

# Struktur på kommunal helsetjeneste – var alt bedre før?



MED-3950

5.-årsoppgaven – Profesjonsstudiet i medisin ved Universitetet i Tromsø

Grete Soltun, kull-10

Veileder: Katrine Wennevold, ISM

Juni 2014

## **Forord**

Oppgaven inngår som en del av medisinstudiet ved Universitetet i Tromsø. Den ble utlyst av min veileder, og jeg valgte oppgaven fordi jeg synes problemstillingen er interessant. En takk rettes til informantene for stor imøtekommenhet og villighet til å stille opp på intervju. Takk til Ingvild Bjørkeng Haugen for korrekturlesing og øvrige innspill. Til slutt en stor takk til min veileder Katrine Wennevold for uvurderlig god hjelp og veiledning gjennom prosessen. Særlig takk for tålmodighet og forståelse.

## **Innholdsfortegnelse**

Forord.....	Side 2
Innholdsfortegnelse.....	Side 3
1.0 Sammendrag.....	Side 4
2.0 Forforståelse.....	Side 5
3.0 Arbeidsprosessen.....	Side 6
4.0 Bakgrunn.....	Side 7
4.1 Fastlegeordningens historiske utvikling.....	Side 7
4.1.1 Distriktslegen.....	Side 7
4.1.2 Listepasienten og fastlegeforsøket.....	Side 7
4.1.3 Dagens fastlegeordning.....	Side 9
4.2 Primærhelsetjenestens fremtid.....	Side 10
4.2.1 Utfordringer og tilgjengelighet.....	Side 11
4.2.2 Fragmentering og samlokalisering.....	Side 12
4.2.3 Kompetanseheving og spesialistgodkjenning.....	Side 13
4.2.4 Krav om spesialisering for allmennleger.....	Side 13
4.3 Tverrfaglig undervisning.....	Side 14
5.0 Materiale og metode.....	Side 16
5.1 Formål.....	Side 16
5.2 Metodevalg.....	Side 16
5.3 Utvalg.....	Side 17
5.4 Litteratursøk.....	Side 18
5.5 Innhenting av data.....	Side 19
5.6 Bearbeiding av data.....	Side 20
6.0 Resultater.....	Side 22
6.1 Fra skepsis til ansvarsfølelse og trygghet.....	Side 22
6.2 Tverrfaglig kommunikasjon og samarbeid.....	Side 25
6.3 En tilgjengelig lege med mange oppgaver og dårlig tid.....	Side 28
7.0 Diskusjon.....	Side 33
7.1 Resultatdiskusjon.....	Side 33
7.2 Metodediskusjon.....	Side 36
8.0 Konklusjon.....	Side 39
9. 0 Referanser.....	Side 41

## 1.0 Sammendrag

Universitetet i Tromsø ønsker å etablere et universitetshelsesenter (UH) hvor flere profesjoner samles under ett tak. Her får man mulighet til å jobbe og undervise tverrfaglig. Tanken er at senteret skal inneholde legekontor, fysioterapiklinikk, ergoterapeut, psykolog, helsesøster og ernæringsfysiolog. I tillegg vil sykepleiere og bioingeniører være sentrale rundt drift og veiledning på legekontoret. En ønsker å gi pasientene et helsetilbud med enklere tilgjengelighet enn ved dagens struktur. Utfordringen med dagens organisering er at legene jobber etter listesystemet (som følge av fastlegeordningen), mens den øvrige kommunehelsetjenesten er organisert etter områdemodellen. Oppgavens formål er, via fastlegers uttalelser å belyse erfaringer som kan bidra til en bedre organisasjonsmodell ved et UH. Tanken er at leger som opplever både fordeler og ulemper knyttet til strukturen daglig, kan komme med betraktninger som er nyttige å ta med seg i etableringsprosessen. Noen av informantene har jobbet også før fastlegeordningen ble innført og har delt av sine erfaringer fra strukturen før 2001.

Undersøkelsen ble gjort ved hjelp av kvalitative intervju med 7 allmennleger. Intervjuene ble basert på en intervjuguide og gjennomført med fysiske møter eller gjennom videosamtaler på Skype. Alle intervjuene ble tatt opp på bånd, transkribert og analysert via systematisk tekstkondensering.

Informantenes meninger og erfaringer belyser aspekter om fastlegestrukturens fordeler og ulemper. De har fortalt om erfaringer knyttet til tverrfaglig samarbeid og samlokalisering og delt tanker og følelser knyttet til hverdagen som allmennlege.

Studiens resultater indikerer at samlokalisering av tjenestene vil stimulere til godt tverrfaglig samarbeid. Klar oppgave – og ansvarsfordeling er verdier som er verdifulle for legene og viktige å ta med seg på et UH for å skape en fast og trygg relasjon mellom yrkesutøver, pasient og student. Rammevilkår i form av tid og økonomi synes å være en begrensende faktor for samarbeid i en hverdag med stadig flere oppgaver.

## 2.0 Forforståelse

Mine tanker om hvordan pasient og fastlege opplever forholdet seg i mellom, bygger på min erfaring som medisinstudent, men også egeninteresse. Undervisningen i allmennmedisin og praksisen 5. Studieår har bidratt til større forståelse for allmennlegens hverdag. I praksisen var jeg på et legekantor som var en del av et større helsesenter. Dette gav grobunn for tanker og meninger rundt verdien av samlokalisasjon. Jeg fikk se og jobbe på et senter hvor pasienten hadde tilgang på alle primære helsetjenester under samme tak. Ved flere tilfeller erfarte jeg verdien av å ha samarbeidspartnere nært og oppleve fordelene av hyppige tverrfaglige møter. Etter en praksisperiode på 8 uker merket jeg at jeg tok samlokaliseringen litt for gitt og ikke kunne se for meg hvordan et samarbeid kan fungere med aktørene i forskjellige hus. Samtidig visste jeg at dette helsesenteret er ett av få som er igjen etter omstruktureringen av primærlegetjenesten i 2001 og at praksisstedet mitt heller representerer unntaket enn regelen. Min holdning til fastlegeordningen var preget av positivitet. Jeg, som andre, har en fastlege og har erfart verdien av å ha den ene, faste personen å forholde meg til.

Utover at det tidligere var flere helse – og sosialsentre visste jeg i utgangspunktet lite om strukturen på primærhelsetjenesten før fastlegeordningen. Kunnskap om dette måtte jeg derfor tilegne meg før jeg kunne starte det konkrete arbeidet med oppgaven.

### **3.0 Arbeidsprosessen**

Veileder Katrine Wennevold utlyste prosjektet på Fronter i januar 2014. Jeg kontaktet henne for å få mer informasjon om oppgave og metode fordi jeg syntes tema var spennende. Etter å ha brukt tid på å få forståelse for kvalitativ metode utarbeidet jeg i samarbeid med veileder en prosjektbeskrivelse. Veilederkontrakt ble underskrevet 28.02.2014. Prosjektbeskrivelsen ble levert og godkjent.

For å opparbeide meg en teoretisk bakgrunn leste jeg artikler. Artikkelsøk er hovedsakelig utført i helsebiblioteket og i Tidsskrift for norsk legeforening. Litteraturen omhandlet både den tidligere struktureringen av primærlegetjenesten, fastlegeforsøket og dagens fastlegeordning. I mai 2015 ble fremtidens primærhelsetjeneste aktualisert via Stortingsmelding 26(1).

Arbeidet direkte tilknyttet metoden startet med utarbeiding av intervjuguide (vedlegg 1). Intervjuguiden har en felles base med spørsmål til begge legegruppene og en del spesielt til henholdsvis de erfarne og de yngre legene. I tillegg utarbeidet jeg en forespørsel om deltakelse (vedlegg 2) samt et informasjonsskriv (vedlegg 3). Prosjektet ble søkt godkjent av NSD med saksnummer 42936. Tilbakemeldingen lød at prosjektet ikke medførte meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningsloven.

Informantene er rekruttert via direkte kontakt med allmennleger jeg selv eller veileder har kjennskap til. Intervjuene ble gjennomført enten ved personlige møter eller over videosamtaletjenesten Skype. Ett av intervjuene ble en samtale uten videofunksjon grunnet tekniske problemer. Alle intervjuene ble tatt opp på lydbånd og transkribert. Analysen er gjort ved hjelp av systematisk tekstkondensering beskrevet av Kirsti Malterud(2). En mer inngående beskrivelse av arbeidet med analyse finnes under punkt 5.0 Materiale og metode.

Jeg har i arbeidsprosessen hovedsakelig oppholdt meg utenfor Tromsø. Tilbakemeldinger og hjelp fra veileder underveis har derfor i hovedsak foregått over e-post.

## **4.0 Bakgrunn**

### **4.1 Fastlegeordningens historiske utvikling**

#### **4.1.1 Distriktslegen**

I 1836 ble distriktslegeordningen vedtatt ved lov. Distriktslegen var statlig ansatt og skulle i tillegg til kurative medisinske tjenester føre tilsyn med annet helsepersonell og utsatte pasientgrupper. Hver kommune hadde egen distriktslege som sammen med allmennpraktikere utgjorde primærlegetjenesten(3).

På denne tiden var det en utbredt oppfatning om at distriktslegene først og fremst skulle drive kurativ legepraksis. Til en slik praksis var det for få distriktslegestillinger, noe som medførte et distriktslegevesen preget av arbeidsledighet. I 1912 ble en lov som klargjorde at offentlige gjøremål skulle prioriteres foran kurativ legepraksis vedtatt. Dette gav hjemmel for opprettelse av mange nye distriktslegestillinger noe som erstattet tidligere arbeidsledighet med rekrutteringsvansker(4)

I etterkrigstiden var distriktslegekorpset fylt med entusiasme, likevel ble rekrutteringen redusert. Dette grunnet utbygging av institusjonshelsetjenesten som førte til at nyutdannede leger valgte spesialistkarrierer(4). Etter mange år med ensidig utbygging og satsing på sykehusene ble det på 1960-, - og 70-tallet økende bevissthet rundt betydningen av en god primærhelsetjeneste(3). I en periode med god rekruttering valgte staten å legge ned sitt legevesen og distriktslegene var ikke lengre statlige ansatte(4). I 1984 kom Lov om helsetjenesten i kommunen, og kommunene har siden hatt ansvaret for primærhelsetjenesten(5).

#### **4.1.2 Listepasienten og fastlegeforsøket**

Allerede fra slutten av 40-årene hadde strukturen med listepasienter eksistert i både Nederland, Danmark og England. I Norge startet diskusjonen om listesystemet i 70-årene da utformingen av distriktshelsetjenesten og utviklingen av allmennmedisin som eget fag ble vurdert. Erfaringer fra nevnte land viste at at listepasientsystemet hadde vært en viktig forutsetning for utvikling av faget og gode pasientrelasjoner(6). Under arbeidet med kommunehelseloven av 1984 ble ulike organisasjonsmodeller for allmennlegetjenesten diskutert, og både områdemodell og listesystem ble vurdert. Områdemodellen skulle tilrettelegge for forebyggende arbeid og tverrfaglig

samarbeid og ble på bakgrunn av disse målsettingene anbefalt. Kommunenes helse – og sosialarbeidere skulle da ha felles ansvar for befolkningen innenfor et gitt geografisk område. Vurderingen ble at et listesystem kunne komme i konflikt med områdemodellens målsettinger (6).

Først i St.melding nr 36 (89-90) konkretiseres tanken om fastlegeordningen igjen. ”Røynslemeldinga” konkluderte med at det ville vært fordelaktig å få prøvd en listepasientordning i Norge (6). Hovedkritikken mot den daværende primærlegetjenesten var for svake bånd mellom allmennlege og pasient. Det ble sagt at legene ikke kjente til hvilke pasienter de hadde ansvar for, og at pasientene ikke visste hvilken lege de hadde(5). Stortinget vedtok 4. Juli 1991 Lov om forsøk med listepasientforsøk i kommunehelsetjenesten. Forsøket ble igangsatt 18. mai 1993 og avsluttet tre år senere (7). Formålet var å undersøke hvordan en ordning med fast lege, basert på listesystem ville fungere for pasientene, legene, kommunene og legenes samarbeidspartnere(5). Forsøket var frivillig og valg av deltakende kommuner var ikke tilfeldig. Det var essensielt med kommuner med relativt god legedekning hvor legesøkningen over kommunegrensen ikke var stor. Videre burde kommunene ha noen av de problemene regjeringen ønsket å påvirke, eksempelvis dårlig kontinuitet i legestillinger og tilgjengelighet til allmennlegetjenesten. For å tilfredsstille disse kriteriene ønsket departementet deltakelse både fra større kommuner med høy stabilitet og en mindre utkantkommune. De fire kommunene som ble med var ulike ved en rekke variabler både i befolkningstall og befolknings sammensetning (6). Lillehammer, Trondheim, Tromsø og Åsnes ble de første kommunene i Norge som opererte med listepasienter og fastleger.

Sentrale styringsmakter nedsatte en referansegruppe med representanter blant annet fra Den norske lægeforening, Norsk sykepleieforbund og fra interesseorganisasjoner som Norsk pensjonistforbund og funksjonshemmedes fellesorganisasjon. Referansegruppen skulle være rådgivende ovenfor departementet slik at forslag om nødvendige endringer i kommunene underveis ble lagt frem for de berørte parter. I prøvekommunene ble det også etablert prosjektorganisasjoner med prosjektleder og et rådgivende samarbeidsutvalg med representanter både fra brukere, leger og politikere i hver kommune. Prosjektorganisasjonen arbeidet med å finne løsninger på problemer som oppstod underveis. Dette kunne være knyttet til samarbeidsproblemer i



kommunen, med 2.linjetjenesten eller lignende. Lederen for prosjektorganisasjonen hadde det løpende samarbeidet med helseadministrasjonen, trygdekontor, leger, brukerrepresentanter, kommunale etater og departementet. Samarbeidsutvalget uttalte seg i spørsmål angående organisering og drift av fastlegeforsøket.(6)

Forsøket ble evaluert underveis gjennom årlige rapporter fra prosjektlederne og fra fem ulike forskningsmiljøer engasjert av departementet. Av fem var to fra universitetsmiljø og tre fra større offentlige forskningsetater. Det foreligger fire sluttrapporter fra prosjektlederne i kommunene og tre fra forskningsmiljøene. Rapportene fra forskningsmiljøene skulle sikre en helhetlig og nyansert vurdering som evaluerte forsøket både kvalitativt, kvantitativt og ressursmessig (6).

Våren 1996 ble meninger blant deltakende leger kartlagt. Av de spurte svarte 60% at de var ”fornøyd” eller ”meget fornøyd”. Kun 7% var ”misfornøyd” eller ”meget misfornøyd”, mens 33% svarte ”både/og”. I stortingsmelding 23 påpekes det at ”Det var et generelt inntrykk at fastlegeordningen hadde skapt større trygghet for å få hjelp når det trengtes”(7). Pasientenes tilbakemeldinger om forsøket var preget av tidligere erfaringer knyttet til kvalitet og tilfredshet med allmennlegetjenesten. Ingen av forsøkskommunene valgte å gå tilbake til den gamle ordningen etter forsøkets slutt (8).

#### **4.1.3 Dagens fastlegeordning**

Fastlegeordningen for hele landet ble innført 1.juni 2001(9). Forskning og litteratur viser at det var noe delte meninger rundt innføringen. I et åpent brev til daværende president i legeföreningen, Hans Petter Aarseth, skrev allmennlege H. Wigum i 2000 at ordningen ville medføre utvidelse av allmennlegens ansvar og forpliktelser til en allerede rekrutteringssvak allmennlegetjeneste. Han etterlyste en avstemning blant allmennlegene, og avstemning ble det (10). Resultatet viste at allmennpraktikerne var relativt positivt innstilt. I Alment praktiserende lægers forenings (ApLf) uravstemning ønsket 61% av allmennlegene fastlegeavtale, mens 39% stemte nei(11).

Dagens ordning er regulert gjennom fire nivåer. Forskrift om fastlegeordning i kommunene, kommunens helse – og omsorgstjenestelov, sentralt avtaleverk mellom staten, KS/Oslo kommune, og Legeföreningen samt individuelle avtaler mellom

kommunene og den enkelte fastlege(1). Forskrift om fastlegeordning i kommunene §1 lyder: ”Formålet med fastlegeordningen er å sikre at alle får nødvendige allmennlegetjenester av god kvalitet til rett tid, og at personer bosatt i Norge får en fast allmennlege å forholde seg til”(12).

I Norge er befolkningen svært tilfreds med ordningen. Per desember 2013 deltok nesten 100% av befolkningen ved at de står på en legeliste (1). Hvert år bytter ca 5% av befolkningen fastlege etter eget ønske(13). I 2012 konsulterte hver pasient fastlegen gjennomsnittlig 3,2 ganger i året (14). Fastlegen er den personen i helsevesenet som har det lengst sammenhengende forhold til pasienten, gjennomsnittlig 8 år. Mange fastleger har flere generasjoner av samme familie på listen sin(13).

Norge var det fjerde europeiske landet som fikk listepasientordning. Internasjonalt anses fastlegestrukturen som den beste måten å organisere primærlegetjenesten på, fordi den gir pasienten god tilgang til medisinsk behandling. Før innføringen var det, i utkantstrøk, både vanlig og nødvendig at legen dekket mange funksjoner. Dette ble videreført med fastlegeordningen, og fastleger i Norge har flere roller enn leger i andre land. (3). Fastlegen utgjør sammen med helsesøster, fysioterapeut, logoped, hjemmesykepleie, ergoterapeut med flere den enkelte kommunes primærhelsetjeneste. Men det er kun fastlegen som jobber etter listesystem. De øvrige profesjonene jobber etter en områdemodell som begrenses av kommunegrensen.

”Fastlegen kjenner en del av ditt trøbbel, dine begrensninger, din frykt og hans eller hennes ydmyke mål er, sammen med deg, å gjøre den beste helsen mulig ut av det”  
Per Fugelli (15)

#### **4. 2 Primærhelsetjenestens fremtid**

Stortingsmelding nr 26(1) – ”Fremtidens primærhelsetjeneste” viser regjeringens mål og planer for en fremtidsrettet kommunal helse – og omsorgstjeneste. Meldingen vektlegger at tjenesten skal tilpasses brukerens behov. Pasientens medbestemmelse i avgjørelser som angår eget liv og helse skal styrkes; ”ingen beslutninger om meg, tas uten meg”(1). På bakgrunn av disse mål er det i arbeidet med meldingen vektlagt dialog og innspill fra pasienter og brukere. Synspunkter og betraktninger fra flere

interesseorganisasjoner ble innhentet for å dekke et bredt spekter av populasjonen. For å nå målsettingen poengteres det at tjenesten må omorganiseres (1). Planene er i samsvar med samhandlingsreformens målsetting om bedre folkehelse og bedre helse – og omsorgstjenester til pasientene der de bor. Forebygging og behandling skal skje gjennom en helhetlig og koordinert helsetjeneste tilpasset den enkelte (16).

#### **4.2.1 utfordringer og tilgjengelighet**

Regjeringen påpeker i St.meld 26(1) at utfordringene i kommunehelsetjenesten er mange og av ulik karakter. Noen utfordringer som trekkes frem som særlig problematisk er dårlig kapasitet og økt krav om tilgjengelighet. Det påpekes også at det er for dårlig utnytting av personalressurser og for lite vekt på forebygging. Tjenestene er siloorganisert og sees ikke i sammenheng som en nødvendig helhet, og med behov for koordinering. I tillegg trekkes det frem at det tilbys og gis for lite opplæring i mestring til pasienter og pårørende. Det konkluderes med at dagens kommunehelsetjeneste er for dårlig med tanke på å møte pasienter og brukeres behov – og at behovet for forandring skyldes endring i pasientenes behov. Dette fordi en stadig større gruppe lever lenge med kroniske sykdommer og psykiske plager. Det er ønskelig med en organisering som sørger for at brukerne opplever at tjenesten er trygg, tilgjengelig og koordinert (1).

Det påpekes at dagens helsetjeneste i stor grad er tilpasset de pasientene som har enkle problemer, og som selv oppsøker hjelp for disse. I meldingen deles pasient – og brukergruppen i tre hvor pasienter med enkle problemer utgjør en av dem. De to andre er pasienter som har en kompleks sykdom, men som er selvhjulpne og pasienter som har de mest sammensatte og komplekse behovene, som oftest er brukere av hjemmetjeneste eller bor i kommunale boliger. Til tross for at det brukes det mest ressurser på den sistnevnte, gruppen, får disse pasientene for lite oppfølging fra legetjenesten. Ofte kompenseres det for dette med oppfølging fra ufaglært personell med mangelfull kompetanse. Slik sett argumenteres det for en endring i ressursforvaltning. Pasientgruppene med mindre behov må også ivaretas, men ofte er legehjelp unødvendig. Regjeringen foreslår at enkle problemer i større grad kan løses via pasientportaler, sosiale medier og lignende. Bedret utnytting av personellressurser vil øke tilgjengelighet for alle (1).

En ny brukerrolle som skal involvere pasienten mer, bedret elektronisk kommunikasjon mellom etater, både innad i kommunen og med spesialisthelsetjenesten, og en utbedring på ledersiden trekkes frem som tre viktige punkter på veien mot et mer brukervennlig og tilgjengelig tilbud (1).

#### **4.2.2 Fragmentering og samlokalisering**

Som nevnt har endringene i primærlegetjenesten gått via statlige leger, med fri etablering av øvrige allmennleger til dagens kommunalt styrte fastlegestruktur(3). Etter hvert som nye tjenester har blitt etablert har behovet for organisering økt. Tradisjonelt har kommunene organisert hver tjeneste separat og det samme skjer i dag. Dette skaper en fragmentert helsetjeneste hvor de ulike aktørene ofte holder til i hvert sitt lokale. Regjeringen påpeker at denne strukturen rammer de som trenger en nær oppfølging fra flere aktører alle mest; pasienter med sammensatte problemstillinger og kronisk syke(1).

Regjeringen vektlegger samlokalisering som et første steg i retning av en bedre tjeneste for pasientene. Fysisk nærhet mellom ulike helsetilbydere har tidligere vist å bedre kommunikasjon og samarbeid(1). På disse sentrene fremmer regjeringen forslag om ”primærhelseteam”. Teamet er:

”en flerfaglig gruppe med helse og sosialpersonell som arbeider sammen for å levere lokalt tilgjengelige helse – og omsorgstjenester til en befolkning av en definert størrelse uavhengig av alder, kjønn, diagnoser mv.”(1).

Målsettingen med teamet er med andre ord å tilby mer koordinerte tjenester og bedre arbeidsfordelingen mellom helseressursene, samt muliggjøre større bredde i pasienttilbudet. For at teamet skal fungere må arbeidsdelingen mellom de ulike medlemmene fordeles mer effektivt enn i dag. Norske fastleger utfører i dag mange oppgaver som i andre land utføres av andre personellgrupper. Eksempelvis forebyggende konsultasjoner og opplæring av kronisk syke. Diabetikere kan opplæres av sykepleier i blodsuktermåling og kols-pasienter kan få hjelp til røykeslutt(1). Dette er tiltak som kan bidra til bedre tilgjengelighet til fastlegen.

Det hevdes at en slik organisering vil bedre tilbudet både for alle pasientgruppene. I meldingen gjennomgås flere alternative organiseringsmåter som i ulik grad vil

medføre endringer i dagens fastlegeordning. Forslagene innebærer både fastlegen som leder av teamet, eller teamdannelse i tillegg til fastlegeordningen. Regjeringen vil utrede de forskjellige organisatoriske mulighetene både i forhold til ”primærhelseteam” og i forhold til ”oppfølgingsteam”. Sistnevntes målsetting skal være å yte koordinerte tjenester for en selektert gruppe, eksempelvis pasientgrupper med alvorlige psykiske lidelser(1).

#### **4.2.3 Kompetanseheving og spesialistgodkjenning**

Regjeringen legger frem flere forslag som skal styrke primærhelsetjenesten og bidra til at helsetjenesten tilpasses utviklingen. Ett av disse er knyttet til utdanningsnivå på de ulike aktørene. For at kommunen skal være en attraktiv arbeidsplass er det nødvendig med gode praksiserfaringer for helsefagstudenter. Kommunikasjon mellom kommunehelsetjenesten og universiteter og høyskoler må bedres som et ledd i dette. Det antas også at teamstrukturering vil bedre studentenes praksis(1).

De ulike aktørene i kommunehelsetjenesten har ulike videreutdanninger både når det gjelder antall og type. Regjeringen vil utrede hvorvidt de nåværende videreutdanningene møter behovet i tjenesten. Teamorganisering vil føre til endrede behov for klinisk kompetanse. Regjeringen mener blant annet at det må gjøres en utredning av nye videreutdanninger på mastergradsnivå for sykepleiere. Dette etter modell av ”nurse practitioners” som er utbredt i flere land. Nurse practitioners er en autorisert sykepleier med kunnskap på ekspertnivå i kompleks beslutningstaking og klinisk kompetanse til utvidet funksjon. Minimumskravet til kompetanse er på masternivå.

”Offentlig spesialistgodkjenning gis til bestemte grupper av helsepersonell som har gjennomført en videreutdanning på et gitt nivå, og som har en særlig selvstendig yrkesrolle” (1). Spesialistgodkjenning sies å heve utdanningens status og bidra til forbedret rekruttering. Dette vil regjeringen bruke som middel for å nå et mål om en bred klinisk kompetanse blant aktørene i kommunehelsetjenesten.

#### **4.2.4 Krav om spesialistutdannings for allmennleger**

I motsetning til i spesialisthelsetjenesten foreligger det ingen krav til spesialisering for allmennleger. 57 % av dagens fastleger er spesialister i allmenntilleggsmedisin og omlag 20

% er under spesialisering. Regjeringen ønsker at det, som på sykehus, nå skal bli krav om at alle som praktiserer som allmennleger enten er spesialister eller er under spesialistutdanning. Dette for å øke kompetansen og bidra til økt kvalitet i kommunehelsetjenesten. Rekrutteringsproblemer i kommunene gjør at det ved utlysning av stillinger sjeldent stilles krav til spesialistutdanning. Det er derfor besluttet at det skal utføres en konsekvensutredning, særlig med hensyn til tiltak for å sikre legedekning i distriktene(1)

### **4.3 Tverrfaglig undervisning**

I likhet med regjeringens forslag om samlokalisering av primærhelsetjenesten(1), ønsker universitetet i Tromsø å opprette et universitetshelsesenter hvor studenter fra ulike helsefag får mulighet til å både lære sammen og jobbe sammen. Et helsesenter hvor undervisningen baseres på et tverrfaglig samarbeid mellom de ulike helseprofesjonene. Dette skal ikke bare bedre og lette pasientenes tilgang til primærhelsetjenesten, men fungere som en viktig læringsarena.

I en oversiktsartikkel oppsummerer Jill Thistlethwaite(17) nødvendigheter og utfordringer knyttet til tverrfaglig undervisning. Interprofesjonell eller tverrfaglig utdanning defineres i artikkelen som det som skjer når to eller flere profesjoner lærer av, med og om hverandre for å bedre samarbeidet og kvaliteten på en tjeneste. Hun påpeker at preposisjonene *av, fra og om* er nødvendige for at læringen skal kunne være *tverrfaglig*. Den må også være interaktiv. Tverrfaglig undervisning er ikke å samle ulike studiegrupper eller profesjoner og lære dem det samme (17). Det teoretiske fundamentet bak interprofesjonell læring bygger på både pedagogiske, psykologiske og sosiologiske teorier. Thistlethwaite(17) peker på sosial konstruktivisme som understreker at vi lærer gjennom samhandling med andre og fra det miljøet vi jobber i. Studenter bør derfor gjennom klinisk praksis engasjeres i oppgaver og diskusjoner som bidrar til en felles forståelse av både egen, og andres rolle i et tverrfaglig aspekt.

Den vanligste målsettingen for interprofesjonell læring er å danne gode samarbeids- og teamarbeidsevner(17). På bakgrunn av den stadig aldrende befolkningen vil det i helsetjenesten bli større behov for tverrfaglige team. En befolkning som lever lengre med kroniske sykdommer gjør at en trenger en endring i fokus fra akutt-tjenester til

en omsorgsmodell for å ivareta kronisk syke pasienter i primærhelsetjenesten. Det er dermed et rasjonale at studenter gjennom tverrfaglig undervisning lærer seg å samarbeide med andre profesjoner enn sin egen (17).

Tverrfaglig undervisning vil også kunne bidra til en holdningsendring blant studentene. Verdien av å lære og vite mer om andre aktørers kunnskap og ressurser kan bidra til mindre stereotyping av hverandres profesjoner. I praksis-situasjoner vil studenter kunne møte og observere dårlig teamarbeid og aktører som snakker hverandre ned. Ved å innlemme tverrfaglig undervisning i studentenes hverdag vil de bedre kunne se og forstå hva som ikke fungerer fremfor å "arve" dårlige holdninger. Erfaringene kan evalueres og bidra til læring. Når helsefagstudenter kommer ut i arbeidslivet forventes det av mange at de skal jobbe i tverrfaglige team. En lærings situasjon hvor studenter lærer hvilken rolle deres profesjon kan ha i et slikt team er dermed fornuftig(17).

## **5.0 Materiale og metode**

### **5.1 Formål**

Oppgaven søker å belyse fordeler og ulemper ved strukturendringen fastlegeordningen i 2001 medførte, og er ment som en del av bakgrunns materialet for opprettelse av et universitetshelsesenter. Før FLO var primærlegen ofte kommunalt ansatt og en del av et helse – og omsorgssenter som representerte kommunens primærhelsetjeneste. I dag er de fleste fastleger privatpraktiserende og færre arbeider under samme tak som sine samarbeidspartnere i kommunen. Legene jobber med listepasientene sine, mens kommunal fysioterapeut, hjemmesykepleie og andre primærhelsetilbydere jobber etter områdemodellen med kommunegrensen som avgrensning. Hvordan denne organisatoriske forskjellen løses i kommuner av ulik størrelse og i forskjellige praksismodeller er interessant å belyse i forkant av etableringen.

På universitetshelsesenteret skal flere etater arbeide under samme tak. Fastleger, fysioterapeuter, ergoterapeuter med flere. Dette skal bidra til å bedre pasientens tilgang, samt fremme godt tverrfaglig samarbeid. Det vil i tillegg skape en arena tilrettelagt for undervisning på tvers av helsefaglige utdanninger. Selv om studien er begrenset i omfang er dens formål å kunne belyse erfaringer og aspekter ved ulike strukturelle organiseringsmodeller av allmennlegetjenesten. Informantenes erfaringer kan bidra til at en i forkant av etableringen tar med seg de gode erfaringene og unngår de dårlige. De kan komme med gode råd og tips til utfordringer en bør være oppmerksom på ved organiseringen av et UH. Oppgavens formål er i samsvar med regjeringens primærhelsemelding(1) hvor regjeringen legger frem planer for en styrket kommunehelsetjeneste.

### **5.2 Metodevalg**

Kvalitativ metode egner seg for beskrivelse og analyse av egenskaper, kvaliteter eller karaktertrekk ved det som skal studeres. Målet er forståelse fremfor forklaring. Materialet innsamlet i slike metoder består ofte av tekst fra intervjuer eller observasjoner i motsetning til numeriske data som kvantitative studier baseres seg på (18). I denne studien hvor formålet med intervjuene er å avdekke allmennlegers erfaringer, tanker og meninger er nettopp tekst og beskrivelser essensielt. Kvalitativ



undersøkelse er derfor et naturlig valg for å besvare min problemstilling. Intervjuobjektene har en felles plattform som allmennleger, men jobber på ulike steder i forskjellige deler av landet. Gjennom en kvalitativ tilnærming får en frem ulike virkeligheter basert på den felles plattformen. Numeriske data og en kvantitativ analyse vil ikke kunne erstatte de personlige fortellingene som bidrar til ny kunnskap i denne studien. I en kvalitativ studie stiller en seg åpen for et mangfold av svar rundt en problemstilling hvor en ikke har oversikt over relevante svaralternativer på forhånd. En kvantitativ undersøkelse vil derimot oftere baseres på et kjent fenomen som en ønsker å kartlegge omfang, fordeling eller si noe om forskjeller rundt. En må ha klare definisjoner rundt det man samler inn talldata om.(2, 18).

Jeg har benyttet meg av kvalitative forskningsintervju, eller dybdeintervju i datainnsamlingen. Målet med intervjuene er å innhente kvalitativ kunnskap, uttrykt gjennom vanlig språk (19). Dalland (19) beskriver samtalen som det viktigste redskapet man har i arbeid med mennesker, og beskriver at det i en intervjusituasjon er nødvendig å ta i bruk alle sine menneskelige og faglige ressurser. I forskningsintervjuet som sådan tilkommer enda en dimensjon; ”intervjuet skal ikke bare fortelle oss om den enkelte, det skal helst kunne si noe utover den intervjuede personen” (19).

Analysen av intervjuene ble gjort i henhold til Malteruds(2) beskrivelse av systematisk tekstkondensering. Metoden har mange likhetstrekk med grounded theory og er inspirert av Giorgis fenomenologiske analyse. Prosedyren egner seg godt til en deskriptiv analyse av fenomener beskrevet i materialet fra mange ulike informanter for utvikling av nye beskrivelser og begreper. Den egner seg derfor godt som analyseverktøy i denne studien som søker å beskrive allmennlegenes erfaringer. Malterud (2) skriver videre at denne prosedyren ikke krever at forskeren har omfattende kunnskap om fenomenologisk filosofi. En grundigere beskrivelse av metoden og mitt arbeid med den følger under.

### **5.3 Utvalg**

I utgangspunktet var utvalgsprosessen tenkt gjennomført via en formell invitasjon i allmennlegenes diskusjonsforum, Eyr. En tenkte seg at leger som selv følte at de hadde noe å fortelle kunne melde seg til å delta. Av praktiske årsaker ble

rekrutteringen heller utført via direkte forespørsel til enkeltpersoner. De deltakende legene ble kontaktet direkte, enten via mail eller telefon. Tross rekrutteringsendring forsøkte jeg å få et strategisk utvalg som kunne belyse problemstillingen. I en kvalitativ studie er en ikke opptatt av den klassiske representativiteten man ofte forholder seg til i epidemiologiske, numeriske undersøkelser. Det er viktigere at utvalget er sammensatt ut fra variabler som belyser temaet en søker å få informasjon om(2). Her var variabilitet i forhold til kommunestørrelse, erfaring og praksistype viktigere enn at utvalget var representativt i forhold til eksempelvis kjønn og alder.

Inklusjonskriteriene for intervjuforespørsel var todelt som følge av oppgavens karakter. Den ene gruppen ble kontaktet på bakgrunn av erfaring før og etter innføringen av fastlegeordningen i 2001. Den andre gruppen skulle bestå av en yngre generasjon allmennleger med karrierestart etter strukturendringen. Utover dette forsøkte jeg å få en relativ variasjonsbredde med tanke på kjønn, kommunestørrelse, antall pasienter på listen og type praksis. Noen av intervjupersonene tipset veilederen min meg om, hvorpå jeg tok kontakt. Andre kontaktet jeg direkte på bakgrunn av eget kjennskap. Noen av de jeg kontaktet hadde ikke mulighet til å stille opp selv, men tipset meg videre om andre de kunne tenke seg at ville stille opp. Thagaard (20) omtaler dette som ”snøballmetoden”.

Målet var å intervju 10 allmennleger, 5 i hver kategori. Grunnet tidsaspektet og endring i rekrutteringsmetode endte jeg opp med totalt 7 informanter. 4 som har jobbet siden før 2001. Disse vil videre i teksten tituleres som ”de erfarne”, mens de 3 som kun har jobbet etter FLO beskrives som ”de yngre”. Utvalget består av 3 kvinner og 4 menn. Blant de erfarne legene jobber to i store kommuner (innbyggertall > 30 000) og 2 i små kommuner. Av de yngre jobber kun én i en stor kommune. 3 av legene er privatpraktiserende, de resterende er kommunalt ansatt.

#### **5.4 Litteratursøk**

For å opparbeide teoribakgrunn har jeg lest litteratur som omhandler struktur på primærhelsetjenesten før 2001 og strukturendringen fastlegeordningen representerer. Litteraturen er fremskaffet ved å søke etter eksisterende artikler og rapporter om temaet. Jeg startet søkingen med fritekstsøk i PubMed , men svært mange av søkene endte med enten veldig få eller veldig mange treff og det var vanskelig å finne artikler

som var relevant for problemstillingen min. Jeg valgte så norske søkemotorer, og det er i all hovedsak litteratur fra norske søk jeg har bygd oppgaven min på. Både søk i helsebiblioteket.no, tidsskriftet.no og regjeringen.no gav resultater som var relativt innskrenket og konkretisert i forhold til min oppgave. Jeg tok også kontakt med legeforeningens fagutviklingskomité og fikk tilsendt litteratur som ble viktig for min bakgrunnsforståelse.

### **5.5 Innhenting av data**

Intervjutidspunkt ble avtalt med intervjupersonene via telefon/mail. Noen fikk kun muntlig informasjon om oppgavens problemstilling, anonymisering og formål. Andre fikk tilsendt skriftlig forespørsel og informasjonsskriv på mail. Variasjon i forhåndsinformasjon skyldes hovedsakelig ulik grad av kjennskap til den enkelte. De informantene jeg kjenner best, fikk mindre skriftlig informasjon på forhånd enn de ukjente. Informantene som ble rekruttert på bakgrunn av tips fra andre deltakere eller forespurte ble også i større grad kontaktet per telefon og fikk informasjon muntlig. På grunn av at oppgaven ikke omhandler personsensitiv informasjon er det ikke innhentet skriftlig samtykke til deltakelse fra informantene.

To av intervjuene med de erfarne foregikk på deres kontor. De resterende to foregikk via Skype. Blant de yngre legene ble kun ett av intervjuene utført ansikt til ansikt. Dette ble utført på en offentlig helseinstitusjon, mens de to siste også her ble utført over Skype. Ett av intervjuene hadde et kort avbrudd hvor informanten måtte gå ut av rommet. Ett annet uten videofunksjon grunnet tekniske problemer.

Intervjuene tok utgangspunkt i intervjuguiden, men ingen fulgte denne punktvis. Etter hvert som praten gikk kom vi i noen intervjuer inn på tema som knapt, eller ikke i det hele tatt, ble nevnt i andre. Tematikken og spørsmålsformuleringen endret seg nok også en del fra første til siste intervju. I et kvalitativt intervju skal ikke forskeren forsøke å eliminere seg selv og sin rolle, men identifisere sin påvirkning og drøfte betydningen av denne (2).

Intervjuene ble tatt opp på lydopptaker og lyd kvaliteten var god, med unntak av ett intervju over Skype, hvor den tidvis var svært dårlig. På forhånd antok jeg at hvert intervju ville ha ca. en times varighet. Dette viste seg imidlertid å variere stort. Det

korteste intervjuet ble ca 18 minutter, mens det lengste var 38 minutter. Median varighet av intervjuene ble 21:52 minutter.

## **5.6 Bearbeiding av data**

Etter et endt intervju startet transkriberingsprosessen umiddelbart. Slik var både samtalen og kroppsspråk/mimikk relativt ferskt i minnet under første gjennomgang av materialet. Jeg startet med å transkribere intervjuet ordrett og inkluderte alle muntlige småord. I intervjuer hvor intervjupersonen nevnte navn eller ord som kunne identifisere dem, eller andre, ble disse anonymisert med tre stjerner (\*\*\*). Jeg valgte å transkribere alle intervjuene selv. Ved å skrive intervjuene ut selv får en anledning til å gjenoppleve møtet med intervjupersonen (19). Dette skapte et nærmere forhold til teksten og det skaper et godt grunnlag for senere bearbeidelse av data. Malterud(2) skriver ”..det å vite hva som skjer med teksten underveis, er en viktig forutsetning for å kunne bedømme pålitelighet og gyldighet av materialet under analysen”. I det videre arbeidet ble teksten bearbeidet ved å fjerne muntlige tilleggsord og dele teksten inn i setninger.

Som nevnt valgte jeg systematisk tekstkondensering som analysemetode. Jeg fulgte fire trinn anbefalt av Giorgi(2). I det første trinnet skal man bli kjent med teksten og danne seg et helhetsbilde. Dette startet jeg med etter at materiale fra 3 informanter var innhentet, transkribert og redigert. Slik forsøkte jeg å vurdere om intervjuene gav meg tilstrekkelig og relevant informasjon til å besvare min problemstilling. Da alle intervjuene var redigerte satt jeg igjen med totalt 47 tettskrevne sider. Under første gjennomlesning noterte jeg litt i marginen, men forsøkte så godt som mulig å vektlegge helheten fremfor detaljene. Først etter gjennomlesningen så jeg på hvilke temaer som kunne være aktuelle. I henhold til beskrivelsen i boka gav jeg disse temaene midlertidige navn, jeg satt igjen med 8 tema etter første trinn. Temaene i første del er ikke resultater eller kategorier, men representerer det intuitive og første databaserte steget i organiseringen av materialet (2).

Trinn 2 er i boka beskrevet som identifisering av meningsbærende enheter. Irrelevant tekst fjernes og teksten som skal studeres nærmere skal organiseres. Den meningsbærende teksten skal videre systematiseres, eller kodes. Kodingen baseres på å plassere de meningsbærende enhetene under de kategoriene man finner i trinn 1

(18). ”Kodingen innebærer en systematisk dekontekstualisering, der deler av teksten hentes ut av sin opprinnelige sammenheng for senere å kunne leses i sammenheng med beslektede tekstelementer og den teoretiske referanseramme.” (18). Etter hvert som jeg jobbet med teksten, systematiserte jeg de ulike kodene i en tabell eller matrise. Dette for å sikre meg at jeg kunne gå tilbake for å se hvor tekstbiten kom fra i originalversjonen, og for å få et bilde av hvilke informanter som hadde uttalt seg om hva.

Analysens tredje trinn beskrives som trinnet hvor man systematisk henter ut meningen i teksten ved å kondensere innholdet fra de meningsbærende enhetene. Materialet som ikke er meningsbærende fjernes, og fra hver kodegruppe skal det dannes subgrupper. Videre kondenseres og fortettes innholdet ved å danne kunstige sitater (18). Parallelt med at jeg jobbet med å lage kunstige sitater valgte jeg ut sitater fra subgruppene som kunne brukes i resultatpresentasjonen.

Det siste trinnet i analysen er rekontekstualiseringen. Malterud(2) beskriver dette som å sette bitene sammen igjen. Her skal man danne en innholdsbeskrivelse for hver av kodegruppene hvor en formidler hva materialet forteller om en utvalgt side av prosjektet. (18). Denne innholdsbeskrivelsen sammen med relevante sitater settes så sammen og gis ett nytt, endelig navn. I boka beskrives det videre at man avslutningsvis skal validere funnene i forhold til den sammenhengen den er hentet ut fra, rekontekstualisering av resultatene opp mot materialet (2). Dette gjorde jeg underveis i trinn fire ved å bruke matrisen for å finne ut hvor teksten kom fra og lese tilbake i originalteksten. Etter å ha fullført analysens fire trinn, var de åtte opprinnelige temaene fra trinn 1 redusert til tre hovedtema med respektive subgrupper.

## 6.0 Resultater

Analysearbeidet resulterte i tre overordnede tema, med tilhørende undertema for hvert hovedtema. Hovedkategoriene knyttes til struktur, tverrfaglig samarbeid og øvrig tanker og erfaringer rundt allmennlegenes hverdag.

### 6.1 Fra skepsis til ansvarsfølelse og trygghet

I samsvar med litteratur(9, 10, 21) om debatter og diskusjoner før innføringen av fastlegeordningen i 2001 beskriver flere av de erfarne legene usikkerhet og skepsis knyttet til strukturendringen. Usikkerheten var knyttet til frykt for å ikke få fulgt opp kjente pasienter grunnet manglende listekapasitet. Informantene oppgir at strukturendringen likevel har gjort det enklere i forhold til oppfølging grunnet den klare ansvarsfordelingen. De verdsetter muligheten til følge familier de har fulgt over generasjoner på en ryddig og strukturbundet måte. Det er enighet om at listestrukturen er godt innlemmet og at den bidrar til en trygg relasjon mellom lege og pasient. Informantene føler seg som faste leger for sine listepasienter.

#### Skepsis i starten

Flere av de erfarne legene forteller om skepsis fra pasientene i tiden rundt innføringen. Informantene forteller at pasienter aktivt unngikk å velge fastlege til å begynne med. Dette fordi de ønsket fortsette som før; å få time hos den som hadde ledig når de trengte det.

”I starten var det mange pasienter som var misfornøyde, usikre og lot være å velge fastlege”

Legenes egen skepsis var i følge informantene knyttet til å fortsatt få følge pasienter de allerede kjente godt. I mindre kommuner ble de mest erfarne legenes lister fylt først, og det var ingen selvfølge at de eldste, mest skrøpelige rakk å velge sin allerede ”faste” lege. 14 år etter synes skepsisen å være borte og FLO godt innarbeidet både blant pasienter og leger.

Disse uttalelsene representerer ikke ny informasjon eller svarer direkte på problemstillingen min. Likevel er det interessant å belyse erfaringene rundt hva som var vanskelig rundt innføringen av strukturendringen.

### Strukturbundet trygghet

Et listepasientsystem synes å ha gitt bedre forhold mellom lege og pasient i følge de fleste legene. Flere nevner trygghet som en viktig faktor når det snakkes om hvordan de mener systemet oppleves for pasienten. Legene påpeker at det at de kjenner pasientene, gjør at de vet hvor skoen trykker når det oppstår akutte forverringer blant de kronisk syke pasientene. Det sterke båndet trekkes frem som en fordel både for dem så vel som for pasientene. Dette er i tråd med tidligere studier som sier at fastlegeordningen tilrettelegger for at partene kan bli godt kjent med hverandre og bygge en langvarig og trygg relasjon(3, 13). En gjennomgående faktor er at de tror de ville kjent færre pasienter godt uten listestrukturen. Flere av legene tror at det at pasienten har én fast lege å forholde seg til medfører at pasientene oftere tar kontakt og ønsker å involvere han eller henne mer i livet. Et eksempel på slike antakelser kan leses i en av informantenes uttalelser:

”Jeg kjenner pasientene mine så godt at vi alltid har mye mer å snakke om enn akkurat det viktigste rundt diagnosen.”

Dette er i samsvar med resultatene en tidligere har sett. En av rapportene etter fastlegeforsøket viste at bruken av legevakt og private klinikker falt i kommunene forsøket pågikk. Dette kan sees som uttrykk for at pasienten foretrekker å bruke sin egen lege fremfor en tilfeldig og at strukturen virker som en trygghet for pasienten(22). At den faste relasjonen fører med seg mange goder bør en prøve å ta med seg på universitetshelsesenteret.

### Ansvar og oppfølging

Uavhengig av alder, kommunestørrelse og erfaring var det unison enighet blant informantene om at de føler seg som faste leger for pasientene sine. Én forteller at han følte han hadde et nærmere forhold og var fast lege for sine pasienter også før 2001. De resterende mener at følelsen av ansvar for den enkelte ble større etter listestrukturen ble innført. Gjennom analysen av datamaterialet kommer legenes

ansvarsfølelse godt frem. Den viser seg ved at legene angir å ha et sterkere bånd til listepasienten enn til andre pasienter de konsulterer.

”... den følelsen med at en listepasient er mer mitt ansvar. Sånn alt i alt. Mer enn sånn hvem som helst som kommer innom deg som lege innimellom.”

Listestrukturen synes også ha klargjort og forenklet den tverrfaglige oppfølgingen av pasientene. Dette fordi det nå, sammenlignet med før, ikke foreligger noen tvil om hvem som har ansvar for den enkelte. Mer om tverrfaglig samarbeid følger senere i resultatdelen.

”Før fastlegeordningen så fløt pasientene mellom. Jeg hadde jo mine pasienter som valgte å komme til meg, men etter fastlegeordningen så prøver vi å være ganske strikte på at pasientene skal til sin egen fastlege. Så for oss har det vært en fordel å ha et system som faktisk binder oss til en pasient. Sånn at alle vet hvem som er ansvarlig for den pasienten.”

### Sykebesøk

Legen som angir at han hadde et nærmere forhold til sine pasienter før 2001, sa at dette skyldtes hyppige sykebesøk. Han forteller at han var hjemme hos pasientene sine flere ganger i året og derfor følte på en sterkere tilknytning.

”Jeg er fast lege for mine pasienter ja, men det var jeg før 2001 også (...) vi hadde en mye nærere kontakt med pasientene før, fordi vi var hjemme hos dem på sykebesøk kanskje flere ganger i året”

En kan vurdere om sykebesøk igjen bør ha en større plass i primærlegens arbeidsdag. Dersom regjeringens planer om tverrfaglige team og påfølgende endret arbeidsdeling mellom de ulike aktørene i teamet, vil kanskje fastlegen få bedre tid. Tid som kan brukes til oppfølging av pasienter som har behov for legens kompetanse. Tid som blant annet kan brukes på hjemmebesøk.



## 6.2 Tverrfaglig kommunikasjon og samarbeid

Tverrfaglig samarbeid var det temaet informantene snakket absolutt mest om. Det er også et felt som er av særlig interesse å kartlegge erfaringer rundt før etablering av UH. Tross ulik praksis for samarbeid, viser analysen at informantene stort sett er tilfredse med den ordningen de har. Felles for de erfarne legene er at de har opplevd at FLO har gjort samarbeidet mer ryddig og oversiktlig. Legene som jobber på helsesenter med aktører fra primærhelsetjenesten under samme tak angir flest møter og best følelse av oppfølging. Tid kan sees som en begrensende faktor for møtevirksomhet på det private markedet. Problemer knyttet til taushetsplikten nevnes som et resultat av samarbeidsmøter.

### Møter, meldinger og tid

I de store kommunene er det mindre fysiske møter enn i de små. Det brukes i stedet et datasystem, et elektronisk kommunikasjonsverktøy hvor legene og de ulike etatene kommuniserer via meldinger. Aller hyppigst møtevirksomhet rapporter de kommunalt ansatte legene i små kommuner. Felles er at de har avsatt tid til tverrfaglig oppfølging rundt sine pasienter. Uttalelsene om den praktiske rammen rundt samarbeidet spriker mye blant legene;

” Vi har veldig mye møter så det er veldig bra. Både med hjemmesykepleien der vi har en fast dag. Mandag så går jeg visitt med dem. (..) i forhold til psykiatriske pasienter møte hver 14. dag eller ved behov. Også har vi med fysioterapeutene en gang i måneden. Det er veldig bra altså!”

Dette står i kontrast til hva en av de selvstendig næringsdrivende forteller:

”Jeg møter kun de ulike etatene i spesielle tilfeller.”

Møter med NAV skiller seg ut. Samtlige leger forteller at de drar til NAV sine kontorer for å stille på dialog, - og samarbeidsmøter. Analysen avdekker at måten legene kommuniserer med sine samarbeidspartnere, hovedsakelig avgjøres av kommunestørrelse. I store kommuner vil det naturlig nok være et større antall mennesker i hver enkelt etat, kanskje bidrar dette til at kommunikasjonsflyten enklest løses ved hjelp av meldinger.

Tid nevnes også som en årsak til at kommunikasjonen ofte foregår foran datamaskinen. Én av de selvstendig næringsdrivende uttalte følgende:

”Av en eller annen grunn har jeg en formening om at vi hadde mye bedre tid før, men det er kanskje bare fordi at det er et sånt rosenrødt slør over det. Vi hadde faktisk sånne samarbeidsmøter og det kan jeg ikke tenke med til hvordan vi skulle fått tid til oppi alt i dag”.

Resultatene avdekker at god oppfølging krever tid. Tid som de kommunalt ansatte har, og som de privatpraktiserende sliter med å finne. Dette dreier seg nok også om penger. De selvstendig næringsdrivende tjener mindre på å sitte i samarbeidsmøter enn på pasientkonsultasjoner. Møtene er naturlig nok på dagtid og vil dermed redusere antallet konsultasjoner legen kan ha den dagen. Som konsekvens vil også ventetiden for pasientene bli lengre. Dette er faktorer som kanskje gjør at det blir lettere for privatpraktiserende fastleger å ikke dra på møter, men benytte elektroniske meldinger som ikke nødvendigvis må skrives innenfor den tradisjonelle arbeidstiden. Så lenge primærhelsetjenesten er dominert av fragmenterte tjenester vil det heller ikke være realistisk at møtevirksomhetene i privat sektor skal ta seg opp.

#### Best samarbeid på samme sted

To av de erfarne legene jobber nå, og har alltid jobbet på helse – og sosialsentre med flere av sine samarbeidspartnere under samme tak. Den ene på et kommunalt, fastlønnskontor og den andre på et kombinert kommunalt og privat helsesenter. En av de yngre jobber også på et helsesenter. Begge mener denne organiseringen av primærhelsetjenesten er fordelaktig. Analysen viser at disse ikke bare møter samarbeidspartnerne oftest, men også angir sterkest følelse av å følge opp pasientene tverrfaglig. En ung kommunalt ansatt som jobber på et rent legekontor skulle gjerne hatt sine samarbeidspartnere i samme hus. Hun tror at å møte de andre aktørene oftere ville medføre et tettere samarbeid, hvor man lettere kan gi tilbakemeldinger og følge pasientene bedre opp.

Selv om alle de kommunale henholdsvis ønsker og synes at dette er den beste organiseringen av primærhelsetjenesten finnes det ankepunkter. En ung kommunal

lege forteller at hun opplever både fordeler og ulemper med samlokalisering. Legen som påpekte dette opplevde at andre aktører ofte kommer innom henne med problemstillinger hun mener de ville løst selv om de ikke hadde vært på samme sted.

”Det blir kanskje litt for lett å stikke hodet inn å spørre i stedet for å ta vurderingene selv. (...) Det skal være et rom for et møte, ikke bare å stikke hodet inn”

Informantenes meninger om behov for samlokalisering delte seg mellom de kommunale og de selvstendig næringsdrivende. De privatpraktiserende legene gir uttrykk for at selv om de ikke deler bygg med samarbeidspartnere, så er det verken langt for pasientene eller dem selv å dra for å møte dem. Likevel angir de at det kun er i spesielle saker med store, komplekse problemstillinger at de møter samarbeidspartnere ansikt til ansikt.

”Selv om ikke alt lengre er på samme plass, så er tettheten av ting mye større enn før, så pasienten trenger ikke dra så langt.”

De kommunalt ansatte informantene i studien er ikke alene om oppfatningen av at samlokalisering er en verdifull modell for godt tverrfaglig samarbeid. I Stortingsmelding 26(1) fremmes samlokalisering som det første skrittet for en mer helhetlig tjeneste for brukere. Meldingen sier at fysisk nærhet tidligere har vist seg å bedre både kommunikasjon og samhandling. Informantens uttalelse om at det kan bli for lett å snakke sammen kan være noe å ha i bakhodet. Klar oppgave og ansvarsfordeling har blitt vektlagt som svært verdifullt og nødvendig. Kanskje er dette noe av det som bidrar mest og er viktigst for legenes tilfredshet rundt hele den gjeldene strukturen.

#### ”På kanten av loven”

I forbindelse med samlokalisering ble taushetsplikten trukket inn. På møter med andre etater er ofte alle legene på kontoret tilstede, i tillegg til flere behandlere/konsulenter fra samarbeidspartnen. Dette medfører at leger og andre, uten direkte pasienttilknytning, får informasjon om pasienter som strengt talt er belagt av taushetsplikten. Ingen av de intervjuede legene kom med konkrete forslag til hvordan

dette kunne løses. Disse funnene er det viktig å ta stilling til ved opprettelse av et universitetshelsesenter.

En yngre lege som kommuniserer via PLO-meldinger er usikker på hvorvidt det kun er fagpersonene som er direkte involvert som kan lese meldingene han sender om pasientene.

” ..når beskjedene kommer til meg så går de kun til en person, det er kun jeg som får det inn på mitt system, men akkurat hvordan det ser ut på andre siden, om det kun er de som er involvert i pasienten som har mulighet til å lese det (...)regner jeg jo med.”  
”For at den skulle vært fullstendig overholdt måtte jo hver part som ikke er direkte involvert gå ut av rommet under møtene, det blir vanskelig.”

Taushetsplikten er det svært viktig å både ta stilling til og stille krav til ved et universitetshelsesenter.

### **6.3 En tilgjengelig lege med mange oppgaver og dårlig tid**

Gjennom intervjuene fortalte legene en del om hvordan de opplever å være allmennlege. Ikke alle tema svarer direkte på problemstillingen, men de fremstår likevel som viktige for helheten. Analysen avdekker at legene føler det stilles høye krav om tilgjengelighet. Tilgjengeligheten knyttes ikke til fastlegeordningen som struktur, men mer til at pasientene vil involvere legen i mange ting. I følge de erfarne; i mer enn før. At pasientene har mer kunnskap og enklere tilgang på helseinformasjon enn tidligere bidrar til opplevelsen. De opplever at tilgjengeligheten deres begrenses av fravær og dårlig tid. Fraværet knyttes til spesialisering og barn, mens tiden begrenses grunnet oppgaveglidning fra andre deler av helsetjenesten.

#### Tilgjengelig for en større del av livet

Informantene forteller at de ofte opplever å bli oppsøkt eller tilkalt for problemstillinger som ligger på siden av det rent medisinske. Legene mener at pasientene uttrykker at de ønsker å involverer legen sin i større deler av livet. Både yngre og erfarne nevner attester i forhold til reiser, skole og forsikringsselskaper. Endring i pasientadferd og økt pågang knyttes også til tendenser om at befolkningen i

større grad oppsøker lege for småting nå enn tidligere. Dette representere en samfunnsmessig endring i større grad enn en forandringer på individnivå.

”Pasientene er oftere i kontakt med leger nå enn før. Tidligere var terskelen mye høyere og naturen fikk ordne opp i mer.”

Grunnlaget for dagens primærhelsetjeneste er at pasienten skal oppleve tilgjengelige, trygge, helhetlige og koordinerte tjenester. Rapporter viser i midlertid for dårlig tilgjengelighet og samhandling mellom ulike involverte etater (1) I henhold til analysens resultater og litteratur(1) vil det være rimelig å anslå at en også på UH vil oppleve høye krav om tilgjengelighet og involvering fra brukerne. På et universitetshelsesenter hvor en ønsker å gi pasienten et tilbud med bedre tilgjengelighet enn dagens (ofte) enkeltstående, fragmenterte tjenester vil nettopp tilgangen til tjenestene være essensiell. Det kan også si noe om at pasientene ikke nødvendigvis alltid behøver legens kompetanse ved kontaktsøking. Andre aktører i primærhelsetjenesten kan være vel så fornuftig og nyttig å benytte ved en del problemstillinger eller spørsmål som per i dag havner i legens timebok. Jeg har tidligere nevnt regjeringens planer om en bedre oppgavefordeling i primærhelsetjenesten. Uttalelsene over kan peke på at det eksisterer og konsulteres en god del parakliniske problemstillinger som kan håndteres av andre aktører enn legen.

### Fravær

Både de yngre og de erfarne legene mente at problemer knyttet til tilgjengelighet henger sammen med fravær. Det fremgår at fraværet hovedsakelig skyldes to faktorer. Fravær i forbindelse med svangerskapspermisjoner og syke barn, og fravær som kan tilskrives kursing og spesialisering. Dette synes å være et større problem blant de kommunalt ansatte enn de privatpraktiserende.

”En god fastlegeordning krever at du er tilstede. Hele tiden. Og at du jobber med pasienter. Hele tiden. Når doktoren er borte kan du ikke ha en god fastlegeordning, det sier seg selv”

Studien og utvalget er lite, derfor er det vanskelig å si om disse resultatene er overførbare. To av de yngre legene er kommunalt ansatte kvinner. Dette kan bidra til

at de vektlegger fravær knyttet til svangerskap og barn i større grad enn andre ville gjort. Denne typen fravær er naturligvis heller ikke knyttet spesielt til legeyrket og representerer ikke en faktor man skal søke å gjøre noe med. Fravær knyttet til spesialisering kan ikke unngås og er viktig for opprettholdelse av den allmennt medisinske spesialitet. I stortingsmelding 26(1) legger regjeringen frem forslag om at alle leger som jobber klinisk i kommunehelsetjenesten skal være spesialister eller under spesialisering. Både spesialisering og øvrig fravær knyttet til kursing vil gagne pasientene ved oppdaterte og engasjerte leger. Legen må være tilgjengelig, men ikke hver dag, ikke hele tiden. Tilgjengeligheten må ikke gå på akkord med legens kompetanse – og fagutvikling. Spesialistene i allmennt medisin utgjør den medisinskfaglige spisskompetansen i primærhelsetjenesten(1).

### Kunnskap og bestillinger

Det fremkommer at pasienten ikke bare vil involvere legen i større grad, men også krever mer fra legen sin. Informantene forteller at de opplever at pasienter møter opp på kontoret med klare bestillinger. Særlig trekkes ulike røntgenundersøkelser og henvisninger frem. Den yngre pasientgruppen ser ut til å stille størst krav. De har ofte ”Googlet” symptomer og derfra fått idéen om hvilken undersøkelse eller behandling de kan stille krav om. Legene fra de største kommunene er klarest i talen. De forteller at pasientene stiller, det de føler er, svært store krav til fastlegen sin, og at pasienten benytter private spesialister dersom de ikke er fornøyde.

”De har blitt mer kravstore og kommer oftere med konkrete bestillinger.”

Temaet representerer et område informantene opplever som utfordrende i hverdagen. Tilgang på informasjon har endret seg drastisk i takt med teknologisk utvikling. På internett finnes et forum for det meste hvor ”hvermannsen” gir tips og råd til hverandre. Sykehistorier deles og fellestrekk som kanskje ikke er reelle settes sammen til en diagnose. Dette skaper en ny type arbeid for allmennlegen. Jobben med å normalisere, avkrefte og drive opplæring av pasienten vil trolig bare bli mer og mer fremtredende. Regjeringen nevner pasientportaler og sosiale medier som arenaer hvor pasienter med enkle problemstillinger kan søke svar(1). Det er rimelig å se på det som en nødvendighet med statlige informasjonskilder med oppdatert og korrekt informasjon på internett i fremtiden. På denne måten kan man i større grad sørge for

riktig informasjon og kanskje kan det medføre en reduksjon i bruk av useriøse forum. Økt tilgang på mer eller mindre seriøs helseinformatikk i kombinasjon med økt bruk av private aktører truer allmennlegens portvaktfunksjon. På et universitetshelsesenter kunne man tenke seg at studenter kan være en rådgivningsressurs for pasienter ved denne typen problemstillinger.

### Oppgaveglidning og entusiasme

Intervjuene avdekket en påfallende enighet rundt følelsen av at en økt mengde arbeidsoppgaver pålegges allmennlegen. Dette har flere årsaker. De erfarne påpeker at de tidligere kunne delegere bort noe arbeid til medarbeidere, men at datasystem nå gjør at legene må gjøre oppgaver de før kunne få hjelp til. Erfarne og yngre fra både små og store kommuner forteller at de opplever en oppgaveglidning fra andre aktører til seg selv. Både andrelinjetjenesten og andre etater i primærhelsetjenesten nevnes.

” Vi pålegges mer og mer og det går ikke bare utover fritiden, men den entusiasmen man skal jobbe med.”

Årsaken til oppgaveglidningen de beskriver knyttes ikke først og fremst til fastlegeordningen. I henhold til samhandlingsreformen mål flyttes flere oppgaver ut i kommunene. Per i dag er fastlegen den eneste i kommunehelsetjenesten som jobber etter et listesystem. Dette er veldig ansvarsklarerende også for andre etater og kan nok bidra til at mange av oppgaver lett havner på fastlegenes kontor. Fastlegen representerer den enkeltpersonen andrelinjen (eller andre) kan flytte ansvaret til. En struktur hvor også de andre aktørene i primærhelsetjenesten har et klarere tilknytning til den enkelte pasient vil kunne bidra til en bedre oppgavefordeling og bedre tid for fastlegen.

### Allmennlegen

En pasientgruppe som stiller krav, flere oppgaver og dårligere tid til tross. Informantene rapporterer at det å være allmennlege er flott. Selv om listestrukturen, som nevnt, klargjør hvem som tilhører hvem, kom særlig de erfarne legene med uttalelser som verken begrenses av helsepolitikk eller strukturform. Legene verdsetter mangfoldet, kjennskapet og de gode samtalene yrket fører med seg. Verdien av å få lov til å bli kjent og følge pasienter ”fra vugge til grav”. En av de erfarne uttrykker;

”Det har alltid vært denne entusiasmen, nysgjerrigheten ved å sitte på første rad på livets teater.”

Uttalelsen over representerer ikke svaret på et konkret spørsmål. Den besvarer heller ikke min problemstilling eller forteller hvordan en best kan organisere et universitetshelsesenter. Likevel forteller den noe viktig. Den beskriver på mange måter essensen eller ”driven” allmennlegen(e) jobber med og for. Jeg opplever at legen, med store ord, beskriver de små og viktige tingene.



## 7.0 Diskusjon

### 7.1 Resultatdiskusjon

I forhold til problemstillingen har jeg fått svar på noe av det jeg lurte på. Jeg har fått belyst erfaringer rundt samlokalisering og tverrfaglig samarbeid. Resultatet viser at legene som jobber under samme tak som sine samarbeidspartnere mener samarbeidet fungerer best. Dette er i tråd med regjeringens(1) mål om bedre samarbeid ved en samlet kommunehelsetjeneste. For privatpraktiserte leger vil det likevel ikke være tilstrekkelig med samlokalisering. Det må også en endring inn i forhold til tid (og økonomisk ordning?). Reisetiden vil selvsagt opphøre dersom alt er under samme tak, men det endrer likevel ikke det økonomiske tapet grunnet færre konsultasjonstimer per dag.

Selv om de kommunale legene på helsesentra mener samarbeidet fungerer best, er også informantene som ikke er samlokalisert fornøyde med samarbeidsformen de har per i dag. Litteratur (7) viser at det var delte meninger om funksjon av samarbeidet mellom etatene allerede i etterkant av fastlegeforsøket. Det ble da rapportert om samarbeidsproblemer, først og fremst fra legenes samarbeidspartnere. Samarbeidet rundt den enkelte pasient var blitt enklere rent praktisk. Problemene dreide seg om å få legene til å delta. Mange steder syntes problemet å være knyttet til overgang fra fastlønnede leger til driftsavtale-praksis(7). En så altså allerede da at strukturen kunne gå ut over legenes tidsbruk på samarbeidsmøter. Forhåpentligvis vil regjeringens planer for en mer samlokalisert primærhelsetjeneste med mer gunstig arbeidsfordeling kunne bidra en løsning på problemet. I en større studie vil representanter fra andre etater i kommunehelsetjenesten være viktige (og riktige) informanter for å bedre belyse samarbeidsvansker. Det kunne eksempelvis vært interessant å sett om det finnes ulike meninger om samarbeid, blant sykepleiere i hjemmetjenesten som er og ikke er samlokalisert med fastleger.

Det fremstår ikke som et problem for informantene i denne studien at deres samarbeidspartnere jobber på en ulik organisasjonsstruktur enn dem selv. Verken blant kommunalt ansatte eller privatpraktiserende synes det å være et noe de kjenner på. Dette vil også være en interessant problemstilling å ta stilling til i en eventuell senere studie med representanter fra flere etater i primærhelsetjenesten.

Studien avdekket også at legene i forbindelse med tverrfaglig samarbeid føler at samarbeidet kan kompromittere taushetsplikten. I helsepersonellovens paragraf 25 (23) står det: ”med mindre pasienten motsetter seg det, kan taushetsbelagte opplysninger gis til samarbeidene personell når detter er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp.” Paragrafen gir rom for interprofesjonelt samarbeid, selv om det muligens syndes noe mot siste del av setningen. På et UH i Tromsø vil kanskje taushetsplikten oppleves som å være ekstra viktig. Et helsesenter hvor studenter fra ulike studieretninger skal lære og samarbeide utgjør et stort antall mennesker. En vil derfor avhenger av at kun involverte parter sitter med informasjon om den enkelte pasient.

Selv om oppgavens formål ikke er å evaluere fastlegeordningen som sådan, er informantenes refleksjoner og erfaringer rundt strukturen interessante med hensyn til etablering av et universitetshelsesenter. Resultatene viser at informantene i denne studien likhet med tidligere(6) opplever at strukturen binder de til den enkelte pasient. Den klare ansvarsrollen strukturen skaper viser seg også som en kvalitet informantene i denne studien setter stor pris på. I forhold til samlokalisering nevnte dog en informant at hun opplevde at samarbeidspartnere kanskje kom innom for ofte. Hun blir dermed sittende med oppgaveløsning og å svare på spørsmål hun tror de ville løst selv dersom de ikke var på samme sted. Dette peker på nettopp hvor viktig en god oppgave – og ansvarsfordeling er. Å samle etatene skal bidra til mer og bedre samarbeid, men det må ikke samarbeides hele dagen, hver dag.

Resultatene viser også at legen opplever pasienter med stadig større krav. Både krav om tilgang til legen sin og krav om tjenester. Den gode relasjonen, tryggheten og ansvaret bidrar kanskje også til en mer kravstor pasient? En pasient som krever hyppigere kontakt og større engasjement både i medisinskfaglige og ikke-medisinske problemstillinger. Kristoffersen(3) skriver at FLO sammenlignet med før 2001 løste en av hovedutfordringene i primærhelsetjenesten, nemlig tilgjengelighet til allmennlegen. Samtidig rapporterer han at brukerne, pasientene, fortsatt klager. I 2012 var det like mange klager til helse – og sosialombudet på fastleger som på heldøgns boinstitusjoner. Klagene var i stor grad knyttet til for lang ventetid, feilprioritering og feil diagnose(3). Pasientene stiller, i følge studien, større krav og er i følge SSB mindre fornøyde med både legens faglige kunnskaper og relasjonen de har til

fastlegen sin(14). Tilgjengeligheten til fastlegen må være god. Regjeringen vil med Storingsmelding 26(1) ikke bare samle kommunehelsetjenesten under samme tak, de vil også opprette primærhelseteam som skal bedre oppgavefordelingen blant aktørene. Med dette kan yrkesgrupper og utøvere få nye roller som kan bidra til en mer effektiv og funksjonell primærhelsetjeneste tilpasset brukeren(1). Ved etablering av et universitetshelsesenter er dette planer en absolutt kan ta med seg. Denne formen for arbeidsfordeling vil i undervisningssammenheng trolig kunne bedre studentenes forståelse for hverandres fagkunnskap og kapasitet. Det vil kunne skapt en undervisningssituasjon i tråd med preposisjonene av, fra og som Thistlewaite(17) påpeker viktigheten av i sin artikkel.

Det er også momenter jeg ikke har klart å få frem kunnskap om i oppgaven. Særlig skulle jeg både visst og vist mer om opplevelsen av selve overgangen fra å være kommunalt ansatt på et helsesenter til å bli privatpraktiserende i en ny struktur. På forhånd tenkte jeg at informasjon om dette kunne bidra med gode tips til et UH. Dette for å kunne si mer om hvilke verdier og erfaringer som endret seg i overgangen. Hvordan det oppleves å være den ene i primærhelsetjenesten som har en avgrenset pasientliste kunne det også vært relevant å vite mer om. Dette kom ikke godt nok frem i min forståelse eller i mine spørsmål noe som gjør at jeg ikke har klart å få frem informasjon rundt det godt nok. Etter hvert som jeg har kommet dypere inn i problemstillingen blir det tydelig at jeg kunne ha hatt andre spørsmål i intervjuguiden. Spørsmål som trolig ville ha belyst mine tema grundigere.

Tverrfaglig undervisning spurte jeg heller ikke informantene direkte om. Det ville absolutt vært interessant å kartlegge synspunkter og eventuelle erfaringer. Kanskje er ikke leger den beste gruppen til å besvare spørsmål om dette. Undervisningsansvarlige, lektorer ville kanskje hatt mer å si rundt dette.

Det blir spennende å følge planene og se utvikling og etableringen av et universitetshelsesenter, en ny og verdifull læringsarena for studenter.

## 7.2 Metodediskusjon

Det kvalitative forskningsintervju har som formål å få tak i informantens egen beskrivelse av livssituasjonen han eller hun er i (19) og jeg mener at intervju som metode egner seg godt for å fange opp hensikten/formålet med oppgaven. Kanskje kunne gruppeintervjuer skapt en diskusjon blant informantene som ville bidratt til ytterligere informasjonsutveksling. Likevel tror jeg at med min uerfarenhet ovenfor metoden og tidsaspektet tatt i betraktning, var individuelle intervjuer det riktige valget i denne studien. Kunnskapen jeg har fått fra møtene med legene ville jeg ikke kunne kommet frem til gjennom en kvantitativ studie. Det er likevel flere svakheter rundt intervjuene i min studie. Jeg har aldri gjennomført eller observert denne typen intervju tidligere og måtte dermed føle meg litt frem. Dette medførte at de første intervjuene ble mer direkte styrt av intervjuguiden enn de siste. Malterud(2) forteller at det i starten kan være lett å styre samtalen mot feltet av sin egen eksisterende kunnskap og forforståelse og påpeker at det er viktig å ha litt is i magen når informanten snakker om det som kan virke som en avsporing fra emnet (2).

At intervjuene ble tatt opp på lydopptaker kan også ha påvirket intervjusituasjonen og hva informantene valgte å fortelle om. Noen av informantene snakket om tema som absolutt ville vært relevant å få på bånd, etter at intervjuet offisielt var over og båndopptakeren avslått. Om dette var fordi de ikke ønsket det tatt opp eller om de rett og slett kom på det i etterkant forblir usikkert. Min uerfarenhet og nervøsitet kommer frem i form av hyppig bruk av muntlige tilleggsord som ”ehm” og ”uhm” i starten. Dette ble jeg klar over ved første transkribering noe som medførte et mer skjerpert språk i de påfølgende intervjuene.

Intervjuguiden var utarbeidet i to versjoner, med felles grunnlag. En spesielt til de erfarne legene og en til de yngre. Spørsmålene kan ha vært for konkrete eller ”smale” og dermed blitt ledende i større grad enn hva en ønsker. Det finnes mye litteratur om hvordan en intervjuguide skal se ut og hva den skal inneholde, Malterud sier at den skal være i stikkordsform og minne oss om temaer vi ønsker data om (2). Dalland skriver at den kan være detaljert med ferdig formulerte spørsmål eller kun inneholde tema som skal tas opp. Videre skriver han at jo mer strukturert intervjusituasjonen er, jo lettere er det å analysere og strukturere intervjuet senere (19). Med min, i utgangspunktet manglende metodeerfaring, var det kanskje likevel ikke så dumt å

bruke en ganske strukturert intervjuguide. Jeg ser i etterkant at intervjuguiden inneholdt for mange tema og spørsmål og at en del spørsmål gir lite informasjon som kan besvare problemstillingen min. Etterfølgelse av intervjuguiden varierer mellom intervjuene og ble påvirket av flere faktorer. De første intervjuene var jeg mer nervøs og usikker enn ved de siste og noen av intervjupersonene følte jeg meg mer trygg og komfortabel med enn andre.

I forhold til gjennomføringen av intervjuer kan også forholdet til det enkelte intervjuobjekt ha påvirket informasjonen legene delte. Enkelte av legene kjenner jeg personlig, og det kan tenkes at disse delte mer, eller mindre, enn de som ikke kjenner meg. Dette kan også ha påvirket hvordan jeg tolket hva som ble sagt under arbeidet med analysen. At noen intervjuer er utført personlig, mens andre er utført over Skype kan også ha en betydning. Enkelte av informantene som ble intervjuet ”over internett” var relativt ukjent med bruken av programmet, dette kan ha påvirket dem i intervjusituasjonen. Min egen rolle i intervjuet kan også ha blitt påvirket. Det opplevdes annerledes å dra for å møte legen enn å skru på dataen på kontoret hjemme. Varigheten synes ikke å ha blitt påvirket av forskjell i intervjusituasjon. Både det korteste og det lengste intervjuet ble foretatt via videosamtale.

Rekrutteringen av intervjuobjekter ble som tidligere nevnt ikke gjennomført på planlagt måte. Selv om representativitet i seg selv ikke er et mål ved et kvalitativt forskningsintervju kan rekrutteringsendringen ha medført tap av viktig kunnskap(18).

Kun én av de erfarne legene har opplevd overgangen mellom å være kommunalt ansatt ved en helsesenter og å være privatpraktiserende fastlege. Allikevel fordeler de erfarne legene seg mellom i dag å være kommunalt ansatt og privatpraktiserende, samt å jobbe på rene legekantor og å jobbe på helsesenter. ”Praksisvariasjon”, ”kontorvariasjon” og ”kommunevariasjon” gjør at variasjonsbredden i utvalget likevel er opprettholdt. Kanskje hadde informasjonen og resultatet vært annerledes dersom legene som ble intervjuet hadde meldt sin interesse selv fremfor å bli spurt direkte, kanskje hadde det medført en mindre variasjonsbredde enn hva mitt utvalgt representerer.

At utvalget skulle bestå av allmennleger var allerede satt da oppgaven ble presentert av min veileder og har derfor ikke vært et tema for forandring. Som nevnt i resultatpresentasjonen ville også andre yrkesgrupper absolutt kunne bidra med viktig informasjon. Dette ville vært et tema dersom studiens utbredelse og tidsaspekt var større og lengre. Legene utgjør den eneste aktøren i dagens struktur som arbeider etter listesystem og er derfor de mest egnede til å kunne si noe om overgangen.

Transkriberingsprosessen kan være en kilde til forandringer av materialet. Metodelitteraturen er klar på at man mister noe i overgangen mellom muntlig og skriftlig språk. Nyansene i stemmebruk, kroppsspråk og mimikk følger ikke med i den skriftlige teksten og kan være kilde til verdifull informasjon i et dybdeintervju(19). Jeg forsøkte å forholde meg nøytral til materialet da jeg transkriberte og skrev først ord for ord før jeg reduserte og bearbeidet teksten ved å fjerne muntlige uttrykk og dele teksten opp i setninger. Jeg har transkribert alt selv. Dette beskrives som en fordel i litteraturen, men kan selvsagt bidra til at den endelige teksten blir i overkant preget av meg som forsker. Under dekontekstualiseringen mistet enkelte utsagn mening og kontekst, men via rekontekstualisering jobbet jeg for å sikre forbindelsen til råmaterialet og informantenes virkelighet. Forforståelse beskrives som den ryggsekken vi tar med oss inn i forskningsprosjektet. Den består av teorier, erfaringer, perspektiv og den teoretiske referanseramme (18). Til tross for at jeg fokuserte på og konsentrerte meg om å ikke stille ledende spørsmål kan mine spørsmål og formuleringer være preget av min forforståelse. Dette gjelder også for analysen. Mitt perspektiv kan prege resultatpresentasjon og informasjon som intervjuobjektene synes er relevant kan dermed forsvinne.

## 8.0 Konklusjon

Målsetningen med oppgaven var gjennom dybdeintervjuer å undersøke hva allmennleger opplever som fordeler og ulemper med fastlegestrukturen,. 4 av 7 leger har også jobbet før FLO og tanken var at disse kunne være med å belyse endringer i overgangen fra områdestruktur til listestruktur som er verdt å ta med seg i etableringen av universitetshelsesenter i Tromsø. Studien er begrenset i størrelse og i en større studie ville både flere leger og andre profesjoner være aktuelle for å få en mer kompleks oversikt over problemområder og gode kvaliteter. På tross av lite omfang belyses likevel erfaringer og betraktninger som er verdt å ta med seg i oppstarten av et universitetshelsesenter.

På universitetshelsesenteret (UH) vil de ansatte allmennlegene betjene sine listepasienter som de gjør i dag. Senteret er tenkt som en arena hvor pasientene ikke bare kan treffe legen, men fysioterapeuten, helsesøsteren eller psykologen som fastlegen deres samarbeider med. Ved at de ulike tilbyderne i primærhelsetjenesten er samlet på ett sted har man også en felles arena hvor studenter fra ulike helseprofesjoner kan møtes for å lære seg å jobbe sammen. En arena for tverrfaglig undervisning.

Studiens resultater indikerer at en av de viktigste faktorene for legene er fastlegeordningens klare oppgave – og ansvarsfordeling. Det bidrar ikke bare til et nærmere forhold til den enkelte pasient, men viser seg også som viktig i forhold til det tverrfaglige samarbeidet. Ansvarsfølelsen som beskrives er direkte strukturbundet og synes også å gagne pasientene. Kronikerne utgjør den pasientgruppen som hyppigst er i kontakt med fastlegen. Mange av disse har behov for tverrfaglig oppfølging(13). Regjeringen påpeker også i St.meld 26(1) at det må brukes mer og riktige ressurser på denne pasientgruppen. Et universitetshelsesenter søker også å bedre tilgangen for de ansatte legenes pasienter. Listestrukturens ryddighet er et gode man kan ta med seg videre, kanskje ville det vært fordelaktig med et lignende system også for de andre aktørene i kommunehelsetjenesten. Med hensyn til undervisning vil det kunne være nyttig å ha faste grupper rundt disse pasientene. Det vil trolig i likhet med en fastlegen underbygge følelsen av ansvar for pasienten blant studentene og trygghet blant pasientene. Det er ikke urimelig at kjente pasienter også vil gi studenter ro og bidra til

økt læring i det tverrfaglige miljø. Hvorvidt dette lar seg gjøre på et senter hvor flere hundre studenter skal ha undervisning er naturligvis et helt annet spørsmål.

Studien viser også at legene synes de har for dårlig tid. Både pasientens krav om tilgjengelighet og oppgaveglidning fra andrelinjen (og øvrige) bidrar til flere oppgaver som tar tid i legenes hverdag. På universitetshelsesenteret vil de ansatte legene jobbe i samme bygg som sine samarbeidspartnere. Det vil gi mulighet for ny strukturering av arbeidsforhold. Avlønning kan være et viktig poeng for å bedre samhandlingen. Det synes som om fastlønnete leger lettere finner tid og muligheter. Når det i tillegg skal bedrives undervisning er det sannsynlig at fastlønnete stillinger ville vært en fordel på UH. Basert på resultatene vil ny arbeidsdeling og god utnytting av ressurser kunne bidra til bedre tid for legene. Dette er også i tråd med regjeringens(1) planer for primærhelsetjenesten. Kanskje kunne man benytte muligheten til å bruke universitetshelsesenteret som testpilot for nye organiseringsformer.

Det som er interessant er at til tross for at fastlegene opplever tidspress og stort ansvar så er de stort sett fornøyde og setter pris på å få være tilskuere på livets teater.



## Litteraturliste

1. omsorgsdepartementet H-o. Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet. Regjeringeno. 2014-2015;Meld. St. 26.
2. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning - en innføring Universitetsforlaget. 2003(2. utgave): .
3. Kristoffersen JE. Reformen i norsk helsevesen. Akademia forlag. Kapittel 5 - utfordringer i fastlegeordningen2013.
4. Sanvik H. Distriktslegen(1836 - 1984). Tidsskr Nor Lægeforening. 2000;120:3160-1(Nr. 26).
5. Kristoffersen JE. Hvordan ble fastlegeordningen til? Fastlegeno.
6. omsorgsdepartementet H-o. Fastlegeforsøket i Norge. Regjeringeno. 1997;St.melding nr. 23(St.meld-nr-23-1996-97).
7. omsorgsdepartementet H-o. Trygghet og ansvarlighet. Regjeringeno. 1997;St. melding 23 - 1996 - 1997.
8. Paulsen B. Seks år med fastlegeordning - hva mener fastlegene? Tidsskr Nor Lægeforening. 2000;120:788-91(Nr. 07).
9. Carlsen B. Fastlegenes erfaring med fastlegeordningen. Tidsskr Nor Lægeforening. 2003;123:1322 - 4(Nr. 10).
10. Wigum H. Legeforeningen og fastlegeordningen. Tidsskr Nor Lægeforening. 2000;130:3326(Nr. 27).
11. Andersen EJ. Ja-flertall blandt allmennlegene. Tidsskr Nor Lægeforening. 2000;120:3627(Nr. 29).
12. omsorgsdepartementet H-o. Forskrift om fastlegeordningen i kommunen. lovdatano. 2012(Hefte 10).
13. Hunskaar S. Allmenmedisin. Gyldendal Norsk Forlag AS. 2013;3. utgave, 2. utgave opplag 214.
14. Godager G, Iversen T. Brukernes erfaringer med fastlegeordningen 2001 - 2012  
Trender i bruk, tilgjengelighet og fornøydhet. Helseøkonimisk forskningsnettverk ved Universitetet i Oslo. 2014;HERO.
15. Fuggeli P. Fastlegen - og helsens grunnstoffer. Utposten. 2011;Nr 4.
16. Helsedirektoratet. Samhandlingsreformen. Helsedirektoratetno.
17. Thistlethwaite J. Interprofessional education: a review of context, learning and the research agenda. Medical education. 2012;46(1):58-70.
18. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning - forutsetninger, muligheter og begrensninger. Tidsskr Nor Lægeforening. 2002;122:2468-72(Nr.25).
19. Dalland O. Metode og oppgaveskriving for studenter. Gyldendal. 2010;4. utgave.
20. Thagaard T. Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode. Fagbokforlaget. 2009.
21. Sandvik H. Fastlegeordningen - forventninger og erfaringer. Tidsskr Nor Lægeforening. 2003;123:1319-21(Nr.10 ).
22. Ostbye T, Hunskaar S. A new primary care rostering and capitation system in Norway: lessons for Canada? CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne. 1997;157(1):45-50.
23. omsorgsdepartementet H-o. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonellloven). lovdatano. 1999.

## Vedlegg 1

### Intervjuguide

---

Som utgangspunkt før samtale/intervju informerer jeg intervjuobjektet om formålet med intervjuet og hva datainnsamlingen skal føre frem til. Dette vil jo også komme frem av forespørselen de har svart på i forkant, men en rask innføring/repetisjon av dette tenker jeg er en naturlig åpning. Etterfulgt av info om opptak av intervju og årsak til dette.

Før selve intervjuet starter vil jeg be intervjuobjektet om å presentere seg med navn, arbeidskommune og størrelse på denne, antall år som fastlege i gjeldene kommune og størrelse på pasientliste.

#### Spørsmål til begge legegrupper:

- a) Fortell om hvordan legekantoret du jobber på er organisert? ( antall ansatte, faggrupper, ansvarsfordeling, sjef?)
- b) Hvordan er din arbeidshverdag organisert? (antall konsultasjoner, møter internt/eksternt)
- c) I hvor stor grad opplever du at du er fast lege for dine pasienter? Kommer de stortsett til deg eller settes de også på timer hos dine kollegaer?
- d) Sammenlignet med tidligere ser en i dag mer pragmatisk struktur i det kommunale helsetilbudet, hvor pasientene i større grad må forflytte seg over (dels store) avstander for å møte ulike aktørene (lege, fysioterapeut, NAV etc.). Hva tenker du om dette?

#### Spørsmål til legene som har jobbet både før og etter fastlegeordningen:

1. Hvordan opplevde du overgangen fra den gamle strukturen, til fastlegeordningen i din hverdag?
  - Om endring; lenge etter innføringen? På hvilken måte?
  - Var eventuelle endringer først og fremst relatert til den nye strukturen eller var endringene knyttet til møte med pasienten?

2. Synes du at det er en reell forskjell i legejobben din før og etter innføringen av fastlegeordningen i 2001?
3. Føler du at du i større grad møter en fast pasientgruppe nå enn før fastlegeordningen? Hvis nei; hvorfor tror du det er slik?
4. Dersom du tidligere jobbet på et helse – og senter; hvilke faglige fordeler og ulemper ser du ved strukturendringen? Hvem var en del av det gamle senteret? Hvilke faggrupper? Tverrfaglig samarbeid? Hva med taushetsplikten.
5. Har du konkrete eksempler på noe som var enten enklere eller vanskeligere ved den gamle modellen?
6. Hvor stor del av arbeidsdagen din bruker du på administrativt arbeid? Har dette endret seg med den nye strukturen
7. Er det forskjell på hvor mange pasienter du har pr dag nå kontra tidligere? Opplever du forskjell i konsultasjonene? I såfall; hva består denne i?
8. Har din arbeidsuke endret seg noe siden fastlegeordningen ble innført? Hva består i såfall endringen i?

Spørsmål til legene som jobber under dagens ordning:

- 1) Ser du noe ved strukturen ved fastlegeordningen som er til direkte hinder for ditt legevirke i hverdagen?
- 2) Har du konkrete tanker/idéer til strukturelle endringer som ville gjort arbeidshverdsagen din enklere?
- 3) Hvor stor del av dagen din bruker du på administrativt arbeid?
- 4) Hvordan fungerer det tverrfaglige samarbeidet i din hverdag? Kjenner du dine samarbeidspartnere godt? Har du forslag endringer som kunne gjort at dette

fungerte bedre?

- 5) Synes du det er strukturer på helsevesenet som er til direkte hinder for samarbeid?

## Vedlegg 2

### Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

---

”Struktur på kommunale helsetjeneste – var alt bedre før?”

#### **Bakgrunn og formål**

Universitetet i Tromsø ønsker å etablere et universitetshelsesenter hvor flere instanser samles under samme tak, og man får mulighet til å jobbe og undervise tverrfaglig. Strukturen på et slikt helsesenter kan minne om den strukturen man hadde på kommunale helsetjeneste før innføringen av fastlegeordningen i 2001. Formålet med denne 5.-årsoppgaven er derfor å se på hva som er fordeler og ulemper ved den fragmenterte strukturen som har kommet etter oppløsningen av de gamle helse, - og sosialsentrene, - og hva som var fordeler og ulemper ved den gamle ordningen. Dette er interessant å belyse i forkant av etableringen av et universitetshelsesenter. For å belyse dette søker jeg nå 10 allmennleger hvorav henholdsvis 5 har jobbet både før og etter innføringen av fastlegeordningen og 5 kun har jobbet som fastlege etter reformen. Opplysninger som samles inn vil kategoriseres med kjønn, alder og hhv stor eller liten kommune samt antall år i jobben og vil dermed ikke være personsensitive. Rådata som samles inn slettes ved godkjent oppgave.

#### **Hva innebærer deltakelse?**

Deltakelse innebærer å stille opp til et ca 1 times langt intervju som i all hovedsak vil belyse tidligere og/eller nåværende strukturell påvirkning av din arbeidshverdag. Spørsmålene vil blant annet omhandle organisering av din arbeidsplass, tidsbruk, tverrfaglig samarbeid. For de som har jobbet under begge strukturer er jeg spesielt interessert i eventuelle merkbare endringer som følge av fastlegeordningen.

Intervjuene vil bli tatt opp med båndopptaker og skal brukes i en kvalitativ analyse som en del av min oppgave.

**Oppgaven har leveringsfrist 1. juni 2015 og jeg er derfor avhengig av å få gjort intervjuene i nær fremtid.**

## Vedlegg 3

### Informasjonsskriv

---

Deltakelse innebærer å stille opp til et ca 1 times langt intervju som i all hovedsak vil belyse tidligere og/eller nåværende strukturell påvirkning av din arbeidshverdag. Spørsmålene vil blant annet omhandle organisering av din arbeidsplass, tidsbruk, tverrfaglig samarbeid. For de som har jobbet under begge strukturer er jeg spesielt interessert i eventuelle merkbare endringer som følge av fastlegeordningen.

Intervjuene vil bli tatt opp med båndopptaker og skal brukes i en kvalitativ analyse som en del av min oppgave.

**Oppgaven har leveringsfrist 1. juni 2015 og jeg er derfor avhengig av å få gjort intervjuene i nær fremtid.**