for samhandling. Dette gir seg gjerne utslag i at grupper tenderer å forsvare “... *each professional area as a unique and isolated island of knowledge*” (Hjordal & Lærum 1992:1289-90).

Når et behandlingsforløp her betraktes som en dokumentasjonskjede der forløpet preges av medikratiets barrierer, innebærer dette også at allmennleger og sykehusleger opererer i en *beslutningskjede*: når en pasient oppsøker allmennlegen innebærer dette at ansvaret for videre beslutninger i stor grad overlates til denne. Allmennlegen forventes da å ta en beslutning om enten å behandle pasienten selv, eller om andre instanser må kobles inn. Som nevnt foran

anser ikke allmennlegen eget kunnskapsgrunnlag som tilstrekkelig dersom et pasienttilfelle ikke kan sluttbehandles på legekantoret. En sentral forutsetning i min tilnærming er dermed at relasjonen mellom allmennleger og sykehusleger utgjør et hierarkisk kunnskaps- og beslutningssystem, der allmennlegen blottstiller at det kan være knyttet *usikkerhet* til forvaltning av eget kunnskapsgrunnlag. Det vil si at det implisitt innrømmes at sykehuslegen besitter en type kunnskap som kan avhjelpe denne usikkerheten. Det vil si at toppen av medikratiet konstitueres ved *en type kunnskap som er eksklusiv* for visse typer medisinsk problemløsning og beslutningstaking. Allmennlegen befinner seg altså i et *avhengighetsforhold* til sykehuslegen når beslutninger skal tas (Berg 1991). De generelle betingelsene for kunnskapsoverføring mellom allmennleger og sykehusleger via henholdsvis epikrise og henvisning, synes her å være preget av en viss asymmetri ved at det tas for gitt at den beste eller adekvate kunnskapen forvaltes på toppen av medikratiet.

Informantene blant allmennlegene påpeker at asymmetrien i relasjonen til sykehuslegene blir synlig ved at det for ofte er allmennlegene som gir uttrykk for og vedgår å føle et behov for å etablere bedre samhandlingsbetingelser. Dette er også påpekt i forbindelse med evalueringer av PKO-ordningen der allmennleger hospiterer på sykehusavdelinger, at det meste "...
fungerte bra så lenge sykehusallmennpraktikerne fulgte dette opp." (Ringberg et.al. 1999:22).

Både allmennleger og sykehusleger gir uttrykk for at en strategi for bedre samhandlingsbetingelser kan være å etablere "kjøreregler" ved å standardisere framstillingen av innholdet i henvisninger og epikriser. Imidlertid synes begge legegrupper å vise til særegenheter ved deres medisinskfaglige innretning når det kommer til hvilke faglige hensyn som skal ivaretas i de endelige løsningene. Når det praktiske tiltaksarbeidet pågår, synes problemene å oppstå når den ene gruppen skal tilegne seg den andre gruppens faglige forståelse. Jo mindre entydig det spesialiserte kunnskapsgrunnlaget er i sin anvendelse, jo mer problematisk er det å enes om hvordan handlingsbeskrivelser skal utformes. Og jo større avstanden oppfattes å være mellom det kunnskapsgrunnlaget som en gruppe forvalter og tiltakets sluttprodukt, jo mer restriktivt vil tiltaket oppfattes som (Morgan 1986). Dette generelle poenget vil ha relevans både for standardiserte dokumentmaler for henvisninger og epikriser, samt for standardiserte prosedyrebeskrivelser som allmennlegen skal benytte før en eventuell henvisning.

Dersom dokumentmaler og standardiserte prosedyre-beskrivelser defineres kun av en av partene, vil de kunne framstå som for restriktive og som tvangstrøyer for den andre parten. De vil da kunne bli assosiert med de mer formelle styringsmidler som anvendes i komplekse organisasjoner, og som oppfattes som unødig byråkrati sammenliknet med det sykehuslegene kaller ”direkte pasientarbeid”. Slik framtrer allmennlegene og sykehuslegene i min tilnærming med fokus på den samme pasienten, men tilsynelatende med parallelle agendaer, og med den følge at det gjerne etableres lokale dokumentasjonskulturer (Mintzberg 1983). I så måte kan virksomhetene sies å være sterkt preget av et typisk kjennetegn ved komplekse organisasjoners atferd, der problemene gjerne beskrives som en stram balansegang mellom utførelse av kjerneoppgaver og behovet for samhandling (ibid).

Men i slike beskrivelser utelates gjerne de mindre åpenbare, sosiale forhold som former samhandlingsbetingelsene. Medisinsk dokumentasjon utøves under organisasjons- og medisinskkulturelle forhold der samhandling og kunnskapsoverføring synes å betinge at de to legegruppene *ser hverandres dokumentasjonsbehov*. Både allmennlegene og sykehuslegene blant informantene bekrefter tendenser til å dokumentere med utgangspunkt i det særegne pasientgrunnlaget de møter, og der de dokumenterer for det som kan oppfattes som *lokale* formål. Når epikriser og henvisningsbrev beveger seg over organisasjonsgrenser vil gjerne dokumentenes *funksjon* og *bruksområde* oppfattes forskjellig avhengig av hvilken plass de betraktes fra. Og nytten av raskere informasjonsflyt bedømmes da gjerne ut fra hvor viktig informasjonen er for å koordinere kritiske aktiviteter innen *eget* system. Medisinsk dokumentasjon synes ikke å gis den nødvendige prioritet på sykehuset, og sykehuslegene legger da heller ikke skjul på at de prioriterer ”direkte pasientarbeid” framfor medisinsk dokumentasjon. Og ofte synes det å være regelen at dokumentasjonsarbeidet delegeres til yngre leger i utdanningsstillinger. Det informantene karakteriserer som ”direkte pasientarbeid” synes å representere en mer kritisk aktivitet, men der informasjon produsert av en aktør ikke oppfattes å skulle danne grunnlaget for viktige beslutninger og behandlingstiltak som skal iverksettes av en annen aktør. På et mer overflatisk plan vil barrierer kunne oppfattes som et resultat av knappe ressurser, der et av leddene ikke er tilført tilstrekkelig med ressurser. Når samhandlingsbarrierer oppleves som et problem, er løsningen gjerne å omorganisere eller omfordele ressurser. Slike tiltak kan resultere i at organisasjonen som får fordelene, slipper å betale for godet (jfr Elster 1989).

I sum kan dette synes å gjelde når endringer i dokumentasjonspraksis er en forutsetning for å øke bruken av elektroniske dokumentasjonsløsninger, og der slike endringer innebærer bruk av dokumentmaler som oppleves som uvante og fremmede sett fra eget faglig ståsted.

Sykehuset kan her oppfatte at de befinner seg i en situasjon der de må bære omkostningene, mens legekantoret får gevinsten i form av raskere utsendte epikriser. At et problem ikke oppfattes som et problem for den lokale organisasjonen, er et klassisk problem knyttet til prosesser som krysser organisasjonsgrensene. Særlig synes dette å ha betydning på sykehuset der nye redskaper forsøkes innført i komplekse organisatoriske omgivelser: *"Ny teknologi fører til nye arbeidsroller, men ikke uten motstand. Yrkesgrupper som tar på seg ekstra arbeid, får ikke nødvendigvis selv gevinst av nye arbeidsrutiner ved sykehuset"* (Lærum et.al. 2002:2543).

Barrierer for samhandling antas imidlertid her å oppstå som et resultat av at forholdet mellom leger reguleres av kollegiale normer (Berg 1991). At sykehuslegen synes å ha en relativt passiv holdning til samhandling, kan også tilbakeføres til at faglige enheter som konkurrerer om knappe ressurser vil forsøke å vedlikeholde nødvendig innflytelse og prestisje som på sikt kan gi ønsket uttelling (Album 1990). Men på et mer overordnet plan synes både allmennlegers og sykehuslegers innstilling til å samhandle å måtte tilbakeføres til viktige sider ved deres faglige identifikasjoner, der deres respektive kunnskapsforståelse gjør at de fyller roller som påvirker samhandlingen.

I neste kapittel utvider jeg dette perspektivet og undersøker hvordan forhold i virksomhetenes omgivelser, det jeg kaller strukturelle forhold, ikke bare etablerer samhandlingsbarrierer – men også kan forstås som påpeking av muligheter. Leger praktiserer ikke i et kunnskapsmessig vakuum, deres forståelse av egen virksomhet påvirkes også av forhold i omgivelsene. Deres forståelse av eget kunnskapsgrunnlag, om hvorvidt høy eller eventuell lav grad av organspesialisering gir en gitt plassering i "medikratiet", kan ikke ensidig forstås som upåvirket av det som skjer rundt medisinen. Jeg vil vise at også strukturelle forhold gjør seg gjeldende, og at slike forhold kan bidra til å påvirke samhandlingspraksis, men i en mindre åpenbar form. Slike forhold kan for så vidt studeres mer eller mindre direkte ved å benytte andre tilnærminger enn det jeg har valgt. Når jeg velger å illustrere slike forhold som formidlet gjennom *diskurser*, er det fordi noen av de forhold diskursene omtaler, kan betraktes som relativt følsomme. For det første er slike forhold ikke en del av det legene i sitt daglige virke oppfatter som kjerneoppgaver (direkte pasientarbeid). For det andre er dette forhold som

omgir medisinsk virksomhet som rammebetingelser. Diskursene omtaler både bruk av teknologi, styringsinstrumenter og pasientpåvirkning. Det vil si forhold som vanligvis ikke assosieres til medisinenes kunnskapsmessige kjerne. Diskursene beskriver både hemmende forhold og påkaller endringer, og jeg tar utgangspunkt i at allmennlegens sterkere rolle som initiativtaker for bedre samhandling kan oppfattes som fagutvikling. Det vil si som et diskursarbeid for å befeste allmennmedisinen som en medisinsk spesialitet. Endringer som kan tenkes å påvirke de rammer leger praktiserer innenfor, kan i neste omgang også påvirke legers forståelse av deres eget kunnskapsgrunnlag. Dette kan også leses som en maktkamp som utspilles i bestrebelsene for å etablere en egen allmennmedisinsk legeidentitet.

Barrierer for samhandling kan oppfattes som en diskursiv konflikt som springer ut av at det fortsatt er avstand mellom legers faglige identifikasjoner. Slike forhold oppfatter jeg som mindre åpenbare, men likevel forhold som kan antas å ha betydning for samhandlingen mellom enheter i et komplisert sosialt felt. Studier på dette feltet viser at innføring og bruk av de elektroniske redskapene stiller systemene overfor store utfordringer, der begrepet *grenseobjekt* inkluderer aktørens *diskursive strategier* for å bestemme grensene for samhandling. Dette skjer som definering av "professional boundaries" der redskapene "... entails more than just 'optimally using technical opportunities'. Introducing technological applications implies redefining professional boundaries. Where does one profession's job description end and where does another begin ?" (Bowker & Star 2000:7). Avklaring av hvor slike "profesjonelle grenser" skal gå, kan i en diskursteoretisk anvendelse oppfattes som en spesiell type jurisdiksjon. Både de nevnte "medikratiske" forhold og diskurser om rammebetingelser som påvirker aktørens handlinger og selvforståelse, utgjør *intellektuell jurisdiksjon* (jfr Abbot 1988). Ett vesentlig kjennetegn ved intellektuell jurisdiksjon er som nevnt at virksomheten som studeres har en vitenskapsbasert forankring, eller at det henvises til en slik forankring når aktørene for eksempel påberoper seg eksklusiv rett til å utføre bestemte arbeidsoppgaver. Begge forhold inngår her og kan i grove trekk oppfattes som samhandlingsbetingelser, og forhold som aktørene orienterer etter i sitt daglige virke.

Når legene gir uttrykk for at standardiserte dokumentmaler representerer en viss "strukturell tvang" så omtaler de et forhold som kan betraktes som nært i forhold til deres daglige praksis. Imidlertid omtaler diskursene *mindre åpenbare* forhold, det vil si forhold som både berører særpreg ved eget kunnskapsgrunnlag og mulige konsekvenser av å benytte nye, elektroniske dokumentasjonsredskaper. I utgangspunktet vil disse redskapene kunne betraktes som

komplekse restriksjonssystemer (jfr Foucault 1999). Deres berettigelse ligger nettopp i evnen til å systematisere og rydde informasjonslogistikken i krevende organisasjoner, og der det i dag vises tendenser til ”information overload”. Imidlertid kan anvendelsen av redskapene også tenkes å ha utilsiktede virkninger ved at de fungerer restriktivt på flere plan. På et mer overordnet plan kan dokumentasjonsredskapene også tenkes å understøtte *diskursive hegemonier* i et praksisfelt (Fairclough 1995).

I det følgende undersøker jeg en diskursiv polarisering mellom to idealtypiske diskurser. Det er legenes egne ytringer som etablerer denne polariseringen, og der diskursene kan betraktes som en utdyping av de forhold som er omtalt foran. Så langt kan min tilnærming betraktes som en mer tradisjonell sosiologisk tilnærming der leger fyller henholdsvis en allmennlege-rolle og en sykehuslege-rolle. I fortsettelsen anvender jeg begrepet *subjektposisjon* for å vise hvordan sykehuslegen og allmennlegen i sine ytringer vil legitimere henholdsvis en *biomedisinsk* og en *humanistisk* legediskurs som peker utover rolle-begrepet. De strukturelle forhold som diskursene omtaler kan grovt sett sies å utgjøre samhandlingsbetingelser fordi to kunnskapssyn synes å stå relativt steilt mot hverandre.

Selv om dette forholdet artikuleres via tekstlige kilder, kan likevel kildene sies å være forbundet med intervjuutsagnene i den forstand at de er tematisert av informantene.⁶² De forhold i omgivelsene som diskursene omtaler, berører både anvendelse av teknologi, helsevesenets finansieringsordninger, samt trygderegler og pasientinteresser. Jeg vil forsøke å vise at også slike forhold har betydning for samhandling mellom allmennleger og sykehusleger. Selv om fokus flyttes noe og henvisnings- og epikrisedokumentet blir mindre synlig, har dokumentene fortsatt relevans som illustrasjon. Men de framtrer i samhandlingsfeltet på en mindre åpenbar måte.

⁶² I en forstand kan det at leger bare motvillig ytrer seg om noen av de tema jeg berører, tolkes dithen at de betraktes som relativt følsomme. I intervjuene oppfattet jeg en viss motvilje mot å ytre seg om for eksempel styrkeforholdet mellom allmennmedisinen og sykehusmedisinen. Men motviljen kan også tolkes som et uttrykk for at den kollegiale regulering gjør seg gjeldende når mer følsomme tema tas opp, det vil si forhold der en ikke vil utlevere kolleger.

7 DISKURSER OM SAMHANDLINGSBETINGELSER

Innledning

De forhold som særpreger samhandlingsfeltet slik det er beskrevet foran, viser at jo mindre entydig det medisinske kunnskapsgrunnlaget som skal anvendes er, jo mer utfordrende blir samhandlingsbetingelsene mellom allmennleger og sykehusleger. Dette kan til en viss grad føres tilbake til at kunnskapsanvendelsen skjer i et hierarki: det ”regulerende prinsipp” som gjør seg gjeldene her, er den usikkerhet som hefter ved det allmennmedisinske kunnskapsgrunnlaget. Det medisinske statushierarkiet etablerer en dokumentasjonskultur som følger medikratiets logikk, det vil si at gjøremål på sykehuset som genererer arbeidsoppgaver som ”minner om legekantor”, ikke prioriteres eller delegeres nedover i systemet. I sum synes det allmennmedisinske kunnskapsgrunnlaget å tilskrives lavere status enn de spesialiserte sykehusfagene, også slik at dette smitter over på forvaltning av dokumentasjonsoppgavene.

Medisinsk dokumentasjon inngår i et praksisfelt der relasjonen mellom allmennlegen og sykehuslegen preges av en viss asymmetri i allmennlegens disfavør. Dette plasserer allmennlegen i en posisjon som er relativt grundig omtalt i sosiologisk litteratur. Det er i liten grad fokusert på at når slike forhold blir svært tydelige, så stimulerer dette nettopp til ny forståelse av egen rolle og til initiativ for endringer. Slike forhold kan sies å være en grunnleggende drivkraft i et pågående ”diskursarbeid” blant norske leger. Selv om allmennlegen tilskrives en gitt status betyr ikke dette at allmennleger slår seg til ro med tilstandene. Jeg har allerede påpekt at initiativet til samhandlingstiltak i hovedsak kommer fra allmennleger, og selv om de som arbeider spesielt med å fremme tiltak kan betraktes som

ildsjeler, så skal diskursanalysen nettopp få fram at dette kan oppfattes som en del av en allmennmedisinsk fagutvikling som skal bidra til å endre samhandlingsbetingelsene i retning av mer balanserte forhold. Jeg vil forsøke å vise at slike forhold har betydning for samhandlingen mellom allmennleger og sykehusleger, men slik at dette framstilles som en utvidelse av perspektivet foran der jeg viser til påvirkning fra mer kunnskapsinterne forhold. Forhold i medisinen omgivelser gjør seg også gjeldende, men på en mindre åpenbar måte. Selv om leger flest kan antas å ville vise til "vitenskap" forstått som den naturvitenskapelig orienterte biomedisinen, og at dette er en målestokk for hva leger skal befatte seg med, så påvirkes også deres oppfatninger om vitenskap som noe entydig og gitt (jfr Erichsen 1997:27). Når jeg benytter en pågående debatt om forholdet mellom allmennmedisinen og sykehusmedisin i en diskursanalyse, er det nettopp for å fange opp noen aspekter av handlingsbetingelser som har rot i mangfoldet og kontrastene mellom forskjellige kunnskapssyn, og for å ta høyde for "... at variasjoner i kunnskapsmessige innretninger også er forbundet med ulike verdimeslige ståsteder" (op.cit). Her finnes det gråsoner som formes av uklarheter som blant annet springer ut av spørsmålet foran om faglig autoritet, men der slike forhold veves sammen med forhold i medisinen omgivelser.

Diskurser om samhandling: en kamp om å definere virkeligheten

Å undersøke betingelser for samhandling mellom leger med utgangspunkt i diskursanalyse, innebærer at jeg undersøker hvordan leger argumenterer henholdsvis for eller imot sentrale posisjoner innenfor forskjellige vitenskapstradisjoner. Et poeng i min anvendelse er at diskurser antas å ha en sentral plass i *identitetsformingsprosesser*, det vil si slik at forståelsen av hva som er relevant kunnskap inngår som en viktig del av slike prosesser. Mens det sosiologiske rollebegrepet tradisjonelt har vært knyttet til institusjonelle normer gitt i en sosial kontekst, har *subjektposisjoner* mer generelle trekk. Det vil si at de er utgaver av roller som har sprenget sin opprinnelige kontekst. Diskursteori anvender dermed begrepet subjektposisjon for å betone at roller kan overskrides, og at aktører kan inneha et utall roller i skiftende sosiale omgivelser (Neumann 2001).

Henvisnings- og epikrisedokumentet omtales i diskursene ved måten de inngår i de sosiale sammenhenger de er en del av, og der tekster utgjør fortellinger (narrativer) som sier noe om aktørenes selvforståelse og virkelighetsforståelse. Aktørenes oppfatninger om seg selv

formidles ved tilslutning til spesifikke *kunnskapsregimer* (Sirnes 1999). Slik etableres det en forbindelse mellom det praktiske dokumentasjonsplanet og det overordnede kunnskapsgrunnlaget. Når leger drøfter eget kunnskapsgrunnlag, stiller de blant annet spørsmål ved holdbarheten og relevansen av den kunnskapen de selv forvalter. Endringer i omgivelsene kan sette eget kunnskapsgrunnlag under press, og framkalle behov for nyorientering (Fairclough 1995).

Stridigheter om vesentlige sider ved kunnskapsforvaltningen mellom sykehusleger og allmennleger kan forstås som barrierer for samhandling. Her forutsetter handlinger at det finnes en intensjon bak, det vil si at handlinger forutsetter *mening* som uttrykkes gjennom språket og diskursene. En slik tilnærming innebærer dermed at det er en indre forbindelse mellom handling og ytring (Jørgensen & Phillips 1999). Påkallingen av alternative handlinger og forståelsesmåter retter søkelyset både mot de virkelighetsbilder som medisinen selv har skapt og fortsatt skaper: ”*Om diskursen som er valgt er den medisinsk diagnostiske, er nettopp kampene om definisjonene av sykdommer og syndromer, og prosessen med å få dem registrert som slike og dermed gjøre dem til en del av det repertoaret legen trekker på [...] en avgjørende del av forskningsobjektet ...*” (Neumann 2001:56).

Identitetsforming og maktanvendelse antas å stå i et komplementært vekselforhold til hverandre. I faser der de strukturelle rammebetingelser er i endring, vil individene i sterkere grad påkalle nye diskurser for å kunne orientere seg i en komplisert tilværelse. Ved å se nærmere på hvordan leger selv definerer de faglige og sosiale sammenhenger som de virker innenfor, kan en komme på sporet av endringer i identitetsforståelser som har rot i mindre åpenbare forhold. Aktørens atferd preges av den plassering de har i et medisinsk kunnskapshierarki, det vil si i tråd med en logikk der biomedisinens rasjonalitet dominerer. Allmenntilmedisinens mer *holistiske* kunnskapsanvendelse synes å streve med å kommunisere med det biomedisinske kunnskapsgrunnlaget. De mer strukturelt betingede forhold bidrar her til å komplisere samhandlingsbetingelsene mellom allmennleger og sykehusleger. I min framstilling har jeg avgrenset oppmerksomheten til hvordan påvirkning fra finansielle virkemidler, trygderegler og pasientinteresser skjer. Men det er altså diskursene som formidler hvordan disse forholdene utgjør en type strukturell regulering av samhandlingen (jfr Erichsen 1996). I størst grad synes allmennlegen å være pådriver i det diskursive endringsarbeidet, i den forstand at initiativ til samhandlingstiltak som nevnt kommer fra allmennleger. Men diskursanalysen skal få fram at initiativet springer ut av et allmenntilmedisinsk

fagutviklingsarbeid, det vil si formidlet som en diskurs som skal bidra til å endre samhandlingsbetingelsene i retning av mer balanserte forhold.

I analysen av tekstene som danner grunnlag for en diskursanalyse etablerer jeg et grovt skille mellom påvirkning fra ”kjernen” det vil si et (opprinnelig) *biomedisinsk kunnskapsgrunnlag* og *omgivelsesbaserte* ”randsoner”-forhold, det vil si avgrenset til påvirkning fra finansielle og juridiske styringsinstrumenter, teknologi og pasienter (jfr figuren på side 80 i kapittel 4). Slike forhold i omgivelsene vil påvirke legers virksomhet generelt, men må antas å ha forskjellig innflytelse på allmennlegers og sykehuslegers kunnskapsforståelse. Dette er et grovt analytisk skille som også peker tilbake til forrige kapittel: teorien om medikratiet forutsetter både at det foregår en kunnskapsmessig rangering (sykdommenes statushierarki) og regulering av atferd som skal forhindre at leger blir offer for ”vitenskapelig villfarelse” (jfr Berg 1987). Men med denne sorteringen av kunnskap, og der naturvitenskapen utgjør en sterk referanse, følger også kollegiale normer. Det vil si normer for hvordan leger skal opptre overfor hverandre og omgivelsene for ikke å bringe standen i vanry.

I analysen i forrige kapittel har jeg lagt hovedvekt på å vise at slike kollegiale forhold gjør seg gjeldende. I diskursanalysen er det et selvstendig poeng å vise hvordan ytringer fra sentrale aktører skal bidra til å understøtte og styrke en kunnskapsmessig posisjon vis a vis konkurrerende posisjoner. Men det er også et poeng å vise at diskurser gir uttrykk for vilje og ønske om å overskride de gitte handlingsbetingelser. Når de to legegruppene skal samhandle, så vil diskurser tilby hele ”pakker” for hvordan de skal te seg og artikulere seg, ikke bare i spesifikke sosiale kontekster, men generelt (Neumann 2001). Identitetsforming betinger *medvirkning* som en del av mer totale sosiale prosesser, der sentrale aktører også bidrar som moralske og politiske individer. I en slik tilnærming oppfattes språklige kategorier som *markører* der forhold på mikronivå (for eksempel innholdet i tekster) og politisk-strukturelle forhold leses som en helhetlig tekst. Det etableres da en teoretisk forbindelse mellom ytringer om samhandlingsbetingelser på mikronivå og betingelser for samhandling på makronivå slik at: ”... *social structure may be located in the psychological make-up of the individuals whose social conduct and relations compose the structures*” (Blau 1976:15).

Som nevnt i kapittel 4 kan den sterke stilling som medisinen har i dagens samfunn knyttes til de naturvitenskapelige disipliners gjennombrudd i moderne tid. Med det naturvitenskapelige laboratorium som forbilde ble pasienten brakt inn i sykehuset, og i stor grad lyktes medisinen

med å legitimere sin samfunnsmessige betydning, og ble etter hvert en profesjon med høy prestisje (Foucault 1998). Å gi sin tilslutning til og bekjenne seg til kunnskap som gir følelsen av å forvalte den riktige og til enhver tid adekvate virkelighetsforståelse, er sentralt for det jeg her oppfatter som diskurser: den moderne biomedisinen med sterke røtter i naturvitenskapene klarte gjennom vellykket legitimering å etablere seg som en *dominant* diskurs. Det vil si en diskurs som gjennom meningsskapende prosesser gir bærerne sosial identitet, og som kunnskapsregime har den da også ytret seg, og framtrer som en dominant diskurs (Neumann 2001). Når en diskurs anses som etablert slik at den framstår som den eneste mulige måten å forstå noe på, betraktes den gjerne også som en *objektiv* diskurs. Den organspesialiserte sykehuslegen oppfattes i min framstilling som en manifestasjon av en subjektposisjon i kraft av biomedisinens diskursive dominans. Imidlertid opptrer diskurser alltid sammen med en rekke konkurrerende diskurser. Kampen om å oppnå status som gjeldende kunnskap i en historisk epoke, framtrer gjerne som en *diskursiv kamp*, der det er flere diskurser som hevder at de forvalter sannheten (ibid).

Jeg skiller for analytiske formål mellom to hoveddiskurser som artikuleres særskilt av leger som forvaltere av medisinsk kunnskap: mens *en biomedisinsk diskurs* framstilles som en diskurs som målbæres av sykehusleger, artikuleres *en humanistisk diskurs* av allmennlegene som en opposisjon og et korrektiv til denne. De to utgjør et *diskursivt felt* som inneholder flere mindre, og sammenfiltrede diskurser som bidrar til å komplisere bildet. Ved å la ”diskursene tale”, vil jeg vise hvordan biomedisinen som en dominant posisjon inkorporerer flere diskurser for å befestе sin stilling. Allmennlegenes pådriverrolle i tiltaksarbeid springer ut av et fagutviklingsarbeid som både kan betraktes som et opprør mot biomedisinen, og som et diskursarbeid som skal legitimere en særegen medisinsk spesialitet for allmenmedisinen.

7.1 Diskursenes tale: biomedisin versus humanistisk medisin

Diskursanalysen skal vise at redskaper og teknologi ikke kan oppfattes som nøytrale verktøy som inngår i sosial samhandling. Anvendelse av redskaper legitimeres gjerne ved at det vises til dominerende kunnskapstradisjoner. I den biomedisinske diskursen innleires noen grunnleggende, kunnskapsmessige forutsetninger fra blant annet sosialøkonomien, de juridiske - og teknologifagene ved at de har felles røtter med deler av medisinen i en naturvitenskapelig og positivistisk kunnskapstradisjon (Slagstad 1998). Men diskursene jeg

framstiller formidler også hvordan andre kunnskapsmessige forhold har sin berettigelse. Særlig allmennleger yrtrer at alternative kunnskapstradisjoner må utgjøre en del av medisinenes faglige innhold. ”Starten” på det jeg benevner som en humanistisk legediskurs kan spores til tidlig på 1980-tallet da allmennmedisin ble etablert som en egen medisinsk spesialitet, basert på en særegen faglig tilnærming. Mens de sykehusbaserte spesialitetene som nevnt kjennetegnes ved sin oppdeling av kroppens organer (jfr von Wright 1991 om merisme), bygger det allmennmedisinske kunnskapsgrunnlaget på helhet og bredde. Allmennlegens diskursarbeid består dermed i å legitimere en faglig identitet basert på spesialisert *generalist-kompetanse*. Diskursen kan oppfattes slik at allmennlegene avviser sider ved det tradisjonelle, biomedisinske kunnskapsgrunnlagets relevans. Det vil si at humanistdiskursen formidler en viss skepsis til at det som skal oppfattes som *gjeldende kunnskap* må bygge på gitte biomedisinske gyldighetskrav. Imidlertid er ikke dette bildet entydig. I begge de diskursive leirene artikulterer legene opprør mot sitt eget ståsted, slik at det etableres en mer generell helsediskurs.

Biomedisin og evidensbasert medisin: en del av en medisinsk teknologidiskurs

Spørsmålet om anvendelse av såkalt *evidensbasert medisin* (EBM) er et av de sentrale tema som etablerer en polarisering mellom det jeg oppfatter som en biomedisinsk- og en humanistisk legediskurs. Den historiske bakgrunnen for begrunnelser om å bruke EBM som beslutningsstøtteverktøy i medisinsk dokumentasjon knyttes særlig til det som oppfattes som utfordringer ved informasjons- og kunnskapseksplorasjonen i dagens samfunn.⁶³

Historisk har kjernen i argumentasjonen for evidensbasert medisin bygget på studier som avdekker svakheter i legenes medisinske beslutningsgrunnlag. En helt sentral referanse i det norske, biomedisinske diskursarbeidet viser til at tidsskriftet *British Medical Journal* i 1991 på redaktørplass kommenterer forskning som viser at kun 15% av medisinsk intervensjon har støtte i det som betegnes som *vitenskapelig bevisførsel*. Det pekes på at studier viser at erfarne klinikere har behov for ny kunnskap om to nye aspekter for hver tredje pasient de har til konsultasjon (Forland 1996/U). I utgangspunktet er det dette forholdet som mobiliserer

⁶³ Allerede i 1995 ble det årlig publisert mer enn to millioner artikler kun i det som betegnes som ”biomedisinske tidsskrifter”, og tendensene peker mot en jevn, årlig vekst (jfr Mulrow 1995). I industriell virksomhet benevnes tilsvarende virkemidler ”knowledge management”.

biomedisinsk orienterte leger til å ytre seg. Diskursens deltakere peker på at når mange medisinske beslutninger baseres på et så usikkert grunnlag, så får legene et troverdighetsproblem i sitt daglige arbeid. Forholdene krever en mobilisering som har resultert i at deltakerne *”... med høy profil har blandet [seg] inn i prioriteringen av blåreseptordninger, intervensjonsgrenser i klinisk medisin og screening-spørsmål. Til mange klinikers overraskelse og noens forargelse ...”* (Bjørndal 1999/U). Legene som ytrer seg her tilkjenner for det første hvorfor det oppstår to polariserte diskurser, nemlig ved å peke på at deres innlegg har skapt ”forargelse”. Dermed gir ytringene uttrykk for at mobiliseringen skal danne en ”bevegelse”, der de språklige virkemidler som tas i bruk gir assosiasjoner til språkbruken i politiske og religiøse bevegelser. Den biomedisinske ”kunnskapen” skal anvendes: *”... for å hjelpe samfunnet til å treffe beslutninger om helsespørsmål... [for] å streke opp kunnskapsbildet som skal fargelegges med politikk /.../ det finnes medisinsk kunnskap som bør frem i lyset og opp på bordet for å veilede beslutninger og påvirkninger”* (ibid).

I det norske diskursarbeidet begrunnes også behovet for utvidet deltakelse i internasjonalt samarbeid for å møte de nevnte utfordringer. Her siktes det til et pågående arbeid som er formalisert gjennom det såkalte *Cochrane-samarbeidet*. Det norske diskursarbeidet benytter her den engelske epidemiologen Archie Cochrane som sitt talerør: *”Det er ein alvorleg kritikk mot vår profesjon at vi ikkje har organisert kritiske, periodiske samandrag på spesialitets- eller subspecialitetsnivå av alle relevante kontrollerte forsøk”* (Cochrane 1989). Her knyttes den direkte forbindelsen til biomedisinsk forskningsmetodologi, det vil si anvendelse av kunnskap basert på medisinske studier som bygger på ”dobbelblinde, randomiserte forsøk”. Det norske diskursarbeidet refererer i hovedsak til slike kilder når de argumenterer for EBM: *“Evidence based medicine is the conscientious, explicit and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients. This practice means integrating individual clinical experience with the best available external clinical evidence from systematic research”* (Sacket et.al. 1996). Det framgår her at data som ikke tilfredsstillt et sett med gitte metodekrav, anses å være ugyldig som kunnskap for anvendelse i medisinsk behandling. I diskursen framstår den biomedisinske legen som kritisk til det som oppfattes som ”uvitenskapelig synsing”, noe som har resultert i at legene stadig blir: *”... utsett for angrep frå meir kvantifiserbare fag i medisinfamilien for å vere uvitenskapeleg og omtrentleg og mykje prega av synsing og skjønn”* (Forland 1996/U). Her benyttes begrepene *evidens* og *vitenskap* tilnærmet synonymt, samt at det positivt ladede begrepet *akademisering* anvendes

om en slik kunnskapsforankring også for det medisinske teorigrunnlaget: *”Med bakgrunn i dette er det god grunn til å tilrå den systematiske metoden som kunnskapsbasert praksis bygger på som grunnlag for videre utvikling av teorigrunnlaget...”* (Forland 1996/U).

I det norske diskursarbeidet oppfattes den biomedisinske lege som anvender evidensbasert medisin som ”moderne”, og der ytringene også framstår som en anbefaling som skal tilrettelegge for bedre samhandling mellom leger: *”Gode systematiske oversikter og gode kliniske retningslinjer vil kunne gjøre det lettere for oss å utøve god praksis. Opplæring i effektiv søk etter relevant og gyldig informasjon, og kritisk vurdering av vitenskapelige artikler er ferdigheter som vil gjøre oss til bedre klinikere /.../ hvis vi vil praktisere vitenskapelig fundert medisin, bør vi rydde opp i det ufattelige rotet i arkivrommet i det medisinske hus, og gjøre det om til et nyttig bibliotek for klinikere og pasienter”* (Flottorp 1998/U).⁶⁴

Her anvendes det språklige virkemidler som skal virke samlende, der ”medisinfamilien” skal holde til i *det medisinske hus*. Det som benevnes som *medisinsk kunnskapshåndtering* skal være et verktøy for bedre kliniske beslutninger: *”Målet er at fra du sitter på kontoret og skriver inn et konkret spørsmål, for eksempel hva finnes av kunnskap om måter å påvirke tenårings seksuelle atferd eller gravide røykere, skal det gå under fem sekunder til du har svaret hvis det finnes oppsummert kunnskap i verden – og under en uke hvis vi først er nødt til å oppsummere den kunnskap som fins”* (Bjørndal 1999/U). Usikkerhet som knytter seg til en beslutningssituasjon, for eksempel når allmennlegen skal avgjøre behov for videre henvisning av en pasient, skal her kunne møtes ved hjelp av kliniske beslutningsstøttesystemer som er innebygd i de elektroniske dokumentasjonsredskapene.

Det understrekes her at medisinen i dag generelt preges av et for svakt kunnskapsgrunnlag, samt at det som eventuelt finnes av kunnskap er for dårlig organisert og framstilt, og der mange av de sykdomsytringer som folk framviser i sitt møte med legene er det som skaper samhandlingsproblemer. Det danner seg et inntrykk av at diskursen peker på et internt ubehag fordi den faglig usikre legen under de rådende forhold ikke kan forvente kvalifisert bistand fra en mer erfaren kollega: *”Du vil få en mengde råd, men skraper du i det faglige ferniss, er*

⁶⁴ Forland F & Gilje TL: *Samtale med Signe Flottorp og Janicke Thesen*. Utposten Nr 5. 1998.

disse råd utelukkende basert på ovuleringer, usystematiske erfaringer og ekspertstatusens autoritet, ikke på holdbar kunnskap” (ibid). Her plasserer diskursen seg i en bevegelse som har satt seg som mål befeste biomedisinens faglige dominans. Dette skal gjøres med: *”... en ny systematikk for å finne og sammenstille den beste tilgjengelige kunnskap og med et klart blikk for kunnskapens beregninger*” (ibid). Det vil si at mindre åpenbare samhandlingsproblemer tilbakeføres til svakheter ved det kunnskapsmessige beslutningsgrunnlaget, og der svakhetene skal avhjelpes ved styrking av ”evidensbaserte” gyldighetskrav.

I den biomedisinske diskursen avvises også forsøk på å innlemme fremmed tankegods i diskursen. Det understrekes at kunnskap er *”... medisin – ikke jus eller sosiologi eller paragrafrytteri – din funksjon er å lede, koordinere, prioritere, påvirke, effektivere en virksomhet der kunnskapen om hva som virker og hva som ikke virker, er en essensiell del av handlingsgrunnlaget ... den er et lys i mørket, en måte å ta seg frem i verden på. Og det er du som holder i denne lykten, ingen andre*” (ibid). Metaforen om at biomedisinen representerer et lys i mørket peker mot en religiøs diskurs som antyder at legen skal lede pasienten gjennom dagens informasjonsmangfold, og veilede den enkelte pasient gjennom vrimmelen av nye og ”fristende” tilbud.

Forbindelsen mellom biomedisindiskursen og en mindre synlig teknologidiskurs etableres når ytringene kommenterer hvilke virkemidler som skal understøtte evidensbasert medisin. Konkret må bevegelsen ha et ”hus” som kan ivareta medlemmenes interesser. Fram til i dag er det etablert åtte slike internasjonale ”hus”, det vil si benevnt som Cochrane-sentre. Foreløpig er Norge bare knyttet til det nordiske Cochrane-senteret i København, og der norske leger oppfordres til å benytte senterets tjenester. Det vil si for å få tilgang til systematiske oversikter på definerte kliniske problemstillinger, og der forskningsresultater er bearbeidet statistisk og underkastet biomedisinsk metodemessig vurdering.

I det praktiske pasientarbeidet er målet at den enkelte lege ved hjelp av nettbasert teknologi og programvare som muliggjør anvendelse av systematiske ”søkestrategier”, skal kunne trekke en samlet konklusjon *”... som er mer valid enn konklusjoner fra enkeltstudier*”. (Meland 1995/U). Et vesentlig aspekt her er at EBM forutsetter anvendelse av dokumentasjonsverktøy som baserer seg på at det diagnostiske språket uttrykkes som koder i et internasjonalt diagnosekode og klassifikasjonssystem. Det vil si at der medisinen tradisjonelt har

dokumentert ved å benytte klassiske, latinske termer, må språkbruken tilpasses de krav de elektroniske dokumentasjonsredskapene stiller. Framstillingen av det medisinskfaglige innholdet i medisinsk dokumentasjon må altså baseres på økt språkmessig entydighet og *innholdsmessig strukturering*, det vil si det vi vanligvis forbinder med dokumentmaler for henvisninger og epikriser. Og det framheves at det særlig er effektivitetshensyn som skal ivaretas her, og der ett av målene som nevnt i kapittel 6, er økt gjenbruk av informasjon (jfr KITH 2002a/b).

I dag pågår det et utstrakt arbeid med slik språklig standardisering, det vil si for videreutvikling av det internasjonale kodespråket for diagnoser, og der målet er å understøtte biomedisinsk praksis.⁶⁵ Det foregår samtidig et mer overordnet og omfattende standardiseringsarbeid for de teknologiske redskapene, i hovedsak basert på at Internett-teknologi skal kunne anvendes i lukkede helsenett. Dette arbeidet utgjør en mer *total integrering* på veien mot det som skal bli ”virtuelle pasientjournaler” og ”et papirløst helsevesen” (jfr SHD 2001). Realisering av slike visjoner basert utelukkende på elektroniske dokumentasjonsløsninger fordrer dermed standardisering i en helt annen grad enn det som har vært tilfellet for papirdokumentasjon, og der innholdsmessig strukturering er en forutsetning for at de elektroniske løsningene i det hele tatt skal kunne integreres og ” snakke sammen”. Det vil si at både redskaper og *praksis* må underlegges strengere standardiseringskrav. I de nye systemene vil det for eksempel i mindre grad være rom for å uttrykke seg i fritekst, det vil si at det må legges inn begrensninger i løsningene som hindrer produsentens muligheter for språklig utfoldelse og variasjon. I motsatt fall vil systemene ikke kunne behandle råstoffet og bearbeide dette for videre bruk.

Biomedisindiskursen argumenterer derfor for at det må settes inn økte ressurser for at innholdet i medisinsk dokumentasjon mer effektivt kan lagres og gjøres tilgjengelig i medisinske informasjonskilder, for deretter å kopieres direkte inn. De nevnte ”prosedyrebøkene” som har vært gjenstand for tiltaksarbeid for bedre samhandling rundt henvisningsdokumentet, skal i framtida inngå i og kunne anvendes som en del av

⁶⁵ Kodeverk og klassifikasjoner er som nevnt i kapittel 6 eksempler på ”innholdsstandarder”. Den internasjonale klassifikasjonen for diagnoser ICD 10 er gjeldende for sykehusmedisin. Det tilsvarende kodeverket for allmennmedisin benevnes ICPC (International Classification for Primary Care). For elektroniske dokumentasjonsløsninger forutsettes parallell utvikling av tekniske standarder og innholdsstandarder, der begge vil være en forutsetning for å etablere ”sømløse” elektroniske systemer for helsevesenet.

helsevesenets "informasjonsbank". Det forutsettes dermed at det etableres en biomedisinsk databank som baseres på et hierarki av kilder som er gjort tilgjengelig i elektroniske nettverk. Det vil si etter modell fra blant annet "The Cochrane library", "Medline" og liknende Internett-baserte informasjonskilder. I dag er det etablert liknende medisinske web-sider initiert av medisinske tidsskrifter,⁶⁶ og som i dag er en av flere ulike informasjonskilder. Prosedyrebøkene er planlagt å utgjøre en viktig del av det biomedisindiskursen mener skal tilbys forskjellige typer virksomheter i helsevesenet.⁶⁷ Slike *medisinske handlingsprogrammer* skal fungere som beslutningsstøtte i konkrete pasientkonsultasjoner, for eksempel når legen skal utforme et henvisningsdokument eller et epikrisedokument (Daae 1998/U).⁶⁸

En generell forutsetning for bruk av slike kilder, er at de bygger på "evidensbaserte" konklusjoner fra internasjonale kunnskapsdatabaser, og at de skal fungere som *beslutningsstøttesystemer*. Når innholdet i kildene, for eksempel i henvisninger og epikriser tilfredsstillende, biomedisinske metodekrav, så kan de tilrettelegges for integrert bruk sammen med elektroniske pasientjournalssystemer, og slik at hypertekst-basert støtte gjøres tilgjengelig for alle leger i en gitt beslutningssituasjon.⁶⁹ Cochrane-databasen representerer ett av de mest omfattende forsøk på å etablere et slikt beslutningsstøttesystem. I dag utgjør databasen en omfattende medisinsk informasjonsbank, der et internasjonalt nettverk av klinikere og forskere produserer, sprer og vedlikeholder systematiske oversikter over effekten av helsetiltak.⁷⁰

Det biomedisinske kunnskapsregimet bygger altså på en kunnskapsforståelse der gitte "evidensbaserte" gyldighetskrav skal gjelde, samtidig som det inkorporerer et teknologisk kunnskapsregime. Poenget så langt har vært å vise at teknologisk "standardisering" kan oppfattes i en videre betydning enn det vi forbinder med begrepet når vi i dagligtale snakker

⁶⁶ Se for eksempel Bandolier: <http://www.jr2.ox.ac.uk/bandolier/>

⁶⁷ Fylkesvise prosedyrebøker for allmennmedisin i Norge er fortsatt papirbaserte.

⁶⁸ Eksempler på forløpere til slike handlingsprogrammer som leger kan benytte i dag, er *Metodebok for turnuskandidater*, *Norsk legemiddelhandbok*, *Legevakthåndboken*, samt mer kommersielle kilder utformet av legemiddelindustrien.

⁶⁹ I dag utvikles det for eksempel Internet-basert programvare som "reiser" i helsenettverkene og som kan samle data både til styringsformål og for "evidensbasert forskning". Disse løsningene er programmert til å lete etter gitte parametre (for eksempel om epidemiologiske forhold). I dag er det vanskelig å se hvordan en skal kunne skille legitim bruk av slike opplysninger fra illegitim bruk. I prinsippet kan ethvert tastetrykk på en leges PC spores slik at det kan lages "praksisprofiler" på hver enkelt aktør.

⁷⁰ Finland har etablert slike databaser med over 700 forskjellige 'guidelines', mens det i England er etablert over 2000 slike (Daae 1998/U).

om standardisering i form av faste dokumentmaler for henvisninger og epikriser, eller for pasientjournaler. Det følger også av det som er sagt foran at de evidensbaserte kriterier som kjennetegner biomedisinen også er sykehuslegens kunnskapsmessige referanse i større grad enn allmennlegens. Den *merisme* som kjennetegner sykehuslegenes kunnskapsmessige forankring, innebærer som nevnt en *reduksjonistisk logikk* der observerte symptomer reduseres til stadig mer avgrensbare deler av kroppen (Løchen 1996). Denne kunnskapsorienteringen følger en logikk der det er et implisitt imperativ at en forklaring skal være en kausalforklaring (jfr Ekeland 1999:305). Det følger nærmest naturlig at sykehuslegen bekjenner seg til metodisk stringens som følger av en slik kunnskapsinnretning.

I det pågående diskursarbeidet formidles det imidlertid også en opposisjon der allmennleger oppfatter den biomedisinske legen som forsvarer av en tradisjonell, positivistisk kunnskapsforståelse. Her plasseres biomedisinen i den dominante diskursens posisjon, og med allmennmedisineren på legekantoret i en diskursiv opposisjon. Det pekes blant annet på at biomedisinen begrunnes og forvaltes med referanse til "vitenskapelig objektivisme" som : "... *undergraver dagliglivets moral [og] ... kan utvikle seg til tyranni og autoritær maktpolitikk*" (Meland 1995/U).

Den humanistiske diskursen

I dette diskursarbeidet gir allmennleger i dag uttrykk for et behov for å definere sitt eget kunnskapsgrunnlag, og formidlet som en generell opposisjon til den biomedisinske kunnskapsforståelsen. Her oppfattes det allmennmedisinske kunnskapsgrunnlaget som rammet av en "teorikrise" (jfr Stavdal 2000), og som derfor begrunner en allmennmedisinsk nyorientering basert på en *humanistisk kunnskapsforståelse* (jfr Schei & Gulbrandsen 2000). Det biomedisinske kunnskapsgrunnlaget angripes her ved at det pekes på at tidligere tiders medisinske "håndverk" har blitt fortrent av anvendelse av formaliserte sykdomsbeskrivelser og teknologiske redskaper, og der virksomheten skal baseres på eksakte metoder. Dette ses som en følge av en utvikling med utstrakt faglig spesialisering som særlig preger sykehusmedisinen. Her gis det uttrykk for en viss bekymring for at biomedisinske kunnskapsgrunnlag skal dominere eller fortrenge medisinske *klassiske* plattformer, den som ble etablert "*før moderniteten innhentet medisinen*" (ibid).

Det pekes på at når spesialiseringens logikk medfører et kunnskapsmessig statushierarki, så bidrar dette til at dagens legestudenter foretrekker spesialiteter med høy prestisje, mens allmennmedisin kommer langt ned på ønskelisten (jfr Wier-Jenssen & Aasland 1999). Spørsmålet om lav søkning til allmennmedisinen knyttes altså til at noen medisinske spesialiteter regnes som lite populære, og der allmennmedisinen synes å havne sammen med lavstatusmedisin. Det vil si sammen med psykiatri, rehabilitering og kvinnesykdommer, der andelen ubesatte stillinger har økt mest (Skoglund 1996).

Allmennmedisinens antatte lavere status, og de påfølgende rekrutteringsproblemene, knyttes til hvordan slike forhold kan tenkes å etablere et skjerpet samhandlingsklima. I diskursen knytter allmennlegen dette til signaler de får fra sykehusleger, for eksempel oppfatninger om: *”... at en hvilken som helst autorisert lege er kvalifisert til å være allmennpraktiker, enten han kommer direkte fra turnustjenesten eller f.eks. er plastikkirurg”* (Brekke et.al. 1999). Det pekes videre på at de forskjellige arbeidsbetingelser de to legegruppene praktiserer med utgangspunkt i, bidrar til *”... økende virkelighetsforskjeller innenfor den medisinske verden. Språk og virkelighetsoppfatning er knyttet sammen. Begge kan også ses på som kulturelementer. Blir virkelighetsoppfatningen og kulturene for forskjellige, er det vanskelig å finne et meningsbærende felles språk”* (Øgar 1997/U).

Her formidles et inntrykk av at sosialiseringen til den biomedisinske kunnskapsforvaltningen starter tidlig. Påpekingen av mangelen av et felles meningsbærende språk gir assosiasjoner til det praktiske dokumentasjonsarbeidet. Når samhandlingen mellom allmennleger og sykehusleger kommenteres, er det gjerne innebygget kritikk som viser til karakteristikk av epikriser som ble gitt i kapittel 6, men der diskursarbeidet har et videre siktemål: *”Som arbeidende i den ytre sirkel forholder man seg til en verden det kan være problematisk å beskrive og ikke minst få forståelse for i den indre sirkel, 2. linjetjenesten. Det viser seg også å være vanskelig å motta god informasjon for eksempel om videre oppfølging av en nylig utskrevet pasient. Er det rimelig å forvente at allmennlegen skal være innforstått med hva som ligger i utsagnet ‘videre kontroll hos egen lege’. Ingen kommunikasjon, dobbelt kommunikasjon, dårlig kommunikasjon mellom allmennmedisin og sykehus er noen stikkord”* (Jesman Pedersen 2001/U).

I det allmennmedisinske diskursarbeidet benyttes sterke språklige virkemidler, og der den noe selvironiske bruk av metaforen ”den ytre sirkel” tilkjennevirer at deltakerne ikke befinner seg

på defensiven: ”Hvilken idiot av en distriktslege kunne finne på å legge inn en dame som til syvende og sist viser seg å ha intercostal myalgi og aldeles ikke en coronar lidelse? Morgenmøtets høvdingen i den indre sirkelen har talt og sykehusets turnuskandidater og ass.leger har fått dagens signaler – gjør aldri noe slikt! Ingen i den ytre sirkelen tør ta opp hansken og argumentere imot. Noen tenker likevel hva professorene på doktorskolen lærte oss,– man fisler ikke med brystmerter i periferien. Disse pasientene skal avklares på sykehus” (ibid). Selv om allmennlegen er skjøvet ut av en sterkere makt, så formidler diskursens deltaker her at forholdene krever ny mobilisering, ved at noen tar til motmæle.

I allmennlegenes diskursarbeid illustrerer bruken av metaforer noe om relasjonen til sykehuslegen, og at dette er viktig identitetsbygging. Blant annet vises det til opprinnelsen av benevnelsen *primærlege* som et vitnesbyrd om at allmennlegen skal rangeres først eller er viktigst. Her benevnes allmennmedisinen som *førstelinjen*, og som *et flaggskip i vårt helsevesen* (Hjortdal 1996/U), og som *kronjuvelen* som nå skal løftes ”ut av skyggenes dal” (Grimsmo 1999/U). Slike formuleringer kan forstås som innspill i en diskursiv prosess som omhandler allmennmedisinerens identitet. Utsagnene tjener som viktige *identitetsmarkører*, og illustrerer arbeidet med å forme deltakernes forståelse av egen status vis av vis sykehuslegen (jfr Neumann 2001). I beskrivelsen av sykehusmedisinen heter det at den kjennetegnes ved sine ”stamme-, gren-, og kvist”-spesialiteter, mens allmennlegen derimot er ”det koordinerende ledd” mellom de forskjellige spesialitetene (jfr Werner 2003).

Allmennmedisinenes diskursive nyorientering formuleres også som et direkte spørsmål om betingelser for å samhandle med sykehusets leger, det vil si med leger som antas å ha: ”... *et mer eller mindre ensidig naturvitenskapelig utgangspunkt i legeutdanningen og fagkulturen /.../. Spørsmålet er /.../ om det lar seg gjøre å etablere et samarbeid med faggrupper som kan styrke de ikke-naturvitenskapelige sidene ved medisinen*” (Nylenna 2000). Her pekes det på at samhandling forutsetter mobilisering mot biomedisinenes faglige hegemoni, og der det argumenteres for etablering av en ny type kommunikasjon basert på at leger skal anvende et språk i medisinsk dokumentasjon som tilrettelegger for felles forståelse av sykdom og helse, fordi allmennlegene og sykehuslegene møter pasientene med ”... *to forskjellige sykdomsoppfatninger ´inne i hodene´ hos de to partene som møtes*” (jfr Hydle i Hornmoen 1997:1).

Den humanistiske diskursen kan oppfattes som et resultat av forsøk på å koordinere interesser gjennom diskursive artikuleringer, og der stridende parter forsøker å legitimere mer omfattende tankeformer. For å løse ”krisens dilemmaer”, mobiliserer allmennlegene nye, diskursive innspill ved å utvikle fagets teorier, de organiserer opplæring, sprer ”oppdragende skrifter” for å vedlikeholde diskursen (jfr Engelstad 2003:9). Allmennlegens diskursive arbeid kan dermed sies å representere ytringer som både skal bidra til å skape en ny faglig identitet, og for å legitimere deres særegne kunnskapsgrunnlag.

Foruten de kunnskapsmessige sider ved virksomheten, legger allmennlegenes ytringer også vekt på sider ved de betingelsene de praktiserer innenfor. Norge har rundt 3500 allmennleger som praktiserer under ulike arbeidsforhold og organisatoriske rammer. Vel en tredel av disse er allmennleger som i 2000 håndterte rundt 14 millioner konsultasjoner. Det vil si at allmennlegetjenesten ivaretar over 80 % av pasientenes behov for medisinsk hjelp (Øgar 1997/U). Beskrivelsene viser gjerne til hvordan særtrekk ved den norske helsetjenesten plasserer allmennmedisinen i en spesiell stilling. Og når det i diskursarbeidet i noen sammenhenger blir sådd tvil om allmennmedisinens legitimitet, så vises det til formuleringer i nyere helsepolitiske dokumenter som fastslår allmennlegens plass vis av vis sykehuslegene: *”Distriktshelsetjenesten skal omfatte helsevesenets basistjenester og være det fundament som de andre deler av helsetjenesten springer ut fra og støtter seg til”* (ibid).

Samtidig som allmennlegenes nyorientering peker på slike helsepolitiske idealer, gis det også uttrykk for misnøye med tilstandene, der det formidles et inntrykk av at asymmetrien i relasjonen mellom de to legegruppene har sin egentlige rot i legeutdanninga, og at denne må gis en særskilt plass i det videre diskursarbeidet. Det konstateres at allmennmedisinen har utviklet seg fra *”... en slags sum av de andre kliniske fag /.../ til nå å ha kommet til full modenhet med allmennmedisin som et av tre hovedfag ved siden av indremedisin og kirurgi”* (Worren 1995/U). En faglig nyorientering krever imidlertid ytterligere utviklingsarbeid for å etablere en separat spesialitet *”... som henter impulser og kunnskap nærmest fra alle de øvrige fag, men samtidig har metoder, innfallsvinkler og ideologi som er dens egen* (ibid).

Det diskursive arbeidet kommenterer behovet for innholdsmessige endringer i legeutdanningen, der det blant annet argumenteres for etablering av en ”humanistisk legeutdanning” (Schei & Gulbrandsen 2000:143-146). Her etableres det et skille mellom biomedisinen forstått som *det lille paradigmet* som er ”faktaorientert, atomistisk,

monofaglig”, mens det nye *store paradigmet* er ”meningsorientert, holistisk, tverrfaglig” (ibid). Mens det biomedisinske kunnskapsgrunnlaget oppfattes som basert på ”enveis kommunikasjon”, skal det nye paradigmet baseres på ”helhetsspråklig, dialogisk kommunikasjon”. Det siste innebærer at kommunikasjonsmediene, for eksempel de elektroniske redskapene for medisinsk dokumentasjon, skal bidra til å fremme ”deltakerorienterte arbeidsformer” (ibid:146). Den nye utdanningen skal innlemme kunnskapselementer blant annet fra antropologi, litterære tilnæringer og bildekunst (jfr Hydle 1997).

I det norske diskursarbeidet hentes det også næring fra et tilsvarende internasjonalt diskursarbeid.⁷¹ I ett slikt bidrag til en ny faglig definisjon for allmennmedisin, legges det vekt på å få fram at ikke bare sykehusfagene skal betraktes som medisinske *spesialiteter*, men at også allmennmedisinens generalistkompetanse representerer en faglig spesialitet som skal videreutvikles. Her innlemmes blant annet fagene psykologi og sosiologi, og der allmennlegen beskrives som: “... *a specialist trained to work in the front line of a healthcare system and to take the initial steps to provide care for any health problem(s) that patients may have. The general practitioner takes care of individuals in a society, irrespective of the patient's type of disease or other personal and social characteristics, and organises the resources available in the healthcare system to the best advantage of the patients. The general practitioner engages with autonomous individuals across the fields of prevention, diagnosis, cure, care, and alliation, using and integrating the sciences of biomedicine, medical psychology, and medical sociology*” (Olesen et.al. 2000:355).

Selv om det diskursive identitetsarbeidet her er flyttet til en internasjonal publiseringsarena, inneholder det fortsatt de språklige virkemidler som kjennetegner det norske diskursarbeidet. Blant annet finner vi den diskursive markøren *front line* som er hentet fra den norske diskursen der allmennlegen arbeider i ”førstelinjen”.

⁷¹ I argumentasjonen for etablering av det som kalles en ”ny faglig platform” vises det gjerne til slike tiltak i andre land, for eksempel det såkalte ”Medical Humanities” i England og USA. Jfr Medical Humanities, New York University School of Medicine: <http://endeavor.med.nyu.edu/lit-med/lit-med-db/topview.html> og Centre for Medical Humanities: Department of Primary Care and Populations Sciences, University College London: <http://www.Pcps.ucl.ac.uk/cmh/>

Imidlertid kritiseres også denne definisjonen av enkelte allmennleger, fordi den fortsatt smaker for mye av "vitenskap". Her argumenteres det for en *ytterligere* løsrivelse fra den biomedisinske kunnskapsforståelsen. Begrepet "science" i den engelske definisjonen foreslås fjernet, og den humanistiske tilnærmingen skal inkludere elementer fra hermeneutisk og fenomenologisk filosofi: "*... i en bredere referanseramme som også må omfatte kunnskap fra humaniora og hvor oppøvelse av allmennmedisinske ferdigheter i bred forstand gis betydelig oppmerksomhet. Tendenser i vår tid i retning av instrumentalisering av allmennpraksis må avvises*" (Windingstad 2000/E).

Det allmennmedisinske diskursarbeidet kan dermed sies å utspilles som en opposisjon til biomedisinen, en opposisjonen som påkaller en ny faglig plattform for allmennleger. Men diskursen knyttes bare indirekte til spørsmålet om samhandling via medisinsk dokumentasjon. Det påpekes blant annet at til tross for at allmennlegenes anmodninger om faglig bistand i tilknytning til henvisninger til sykehuset innebærer en viss risiko, så sies det at: "*Leger fortsatte å være allmennpraktikere selv om de visste at mang en henvisning ble gjenstand for hoderysting og i blant sarkastiske kommentarer på sykehusets morgenmøte*" (ibid). Diskursens bærere synes imidlertid ikke å være i en defensiv posisjon – det formidles i hovedsak at de rådende forhold krever mobilisering, fordi "*... ressurser, teknologi og prestisje mer og mer ensidig [er] forbundet med sykehus,[og fordi] forskning alltid foregikk i sykehus og sykehusenes laboratorier*" (Holtedal 1998/U). Her gis det uttrykk for en aksept av at man befinner seg i et maktfelt, og der sykehuslegen fortsatt utgjør diskursens *subjektposisjon*. Samtidig synes nettopp slike forhold å bidra til å mobilisere til nye, diskursive strategier.

Allmennlegenes nyorientering kan oppfattes som et opprør mot forsøk på å definere faget innafor en evidensbasert ramme og ut fra en biomedisinsk forståelse. Etableringen av en egen, allmennmedisinsk kunnskapsplattform, tar også utgangspunkt i polariseringen mellom *skjønnsanvendelse og forsøk på å etablere mer entydige beslutningskriterier*, og der det antas at slike tendenser vil øke i omfang med økt anvendelse av elektroniske dokumentasjonsredskaper. Den humanistiske diskursen målbæres dermed av allmennleger som oppfatter at deres beslutninger må baseres på *klinisk skjønn*, og på at de utfører sin legegjerning på "bakkeplanet" (jfr Getz et.al 1994). Opposisjonen retter seg altså mot anvendelse av regelbaserte "prosedyrebeslutninger" som i økende grad lar seg behandle ved hjelp av elektroniske verktøy. Den humanistiske diskursen argumenterer for at et medisinsk

problem kan framtre forskjellig etter hvilket kunnskapsmessig perspektiv legen anlegger. Mens den sykehusansatte legen påberoper seg legitimt å kunne konsentrere seg om *bestillingen* – det syke organet – peker allmennlegen på forpliktelsen til å åpne for at fysiske sykdomsytringer kan ha bakenforliggende årsaker (ibid.).

Den diskursive nyorienteringen kan slik både ses i lys av den praktiske hverdagen allmennlegen står i, men også i lys av mer ideelle hensyn som er nedfelt i nyere, helsepolitiske handlingsplaner. Den humanistiske diskursen viser her til *Generalplan for allmennmedisin i Norge* (1982) som beskriver allmennlegens ”oppdrag” i svært vide formuleringer: *”Allmennmedisin er den generelle, forebyggende og behandlende medisin. Allmennmedisin er individ- og familierettet. Allmennpraktikeren trer inn i en forpliktende rolle som medfører et personlig ansvar for de individer, familie- og befolkningsgrupper som søker allmennpraktikerens hjelp. Dette ansvar gjelder både art av helsetjenester og kontinuitet. Allmennpraktikeren bestreber seg på å fremme individets helse uansett sykdommens art eller pasientens livssituasjon. Allmennpraktikeren står med sin profesjonelle bakgrunn, og ved hjelp av samfunnets helseapparat forøvrig, som formidler og koordinator av tjenester innen alle deler av helsevesenet.”*

Det vises også til de såkalte ”KOPF-idealene” som definerer allmennlegens mange oppgaver. Forkortelsen står for ”koordinering, omsorg, prioritering og forebygging” (Dnlf 1991). Samtidig knyttes gjerne virksomheten til det som i internasjonal sammenheng kalles ”familiemedisin”. I den internasjonale organisasjonen WONCA´s (1991) beskrivelse heter det at allmennlegene har et særlig sosialt ansvar i forhold til *”... omsorg for enkeltmenneskene innen familien, og familien i samfunnet, uavhengig av rase, religion, kultur eller sosial status. Han/hun er faglig kompetent til å besørge størstedelen av deres behov for helsetjeneste når man tar hensyn til deres kulturelle, sosioøkonomiske og psykiske bakgrunn. I tillegg tar han/hun personlig ansvar for å skaffe allsidig og kontinuerlig helsetjeneste for sine pasienter...”* (sitert fra Mjell 1995/U).

KOPF-idealene og WONCA´s beskrivelser av allmennlegens oppgaver framstår som svært ambisiøse, og fagets nyorientering kan oppfattes både som en kunnskapsteoretisk utdyping av slike beskrivelser, men også som en aksept av slike idealer. Det formidles altså et bilde av svært omfattende krav som allmennlegen skal møte. Og i en sentral lærebok som benyttes i den norske grunnutdanningen for leger, beskrives slike forventninger i ikke mindre enn åtte

roller: den personlige legen, generalisten, pragmatikeren, ressursforvalteren, koordinatoren, primærkliniker, helsefremmeren og nærmiljølegen (Bentsen et.al. 1991). I diskursarbeidet kan referansen til dette omfattende rollesettet oppfattes som et forsøk på å møte de svært ambisiøse målene som er satt for virksomheten.

Og når allmennleger skal utdype innholdet i det som skal bidra til den nye faglige identiteten, benyttes det metaforer der dagens humanistiske diskurs også settes i intertekstuell forbindelse med de klassiske legeidealer. Allmenmedisinen beskrives her som "en oppdelt kake", der hvert stykke representerer en klassisk spesialitet. Allmenmedisin blir da summen av litt indremedisin, litt pediatri, litt gynekologi, litt urologi, litt nevrologi, og summerer seg opp til et breddefag, i motsetning til de sykehusbaserte spesialitetene, som beskrives som dybdefag. I sentrum av kaken er det at det særskilte, faglige grunnlaget for allmenmedisinen befinner seg. Sentrum karakteriseres som "*... umoden og voksende, full av potensialer*", der den omgis av sektorer av "klassisk klinikk" (Getz 1995/U).

Det er her det nye kunnskapsgrunnlaget skal forankres og defineres som en humanistisk vitenskap basert på *pasientsentrert* medisin. Her er det "*...begreper og fenomener som ennå ikke har funnet sin endelige form og innhold /.../ Uklare smertesyndromer, myalgier, psykiske lidelser, sosialt betinget sykdomsatferd*" (Getz 1995/U). Allmenmedisinen skal dermed baseres på tilnærminger som er hjemmehørende i filosofiske retninger som "eksistensiell anatomi", "kroppslig humanisme", samt i andre teorier som bygger på samfunnsfaglige og humanistiske disipliner (ibid).

I sum formidler den allmenmedisinske nyorienteringen at kunnskapsforankringen skal være i de klassiske legeidealer, samt i nyere humanistiske og samfunnsfaglige disipliner. Diskursen ser på språket som en viktig del av de foreliggende samhandlingsbetingelser, og der medisinsk dokumentasjon og de språklige ytringene som inngår her, også er en del av disse betingelsene. Men diskursen tar avstand fra at medisinske tilstander skal beskrives i koder og klassifikasjoner for å kunne la seg prosessere i de elektroniske dokumentasjonssystemene. Diskursens opposisjon til den biomedisinske, formidles ved påpeking av at medisinsk språk i *standardisert utgave* har noen mindre åpenbare egenskaper. Derved reises et spørsmål om: "*... how these properties inform social and moral order via the new technological and electronic infrastructures. Few have looked at the creation and maintenance of complex*

classifications as a kind of work practice, with its attendant financial, skill, and moral dimensions” (Bowker & Star 2000:5).

Humanistdiskursen knytter økt utbredelse av elektroniske dokumentasjonsredskaper til hvordan standardiserte, språklige uttrykk i medisinsk dokumentasjon også aktualiserer en kjønnsdimensjon og en etnisk dimensjon. Medisinsk kategorisering og klassifisering antas å være innvevd i sosial praksis, der både moralske og kulturelle forhold har en tendens til å usynliggjøres, og det reises dermed et spørsmål om: ”... *how these categories are made and kept invisible*” (ibid). Problemstillingen berører dermed dimensjoner som ligger *utenfor* de ”objektive sannheter” som biomedisinen forvalter, fordi ”... *each standard and each category valorizes some point of view and silences another*” (ibid). I diskursen aktualiseres kjønnsdimensjonen og den etniske dimensjonen med referanser til nyere forskning, der det blant annet pekes på at medisinen historisk har stått sentralt i utformingen av et biomedisinsk rasebegrep formulert i diagnostiske termer. I den humanistiske diskursen forstås slike diagnoser også som politiske kategorier (jfr Cartwright 1967). Diskursen peker på at slik kategorisering på et praktisk plan formidles i epikriser og henvisninger, men at det er mindre åpenbart hvordan dette bidrar til å påvirke hva som oppfattes som normalt eller avvikende.

I den humanistiske opposisjonen formidles også en indirekte kritikk av den sterke sykehussentrering som kjennetegner det norske helsevesenet, og at dette særtrekket i seg selv synes å tilrettelegge for mindre gunstige samhandlingsbetingelser (jfr Bast-Pettersen 1995:3396). Den sykehusbaserte medisinen oppfattes å gi et helsevesen som forvalter en *kjønn*et praksis. Dette manifesterer seg via de medier som inngår i kommunikasjonen, der diagnostisk dokumentasjon fra ”databasetilhengerne” blant legekolleger avdekker tendenser til kjønnsavhengige ”slagsider” i dokumentasjonen. I disse ytringene påpeker særlig kvinnelige allmennleger at sykehuslegen tenderer å forvalte en biomedisinsk, *instrumentell*, og derved en mer ”maskulin” kunnskapsforståelse (Malterud 1990). Den humanistiske diskursen peker også på forskning som bekrefter at legens kjønn har vist seg å ha betydning for pasientbehandlingen, og er dominert av biomedisinens tilnærming, ”... *der det mannlige er symbolsk forbundet med det som har form, det som er bundet og fast, presist og bestemt. Det kvinnelige er derimot symbolsk forbundet med det formløse og det uavgrensede, det upresise og ubestemte*” (Kirkengen 1996/U).

Humanistdiskursen argumenterer her for at kjernen i biomedisinens kunnskapsgrunnlag, meta-analyser og randomiserte, kontrollerte forsøk, må oppfattes som *påstandskunnskap*, mens det som preger kunnskapsanvendelsen i allmennpraksis skal forstås som *ferdighetskunnskap* (jfr Malterud 1998/U). Sentralt i dette kunnskapssynet er det at ferdigheter som erverves gjennom lang klinisk praksis, ”setter seg” som ferdigheter der en ikke kan skille praktiske ferdigheter og ren kunnskap. Dette kunnskapssynet innebærer at samhandling mellom helsepersonellgrupper artikuleres som *taus kunnskap* som ikke alltid dokumenteres eller lar seg dokumentere og vanskelig lar seg formidle videre uten at forholdene er lagt spesielt til rette for kommunikasjon og dialog. Og det påpekes at selv om vi ikke er oppmerksom på at vi anvender slik kunnskap, skal dette dermed ikke forstås slik at den ikke anvendes og utgjør underliggende premisser i samhandling rundt medisinsk dokumentasjon (jfr Sayer & Britt 1996 og MacIntyre et.al. 1996).

Opprøret mot evidensbasert medisin – et opprør mot teknologidiskursen

Humanistdiskursen knytter sammen et opprør mot evidensbasert medisin med et opprør mot det jeg oppfatter som en teknologidiskurs, og der argumentasjonen peker på forholdet mellom ”den tause kunnskapen” og det ”moderne” diagnosespråket. Det som framstilles som entydige diagnoser i medisinsk dokumentasjon, er ofte plassert relativt vilkårlig i diagnosekodenes klassifikasjonssystem: ”*Det jeg har sett og hørt, kan ha mange navn. Jeg kan vel kalle dette for fibromyalgi. Eller kroniske muskelsmerter. Eller myofascialt syndrom. Eller kronisk lumbago. Eller skuldernakkesyndrom. Jeg har sett det før – jeg kjenner det igjen. Jeg kan ikke påstå at diagnosen jeg har stilt, er et biologisk, entydig faktum. Min diagnose er en sannsynlighetsvurdert fortolkning basert på samhandling, skjønn og verdier. Slik er det ofte.*” (Malterud 1998/U). Humanistdiskursen ser dermed på medisinsk dokumentasjon i et spesielt lys, der innholdet antas å endre seg i takt med de historiske og sosiale betingelser dokumentasjonen er en del av. Derfor oppfatter den humanistiske diskursen legen som dikterer eller skriver, som en ”forteller” som ikke alltid trer åpent fram, men der den som skriver eller dikterer legger igjen mange spor av sin definisjons- og tolkningsmakt (jfr Aaslestad 1997). I dag framstår medisinsk dokumentasjon med en skjult kraft, fordi mindre åpenbare forhold rundt dokumentasjonsvirkningskraften veves inn i den generelle vitenskapeliggjøringen av medisinsk praksis. Humanistdiskursen oppfatter det slik at medisinsk dokumentasjon i dag manifesterer en ny type makt, der språket har en tendens til å

framstå som erfaringsfjernt og abstrakt (ibid). Det likner ikke lenger vanlig, menneskelig tale, fordi legene synes å dokumentere for kolleger eller "systemet". At det i dag opptrer formuleringer i epikriser som virker uforståelige for allmennleger og pasienter, skaper et inntrykk av at skriveren "skriver med påholden penn" (ibid).

At slike, mindre åpenbare forhold bidrar til å forme samhandlingsbetingelser på en ny måte, formidles av den humanistiske diskursen ved påpeking av at den biomedisinske kunnskapsorienteringen på sentrale områder forbindes med anvendelsen av de nye, elektroniske redskapene, og at dette vil kunne forme nye barrierer for samhandling mellom sykehusleger og allmennleger. Den humanistiske diskursen argumenterer derfor for at det må gis aksept for en egen *taus* og *meningsbasert* kunnskap, og der dokumentasjonsredskapene må understøtte en praksis som er basert på denne typen kunnskapsanvendelse (jfr Swensen 1997/U). Som en kommentar kontrasteres "vitenskapsdiskursen" til sin absolutte motpol der forfatteren påkaller fortidige legeidealer: "*Kan man måle legekunst i p-verdier? Er legekunst lik hekseri? Trenger vi magiske krefter for å være dyktige allmennpraktikere? Er 'Evidence Based Medicine' basen for vår faglige dyktighet, eller må Chochrane-bevegelsen avfinne seg med en plass i bibliotek-filen i databaser på den enkelte leges kontor?*" (Hynne 1998/U).

Innlegget markerer et opprør mot den såkalte "EBM-bevegelsens" forsøk på å avgrense kunnskapsgrunnlaget til en biomedisinsk database, samtidig som det påpekes at en pasientkonsultasjon skal oppfattes som "... *en interaktiv kunstnerisk forestilling der vi, innenfor stramme regler, utøver vårt håndverk og hele tiden også anvender vår kunstneriske klo*" (ibid). Her peker formuleringene inn i et humanistisk kunnskapsunivers der metaforene gir assosiasjoner til utøvelse av klassiske kunstarter.

Og ifølge forfatteren er det som oppfattes som kjerneområdet for deres tilnærming ikke forskbart, fordi legen skal "... *by pasientene mer enn bare et medisinsk leksikon, og oss mer enn en database med oppdatert vitenskapelig dokumentasjon*" (ibid). Her sammenliknes den evidensbaserte tilnærmingen også med et avansert bibliotek, og som en måte å organisere "... *kunnskap på (dobbelblinde randomiserte undersøkelser på topp, erfaring og skjønn på bunnen), et forsøk på å tilrive seg definisjonsmakten over godt og dårlig i faget. Et nytt paradigme*" (Strøno 1998/U).

Diskursen gir videre uttrykk for bekymring for at EBM-bevegelsen nå har fått internasjonal utbredelse, og der det pekes på at det står sterke samfunnsformende krefter bak: *”Her er det flinke folk som står bak som kan markedsføre sitt budskap, det er ordsmeder som nå også har tatt opp i seg mye av den kritikken som er blitt reist... Men hvilke pasienter er det som har mest glede av dette? Min bekymring er at det er dem som er mest like oss selv, ‘the worried well’. Det bare øker avstandene mellom topp og bunn i pasient-hierarkiet”* (Thesen i Forland og Gilje 1998/U). Det gis uttrykk for bekymring for at de som arbeider for økt vekt på evidensbasert medisin blir premissgivere for hvordan det skal kommuniseres om viktige faglige spørsmål, og at de som behersker det nye språket, får makten over ordene og over begrepene. Det biomedisinske kunnskapshierarkiet, der det entydige og målbare er plassert øverst, synes altså å mobilisere den humanistiske diskursens protest. Det argumenteres derfor for at *”... å ha respekt for en autoritet er ikke det samme som blindt knefall for meninger, titler og rang”* (Swensen 1997/U). Vi befinner oss i en diskurs der maktaspektet artikuleres i forholdet mellom allmennlege og sykehuslege, og der diskursen representerer en mobilisering som først og fremst har som mål *”... å velte fete og foreldede avguder – både personer og ritualer – i fagmiljøet”* (Swensen 1997/U).

Den humanistiske diskursens protest er rettet både mot forsøk på å legitimere biomedisinen som en dominant diskurs, og mot at dominansen forsøkes legitimert ved en uheldig allianse med en teknologidiskurs. Her plasseres den biomedisinske legen i den dominante diskursens posisjon. På tilsvarende måte vies også et juridisk kunnskapsgrunnlag oppmerksomhet ved måten det assosieres til grunnleggende trekk ved ”evidensbaserte” kunnskapsoppfatninger.

Innleiring av en trygdediskurs i biomedisindiskursen

I det humanistiske diskursarbeidet vies det statlige Rikstrygdeverket spesiell oppmerksomhet i rollen som maktinstans. Den humanistiske diskursen peker her på hvordan kodeverket for diagnoser fungerer som *sorteringsteknologi* (jfr Bowker & Star 2000). Her plasseres den humanistiske diskursen trygdemyndighetene i rollen som kontrollør av allmennlegens tilbøyelighet til å være for sjenerøs med det offentliges penger. Kontrollmyndigheten beskrives her som en instans som kun forholder seg til det som benevnes som biomedisinsens ”tallmagi”, og slipper unna de utfordringer som følger med det å ha pasienten framfor seg: *”Hvis L18 Muskelsmerter/fibromyalgi, står RTV overfor en potensiell trygdemisbruker som*

ikke skal ha ytelse, hvis derimot L88 Rheumatoid artitt/andre rheumatiske sykdommer så får pasienten full pakning fra RTV (blå resept, fri fysikalsk behandling og om nødvendig attføring/uføretrygd). Men pasienten med L18 kan jo være kronisk syk, det virker ikke som om RTV er så opptatt av det” (Vale 1999/U).

Det ubehaget allmennlegen oppgir å føle i slike situasjoner, synes å variere med intensiteten i myndighetenes ”kampanjer for intensivt legeregningskontroll” – der det allmennmedisinske legearbeidet synes å møte særlige utfordringer knyttet til anvendelsen av de numeriske diagnosekodene og det de kaller ”byråkratenes” juridiske språk: *”Foran meg på skrivebordet ligger ICPC-kortversjon. For meg er det et lite nyttig arbeidsverktøy, men et nødvendig onde for å tilfredstille byråkratenes katalogiseringsbehov. Jeg tilpasser bruken, gjør som RTV krever /.../ Når vi da i tillegg vet at den enkelte lege lager sin egen kortversjon av ICPC-kortversjon blir helsestatistikk basert på denne typen informasjon fullstendig uinteressant”* (ibid).

Her etableres det en forbindelse til innholdet i medisinsk dokumentasjon direkte, det vil si til forhold som har betydning både for innholdet i henvisninger og epikriser som utveksles mellom allmennleger og sykehusleger. Diskursen peker på at dersom det er en målsetting å øke effektiviteten i dokumentasjonsarbeidet, så skjer dette i så fall gjennom økt omløpshastighet av unyttig informasjon. Den humanistiske diskursen peker også på at det med jevne mellomrom dukker opp helsestatistikk som bygger på denne type data. Slike tendenser antas å tilta med økende bruk av elektronisk ”prosesseringsteknologi”, der helsestatistikk som bygger på data med betydelige ”slagsider” svekker beslutningsgrunnlagets verdi. Det gis også uttrykk for en viss frykt for at evidensbaserte prosedyrebeskrivelser som allmennlegen skal benytte ved utforming av henvisninger til sykehuset, bygger på informasjon av denne typen. Det pekes blant annet på hvordan vanskelige sykmelding- og uføretrygdsaker løses, der allmennlegene gjerne tilpasser beskrivelser som utløser de tiltak som de mener er påkrevet, fordi de evidensbaserte prosedyrebeskrivelsene i mange tilfeller ikke er dekkende.

Med andre ord kan ”sorteringsteknologien” også manipuleres med og saboteres. Det gis uttrykk for at i det daglige så tilpasses virksomheten slik at legen balanserer hensynet om å være medisinsk støttespiller og til det som karakteriseres som et ”sosialpolitisk gissel”. Dette illustreres med eksempler fra konsultasjoner med pasientgrupper som ikke framviser entydige

og klart avgrensbare sykdomsytringer, for eksempel når rusmisbrukere oppsøker legekantorene: ”Er det mitt ansvar å bidra til å fjerne denne angsten for å bli oppdaget for noe som kanskje kan være kriminelt? En mulighet er å anbefale en søknad om rehabiliteringspenger med tidligere misbruk som medisinsk inngangsbillett /.../ Er det riktig?” (Roksund 1998/U).

Den humanistiske diskursen peker på et grunnleggende dilemma som kjennetegner allmennmedisinsk praksis, der allmennlegen daglig utfordres til å ta etiske valg, og der særlig pasienter ”langt nede på den sosiale rangstigen” *ikke* kommer til legekantoret med medisinske problemer, men med ”livsproblemer” (ibid). Allmennlegenes påkalling av økt vekt på et humanistisk kunnskapsgrunnlag synes å finne en viktig begrunnelse nettopp ved påpekingen av slike forhold. Det vises her til internasjonal litteratur som dokumenterer at når allmennleger ”pynter på sannheten” i henvisninger til sykehuset, så kan dette tilbakeføres til slike særpreg ved samhandlingsbetingelsene mellom sykehus og legekantor (jfr Wynia et.al. 2000).

Allmennmedisinens diskursive utvidelse av kunnskapsgrunnlaget kan dermed også oppfattes som en opposisjon til måten en juridisk trygdediskurs innleires i den biomedisinske. Blant annet omtales det allmennlegene benevner som ”trygdepoliti”-rollen, det vil si når de må anvende et biomedisinsk kunnskapsgrunnlag for å sertifisere økonomiske ytelser fra trygdesystemet. Her retter den humanistiske diskursen kritikk mot at både en medisinsk og en juridisk kunnskapsanvendelse benyttes samtidig. Den juridiske logikkens språklige kategorier oppfattes her som effektive eksklusjonsmekanismer for tilstander som ikke passer inn i et biomedisinsk klassifikasjonsregime for sykdommer. Dette skjer for eksempel når allmennlegen benytter trygdereglene for å avgjøre om en person har rettmessig krav på en økonomisk ytelse. De juridiske formuleringer som legitimerer beslutningene som tas, sier blant annet at det skal være *årsakssammenheng* mellom graden av ervervsuførhet og utmåling av de økonomiske ytelser. Her har språkbruken rot i en positivistisk kunnskapsforståelse, der begrepet ”årsakssammenheng” gir inntrykk av at de tilstander folk kommer til allmennlegen med kan gis entydige og objektive beskrivelser, og der det kan vises til kausale årsakssammenhenger. Den humanistiske opposisjonen begrunnes dermed ved at den biomedisinske diskursens logikk kobles sammen med et evidensbasert kunnskapsregime og juridisk tenking.

I sum etableres det en diskursiv polarisering mellom den allmenntilleggslege praktiserende og Rikstrykdeverket som maktinstans, og som skal kontrollere legenes tilbøyelighet til å være for liberal med det offentlige pengene. Her pekes det på at medisinsk dokumentasjon skal inngå i myndighetenes arsenal av kontrollredskaper som baseres på biomedisinsk "tallmagi". Det pekes på at når myndighetene pålegger leger en skjerp "sorteringsfunksjon", så må dette ses i en større sammenheng der det klassifikatoriske diagnoseapparatet også benyttes som et økonomisk styringsinstrument (jfr Light 2001). Dette hensynet er da også sentralt i de helsepolitiske begrunnelsene for å integrere nye dokumentasjonsløsninger med det klassifikatoriske diagnoseapparatet. Dette skal bidra til bedre kostnadskontroll og til å bremse kostnadsveksten i helsevesenet: *"Presset helseøkonomi og nye styringsmessige utfordringer øker kravene til tilgang til styringsinformasjon, med gode systemer for virksomhetsregistrering og -rapportering, og mulighet for å hente frem sammenlikningsdata og statistikk. Økonomien stiller også økte krav til å ta ut gevinster av tunge investeringer ..."* (SHD 2001:14). Her innleires også en sosialøkonomisk diskurs i den biomedisinske diskursen.

Innleiring av en sosialøkonomisk diskurs i biomedisindiskursen

Den humanistiske diskursen peker at slik "styringsinformasjon" forutsetter at det diagnostiske kodespråket inngår som påkrevd for å identifisere aktiviteter slik at det utløses betaling, både for aktivitet på legekontor og sykehus. Det diagnostiske kodeverket gir blant annet grunnlag for å utbetale refusjoner for utført behandling, og der sykehusavdelingene mottar *stykkprisbetaling* for inneliggende pasienter og for dagkirurgisk behandling. Betalingen bygger på registrering av sykdomsdiagnoser som er plassert i "diagnose-relaterte grupper" (DRG). Det vil si at dokumentasjonen forutsetter registrering av hendelser etter et klassifikasjonssystem hvor medisinsk informasjon grupperer sykehusopphold i ulike kostnadsgrupper. *Prislappen* (DRG-refusjonen) baseres på stipulert gjennomsnittlig liggetid per pasient, og der sykehuset får samme refusjon per heldøgnpasient i samme diagnosegruppe uavhengig av hvor lenge de er inne til behandling. Den finansielle virkemiddelstrukturen karakteriseres gjerne som et blandingssystem med markedssimulerende mekanismer og økonomiske insitamentter (jfr Slagstad 1998). Gjennom *innsatsstyrt finansiering* forsøkes det i dag etablert et markeds- og konkurranse-liknende system, men med innslag av faste offentlige bevilgninger.

I hvert enkelt pasienttilfelle er det dermed fastsatte priser for hvor mye betaling som skal refunderes for en gitt medisinsk behandling. Betalingen fra Rikstrykdeverket for den behandling som er utført er knyttet til de diagnosekoder som ”bokføres” i medisinsk dokumentasjon. I så måte får diagnosefastsetting direkte innvirkning på den enkelte enhets ressurstildeling. I sykehussektoren er det uttalte formålet med innsatsstyrt finansiering at ordningen ved å fungere som insitament skal gi økt behandlingsaktivitet når en diagnose er stilt, og polikliniske takster er begrunnet med å øke aktiviteten særlig på sykehusenes poliklinikker, for derved å redusere utgifter til mer kostbare ”overnattinger” i helsevesenet. Den humanistiske diskursen oppfatter det slik at dette medfører at også en sosialøkonomisk diskurs – i likhet med den teknologiske og juridiske diskurs – innleieres i den biomedisinske diskursen. I den sosialøkonomiske diskursens innleiring anvendes språklige markører der pasienter og helsepersonell forstås som formålsrasjonelle aktører på et varemarked. I den humanistiske diskursen argumenteres det imidlertid for at det har vist seg at de virkemidlene som kjennetegnes av en slik logikk, ikke stimulerer til samhandling mellom legekantorene og sykehusene, men tvert i mot etablerer nye barrierer fordi de lett skaper hamstring- og spillsituasjoner. Blant de uheldige konsekvenser som nevnes i diskursarbeidet er at det forgår såkalt ”kreativ diagnosekoding” for å øke inntektene til de enkelte enheter på sykehusene. I konkrete tilfeller er det vist at pasienter blir innkalt og behandlet for en gitt sykdom, men der det både i pasientjournal og epikrise føres opp diagnosekoder som ikke er dekkende, men som gir økonomisk gevinst (Godal & Nilsen 2003).⁷² Slik dokumentasjonspraksis reiser både et spørsmål om hvordan allmennlegens henvisning er blitt vurdert på sykehuset, samt at det reiser et spørsmål om hvordan allmennlegen på grunnlag av epikriser med misvisende innhold skal følge opp pasientene forsvarlig. Slik dokumentasjonspraksis vil også påvirke hvordan ulike pasientgrupper blir prioritert på sykehusenes ventelister, det vil si dersom ”lønnsomme” pasienter prioriteres før mindre lønnsomme.

Den humanistiske diskursen etablerer seg her som en opposisjon ved at den også uttrykker bekymring for at slike tendenser innhenter allmennlegenes praksis: *”Samtidig som legene opplever effektivisering og tidspress, har de i økende grad overtatt industriens og næringslivets terminologi. I sykehusene snakkes det nå mer om produktivitet og lønnsomhet enn om engasjement og omsorg. Det personlige skjøn erstattes av algoritmer og*

⁷² Jfr Dagens Medisin 10.03.03: ”DRG: Diagnostiske fristelser” (Godal TA og Nilsen L).

prosedyrepermer” (Nylenna 2000). Det gis uttrykk for en viss bekymring for at den biomedisinske diskursens logikk skal få fotfeste også i allmennmedisinen. Og som målbærer av den humanistiske diskursen ser allmennlegen den biomedisinske og sosialøkonomiske diskursens allianse som svært fjernt fra egen faglig identitet.

Normalt forventes det at dersom sykehuset mottar henvisninger som oppfattes som unødvendige, så skal dette kommuniseres tilbake til allmennlegen, og dersom pasienten likevel innkalles og møter, så skal vedkommende sendes tilbake til allmennlegen uten at det gjennomføres tiltak på sykehuset. Allmennlegene gir i denne sammenheng uttrykk for at de stadig synes å forfatte det de opplever som *bortkastede henvisninger*, og at dette virker lite motiverende for samhandling med sykehuset. Her stilles det spørsmål om vurdering av henvisninger på sykehuset foregår relativt vilkårlig, eller om sykehusene bedriver ”overbehandling” av pasientene (jfr Magnussen 1999). Det vises blant annet til det paradoksale ved at Norge har en legedekning som er blant de høyeste i verden, samt at det i løpet av de siste årene har skjedd en betydelig ressurstilførsel til helsevesenet. Likevel behandler helsevesenet færre pasienter til en stadig høyere pris, samt at hyppigheten av *sykehuskontroller* synes å være uhensiktsmessig høy med tanke på de økende ventelister for nyhenviste pasienter. Her påpekes det at det grunn til å tro at en økt del av kontrollvirksomheten kan gjøres av allmennlegene (Gran 2001).⁷³ Her pekes det på at samhandlingen rundt et pasienttilfelle ikke bare ivaretar rent medisinskfaglige hensyn. Selv om diskursen her erkjenner at noe ventetid kan være gunstig for noen pasienter ved at det bidrar til å avklare videre behandlingsvalg, så vektlegger allmennlegene at noen pasientkategorier opplever stor psykisk belastning når ventetiden blir lang. Humanistdiskursen vektlegger dermed at unødig lange ventetider kan oppfattes som en utilsiktet konsekvens av en offentlig ”spareideologi”, og der allmennlegen ikke kan framstå som pasientens advokat. Den humanistiske diskursen legger imidlertid vekt på at ventetider kan oppfattes som et resultat av strategiske tilpasninger i det som antas å gi gevinster i et spill om ressurser (jfr Gulvog 2000).

⁷³ Også i samhandlingsprosjekter mellom UNN og allmennlegekontor i Tromsø, har det vært pekt på unødig lange ventetider til sykehuset fordi pasientene ble innkalt til kontroll ”av gammel vane” (Ringberg, Fors & Larsen 1999:22). Det vil si en praksis der unødvendige kontroller i neste omgang bidrar til å skyve nyhenviste bakover på ventelistene.

7.2 Diskursene støter sammen

Den humanistiske diskursen kan forstås som et identitetsarbeid som skal bidra til å legitimere det allmenmedisinske kunnskapsgrunnlagets berettigelse, og derved styrke allmennlegeidentiteten. Diskursen artikuleres som en opposisjon til en biomedisinsk diskurs som innleirer elementer både fra en teknologisk EBM-diskurs, en juridisk og en sosialøkonomisk diskurs. Som nevnt pekes det på at innleiringen av en juridisk logikk plasserer allmennlegen i en ubehagelig rolle som ”trygdepoliti”. Imidlertid er nettopp en side ved utøvelsen av denne rollen sammenfallende med allmennleges rolle som såkalt ”portvakt”, men da kjennetegnet ved forvaltning av det allmennlegene kaller ”henvisningsplikten”. Denne siden av rolleutøvelsen skal ivareta et hensyn som synes å komplisere diskursarbeidet for allmennlegen. Det medfører at diskursen i en forstand rommer en inkonsekvens som kommer til syne når allmennleger *påkaller* den juridiske diskursens berettigelse.

Den paradoksale ”henvisningsplikten”

Den såkalte ”henvisningsplikten” som allmennlegene refererer til i sitt diskursarbeid er ikke lovfestet, men praktiseres ut fra ”et politisk ønske” om at allmennlegen skal regulere tilgangen til de mer kostbare sykehustjenester, og utgjør derved et aspekt knyttet til ”portvaktrollen” (jfr Hjortdal 1996/U). Det vil si at selv om denne ”plikten” ikke er lovfestet, så synes den å oppfattes som det samtidig som den ses på som en svært viktig funksjon. Et av elementene knyttet til denne rollen er å beskytte pasienten mot ”... *overivrige spesialister og unødig utredning og behandling*” (Hjordahl 1996/U). Her viser altså diskursen tilbake til forutsetningen om at sykehusene kontrollerer pasienter unødvendig, eller bedriver ”overbehandling” av pasientene. Samtidig som diskursen peker på de problematiske sidene ved å forvalte rollen som trygdepoliti vis a vis myndighetene, vises det nå til den juridiske diskursens *berettigelse* ved nettopp å påkalle behovet for *et juridisk vern* av denne ”plikten”.⁷⁴ Dette skjer ved at den humanistiske diskursen formidler en engstelse for at nye tjenestetilbydere skal slippe til på områder som tradisjonelt har vært forbeholdt

⁷⁴ Ifølge Hjortdal (1996/U) er det nærliggende å oppfatte det slik at norske allmennleger tar for gitt at henvisningsplikten faktisk er lov-regulert i norsk helsevesen, på bakgrunn av at LEON-prinsippet er et sterkt befestet prinsipp.

allmennlegene, for eksempel kiropraktorer og fysioterapeuter.⁷⁵ Ytringer fra allmennleger om at henvisningsplikten ”uthules” kan ses i en slik sammenheng (jfr Werner 2003),⁷⁶ og der det gis uttrykk for bekymring for at allmennmedisinens posisjon som *førstelinje* trues fordi stadig flere tjenestetilbydere får tilgang til pasientene. Det vises blant annet til at nyere tiltak innebærer at jordmødre skal få ansvar for svangerskapsomsorgen, det foregår prøveprosjekter der manuellterapeuter skal få praktisere som ”primærbehandlere” med både sykmeldings- og røntgenrekvisisjonsrett. Det foregår også forsøk der helsesøstere overtar hovedansvar for prevensjonsveiledning, og nå også har fått forskrivingsrett for p-piller, samt at psykologene nå fremmer krav om rett til å skrive ut resepter for psykofarmaka (Werner 2003).

Her svarer imidlertid den biomedisinske diskursen og formidler et inntrykk av at det her altså kan dreie seg om en eksklusiv *rett* som allmennlegene forvalter, der diskursene under ett kan leses som en *skjerpet konkurranse om pasientene*. I den biomedisinske diskursen der problemene i hovedsak formuleres i sosialøkonomiens språk, reises det et spørsmål om hvorvidt såkalt ”overbehandling” også må forstås i lys av legekantorenes praksis. Spørsmålet foran om hvorvidt sykehusene overbehandler *kan* forklares med at sykehuset vurderer pasientene som så kompliserte at de derfor må oppholde seg på sykehuset lenger framfor å tilbakeføres til allmennlegen. Eller eventuelt fordi allmennlegene har fått økte problemer med å ta hånd om pasientene etter sykehusoppholdet. Dersom dette var tilfellet, skulle en imidlertid forvente at allmennlegene ville henvise et *økende* antall pasienter for nærmere vurdering. Bidragene fra begge diskursene bekrefter imidlertid at det i dag *ikke finnes dokumentasjon* for noen av de nevnte forhold (jfr Bratlid 2002).

Imidlertid er det en sentral forutsetning i biomedisindiskursens argumentasjonen at *det totale pasientgrunnlaget* som sirkulerer mellom de to systemene kan være for lite, det vil si at det egentlig kan dreie seg om en mangel på ”kunder i markedet”. Det vises til at en dokumentert økning i personellressursene på sykehusene ikke synes å ha medført en tilsvarende økning i pasientbehandlingen. Det benyttes en markedsanalogi til en produksjonsbedrift som

⁷⁵ Jfr Aftenposten 25. november 2003 (av L. Skogstrøm): ”Raskere frisk uten lege”: oppslag som orienterer om at kiropraktorer og manuell-terapeuter kan henvise direkte til ortopediske avdelinger på sykehus uten at pasienten går via sin fastlege, og der forfatteren redegjør for hvordan et prøveprosjekt i tre fylker har gitt relativt store besparelser i sykepengeutgifter, fordi pasientene raskere kom tilbake i jobb.

⁷⁶ Lege Erik Werner til Dagens Medisin. Werner er representant fra Aust-Agder i Alment praktiserende lægers forening (Aplf).

effektiviserer driften og likevel ikke klarer å øke omsetningen, og der dette antas å skyldes at pasienttilgangen egentlig er for liten. Her formulerer diskursen et spørsmål om hvorvidt det tas som en selvfølge at etterspørselen etter helsetjenester i befolkningen nærmest er ubegrenset, men at selv om dette *kan* være en riktig beskrivelse, så er denne påstanden ikke dokumentert. Det vises imidlertid til studier som dokumenterer et fall i pasienttilgangen av *nyhenviste* til sykehusene, samtidig som antall *kontrollpasienter* øker, og at dette aktualiserer en slik problemstilling (ibid).

Allmennedisinens "fulle bøtte"

Beskrivelsene over illustrerer at de to diskursene støter sammen når den biomedisinske diskursens språk og logikk anvendes på den humanistiske diskursens praksis. Samtidig synes den humanistiske diskursen til en viss grad selv å basere seg på deler av den biomedisinske diskursens logikk når samhandlingsbetingelsene blir kompliserte. Imidlertid synes også andre forhold å bidra til at særlig allmennmedisinen strever med å etablere konsistente virkelighetsbilder som aktørene kan styre etter i sitt daglige virke. Forutsetningene over om at virksomheten – både på legekantorene og sykehusene – kanskje ivaretar andre og mindre heroiske hensyn, formidles også av en egen fløy av allmennleger. Spørsmålet om "overbehandling" reises altså på en ny måte, det vil si som et spørsmål om hva som eventuelt skal inngå i det allmennmedisinske kunnskapsreservoar. Dette er en side av den humanistiske diskursens kriseforståelse, der det blant annet pekes på at rekrutteringssvikten som følge av allmennmedisinens antatt lavere kunnskapsmessige status kan ha flere årsaker (jfr Brekke et.al. 1999/Øgar 1997/U). Det reises blant annet spørsmål om det nettopp er *utvidelsen* av allmennmedisinens kunnskapsforståelse som de senere år har gitt faget et dårlig rykte. Og der de påfølgende diskursive stridigheter bidrar til at faget framstår som mindre attraktivt fordi unge rekrutter har fanget opp signaler om at: "*Å være allmennpraktiker betyr å leve i krysspresset mellom ulike og tilsynelatende motstridende forventninger*" (Brekke 1998:3917).

Her artikuleres et *internt* opprør mot utvidelsen av det allmennmedisinske kunnskapsgrunnlaget. Denne mobiliseringen spør hvor grensene for en slik kunnskapsmessig utvidelse skal gå. Oppgjøret har klar adresse til WHO's definisjon av helse, en definisjon som synes å innlemme stadig flere mennesker i helsevesenet som pasienter. I et innlegg ironiserer allmennlegen over *sin* "moderne" kunnskapsmessige forankring: "... *la oss klamre oss til*

WHO's definisjon av helse så lenge vi kan, med vår egen praktiske lille vri: en person er bare frisk når det kan bevises at han ikke er syk. Sagt med andre ord: en frisk person er en person som ennå ikke har blitt tilstrekkelig undersøkt. Så skal det gå oss riktig godt, butikken skal blomstre, og i hvert fall vi skal leve lenge i landet” (Fossum 1996/U).

Her formuleres en utilsørt kritikk av det å skulle innlemme nytt tankegods. Det pekes på at dersom allmenntilstanden skal baseres på fenomenologiske og hermeneutiske retninger i moderne filosofi, så synes dette å stille helt spesielle krav til møtet mellom lege og pasient: *”Uten å sette spørsmålstegn har vi i egne og publikums øyne inntatt en plass i omsorgssamfunnet, hvor befolkningen med største selvfølge nyttiggjør seg profesjonell støtte og hjelp i de fleste av livets overganger og kriser: ´svangerskapsomsorg´ i normale graviditeter, ´omsorg for mor og barn´, sorggrupper for etterlatte, legehjelp ved konflikt på arbeidsplassen osv /.../ Er det kjettersk å spørre om det virkelig er slik det skal være? Skal ´omsorg´ stå som eget valg på legens menykart ?” (Brekke 1998:3917). I en ytring der legekantorene karakteriseres som et ”supermarked”, harselerer allmenntilstanden med sin egen rolle som ”kremmer”: *”... [han] uttaler seg om mye rart som han aldri har hatt grunnlag for: fritak for tunge løft, fritak fra gymnastikk, fritak for svømming [...], om pasienter skal ha rett til drosje eller ikke [...]. Når skal vi få si noe om hvem som skal ha kristendomsundervisning i skolen eller ikke ?” (Pedersen 2000/E).**

Slike spørsmål har også vært behandlet i det tilsvarende engelskspråklige diskursarbeidet. Her problematiseres forestillingen om den omsorgsfulle legen som baserer seg på ”bodily empathy” som en slags selvmotsigelse som vil gi allmenntilstanden dårlig samvittighet. Det pekes på at medisinsk intervensjon ofte synes å gi liten helsegevinst, samt at det oppmuntrer til avhengighet og hjelpeløshet. Når det i tillegg sliter ut legen, konkluderes det med at omsorgsbyrden må erstattes av *økt profesjonalitet*, til fordel både for pasient og lege (jfr Mackenzie 1997/Short 1998). Med profesjonalitet siktes det her til en *vitenskapeliggjøring* i tråd med den biomedisinske, naturvitenskapelige kunnskapsforståelsen.

I det norske diskursarbeidet er en hyppig benyttet metafor at mange allmenntilstander oppfatter sin daglige praksis som ”ei full bøtte” (jfr Hetlevik 1999/Grimsmo 2000/E). Metaforen peker på en mulig konsekvens av at det ikke settes klarere grenser – eller *intellektuell jurisdiksjon* – for hva som legitimt skal forstås som medisinske problemstillinger, og for hvor grensene for arbeidsdeling og samhandling mellom allmenntilstander og sykehusleger skal settes (jfr Abbot

1988). Diskursens ytringer om de paradoksale sider knyttet til forvaltning av ”henvisningsplikten”, samt metaforen om den fulle bøtta, illustrerer at de diskursive stridighetene nettopp synes å springe ut av den kompleksitet som omgir virksomhetene, og som i sum kan betraktes som mindre åpenbare barrierer for samhandling mellom de to legegruppene. Framstillingen over representerer imidlertid en svært grov analytisk todeling som nok kunne vært framstilt annerledes. Men det paradoksale som oppstår gjennom den humanistiske diskursens artikuleringer, synes å være at utvidelsen av det allmennt medisinske kunnskapsgrunnlaget som skal bidra til økt mestring hos pasientene, framstår som en motpol: det antas å medføre økt medikalisering av hverdagsproblemer. Den såkalte ”empowerment-ideologien” hviler jo nettopp på forutsetningen om at medisinsk kunnskap skal deles med pasientene, og derved bidra til økt mestringsevne (jfr Hollnagel & Malterud 1995). Det gis imidlertid uttrykk for usikkerhet med hensyn til om den allmennt medisinske bøtta tømmes når pasienten får mer kunnskap. Eller om dette faktisk genererer nye henvendelser fra pasientene, slik at den allmennt medisinske bøtta blir enda fullere.

Lest som en opposisjon i egne rekker, framstår denne diskursen slik at den velger å vektlegge at dersom medisinske behandlingsmuligheter stadig utvides, så vil folks forventninger stadig måtte overgå det legen kan møte. Dermed reises det et spørsmål om hva som eventuelt ikke skal behandles: *”Særlig i dag når medisinen er blitt så potent, er spørsmålet om hva som ikke bør gjerast sjølv om det teknisk sett er mulig, stadig viktigare. /.../ Dette kan komme til å føre til at vi må stille smertefulle spørsmål med deler av medisinsk verksemd og at ei slik kritisk tenking kan komme til å underminere det økonomiske grunnlaget vårt”* (Førde 1996/U).

Diskursarbeidet illustrerer her det som i dag karakteriseres som et av velferdssamfunnets utfordringer, der helsetjenestens suksess isolert sett, paradoksalt nok synes å bidra til at folk blir *mindre selvhjulpne*. Selv om allmennlegene formidler at de ufrivillig er havnet i en slik situasjon, så legges det ikke skjul på at tilstandene påfører legeidentiteten et visst ubehag. Dette formidles med relativt åpen ironi i diskursarbeidet: *”En titt på venterommet på legevakta en kveld i uka bestyrker forestillingen om at Skien legevakt er byens best besøkte utested ! Som en markedsvurdering kan det sees slik: Allmennlegene har en vare å selge til en pris som gjør at folk går mann av huse, uansett tid på døgnet. Tjenestene synes til de grader å ha legitimitet i befolkningen! Vi har ordreserver til langt inn i neste årtusen. Hvilken som helst bedrift ville vært henrykt over å kunne være i en slik situasjon”* (Roksund 1998/U).

Det stilles dermed et spørsmål om hvorvidt legestanden selv bidrar til medikalisering for å sikre sitt levebrød, noe som også påpekes å være et følsomt diskursivt landskap: ”... *det betraktes som ufint å stille spørsmålstegn /.../; det er jo kollegers levebrød man rokker ved*” (Fossum 1996/U). Slike *følsomme diskursive områder* har kjennetegn som minner om den kollegiale regulering som er behandlet foran, og som følger av medikratiets logikk (Berg 1991). Diskursenes ytringer illustrerer imidlertid tydelig hvordan mer ideelle formål for en virksomhet støter mot de praktiske hensyn aktørene må ta i sitt daglige virke. Den humanistiske diskursen begrunner gjerne arbeidet med å skulle tilrettelegge for bedre samhandling med sykehuslegene og med pasientene ved å vise til hvordan allmennleger oppfatter innholdet i epikriser. Og som det ble vist i kapittel 6, har selv allmennlegene problemer med å forstå innholdet, fordi språkbruken preges av de interne formål som er definert for spesialiserte deler av virksomheten. Den biomedisinske diskursen argumenterer imidlertid for at sykehusleger må ”økonomisere” med språkbruken, og viser til generelle effektivitetskrav som stilles av faginterne forhold. Når det har vært forsøkt å tillempe språkbruken i medisinsk dokumentasjon til mer folkelige formuleringer, pekes det på at dette kan innebære en fare for at informasjonen blir lite presis: ”*Etter vårt syn skal en pasientjournal først og fremst være et arbeidsredskap. Den er et kommunikasjonsmiddel for å sikre effektiv og trygg medisinsk service på et sykehus*” (Trumpy 2002:395). Det påpekes at det er grenser for hvor langt hensynet til andre gruppers dokumentasjonsbehov kan møtes, fordi ”... *legene i sykehuset vil bli mer forsiktige med hva de anfører i journalen, noe som vil føre til dårligere kommunikasjon internt i sykehuset*” (ibid).⁷⁷

Så langt illustrerer begge diskursenes ytringer hvordan mer ideelle mål for en virksomhet støter mot flere praktiske hensyn som de enkelte delsystemer må ta i det daglige arbeidet. Når sosiale grupperinger produserer diskurser som skal bidra til å befeste sine kunnskapsmessige posisjoner, synes de også å ville skape mening i sitt daglige virke, samt å befeste egen faglig identitet. Slik virksomhet manifesterer seg gjerne som barrierer som er mindre åpenbare når

⁷⁷ Se vedlegg 9: på UNN ble alle avdelinger pålagt å forbedre seg på epikrise-tid samt å dokumentere i samsvar med mottakers behov, og å forholde seg til pasientrettighetsloven om å sende epikrise også til pasienten. Når sykehuset senere skulle tillempe språkbruken i epikriser mer i tråd med allmennlegenes og pasientenes forutsetninger, var reaksjonen fra enkelte sykehusleger å nekte å gjøre dette (personlig meddelelse fra informant som deltok på møte om denne saken). Tiltaket ble ikke ansett som gjennomførbart i praksis, og det ble derfor stilt krav om at det eventuelt måtte utarbeides to atskilte epikriser, det vil si en epikrise særskilt til allmennlege, samt en epikrise med tilpassede formuleringer til pasienten.

de utlegges i form av diskurser. Diskursive ytringer kan forme barrierer for samhandling i den forstand at de produserer et inntrykk eller en holdning hos den som blir omtalt – og vice versa: den humanistiske diskursen omtaler sykehusets leger som ”de andre”, de som forvalter et kunnskapssyn som skal realisere mer ”snevre” og strategiske formål. Til en viss grad synes biomedisindiskursen å formidle at den oppfatter at allmennlegene plasserer seg selv i en diskurs som forvalter mer heroiske motiver.

Humanistdiskursen som uttrykk for en godhetsdiskurs

Når den humanistiske diskursen argumenterer *for* en markant utvidelse av medisinenes kunnskapsunivers, synes diskursens bærere å plassere seg i et relativt nytt og alternativt kunnskapsunivers. Her framstår kunnskapsorienteringen både som noe opphøyet, som noe hevet over hverdagens praktiske forviklinger, og som noe som gjør det vanskelig for andre å yte motstand. Slik påkalling av humanistiske idealer i moderne virksomheter kan oppfattes som et forsøk på etablere det som har vært karakterisert som en ”godhetsdiskurs” (jfr Gjerstad 2003). Slike diskurser kjennetegnes gjerne av et språk for de uangripelige og gode verdier, det vil si verdier vi alle må slutte oss til hvis vi skal bli oppfattet som ”gode mennesker”. Og siden vi alle i prinsippet er for at mennesker uansett rang og stand, skal ha ett godt liv og ha god helse, så plasserer diskursen seg som den som tar til motmæle mot ”de andre” (ibid).

De diskursive brytningene som jeg har forsøkt å illustrere foran, framstår imidlertid som stridigheter som henter sin næring fra det biomedisinske kunnskapsgrunnlagets dominans, det vil si fra de forhold som kjennetegner ”medikratiet”. Og den biomedisinske diskursens motsvar til den humanistiske orienteringen formuleres i hovedsak som et forsvar for vitenskapelig evidens i tradisjonell, naturvitenskapelig forstand. Det språkunivers som tradisjonelt assosieres til en slik kunnskapsanvendelse antas da også å gi ”tekstene” institusjonell makt. Jo mer ”evidensbasert” de framtrer som, jo mer troverdig antas de å være av diskursens bærere. Når diskursene i neste omgang sikter mot å utgjøre premisser ikke bare for medisinsk behandling, men også for offentlige beslutningsprosesser, kan diskursarbeidet også oppfattes som en nødvendig del av ”vitenskapsretorikkens” oppgaver (ibid). Men mens den biomedisinske diskursen appellerer til en ”naturvitenskapelig” rasjonalitet for å legitimere sin plass på de gjeldende makt- og beslutningsarenaer, så synes den humanistiske diskursen tilsvarende å ville legitimere sin berettigelse gjennom en allianse med myndighetenes politikk

som har ”pasienten først” som et overordnet mål. I følge den humanistiske diskursen representerer biomedisinen i dag en kunnskapsorientering som har fjernet seg fra medisins klassiske idealer. Dette er i utgangspunktet det som etablerer polariseringen mellom de to diskursene.

Så langt har jeg forsøkt å vise at det alltid vil være forhold som bidrar til å komplisere de mer ideelle forutsetninger for samhandling mellom allmennleger og sykehusleger, og i forlengelse av dette at innføring av nye dokumentasjonsredskaper synes å medføre noen mindre åpenbare konsekvenser. Tradisjonelt har beskrivelser med fokus på samhandling mellom spesialiserte profesjonsgrupper gitt praktiske anvisninger for tverrfaglig samarbeid. Disse bidragene har gjerne tatt utgangspunkt i at ”samhandling er bra” (se for eksempel Lauvås & Lauvås 1994), og kan dermed sies å ha et noe normativt ståsted (jfr Erichsen 1996). De kompliserte forhold som diskursene avslører viser imidlertid at det ikke uten videre kan satses på ”samhandling” som underforstått entydig og ”godt” uten å beskrive mindre åpenbare og utilsiktede konsekvenser, enten dette gjelder kunnskapsmessige forhold, dokumentasjonsverktøy eller forskjellige styringsredskaper.

I dag synes det å etableres en ”samhandlingsdiskurs” som begrunnes i den humanistiske diskursen. Samhandlingsdiskursen henter næring både fra de oppfatninger og preferanser folk flest har i spørsmål om helse og sykdom, den plasserer seg sammen med – og som en del av nyere, samfunnsfaglige bidrag – bidrag som også har vært med på å begrunne den nye lovgivningen og nyere helsepolitiske tiltak på dette området. Den humanistiske diskursen kommuniserer blant annet med helt sentrale elementer i nyere helsepolitiske begrunnelser der samhandling mellom sykehusleger og allmennleger skal bidra til styrking av generelle pasientrettigheter. I disse dokumentene reises det i dag krav om at leger må kommunisere bedre med sine pasienter, men der grunnlaget for denne kommunikasjonen er at sykehusleger og allmennleger samhandler gjennom ”dokumentasjonskjeden”. Både den nye helsepersonell-loven, pasientrettighetsloven og bestemmelser som regulerer dokumentasjonsarbeidet utgjør skjerpede krav på dette området. Epikriser fra sykehuset tillegges i dag økt betydning, ikke bare for at allmennlegen skal kunne følge opp pasienten etter et sykehusopphold, men også for at informasjonen skal *forstås* og dermed bidra til å øke pasientens mestringsevne. Den nye samhandlingsdiskursen finner også sin begrunnelse i problemer som oppfattes som en følge av helsevesenets sterke spesialisering. Slik blir samhandlingsdiskursen også en kritikk av forhold som særpreger organiseringen av sykehuset som institusjon med en sterk

biomedisinsk innretning, og der arbeidsdelingen mellom behandlingsnivåene fortsatt er relativt sterkt preget av sykehussentrering.

Samhandling versus faglig autonomi - allmennlegens offer

Begge de to hoved-diskursene kan oppfattes som ”vitenskapelige” diskurser som begge framstår som en uløselig del av det som har vært kalt ”de vitenskapelige kommunikasjonsstrategiene”. De som bærer diskursene fram vil gjerne hente legitimitet og makt ved måten de artikulerer seg på, og der identitetsarbeidet kan spores som retoriske elementer i begge diskursene (jfr Meyer 2003). Men når for eksempel en godhetsdiskurs etablerer identifikasjonsfigurer om ”oss” og ”de andre”, så snakker også *den* til noen på bekostning av andre grupper i samfunnet. Som godhetsdiskurs plasserer den humanistiske diskursen seg i et prosahierarki ved å skape et begrep om helse, der den biomedisinske diskursen oppfattes å etablere avstand til folkelige oppfatninger, det vil si til den alminnelige tale om sykdom og helse. Den humanistiske diskursen påberoper seg imidlertid i større grad å innlemme pasientens forståelse, men den klargjør i liten grad om det er pasienten som enkeltindivid i en konsultasjon på legekantoret som innlemmes i diskursen, eller om det er ”Pasienten først”, det vil si den offisielle helsepolitikken (jfr SHD 1997).

Tradisjonelt har legestanden argumentert sterkt for behovet for egen faglig autonomi (Berg 1987). I den humanistiske utvidelsen av kunnskapsgrunnet argumenterer imidlertid diskursen for økt *pasientautonomi*. Den humanistiske nyorienteringen kan i en forstand oppfattes som en reaksjon på at ”virkeligheten” (pasientene) trenger seg på, og der den tradisjonelle legeidentiteten i mindre grad lar seg legitimt forsvare. Og allmennlegene gir da også uttrykk for at de har problemer med å håndtere alle ”vondtene” med utgangspunkt i en biomedisinsk kunnskapsforståelse. En løsning synes å være å forene hensynet til pasientautonomi med det tradisjonelle forsvaret for legeautonomi, men der autonomien skal hvile på et humanistisk kunnskapsgrunnlag.

Men denne typen tilpasninger kan *også* forstås som et resultat av at allmennleger på ”bakkeplanet” møter byråkratiet, det vil i hovedsak si (helse)økonomene og juristene (jfr Getz et.al 1994). I perioder der det har skjedd en skjerping av vilkårene for å tildele uførepensjon, så har dette vist seg å gi negativ effekt på allmennlegenes opplevde arbeidssituasjon, men der

legene gjerne tilpasser seg ved å endre holdninger. Et eventuelt ubehag som en slik sorteringsfunksjon ser ut til å medføre, håndteres gjerne ved at allmennlegene ”legger godviljen til”, og bidrar til at pasienten får det han eller hun ønsker (Getz & Westin 1995). Det har da også i denne sammenheng vært pekt på at allmennlegene kan ha personlig fordel av å framstå som ”moderne” tilhengere av pasientautonomi, og at dette synes å ha blitt en behagelig unnskyldning for å slippe grensesetting (jfr Getz et.al. 1994). Ved diskursens allianse med ”den informerte pasient”, og ved tilslutning til innholdet i de rådende helsepolitiske problemforståelser, problematiseres i liten grad at medisinen og i særlig grad allmenntillegene, kan komme til å miste noe av sin begrunnelse for faglig autonomi. I en forstand kan den type avgrensning som den biomedisinske diskursen argumenterer for, være et argument for å gi akseptable, praktiske betingelser for sykehuslegene i det daglige arbeidet.

I sum illustrerer imidlertid diskursanalysen at slike betingelser kan oppfattes som hemmende for samhandling, og der allmennlegens pådriverrolle i et diskursivt ”nybrottsarbeid” representerer påkalling av muligheter. Dette diskursarbeidet kan betraktes som en påpeking av behovet for endring av tradisjonelle faglige og sosiale forhold. Imidlertid viser analysen også at begge diskursene omtaler kompliserte sosiale sammenhenger som samhandlingen skal utøves i, og dermed synes diskursarbeidet i sum å beskrive noen velkjente paradokser som særpreger det moderne helsevesenet. Medisinsk dokumentasjon og praksis, samt ytringer om virksomheten, konstituerer dermed et hele som kan leses som en mer generell helsediskurs som leverer løsningsforslag *samtidig* som nye problemer og utfordringer dukker opp.

8 OPPSUMMERING OG KONKLUSJONER

Denne avhandlingas overordnede problemstilling har vært å undersøke betingelser for samhandling mellom sykehusleger og allmennleger, ved å belyse *muligheter* og *barrierer* i tilknytning til utveksling av medisinsk dokumentasjon. Jeg har valgt henvisnings- og epikrisedokumentet som illustrasjon av forhold som har betydning for samhandling. Med begrepet samhandling sikter jeg til hvordan forutsetningene er for å dele kunnskap via medisinsk dokumentasjon som følger pasienters behandlingsforløp. I min framstilling har jeg valgt å dele beskrivelsen av slike forhold i to: noen forhold framtrer som mer synlige, mens andre framtrer som mindre synlige. Avhandlingas problemstillinger er formulert med utgangspunkt i denne todelingen. Det vil si at den første problemstillingen spør om mer åpenbare forhold som kan tenkes å virke hemmende eller fremmende for samhandling rundt medisinsk dokumentasjon, og der jeg tar utgangspunkt i at det praksisfeltet jeg studerer preges av at nye dokumentasjonsredskaper stadig endrer betingelsene. Den andre problemstillingen spør om mindre åpenbare forhold, nærmere bestemt om det er slik at *kunnskapsmessige* forhold påvirker samhandlingen mellom allmennleger og sykehusleger. Undersøkelsen tar først utgangspunkt i en tradisjonell medisinsk-sosiologisk forståelse som ser samhandling mellom leger som regulert etter medikratiets normer. Deretter spør jeg om betydningen av at det pågår et medisinsk fagutviklingsarbeid som blant annet skal bidra å styrke den profesjonelle legeidentiteten. Jeg tar utgangspunkt i at slikt identitetsarbeid inngår som en generell forutsetning for all profesjonsbygging, men i min framstilling formidles dette arbeidet gjennom tekster eller *diskurser*. Diskurser i denne avhandlinga er ytringer fra leger om blant annet samhandlingsbetingelser.

Spørsmålet over reiser dermed to nye problemstillinger. Er det slik at diskursene uttrykker *uenighet* mellom allmennleger og sykehusleger om viktige faglige anliggender, slik at de både kan virke hemmende og fremmende for samhandling. I forlengelsen av denne problemstillingen spør jeg om ytringer i diskursene omtaler egenskaper ved dokumentasjonsredskapene som avdekker at mediets form bidrar til å understøtte et bestemt kunnskapssyn.

Når samhandling betraktes som en del av generell profesjonsbygging som formidles gjennom diskurser, så forutsetter jeg som nevnt at uenighet mellom leger ikke bare skal forstås som destruktiv maktkamp, men også som konstruktiv påpeking av muligheter. En viktig del av allmennlegers profesjonsbygging består i å legitimere breddetilnærmingen, og der diskursarbeidet gir tilslutning til en generell helsepolitisk begrunnelse for samhandling mellom leger. Sentralt her er de økte forpliktelser som allmennlegen gis gjennom en styrking av den såkalte advokatrollen overfor pasienter som beveger seg mellom legekantor og sykehus. Realiseringen av dette hensynet forutsetter at dokumentasjon fra sykehuset kan viderebringes av allmennlegen i en slik form at pasienten kan nyttiggjøre seg den. En underproblemstilling spør derved om min undersøkelse kan belyse betingelser for å realisere hensynet til pasientens rettigheter.

Hva er undersøkelsens funn

Når det gjelder problemstillingen knyttet til de mer åpenbare samhandlingsbetingelser, så viser min undersøkelse av dokumentasjonskjeden i kapittel 5 at flere forhold bidrar til å danne ”flaskehals” som hemmer samhandling rundt medisinsk dokumentasjon. Barrierene som opptrer påvirker både tidsbruk i tilknytning til vurdering og ferdigstillelse av dokumentasjonen, samt at det påvirker kvaliteten på innholdet i dokumentasjonen. For henvisningsdokumentet er manglende registrering av opplysninger etter at henvisningene er mottatt på sykehuset et problem. Slike mangler kan oppfattes som alvorlig hvis det dreier seg om henvisninger for pasienter med livstruende lidelser, samt at det gir vilkårligheter i prioriteringen av pasienter som venter på behandling, og det kan påføre pasienter ekstra ventetid fordi de gis for lav prioritet. Når det gjelder epikriser er de forhold som bidrar til lang epikrisetid blant annet knyttet til skrivning på sykehuset, mens tiden det tar fra epikrisen er skrevet til sykehuslegen signerer har størst betydning. Vilkårlig prioritering av pasienter og

lang epikrisetid setter allmennlegen i en vanskelig situasjon som ”pasientens advokat”, enten pasienten venter på behandling, eller skal følges opp etter anvisninger i epikrisedokumentet. På sykehuset gjør relativt synlige barrierer seg gjeldende, og i hovedsak kan barrierene karakteriseres som tilgjengelighetsterskler. Hovedsakelig fordi det anvendes et mangfold av elektroniske dokumentasjonsløsninger som for eksempel etablerer kjøproblemer. Sykehuslegene utnytter derfor ikke i samme grad som allmennlegene potensialet som løsningene gir i samhandlingsøyemed, det vil si for utveksling og deling av kunnskap. Siden sykehuset er en mer kompleks organisasjon, vil dokumentasjonsredskapene inngå i mer sammensatte forhold. Samlet synes problemene å kunne tilbakeføres til måten redskapene er vevd inn i sosial praksis. Det pågående integreringsarbeidet mellom papirbaserte og elektroniske løsninger bidrar blant annet til det legene karakteriserer som ”dobbel bokføring”, noe som ikke stimulerer til aktiv utnyttelse av nye redskaper. Det viser seg imidlertid også at dokumentasjonsarbeidet oppfattes noe negativt av sykehuslegene, det vil si at det assosieres til det de kaller ”skjemaveldet”. Sykehuslegene prioriterer derfor behandlingsmessige oppgaver framfor medisinsk dokumentasjon. De nye elektroniske løsningene gir imidlertid økt mulighet for *gjenbruk* av informasjon, det vil si at en ikke nødvendigvis må framstille ny dokumentasjon der dette er lagret i systemene fra før. Legene gir uttrykk for positive forventninger til at dette vil gi tidsmessige gevinster, og under visse forutsetninger også kvalitetsmessige forbedringer.

I kapittel 6 konkluderer jeg med at ”medikratiet” representerer et kunnskapshierarki som i en forstand smitter over på dokumentasjonsarbeidet. I dette kunnskapshierarkiet plasserer sykehuslegen seg øverst med sin faglige organspesialisering, og samhandlingen kjennetegnes av en type kollegial regulering. Det at særlig sykehuslegene oppfatter ”skjemaveldet” som relativt belastende sammenliknet med direkte pasientarbeid, medfører at dokumentasjonsarbeidet enten utsettes eller delegeres til leger i underordnede stillinger. Det er nærliggende å anta at dette bidrar til å kaste lys både over tidsforsinkelser og mangler ved innholdet i epikriser. For allmennlegene resulterer dette blant annet i at de mottar dokumentasjon som de ikke oppfatter som tilfredsstillende for å følge opp pasientene etter et sykehusopphold. Når de nye dokumentasjonsredskapene som nevnt åpner for økt gjenbruk, så betinger dette at begge legegruppene etablerer en dokumentasjonskultur som motvirker at de ukritisk gjenbraker lagret dokumentasjon. De nye elektroniske hjelpemidlene åpner altså for økt omløpshastighet av informasjon som kan være uaktuell for mottakeren, enten det dreier seg om henvisninger eller epikriser. Her vil en forsvarlig dokumentasjonskultur forutsette at

den kollegiale regulering etablerer normer som sikrer at produsenten ikke tar lettvinde snarveier som påfører mottakeren problemer.

Gjennom intervjuene formidles det altså et hovedbilde av et kunnskapens statushierarki der sykehuslegens ”organperspektiv” synes å ha et visst overtak, og der allmennlegene formidler at deres faglige ”breddeperspektiv” ikke får tilstrekkelig anerkjennelse. Et inntrykk som formidles gjennom intervjuene, er at såkalt konsensusarbeid for å etablere mer balanserte samhandlingsbetingelser gjennom standardisering av dokumentasjonen, ofte strander fordi allmennlegenes kunnskapsgrunnlag ikke får gjennomslag. Betingelser for samhandling gjennom utnyttelse av dokumentasjonsredskapenes potensial, påvirkes dermed av medikratiets regulering. En slik asymmetri i relasjonen synes ikke å utgjøre et gunstig grunnlag for samhandling.

I kapittel 7 undersøkes spørsmålet om hvorvidt uenighet mellom allmennleger og sykehusleger i seg selv ikke bare utgjør en barriere for samhandling, men også virker fremmede. Undersøkelsen viser at diskursarbeid forstått som profesjonell identitetsbygging både må oppfattes som hemmende og fremmede for samhandling. Mens faglig uenighet som etableres gjennom diskursiv polarisering mellom den ”biomedisinske” og den ”humanistiske” legen virker hemmende, framstår forsøk på å endre praktiske arbeidsforhold og ”virkelighetsforståelser” som konstruktive og fremmede for samhandling. Diskursarbeidet til allmennlegene er motivert av den kunnskapsmessige ubalanse som medikratiet etablerer. Dermed springer deres pådriverrolle i tiltaksarbeid ut av et opplevd endringsbehov. Men i tillegg skal allmennlegenes diskursarbeid legitimere en særegen medisinsk spesialitet. Diskursarbeidet kaster lys over problemstillingen om hvorvidt egenskaper ved redskapene har betydning for samhandlingen mellom de to legegruppene. Diskursanalysen viser at allmennlegene er skeptisk til måten de nye dokumentasjonsredskapene understøtter det ”dominante” biomedisinske kunnskapssynet. Allmennlegene peker på at teknologi i vid forstand fremmer en forståelse av medisinen som en eksakt vitenskap, med fare for at de diffuse plager allmennlegenes pasienter har usynliggjøres. Diskursanalysen viser også at når en biomedisinsk kunnskapsforståelse anvendes sammen med sosialøkonomisk og juridisk tenking, så framstår kunnskapsanvendelsen å være begrunnet i effektivitetshensyn og kostnadskontroll, og der pasientene oppfattes som enheter på et ”varemarked”.

I min framstilling leses ytringene som vitnesbyrd fra praksisfeltets deltakere. Diskursene kan oppfattes som fortellinger fra deltakerne om mindre åpenbare forhold som har betydning for arbeidsdelingen mellom allmennleger og sykehusleger. For eksempel kan det tenkes at henvisninger fra allmennleger vurderes ut fra andre hensyn enn rent medisinske: den humanistiske diskursens ytringer kan her tolkes dit hen at samhandlingen vanskeliggjøres når ”gjenbruk” av pasienter ved unødvendige sykehuskontroller skyver nyhenviste pasienter bakover i helsekøene. Dette setter allmennlegen som skal fylle advokatrollen i forlegenhet vis a vis disse pasientene.

Det avtegner seg imidlertid et bilde der sammenstøtet mellom de to hoveddiskursene resulterer i problembeskrivelser og løsningsforslag knyttet til noen velkjente paradokser. Sterk vektlegging på kostnads- og effektivitetshensyn assosieres til den biomedisinske diskursen, og kan tilbakeføres til beskrivelsen av det såkalte ”velferdsparadokset” der den moderne medisins suksess oppfattes som roten til problemet. Det antas at etterspørselen etter helsetjenester nærmest går mot uendelig på grunn av de økte behandlingsmuligheter medisinen åpner for. Denne problemforståelsen ledsages da også av en tilsvarende diskurs i opposisjon, det vil si formulert som en viss skepsis mot ”empowerment-ideologien” som målbæres av allmennlegene. Det antas at ”pasientbemyndigelse” ytterligere vil stimulere til pågang fra pasientene. Allmennlegenes tilslutning til empowerment-tankegangen⁷⁸ sammenfaller med en sentral helsepolitisk begrunnelse for samhandling, der bedre samhandling mellom de to legegruppene skal bidra til å styrke allmennlegens advokatrolle for pasienter som beveger seg mellom legekantor og sykehus. Den økte betydning som allmennlegen selv gir denne rollen kan ses som en tilpasning til ett av flere slike krav fra medisins omgivelser.

Den biomedisinske diskursen vektlegger imidlertid at økt pasientbemyndigelse vil måtte svekke den profesjonelle legens faglige autonomi. Diskursens ytringer representerer en kritikk av konsekvenser ved den humanistiske diskursens utvidelse av det medisinske kunnskapsgrunnlaget, det vil si en advarsel mot tendenser til å innlemme pasientens forståelse i medisins tradisjonelle kunnskapsgrunnlag. Den biomedisinske diskursen er kritisk til at

⁷⁸ Røttene til den norske bemyndigelses-tankegangen finner vi i empowerment-bevegelsen fra 1960-åras USA, der blant annet funksjonshemmede og minoritetsgrupper mobiliserte for styrking av egne krefter og nøytralisering av motkrefter (Prilleltensky & Gonick 1996).

allmenntillegene inkorporerer det som oppfattes som fremmed og ”uvitenskapelig” tankegods, og oppfatter det som et påskudd for å rekruttere stadig nye pasientgrupper, grupper som ellers vil blitt avvist dersom de ble forsøkt henvist til en sykehusavdeling.⁷⁹

Når diskursene ”støter sammen” retter de imidlertid tilsvarende kritikk mot *hverandre*. Et mer generelt spørsmål om samhandling aktualiseres: En mer overordnet ”helsediskurs” spør da om det totalt sett kan være slik at det egentlig er mangel på pasienter, slik at samhandlingens logikk egentlig kjennetegnes ved behovet for å holde virksomhetene med arbeidsoppgaver. Begge diskursene formidler tilsvarende inntrykk av hverandre: Sykehusene antas å kontrollere pasienter som kunne vært tatt hånd om på legekantoret, mens allmenntillegene beskyldes for å utvide sitt kunnskapsgrunnlag for å sikre ”ordreservene”. Den mer generelle problemoppfatningen forutsetter da at det er overkapasitet på leger.

Et viktig spørsmål som diskursene samlet reiser, og som derved må inngå i en eventuell diskusjon om samhandling, er hvorvidt tendenser til strategisk spill mellom sykehusene og legekantorene forsterkes som et resultat av sviktende pasienttilgang. Forutsetningen om at etterspørselsveksten nærmest vil gå mot uendelig kan da ikke være dekkende. Tendenser til *strategisk spill i stedet for samhandling kan forsterkes* dersom myndighetene slipper til nye tjenestetilbydere på områder der kun legene har hatt tilgang gjennom refusjonsbestemmelsene, det vil si det allmenntillegene oppfatter som uthuling av den såkalte henvisningsplikten. De siste årene har det skjedd en utvikling der for eksempel kontorpersonell i helsevesenet fungerer som ”barfotleger” på avgrensede områder, noe som i tilfelle vil bidra til mer ”svinn i markedet” som legene har operert på. I framtida kan telemedisinske tjenester ytterligere bidra til å redusere markedet dersom pasienter i større grad kan diagnostisere, behandle og kontrollere seg selv. I sum vil utviklingen representere en generell ”de-medikatisering” som kan komme til å gjøre seg gjeldende i årene framover, og forsterke tendenser til at strategiske hensyn går foran de hensyn som ideelt skal ivaretas når pasienter oppsøker helsevesenet.

⁷⁹ Nå kan selvfølgelig også noen av sykehusfagene bevege seg i samme retning, i hvert fall vil dette kunne gjelde for de fag som ”likner” på allmenntillegene, det vil si de som kjennetegnes av lite entydige karakteristika.

Konklusjon

Samlet sett viser min undersøkelse at noen samhandlingsbetingelser framtrer som relativt åpne og synlig, mens forhold som berører profesjonell kunnskapsforvaltning og identitetsbygging etablerer mindre synlige samhandlingsbetingelser mellom sykehusleger og allmennleger. Forsøkene på å etablere større faglig konsensus mellom de to legegruppene, kan oppfattes som en konstruktiv påpeking av muligheter. Men en slik konsensus kan ikke ensidig betraktes som et medisinternt, faglig anliggende. Diskursanalysen viser at nettopp legers virksomhet er innvevd i samfunnsmessige forhold som påkaller en utvidet forståelse også av konsensusbegrepet. Dette må forstås i en videre ramme der profesjonsutøverne har et bevisst forhold til hvordan redskaper og sosial praksis er vevet sammen og kompliserer samhandlingsbetingelsene. For det første kan det ikke oppfattes som gunstig for samhandling at initiativ som tas for å endre forholdene springer ut av misnøye hos allmennlegene. Likevel synes allmennlegene å fortsette som pådrivere, og initiativene i en større sammenheng kan ses som en viktig del av allmenmedisinsk fagutvikling. Dernest kompliseres bildet ved at sykehuslegen framstår som relativt passiv, og formidler en viss resignasjon i forhold til å skulle samhandle. Sykehusfagene og allmenmedisinen synes å drive fra hverandre i forhold til den opprinnelige, profesjonelle legeidentiteten. Sykehuslegene framhever at den naturvitenskapelige og ”skolemedisinske” tilnærmingen har sin legitime begrunnelse.

Allmennlegene peker på at sykehuslegene i større grad må bevege seg ut på allmennlegens ”banehalvdel” for å se problemene fra deres ståsted. Det er ikke tradisjon i norsk helsevesen å betrakte en sykehuslege som en lege som ”hospiterer”, slik allmennlegene gjør i de såkalte PKO-prosjektene. Her tas det for gitt at når en sykehuslege forlater sykehuset, så er det for å *ambulere*. Her peker selve begrepsbruken mot medikratiets grunnleggende logikk: sykehusleger hospiterer ikke i allmennpraksis. Dette kan være en grov illustrasjon på hva som formidles i min undersøkelse. I dag iverksettes det organisatoriske endringer som til en viss grad må forventes å utfordre noen holdninger som gjør at helsevesenet framstår som et medikrati.⁸⁰ Imidlertid har den faglige spesialiseringen som kjennetegner sykehuset sin begrunnelse ved at sykdommer som tidligere ble oversett i dag blir behandlet. Men

⁸⁰ Jfr Wisløff-utvalgets pågående arbeid der mandatet er ”... å vurdere behovet for endrede rammebetingelser for å bedre samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helsetjenesten” (Pressemelding fra Helsedepartementet, 17. oktober 2003: <http://odin.dep.no/hod/norsk/aktuelt/presse/04071-070180/dok-bu.html>)

spesialiseringen har en bakside, nemlig at leger har fått problemer med å enes om hva som skal være medisinens faglige grunnlag.

Ett formål med etablering av såkalte "Distriktsmedisinske sentre" i dag er å endre oppgavefordelingen mellom sykehusene og legekantorene for å motvirke for sterkt preg av sykehussentrering. Begrunnelsen for slike tiltak synes å bære i seg kimen til endret tenking rundt arbeidsdelingen mellom sykehusleger og allmennleger. Distriktsmedisinske sentre innebærer desentralisering av utvalgte medisinske funksjoner, og der nye redskaper anvendes sammen med organisatoriske virkemidler. For eksempel skal telemedisinske tjenester og elektroniske dokumentasjonsredskaper understøtte lokale tilbud. Det vil gi mindre pasientreiser til sentraliserte tilbud, samtidig som fornuftig utnyttelse av potensialet i de elektroniske dokumentasjonsredskapene kan bygge ned "flaskehalser" og øke kvaliteten på dokumentasjonen.

Mer brukerrettet og anvendt forskning må i årene framover undersøke slike "laboratorier" for samhandling, men også med et blikk for at tiltakene kan ha mindre synlige og utilsiktede konsekvenser. Dette krever forskning på hvordan både medisinskfaglige og sosiale forhold virker sammen. Min undersøkelse peker i retning av å undersøke mer praktiske betingelser for samhandling etter hvert som nye dokumentasjonsredskaper får utbredelse. Mer generell konsensus, utover de rent medisinskfaglige forhold, forutsetter imidlertid en viss *enighet* om hva man mener med begrepet, herunder om samhandling er et ubetinget gode i seg selv. Samhandlingen kan ha sine grenser, det vil si at det finnes grenser for hvor langt det kan utvikles regler for hvordan kunnskap skal omsettes i praksis. Potensialet for å etablere mer symmetriske samhandlingsbetingelser mellom de to legegruppene synes i dag å forde at sykehuslegen til en viss grad er villig til å bevege seg over på allmennlegens arena. Det finnes lite forskning på slike spørsmål, men evalueringer av tiltak der sykehusleger tilbrakte arbeidsdager ved utvalgte legesentre, har dokumentert positive resultater. Det ble konkludert med både teoretiske og praktiske kunnskapsforbedringer både blant allmennlegene og sykehuslegene, samt en opplevelse av forbedring på mer subjektive dimensjoner som kommunikasjon og forståelse for den andres hverdag og arbeidssituasjon (jfr Hartmann 1997).

Min undersøkelse gir imidlertid få holdepunkter for å peke på konkrete løsninger eller tiltak, men viser at flere mindre åpenbare forhold virker inn, samt at redskaper i vid betydning ikke kan oppfattes som nøytrale verktøy som ensidig fremmer samhandling mellom

profesjonsgrupper. Med dette for øye kan tiltak med ny oppgavefordeling mellom sykehusleger og allmennleger gjennomføres med utgangspunkt i mer realistiske mål. De forhold som diskursene ytrer seg om, kan ikke betraktes som tilstrekkelig dokumentert, men kan oppfattes som forhold det må forskes videre på. Dersom begge diskursene leses som en *helsediskurs mellom leger*, så gir diskursene en tilstandsrapport om samhandlingsbetingelser som reiser et spørsmål om hvilke sosiale og historiske forhold som har bidratt til å plassere den moderne legen i en slik posisjon. Lest som en overordnet norsk helsediskurs, så prøver denne å forene virkelighetsforståelser med noe begrenset resonanse. Dette er ikke et ukjent fenomen når vi alle bidrar for å levere mer totale virkelighetsbilder på et samfunnsområde. Det vi begrunner og beskriver som framskritt på ett samfunnsområde, produserer ofte uforutsette konsekvenser for et annet område, både positive og negative, uten at vi engang oppdager det eller reflekterer over det.

LITTERATURLISTE

- Aaslestad P: Pasienten som tekst. Tano Aschehoug, Oslo. 1997.
- Abbott A: The Systems of Professions. An Essay on the division of expert labour. The University of Chicago Press, Chicago. 1988.
- Album D: Riktig stil – et grunnlag for organisasjoners prestisje. Tidsskrift for samfunnsforskning. 31: 227-245. 1990.
- Album D: Sykdommers og medisinske spesialiteters prestisje. Tidsskrift for den Norske Lægeforening; 111: 2127-33. 1991.
- Andersen NÅ: Diskursive analysestrategier. Nyt fra Samfundsvidenskabene. København. 1999.
- Andersson HW, J Lippestad, A Leonardsen, B Paulsen: Doktoren og papirarbeidet: skjemabruk og attestskrivning i allmennpraksis. SINTEF Unimed NIS. Trondheim 1999.
- Asdal K og Myklebust S: Teknologi, vitenskap og makt. Rapport nr 7. Makt- og demokratiutredningens rapportserie. ISSN 15101-3065. Oslo. 1999.
- Axelsen T: Det tause sykehuset. Universitetsforlaget, Oslo. 1976.
- Bachrach P & Baratz MS: Decisions and Non-Decisions: An Analytical Framework. American Political Science Review. Nr. 57: 641-651. 1963.
- Bast-Pettersen R: Helsepersonell i Norden. Tidsskr Nor Lægeforen; 27: 3394-98. 1995
- Berg O: Medisinens logikk. Studier i medisinens sosiologi og politikk. Universitetsforlaget, Oslo. 1987.
- Berg O: Medikrati, hierarki og marked. I Album D & Midré G (red): Mellom idealer og realiteter. Studier i medisinsk sosiologi. Ad Notam forlag AS. Oslo. 1991.
- Bentsen BG, D Bruusgaard, ÅR Evensen, P Fugelli, I Aaraas (red): Allmenmedisin. Fag og praksis. Gyldendal Norsk forlag, Oslo, 1991.
- Bjørndal A: Akademisering av samfunnsmedisinen. Utposten nr 7/8. 1999.
<http://www.uib.no/isf/utposten/1999nr78/utp99710.htm> (søkedato: 13.12.01).
- Blau P: Parameters of Social Structure. I Blau P (ed): Social Structure. Open Books Publishing. London. 1976.
- Bowker GC & Star SL: Sorting things out. Classification and its consequences. The MIT Press, Cambridge. 2000.

- Bratlid D: Pasienttilgang og pasientbehandling ved et regionsykehus. Tidsskr Nor Lægeforen; 122: 386-91. 2002.
- Brekke M: Allmennpraktikeren - en omsorgsarbeider? Tidsskr Nor Lægeforen; 118: 3917. 1998.
- Brekke M, Steinert S og Bakke HK: Krisetid er mulighetenes tid - rekrutteringen må sikres under fastlegeordningen. Unge leger bør tilbys utdanningsstilling hos erfarne allmennpraktikere. Tidsskr Nor Lægeforen; 119: 3722. 1999.
- Cartwright S. Diseases and peculiarities of the negro race. De Bow's Review, Southern and Western States, Volume XI, New Orleans, 1851. New York: AMS Press. 1967.
- Cochrane AL: Effectiveness and efficiency. BMJ Publishing Group. 1989.
- Daae C: Handlingsprogrammer og guidelines – redning eller refselse? Utposten nr 5. 1998. <http://www.uib.no/isf/utposten/1998nr5/utp98510.htm> (søkedato: 12.07.03).
- Dahl Th & Opdahl Mo T: Gårsdagens fagforståelser – dagens problem? Profesjoner, fag og ledelse i sykehus. SINTEF Teknologiledelse IFIM. Rapportnr. STF38 A00506. Trondheim. 2000.
- Denzin N: The Art and Politics of Interpretation. I Denzin N & Lincoln Y (eds): Handbook of Qualitative Research. Sage Publication. California, 1994.
- Drury M: General practice teaching within the hospital. Med Educ; 10:309-12. 1976.
- Ekeland TJ: Mening som medisin. Ein analyse av placebofenomenet og implikasjoner for terapi og terapeutiske teoriar. Institutt for samfunnspsykologi. Psykologisk fakultet. Universitetet i Bergen. ISBN: 82-995086-0-6. 1999.
- Elster J: Vitenskap og politikk. Universitetsforlaget, Oslo. 1989.
- Engelstad F: Hva er makt? I Fugelli P, Stang G & Wilmar B (red): Makt og medisin. Makt- og demokratiutredningens rapportserie. Rapport 57. ISBN 82-92028-62-5. Mars 2003.
- Erichsen V (red): Profesjonsmakt. På sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon. Tano Aschehoug, Oslo. 1996.
- Ezrahi Y: The Descent of Icarus. Harvard University Press. 1990.
- Fairclough N: Critical Discourse Analysis: The Critical Study of Language. Longman Group Limited. London. 1995.
- Freidson E: Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care. Aldine Publishing Company, New York. 1979.
- Freidson E: Professionalism Reborn. Polity Press, Cambridge, 1994.

- Fretland S: Henvisning fra primærlege til spesialist. Tidsskr Nor Lægeforen nr. 12. 1991.
- Freudenberg N, E Eng, B Flay, G Parcel, T Rogers, N Wallerstein: Strengthening individual and community capacity to prevent disease and promote health: in search of relevant theories and principles. Health Educ Q. Nr 22. 1995.
- Forland F: Kunnskapsbasert praksis og norsk allmenn- og samfunnsmedisin. Utposten nr 4. 1996. <http://www.uib.no/isf/utposten/1996nr4/utp96407.htm> (søkedato: 03.12.02).
- Forland F & Gilje TL: Samtale med Signe Flottorp og Janicke Thesen. Utposten Nr 5. 1998 <http://www.uib.no/isf/utposten/1998nr5/utp98509.htm> (søkedato: 28.02.02).
- Fors T & Ringberg U: Ny samarbeidsform mellom primærlege og sykehuslege. Tidsskr Nor Lægeforen; 118: 258-60. 1998.
- Fossum S: Medisinsens triumf. Utposten nr 1 (leder). 1996. <http://www.uib.no/isf/utposten/1996nr1/utp96101.htm> (søkedato: 04.05.03).
- Foucault M: Klinikkenes fødsel. Hans Reitzels Forlag. København. 1998.
- Foucault M: Diskursens orden. Spartacus Forlag. Oslo. 1999.
- Fugelli P, Mabeck CE: Påvirkning av livsstil i konsultasjonen. I Medicinsk årbog. Munksgaard. København. 1991.
- Førde R: Pasientautonomi. Nyttig eller utopisk prinsipp i klinisk praksis? Tidsskr Nor Lægeforen; 115(20): 2568-70. 1995.
- Førde R: Fagleg spalting hos legar – en uboteleg tilstand ? Utposten nr 1. 1996. <http://www.uib.no/isf/utposten/1996nr1/utp96102.htm> (søkedato: 12.10.01).
- Geitung TM, Kolstrup N, Fugelli P: Skriftlig informasjon fra sykehuset til primærlegen om utskrevne pasienter. Tidsskr Nor Lægeforen; 110: 3132-5. 1990.
- Getz L, Westin S, Paulsen B: Behandler og sakkyndig - mellom barken og veden? Allmennpraktikerens arbeid med uførepensjonssaker i en innstramningstid. Tidsskr Nor Lægeforen; 114: 1435-40. 1994.
- Getz L: Den allmennmedisinske vitenskapen. Utposten nr 7. 1995. <http://www.uib.no/isf/utposten/1995nr7/utp95716.htm> (søkedato: 12.09.02).
- Getz L, Westin S: Rådgivende legers og allmennlegers vurdering av komplekse uførepensjonssaker. Tidsskr Nor Lægeforen; 115: 1748-53. 1995.
- Gjerstad M: Samfunnsvitenskapenes tekstmakt. I Berge KL, Meyer S & Trippestad TA (red): Maktens tekster. Gyldendal Akademisk. Oslo. 2003.
- Glaser BG & Strauss AL: The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research. Chicago: Aldine. 1967.

- Glaser BG: Emergence versus Forcing: Basic of Grounded Theory Analysis. Sociology Press. California. 1992.
- Goffman E: Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates. New York: Anchor Books. 1961.
- Goffman E: Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, New York. 1963.
- Grace JF & Armstrong D: Referral to hospital: perceptions of patients, general practitioners and consultants. Fam Pract; 4:170-5. 1987.
- Gran JT: Hvorfor henvises pasienter til revmatologisk poliklinikk? Tidsskr Nor Lægeforen; 121: 2294-6. 2001.
- Grimsmo A: Allmennlegen – fra “ut av skyggen” til “kronjuvelen” i helsetjenesten. Utposten nr 2. 1999. <http://www.uib.no/isf/utposten/1999nr2/utp99203.htm> (søkedato: 08.11.00).
- Grinsted P: Praksiskonsulenter tilknyttet sykehusavdelingerne ved Odense og Nyborg sykehuse. Evalueringsrapport. Sykehusforvaltningen, Fyns amt, Odense. 1992.
- Gulbrandsen P: Social context in general practice. Disclosure, recognition and management. Institute of general practice and community medicine. University of Oslo. 1998.
- Gulvog B: Verdens beste helsevesen ! Tidsskr Nor Lægeforen; 120: 2987. 2000.
- Haldorsen IS, Larsen JL: Hvordan dokumenteres røntgenundersøkelser i journalen? Tidsskr Nor Lægeforen; 120: 3424-6. 2000.
- Halvorsen T: Sektorinteresser eller profesjonssystem? TMV skriftserie nr. 10. Senter for teknologi og menneskelige verdier. Universitetet i Oslo. 1995.
- Hammersley M & Atkinson P: Feltmetodikk. Ad Notam Gyldendal. Oslo. 1996.
- Hartmann H: Kvalitetssikring i reumatologien. Tidsskr Nor Lægeforen; 117: 1624-6. 1997.
- Hetlevik I: Den fulle allmenmedisinske bøtten. Tidsskr Nor Lægeforen; 119: 3547. 1999.
- Hjortdal P, Laerum H: Continuity of care in general practice: effect on patient satisfaction. BMJ; 304: 1287-1290. 1992.
- Hjortdal P: Allmennlegen som koordinator. Utposten nr 2. 1996. <http://www.uib.no/isf/utposten/1996nr2/utp96202.htm> (søkedato: 17.11.01).
- Hoddevik GH, Selmer R: Kroniske korsryggssmerter hos 40-42 åringer i 12 norske fylker. Tidsskr Nor Lægeforen; 119: 2224 - 8. 1999.
- Holme IM & Solvang BK: Metodevalg og metodebruk. 2. Utgave. Tano AS. Oslo. 1991.

- Holtedal K: Kunnskapsproduksjonens bidrag til allmennmedisinens fall og vekst. Utposten nr. 7/8. 1998. <http://www.uib.no/isf/utposten/1998nr78/utp98711.htm> (søkedato: 07.02.03).
- Holter H: Fra kvalitative metoder til kvalitativ samfunnsforskning. I Holter H & Kalleberg R (red): Kvalitative metoder i samfunnsforskning. Universitetsforlaget. Oslo. 1996.
- Hollnagel H & Malterud K: Shifting attention from objective risk factors to patients self assessed health resources. A clinical model for general practice. Fam Pract; 12:423–9. 1995.
- Hornmoen H: Når livet blir til en defekt kroppsdel. Apollon nr 2. 1997. <http://www.apollon.uio.no/apollon02-97/kroppsdel.html> (søkedato: 13.10.02).
- Hydle I: Antropologiske perspektiver på medisinen, trygden og retten. Tano Aschehoug, Oslo. 1997.
- Hynne SV: Faglig rus – troens bevis ! Utposten nr. 4. 1998. <http://www.uib.no/isf/utposten/1998nr4/utp98409.htm> (søkedato: 14.05.01).
- Jesman Pedersen E: Den indre og ytre sirkel. Utposten nr. 3/2001 (leder). <http://www.uib.no/isf/utposten/2001nr3/leder.htm> (søkedato: 12.01.02).
- Johnson TJ: Professions and Power. The Macmillan Press Ltd., London. 1972.
- Jørgensen MW & Phillips L: Diskursanalyse som teori og metode. Samfundslitteratur. Roskilde Universitetsforlag. 1999.
- Kirkengen AL: Formelen for den menneskelige norm er N=XY. Utposten nr 3. 1996. <http://www.uib.no/isf/utposten/1996nr3/utp96302.htm> (søkedato: 23.07.01).
- Kjekshus LE, JH Bjørngaard, A Johnsen: Med stetoskop og diktafon – bruk av legenes spesialistkompetanse. NIS. Sintef Unimed. STF78 A99502. Trondheim. 1999.
- Kuhn TS: The Structure of Scientific Revolutions, University of Chicago Press, Chicago. 1962.
- Kvale S: Det kvalitative forskningsintervju. Ad Notam Gyldendal AS. Oslo. 1997.
- Kvamme OJ: Samarbeid mellom legar. En studie av intervensjonar i samarbeid mellom allmennlegar og sjukehusleger, ved akuttinnleggingar i somatiske sjukehus. Universitetet i Oslo, ISBN 82-7703-039-8. 1999.
- Lather P: The validity of angels: Interpretive and textual strategies in researching the lives of women with HIV/AIDS. Qualitative Inquiry, 1(1) 41-68. 1995.
- Lauvås K & Lauvås P: Tverrfaglig samarbeid. Perspektiv og strategi. Tano, Oslo. 1994.

- Leonardsen A & Paulsen B: Papirarbeid på 7 legekantor. SINTEF Unimed NIS/KITH, Trondheim. 2000.
- Light DW: Comparative institutional response to economic policy managed competition and governmentality. *Soc Sci Med*; 52: 1151-66. 2001.
- Lofland J & Lofland L: Analyzing social settings. Third Edition. Wadsworth Publishing Company. California. 1995.
- Lærum H, G Ellingsen, A Faxvaag: Elektronisk pasientjournal ved somatiske sykehus – utbredelse og klinisk bruk. *Tidsskr Nor Lægeforen*; 122: 2540-3. 2002.
- Løchen Y: Behandlingsamfunnet. Gyldendal Norsk Forlag. Oslo. 1971.
- Løchen Y: Drivkreftene bak helsetjenestens utvikling. I Lian OS (red): *Helsetjenesten i samfunnsvitenskapens lys*. Tano Aschehoug, Oslo. 1996.
- MacIntyre S, Hunt K, Sweeting H: Gender differences in health: are things really as simple as they seem? *Soc Sci Med*; 42(4): 617-24. 1996.
- Mackenzie GM: The caring doctor is an oxymoron. *BMJ*; 315: 687-8. 1997.
- Magnussen J: Sykehussektoren 1998 - fra rammefinansiering til ISF. NIS rapport nr 3. SINTEF Unimed, NIS Helsetjenesteforskning. Trondheim. 1999.
- Maiman LA, Becker MH: The health belief model: origins and correlates in psychological theory. *Health Education Monographs*. Nr 2. 1974.
- Malterud K: Allmennpraktikerens møte med kvinnelige pasienter. TANO, Oslo. 1990.
- Malterud K: Klinisk kunnskap – legen som deltaker og fortolker. *Utposten* nr. 5. 1998. <http://www.uib.no/isf/utposten/1998nr5/utp98508.htm> (søkedato: 26.12.01).
- Marshall MN: Qualitative study of educational interaction between general practitioners and specialists. *BMJ*; 316:442–5. 1998.
- Markhus V: Elektronisk pasientjournal – en komplisert affære. *Norsignalet* Nr. 3, des. 2002. http://www.tele.ntnu.no/users/halbach/papers/norsignalet-2002-3_till-halbach.pdf (søkedato: 30.01.03).
- May T: *Social Research. Issues, Methods and Process*. Open University Press, Buckingham. 1993.
- Mechanic D: General medical practice in England and Wales; its organisation and future. *N Engl J Med*; 297:680-9. 1968.
- Meland E: Sykdomsdefinisjoner – et moralsk anliggende. *Utposten* nr. 4. 1995. <http://www.uib.no/isf/utposten/1995nr4/utp9543.htm> (søkedato: 22.11.02).

- Meyer S: Identitetsmakt i Norge. I Meyer S & Sirnes Th (red): Normalitet og identitetsmakt i Norge. Ad Notam Gyldendal AS, Oslo. 1999.
- Mintzberg H: Structure in Fives: Designing Effective Organizations. Prentice-Hall, Englewood Cliffs. 1983.
- Mjell J: Allmennlegens faglige platform. Utposten nr. 8/1995.
<http://www.uib.no/isf/utposten/1995nr8/utp95803.htm> (søkedato: 12.10.01).
- Morgan G: Images of Organization. Beverly Hills. 1986.
- Myrvang R & Larsen F: Informasjonsutveksling mellom sykehus og allmennpraksis. Prosjekt-rapport nr. 4. ISBN 92-92092-23-4. Nasjonalt senter for Telemedisin/UNN. Tromsø. 2003.
- Neumann IB: Mening, materialitet, makt: en innføring i diskursanalyse. Fagbokforlaget, Bergen. 2001.
- Newton J, M Eccles, A Hutchinson: Communication between general practitioners and consultants: what should their letters contain ? BMJ; 304: 1181-2. 1992.
- Nyhus P: Profesjokratiets diktatur. Konferanserapport. NAVF's utredningsinstitutt. Oslo. 1979.
- Nylenna M: De "to kulturer" i medisinen. Tidsskr Nor Lægeforen; 120: 3732-5. 2000.
- Nordby T: Det offentlige helsevesenet – en fagstyrt høyborg. I Norby T (red): Arbeiderpartiet og planstyret 1945 – 1964. Universitetsforlaget, Oslo. 1993.
- Olesen F, Jensen PB, Grinsted P, Henriksen JS: General Practitioners as Advisers in Hospitals. Quality Health Care; 7: 42-7. 1998.
- Olesen F, J Dickinson, P Hjortdahl: General practice - time for a new definition. BMJ; 320: 354-357. 2000.
- Orskaug I: Kartlegging av henvisnings- og epikriserutiner ved tre norske sykehus. Rapport KITH R 20/02. KITH AS. Trondheim. 2002.
- Otterstad HK: Epikriseforsinkelser. Hva kan gjøres for å bedre forholdene ? Tidsskr Nor Lægeforen; 106: 1417-20. 1986.
- Patton MQ: Qualitative evaluatuion and reseach methods. 2.nd Edition. Sage Publications. California. 1990.
- Paulsen B: Oss leger imellom. Samarbeid på tvers av nivågrensene. SINTEF/NIS-rapport, STF 81 A91039. Trondheim. 1991.
- Paulsen B, Leonardsen A: Intern delegering ved legekantor som strategi for forbedring av legenes arbeidssituasjon. Rapport fra samarbeidsprosjekt mellom SINTEF Unimed NIS Helsetjenesteforskning og KITH. Trondheim, 2000.

- Parsons T: Professions. International Encyclopedia of the Social Sciences. Vol. 12; 536-547. 1968.
- Penney TM: Delayed communication between hospitals and GP; where does the problem lie. BMJ 297: 28-29. 1988.
- Pop P, Winkens RAG: A diagnostic centre for general practitioners: results of individual feedback on diagnostic actions. J R Coll Gen Pract; 39:507-8. 1989.
- Reynolds GA, JG Chitnis, MO Roland: General practitioner outpatients referrals: do doctors refer more patients to hospital? BMJ; Vol. 302. 1991.
- Rennie DL: Grounded theory methodology: the pressing need for a coherent logic of justification. I Theory and psychology. Nr 8, 101-19. 1998.
- Ringberg U, T Fors, ML Larsen: Samarbeidsprosjektet Primærlegetjenesten i Troms – Regionsykehuset i Tromsø. Intern evalueringsrapport, RiTø, Tromsø. 1999.
<http://www.kith.no/vedlegg/12556/Rapport-samarbeid-pleger-sykehus-Tromso.rtf>
- Roksund G: Kunnskapsbehov i allmennpraksis. Utposten nr 5/1998.
<http://www.uib.no/isf/utposten/1998nr5/utp98502.htm> (søkedato: 16.04.02).
- Rubin H & Rubin I: Qualitative interviewing. Sage Publications. California. 1995.
- Rygh E: Min reise med far som hudlege til Finnmark i 1963. Utposten nr 3/2001.
<http://www.uib.no/isf/utposten/2001nr3/utp01304> (søkedato: 12.07.03).
- Røhme K, Kjekshus LE: Når tiden telles - sykehuslegers tidsbruk og arbeidsoppgaver . Tidsskr Nor Lægeforen; 121: 1458 - 61. 2001.
- Sackett DL et. al.: Evidence-based medicine: what it is and what it isn't. BMJ; 312, 71-72. 1996.
- Sayer GP, Britt H: Sex differences in morbidity: a case of discrimination in general practice. Soc Sci Med; 42(2); 257-64. 1996.
- Schei B, Nesheim BI: Økt satsing på forskning om kvinners helse. Tidsskr Nor Lægeforen; 117:1634-6. 1997.
- Schei E, Gulbrandsen A: Styrbord skrog – syntese: Fremtidens legeutdanning. I Schei & Gulbrandsen A (red): Forstår du doktor ? Mot en humanistisk legeutdanning. Tano Aschehoug. Oslo. 2000.
- Short AD: General practice will develop best if caring is replaced by professionalism. BMJ; 316: 866. 1998.
- Sirnes Th: Alt som er fast, fordamper. I Normalitet og identitet i endring. I Meyer S & Sirnes Th. (red): Normalitet og identitetsmakt i Norge. Ad Notam Gyldendal AS, Oslo. 1999.

- Skoglund E: Er behovet for spesialister ubegrenset ? Tidsskr Nor Lægeforen; 116: 3321-2. 1996.
- Slagstad R: De nasjonale strateger. Pax Forlag. Oslo. 1998.
- Stang I: Makt og bemyndigelse – om å ta pasient- og brukermedvirkning på alvor. Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo. 2001.
- Stake RE: Case Studies. I Dezin NK & Lincoln YS (red): Handbook of qualitative research. Thousand Oaks, California, Sage. 1994.
- Stavdal A: Allmenntmedisin i krise. Tidsskr Nor Lægeforen; 120: 774. 2000.
- Storstein L, H Bjørnstad, O Hals, HD Meen: Electrocardiographic findings according to sex in athletes and controls. Cardiology. Nr 79: 227-36. 1991.
- Strauss A & Corbin J: Basic of Qualitativ Researh. Sage Publications. California. 1990.
- Strøno G: ”Troens bevis” – kampen om kunnskapen. Utposten Nr 5 (leder). 1998. <http://www.uib.no/isf/utposten/1998nr5/utp98501.htm> (søkedato: 26.07.02).
- Swensen E: Til forsvar for faglige normer basert på autoritet, mening – og kunnskap. Utposten nr 2. 1997. <http://www.uib.no/isf/utposten/1997nr2/utp97213.htm> (søkedato: 23.11.01).
- Thesen J og Malterud K: ”Empowerment” og pasientstyrking – et undervisningsopplegg. Tidsskr Nor Lægeforen; 121: 1624-8. 2001.
- Thorsvik D: Primærlegetjenesten og sykehusforbruket. Rapport nr. 5. Gruppe for helsetjenesteforskning. Oslo. 1986.
- Trumpy JH: Bør pasientene automatisk få kopi av sin epikrise? Tidsskr Nor Lægeforen; 122: 394-6. 2002.
- Vale S: Bruk av diagnose i allmennpraksis. Utposten nr. 5. 1999. <http://www.uib.no/isf/utposten/1999nr5/utp99510.htm> (søkedato: 22.08.01).
- Vatne S: Pasienten først? Om medvirkning i et omsorgsperspektiv. Fagbokforlaget, Bergen. 1998.
- von Wrigth GH: Vitenskapen og fornuften. Cappelen, Oslo. 1991.
- Wadel C: Feltarbeid i egen kultur. SEEK A/S. Flekkefjord. 1991.
- Wallerstein N: Powerlessness, empowerment and health: implications for health promotion programs. Am J Health Promot. Nr 6: 197-205. 1992.
- Westin C: Mångfald, intergration, rasism och andra ord. Socialstyrelsen/CEIFO, Stockholm. 1999.

Westerman RF, FM Hull, PD Bezemer, G Gort: A study of communication between general practitioners and specialists. Br J Gen Pract; 40: 445-9. 1990.

Wier-Jenssen J & Aasland OG: Endring i medisinerstudentenes karrierepreferanser under første del av studiet. Tidsskr Nor Lægeforen; 119: 2858-64. 1999.

Worren H: Langsomt blir faget og studiet vårt eget. Uposten nr 8/1995.
<http://www.uib.no/isf/utposten/1995nr8/utp95801.htm> (søkedato: 09.08.01).

Wynia MK, Cummins DS, VanGeest JB, Wilson IB: Physician manipulation of reimbursement rules for patients. Between a rock and a hard place. JAMA; 283: 1858-65. 2000.

Øgar P: Hvilke faktorer påvirker samhandlingen mellom første- og andrelinjetjenesten ?
Uposten nr. 4. 1997. <http://www.uib.no/isf/utposten/1997nr4/utp97408.htm>
(søkedato: 15.10.02).

Offentlige utredninger:

NOU 1987:25 Sykehustjenester i Norge. SHD, Oslo. 1987a.

NOU 1997:2 Pasienten først ! Ledelse og organisering i sykehus. SHD, Oslo. 1997.

Offentlige handlingsplaner:

SHD 1996: Handlingsplan 1997-2000: Mer helse for hver bIT. Informasjonsteknologi for en bedre helsetjeneste. SHD, Oslo. 1996.

SHD 2001: Statlig tiltaksplan 2001-2003: Si @!" - Elektronisk samhandling i helse- og sosialsektoren. SHD, Oslo. 2001.

SHD 2004: S@mspill 2007. Elektronisk samarbeid i helse- og sosialsektoren. Statlig strategi 2004-2007. SHD, Oslo. 2004.

Rapporter:

KITH: (Kompetansesenter for IT i helsevesenet): Medisinsk-faglig innhold i henvisninger – "Den gode henvisning". KITH Rapport R30/2002a.

KITH: (Kompetansesenter for IT i helsevesenet): Medisinsk-faglig innhold i epikriser – "Den gode epikrise". KITH Rapport R32/2002b.

KITH: (Kompetansesenter for IT i helsevesenet): Administrativ definisjonskatalog for somatiske sykehus nr 3. Trondheim 1999.

RiTø (Regionsykehuset i Tromsø): Presentasjon av kvalitetsresultater vår 2000. RiTø, Tromsø. 2000.

RiTø (Regionsykehuset i Tromsø): Ventelister – fra belastning til verdipapir. Prosjekt MOR – "Moderne Offentlig Regionsykehus". 2001a.

RiTø (Regionsykehuset i Tromsø): Effektivisering og kvalitetssikring av pasientdokumentasjon – frigjøring av tid. RiTø 2001b.

Det Danske Sundhedsudvalget: Orientering om epikriseundersøgelse. København 1999.

Helsedirektoratet: Helse for alle i Norge? Helsedirektoratets strategiske plan mot år 2000. Kunnskapsforlaget. Oslo, 1987.

Helsedirektoratet: Styringsdokumentet 2002 for de regionale helseforetakene. HD. Desember 2002.

Generalplanutvalget for allmennmedisin: Generalplan for allmennmedisin i Norge. Den Norske Lægeforening, Oslo. 1982.
Den Norske lægeforening - APLF/NBLF/NSAM/OLL: Allmennlegen mot år 2000. Den Norske Lægeforening, Oslo. 1991.
World Organization of Family Doctors (WONCA): The Role of the General Practitioner/Family Physician in Health Care Systems. 1991.

Lover, forskrifter, rundskriv med mer:

Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven): jfr LOV-1999-07-02-64 HD.
Ikrafttredelse: 1. jan. 2001: <http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-064.html>
Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven): jfr LOV-1999-07-02-63 HD.
Ikrafttredelse: 1. jan. 2001: <http://www.lovdatab.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/usr/www/lovdatab/all/nl-19990702-063.html&button=s%d8k&dep=shd&>
Lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger. HD. 18. mai 2001 nr. 24.
Forskrift om pasientjournal (journalforskriften): jfr HD FOR-2000-12-21-1385.
Ikrafttredelse: 01.01.2001. <http://www.lovdatab.no/for/sf/hd/hd-20001221-1385.html>

Presseklipp, pressemeldinger mm:

Aftenposten Nettutgave: Pasientene fikk mer lønnsomme sykdommer: 07.03.03
<http://www.aftenposten.no/forbruker/helse/article.jhtml?articleID=503943> (søkedato: 05.04.03).
Aftenposten 05.01.01: Lege Ole B. Hovind.
Bergens Tidende: Oppgjør med en generasjon (Odeen PJ). 29.01.99.
Dagens Medisin: Frykter at allmennmedisinen smuldrer bort. Intervju med lege Erik Werner (av T. Dommerud). Mars 2003.
Dagens Medisin: "DRG: Diagnostiske fristelser" (Godal TA og Nilsen L). Mars 2003.
HD 2003: Offentleg utval utgreiar betre samhandling mellom spesialisthelsetenesta og den kommunale helsetenesta (Wisløf-utvalget). Pressemelding, Helsedepartementet, 17. okt 2003:
<http://odin.dep.no/hod/norsk/aktuelt/pressem/04071-070180/dok-bu.html>

Brev/korrespondanse, nettbaserte innlegg mm:

Eyr: Windingstad OL: Tid for en ny definisjon. 2000.
<http://www2.legeforeningen.no/yf/aplf/windingstad.htm> (søkedato: 13.08.01).
Eyr: Grimsmo A: Den fulle allmennmedisinske bøtta. 2000.
<http://www.uib.no/isf/eyr/2000q1/000215.html> (søkedato: 20.11.01).

Relevante nettsteder, metodebøker, guidelines, prosedyrebeskrivelser (linker):

The Cochrane library: <http://www.cochranelibrary.com/enter/>
Medline: <http://www.medscape.com/px/medlineapp/medline>
Bandolier: <http://www.jr2.ox.ac.uk/bandolier/>
Metodebok for turnuskandidater: <http://www.med.uio.no/ioks/dok/kandbok/kandhome.htm>
Norsk legemiddelhandbok: http://www.legemiddelhandboka.no/pls/lhb/pa_lhb.visframe

Medical Humanities:

USA: New York University School of Medicine:
<http://endeavor.med.nyu.edu/lit-med/lit-med-db/topview.html>
England: Department of Primary Care and Populations Sciences, University College London:
<http://www.Pcps.ucl.ac.uk/cmh/>

VEDLEGG

- Vedlegg 1: Informasjonsbrev til RiTø om kartlegging av dokumentasjonspraksis
- Vedlegg 2: Informasjonsbrev til legekantor om kartlegging av dokumentasjonspraksis
- Vedlegg 3: Registreringsskjema for legekantor, kartlegging av dokumentasjonspraksis
- Vedlegg 4: Registreringsskjema for sykehus, kartlegging av dokumentasjonspraksis
- Vedlegg 5: Intervjuguide for allmennleger
- Vedlegg 6: Intervjuguide for sykehusleger
- Vedlegg 7: Intervjuguide for kontorpersonell, legekantor og sykehus
- Vedlegg 8: Intervjuguide for prosjektdeltakere, elektronisk dokumentutveksling
- Vedlegg 9: Informasjonsbrev fra RiTø: ”Epikrise til pasienter”
- Vedlegg 10: Eksempel – dokumentmal for ”den gode epikrise”
- Vedlegg 11: Eksempel – dokumentmal for ”den gode henvisning”

VEDLEGG 1

Til kontorlederne ved kliniske avdelinger på RiTØ

Tromsø den 5/2-99

KARTLEGGING AV ADMINISTRATIVE FLASKEHALSER PÅ RITØ

Telemedisinsk avdeling (TMA) gjennomfører nå et pilotprosjekt med elektronisk henvisning og epikrise mellom Sama legekantor i Harstad og gynekologisk poliklinikk ved Harstad sykehus. Forsøket er en del av Nord Norsk helsenett, og de elektroniske løsningene skal bidra til at kommunikasjonsflyten mellom første- og andrelinjetjenesten – og internt på sykehusene - blir mer effektiv. Prosjektet i Harstad innebærer at legekantorenes og sykehusenes elektroniske journalsystemer ”snakker sammen”. I løpet av et par års tid regner TMA med å kunne tilby en slik løsning til samtlige legekantor og sykehus i helseregion 5.

Telemedisinsk avdeling vil i tiden som kommer etablere tilsvarende prosjekter mellom legekantor i Tromsø og RiTØ. I den forbindelse skal det gjennomføres en kartlegging av dagens administrative prosedyrer mellom legekantor i Tromsø og RiTØ, og internt på RiTØ. Hensikten er å avdekke behov for tilpasninger og justeringer i forbindelse med utvikling av elektronisk formidling av pasient-dokumentasjon, herunder kartlegging av administrative terskler i dagens system. Etter to år, dvs. når de elektroniske løsningene har fått en viss utbredelse, vil tilsvarende kartlegging gjennomføres for å se om det har skjedd endringer med hensyn til tidsbruk, og om noen av dagens administrative flaskehalser er redusert.

Registreringen starter på 7 av byens legekantor mandag 22. februar. Allmennpraktikerne skal så i to uker fylle ut registreringsskjema på alle pasienter som henvises til RiTØ. Legekantorene fyller ut første halvdel av side 1 på skjemaet og sender registreringsskjemaet sammen med henvisningsbrevet til RITØ. På RITØ vil kontorlederne påse at registreringsskjemaet fylles ut forsvarlig og returneres til legekantoret når pasientene skrives ut fra sykehuset. Hele skjemaets side 2 er altså forbeholdt RiTØ. Registreringen avsluttes på legekantorene ved at andre halvdel av skjemaets side 1 fylles ut.

Av hensyn til sluttresultatet av kartleggingen er det selvsagt svært viktig at hvert enkelt registreringsskjema følger det enkelte pasient-tilfelle og at skjemaene blir nøye utfylt.

På forhånd takk for hjelpen !

Robert Myrvang
forsker, TMA

VEDLEGG 2

Til legekantor som deltar i kartlegging av dokumentasjons-prosedyrer

Tromsø den 17/2-99

KARTLEGGING AV ADMINISTRATIVE FLASKEHALSER PÅ LEGEKONTOR OG SYKEHUS

Telemedisinsk avdeling (TMA) gjennomfører nå et pilotprosjekt med elektronisk henvisning og epikrise mellom Sama legekantor i Harstad og gynekologisk poliklinikk ved Harstad sykehus. Forsøket er en del av Nord Norsk helsenett, og de elektroniske løsningene skal bidra til at kommunikasjonsflyten mellom første- og andrelinjetjenesten – og internt på sykehusene - blir mer effektiv. Prosjektet i Harstad innebærer at legekantorenes og sykehusenes elektroniske journalsystemer ”snakker sammen”. I løpet av et par års tid regner TMA med å kunne tilby en slik løsning til samtlige legekantor og sykehus i helseregion 5.


Telemedisinsk avdeling vil i tiden som kommer etablere tilsvarende prosjekter mellom legekantor i Tromsø og RiTø. I den forbindelse skal det gjennomføres en kartlegging av dagens administrative prosedyrer mellom legekantor i Tromsø og RiTø, og internt på RiTø. Hensikten er å avdekke behov for tilpasninger og justeringer i forbindelse med utvikling av elektronisk formidling av pasient-dokumentasjon, herunder kartlegging av administrative terskler i dagens system. Etter to år, dvs. når de elektroniske løsningene har fått en viss utbredelse, vil tilsvarende kartlegging gjennomføres for å se om det har skjedd endringer med hensyn til tidsbruk, og om noen av dagens administrative flaskehalser er redusert.

Registreringen starter på 7 av byens legekantor mandag 22. februar. Allmennpraktikerne skal så i to uker fylle ut registreringsskjema på alle pasienter som henvises til RiTø. Legekantorene fyller ut første halvdel av side 1 på skjemaet og sender registreringsskjemaet sammen med henvisningsbrevet til RITØ. På RITØ vil kontorlederne påse at registreringsskjemaet fylles ut forsvarlig og returneres til legekantoret når pasientene skrives ut fra sykehuset. Hele skjemaets side 2 er altså forbeholdt RiTø. Registreringen avsluttes på legekantorene ved at andre halvdel av skjemaets side 1 fylles ut.

Av hensyn til sluttresultatet av kartleggingen er det selvsagt svært viktig at hvert enkelt registreringsskjema følger det enkelte pasient-tilfelle og at skjemaene blir nøyte utfyllt.

På forhånd takk for hjelpen !

Robert Myrvang
forsker, TMA

<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;">  <div style="text-align: center;"> REGISTRERINGSSKJEMA FOR LEGEKONTOR (registrering ved henvisning) </div> </div>
--

Legekantor:
 Sentrum Langnes Nordbyen Kvaløysletta
 Kroken Skansen Tromsdalen Stakkevollan Sjøgata

Legens data-passord/"brukernavn": _____

Fastlege ? JA NEI

Pasientens fødselsår: NB! Skriv hele fødselsåret !
 Mann Kvinne

Tentativ diagnose (ICP-C) _____

Henvisning til enhet på RiTØ _____


Konsultasjons-dato _____ Klokkeslett _____

Henvisning skrevet dato _____ Klokkeslett _____

Lagt i posthylle av lege, dato _____ Klokkeslett _____

Ekspedert pr. post av Legen selv Konsultasjonsdato
 Hjelpepersonell/sekretær Annen dato: _____

Legekantor fyller ut til hit, og sender registreringsskjemaet med henvisnings-brevet til RiTØ !Siste halvdel av denne siden fylles ut etter utskriving fra RiTØ.

<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;">  <div style="text-align: center;"> REGISTRERINGSSKJEMA FOR LEGEKONTOR (registrering <u>etter</u> retur fra sykehus) </div> </div>
--

Post åpnet av Sekretær Dato _____ Klokkeslett _____
 Lege

Lest av lege _____ Dato _____ Klokkeslett _____

Lest av: FASTLEGE: _____ Dato _____ Klokkeslett _____
 ANNEN LEGE: _____ Dato _____ Klokkeslett _____

Tiltak i forhold til epikrise: JA NEI Iverksatt av: Henvisende lege
 Annen lege
 Fastlege

Eventuelt hvilke tiltak _____

Tiltak iverksatt dato _____

Pasient kontaktet dato _____
 Ved brev
 Pr. telefon

Registrering avsluttet dato _____

REGISTRERINGSSKJEMA FOR RITØ**Kjære RITØ-ansatt !**

Dette registreringskjemaet inngår i kvalitetssikringsarbeidet som skal føre til at vi får et bedre sykehus. Skjemaet skal benyttes til kartlegging av flaskehalsen i dokumentasjons-prosedurene på legekantor og sykehus. Skjemaene følger med henvisninger fra 9 legekantor i Tromsø. Det er viktig at skjemaet blir nøye utfyllt, og at det følger pasientdokumentasjonen gjennom sykehuset og tilbake til legekantoret. På forhånd takk for hjelpen.

Vennlig hilsen Knut Schrøder

1. DATO MOTTATT PÅ SYKEHUSET:

2. VURDERING AV LEGE
 - a) dato levert til lege(r) for vurdering:

 - b) dato ferdig vurdert

3. DATO FOR KONSULTASJON / INNLEGGELSE:

4. DATO FOR FOR UTSKRIVING (KUN INNLAGTE PASIENTER):

5. DIKTERING / SKRIVING
 - a) dato for diktering av epikrise / poliklinisk notat:

 - b) dato for skriving av epikrise / poliklinisk notat:

 - c) dato for eventuell diktering av tillegg til epikrise / poliklinisk notat:

 - d) dato for eventuell skriving av epikrise / poliklinisk notat:

6. DIAGNOSE (ICD-10):

7. DATO POSTLAGT TIL PRIMÆRLEGE:

NB!

SKJEMAET SKAL RETURNERES TIL HENVISENDE LEGEKANTOR SAMMEN MED EPIKRISER !

INTERVJUGUIDE FOR ALLMENNLEGE

Om samhandling og forutsetninger for bedre samhandling:

- Kan du beskrive hvordan din kontakt med sykehuslegene arter seg
- Hvor hyppig opptrer slik kontakt i ditt daglige arbeid
- Hva vil du si er hovedinnholdet i tilknytning til slike kontakter
- Er det noen særskilte problemområder som peker seg ut i tilknytning til slike kontakter med sykehuslegene
- I lys av spørsmålene over, hvordan vil du karakterisere samarbeidsforholdene mellom sykehus og legekantor i din daglige praksis
- Hvordan kan eventuelle problemer på dette området avhjelpes
- Har du forslag til andre konkrete og praktiske tiltak eller løsninger som kan bidra positivt her
- Hva forbinder du med formuleringen ”samhandling mellom første- og andrelinjetjenesten”
- Er du kjent med særskilte tiltak på dette feltet
- Hva anser du som de viktigste tiltakene er *sett fra ditt ståsted som allmennlege*

Epikrise:

- Hvilke spesielle problemer er knyttet til samarbeid rundt epikriser sett fra ditt ståsted
- Hva mener du er hovedproblemene knyttet til utveksling og samarbeid rundt epikriser
- Hva vil du si er forskjellen mellom utveksling av papir- og elektroniske dokumenter
- Kan du gi en generell karakteristikk av kvaliteten på de epikrisene du mottar, er det skjedd merkbare kvalitets-endringer etter overgang til elektronisk epikrise
- Hva må til for å forbedre kvaliteten i epikrisene

Henvisning:

- Er det problemer knyttet til utveksling av henvisninger i dag, og hva består disse i
- På hvilken måte vil overgang til elektronisk henvisning bidra til endring
- Hva er fordeler og ulemper ved å etablere én nasjonal dokument-mal for elektronisk henvisning

Andre spørsmål:

- Har epikrisen betydning for læring, det vil si som et dokument som kan bidra til kunnskapsoverføring mellom leger
- Gjelder dette for henvisninger også
- Vil elektronisk utveksling og dokumentasjon representere en forbedring
- Innhenter du kunnskap, råd og veiledning fra Internett, eller fortrinnsvis fra bøker, kurs, telefonkontakt med kolleger (eller annet)
- Standardisering: innføring av elektronisk meldingsutveksling fordrer at informasjon i større grad ”struktureres” (dokumentmaler), på standard kode-verk og klassifikasjoner. Ser du noen betenkeligheter med dette
- Hva er viktig i medisinsk dokumentasjon, har språk og språkbruk betydning - koder versus latin eller ”folkelig” språk
- Integrering av løsninger: såkalt ”sømløse” redskaper under utprøving – synspunkter

INTERVJUGUIDE FOR SYKEHUSLEGE

Om samhandling og forutsetninger for bedre samhandling:

- Kan du beskrive hvordan din kontakt med allmennlegene arter seg
- Hvor hyppig opptrer slik kontakt i ditt daglige arbeid
- Hva vil du si er hovedinnholdet i tilknytning til slike kontakter
- Er det noen særskilte problemområder som peker seg ut i tilknytning til slike kontakter med allmennlegene
- I lys av spørsmålene over, hvordan vil du karakterisere samarbeidsforholdene mellom sykehus og legekontor i din daglige praksis
- Hvordan kan eventuelle problemer på dette området avhjelpes
- Har du forslag til andre konkrete og praktiske tiltak eller løsninger som kan bidra positivt her
- Hva forbinder du med formuleringen ”samhandling mellom første- og andrelinjetjenesten”
- Er du kjent med særskilte tiltak som gjelder for slike aktiviteter
- Hva anser du som de viktigste tiltakene *sett fra ditt ståsted som sykehuslege*

Epikrise:

- Hva mener du er hovedproblemene knyttet til samarbeid rundt epikriser i dag
- Hvilke spesielle problemer er knyttet til samarbeid rundt epikriser sett fra ditt ståsted
- Hva vil du si er forskjellen mellom utveksling av papir- og elektroniske dokumenter
- Kan du gi en generell karakteristik av kvaliteten på egne epikriser, er det skjedd merkbare kvalitetsforbedringer etter overgang til elektronisk epikrise
- Hva må eventuelt til for å forbedre samarbeidet rundt epikrisene – for allmennlegen for egen del

Henvisning:

- Hvordan vil du generelt bedømme kvaliteten på de henvisningene du mottar
- Er det problemer knyttet til utveksling og samarbeid rundt henvisninger i dag
- På hvilken måte vil en overgang til elektronisk henvisning bidra til endring
- Hva er fordeler og ulemper ved å etablere standardiserte dokument-maler for elektronisk henvisning

Andre spørsmål:

- Har epikrisen betydning for læring, det vil si som et dokument som kan bidra til kunnskapsoverføring mellom leger
- Gjelder dette for henvisninger også
- Innhenter du kunnskap, råd og veiledning fra Internett, eller fortrinnsvis fra bøker, kurs, telefonkontakt med kolleger (eller annet)
- Hvordan inngår medisinske prosedyre-beskrivelser i samhandlingen med allmennlegen
- Hva er viktig i medisinsk dokumentasjon, har forskjellig språk og språkbruk betydning
- Integrering av løsninger: såkalt ”sømløse” redskaper er under utprøving – synspunkter

INTERVJUGUIDE FOR KONTORPERSONELL – SYKEHUS OG LEGEKONTOR

Om epikriser og henvisninger

Hva oppfatter du som hovedproblemene ved dagen løsninger der papir- og IKT-basert løsninger benyttes samtidig

Hva oppfatter du som hovedårsakene til ”lang epikrise-tid”

Hva oppfatter du som hovedårsakene til ”lang vurderingstid” for henvisninger

På hvilken måte vil elektronisk epikrise og henvisning kunne utgjøre en forbedring

Har du inntrykk av at legene vegrer seg for å ta ny teknologi for meldingsutveksling i bruk

Andre spørsmål:

Føler du at dere har fått nok opplæring/oppfølging

Hva oppfatter du som forskjell på din arbeidssituasjon på sykehuset (legekontoret) sammenliknet med kontorpersonell på legekontoret (sykehuset)

INTERVJUGUIDE FOR PROSJEKTDELTAKERE

Hvilke ”barrierer” har vært mest framtreddende

- teknologiske
- organisatoriske

Hva er barrierene ved integrering av de forskjellige teknologiske dokumentasjonsløsningene som er i bruk i dag

Hvordan arter overgangen fra papir-basert til IKT-basert løsninger seg

Samarbeid med de andre partene i prosjektet: uenighet om løsninger

Hvordan er bruker-behov ivaretatt

Hvilke positive ting vil du peke på som følge av overgang til elektronisk dokument utveksling så langt

Hvilke eventuelle tilbakemeldinger er innhentet fra brukerne



Lederteam, Kliniske avdelinger
UNN

Deres ref.

Vår ref.
Jnr 05817/2002/mp
Sak 2002/2086 - 1
Ark

Dato
17.12.02

EPIKRISE TIL PASIENTEN

Enkelte avdelinger ved UNN har lenge hatt rutiner på at epikrise også skal sendes til pasienten.

Pasient- og pårørendepanelet har hatt dette oppe som sak, de synes dette er en god ordning og anbefaler at alle avdelinger innfører denne ordningen.

Ifølge intensjonene i den nye pasientrettighetsloven kap. 3-2 vektlegges bl.a. pasientens krav om informasjon for å få innsikt i egen helsetilstand.

I pasientrettighetslovens kap. 3-5 presiseres det også at ”informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger som alder, modenhet, erfaring og kulturspråkbakgrunn”. Loven sier også at informasjon ikke skal gis mot pasientens uttrykte vilje.

Som følge av ny pasientrettighetslov, samt positive erfaringer fra avdelinger som allerede sender ut epikriser til pasienten har sykehusledelsen bestemt at alle avdelinger skal sende epikrise til pasienten fra 01.01.03.

I første omgang gjelder dette kun epikriser, ikke polikliniske notat. Ut fra ovenstående bør det gjøres en individuell vurdering av hvem som eventuelt ikke skal motta epikriser.

Vennlig hilsen

Knut E. Schrøder
direktør

VEDLEGG 10

Eksempel: ”Den gode epikrise”

Stordalen sykehus - Medisinsk avdeling 1234 Dalsneset Telefon 11 22 33 44. E-post: med@stordalensh.no	Pasient: Petter Syk, fnr. 160940 34523 Adresse: Snurreveien 23, 1111 Landgod. Innlagt: 010802 Utskrevet: 180802
Utskrivende lege: dr. Frisk Gunder, med. avd. II	Fastlege: Lege Per Olsen, Gamleveien 4, 1234 Nyby Kopi til: Overlege H.L.Thor, Hospitalet, 1233 Aka
Diagnoser: I33.0 Endokarditt, streptokokker gr. B (B95.1) E11.9 Diabetes mellitus. I25.2 Gammelt hjerteinfarkt. CAVE: Sulfa (exanthem 1998)	Innleggende lege: Lege Frank Yte, Lia legesenter, 4321 Lia. Innleggelsesdiagnose: T90 Sukkersyke

Årsak til innleggelse

Slapp, subfebril siden juli, redusert matlyst, forhøyet CRP hos egen lege. Innlegges til utredning.

Tidligere sykdommer

Kjent diabetes mellitus, påvist 1993. Behandlet i Spania for hjerteinfarkt sommeren 1999. Kjent urinsyregikt.

Funn og undersøkelsesresultater

EKG: Sinusrytme, 64 pr. min, ve. grenblokk. Rtg. thorax: fibrose apicalt bilat., basalt ve. side. Klare lunger. CT abdomen: Normal lever og milt. Nyrecyster. Ureteres av normal vidde. Ingen tegn til stase. Urin bakt: Blandingskultur, sannsynlig forurensning. Blodkultur: Streptococcus mutans, følsom for blant annet penicillin G. Ekko cor initialt normalt, etter hvert påvist vegetasjon på fremre mitralsegl, senere normalisert. Blodprøver: glukose kl 0800 7.4-7.9-7.7-7.6, glukose 6.1-7.0, leukocytter 8.2-6.1-6.9-8.4, hgb 13.8-13.8-14.2-13.9, SR 49-61-19, CRP 79-52-39-30-20-4-4-6-10, kreatinin 85-79-76-77-77-92, urinsyre 468-304-340.

Forløp og behandling

Pga. mistenkt infeksjon ble det startet med penicillin, Nebcina og Flagyl i.v. før man kjente infeksjonfokus. Oppvekst av streptococcus mutans i blodkultur, får deretter behandling som ved endokarditt, Penicillin 5 mill. x 4. Først senere i forløpet oppstår vegetasjoner på klaffene. Vegetasjonene følges med ekko cor. Ved de tre siste kontrollene ikke sett vegetasjoner. Man søker etter inngangsport for mikroben, hans hofteprotese er klinisk og rtg.ologisk upåfallende, henvises derfor til tannlegetilsyn. Påvist abscess i tann, som ble ekstrahert. Pas. befinner seg i god allmenntilstand nå, føler seg i fin form, viser ingen tegn til svikt. BT har vært lett forhøyet. Systolisk trykk har variert fra 140 til 197, diastolisk trykk fra 75 til 101. Under innleggelse hatt lett forhøyet blodsukkerverdier, har fra tidligere diagnose diabetes mellitus, på ny fått generelle kostholdsrad.

Funksjonsnivå/hjelpetiltak

Går bra med stokk, litt svimmel.

Vurdering

Man anser pas. som ferdigbehandlet etter nærmere 6 uker med i.v. penicillin, har lav CRP, afebril utskrivelsesdagen, befinner seg i god allmenntilstand uten tegn til hjertesvikt. Pas. skal fortsette med antibiotisk behandling pr. os i 4 uker etter utskrivelse. Pas. trenger fra nå av endokardittprofylakse ved tannbehandling, kir. inngrep og instrumentering via øvre luftveier, munnhule, urinveier og endetarmen.

Planer for videre oppfølging

Det avtales ingen videre kontroller her. Pas. skal til egen lege om 4 uker etter avsluttet behandling med antibiotika for kontroll av BT, CRP samt urin.

Legemidler

Furix 20 mg 1 tabl. om morgenen	Selo-Zok 50 mg 1 tabl. om morgenen	Zyloric 100 mg 1 tabl. om morgenen
Albyl-E 160 mg 1 tabl. om kvelden	Apocillin 1 g. 1 tabl. X 2 i 4 uker etter utskrivelse	

Sykmelding

Sykmeldt ut uken etter utskrivelsen.

Informasjon til pasient/pårørende Pas. informert om behov for endokardittprofylakse. Pas. får nøye instruksjoner om å ta kontakt med lege før dersom behov pga. sykdomsfølelse, feber, tungpustenhet eller andre plager.

Med vennlig hilsen
Frisk Gunder
Overlege

Eksempel: ”Den gode henvisning”

Stordalen sykehus - Medisinsk avdeling

1234 Dalsneset

Telefon 11 22 33 44. E-post: med@stordalensh.no

Pasient: Petter Syk, fnr. 160940 34523

Adresse: Snurreveien 23, 1111 Landgod

Telefon: 12 34 56 78

Fastlege: Lege Per Olsen, Gamleveien 4, 1234 Nyby

Kopi til: Lege Per Olsen

Overlege H.L.Thor, Hospitalet, 1233 Aka

Diagnose: T90 Sukkersyke

CAVE: Sulfa (exanthem 1998)

Innleggende lege: Lege Frank Yte, Lia legesenter, 4321 Lia

Dato: 14. september 2002

Familie/sosialt

Pas. bor pt. hos sin datter.

Tidligere sykdommer

Kjent diabetes mellitus, påvist 1993. Behandlet i Spania for hjerteinfarkt sommeren 1999. Kjent urinsyregikt.

Aktuell problemstilling

Pasienten har lengre tid vært slapp, vært subfebril, har dårlig matlyst, plages med svimmelhet.

Forhøyet CRP.

Han er pt. sykmeldt.

Ønsket undersøkelse/behandling

Pasienten ønskes innlagt til nærmere utredning.

Utredningsresultater

I dag viser Glukose 7.9, SR 49, CRP 79.

Vurdering av hastegrad

Bør mottas i løpet av en uke.

Legemidler

Furix 20 mg 1 tabl. om morgenen Selo-Zok 50 mg 1 tabl. om morgenen

Albyl-E 160 mg 1 tabl. om kvelden Zyloric 100 mg 1 tabl. om morgenen

Med vennlig hilsen

Frank Yte

lege