

Kathinka Meirik

”..men det er MITT fag!”

Hvordan forholder norske sykehusleger seg til ”pasientens helsetjeneste”?



Master i organisasjon og ledelse
Spesialisering i innovasjon og endringsledelse, SOS 6901
Institutt for sosiologi og statsvitenskap

Trondheim 1.9.2018

Forord

Å skrive en masteroppgave i endringsledelse er ikke mitt fag. Jeg er sykehuslege. Min verden har i mange år vært pasienter, deres pårørende og kolleger. Men i denne verden har det vært for mange eksempler på dårlige systemer, som setter både pasienters og ansattes sikkerhet i fare og gjør arbeidsmiljøet unødig vanskelig. Så jeg begynte med forbedring av disse systemene, som leder i sykehus. På et tidspunkt oppsto et språk mellom hva jeg tenkte var gode endringer og hva mine tidligere kolleger mente. Jeg forsto ikke hvorfor de ikke forsto.

”Det blir jo bare verre, Kathinka! Man vil ha mer og mer, men ingenting tas bort!”

Takk til Katrine Fjukstad for denne kommentaren, som har sporet meg på veien til å lete etter hva som kan være de grunnleggende forklaringene på hvorfor endringer i helsevesenet oppleves slik for legene. På veien fant jeg et stort forskningsfelt om hva som påvirker legers arbeidsforhold, der spesielt Legeforeningens Forskningsinstitutt (LEFO) med leder Karin Rø har gitt meg uvurderlig hjelp.

Tusen takk til mine informanter, som ryddet tid til mine spørsmål i sine hektiske dager. Deres åpenhet har gitt meg innsikt, ødelagt fordommer og fått meg til å se mitt eget fag fra en ny vinkel. Veileder Per Morten Schiefloe har tålmodig forsøkt å omkoble mitt medisinerhode til samfunnsvitenskapelig tenkning og kvalitativ metode. Selv om jeg stadig bekymres av levere en oppgave uten en eneste p-verdi, har jeg lært utrolig mye av gode diskusjoner på kontoret hans på Dragvoll. Tastaturet har tidvis gått vel varmt etter veiledningstimene. Heldigvis har jeg fått hjelp til å stramme opp teksten igjen fra min eminente korrekturleser Tore Meirik.

Den største takken går likevel til fjerdeklassingen Astrid som håper at mamma er ferdig med den store leksen sin. Og til Lars som sørget for arbeidsro.

Trondheim 29/8-2018

Kathinka Meirik

Sammendrag:

Visepresident i Legeforeningen Christer Mjåset skriver 23.5.2018 at arbeidspresset for norske leger er altfor høyt, og at de opplever at deres autonomi er på et lavmål (Mjåset, 2018). Innlegget føyer seg inn i en internasjonal debatt om økende utbrenthet og misnøye blant leger (Crosson & Casalino, 2015, Wyller, et al., 2013). Pasientene er mer komplekse, det er økende krav til rapportering og kvalitetssikring, datasystemene er tungroddede. Det oppleves å stadig komme "pålegg ovenfra" som legene kan streve med å se noen nytte av.

Som yrkesgruppe er ikke legene alene om å påpeke trangere økonomiske rammer, mer komplekse arbeidsoppgaver og økte krav til dokumentasjon. Dette gjelder for eksempel også skoleverket (Garbo & Raugland, 2017). For legene har det imidlertid også skjedd en annen grunnleggende endring av arbeidssituasjonen som de selv ikke snakker så mye om; Pasientene har fått mer makt.

Dette er en villet utvikling. Helseminister Bent Høie beskriver selve poenget med å endre helsetjenesten til å bli "pasientens helsetjeneste" er økt makt til pasienten. I hans *Sykehustale 2015* refereres det til en historie fra en ansatt som ble konfrontert av en lege som var grundig lei "alle disse styringssignalene ovenfra". Svaret var: "Det er ikke et styringssignal ovenfra, det er et styringssignal nedenfra – fra pasienten".

I denne mastergraden er 10 sykehusleger intervjuet om hvordan de forholder seg til "pasientens helsetjeneste". De er spurt både hva de tenker om dette som en ide til forbedring av helsevesenet, og hva de ser som fordeler og ulemper med økt brukermedvirkning og brukerinnflytelse. Legene har fra åtte til nesten førti års erfaring etter turnustjeneste. De reflekterer over hvordan både de selv og helsevesenet har endret holdning til brukermedvirkning. De er enige at det er viktig å informere pasientene bedre. Men de holder de fast på at beslutninger om behandlingstiltak skal ligge hos legen. Derav sitatet i tittelen; "det er MITT fag!".

Leger som i daglig virke møter pasienter som er opptatt av brukermedvirkning er markant mer positive til å ta med pasienten i beslutninger om egen helse. Leger som jobber med pasienter som ikke ønsker, eller er for syke, til å medvirke, er mer skeptiske

til ideen om økt makt til pasienten. For alle leger synes det å være en grense for hvor langt brukermedvirkning bør gå. Denne grensen kan man spekulere i trekkes ved det den enkelte lege definerer som sin profesjonelle kjerne. Hva denne kjernen består i ser ut til å variere i mellom medisinske spesialiteter. Den praktiske tilretteleggingen for "pasientens helsetjeneste" vil også være forskjellig avhengig av medisinsk spesialitet. I oppgaven beskrives eksempler på hvordan slike endringer er forsøkt innført.

Som politisk budskap har "pasientens helsetjeneste" i liten praktisk konsekvens for sykehuslegene. Avstanden er for lang imellom de politiske signalene som gis og virkeligheten på sykehuset. Politiske budskap har liten legitimitet hos legene. Det skjer likevel endringer i tråd med målsettingene i "pasientens helsevesen". Dette ser ut til å handle om kohortendringer der yngre leger har med seg andre holdninger, ikke minst fra endringer i medisinstudiet. Men en endring i retning "pasientens helsetjeneste" skjer raskest der pasientene går i direkte dialog med legene. Som det sies i brukernes innledning til *Nasjonal Helse- og sykehusplan 2016-2019*; "Pasienter er ofte dei mest radikale endringsagentane".

Innholdsfortegnelse

Forord	1
Sammendrag:	3
1.0 Innledning:	6
2.0 Problemstilling	7
3.0 Teori:	8
3.1 Profesjoner.....	9
3.2 Kultur.....	16
3.4 Lege-pasientrelasjonen.....	25
3.5 Oppsummering teori:.....	28
4.0 Forskningsspørsmål	29
5.0 Metode	29
5.1 Semistrukturerte intervju:.....	30
5.2 Intervjuguiden:.....	30
5.3 Rekruttering av informanter:	31
5.4 Informantene.....	32
5.5 Gjennomføring av intervjuene	32
5.6 Transkribering og analyse av materialet.....	33
5.6 Kvalitet.....	34
5.7 Etikk.....	37
6.0 Resultat	39
6.1 Legenes forståelse av "pasientens helsetjeneste"	39
6.2 Legenes opplevelse av hvordan brukermedvirkning har endret seg i deres karriere	48
6.3 Legenes opplevelse av å bli styrt	55
7.0 Analyse	58
7.1 Legenes forståelse av "pasientens helsetjeneste"	58
7.2 Hva former legenes holdning til brukermedvirkning ?	64
7.3 Hvordan påvirker bestillingen om «pasientens helsetjeneste» legenes hverdag?.....	72
7.4 Legenes opplevelse av å bli styrt	77
7.5 Hvordan påvirker bestillingen om «pasientens helsetjeneste» tilbudet legene gir?	81
8.0 Avslutning	82
Bibliografi	85
Vedlegg 1: Godkjenning fra NSD	90
Vedlegg 2: Informasjonsskriv	92
Vedlegg 3: Intervjugal	94
Vedlegg 4: Oversikt over informantene	95

Regjeringen vil gi pasientene sterkere innflytelse. Pasientenes stemme skal veie tyngre i utformingen av morgendagens helsetjeneste. Pasientens behov og ønsker skal veie tyngre når det skal tas valg om hvilken behandling som skal gis, og hvordan den skal gjennomføres. Pasientenes kompetanse skal tillegges vekt på linje med fagfolkernes kompetanse.

Innledningen i Nasjonal Helse- og Sykehusplan 2016-2019

1.0 Innledning:

”Pasienter, brukere og pårørende er ressurser, ikke trusler, i kampen for en bedre helsetjeneste.” skrev helseminister Bent Høie som et tilsvarende svar til en frustrert lege i Morgenbladet (Høie B., 2015). Hans motdebattant mente at å gi pasienter større ansvar for egen behandling ville føre til prioritering av de som ”ropte høyest” og beslutninger basert på følelser og ikke vitenskapelig dokumentasjon (Lie, 2015)

Diskusjonen om hvem som skal bestemme hvem som skal få helsehjelp, og hvilken helsehjelp som skal gis, kan spores tilbake til Aristoteles og hans rettferdighetsprinsipp om likebehandling (Aristoteles, 2018). Fra at disse beslutningene tradisjonelt har ligget hos legene, har det siden 1970-tallet vokst fram en stadig sterkere ide om pasientsentrert kommunikasjon og involvering av pasienten selv i beslutninger om egen helse (Gulbrandsen, Ofstad, Holmøy, & Vandvik, 2014). Dette fins også i norsk lovgivning med en egen Pasient- og brukerrettighetslov av 1999 (Stortinget, 1999). Og altså i norsk politisk debatt, med hovedoverskriften «pasientens helsetjeneste» slik helseminister Bent Høie presenterte det allerede i sin første Sykehusplan i januar 2014 (Høie B., 2014). De samme prinsippene har senere fått tverrpolitisk tilslutning, blant annet gjennom behandlingen av *Nasjonal helse- og sykehusplan 2016-2019* (Det kongelige Helse- og Omsorgsdepartement).

Denne oppgaven tar sikte på å utforske hvordan norske sykehusleger forholder seg til ”pasientens helsetjeneste”.

I samme periode som ideen om økt pasientinvolvering har kommet har det også skjedd andre store endringer i helsetjenesten. Kombinasjonen av strukturelle og økonomiske

reformer fører til at «myndighetsstyringen er omfattende» slik Aasen et al beskriver i boken *Prioritering, styring og likebehandling. Utfordringer i norsk helsetjeneste* (Aasen, Bringedal, Bærøe, & Magnussen, 2018). Denne opplevelsen av omfattende myndighetsstyring, kombinert med trange økonomiske rammer, har ført til mye misnøye blant leger både i Norge (Wyller, et al., 2013) og verden for øvrig (Crosson & Casalino, 2015). I artiklene pekes det på mange grunner til at det har blitt slik; stadig større press på legens tid på grunn av mer komplekse pasienter, økte krav til dokumentasjon, tungroddede elektroniske journalsystemer og flere administrative oppgaver legene ikke ser nytten av.

Tross omfattende litteratur om hvordan misnøyen arter seg og påvirker kvaliteten på det medisinske tilbudet fant jeg ikke litteratur som beskrev økt pasientinnflytelse som faktor. Min tanke var at det ikke var spesielt for leger å bli frustrert over at økonomiske rammer oppleves for trange, at man pålegges arbeid som oppleves meningsløst eller blir styrt "fra oven". Selv om det ikke er eksplisitt sagt at det er legene som menes når helseministeren uttaler: "Vi flytter makt fra andre som har makt, og til pasienten (Høie B., 2015) er det nå gjerne legen en tenker som den med mest makt i helsevesenet.

2.0 Problemstilling

Jeg var nysgjerrig på hvordan legene forholdt seg til dette. Tenkte de det var bare "politikerprat" uten praktisk betydning, var de enige eller var de uenige? Var økt pasientinnflytelse også et element som bidro til misnøye og utbrenthet? Eller som helseminister Bent Høie postulerte i artikkelen i Morgenbladet; var de enige i at økt pasientinnflytelse ikke er en trussel, men en løsning?

Disse spørsmålene førte meg fram til følgende problemstilling:

Hvordan forholder norske sykehusleger seg til det politiske budskapet om "pasientens helsetjeneste"?

3.0 Teori:

Begrepet "pasientens helsetjeneste", slik det blir forklart av helseminister Bent Høie, gjenfinnes ikke direkte i internasjonal litteratur. Verdens Helseorganisasjon, WHO, beskriver at det varierer fra land til land hvordan pasientrettigheter ivaretas og dermed også hva en betegner som gullstandard for relasjonen mellom pasient og lege (WHO, 2018). Å myndiggjøre pasienten kan sees som et ledd i den global demokratiseringsprosess som har foregått siden Menneskerettighetserklæringen ble utformet (United Nations, 1948). Tilgang til helsetjenester og muligheten til å benytte disse helsetjenestene på en måte som fyller den enkelte innbyggers behov, kan sies å være en del av denne bevegelsen. Dette idealet finner man igjen i norsk lovgivning, der Spesialisthelsetjenesteloven i §1-1 om lovens formål fastslår at innbyggerne skal sikres et likeverdig og tilgjengelig tjenestetilbud som skal være tilpasset deres behov (Stortinget, 2001).

Nyere forskning har avdekket at idealet om lik tilgjengelighet til likeverdige helsetjenester tilpasset den enkeltes behov fremdeles utfordres. Jon I Elstads studie av over 100 000 kreftsyke pasienter dokumenterer at pasientene med høyere utdanningsnivå fikk betydelig mer oppfølging enn pasienter med lavere utdanningsnivå (Elstad, 2018). De nasjonale helseatlasene viser svært stor variasjon i hvor stor andel av befolkningen som tilbys forskjellige typer inngrep (Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering). Slike forskjeller i tilbud finner man også i andre land (Wennberg, 2010).

Det ser altså ikke ut til at tiltakene som er gjort, verken rettsliggjøring, menneskerettigheter eller større kunnskapsdeling på grunn av internett, helt har klart å få bukt med uønsket variasjon og ulikheter i helsetilbudet.

Økende "rettsliggjøring" av innbyggernes rettigheter er en annen samfunnstrend som påvirker profesjoner som skoleverket (Garbo & Raugland, 2017) og helsetjenesten (Bringedal & Bærøe, Økt rettsliggjøring for likebehandling i helsetjenesten, 2016). Interessant nok skriver Kristoffer Andenæs i artikkelen "Om maktens rettsliggjøring og rettsliggjøringens maktpotensial" at "helsevesenet var lenge så å si lovløst område, helseprofesjonene var delegert allmakt, og en beskjeden befolkning var oppdratt til å se på legene som små og store guder, fant seg i det som foregikk" (Andenæs, 2006).

Andenæs påpeker videre at pasientrettighetslovgivningen "må først og fremst ses på som et middel til å avbøte uønskede effekter av udemokratisk profesjonsstyre".

Parallelt med framveksten av pasientrettigheter har det også vært endring i legeprofesjonen. Det er betydelig litteratur om alarmerende grader av utbrenthet blant leger, høy selvmordsrate og generell misnøye med arbeidslivet. Fellesbetegnelsen for dette er på engelsk *physician dissatisfaction* (Crosson & Casalino, 2015). Ut over interesse for legene selv og deres arbeidsgivere, er det bekymring for om denne misnøyen/ mistrivselen påvirker tilbudet pasientene får. Det synes å være delvis støtte for hypotesen om at en misfornøyd lege gir behandling av dårligere kvalitet enn en fornøyd lege (Angerer & Weigl, 2015). Redusert autonomi beskrives som en faktor som kan forklare utbrenthet og fremmedgjøring fra jobben (Light, 2015). Men dette er igjen i hovedsak forklart med faktorer som innføring av retningslinjebasert medisin, stramme økonomiske rammer, uegnede styringssystemer og krevende arbeidsforhold med tidspress og arbeid på ukurante tidspunkt (Light, 2015) (Wyller, et al., 2013).

Økt makt og større innflytelse behandlingen til pasientene betyr endret rolle for legen. "Pasientens helsetjeneste" kan sees som en bestilling om å forlate en legerolle der "folk ser på legene som små eller store guder" (Andenæs, 2006). Hva tenker legene selv? Hvordan forholder de seg til det? Og viktigst; Fører det til bedre pasientbehandling?

Min problemstilling utforsker hvordan sykehuslegene forholder seg til den politiske bestillingen om "pasientens helsetjeneste" oppfattes blant legene, og om det påvirker behandlingen. For å belyse problemstillingen vil følgende teoriområder bli kort presentert: profesjoner generelt, kulturdannelse hos legene, samt legers arbeidsforhold og relevante aspekter ved lege-pasientforholdet.

3.1 Profesjoner

I artikkelen *Profesjon og organisasjon* refereres det til Vilhelm Auberts definisjon av en profesjon; «Vi kan definere en profesjon som en yrkesgruppe med utdanning på akademisk nivå, med monopol på å utføre visse arbeidsoppgaver, og med høy grad av intern kontroll med etterlevelsen av yrkesetiske og faglige normer» (Myhre, 2015). Auberts definisjon er én av mange. Det har aldri blitt enighet om en felles definisjon av

begrepet (Universitetet i Bergen, 2017), og dermed kan det diskuteres hvor bredt profesjonsbegrepet kan brukes. Men legeyrket brukes gjerne som eksempel på den *typiske* profesjonen (Hernes, Profesjoner og relasjoner, 2002).

Profesjonen lege kan spores tilbake til Hippokrates' tid (460-370 f. Kr), med Corpus Hippocraticum som består av 71 tekster med tilknytning til legeyrket (Leer-Salvesen, 2002). Å ha vært en profesjon over tid er ikke uvesentlig, fordi en profesjon blir beskrevet å utvikler seg igjennom flere stadier der den blir mer mektig og selvstyrt (Wilensky, 2002). Framveksten av en profesjonsbasert fagforening er et slikt stadium, og Den norske Legeforening betegner da også seg selv som en "betydelig maktfaktor" i norsk samfunnsliv (Andersen, 2007). I samme artikkel understrekes det at "leger blir sårbare...og derfor avhengige av et sterkt kollegium og en sterk Legeforening".

Ikke alle profesjoner har samme posisjon som legene i samfunnet, verken som kollegium eller i kraft av fagforeningen sin. Det kan ha betydning hvis profesjonen utfordres av aktører utenfor profesjonen selv. En kan anta at i en profesjon der en over lang tid har vært alene om å definere hva profesjonens kjerneoppgaver skal være, vil reagere sterkt på en opplevd trussel. En mindre etablert profesjon der både kjerneoppgaven i seg selv og grensene for profesjonen er mindre tydelige vil sannsynligvis være mer mottagelige for innspill utenfor profesjonen.

Den enkelte profesjonens posisjon i samfunnet er av betydning når det i 1960-1970 vokser fram en kritikk mot posisjonenes makt. Fra at legene kunne bli sett på "som små og store guder" (Andenæs, 2006) som alltid handlet til det beste for samfunnet og brukerne, innså man at de som øvrige profesjonsutøvere kunne bruke sin selvstendighet til egen fordel. I boken *De profesjonelle* beskrives det slik: "Dette setter de profesjonelle i stand til å definere behov og skape sosial distanse, øke usikkerheten og derved selvstendigheten" (Nylehn & Støkken, 2002, p. 44).

Denne kritikken mot profesjonen nådde da også ikke like langt innen medisin som for eksempel i skoleverket. I norske skoler var det forsøksordninger med elev- og foreldreråd allerede på 60-tallet (pers meddelelse pensjonert utdanningsdirektør Annbjørg O Magnussen 21.08.2018). I sykehusene kom lovfesting av brukerutvalg, kun

på regionnivå, med helseforetaksloven av 2001 (Lovdata, 2001). Opplæringslova som regulerer norske skoler har et eget kapittel 11 om "brukermedverknad i skolen" (Lovdata, 1998). Her spesifiseres det blant annet at det skal være elevråd fra 5.klasse. Sykehusene definerer fremdeles selv hvordan de kan "etablere systemer for innhenting av pasienters og andre brukeres erfaringer og synspunkter" (Lovdata, 2001, p. §35). Først i 2016 kom det krav i Oppdragsdokumentet om at det skulle etableres Ungdomsråd ved alle sykehus.

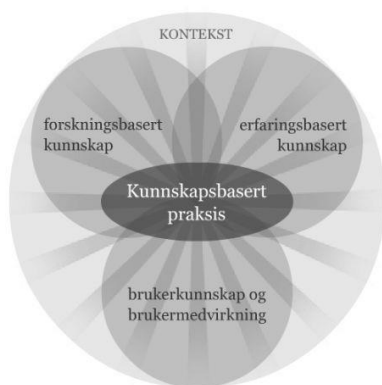
Selv om det også i skolen reageres på detaljstyring og overprøving av lærernes skjønn, er kritikken rettet mot "politikere og skolebyråkrater (Raugland, 2017). Etter å ha praktisert elevinnflytelse i over 40 år ser det ikke ut til at brukermedvirkning regnes som en trussel mot lærernes autonomi. For legene er dette en aktuell problemstilling, der det blant annet hevdes at "økt forbrukermakt i helsetjenesten utfordrer idealet" (Thomsen, 2018) og kan være en "bjørnetjeneste" mot pasientene (Lie, 2015).

Auberts definisjon av en profesjon nevner ikke eksplisitt ordet autonomi, altså selvstyre. Andre definisjoner av profesjonalisme tar inn dette helt eksplisitt. „Som Eliot Freidson; «Professionalism is a set of institutions which permits the members of an occupation to make a living while controlling their own work» (Freidson, 2001, p. 17), min understreking. I et verdensbilde som beskrevet av Andenæs der selv juristene beskrev legene nærmest som guder, var det neppe grunn-til å utfordre legens rolle i å definere god medisinsk fagutøvelse. I 2018 er bildet helt annerledes, med over 14000 treff på den mest brukte databasen i medisin, PubMed, på søkeordet Patient Related Outcome Measures (PROM) som påpeker at det må vektlegges hva *pasientene* mener er god kvalitet. Autonomi er et mye brukt begrep når leger selv diskuterer egen arbeidshverdag, der de beskriver at legenes autonomi er sterkt truet eller endog forsvunnet (Huseby, 2013) (Mjåset, Sunde, & Lindahl, Kirurg sier opp i protest mot ukultur, 2018). I internasjonal litteratur framheves også tap av autonomi som en av flere grunner til at mange av legene er misfornøyde med arbeidssituasjonen (Exworthy, 2015) (Aasland O., 2015).

Noe av forklaringen kan vi finne i en artikkel fra 1972, der Ulf Torgersen definerte fire trusler mot profesjonen (Myhre, 2015):

- 1) Populisme, altså holdningen at det ikke eksisterer spesiell og eksklusiv kunnskap.
- 2) Innovisme; Profesjonens grunnlag eroderes på grunn av nyvinninger.
- 3) Spesialisme; Spesialiseringen går så langt at profesjonen smuldrer opp og mister sin enhet.
- 4) Personalisme; Utøvelsen avhenger sterkt av personene i profesjonene, og ødelegges om enkeltpersonene ikke lever opp til forventet standard.

Punkt 1 om at det ikke eksisterer noen "spesiell og eksklusiv kunnskap" utfordres ikke bare av satsingen på PROM. Den politiske bestillingen om "pasientens helsetjeneste" der pasientens kunnskap og erfaring skal ta større plass harmoniserer med det "nye kunnskapsbegrepet" innen EBM¹. Folkehelseinstituttet definerer kunnskapsbasert praksis slik: "Kunnskapsbasert praksis (KBP) er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon" (Kunnskapscenteret), illustrert i Kunnskapsblomsten (Fig.1).



www.kunnskapsbasertpraksis.no Fig. 1

Innforstått; legenes vurdering av kvalitet alene er ikke et fullgodt bilde på faktisk kvalitet. Ikke nok med det – uansett hvor god legen er, eller hvor mange andre leger vedkommende samarbeider med, vil deres kunnskap alene ikke regnes som god kunnskapsbasert praksis.

¹ EBM: Evidence Based Medicine, evidensbasert/kunnskapsbasert medisin.

Et eksempel er beskrevet i boka *„og så skal du ikke stille spørsmål“* av Per Egil Hegge der han beskriver sin kamp for å få korrekt diagnose og behandling av sin syke kone (Hegge, 2000). Hegge beskriver sin opplevelse av å ikke bli verken møtt eller hørt, verken på de symptomer kona hadde (pasientopplevelsen), eller parets erfaringer med å prøve forskjellige behandlinger (erfaringskompetansen). Ei heller når han innhentet medisinske eksperter fra andre land, eller selv leste medisinsk faglitteratur, opplevde han å bli møtt som en meningsberettiget aktør. Et annet og ferskt eksempel er etableringen av medisinfrie tilbud for pasienter med psykoselidelser. Etter langvarig påvirkning fra pasientorganisasjonene innen psykisk helsevern, er alle helseregioner de 2017 pålagt å etablere slike tilbud (Helsedirektoratet, 2018). Tiltaket er gjennomført mot klare anbefalinger fra de største forskningsmiljøene innen psykoselidelser (Røssberg, Andreassen, & Ilnér, 2017). Eksemplene illustrerer at i løpet av noen tiår endres pasientenes erfaringer og opplevelser fra å være ikke-autorisert til autorisert kunnskap. Slik at en faktisk går fra at en av Norges mektigste redaktører ikke når fram, til at både erfaringene og meningene til pasienter som tradisjonelt har sittet ”nederst ved bordet” overprøver flere professorer i psykiatri.

Som det framgår i resultatdelen av oppgaven har denne redefineringen av profesjonens rolle og definisjonsmakt i liten grad nådd informantene – eller de aksepterer ikke slik redefinering.

Også punkt 2 og at selve profesjonens grunnlag eroderes av innovisme er aktuelt i denne oppgaven. Én ting er at pasientenes egen erfaring og mening skal vektlegges i henhold til definisjonen av kunnskapsbasert praksis. Men både pasienter og friske har nå mulighet til å tilegne seg mye av faktakunnskapen som tradisjonelt har tilhørt legen alene. Det henger sammen med økt utdanningsnivå i befolkningen, med tilgang til medisinsk litteratur. Evidensbasert medisin, med større bruk av retningslinjer og algoritmer for behandling gjør det mulig for personer å se hvordan bestemte symptomer skal håndteres. På internett kan hvem som helst taste inn sine symptomer og få et svar.

Også annen teknologisk utvikling og jobbglidning har bidratt til at legens kunnskap ikke lenger er like eksklusiv. Det er mulig å kjøpe blodtrykksapparat for hjemmemåling, pasienter med diabetes måler og regulerer blodsukkeret selv, endog kompliserte

prosedyrer som dialyse kan utføres hjemme etter opplæring. Apotek tilbyr sjekk av føflekker, fysioterapeuter har like gode resultater på ødelagte menisker som ortopeder og sykepleiere undersøker hjerterytme. Dette er kun noen få eksempler på kunnskap, ferdigheter og prosedyrer som for få år siden ikke var tilgjengelig uten utdanning i medisin. Og det er ikke bare eksklusiviteten av kunnskapen som blir truet – i flere av disse eksemplene er resultatene bedre og/ eller bivirkningene færre når pasientene selv eller andre yrkesgrupper utfører prosedyrene (National Kidney Foundation, 2017).

Det er relevant å nevne at Torgersens øvrige to punkt som kan true en profesjon også er aktuelle for medisin; at spesialiseringen går så langt at profesjonen smuldrer opp og mister sin enhet; "spesialisme" samt at utøvelsen avhenger sterkt av personene i profesjonene; "personalisme". Eksemplene over om teknologisk utvikling og jobbglidning kan også illustrere "spesialisme". Trusselen mot profesjonen kan dermed ligge på to plan.

"Personalismen", Torgersens fjerde trussel mot profesjonen er også aktuell, og har sammenheng med de øvrige punktene. Spesialisering gjør at den enkelte lege blir svært synlig, og informasjonstilgangen gjør at legens prestasjoner er lette å sammenligne med kolleger over hele verden. Med ujevne mellomrom avdekkes at leger jukser med regninger eller på andre måter misbruker sin stilling (Brennpunkt, 2018). Når leger tiltales for straffbare forhold er som regel yrkestittelen med i avisoverskriften, nettopp fordi det innebærer et brudd med samfunnskontrakten der en lege skal "være den man går til når vi er på vårt mest sårbare", for å sitere introduksjonen til Brennpunkt 2.5.2018 som handlet om leger som jukset med økonomiske rapporter.

Andre har vektlagt andre aspekt ved profesjonen, som at man innad i en profesjon selv velger hvem som får delta i opplæring og bli godkjent. Også dette er betydelig endret i Norge de siste årene. I 2012 ble godkjenningmyndigheten av spesialister i de medisinske fagene flyttet fra Den norske Legeforening, som hadde hatt denne myndigheten siden i 1918. I perioden 2017-2019 tar Helsedirektoratet over definisjonsmyndigheten av kriteriene for å bli spesialist. Legene mister dermed muligheten til å bestemme hvem som kan bli spesialist, og hva som skal til.

”Pasientens helsetjeneste”, kombinert med det nye kunnskapsbegrepet og Helsedirektoratets overtagelse av spesialistutdanningen gjør at legene mister definisjonsmakten av hva det vil si å være en *god* lege.

Kan man finne en annen profesjonsdefinisjon for leger?

I litteraturen om legers arbeidsforhold har det blitt lansert andre definisjoner av å være profesjonell i det 21. århundre (Hafferty & Castellani, 2010) (Light, 2015). Her tas det høyde for at dagens arbeidshverdag for en lege er preget av langt mer komplekse problemstillinger enn hva som var tilfelle for noen tiår tilbake. Både fordi pasientenes tilstander er mer kompliserte og behandlingsalternativene flere, men også at kostnadene er sterkt økende, pasientsikkerheten ikke god nok, kvalitetsforbedringer går for sakte og uønsket variasjon i tilbudet. Dette skjer samtidig med at store befolkningsgrupper ikke får optimal helsehjelp, og det jobbes for lite med forebygging. I tillegg gjør endringer i arbeidsmarked og arbeidsmiljøhensyn at leger ikke kan jobbe like lenge på lik måte som før (Hafferty & Castellani, 2010).

I dag framstår medisinen stadig som i rask utvikling, men behovene og forventningene vokser raskere (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Antibiotikaresistens, komplikasjoner, sviktende pasientsikkerhet og overbehandling preger i like stor grad nyhetsbildet som beskrivelser av ny teknologi. I tillegg ser det ikke ut til at dagens leger ønsker et arbeidsliv der kallet om å tjene samfunnet og menneskeheten nødvendigvis er det sentrale. I en fersk doktorgrad om hvordan en ny generasjon leger ser på karriere og hvilke idealer som preger jobben, er den megetsigende tittelen ”It’s just a job” (Diderichsen, 2017). Profesjonen medisin består nå ikke lenger bare av menn drevet av et kall, men av menn og kvinner som begge ønsker og forventer en akseptabel balanse imellom arbeid og fritid.

Olaf Aasland konkluderer i artikkelen ”Healthy Doctors – Sick Medicine” at selv om medisinstudiet stadig tiltrekker seg ungdom med svært gode karakter og utmerket helse, møter de en utdatert profesjonell arv (Aasland O., 2015). Når den tradisjonelle legerollen og forventningene moderne medisin skaper kolliderer, fører dette til misnøye og frustrasjon hos den enkelte lege.

Redefinering av å være profesjonell lege foreslås som en løsning (Aasland O., 2015) (Light, 2015) (Frenk, et al., 2010) (Medical Professionalism Project; ABIM Foundation, 2002). Et fellestrekk ved disse forfatterne er ønsket om en overgang fra profesjonalisme basert på autonomi (autonomy) til å bli basert på ansvarliggjøring (accountability). David Light oppsummerer dette i følgende tabell:

Traditional professionalism based on <i>Autonomy</i>	The new professionalism based on <i>Accountability</i>
Quality focused on treating individual patients well. Results in large variations in process and outcomes.	Quality focused on populations-based outcomes. Aims to reduce variations through guidelines and protocols.
Oriented towards episodic treatment of acute problems.	Oriented towards prevention and risk management in populations.
Physician-based practice and authority. Delegated work to nurses, others.	Team-based practice and collaboration.

Tabell 1, etter David Light (Light, 2015)

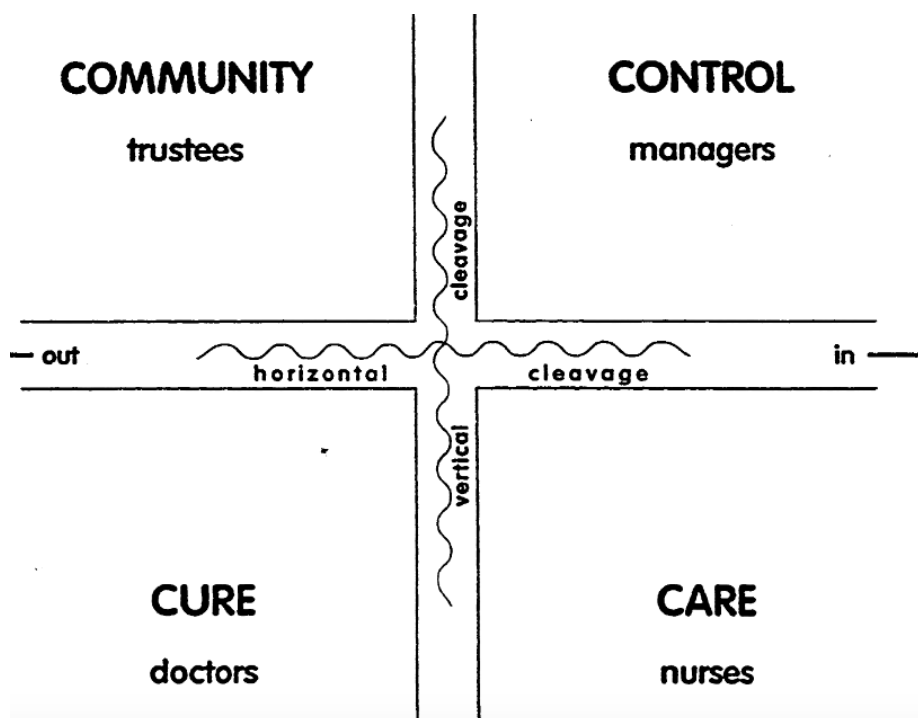
3.2 Kultur

Allerede i 1951 ble kultur definert på hele 164 måter (Bang, 2013). En definisjon kan være; «Kultur er den komplekse helhet som består av kunnskaper, trosformer, kunst, moral, jus og skikker, foruten alle de øvrige ferdigheter og vaner et menneske har tilegnet seg som medlem av et samfunn.» (Schackt, 2018). I denne oppgaven er kulturen i en gruppe mennesker, en organisasjon, i fokus. "Organisasjonskultur" har også flere definisjoner, som Bang oppsummerer slik:

«Organisasjonskultur er de sett av felles normer, verdier og virkelighetsoppfatninger som utvikles i en organisasjon når medlemmene samhandler med hverandre og omgivelsene, og som kommer til uttrykk i medlemmenes handlinger og holdninger på jobben» (Bang, 2013)

Selv om et sykehus i seg selv kan sies å ha en egen kultur, vil det også være subkulturer innad i et sykehus. En subkultur kan i følge Bang utvikles i «en undergruppe av organisasjonens medlemmer som samhandler jevnlig med hverandre, som identifiserer seg selv som en distinkt gruppe i organisasjonen, som deler et sett av utfordringer som de fleste i gruppen er enige om er problematiske, og som rutinemessig handler på grunnlag av gruppens unike kollektive virkelighetsoppfatning» (Bang, 2013).

I sin tenkning om helsevesenet har Sholom Glouberman og Henry Mintzberg beskrevet minst fire subkulturer (Glouberman & Mintzberg, 1996), som illustrert i Figur 3.



Figur 2, fra S. Glouberman og H Mintzberg (Glouberman & Mintzberg, 1996)

Glouberman og Mintzberg beskriver at disse fire gruppene av aktører, hvorav tre arbeider i sykehuset, ikke bare utgjør forskjellige kulturer men endog forskjellige verdener. Med eget språk, egne normer og verdsett. For legenes del handler dette om at man jobber i, men ikke for, sykehuset (i likhet med publikum). Men i motsetning til «mannen i gata» snakker legene sykehusspråk og har lojaliteten til sin egen profesjon og

sitt arbeid, som handler om kortvarige intervensjoner for et akutt problem (Glouberman & Mintzberg, 1996). «Mannen i gata», eller pasientene/de potensielle pasientene, har samme interesser som sykehusets administrasjon; å gi best mulig helsetjenester til befolkningen.

Det kan selvsagt argumenteres at Glouberman og Mintzbergs beskrivelse av disse fire "verdener" og barrierene mellom dem er for generaliserte. Men mye av kritikken legene mener seg utsatt for handler nettopp om et språk, et verdisett, normer og regler man ikke kjenner, og som man ikke mener treffer problemene man opplever (Wyller, et al., 2013) (Mjåset, Sunde, & Lindahl, Kirurg sier opp i protest mot ukultur, 2018). Kritikken er mot administrasjonen på sykehuset og politikerne alene. Legene synes å bli tatt for gitt at legene og pasientene har samme interesser. Brukernes sitat i innledningen til *Nasjonal helse- og sykehusplan* om at "pasientane er dei mest radikale endringsagentane" kan tyde på at dette ikke stemmer (Det kongelige Helse- og Omsorgsdepartement 2015)

Legekultur?

Det ligger utenfor hovedformålet med oppgaven å gi en fullverdig beskrivelse av "legekulturen" eller alle varianter av subgrupper den måtte ha. Teorien som beskrives om kultur og legekultur er plukket ut for å gi relevans til forskningsspørsmålene om hvordan norske sykehusleger oppfatter det politiske budskapet om "pasientens helsetjeneste".

For at en kultur skal utvikles i en gruppe påpeker Edgar Schein i boken "Organisasjonskultur og ledelse – er kulturendring mulig?" fra 1987 at tre betingelser må være tilstede (Schein, 1987):

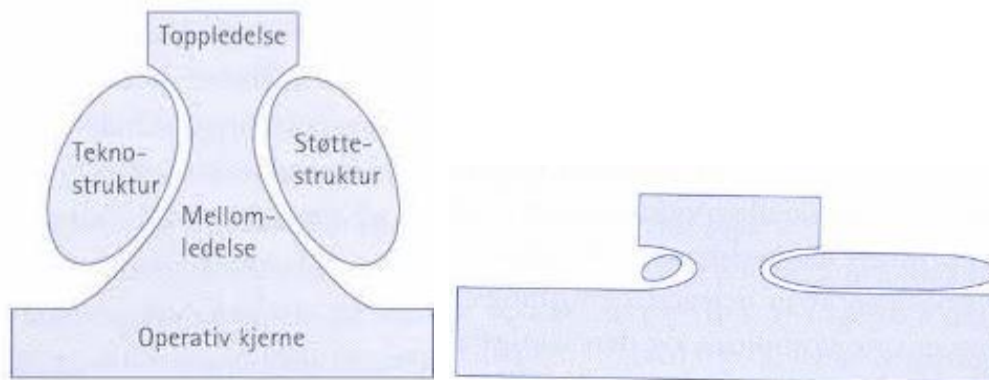
- Gruppen har brukt mye tid sammen og delt betydningsfulle problemer
- Gruppen har løst problemer sammen, og sett effekten av løsningen
- Gruppen har tatt inn nye medlemmer

I løpet av medisinstudiet vil alle betingelser i Scheins definisjon av at en kultur skal utvikles i en gruppe oppfylles. De fleste leger i Norge har også gjennomført

turnustjeneste² på noenlunde like vilkår, og en kan derfor se for seg grunnlag for en etablert medisinsk kultur.

En slik kultur, spesielt sett sammen med profesjonens kjennetegn om "høy grad av intern kontroll med etterlevelsen av yrkesetiske og faglige normer" (Myhre, 2015), kan være utfordrende å endre. I hvert fall om man selv ikke er en del av profesjonen. Helge Hernes beskriver at "profesjonelle bruker vi-de-betegnelser, og med det plasserer seg selv og andre i sosiale kategorier" (Hernes, 2002). Hernes beskriver videre at det er de daglige møtene mellom folk som preger med hvem, og hvordan, de profesjonelle identifiserer seg. De profesjonelle har på grunn av sin kunnskap mulighet til å utføre sitt arbeidet ganske uavhengig av lederne.

I Mintzbergs klassifikasjon av organisasjoner (Mintzberg, 1993) beskrives slike organisasjoner som et "profesjonsbyråkrati". Figur 3a viser Mintzbergs fem-delning av en organisasjon. I figur 3b brukes samme grunnmodell for å illustrere et profesjonsbyråkrati. Ofte eksemplifiseres en slik organisasjon med sykehus eller universitet.



Figur 3 a; Organisasjonens fem elementer

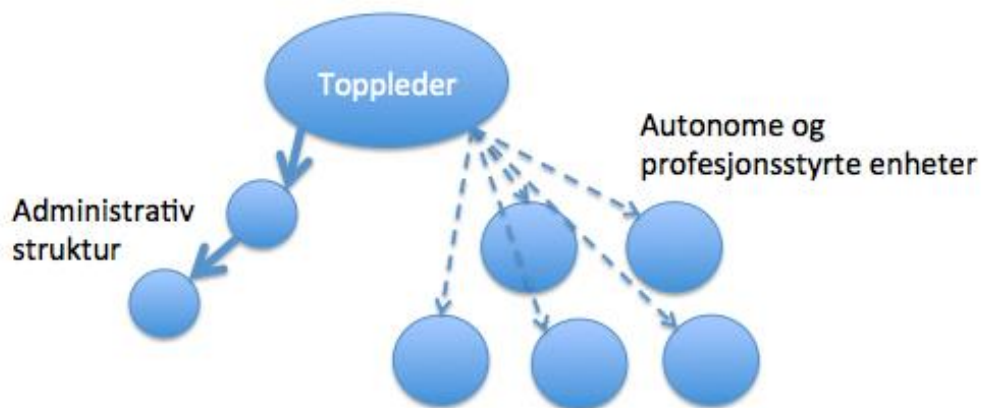
3b) Profesjonsbyråkrati

(begge bilder hentet fra Ida Hoels oppgave "Flate organisasjoner, NHH, 2006)

² Turnustjeneste heter "tjeneste som LIS 1" fra og med mars 2017, her bruker jeg det gamle og godt innarbeidede begrepet turnuslege om de første 1,5 år med plikttjeneste 1 år i sykehus og ½ år i allmennpraksis.

Selv om Mintzberg brukte begrepet *profesjonsbyråkrati* vil betegnelsen profesjonsorganisasjon kanskje bedre beskrive strukturen i en slik organisasjon. Modellen viser at toppledelsen i et slik organisasjon leder mange. Dermed vil toppleder relativt sjelden ha direkte interaksjon med den enkelte profesjonsutøver i den operative kjernen. Og siden den operative kjernen består av autonome profesjonsutøvere vil det heller ikke være nødvendig for å få jobben gjort.

I en organisasjon med et klart tyngdepunkt i den operative kjernen, kombinert med at leder sjelden er i direkte kontakt med den enkelte profesjonsutøver, ligger lite til rette for at et endringsbudskap som kommer via lederlinjen skal få gjennomslag. I figur 4 er styringslinjene og deres betydning forsøkt illustrert i en profesjonsorganisasjon:



Figur 4

I et sykehus vil den administrative strukturen for eksempel være økonomiavdelingen. Budsjettmøtene blir forberedt til de tidspunkter toppleder bestemmer, og innenfor regnskapslovens begrensninger, på en slik måte som toppleder ønsker. Slik fungerer ikke beslutningslinjene mot de profesjonsstyrte enhetene. Disse enhetene, som i et sykehus for eksempel kan være hjerteavdelingen og ortopedisk avdeling, vil i realiteten selv bestemme hvordan hjerteinfarkt og ankelbrudd skal behandles. En beskjed fra toppleder om å endre praksis på tvers av en slik enhets ønske vil ha beskjeden gjennomslagskraft.

Politikerne er enda lengre unna legene enn sykehusets ledelse. Sannsynligheten for at de blir betraktet som en de-gruppe for legene er stor. På toppen av at budskapet kan tolkes

underveis i sin ferd i gjennom sykehusbyråkratiet, møter budskapet også en gruppe som i følge Hernes vil tolke et budskap fra en de-gruppe mer negativt enn om det hadde kommet fra en vi-gruppe (Hernes, 2002, pp. 130-133).

En leges første profesjonelle identitet er konstruert rundt det å være medisinstudent, senere ferdig lege. I et sykehus vil man imidlertid ha flere medisinske spesialiteter representert. Dette gir en mulighet til ytterligere identitetskonstruksjon, til for eksempel lungelege eller gynekolog. De forskjellige spesialitetene har forskjellige krav til hva legene skal mestre. Punkt to i Scheins definisjon av hva som må til for å skape en gruppekultur vil dermed være oppfylt; altså hvilke problemer en løser sammen og hvilke effekter en ser av arbeidet sitt. En hjertekirurg ser andre pasienter enn en barnelege eller psykiater. For legene kan dette bety at de definerer sin profesjonelle kjerneoppgave ulikt. Et godt håndlag med skalpell er avgjørende for kirurgen, men uvesentlig for psykiateren.

Om forskjellige medisinske spesialiteter har sine distinkte subkulturer, og disse tolker budskap ut ifra sin profesjonelle kontekst, kan dette ha påvirkning på hvordan legene i den aktuelle subkulturen forholder seg til "pasientens helsetjeneste". Det er gjort studier på samvalg³ som beskriver at så kan være tilfelle. Blant annet har Pollard et al beskrevet dette i metaanalysen "Physician attitudes toward shared decision making: A systematic review" fra 2014 (Pollard, Bansback, & Sterling, 2015). I artiklene som var grunnlaget for metaanalysen var det materiale fra blant annet spesialister i kreftsykdommer (onkologi), kvinnesykdommer og fødselshjelp (gynekologi) samt kirurgiske spesialiteter. Her var funnene noe sprikende. Men flere artikler viste at onkologene og gynekologene var mer positive til samvalg enn kirurgene. I artikler der legene ble bedt om å vurdere egen holdning var LIS-leger i gynekologi og psykiatri mest positive, men pediatri (barnemedisin) sto i en mellomposisjon. Spesialister i ortopedisk kirurgi og indremedisin var de mest negative (Pollard, Bansback, & Sterling, 2015).

³ "Samvalg" er den norske oversettelsen av det engelske begrepet "shared decision making", altså at pasient og lege i fellesskap skal komme fram til en beslutning om hvilke tiltak som skal gjøres for pasienten.

Hvilken betydning har utdanningen for å skape kulturendring?

I artiklene som fremmer nødvendigheten av nytt syn på hva medisinsk profesjonalitet skal være (Frenk, et al., 2010) (Hafferty & Castellani, 2010) pekes det på at endringen kommer ved å endre medisinstudiet. Dette er erkjent også i Norge.

Blant annet har Den norske Legeforening utarbeidet en rapport om medisinsk grunnutdanning i 2014 (Halonen, Skranes, Jula, Bærheim, Rustad, & Eilertsen, 2014), som tar opp tema som å samhandle, kommunisere godt og ha forståelse for hele pasientforløpet. Altså samme tema som etterlyses hos David Light og Frenk et al.

Også i den norske videreutdanningen, altså løpet fra en er ferdig med medisinstudiet til en er spesialist, har det skjedd store endringer de siste årene. Fra mars 2017 og 2019 gjelder nye regler for hva som skal til for å bli hhv. turnuslege (LIS 1) eller spesialist i medisinske disipliner. Behovet for styrket kompetanse innen pasientsikkerhet og kvalitet understrekes ved at det opprettes obligatoriske kompetansemål innen for eksempel brukermedvirkning, etikk, kommunikasjon, samhandling og pasientsikkerhet (Helsedirektoratet, 2014).

Det virkelig nye med disse reglene er imidlertid at de er utformet i Helsedirektoratet og ikke av Legeforeningen (Helsedirektoratet, 2014). Sett i lys av definisjonene av en profesjon hos Freidson og Aubert (Freidson, 2001) (Myhre, 2015) der nettopp det å selv definere *hvem* som skulle delta i profesjonen og *hva* som skulle til for at vedkommende kan sies å være "bra nok", er dette en betydelig maktforflytning fra legene selv til departement og direktorat. Dette har også vært et direkte mål i norsk politikk over lang tid og uavhengig av Regjeringens sammensetning; "..profesjonene har fått for stort spillerom.." (Stortinget, 2001); "..må få de mektige legene til å bevege seg i en retning de ikke ønsker.." (Lerø, 2009), "..det handler om å flytte makt." (Høie B., Sykehustalen, 2016).

3.3 Legers arbeidsforhold

I denne masteroppgaven er legenes arbeidstider, og organisering av arbeidstiden deres, interessant fordi det setter noen rammer for hvordan relasjonen imellom pasient og sykehuslege kan være. Hovedinnretningen for hvordan helsevesenet er organisert har betydning. I et helprivatisert helsevesen som i USA er det beskrevet som en norm å være

en aktiv pasient som utøver personlige valg i enhver kontakt med helsevesenet (Tritter & Lutfey, 2009). For helsevesen som i all hovedsak er offentlig finansiert og allment tilgjengelig, har påvirkningen fra pasienter tradisjonelt vært via stemmeseddelen – hvordan skal systemet virke for alle (Tritter & Lutfey, 2009). Ut fra disse rammevilkårene skulle en anta at amerikanske leger i annen grad enn norske ville være vant til å ta hensyn til pasientens mening i beslutninger om egen helse.

I Norge har det vært et klart politisk ønske at pasienter skal delta mer aktivt i egen behandling, jfr. den politiske interessen for prioritering i helsevesenet og forsterkning av pasientrettigheter. I boken "Styring, prioritering og likebehandling. utfordringer i norsk helsetjeneste" (Aasen, Bringedal, Bærøe, & Magnussen, 2018) beskrives Norge som "et av de landene i verden som har kommet lengst.." i formalisering av prinsipper og kriterier for prioritering i spesialisthelsetjenesten. Ikke nok med det: "Norge skiller seg også ut fra andre land ved at lovgivning er tatt aktivt i bruk for å innskrenke både det politiske og profesjonelle handlingsrommet." (Aasen, Bringedal, Bærøe, & Magnussen, 2018, p. 18). For legene beskriver forfatterne en endring fra "å råde grunnen i helsevesenet" til at det per i dag er "omfattende myndighetsstyring" (Aasen, Bringedal, Bærøe, & Magnussen, 2018, p. 19).

Også andre forhold enn politiske og ideologiske påvirker relasjonen mellom pasient og lege. En så konkret ting som tid til å faktisk treffes er viktig for å utvikle en relasjon i det hele tatt. Ved å treffes over tid utvikles relasjonen. Per Fugellis beskrivelser av "engangslegen" etter å ha møtt 37 forskjellige leger da han ble behandlet for kreft ble hørt av politikerne. I 2015 ble Spesialisthelsetjenesteloven utvidet med krav om at alle pasienter med alvorlig sykdom av en viss varighet skulle få egen "kontaktlege"⁴ (Storvik, 2014).

⁴ Lovtekstens §2-5c er som følger: Helseinstitusjon som omfattes av denne loven skal oppnevne kontaktlege for pasienter som har alvorlig sykdom, skade eller lidelse, og som har behov for behandling eller oppfølging av spesialisthelsetjenesten av en viss varighet. Kontaktlegen skal være involvert i behandlingen eller oppfølgingen av pasienten.

Dette kravet skal imidlertid sammenstilles med begrensningene avtaleverket setter for legenes arbeidstid. Med lengre arbeidsøkter vil sjansen for å møte "engangslegen" reduseres, slik det beskrives i kronikken "Kommunikasjon med kirurgisk presisjon". Her beskriver en takknemlig norsk pasient tryggheten det ga å treffe samme lege gjennom hele sin operative behandling fra innskriving til utskriving (Normann-Eide, 2018). Hvorvidt man rett og slett brøt de norske arbeidstidsbestemmelsene i dette tilfellet, eller de hadde klart å finne et system for å få det til innenfor begge lovers rammer sier kronikken intet om.

Også andre konkrete forhold vil påvirke legers mulighet til å opprette og utvikle en god relasjon til pasienten. Treffes man på et rom med mange tilstede, eller kan samtalen holdes konfidensiell? Er hjelpepersonell tilgjengelig, har pasienten fått informasjon i forkant om hva som skal skje? Har legen hatt tilgang til god informasjon om pasienten i forkant fra fastlege/legevakt? Hvordan foregår kommunikasjonen imellom legen og hjelpepersonell? Er pårørende tilstede – og er det i så fall positivt eller negativt? Fungerer legenes tekniske hjelpemidler og er de der undersøkelsen foregår? Dette er bare noen eksempler på hvordan legenes arbeidsforhold kan påvirke om det er mulig å få til "pasientens helsevesen" Listen kunne ha vært lengre, men for slike faktorer henvises til artikkelen "Physician Dissatisfaction (Crosson & Casalino, 2015). Selv om artikkelen tar utgangspunkt i amerikanske forhold antas det at slike praktiske elementer vil være noenlunde like i Norge.

Som påpekt i kapittel 3.2 er det indikasjoner på at de forskjellige medisinske spesialitetene utgjør egne subkulturer. I så fall kan disse enkelte subkulturer tolke samme budskap forskjellig. Dette handler imidlertid ikke bare om tolkning, men også at et budskap vil ha ulik konsekvens i forskjellige subgrupper. Et eksempel er kravet om kontaktlege. For noen spesialiteter er dette allerede innført, fordi man vurderer kontinuitet i kontakten med pasienten som viktig for det medisinske resultatet. I andre spesialiteter oppfattes kravet om kontaktlege ikke bare som umulig å gjennomføre, men også som uviktig for å oppnå et godt resultat. Det samme kravet kan dermed møtes med et skuldertrekk i en spesialitet, men skape store endringer i den praktiske hverdagen i andre spesialiteter. Opplevelsen om dette er et inngrep i den profesjonelle autonomien vil naturlig nok være svært forskjellig.

3.4 Lege-pasientrelasjonen

Skal en lykkes i å skape et "pasientens helsetjeneste" er det viktig at dette etterleves i alle kontakter imellom pasient og helsepersonell. I og med at sykehuslegenes opplevelse av "pasientens helsetjeneste" som er tema i oppgaven, vil denne delen av teorigjennomgangen fokusere kun på lege-pasientrelasjonen.

Lege-pasientforholdet kjennetegnes av asymmetri; pasienten søker legen for hjelp til et helseproblem vedkommende ikke finner ut av selv. Legen har mulighet til å hjelpe vedkommende, fordi legen har kunnskap pasienten kan ha nytte av. Men også fordi legen har tilgang til virkemidler pasienten ikke rår over, eller som pasienten trenger legens bistand til å benytte – som sykemelding eller andre trygderettigheter.

Hvordan dette gjøres i praksis varierer. Bare i USA og Vest-Europa beskrives minst fire forskjellige modeller for lege-pasientforholdet (Emanuel & Emanuel, 1992);

- en *paternalistisk modell* der legen bestemmer hva pasienten skal gjøre og pasienten adlyder
- *forhandlingsmodellen*, der legen aktivt prøver å få pasienten til å gjøre det legen mener er riktig
- *tolkningsmodellen*, der legen hjelper pasienten med å gjennomføre pasientens valg
- *informasjonsmodellen*; der legens rolle kun er å gi pasienten informasjon

Ut ifra de politiske signalene om "pasientens helsetjeneste", der det mest sentrale budskapet kan sies å være "ingen beslutning om meg uten meg", kan en se for seg at oversettelsen til de fire modellene vil være "tolkningsmodellen". Det viktigste poenget er kanskje å bevege seg bort fra en paternalistisk modell.

I hvor stor grad eksisterer en paternalistisk modell i norsk spesialisthelsetjeneste i dag? I en fersk artikkel i Legeforeningens tidsskrift om disse legerollene (Aasland O., 2018) er den nyeste artikkelen det henvises til fra 2001. Her beskriver Falkum og Førde (Falkum & Førde, 2001) hvordan norske leger responderte på 16 utsagn. 37% av legene var "ambivalente", altså skåret de høyt eller lavt både på pasientautonomi og paternalisme. 24 til 38% av legene ble beskrevet med forskjellige varianter av paternalisme. Her fant

de blant annet at "paternalismeskåren" økte signifikant med alder, og var mest uttalt hos kirurger og laboratoriemedisinere. Blant legene som skåret høyest på en tolkningsmodell var det flest kvinner, og skåren var klart høyere for leger i 40-årene enn for leger i 60-årene. Artikkelen diskuterer ikke om dette er en kohortendring, altså en endring som handler om en faktisk holdningsendring blant legene i 40-årene. Men sett i sammenheng med den endringen av kunnskapsbegrepet som eksemplifisert i kapittel 3.0, er det grunn til å anta at dette er en reell kohortendring. Og at disse legene dermed kommer til å ha noenlunde samme holdninger når de selv blir 60.

Men også pasienter er forskjellige. Som nevnt i kapittel 3.3 om legers arbeidsforhold er det forskjellige tradisjoner for hva som er forventet pasientadferd for eksempel i USA og i land med offentlig finansiering av helsevesenet. Forskning gjort innen offentlig finansierte helsevesen ser imidlertid også at det kan være nasjonale forskjeller på hvordan pasienter ønsker å delta i beslutninger om egen behandling. Fredriksson, Eriksson og Tritter fant at engelskmenn i større grad enn svensker ønsket å ta beslutninger selv (Fredriksson, Eriksson, & Tritter, 2017). I samme artikkel refereres det til at kvinner i større grad enn menn ønsker å ta beslutninger om egen helse. Denne artikkelen var basert på et representativt utvalg av befolkningen, og skilte ikke på om respondentene hadde helseproblemer eller ikke.

Andre artikler der man har sett på bestemte pasientgrupper, finner at svært få pasienter ønsker å ta selvstendig ansvar for beslutninger om egen helse (Deber, Kraetschmer, Urowitz, & Sharpe, 2007). I samme artikkel har man sett på om pasientene ønsket et samvalg ("shared role") eller en passiv rolle ("passive role"). Funnene viste at god kjennskap til egen sykdom, utdanning og å være ung økte tendensen til å ønske samvalg. Personer med lav utdanning og eldre hadde størst sannsynlighet for å ønske seg en passiv pasientrolle (Deber, Kraetschmer, Urowitz, & Sharpe, 2007). Funn som peker i samme retning fant Levinson et al også i et representativt utvalg amerikanere; her var det kvinner, høyt utdannede og personer med kaukasisk avstamning som i størst grad ønsket å delta i beslutninger om egen helse (Levinson, Kao, Kuby, & Thisted, 2005).

Artiklene gir ikke svar på om disse forskjellene handler om personer med lav utdanning og eldre faktisk ikke *ønsker* samvalg, eller om de ikke har *muligheter* til det på grunn av sin lave utdanning eller aldersgruppe. En reell mulighet for samvalg foreligger ikke om den språklige og/eller kompetansemessige avstanden imellom partene er uoverstigelig. Utvalget av artikler er for lite til at man kan si om dette har med alder i seg selv å gjøre, eller om dette er en kohorteffekt.

En kohorteffekt vil si at nye generasjoner, som er oppdradd med mindre autoritetsfrykt og med et generelt høyere utdanningsnivå, vil ha preferanser tilsvarende det man finner i mer ressurssterke grupper i disse artiklene. Men det kan også være at når det legges til rette for økt pasientmedvirkning vil dette øke forskjellene man finner allerede i dag. Et konkret tiltak som tilgang til egen journal gir først reell innflytelse om en har dataverktøyet tilgjengelig, evner å lese og forstå en medisinsk journal, og deretter har krefter til å komme i kontakt med legen og ta opp det man mener ble feil.

En kan også merke seg at artiklene det refereres til ikke er helt nye. Metodikken er ei heller lik. Utvalgene er forskjellige med hhv. pasienter og generell befolkning, og spørsmålene blir da også enten mer spesifikke om oppfølgingen av den enkelte pasient eller "hvordan ville du ha svart på følgende generelle utsagn". Noen artikler har studert holdninger til samvalg alene, andre fokuserer på om pasienten ønsker å ta beslutninger selv. Om respondentene da tenker at "selv" her refererer til "helt alene" eller "aktivt deltagende i" en beslutning er ikke eksplisitt beskrevet. Det framgår heller ikke fra vedlagte spørreskjema at dette er utdypet ovenfor respondentene. Hvor overførbart dette er til en norske pasienter i dag, sett i norsk kontekst, kan det derfor ikke svares på.

At yngre leger kan synes mer positive til en lege-pasientrelasjon med større pasientautonomi kan henge sammen med satsingen de medisinske fakultetene har gjort på å bedre legenes kommunikasjonsferdigheter. Det er utviklet forskjellige metoder for å trene leger i "alle aldre" i bedre kommunikasjon (Guldbrandsen, 2013). Men tross gode resultater fra slike kurs, viser resultater både fra Norge og USA at de fleste beslutninger i lege-pasient-kontakten på sykehus tas uten at pasientene dras aktivt med i beslutningene (Ofstad, 2015) (Ospina, et al., 2018). I det amerikanske materialet som inkluderte både allmennleger og sykehusleger fant man at legen avbrøt pasientens

forklaring av sitt problem etter gjennomsnittlig 11 sekunder, og sykehuslegene avbrøt raskere enn allmennlegene (Ospina, et al., 2018). At studentene møter en slik praksis etter slutført studie kan forklare at det er vanskelig å si i fra om adferd studentene har lært er uheldig (Dale, 2018). Pasientene gir da også selv tilbakemelding om at de i for liten grad blir involvert i egen behandling, jfr. eget innledningskapittel "Forord fra brukerne" i *Nasjonal Helse- og Sykehusplan* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, p. Kap. 2).

3.5 Oppsummering teori:

Denne teorigjennomgangen viser sprik mellom den tradisjonelle måten å definere profesjonalitet på internt hos legene, og forventningene samfunnet har til kunnskaper, ferdigheter og holdninger hos leger i dag. Årsakene kan være at legenes utdanning er utviklet i en tid der krav og forventninger var annerledes. Uavhengig av årsak synes det som dette spriket fører til frustrasjon både hos legene (utbrenthet), pasientene (misnøye) og politiske myndigheter (strammere styring av legene).

Samtidig viser teorien at bildet er nyansert. Det er pasienter som i hovedtrekk er fornøyd med en tradisjonell og mer paternalistisk legerolle, akkurat som det er leger som tar pasientene aktivt med i valg som angår deres helse.

Utover funnet om at trening på kommunikasjon og brukermedvirkning ser ut til å virke, svarer ikke teorigjennomgangen på hva som gjøres for å minske spriket imellom hvordan leger, pasienter og politikere forventer at en lege skal skjøtte rollen sin. Derimot tyder mye på at strammere politisk styring med flere lovkrav, rettighetsfesting og tilhørende dokumentasjon bidrar til utbrenthet og misnøye framfor endringsvilje hos legene.

4.0 Forskningsspørsmål

Problemstillingen og gjennomgangen av aktuell teori førte til følgende forskningsspørsmål:

Hvordan forstår legene det politiske budskapet om "pasientens helsetjeneste"?

Hva former legenes holdning til, brukermedvirkning?

Hvordan påvirker denne politiske bestillingen legenes hverdag?

Hvordan påvirker denne politiske bestillingen tilbudet legene gir til pasientene?

5.0 Metode

Litteraturgjennomgangen avdekket ingen tidligere studier om sykehuslegers forståelse av den politiske bestillingen om å skape "pasientens helsetjeneste". En nærmere beskrivelse av temaet kunne vært gjort både via kvantitative metoder, som spørreundersøkelser, eller via kvalitative metoder, som intervju. Aksel Tjora påpeker i boken "Kvalitative forskningsmetoder i praksis" at metodevalget må reflektere hva man faktisk ønsker å finne ut, og at datagenereringen må gi mest mulig relevant og pålitelig informasjon uten unødig bruk av forskeres og deltageres tid og ressurser (Tjora, 2017) (side 17). Motivasjonen for undersøkelsen var å forstå bedre hvordan sykehusleger fortolket de politiske signalene om "pasientens helsetjeneste". Kirsti Malterud understreker at når spørsmålsstillinger handler om "utforskning av menneskers erfaringer, opplevelser, verdier og samhandlinger kommer vi bare et stykke på vei med biomedisinsk eller epidemiologisk forskningsmetode og hypotesetesting basert på statistisk bearbeiding av numeriske data innsamlet under standardiserte betingelser" (Malterud, 2002).

I samråd med veileder ble forskjellige metoder vurdert, men vi kom fram til at kvalitative metode var best egnet. Målsettingen med arbeidet var nettopp å utforske opplevelsene sykehuslegene hadde av "pasientens helsetjeneste". Det ble valgt et induktivt design, altså der man går fra empiri og eventuelt genererer teori, ville være best egnet for problemstillingen (Tranvik, 2009). Ved induktive studier kan man ikke

nødvendigvis svare på spesifikke forskningsspørsmål. Hensikten er å beskrive et felt eller tema slik at en eventuelt kan generere hypoteser eller teori.

Intervjuer med enkeltinformanter er en vanlig måte å innhente data på i kvalitativ forskning, og er grundig beskrevet i metodelitteraturen (Malterud, 2002) (Tjora, 2017) kap 4. Tjora beskriver endog det som en hovedregel at dybdeintervjuer brukes der man vil studere meninger, holdninger og erfaringer (Tjora, 2017) s. 114. Andre metoder finnes, som fokusgruppeintervju eller spørreskjema. I denne masteroppgaven valgte jeg imidlertid intervjuet med enkeltperson som metode. Min antagelse var at om sykehuslegene ble samlet i grupper ville det kunne påvirke svarene deres, blant annet ut ifra utsagn fra ellers toneangivende leger om at tematikken var nesten tabu å snakke om (Basso, 2017). Spørreskjema ville ikke gi mulighet til å stille oppfølgingsspørsmål, og derfor ville metoden gi for lite utfyllende beskrivelse av tematikken jeg ønsket å belyse.

5.1 Semistrukturerte intervju:

Tjora beskriver at målet med semistrukturerte intervjuer er å "få informanten til å reflektere over egne erfaringer og meninger knyttet til det aktuelle temaet for forskningen" (Tjora, 2017, p. 113). Også Malterud påpeker at slike intervjuer egner seg for tema som krever ettertanke og trygghet (Malterud, 2002). Selv om man bruker en intervjuguide som støtte er spørsmålene åpne og ikke standardiserte. Den intervjuede (informanten) oppfordres til å reflektere om temaene, og digresjoner som kan utvide forståelsen er velkomne.

5.2 Intervjuguiden:

Intervjuguiden var fokusert på tre hovedtema; hvordan fortolket legen utsagnene fra helseministeren, hvilke erfaringer hadde legen med brukermedvirkning i sin kliniske praksis, og hvilke gevinster og ulemper så legen med brukermedvirkning. Guiden er gjengitt i sin helhet i vedlegg 3. Gjennom hovedtemaene ble det også kartlagt hvordan legen hadde lært seg å involvere og informere pasienten, og legens tanker om hva som hadde vært effektiv læring. Guiden ble gjennomgått av en PhD-student og LIS i psykiatri og veileder. Begge ga nyttige innspill til forbedringer.

I løpet av intervjuene forble guiden uforandret. Intervjuene varte fra 40 til 75 minutter, avhengig av hvilke tema informantene fokuserte på og hvor mange eksempler de selv kom med.

5.3 Rekruttering av informanter:

Jeg ble tipset om at pasientrettighetsbevegelsen kom først til fag som psykiatri, gynekologi og onkologi (personlig meddelelse prof. Jonathan Tritter 1.3.2017). Siden jeg selv er psykiater ønsket jeg å utforske tematikken i andre fag enn mitt eget. Dette var delvis for å unngå skjevhet i utvalg og respons. Risikoen ble vurdert stor for at jeg ville tolke ut fra egen forforståelse av hvordan "pasientens helsetjeneste" fortoner seg i mitt eget fagfelt. Men jeg var også nysgjerrig på om "pasientens helsetjeneste" framsto annerledes for sykehusleger med en annen arbeidshverdag enn min egen. Spesielt på hvordan dette artet seg i de kirurgiske fagene, som for meg framsto som prosedyrestyrte og med lite vektlegging av kommunikasjon med pasienten.

Med utgangspunkt i et eksplorativt design vurderte jeg i samråd med veileder at "snøballmetoden" ville være egnet for å rekruttere informanter. Snøballmetoden går ut på at en informant anbefaler andre informanter, og disse igjen nye (Biernacki & Waldorf, 2017). Det positive med metoden er at sjansen for at informanter sier ja til å delta er større når en er spurt eller har fått en anbefaling om å delta av noen man kjenner. Risikoen er at informantene spør noen de kjenner, som igjen kan føre til at utvalget blir skjevt. Antagelsen var at der jeg fikk ja, ville dette sannsynligvis være informanter med interesse for og meninger om temaet. Dette ble vurdert i utgangspunktet å være positivt. Ønsket var nettopp å kartlegge meninger om "pasientens helsetjeneste", og da ville det være en fordel om informanten allerede hadde gjort seg opp tanker om teamet. Studien hadde ikke som målsetting å kartlegge alle legers eller bestemte legers forståelse av "pasientens helsetjeneste".

Siden jeg har en lederstilling ved sykehus og har engasjert meg i problemstillinger knyttet til "pasientens helsetjeneste", valgte jeg å intervju leger i et annet helseforetak enn der jeg jobber. Med dette håpet jeg å unngå at legene svarte det de antok jeg ønsket

å høre, men også for å unngå at informantene skulle bli bekymret for at svarene de ga skulle komme arbeidsgiver eller kolleger for øre.

5.4 Informantene

Tre leger-innen forskjellige fagdisipliner ble kontaktet. En av disse var engasjert i fagforeningsarbeid, en var en leder innen sitt fag og en hadde jeg ikke kjennskap til at hadde tidligere interesse for temaet. Det viste seg at en av disse legene hadde sluttet ved det aktuelle sykehuset, men de øvrige to ønsket å delta. Begge bidro med en rekke nye navn, som igjen tipset om ytterligere informanter. Det var intet overlapp i forslag om personer å intervju. Legene som ble kontaktet var gjennomgående positive til å delta. Én takket nei fordi vedkommende var i utlandet i intervjuperioden, og én meldte forfall intervjudagen på grunn av sykdom. Etter ti gjennomførte intervjuer vurderte jeg at metningspunktet var passert.

De intervjuede legene hadde fra 8 til 40 års erfaring som leger etter fullført turnustjeneste – noen innen flere disipliner og fra flere sykehus. 4 var menn, 6 kvinner. Begge kjønn var representert både blant de mest og minst erfarne legene. Ved intervjutidspunktet jobbet alle på samme sykehus. Noen hadde eller hadde hatt lederstillinger, flere var eller hadde vært tillitsvalgte, men flertallet hadde ikke tillitsverv. Flertallet jobbet i kirurgiske spesialiteter, men også fag som pediatri, anestesi og geriatri var representert. Med to unntak hadde alle legene vitenskapelig kompetanse i form av påbegynt eller gjennomført PhD.

Der sitater er brukt er legene betegnet med A-B-C, etter hvilken rekkefølge de ble intervjuet. Oversikt over hvordan legene er benevnt fins i vedlegg 4.

5.5 Gjennomføring av intervjuene

Samtlige informanter ble kontaktet pr e-post av meg, der de også fikk med samtykkeerklæringen (vedlegg 2) og tentative rammer for intervjuet. Intervjuene ble avtalt der informantene selv ønsket dem, som varierte imellom møterom på avdelingen, kantina under lunsjen eller i andre egnede fellesareal. Etter kort innledning om meg selv og hensikten med intervjuet, gjennomgikk vi samtykkeerklæringen og denne ble signert

før intervjuet startet opp. Alle intervjuer ble tatt opp på en iPhone 8, som fungerte teknisk godt og i minimal grad forstyrret selve intervjuet.

Informantene framsto som engasjert i tematikken, selv om de hadde variabelt kunnskapsnivå om de spesifikke politiske styringssignalene. Samtlige delte eksempler fra sin kliniske hverdag, og framsto som trygge. Flere satt lenge over tilmålt tid, og undertegnede måtte avslutte samtalen. Intervjuene varte fra 40 til 75 minutter.

5.6 Transkribering og analyse av materialet

Den kvalitative forskningsprosessen omformer virkeligheten slik den framkom i intervjuet til tekst ved transkripsjon. Kirsti Malterud påpeker at selv om en transkriberer ord for ord vil det skje en fordreining, i det få mennesker uttaler seg slik at direkte avskrift gir gyldig gjengivelse av det som ble sagt og hørt (Malterud, 2002). Jeg vurderte først å få skrivehjelp til transkriberingen, men fikk råd om å i hvert fall gjøre noen selv siden det også ville være en start på analysearbeidet. Veileder rådet til å kun transkribere det som var relevant for oppgavens problemstilling. Etter denne metoden transkriberte jeg alle intervjuer selv. Sitatene som er brukt er gjengitt slik de ble sagt i intervjuene. Enkeltord som ikke har betydning for meningsinnholdet er redigert bort. Dette både for å gjøre teksten mer leservennlig, men også for å gi et tydeligere bilde nettopp av det som ble sagt og hørt slik Malterud påpeker (Malterud, 2002). Der det ikke framgår av sitatet alene hvem eller hva informanten refererer til er dette skrevet inn i parentes.

Første gjennomgang av tekstene førte til at jeg kategoriserte materialet i 13 grupper. For å få bedre oversikt ble utsagnene limt opp på gråpapir. Denne prosessen ga anledning til å jobbe igjennom intervjuene enda en gang, og sortere ut utsagn som best illustrerte hva informantene hadde ment. I tillegg ga prosessen fysisk overblikk over hvilke tema i intervjuene som hadde gitt mest og minst relevans, men også hvordan dette fordelte seg imellom de enkelte deltagerne.

Blant annet viste dette at tema vi på forhånd hadde antatt var relevant, som for eksempel legens kjønn og alder, hadde gitt mindre utslag enn forventet. Derimot var alle

informantene opptatt av avstanden imellom det politiske nivået og hverdagen "på gulvet".

De 13 initiale gruppene kunne etter dette regrupperes i tre hovedgrupper:

1) Legenes forståelse av "pasientens helsetjeneste"

Legenes opplevelse av brukermedvirkning i nåværende klinisk hverdag, herunder gevinster og grenser for brukermedvirkning.

Legenes opplevelse av dilemmaer knyttet til økt brukermedvirkning, der både pasientfaktorer og ressurstilgang er sentralt.

2) Legenes opplevelse av hvordan dette har endret seg i deres karriere

Her fokuserte de både hvordan de som enkeltpersoner har lært seg å samhandle med pasientene sine, og hvordan både sykehusorganisasjonen og legelauget har endret seg.

3) Legenes opplevelse av å bli styrt

Legenes fokuserte på betydelig opplevd avstand mellom politisk nivå, delvis eget ledernivå, og deres kliniske arbeid. Her kom også virkemidler som retningslinjer, lovreguleringer og omfordeling av makt inn som tema.

Selv om jeg valgte å bruke disse tre kategoriene, henger de også sammen. 1-og 2 kan være resultatet av hvordan styring har fungert så langt, mens 2 og 3 kan gi noen frampek på hvordan dette kan styres. Enklere sagt; hva ser ut til å fungere og hva fungerer ikke.

5.6 Kvalitet

Kriteriene pålitelighet, gyldighet og generaliserbarhet angis av Tjora (Tjora, 2017) som kriterier på kvaliteten på kvalitativ forskning.

Pålitelighet handler om å kunne stole på det som sies eller skrives. I en oppgave som denne er det ikke uvesentlig hvem som skriver og fra hvilken posisjon, altså forskerens forforståelse. Fullstendig nøytralitet er umulig å oppnå i en forskningssituasjon som den jeg har brukt i denne masteroppgaven. Repstad beskriver at det viktigste er å være åpen om sin forforståelse og være forberedt på å justere den underveis (Repstad, 2017). Da jeg selv jobbet fulltid som sykehuslege mente jeg å ha et rimelig godt grep på hva brukermedvirkning er og bør være. Etter å ha jobbet som leder i sykehus i noen år har jeg imidlertid blitt bevisst at min forståelse ikke bare var ganske grunn, men også hadde et beskjedent overlapp med slik brukerrepresentanter ser for seg at brukermedvirkning er og bør være. Endringen jeg selv har vært igjennom kan gjøre at jeg overforstår hvordan sykehuslegene tenker om brukermedvirkning. I tillegg kan min forståelse av tematikken gjøre at jeg påvirker dem under intervjuet.

To moment gjør faren for at jeg overforstår mine informanter mindre; jeg har de siste årene ikke jobbet aktivt som sykehuslege men som leder, og erkjenner at dette har beveget meg til å tenke annerledes om brukermedvirkning. Videre har jeg tidligere erfaring som politiker og er vant til politiske prosesser, argumentasjon og taktikk – noe jeg har erfart fører til at jeg vurderer politiske signaler annerledes enn legekolleger. I tillegg har jeg gjennom utdanning og praksis som psykiater mye trening i å justere og fortolke egen effekt på samtaler. Foruten dette valgte jeg også å gjøre seleksjonen av informanter slik at deres hverdag minnet minst mulig om sykehushverdagen jeg selv hadde vært en del av. Både ved å intervju ved et annet sykehus, og i andre fagområder enn der jeg hadde jobbet.

Min sortering under transkriberingen av hva som var relevant for problemstillingen, og deretter ytterligere utvelgelse av hvilke sitater som best illustrerer oppgaven, er viktig for hvordan funnene blir vurdert. En del av den faktiske teksten var lett å velge bort; den handlet ikke om legenes fortolkning av "pasientens helsetjeneste". Både intervjuguiden og min egen forforståelse er basert på teori om legers opplevelse av autonomi (Light, 2015). I utvelgelsesprosessen av sitater var jeg naturlig nok ekstra bevisst utsagn som kunne støtte opp under det jeg hadde lest på forhånd. Underveis i intervjuene hadde jeg imidlertid fått noen overraskelser om hva som "slo an", og hvilke spørsmål som engasjerte informantene. En gjennomgang hos veileder av inntrykkene jeg hadde fått

underveis i intervjuene var viktig for å sortere ut mange av det som ble de sentrale kategoriene i etterkant.

En vurdering av oppgavens kvalitet må ha i mente at de endelige kategoriene er dermed et produkt av min egen forforståelse, informantenes faktiske bidrag og samarbeidet med veileder om sortering og analyse av bidragene. Det er gjort tiltak for å gjøre arbeidet så objektivt som mulig i alle faser av undersøkelsen. Likevel er det ikke sikkert at en annen forsker ville ha fått samme lydmateriale med samme informanter eller samme intervjuguide. Selv med nøyaktig samme funn kunne en annen forsker også ha kategorisert og sortert på en annen måte. Det var imidlertid stort sammenfall i informantenes opplysninger, og både undertegnede og veileder har vurdert kategoriutvalget. Min vurdering er at utvalgets størrelse og sammensetning er tilstrekkelig for å belyse oppgavens eksplorative problemstilling.

I norske sykehus jobber det i overkant av 14 000 leger (Den norske legeforening, 2017). Hvor generaliserbare er da funn hos ti sykehusleger ved ett sykehus? Et såpass lite materiale har selvsagt begrenset generaliserbarhet. Målsettingen med undersøkelsen var da heller ikke å kunne uttale seg om hvordan sykehusleger i hele Norge opplever det politiske budskapet om "pasientens helsetjeneste", men å danne et grunnlag for å eventuelt senere kunne generalisere. Legene jeg intervjuet jobber alle ved det samme sykehuset, men det er såpass seksjonert at de forskjellige legemiljøene ikke nødvendigvis har kontakt med hverandre. I og med at jeg brukte snøballmetoden fra flere forskjellige utgangspunkt fikk jeg også kontakt med leger innen mange typer fagmiljø. Hovedtyngden av legene jobbet i kirurgiske fagfelt, men også leger i indremedisin er representert. Informantene jobber med pasienter i alle aldre, med sykdommer av alle alvorlighetsgrader, noen med ledelse og mange med forskning og undervisning. Mange hadde erfaring fra andre medisinske fag enn det der de arbeidet nå. Slik sett gir informantene et innblikk i en variert del av sykehuslegers hverdag.

Jeg hadde intervjuavtaler med sykehusleger som arbeidet i private sykehus, men av praktiske årsaker ble disse avtalene kansellert. Utvalget består derfor kun av leger i offentlige sykehus. Leger i private sykehus kunne ha gitt andre perspektiver. Både fordi det kan antas et noe annet pasienttilfang både rent medisinsk faglig enn i et offentlig

sykehus, men også i form av pasienter som bevisst hadde valgt et privat sykehus. Et stort flertall av mine informanter problematiserte private tilbyderes tjenester, da de erfarte at dette tilbudet eroderte muligheten for å møte kravet om "pasientens helsetjeneste". Enkelte av informantene hadde også tatt et klart politisk standpunkt mot private helsetjenester. Resultatene kan dermed tvilsomt overføres til private sykehuslegers oppfatning av "pasientens helsetjeneste".

Det store sykehusfaget som ikke er representert er psykiatrifaget, der jeg selv har min bakgrunn. Dette var et bevisst valg da jeg startet forskningsprosjektet.

5.7 Etikk

Den nasjonale forskningsetiske komite for samfunnsfag, humaniora, jus og teologi (NESH) har utarbeidet etiske standarder for kvalitativ forskning, oppsummert i 46 punkt (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2016). Punkt 5-18 omhandler forskning på personer, som er det relevante i denne oppgaven. Selv om oppgaven inkluderer samtykkeskjema og intervjuer som er godkjent hos Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD, vedlegg 1) finner jeg likevel grunn til å kommentere noen av de etiske aspektene som NESH påpeker:

Krav om å unngå skade og alvorlige belastninger: Forskingen skal ikke skje på en måte som støter eller krenker forskningsdeltagerne. Jeg opplevde ikke at temavalget eller enkeltspørsmål var slik at informantene opplevde det belastende. Imidlertid var flere opptatt av å ikke bli identifisert, noe som ble løst ved større grad av anonymisering av sitater. Det ble ikke spurt om årsaken til at deltagerne ønsket anonymisering.

Krav om å informere dem som skal utforskes: Alle som deltar i et forskningsprosjekt må forstå hva prosjektet innebærer for dem, herunder få all nødvendig informasjon og opplysninger om hva de kan få igjen for å delta. Samtlige deltagere fikk tilsendt informasjonsskriv og samtykkeskjema før det ble avtalt møte, og de fikk anledning til å stille oppklarende spørsmål før intervjuene. Et flertall hadde vitenskapelig kompetanse på doktorgradsnivå, og dermed meget god kjennskap til det etiske regelverket rundt alle typer forskning.

Krav om informert og fritt samtykke: Forskningsdeltagerne må fritt kunne velge om de vil delta i prosjektet, og ha mulighet til å trekke seg om de ønsker det. Av de informantene som takket ja til intervjuet hadde ingen ønske om endringer av samtykkeerklæringen, som alle signerte. Ingen trakk seg underveis i intervjuet.

Krav om konfidensialitet: Hovedregelen er at innsamlet informasjon om personlige forhold skal behandles konfidensielt og fortrolig. I utgangspunktet var det planlagt at informantene skulle betegnes på en form som "kvinne, generell kirurg med xx års erfaring". Underveis i intervjuene var imidlertid flere av informantene bekymret for at dette var for lav anonymiseringsgrad. Flere arbeidet i såpass små fagmiljø at dette ville være tilstrekkelig informasjon til å identifisere dem. Det ble derfor besluttet å øke anonymiseringsgraden til "lege i kirurgisk /medisinsk fag med xx års erfaring".

Forskerens ansvar for å framtre med klarhet: Forskeren har et ansvar for å klargjøre begrensninger, forventninger og krav som følger med rollen som forsker, overfor forskningsdeltakerne. I og med at et stort flertall av informantene hadde betydelig forskningserfaring selv, var de godt kjent med hvilken rolle jeg hadde som masterstudent. Dette ble også beskrevet i informasjonsskrivet og gjentatt muntlig.

Krav om respekt for menneskeverdet, og hensynet til andres verdier og handlingsmotiver: En forsker skal i sitt arbeid respektere menneskeverdet, og behandle alle forskningsdeltagere med respekt. Videre skal forskeren vise respekt for verdier og holdninger hos forskningsdeltakerne. Disse punktene kan synes selvsagte, men også i løpet av dette arbeidet ga informanter uttrykk for holdninger og verdier som var annerledes enn mine egne. Spesielt var mange av informantene svært kritiske til politikere generelt, noe som kunne ha vært utfordrende for meg å høre i og med at jeg har bakgrunn som politiker. Forforståelsen min som sykehuslege gjorde imidlertid at dette var jeg forberedt på, og opplevde ikke at det ble problematisk. Jeg opplevde heller ikke at noen av informantene la bånd på sine uttalelser på grunn av min politiske bakgrunn.

6.0 Resultat

Analysearbeidet gav tre hovedkategorier resultater, som presenteres i egne kapitler.

6.1 Legenes forståelse av "pasientens helsetjeneste"

Kunnskapen om de politiske styringssignalene var svært variabel. Flere av legene hadde ikke hørt uttrykket "pasientens helsetjeneste" i det hele tatt, men tolket det til å handle om det eldre uttrykket "pasienten i sentrum".

Begrepet... Den politiske siden er litt sånn markedsaktig. Man kan jo se det som man gjør den offentlige helsetjenesten til en shoppearena. (Lege G)

"Pasienten i sentrum" har vært brukt som begrep for flere politiske partier og internt i policydokumenter for Den norske Legeforening. Til tross for at det i dag (19.05.2018) er over dobbelt så mange treff i Tidsskrift for den norske Legeforening på "pasientens helsetjeneste" enn "pasienten i sentrum" var altså det store flertall av mine informanter mest kjent med "pasienten i sentrum".

Andre sentrale begrep knyttet til "pasientens helsetjeneste", som samvalg og brukermedvirkning, ble knapt nevnt.

Selv om få av legene hadde et bevisst forhold til ordbruken, var alle opptatt av hva som egentlig var ment med "pasientens helsetjeneste".

Hvis det betyr at pasienten skal bestemme mer selv er jeg som fagperson egentlig er uenig i det. Det er ikke fordi jeg tror pasientene er dumme eller ukyndige, men hvis det kommer en rørlegger til meg så står ikke jeg og sier i detalj til rørleggeren hvordan han skal fikse det røret, for det kan jeg faktisk ikke. (Lege F)

Andre var i utgangspunktet mer positive, og så på det som en god og nødvendig kursendring. De trakk fram at svært mange av klagene handlet om at pasientene ikke hadde følt seg møtt på sine tanker, behov og følelser. Erfaringen var at når man fikk til dette bedre, ble resultatet forbedret for alle parter.

Man må møte dem (pasientene) på tankene hele veien. Og være veldig åpne for kritikk. (Lege C)

Mange av legene framsto frustrerte over at det var dette helseministeren var så opptatt av. De oppfattet ikke et stort problem med manglende pasientinnflytelse i dag, ei heller at pasientene var spesielt opptatte av det.

Når man hører på Bent Høie kan man jo få inntrykk av at det er den typiske pasienten i Norge, og det kjenner jeg meg overhodet ikke igjen i. (Lege I)

Alle legene var opptatt av å informere sine pasienter godt, og mente at en godt informert pasient var det beste utgangspunktet for vellykket behandling. Flere tolket budskapet om "ingen beslutninger om meg uten meg" som en tilbakemelding om at informasjonen fra lege til pasient hadde vært for dårlig, og derav at det viktigste med "pasientens helsetjeneste" var å informere bedre.

Legenes forståelse av brukervedvirkning

Bare én lege brukte brukervedvirkning som begrep, og skilte dette fra å informere godt/tilstrekkelig. Samtlige leger beskrev imidlertid hvordan brukervedvirkning ble praktisert i deres kliniske hverdag. Her kom det fram at legene i svært forskjellig grad ble "utsatt" for brukervedvirkning. Dette så ut til å ha to hovedårsaker; i noen fagfelt er det rett og slett svært få alternativer å velge mellom hva angår behandling. Den andre hovedårsaken handler om at pasientene av forskjellige grunner ikke kan eller forventer å ha særlig innflytelse:

Jeg ser folk som er så sjuke at de overhodet ikke er i stand til å ta stilling til egen behandling. Der det faktisk er overlevelse det handler om. (Lege I)

Slik det er nå taper de som ikke er så taleføre, som er gamle, som ikke vant til å ta beslutninger om helsen sin. (Lege E)

Selv om legene jobbet i fag som i varierende grad utfordret dem om brukermedvirkning, hadde de fleste inntrykk av at pasientene jevnt over var fornøyde med tilbudet. De beskrev at de samarbeidet godt med pasienter og pårørende, og som regel ble enige om behandling. Skulle det bli vansker med samarbeidet, hadde de fleste rutiner for, og erfaring med, hvordan slike situasjoner skulle takles.

..ikke for å skryte, men jeg synes vi bruker masse tid på informasjon. Jeg synes vi stort sett lykkes med å ha et godt forhold til de (den syke) og familien, og at vi lykkes med å ha fokus på hele situasjonen. (Lege A)

Nei, det finner vi ut av. Jeg har aldri opplevd at det ikke ordner seg. (Lege G)

Selv om ingen av legene ga uttrykk for store behov for å endre brukermedvirkningen, var spesielt to av legene opptatt av betydelig forbedringspotensial i hvordan leger interagerer med pasienter. Noen var enige i at dette kunne være et problem på andre seksjoner enn der de selv arbeidet, og at det hadde vært et mer utbredt problem tidligere.

Det man gjør skal være til pasientens beste. Så kan man si at det ikke alltid har blitt sånn, men det er jo, idealet har jo vært det. Den "gode gamle psykopaten" er borte nå. (Lege G)

I en viss motsetning til uttalelsene om at legene stort sett var fornøyde med hvordan de informerte – og i noen grad også involverte – pasientene i beslutningene om behandling, trakk flere av de mest erfarne legene fram enkelte systemendringer til det bedre. Positive elementer var framveksten av retningslinjer og satsingen på pakkeforløp. I fag der det var entydig enighet om hva som var riktig behandling framsto dette som en trygghet for beslutningene legen skulle ta, men også som en trygghet i kommunikasjonen med pasienten. Også pakkeforløpene, med standardisering av informasjon og logistikk i pasientforløpet, hadde gjort det lettere å være sikker på at

pasienten var så godt informert som mulig. Blant annet ble etableringen av pasientkoordinator⁵ framhevet som viktig:

Når pasientkoordinatoren kan forklare hvorfor ...har det bedret situasjonen for pasientene. (Lege B)

Gevinster med brukermedvirkning

Alle informantene ble spesifikt spurt om hvilke gevinster de så med økt brukermedvirkning. De aller fleste holdt fram at når pasientene var godt informert gjorde det jobben enklere.

Den utdanna pasienten... Jeg bruker mye mindre tid på å forklare kompleksiteten i de forskjellige valgene, for de forstår det jo! (Lege H)

Informasjon kan aldri være dårlig. Informasjon er jo bra. Det er ingen som vil tilbake til et sånt hierarkisk gammelt system der man bare gjør som man får beskjed om uten å spørre – det er vel ikke i noens interesse. (Lege A)

En faktor med den godt informerte pasient som flere kom tilbake til, var at det reduserte risikoen for klager etter kirurgiske inngrep. Både de som jobbet innen kirurgiske fag og de som jobbet i indremedisinske fag var opptatt av å unngå en situasjon der komplikasjoner oppsto hos en dårlig informert pasient. Flere framhevet også at en godt informert pasient i større grad tok ansvar for egen helse;

Det er en stor ressurs å gi pasientene ansvar, i og med at det skal være en mer pasientorientert helsetjeneste ligger det også mer forpliktelse for pasienten å engasjere seg, orientere seg og følge opp egen helse. (Lege J)

I intervjuene ble legene bedt om å gi eksempler fra egen hverdag der økt brukermedvirkning hadde gitt bedre resultat. Mange av eksemplene handlet om

⁵ Pasientkoordinator i kreftpakkeforløpene er en person som har ansvar for å gi pasienter, pårørende og samarbeidspartnere bedre service og forutsigbarhet i pasientens behandlingsforløp.

systemforbedringer som gjorde det enklere å informere pasientene og standardisere informasjonen, som skriftlig materiale og systematikken i pakkeforløp. Men også helt konkrete kliniske forbedringer ble trukket fram, som større involvering av pårørende i visittgang, og å gi pasientene eget ansvar for blodsukker og INR-måling⁶. Her handlet ikke forbedringene bare om en enklere hverdag for legene, men også at de ga bedre resultater for pasientene.

Flere av legene poengterte at det var artigere og mer interessant å jobbe med pasienter som var kunnskapsrike, stilte spørsmål og der en måtte være kreativ for å få til et godt samarbeid:

..du kan sitte der med en pasient som er helt mutt, og da kan det være små ting som er viktig for å få dem til å samarbeide, som akkurat den typen Biola sammen den miksturen... (Lege J)

Ingen av legene kom direkte inn på rent etiske grunner til å myndiggjøre pasientene mer. Makt, og maktforskjellen imellom lege og pasient, var imidlertid flere opptatt av. Samtidig som flere erkjente at den tradisjonelle legerollen innebar mye paternalisme og burde utgå, var de også opptatt av at det verken var ønskelig eller mulig å helt utjevne maktforskjellen imellom lege og pasient.

..kjempebra å få bort den autoritære legen. Der har du en maktforskjell på feil grunnlag. Samtidig synes jeg en del av det undergraver den makta vi må ha for å gjøre en god jobb. Å sitte på en spesialkunnskap, det skal jo gi en slags makt. Et pasient-behandlerforhold skal jo ikke være et likeverdige forhold. (Lege F)

Grenser for brukermedvirkning

Samtidig som legene som ble intervjuet var positive til å møte mer informerte og kunnskapsrike pasienter, var de også helt entydige på at når det kom til å beslutte

⁶ INR: Måling av hvor raskt blodet levrer seg, som gjøres jevnlig på alle pasienter som bruker blodfortynnende medisiner.

behandling var det de som bestemte. Et unntak mange var opptatt av handlet om å avslutte eller stoppe pågående behandling for kreftsykdom. Her hadde mange mye erfaring med kliniske situasjoner, også situasjoner med gode faglige grunner for at fortsatt behandling kunne gi både lindring og tilfriskning. Her hadde legene fokus på å informere svært grundig, trekke inn pårørende, og gjøre dette på en ikke-dømmende måte slik at det skulle bli lett for pasientene å søke fortsatt hjelp selv om de skulle angre;

Vi har hatt pasienter som ikke vil gjøre ting som vi åpenbart mener er faglig riktige, og vi kan jo ikke tvinge folk. Vi kan bare tilby vi kan si at hvis du ønsker noe annet så kom tilbake... Og være kjempenøye på at de ikke skal føle seg avvist om de velger noe aldeles fryktelig galt rent faglig da. (Lege A)

Mange grunner ble oppgitt for at legen skulle bestemme i alle de øvrige situasjonene. Et viktig punkt for alle var at enkelte beslutninger var pasientene ikke i stand til å ta.

Vi har hatt pasienter som har gått i hjertestans eller fått massive blødninger, da skal du virkelig vite at her var det god indikasjon. Og at pasienten har forstått budskapet. Og risikoen. (Lege C)

Man skal ikke gå så langt med medbestemmelse at pasientene tvinges til å ta valg og avgjørelser de ikke er kvalifisert til å ta. Noen ting, er av en slik art at pasientene ikke kan ta de beslutningene, som selv å bestemme hva man skal ha av vanedannende medisiner, om de er psykotiske.... (Lege G)

Et annet element var situasjoner der legene vurderte at det ville bli stor byrde for pasient eller pårørende å ta valgene, som for eksempel å avslutte behandling på intensivavdelingen.

Flere av legene tok også opp situasjoner der de hadde blitt presset for langt:

..det har vært uheldige hendelser i narkose, og det må jo være utrolig kjipt om det skjer på tynn indikasjon... (Lege J)

..ingen risikofaktorer, da er det nesten kriminelt å gjøre inngrepet. Da kan du gjøre henne til pasient for alltid... (Lege C)

For alle legene var det essensielt at de faglige hensynene skulle avgjøre hvilke tiltak som ble igangsatt. De var bekymret for at man skulle bli "for serviceinnstilt". Følgende sitat fra en av legene som ellers var mest positiv til økt pasientinnflytelse kan illustrere dette:

Jeg står jo for det standpunktet at dette her er MITT fag, og da må jeg formidle til pasienten best mulig det jeg mener er den beste behandlingen. Men jeg kan ikke akseptere at folk sier at nei ... Jeg må akseptere at de ikke ønsker behandlingen, men jeg kan ikke være en sånn som tilbyr forskjellige løsninger og pasienten skal shoppe, for det – det er IKKE til pasientens beste. Det må være sånn at doktoren vet mer enn pasienten. (Lege B)

Dilemma med økt brukermedvirkning

Alle legene hadde mye på hjertet da de fikk spørsmål om hvilke dilemmaer "pasientens helsetjeneste" allerede hadde gitt, eller kunne gi. Legenes kommentarer delte seg i to undergrupper, der det ene handlet om dilemmaer som hadde med pasientene selv å gjøre, det andre om hvordan systemet skapte dilemmaer for legene.

Jeg tenker det er en gruppe som er de super ressurssterke som kan få en uforholdsmessig stor bit av kaka som er vår oppmerksomhet. Fordi de er ressurssterke. Og så er det dem som har masse greier som lager så støy at en er nødt til å bruke mye ressurser på dem. Og hvem er det som ikke når fram da? Jo, det er de vanlige, snille, stille pasientene. Som forholder seg til de beskjedene de får, møter til kontroller og alltid må vente. (Lege A)

Dette utsagnet illustrerer dilemmaene legene står i når pasientene skal få mer innflytelse. De ressurssterke pasientene, som kan være ressurssterke både i form av økonomi men også intellektuelt, vet å kreve sin rett og er godt kjent med behandlingsalternativer. En av legene fortalte at den eneste pasienten han hadde møtt i hele sin karriere som krevde fritt sykehusvalg var en legefrue. En annen trakk fram Stein Erik "Rimi" Hagens offentlige beslutning om å velge et utenlandsk sykehus for

prostatakirurgi. Selv om legene ikke nødvendigvis valgte å etterkomme slike pasienters ønsker, kjente de likevel på det legen i det innledende sitatet beskriver – disse pasientene fikk uforholdsmessig stor del av den aller knappeste ressursen, nemlig legens tid og oppmerksomhet. Dette sammenfaller med funnene til Jon I Elstad om at nettopp høyt utdannede pasienter med kreftsykdom tilgodeses med mer oppfølging enn pasienter med lavere utdanningsnivå (Elstad, 2018).

Men også de ressurssvake pasientene tar også mye tid. Pasienter med dårlig sosioøkonomisk status er generelt sykere og har kortere levealder enn personer med bedre sosioøkonomisk status (Folkehelseinstituttet, 2018). I hvor stor grad legene opplevde dette i sin kliniske hverdag handlet til en viss grad om hvilket fagfelt de arbeidet i. For de som arbeidet med sykdommer som er knyttet til dårlige levevaner var dette spesielt synlig:

Våre pasienters sosiale utgangspunkt gjør nok noe med hva de forventer. Jeg jobbet med gastrokirurgi før, og det er veldig stor forskjell på hva pasientene mener "du må fikse for meg". Våre pasienter har nok en ydmykhet for hva de tør å forlange, og en skyldfølelse for at de har havnet i situasjonen de er i. (Lege F)

"Ressurssvak" har imidlertid flere betydninger enn dårlig sosioøkonomisk status. Problemet legene oftest beskrev når de omtalte "ressurssvake" pasienter handlet om kommunikasjonsproblemer. En ting var språkvansker i møtet med flyktninger eller asylsøkere, eller utfordringene det ga å møte personer fra andre kulturer med andre forventninger til både lege- og pasientrollen. Men det meste handlet om pasientenes kunnskapsnivå:

Det er enklest for oss å forklare ovenfor en pårørende som er på samme utdanningsnivå, som forstår det språket vi bruker. Du kan jo ikke bare komme med en artikkel til en som aldri har lest noe vitenskapelig før. Det er kanskje de vi bruker mest tid på, og de er ganske fastlåste føler jeg. (Lege J)

Selv om disse ressursvake pasientene medførte økt tidsbruk framsto legenes frustrasjon mest i form av fortvilelse over ikke å nå fram, eller mangle kunnskapen som gjorde at man kunne "få det til".

Samtlige leger fortalte om en hverdag preget av stort tidspress, og oppga dette som den viktigste grunnen til at kvaliteten på pasientopplevelsen kunne bli dårlig. På direkte spørsmål om lovkrav og lignende var til hjelp i den kliniske hverdagen, var svarene ganske entydige;

Det er ikke til hjelp. Det er til belastning. De sentralt styrte kampanjene. Av og til er det ting vi kan bli bedre på, men du kan ikke løse dette problemet med å lage systemer. Det tror jeg ikke du kan. Det må tilpasses hver enkelt enhet. Og det må følge ressurser med, det må det. (Lege H)

Det der er sånn byråkratnotat. Jeg vet ikke om noen som har klart å innføre den type ordninger (for eksempel kontaktlege). Det kommer jo aldri noen ressurser med slike gode intensjoner. Det skal gjøres på toppen av alt det andre, og da faller slike gode ting bort. (Lege E)

Hovedproblemet legene fortalte om var likevel opplevelsen av å ha for lite tid til hver enkelt pasient. Dette rammet spesielt de pasientene som trengte ekstra tid, fordi de var ressursvake eller for eksempel på grunn av overraskende funn av alvorlig sykdom. Både de svært erfarne legene og de med kortere fartstid beskrev dette som et nærmest daglig problem, selv om det framsto som tyngst for de av legene som fremdeles gikk primærvakter⁷.

⁷ Sykehuslegene har flere vaktnivå, minimum to med en "primærvakt" som håndterer alle innkommende akutte pasienter og en "bakvakt" som gjør det primærvakten ikke har kunnskap til å gjøre alene. Bakvakten kan også trå til ved samtidighetskonflikter. Flere fagfelt har også tertiærvakt, enten på grunn av at primærvakten er svært uerfaren og en lege i spesialisering dermed går "mellomvakt", eller fordi fagfeltet er så spesialisert at en ikke kan forvente at en generell bakvakt kan håndtere alle typer problemstillinger.

Det er ikke bestandig jeg kan si når jeg har hatt poliklinikk at jeg har klart å trygge både pasient og pårørende, og det er fordi jeg har vært for stressa. Jeg har hatt for mye på tapetet. Jeg har for mange pasienter på poliklinikken, for mange overbookinger. 15 minutter på en sånn pasient, det holder ikke. (Lege F)

Også kollegiale aspekt leger imellom ble påvirket av tidspresset:

Noen ganger har jeg vært så kynisk at jeg bare må si til nestemann at nå har jeg vært her i 19 timer, jeg har ikke sovet og nesten ikke spist, og nå må du bare ta over. (Lege F)

Samtidig som tidspresset ble opplevd så sterkt, var det ett punkt ingen av legene firte på. Om det var satt opp en pasient til operasjon der de mente at det ikke var rett å operere, da ble operasjonen strøket. Legene var vel vitende om at dette fikk store konsekvenser både økonomisk og praktisk for sykehuset i og med at operasjonsteam da ble gående uvirksomme, samt at pasient og eventuelt pårørende hadde gjort forberedelser og tilpasninger til et operativt inngrep denne dagen.

Det har ganske store konsekvenser for systemet (om jeg må stryke en operasjon), men det bryr jeg meg ingenting om. Hvis en føler det ikke er riktig å operere i det individuelle tilfeller og gjør det likevel og får en komplikasjon... Det er ikke noen hyggelig komplikasjon å bære! (Lege F)

6.2 Legenes opplevelse av hvordan brukermedvirkning har endret seg i deres karriere

I denne kategorien utkrystalliserte det seg fire underkategorier;

- 1) Hvordan den enkelte lege så på hvordan han/hun hadde endret sin arbeids- og tenkemåte om pasientinnflytelse i løpet av karrieren
- 2) Deres vurderinger av hvordan pasientenes holdning til brukermedvirkning hadde endret seg
- 3) Hvordan legene som gruppe, legelaugget, hadde endret seg

4) Hvordan sykehusorganisasjonen hadde endret seg,

Hvilken endring beskriver legene de selv har hatt?

I og med at kun én av legene aktivt brukte begrep som ”brukermedvirkning” i intervjuene, og et fåtall snakket om brukermedvirkning i praksis, antas svarene de ga å være knyttet primært til kommunikasjon med pasient. Legene hadde sin utdanning fra forskjellige universiteter i inn- og utland, og opplevde at fokuset på informasjon til pasienten hadde variert i studietiden. Flere av de yngste legene rapporterte om gode kurs i pasientkommunikasjon under medisinstudiet, som de opplevde å ha nytte av. Likevel var holdningene til om det faktisk gikk an å lære seg å bli flink til å kommunisere med pasienter svært blandet;

*..vi hadde trening med dramastudenter, det var veldig nyttig synes jeg! Jeg tror at sånn trening er veldig nyttig, at man skulle hatt mer. Å kjenne på i trygge omgivelser at noen blir kjempesinte, at det er teknikker man kunne ha lært seg.
(Lege J)*

..det er jo bare pjatt.. (Lege G)

Noe av skepsisen mot kurs i kommunikasjonstrening handlet ikke om kursene isolert sett, men at kursene ble opplevd som lite tilpasset den praktiske virkeligheten med store samtidighetskonflikter;

Man får jo noe utav sånne kurs, men å delta før en har stått i et akuttrom og skulle ha vært fem andre steder samtidig, det blir kanskje litt abstrakt? (Lege I)

Å ta vanskelige samtaler er en ferdighetssak, på linje med andre prosedyrer. En kan sikkert lage kommunikasjonskurs og sånne ting, men de lages jo ofte av folk som ikke selv har den type samtaler, så jeg har tro på å gjøre det mye. Litt sånn autodidakt.. (Lege G)

Selv om noen altså var skeptiske til om god kommunikasjon kunne læres, eller ikke hadde kjennskap til at det fantes muligheter for slike kurs, poengterte alle legene at den viktigste læringsarenaen var kollegiet. Også innen kommunikasjonsferdigheter.

Sånn som dette (da legen blir avbrutt av en telefon om en dårlig pasient) er slikt som vi diskuterer hele tiden. Og om uforutsette ting dukker opp snakker LIS⁸ med en av oss erfarne først. (Lege H)

Når det står fast for oss, så er det jo de eldre vi bruker! (Lege A)

Mester-svenn-læring var systematisert på alle avdelingene legene jobbet. Dette i form av felles previsitter⁹ der både LIS-lege og overlege deltok, felles gjennomgang av bildediagnostiske undersøkelser av pasienter LIS skulle ha på poliklinikk senere, og i de kirurgiske fagene en sortering av hvilke operasjoner LIS kan gjøre alene.

Vi avgjør jo aldri sånt aleine (hvilket tiltak som skal tilbys en pasient). Når jeg møter pasienten første gang har vi (kollegiet) sett bildene og vurdert hva som bør gjøres. Og allerede i det første møtet sier jeg til pasienten at "vi har vurdert".. (Lege F)

I de indremedisinske fagene kan man langt sjeldnere gjøre seg opp en mening på forhånd om hvordan pasienten skal håndteres. Også her beskrev legene at når man selv ikke strakk til "kalte man på kavaleriet", altså kollegiet.

Klinisk erfaring, møte med mange pasienter og mange pårørende, påpekte alle var den viktigste måten å lære på. Og langt bedre og treffsikkert enn kurs;

Jeg føler det er litt sånn at man lærer mens veien går. (Lege J)

⁸ LIS: Lege i spesialisering

⁹ Previsitt: Gjennomgang av alle pasientene før selve visitten med pasientene. På previsitten deltar visittansvarlig lege den dagen, ansvarlig sykepleier, og eventuelt andre. Her var det LIS-legen som var visittansvarlig lege, men overlegen(e) deltok på previsitten selv om de ikke deltar på selve visittgangen.

En god del av dette kommer med erfaring. Jeg synes jeg har merket at det blir færre vanskeligheter med årene, det kan selvsagt være innbilning fra min side, men det kan også være at pasientene er forberedt på at nå kommer det noen andre som skal ta beslutningen. (Lege E)

Legene beskrev også hvordan større klinisk erfaring førte til at man åpnet opp for andre aspekter i samhandlingen med pasientene enn det "rent faglige". Blant annet kunne man som erfaren merke seg kommunikative element på en annen måte enn som fersk, og at det dermed også var lettere å se at andre forhold enn de rent medisinske var viktige for et godt resultat.

Jeg tror mange yngre leger som er usikre på sin faglige identitet, hvor man egentlig står, kan bli mer paternalistiske enn de som har mer erfaring. Og synes det er mer truende (med godt skolert pasient). (Lege G)

..hvis jeg snakker om meg selv, så føler jeg at jo mer jeg har jobbet, jo mer jeg har lært, jo flere jeg har snakket med og jo flere jeg har behandlet så føler jeg at jeg ...egentlig er nesten åpnere. Tror jeg. Du blir ikke så stresset – du er så stresset på å gjøre alt riktig som doktor. Det får jo så store konsekvenser å gjøre feil at du blir sånn.. så etterhvert som du kan mer , kanskje du skiller mer på hva som er alvorlig og ikke alvorlig. (Lege A)

Synes legene pasientene har endret seg?

Her var det klare forskjeller blant legene som jobbet med eldre, og yngre pasienter. Flere kommenterte imidlertid at selv om pasientene kunne framstå som mer informert, så var kunnskapsgrunnlaget likevel tynt;

..jo, de er mer opplyst, men samtidig, når man spør dem noen spørsmål er de jo ikke så opplyst likevel. (Lege C)

Hvorvidt det faktisk var til hjelp i behandlingen at pasienten var mer informert var det delte meninger om. Flere av kirurgene som jobbet med planlagte inngrep beskrev at pasientene i langt større grad var forberedt på at det måtte egenaktivitet til for å forberede seg til en operasjon, og opptreningen etterpå. Legene som arbeidet med akutte tilstander eller nyoppstått kreftsykdom hadde et annet inntrykk. De påpekte at pasientene enten var så redde at eventuell kunnskap de måtte ha var vanskelig tilgjengelig, eller at situasjonen var så alvorlig at

..det faktisk ER overlevelse og ikke opplevelse det står om! (Lege I)

Hvordan har legekollegiet – lauset – endret seg?

Som påpekt i kapitlet om hvordan legene opplever å utvikle seg personlig, er kollegiet av svært stor betydning. Man lærer av de eldste, og det er de eldste i kollegiet man konsulterer når noe blir vanskelig. Også når det blir trøbbel med samarbeidet mellom lege og pasient. Her var mange klare over at historikken ikke alltid var god;

I gamledager hadde vi de der autoritære overlegene, men de er borte. De eksisterer ikke lengre. Det der med at vi måtte gå trøstevisitter¹⁰, det gjør vi ikke lengre. De har dødd ut. (Lege H)

Men også yngre leger kunne fortelle om langt ferskere erfaringer som ikke var bare gode;

Jeg har opplevd overordna leger, og ikke bare overordna heller... Det finnes leger som ikke kan å oppføre seg ordentlig ovenfor pasienter – jeg tror det var tettere imellom dem før, men vi er jo også mange flere nå enn vi var før. Og vi ser jo den type lege i hele løpet, medisinstudenter der du bare tenker "kjære Gud, skal du bli lege??" (Lege D)

¹⁰ "Trøstevisitt"; intern sjargong om visitten sykepleierne måtte gå etter at legevisitten var ferdig og pasientene gråt eller var i sjokk...

Resultatene var imidlertid ikke alltid lette å tolke. Noen leger var unisone i sin fortelling om at det hadde vært trasige forhold før, men at dette nå var rettet opp og at leger som ikke evnet god pasientkommunikasjon ble stoppet. Andre fortalte at de i årevis hadde jobbet uten å få en eneste tilbakemelding på jobben de gjorde, og tolket dette til at man måtte gjøre noe "virkelig graverende" før det ble tatt tak i.

Dette kan handle om den enkelte informantens opplevelser, eventuelt også avdelingen vedkommende arbeidet ved. Alle legene ble spurt hvordan de og avdelingen ville forholdt seg til en kollega som ikke mestret kommunikasjon godt. Det var et fåtall som hadde erfaring med at slike leger fikk ekstra veiledning og oppfølging for å mestre bedre. Én visste om flere kolleger som ikke fungerte ovenfor pasienter som var "gjemt bort" i andre arbeidsoppgaver.

Hvordan har sykehuset som organisasjon endret seg?

Samtlige av informantene var bevisst at sykehuset hadde endret seg betydelig når det gjaldt hvordan pasienter ble ivaretatt, og at dette ikke var en endring bare internt i legegruppen.

Det er veldig forskjell på hvordan man håndterer pasienter som gruppe nå enn i starten (av karrieren). Det har forandret seg i miljøet. Det har forandret seg voldsomt. (Lege E)

Legene hadde forskjellige forklaringer på disse endringene, alt fra informanten over som påpeker større kvinneandel, til at andre nevner feminisme som drivkraft i seg selv, endring i samfunnet med økt utdanningsnivå og forventninger om likeverd. Det var tydelig at diskusjonene rundt pasienters rett til å nekte behandling (overbehandling av døende, blodoverføring til personer som av religiøse grunner motsetter seg dette mv) hadde nådd legene. Svært mange var opptatt av at man ikke kunne tvinge pasienter til behandling, selv om de anbefalte behandling sterkt.

Vi må hele tiden forbedre pasientkommunikasjonen. Ha flere og bedre informasjonsskriv. Det har bedret seg. Man må høre på pasientens ønske. Man kan ikke presse igjennom noe pasienten ikke er med på. (Lege C)

Det må anmerkes at det er mulig legene påpekte slike tema i større grad til meg, i og med at de var kjent med at jeg var psykiater og dermed forvalter et fag med anledning til å behandle pasienter mot deres samtykke.

For de legene som hadde systemansvar var det også tydelig at klagesakene hadde vært viktig i endringsarbeidet også på systemnivå. Disse legene beskrev også en faglig frustrasjon over ikke å ha lagt tilstrekkelig til rette for god dialog med pasientene;

..før snakket vi med pasientene hver for oss. Det var helt håpløst, for vi sier forskjellige ting. Nå sitter vi sammen, i samme rom, og snakker med pas/pårørende. Det er en mye bedre opplevelse, det har vi også fått tilbakemelding på. (Lege C)

Men legene påpekte også at systemendringer bare hjelp et stykke på vei, man hadde fremdeles pasientens personlighet å ta høyde for.

..mye av problemet med informasjon er at det er personavhengig. Det merkelige med det er at det går begge veier. Jeg har pasienter som synes de har fått jøvla dårlig informasjon av meg, selv om jeg har gitt dem samme informasjon som tusenvis av andre pasienter. Hvordan vi skal forbedre det, hakke peiling! (Lege H)

Noen er i stand til å ta inn budskapet. Andre blir bare skremt. Personligheten spiller en rolle. (Lege B)

Legene beskrev endringer på forskjellige nivå som hadde bidratt til å bedre kommunikasjon og/eller pasienter/pårørendes delaktighet i behandlingsopplegget. Disse endringene beskrev de stort sett som positive, og initiert ut ifra forskningsresultater, hospitering på andre avdelinger, eller altså klagesaker eller andre

direkte tilbakemeldinger på akkurat deres avdeling. Likevel gav legene i svært liten grad systemendringene æren for at de selv hadde blitt flinkere til å kommunisere. Her var det kommunikasjonskurs under medisinstudiet eller "læring via osmose" i kollegiet de ga som forklaring. Ingen av dem brukte faguttrykk fra pedagogikk / kommunikasjon / psykologi for å beskrive kommunikasjonsteknikkene de brukte.

6.3 Legenes opplevelse av å bli styrt

Selv om langt fra alle informantene hadde hørt begrepet "pasientens helsetjeneste", var samtlige opptatt av hvordan helsesektoren generelt og sykehusene spesielt ble styrt. Legene opplevde svært stor avstand imellom det politiske nivået og hva man var opptatt av der, og hverdagen på sykehusene. Flere påpekte at det hadde liten eller ingen betydning hva en minister måtte si for arbeidshverdagen;

Det har ingen betydning for min hverdag hva ministeren måtte si, hva han måtte mene. Det er jo ikke slik at "nå har han sendt ut Oppdragsdokumentet, nå skal jeg sannelig skjærpe meg på pasientens helsetjeneste!" (Lege G)

Opplevelsen framsto som tredelt;

- 1) Tiltakene er ikke de rette/ adresserer ikke de reelle problemene
- 2) Tiltakene vitner om mistillit til oss
- 3) Man gir med den ene hånda og tar med den andre

..alle disse påleggene, masse ting man pålegges i pasientens navn som bare er ekstraarbeid. Sånt som er bare tull og tøys og som du bare skal signere på. Alle disse greiene du skal bruke tiden din på og som det er umulig å se at har annen nytte for noen enn at noen kan krysse av et punkt på et skjema... (Lege A)

Det som hadde kommet av positive endringer, som for eksempel større krav til veiledning av LIS-leger eller ordningen med "kontaktleger", erkjente legene at ikke var gjennomførbart i praksis.

Det er lett å lese det Bent Høie har sagt og ta det for god fisk. Men det er mye sånt som er veldig fjernt fra hverdagen. Det er mye selvfølgheter som gjøres til store politiske ting, men som ikke har noe med hverdagen å gjøre i det hele tatt. De skjønner ikke hva de snakker om har man følelsen av noen ganger, selv om man kan få inntrykk av at intensjonen er god. (Lege E)

Flere påpekte som legen over, at politikerne så ut til å ha "funnet opp kruttet" og kom med det legene opplevde som selvfølgheter. De tolket det de opplevde som manglede relevans for hverdagen i sykehusene til å handle om at politikerne rett og slett ikke visste bedre, eller at politikerne ikke evnet å sortere informasjonen;

Noen ganger tenker jeg at når man tenker om hva som er viktig "utenfra" har man kanskje tendensen til å legge vekt på det man skjønner sjøl. (Lege A)

At en lege har makt i et pasient-legeforhold hadde mine informanter et bevisst forhold til. Samtlige var på det rene med at kunnskapen man satt på alltid ville føre til skjevt maktforhold ovenfor pasienten. Men som én understreket; "det behøver ikke å bety at man ikke kan gjøre det på en respektfull måte." Informantene framsto som enige i at det var viktig å få bort den autoritære legen, som man mente utøvde makt på feil grunnlag. Likevel holdt man fast på at makten det ga å kunne det medisinske faget ikke måtte utfordres.

Det kan ikke være slik at fag er ett av mange argumenter. Det må være fag som er hovedargumentet. (Lege A)

Framveksten av evidensbasert medisin (EBM) med fokus på styring av fagutøvelsen gjennom retningslinjer, forfattet i departement og direktorat, understøtter argumentasjonen til denne legen. Imidlertid problematiserte ingen av legene faglige retningslinjer. Noen tok spontant opp at disse var til god hjelp i det daglige arbeidet og gjorde det lettere å vite hva man skulle gjøre i kompliserte saker. For legene som arbeidet i indremedisinske fag var omfanget av retningslinjer imidlertid mindre. Likevel var disse legene også positive til denne type reguleringer.

Alle informantene beskrev en opplevelse av at "pasientens helsetjeneste" og styringssignalene som ble gitt harmonerte dårlig med andre styringssignaler om å spare penger.

Det er å gi med den ene hånda og ta med den andre. For personell på sykehuset tar du med begge. Du blir frarøvet autonomi og beslutningsmyndighet, og du blir fratatt tid og ressurser. (Lege I)

Jeg synes det er vanskelig å bli styrt så mye ovenfra. Man blir liksom ikke ansett som meningsberettiget... Om vi ikke når de mål som blir satt for oss viser det ikke at vi trenger mer ressurser, bare at du jobber feil... (Lege J)

Intensjonen bak "pasientens helsetjeneste" ble altså tolket på mange måter, hovedsakelig negative. Ingen av informantene beskrev intensjonen i tråd med tanken om at økt pasientinvolvering vil løse helsevesenets utfordring med å prioritere knappe ressurser, slik helseministeren presenterer "pasientens helsetjeneste" som organisatorisk idé (Høie B., 2015) Derimot var alle legene opptatt av å forbedre helsevesenet og tjenestene ved sykehusene.

Avslutningsspørsmålet i intervjuene var hvilke tiltak de selv ville ha iverksatt for å forbedre tilbudet ved sykehusene. Noen trakk fram at bedre veiledning og supervisjon på alle nivå, en kontaktlegeordning som hadde fungert etter intensjonen, innprenting allerede fra medisinstudiet at man alltid skal være "snill med pasienten", bedre økonomiske rammer i sykehusene og flere tilgjengelige sengeplasser, og holdningsendring i de legemiljøene som enda hang igjen i en autoritær form. Fellesnevneren var likevel unison; det som virkelig ville ha gjort tilbudet mer pasientvennlig var mer tid.

Tid. Det er jo tid. Å kunne bruke god tid, til informasjon, til å gjenta informasjon, til å trekke inn enda mer erfarne kolleger, trekke inn de pasienten har best kontakt med. Legge til rette for at de tar et informert valg, for å si det sånn. Der er det ja. Tid. (Lege A)

7.0 Analyse

7.1 Legenes forståelse av "pasientens helsetjeneste"

Målsettingen med "pasientens helsetjeneste", at pasienten skal ha medinnflytelse på både egen behandling og at det skal aktivt legges til rette for slik medvirkning, virker å være lite forstått blant legene. Også om man ser bort ifra at legene er lite kjent med de politiske begrepene som brukes, framstår deres opplevelse av hva som er ment å være:

- 1) pasienten må informeres bedre
- 2) pasienten skal selv bestemme hvilken behandling han/hun skal få

Å jobbe med å informere – og å jobbe med en informert pasient

Det var ingen uenighet om at en godt informert pasient var en stor fordel for både pasienten og legen. Her fant jeg ikke forskjell mellom legene med lang eller kort-erfaring. Legene med lang erfaring husket imidlertid en helt annen tid;

Ikke sjelden får en pasienter til journalskriving som ikke vet noen ting. De har mistet et barn, de har blitt operert, og de har ikke fått med seg noen ting. Det har ikke fått med seg informasjon om hva som skjedde. Det er ganske hjerteskjærende mange ganger, hva de tror de har vært igjennom .. og manglende kunnskap. Jeg vil jo ikke tilbake til den tida! (Lege B)

Det kan selvsagt tenkes at mine informanter, som vitterlig hadde takket ja til å bli intervjuet om "pasientens helsetjeneste" og dermed hadde vist en viss interesse for tematikken, ikke er representative for andre enn seg selv. Samtidig var erfaringene deres ganske entydige. De reflekterte over at erfaring hjalp på å møte pasientene på en romsligere måte, og at de sjeldnere og sjeldnere opplevde at kommunikasjonen med pasienten skar seg. Hvorvidt dette betydde at samtalene med pasientene fikk mer preg av dialog og gjensidighet og/eller om det handlet om at de selv skapte en situasjon der pasienten stolte helt på legen og derfor ikke hadde behov for å spørre/ utdype/ utfordre, er imidlertid uavklart.

Det synes å være en kombinasjon av legenes egne kliniske erfaringer og endringer av normene for hva som er "standard oppførsel" innad i kollegiet som har ført til en kulturutvikling til både å informere pasienten, og til den informerte pasient i seg selv. Flere av legene påpeker at økt kvinneandel i medisinen har vært positivt for en slik endring. Kvinneandelen på medisinstudiet er nå over 70%. Så om det allerede er endringer i eksisterende kultur, og kvinneandelen er en faktor som bidrar til slik endring, er det all grunn til å anta at disse observasjonene er uttrykk for en kohortendring.

Hvorvidt tiltakene som er gjort med kommunikasjonskurs og trening har vært en faktor i denne utviklingen er usikkert ut ifra resultatene. Selv om flere påpeker at kommunikasjonskurs- og trening har vært bra fortalte ingen om dette som en metode som hadde gitt økt forståelse for pasientens behov eller ønske(r).

Dette sammenfaller med at legene ei heller så på politiske dokument(er), lovendringer eller andre typer myndighetsstyring som effektivt for å få legene til å faktisk informere pasientene bedre, eller til å ta inn informasjon fra pasientene i større grad. Tvert imot opplevde de dette som å ha liten legitimitet i forhold til medisinsk erfaring. Dette stemmer overens med bla Freidsons definisjon av en profesjon, der profesjonen selv styrer innholdet i sitt arbeid (Freidson, 2001).

For to av legene var klagesaker en motivasjon for å bedre kommunikasjonen mellom leger (og øvrig personell) og pasientene, nettopp fordi klagesakene gjerne påpekte dårlig kommunikasjon. Disse legene var enige i at dårlig kommunikasjon hadde bidratt til dårlig medisinsk resultat. Deres motivasjon for å faktisk bedre kommunikasjonen framsto å være bedre behandling, ikke primært det å unngå nye klager.

Sett i sammenheng med øvrige tilbakemeldinger fra informantene om at "endring må komme innenfra" kan en likevel reflektere om klager fungerer som motivasjon nettopp fordi det blir personlig og får konsekvens for den enkelte doktor. Generelle tilbakemeldinger, selv om det kan være i form av gjentatte oppdragsdokument direkte fra helsestatsråden eller kampanjer (Nasjonal enhet for pasientsikkerhet), eksemplifiseres av flere som "byråkratiprat".

Hva menes egentlig med "pasientens helsetjeneste" ?

Samtlige av legene jeg intervjuet var sterkt imot at pasientene skulle bestemme selv hvilken behandling de skulle ha. Flere av dem tolket budskapet om "pasientens helsetjeneste" slik at det var dette som var ment. I tillegg til at de forsto dette som et ønske om å gi pasienten mer makt, var mange også tydelige på at dette betød et ønske om at legene skulle få mindre makt. Dette kjente de seg ikke igjen i, og var uenige i at det var en endring til det beste for noen.

Enkelte leger påpekte at det hendte de møtte pasienter som aktivt *ikke* ønsket å få informasjon, og det ødelegger relasjonen mellom lege og pasient å terpe på at informasjon må gis. Andre arbeider med pasienter som er så akutt syke at de ikke er i stand til å medvirke i noe som helst. Legene var veldig bevisst det juridiske vakuumet de selv kunne komme i om noe gikk galt, når de politiske forventningene er om at pasienten skal være involvert og engasjert, og en ikke kan dokumentere at så har skjedd. Flere av legene beskrev situasjoner der pasientene hadde blitt møtt på at de ikke ønsket informasjon, og at dette hadde skapt vanskeligheter i samarbeidet med både pasient og pårørende i etterkant. De opplevde dermed at forventningene om å "informere, diskutere og gjerne protestere" skapte en "damned if you do, damned if you dont-situasjon".

Noen vil vite minst mulig, og det er en vanskelig situasjon. Og jeg føler det er ganske ødeleggende for lege-pasientforholdet å måtte si til dem at jeg er lovforpliktet til å informere dem... (Lege F)

Det var likevel en klar forskjell mellom de legene som hadde minst og mest erfaring med brukermedvirkning. Legene som jobbet i fagområder der pasienter og/eller pårørende var i stand til å diskutere, og hadde forventninger til både faglige resultater og "service", var mer positivt innstilt. Disse legene hadde stort sett positive erfaringer med brukermedvirkning, selv om de heller ikke var kjent med mye av terminologien. Det som var av negative erfaringer handlet om byggetekniske ting, der man synes estetikk og arkitektoniske hensyn hadde tidvis fått for stor plass i forhold til funksjonalitet. Men erfaringene med forbedringer om det kliniske arbeidet, både på enkeltperson- og systemnivå, var gode. I flere av disse eksemplene hadde endringene vært en "vinn-vinn-

vinn"-situasjon, der pasient/pårørende hadde fått større innflytelse, helsepersonellet ble avlastet, og kvaliteten bedre. Disse legene var svært åpne for ytterligere samarbeid med pasientene om nye forbedringer, selv om også disse holdt fast ved at selve *behandlingsbeslutningen* lå hos dem alene.

Det er et fellestrekk mellom dette og funnene under "informasjon". Skal det bli noen faktisk endring av arbeidsmåte må man enten oppleve endringen som positiv selv, eventuelt høre om det fra en kollega. En av legene som var mest positive undret seg over at det hadde vært nødvendig å reise til et annet land for å hospitere på en annen avdeling for å se muligheter for endring. Legen innså at det ville vært vanskeligere å få tilslutning til nøyaktig samme endring om ideen hadde oppstått lokalt. Dette er i samsvar med teoriene til Helge Hernes, som skrev at for profesjonsutøverne vil informasjon fra en vi-gruppe tolkes mer positivt enn informasjon fra en de-gruppe (Hernes, 2002, pp. 131-133). I dette eksempelet er de-gruppen leger i andre land. Om legens vurdering av at en endring til det bedre satt såpass langt inne også når informasjonen kom fra andre leger, kan en spekulere på hva som hadde skjedd om informasjonen kom direkte fra pasientene.

Legens observasjon kan bety at brukerkunnskapen/brukererfaringen ikke anerkjennes som akseptert kunnskap. Dette til tross for at det er definert slik i kunnskapsbasert praksis. Det kan virke som om brukerkunnskapen må filtreres enten gjennom erfaringskunnskapen hos legen selv eller andre leger, eller via den faglige/vitenskapelige kunnskapen fra artikler i anerkjente tidsskrift. Da er kunnskapen kommet via en vi-gruppe for å bli anerkjent.

Selve begrepet «brukermedvirkning» var det bare én lege som brukte. Flere var usikre på hva det egentlig betyr;

Til hvilken grad? Skal pasienten bestemme alt? Skal vi bare legge til rette slik at pasienten får det pasienten vil? Det tenker jeg ikke at vi skal. (Lege D)

Kun én av legene var kjent med det nye kunnskapsbegrepet (Helsebiblioteket, 2016), der erfaringskompetanse, brukerkompetanse/brukererfaring og forskningsbasert

kunnskap, alt brukt ut fra kontekst, til sammen danner kunnskapsbasert praksis (EBM). Den legen som kjente til begrepet arbeidet i et felt med stort trykk fra brukerne; fødselshjelp.

Mange tolket begrepet i retning av at pasientene selv skulle bestemme hva som skulle skje medisinsk sett, også om det gikk på tvers av legens syn. Dette var legene unisont uenige i. Hovedbegrunnelsen fra samtlige leger var at den medisinske kunnskapen måtte ha forrang foran pasientens kunnskap;

Det kan være en risiko for at man blir for sånn i servicebransjen. Fagligheten må ligge helt overordnet. (Lege C)

Legene tok ikke opp alternative modeller for lege-pasientrelasjonen, slik de er beskrevet hos bla. Falkum og Aasland i kapittel 3.4.1 (Aasland O., 2018) (Falkum & Førde, 2001). De ble da ei heller spurt direkte om dette. Men i og med at mange tok bevisst avstand fra en paternalistisk modell, synes det som dette var en kjent modell for dem i praksis. Det virket som legene forholder seg til at "pasientens helsetjeneste" handler om å etablere det Aasland kaller en "informasjonsmodell" (Aasland O., 2018). Altså at legens jobb bare er å informere om alle mulige alternativ, og resten er opp til pasienten. Slik ønsket de ikke å ha det. Selv om de erkjente behovet for vesentlig bedre informasjon til pasientene var de helt entydige på at beslutningen om medisinske tiltak måtte ligge hos dem. Etter Aaslands fire modeller tilsvarer dette noe i retning av "forhandlingsmodellen" der legen nærmest overtaler pasienten til å følge legens anbefaling.

I og med at legene spontant også trakk fram situasjoner der de respekterte at pasienter kunne velge bort behandling framstår bildet imidlertid mer som at man ønsker en kombinasjon av flere modeller – eller en modell som er mer situasjonsbetinget. Det var tilsynelatende akseptabelt å *la være* å gjøre noe som en anbefalte medisinsk ut ifra pasientens ønske. Men å gjøre noe *aktivt* uten at en medisinsk faglig var enig anså de som helt uaktuelt. Legene var godt oppdatert, og engasjert i, både lovverk i slike situasjoner samt de etiske betraktningene. Flere kunne fortelle om situasjoner de synes hadde vært vanskelige, der pasienter takket nei til behandling legen var overbevist om at ville ha tjent pasienten. De hadde lagt stor vekt på å informere grundig, men hadde full respekt for pasientens autonomi.

Samtidig fortalte de detaljert om hvilke dilemma dette var for dem, spesielt der de var overbevist om at pasienten takket nei til behandling de var overbevist om at ville gi bedre livskvalitet og/eller livslengde. Dette var også en situasjon de ofte hadde behov for å konsultere hele kollegiet. Både for å sikre at informasjonen de hadde gikk var bra nok, om det var noen andre som kunne steppe inn og få til en annen løsning, og for å ventilere egen opplevelse av å ikke nå fram. Det vurderes derfor at fokuset mange av legene hadde på situasjoner der de måtte «gi seg» når pasientene nektet å ta imot behandling er et høyaktuelt tema for dem, og ikke bare knyttet til intervjusituasjonen.

I disse situasjonene var de også veldig opptatt av god tilrettelegging for at pasienten ikke skulle kjenne det som et nederlag og senere måtte snu og ønske hjelp likevel. Det kan tyde på at legene er godt bevisst at deres holdning kan påvirke hvorvidt pasientene ber om hjelp eller ikke. Da kan man undres over at dette ikke ble reflektert over i andre situasjoner enn akkurat når pasienter avslår behandling legen mener hadde vært bra. Dette stemmer overens med funnene hos Ofstad om at mange kliniske beslutninger tas før pasienten i det hele tatt er involvert, og at legene ikke er seg bevisst hvor mange beslutninger som tas i en konsultasjon (Ofstad, 2015).

En alternativ forklaring er at det å akseptere et nei til et behandlingstilbud ikke truer det informantene oppfatter å være den profesjonelle kjernen i jobben sin. De legene som tok opp denne tematikken var alle kirurger. Alle var også opptatt av å unngå komplikasjoner. Å gjøre et aktivt inngrep, enten det dreier seg om en operasjon eller cellegift/stråling, er en avveining imellom potensiell gevinst i forhold til potensiell risiko. Om pasienten egentlig ikke vil eller ikke er motivert øker risikoen, uavhengig av om pasientens begrunnelse er god eller ikke. Om det er bare konklusjonen av vurderingen og deretter handlingen som utgjør av kirurgens profesjonelle kjerne, og ikke begrunnelsen, vil et nei fra pasienten ikke være truende. For meg som psykiater er dette ganske fremmed. Å forstå og kunne påvirke pasientens begrunnelse er definitivt en del av den profesjonelle kjernen i mitt fag, mens handlingen som måtte følge i etterkant er det pasienten selv som står for. Men denne forskjellen i å forholde seg til et "nei" kan illustrere vesentlige forskjeller i hvordan medisinske subkulturer definerer sin profesjonelle kjerne.

Oppsummering legenes forståelse av "pasientens helsevesen"

- Legene fortolker budskapet som at de må informere bedre
- Fortolkningen avhenger av medisinsk spesialitet
- Aktiv behandling skal besluttes av legen, men pasienten kan velge å avstå fra behandling

7.2 Hva former legenes holdning til brukermedvirkning ?

Som beskrevet i kapittel 6.2.1. hadde informantene sin medisinutdanning fra forskjellige universiteter i inn- og utland, og forskjellige tidsepoker. Grunnopplæringen i kommunikasjonsteknikker, samvalg og pasientrettigheter varierte dermed mye. De som hadde fått opplæring var stort sett fornøyd med undervisningen, selv om de kommenterte at opplegget kunne være umulig i praksis (se også kapittel 7.3).

Få av legene fortalte om kollegiale miljø der brukermedvirkning i seg selv eller «pasientens helsetjeneste» spesielt var et levende tema. Om temaet kom opp var det med negativt fortegn. Samtidig hadde de fleste legene erfaring med å ta opp pasientsaker i kollegiet der nettopp vansker med kommunikasjon var tema.

De mest erfarne legene kunne fortelle om en stor endring i løpet av sin karriere i hvordan legene som kollegium forholdt seg til pasientene. En spurte meg eksplisitt om jeg hadde rukket å få med meg "ett-visitten" på en bestemt avdeling da jeg studerte, da denne visitrunden var beryktet for å være ekstra ille. En annen sa det slik;

Det har skjedd mye på sykehusene. Den måten enkelte leger kunne tillate seg å være på før, nå blir det personalsaker og masse bråk. På det som var helt standard oppførsel før. (Lege G)

Men blant mine informanter var det også de som fortalte om steder der det fremdeles var kultur for å "holde på sitt", og svært uheldige episoder med leger som på forskjellige måter hadde demonstrert makt ovenfor pasienten. Spesielt gikk dette ut over pasienter med en livsførsel som skilte seg mye fra legenes egen, eller enkelte av pasientgruppene som driver med helseskadelig adferd. Én av legene beskrev at det hadde vært

situasjoner som hadde vært "grusomme å se på". Ferske vitnesbyrd fra pasientenes side forteller fremdeles om episoder der man for eksempel blir sydd uten bedøvelse eller kjeftet på etter selvskading, "for å lære" (Anonym23, 2018). Samtlige av mine informanter påpekte imidlertid på at selv om man fremdeles kunne finne rester av den gammeldagse autoritære legen var dette holdninger på rask vei ut av det medisinske miljøet.

Flere av de mest erfarne legene påpekte at det var sjeldnere de sto i situasjoner der brukermedvirkning/pasientens oppfatning ble opplevd som reelt problem. De var helt klare på at dette ikke handlet om at de selv hadde firet på hvilke medisinske råd de ga eller hvilken behandling som ble gitt. Noen reflekterte over at det å se "eldre" kunne gjøre at pasientene stolte mer på dem og derfor ikke utfordret råd/beslutninger de tok. Dette kan selvsagt stemme. Man har sett at i grupper der det etableres en umiddelbart tillit handler dette om at man har en felles forståelse av roller og oppgaver fra de forskjellige fagmiljøene (Meyerson, Weick, & Kramer, 2018). De eldste pasientene er sannsynligvis oppdratt i en forståelse av at en lege både skal være "voksen" og framstå selvsikker og ikke særlig spørrende. For en pasient som tenker slik om en lege, vil det å treffe en godt voksen lege stemme godt overens med forventningen og dermed legge til rette for umiddelbar tillit (Skirbekk, Middelthon, Hjortdal, & Finset, 2011) (Julrud, 2018).

En annen forklaring kan være at disse erfarne legene gjerne kommer inn som en "nummer to" når en yngre lege trenger hjelp. Når en pasient først når igjennom med ønsket om å få inn enda en lege for å vurdere en sak, er dette ikke bare ren betryggelse. Pasienten har også evnet å utøve makt i en slik situasjon, noe som kan være viktig når man er redd og føler seg dårlig forstått. At man fra et slikt utgangspunkt evner å tale sin sak, endog få dobbelt så mange leger til å vurdere saken sin, kan antas å styrke opplevelsen av at man er en person (eller har argumenter) som er verdt å ta på alvor. Selv om denne oppgaven ikke tar for seg pasientens perspektiv kan en tenke seg at det å oppleve seg hørt og forstått er viktigere enn å faktisk ta beslutningen om hva som skal gjøres?

En utrygg eller uerfaren lege vil gjerne ha fokus på å sikre seg at ting gjøres riktig, også for sin egen del. Dette kan stjele oppmerksomhet fra pasienten og pasientens perspektiver. En mer erfaren lege som faktisk er trygg i situasjonen kan derfor ha større mulighet for å etablere god kontakt med pasienten, som igjen kan åpne opp for at pasienten kan komme med sine innspill og innvendinger.

Dette kan også sees i maktperspektivet «kunnskapsblomsten» gir (kap. 3.1). En erfaren lege kan fylle to av rollene, både den medisinske kunnskapen, men også erfaringskunnskapen. Gitt at pasienten ikke har erfaringskunnskap vil legen uansett være den som kan mest, slik en av informantene var opptatt av at det skulle være. Men for en fersk lege vil det, etter kunnskapsdefinisjonen i kunnskapsbasert medisin, være et likeverdig forhold mellom pasientens og legens kunnskap.

Flere av legene kom inn på at det var lettere å få til god informasjon med pasienter med samme utdanningsnivå som dem selv. Selv om de ikke ble direkte spurt om dette påvirket tilbudet de gav slik det framkommer i Elstads arbeid med kreftpasienter (Elstad, 2018), fortalte de at det var lettere for dem å jobbe med høyt utdannede pasienter;

Det er lettere å informere en pasient som vet hva du snakker om. Det er i hvert fall veldig vanskelig og tidkrevende å informere en pasient som har liten forståelse for fysiologi og anatomi for eksempel – det er mye mer tidkrevende å informere en pasient som har lite kunnskaper om egen helse. (Lege A)

I Norge er dette interessant sett opp mot tredelingen som skal utgjøre kunnskapsbasert medisin. Om både formalkunnskapen, erfaringen og pasientønskene trekker i samme retning er samvalg lett. Om situasjonen derimot er slik at formalkunnskapen trekker i motsatt retning av pasientens ønske ville altså legene i Pollards kanadiske materiale i langt mindre grad invitere til samvalg. Et tredje funn hos Pollard et al er at leger med mer trening i samvalg ikke bare var mer positive, men brukte det også oftere enn leger uten tilsvarende trening. Dette samsvarer med norsk forskning som viser at et todagers kurs i kommunikasjonsferdigheter hadde effekt på involveringen av pasienter i medisinske beslutninger også ved tre års etterundersøkelse (Guldbrandsen, 2013).

Ingen av legene som ble intervjuet hadde deltatt på slike kurs etter studietiden, og kun en avdeling hadde regelmessig teamtrening der kommunikasjon var sentralt. Denne oppgaven beskriver derfor bare informantenes antagelser om slike kurs.

Gode kliniske erfaringer, enten egne eller det man hadde lært av kollegiet, om at god involvering av pasienten ga bedre resultat og/eller mindre klager, gikk igjen som en viktig faktor for legenes holdning til brukermedvirkning.

I kapittel 7.1 konkluderes det med at reell endring kommer "innenfra", i betydningen vi-gruppen legekollegiet. Men at også tilbakemeldinger i form av klagesaker og tilsynssaker som går på enkeltindivid og/eller en enkeltseksjon har stor effekt. Hvilken effekt slike saker har avhenger av hvilken kultur tilbakemeldingen havner i. For det første må informasjonen om en klagesak faktisk deles i gruppen. Det er imidlertid ingen selvfølge at slike tilbakemeldinger faktisk når ut. Tvert imot kan det se ut som om det er mer "typisk lege" å holde slike tilbakemeldinger hemmelig (Innerdal, 2018). Helge Hernes beskriver at om profesjonelle grupper forklarer et nederlag med interne forhold kan dette true med å svekke identifikasjonen med gruppen, da gruppemedlemmene ikke vil identifisere seg med noen som representerer en trussel mot selvbildet. Forklares derimot nederlaget med eksterne forhold vil det styrke gruppens identifikasjon (Hernes, 2002, p. 130). Det kan derfor være en krevende balansegang å få til en åpenhetskultur om klager og feil i en seksjon/avdeling, og dernest å behandle disse klagene på en slik måte at det fører til læring i organisasjonen.

Teorigjennomgangen viste at det kan se ut dårlige holdninger i praksisfeltet former legene mer enn det de lærte under studiet (Dale, 2018) (Ospina, et al., 2018). Her spriker informantenes tilbakemeldinger. Få fortalte om gode kulturer for å diskutere klager og alvorlige feil. Men mange viste til en mye bedre kultur i eget kollegium nå enn da de startet karrieren. Flere mente det var godt at den paternalistiske legerollen de hadde møtt da de selv studerte eller startet sitt kliniske virke, nå var sterkt redusert eller borte.

Kanskje den der ordentlige paternalistiske generasjonen er ute av sykehusene, de er pensjonert, kanskje for lengst? (Lege G)

Fra flere avdelinger ble det beskrevet stor takhøyde for å bruke kollegiet som støtte, både til den enkelte pasientsak og til å luften vanskeligheter. De legene som hadde fortalt om egen opplevelse av utilstrekkelighet i kollegiet hadde gode erfaringer med det. Det anmerkes imidlertid at enkelte av de yngre legene etterlyste større åpenhet om feil fra de eldste legene.

Kun en av informantene forteller om et systematisert og strukturert opplegg på egen avdeling for å øve på kommunikasjon. Ved denne avdelingen var det tidvis nødvendig med samarbeid mellom flere medisinske spesialiteter, og treningen gikk også på hvordan man i fellesskap kunne kommunisere bedre med pasient- og pårørende. I en situasjon med flere tilstede vil det være vanskelig å holde et dårlig kommunikativt resultat hemmelig slik Innerdal (Innerdal, 2018) påpeker. Informanten forklarte likevel tiltaket som motivert av at de så bedre resultater av treningen, ikke for å unngå kritikk.

Pollards artikkel trekker fram at leger som i hovedsak jobber med akutte og avklarte tilstander vil være mer skeptiske til samvalg enn leger som jobber med mer kroniske tilstander (Pollard, Bansback, & Sterling, 2015). Ingen av informantene jobbet imidlertid i fag som var enten bare akutte/avklarte eller kroniske/uavklarte. Alle var opptatt av god informasjon til pasient og pårørende. I tråd med Pollards funn var det legene som i hovedsak jobbet med yngre pasientgrupper som beskrev hvordan brukermedvirkning faktisk kunne bidra til bedre behandlingsresultat.

Resultatene viser at det har vært en endring i hvordan legekollegiet ser på brukermedvirkning. Men endringen skjer i varierende takt. Takten synes i første rekke å påvirkes av hvilke direkte tilbakemeldinger enkeltlegene og legekollegiet får fra pasientene. Her vil "trykket" variere fra fag til fag. Med de positive holdningene alle informantene forteller om hva angår å ta opp slike problemstillinger internt, vil en anta at også enkeltlegers holdninger vil påvirke endringstakten. Men dette kan også gjøre at endringene noen steder går svært sakte.

Legenes opplevelse av hvordan pasientene har endret holdning til egen medvirkning

Ikke uventet var legenes opplevelse av hvordan pasientene forholdt seg til egen medvirkning også preget av faget de arbeidet i. Leger som jobbet i fag med svært høy andel akutte tilstander, kombinert med eldre pasienter, hadde ikke inntrykk av at

brukermedvirkning var noe pasientene var interessert i. Legene som arbeider med yngre pasienter, pasienter som kommer for planlagte inngrep, eller pasienter med mer kroniske/langvarige problemstillinger, forteller imidlertid om en betydelig endring blant pasientene.

Ikke at jeg har jobbet i 30 år, men – bare i de 10 åra jeg har jobbet akkurat her synes jeg det er mer pasienter som etterspør, som er orientert via media. (Lege A)

Et av spørsmålene legene fikk var hvorvidt de mente at mer informasjon og brukermedvirkning var til hjelp for pasientene. Dette var mange i tvil om, ut fra erfaring med at mange hadde tilegnet seg informasjon som var feil og måtte korrigeres. De opplevde imidlertid at flere pasienter nå har en mer realistisk oppfatning av hva et operativt inngrep betyr.

Stemmer antagelsen at leger med mer erfaring har større toleranse for pasientens kunnskap, er det interessant å merke seg at den mest erfarne legen reflekterte over en annen mulig grunn til at de gamle pasientene ikke ”sto på krava”:

..mange pasienter er gamle, og oppdratt i den ånden at legen vet best. De gjør som legen sier, og vil at vi skal komme med svar og løsninger på ting. (Lege E)

Denne observasjonen er i overensstemmelse med funnene hos Deber (Deber, Kraetschmer, Urowitz, & Sharpe, 2007) og Levinson (Levinson, Kao, Kuby, & Thisted, 2005) som ble presentert i kapittel 3.4.2, der eldre pasienter var minst interessert i å delta i beslutningene. Det er stadig et ubesvart spørsmål om eldre pasienters manglende ønske om å delta i beslutningene handler om at de faktisk ikke vil, eller om det er tradisjon/”oppdragelse” om at legens mening ikke skal utfordres som gjør at de ikke tør delta. Yngre personer er oppdradd til mindre autoritetsfrykt, så det er grunn til å anta at framtidens eldre pasienter i større grad vil ønske et samvalg.

Teorigjennomgangen viste at det ikke bare var eldre pasienter som var lite interessert i å delta i beslutninger om egen helse. Det samme var tilfelle for pasienter med lavt utdanningsnivå. Mange av pasientene hos lege E tilhører også denne gruppen, selv om

det var alder som ble spesifikt nevnt i intervjuet. Her er det vanskeligere å spå hvordan utviklingen vil bli framover. Befolkningen har generelt et høyere utdanningsnivå, og bedre pedagogiske metoder gjør at mennesker med lærevansker fanges opp og får tilpasset undervisning og tilrettelagte tilbud. Informasjonen om medisin og helse er enklere tilgjengelig. Likevel vil det være grupper i samfunnet som av forskjellige årsaker strever med å tilegne seg kunnskapen som uansett trengs for å kunne utøve sine rettigheter fullt ut. Vi vet enda ikke om "pasientens helsetjeneste" vil gjøre det enklere å medvirke også for denne gruppen, eller om det faktisk kan bli verre.

Mange av legene hadde stått i situasjoner der de hadde invitert pasienten eller pårørende til å delta i valg, men fått tilbakemeldinger om at det ikke engang var ønsket med informasjon om tilstand eller behandlingsalternativ. Begrunnelsene var oftest at man stolte på at legen var den beste til å beslutte, og at de bare ville bli engstelige av å vite mer. I et samvalgsperspektiv vil dette imidlertid være situasjoner der det nettopp er utøvd et samvalg, i og med at pasienten da aktivt har tatt stilling til hvordan beslutningen skal tas. Men for legene ble dette et dilemma, da de opplevde at de ikke fikk forberedt pasienten skikkelig på hva som skulle komme, inkludert eventuelle komplikasjoner.

Andre fortalte om situasjoner der man bevisst *ikke* la opp til å involvere i valg, da det også kunne være en avlastning for pasientene å slippe å ta en del i beslutninger. Ikke bare fordi det kunne være vanskelig, men fordi:

Valg som senere kan gi skyldfølelse, skamfølelse, valg som det kan være en stor belastning for dem (brukerne) å ta. (Lege G)

Informasjonen mine informanter ga gir ikke grunnlag for å konkludere sikkert om vesentlig endring i pasientenes holdning til brukermedvirkning. Det synes klart at mange pasientgrupper er vesentlig bedre informert enn før, uten at det nødvendigvis gjør at de ønsker å bruke denne informasjonen om egen behandling. I de tilfeller der så skjer, synes fellesnevneren å være yngre pasienter og ikke-akutte tilstander. Dette er i overensstemmelse med teorien som ble presentert i kapittel 3.4.

Legenes opplevelse av hvordan sykehuset har endret seg

Litteraturen der leger selv beskriver hvordan sykehusene har endret seg beskriver i stort sett en negativ endring (Wyller, et al., 2013). Fokus oppleves flyttet fra god behandling til god bunnlinje. Å måle, uavhengig av hvor relevant det oppleves, har blitt en for stor del av hverdagen, og de opplever seg ledet gjennom detaljstyring. Det etterlyses tillitsbasert ledelse med fokus på medisinsk kvalitet. Informantene i dette materialet beskrev mye av det samme. De var ikke imot tiltak som gjorde pasientene bedre informert, og de fleste var også positive til økt pasientinnflytelse. Men de beskrev også at mange av endringene opplevdes som å bli pålagt dem, og ikke motivert av pasientenes behov;

Hadde det nå enda kommet fra pasientene! ..man må ikke pålegge alt mulig i pasientens navn, man må vite at når man tar bort tid fra pasientene må det være vits i det. (Lege A)

De aller fleste mente at brukermedvirkningen var godt ivaretatt ved deres avdeling, uten behov for noen spesiell satsing eller innskjerping. Informasjonen kunne bli bedre, med funksjonen til pakkeforløpenes koordinator som et godt eksempel. Men de fortalte også om en hverdag som ble spist opp av rapporteringer, kampanjer de anså som mindre relevante, og krysspress de ofte ble utsatt for når forskjellige mål var umulige å oppnå samtidig. Her kjente de på at deres faglige autonomi til å beslutte de rette tiltakene i den mest fornuftige rekkefølgen ble utfordret av rapporteringskrav.

Selv om ingen av legene som ble intervjuet beskrev seg selv som utbrente, kunne man finne igjen mange av de samme faktorene som beskrives i den amerikanske litteraturen om "physician dissatisfaction" (Crosson & Casalino, 2015) (Hafferty & Castellani, 2010).

I den amerikanske litteraturen pekes det også på framveksten av retningslinjebasert medisin som et element bak utbrenthet/misnøye. (Crosson & Casalino, 2015). I norske studier har dette sett noe annerledes ut, der nettopp faglige retningslinjer oppleves som en god støtte (Bringedal & Carlsen, Norske legers syn på styringsinstrumentenes betydning., 2018). Her framviste informantene samme holdninger som i den norske litteraturen. De beskrev at retningslinjene ga god støtte i kliniske beslutninger, ikke

minst når det var uenighet imellom lege og pasient. Årsaken til denne differansen kan handle om at retningslinjene i Norge er godt faglig forankret i de kliniske miljøene, i og med at det nettopp er klinikere som utarbeider dem på oppdrag fra Helsedirektoratet.

Selv om man både i USA og i Norge praktiserer retningslinjebasert medisin synes det å være forskjell i opplevelsen om dette er en trussel mot legens autonomi eller ikke. Jeg er ikke kjent med i detalj hvordan retningslinjene utarbeides i USA. Men i og med at fagmiljøene er svært mye større, og de økonomiske insentivene sterke både fra forsikrings- og legemiddelbransjen. Man kan derfor tenke seg at de leger som deltar i utarbeidelse av retningslinjer i USA lettere oppfattes som en de-gruppe av legene som skal bruke retningslinjene enn hva tilfellet er i Norge.

Svært få av informantene kommenterte tiltak for å bedre brukermedvirkningen på systemnivå, som for eksempel brukerutvalg. Kun en av informantene kommenterte at saker kunne drøftes i brukerutvalget. Vedkommende opplevde dette som et konstruktivt organ, men i hovedsak for å bedre servicegraden ved avdelingen.

Informantene ble imidlertid ikke spesifikt spurt om de var kjent med sykehusets opplegg for brukermedvirkning på systemnivå. Det kan dermed være mulig at flere av legene kjente til denne funksjonen.

Oppsummering hva som former legenes holdning til brukermedvirkning

- Det har blitt bedre informasjon og mer brukermedvirkning uavhengig av politiske signaler
- Endringene er en kombinasjon av kohortendringer og erfaring; yngre leger og leger som har opplevd gevinst av brukermedvirkning er mest positive
- Brukermedvirkning på systemnivå synes ikke å ha påvirkning

7.3 Hvordan påvirker bestillingen om «pasientens helsetjeneste» legenes hverdag?

Mange av legene fortalte at de merket private aktørers inntog, og at dette i stadig større grad påvirket hverdagen deres. Det gjaldt også leger uten tydelig politisk agenda. Det

rent praktiske handlet om en del dobbeltarbeid blant annet på grunn av bifunn private aktører viderehenviste, uten at det egentlig var gjort noen reell klinisk vurdering. Spesielt en av legene fortalte at det hendte det ble gjort undersøkelser det egentlig var dårlig indikasjon for, der man skjønnte at pasient- og eller pårørende kom til å gå til private aktører om man ikke sa ja i det offentlige sykehuset. Noen slike undersøkelser er kostbare, andre smertefulle.

Jeg har angret meg mange ganger for å ta så mange blodprøver på pasienter jeg egentlig tenker er friske... men de har ikke latt seg roe uten. (Lege J)

Noen av informantene hadde erfaring fra legearbeid i andre land, men kom ikke inn på dette. Resultatene gir derfor ikke grunnlag for å kommentere hvorvidt teorien om at et privatisert vs. et offentlig finansiert helsevesen både påvirker legenes og pasientenes adferd om brukermidvirkning.

I kapittel 3.3 påpekes at fysiske forhold, som mulighetene til å ha enesamtaler, og hvorvidt teknisk utstyr fungerer som planlagt, kan påvirke muligheten for brukermidvirkning. Selv om enkelte leger påpekte at det var en mangel på møterom for kollegiale treff, tok ingen av legene opp fysiske forhold som problem i forhold til pasientbehandling. Det skal imidlertid anmerkes at alle informantene arbeidet ved et relativt nytt sykehus med stor andel enerom og utstyrspark av ny dato. Ved et sykehus med dårligere fysiske forutsetninger kan det ikke utelukkes at forutsetningene for å få til god interaksjon mellom pasient og lege er dårligere.

Som nevnt i kapittel 6.1 var legene positive til samvalg som arbeidsform, da de hadde gode erfaringer med hvordan et pasientforløp ble forbedret om pasienten var godt informert og forberedt. Men de påpekte også at en slik arbeidsform krever tid og arbeidsforhold de sjelden hadde. Mest illustrativt for dette var utsagnene fra legen som også hadde studentundervisning. Legen fortalte at der måtte studentene avlæres kommunikasjonsteknikkene de hadde lært om de skulle rekke å få unna arbeidet;

Jeg hadde slik kommunikasjonstrening som student og synes da det var nyttig. Når jeg nå selv underviser studenter så driver jeg egentlig med litt avlæring. Det høres

fælt ut å si det, men jeg ser jo at når de i et tidlig stadium bruker mye av teknikkene de lærer så kommer de ikke i havn. (Lege F)

Både denne legen og flere av de andre informantene var godt kjent med kunnskapsgrunnlag om at den ekstra tidsbruken en bruker på å informere godt er minimal, eller at det faktisk fører til mindre tidsbruk. Men som de påpekte, i og med at oppfølgingen av pasienten var oppstykket mellom flere leger, så de selv lite til en eventuell gevinst deres merforbruk av tid kunne gi. De måtte forholde seg til samtidighetskonflikten de sto i der og da. Da kom man ikke bort ifra at mer tid med en pasient betydde mindre tid på en annen. De oppfattet det både som medisinsk sett feil, men også som etisk uriktig, å fordele tiden sin på andre måter enn "like lite til alle".

Legene var også opptatt av at forskjellige styringssignaler trakk i forskjellig retning. I likhet med Wyller et al (Wyller, et al., 2013) og Mjåset et al (Mjåset, Sunde, & Lindahl, Kirurg sier opp i protest mot ukultur, 2018) var mange opptatt av at økonomifokus la begrensninger på hvordan de kunne møte pasientene. Dobbelbookinger på en allerede travel poliklinikk var vanlig. Vaktene ble også beskrevet som ekstremt travle. At en måtte ta over pasienter andre hadde vurdert og igangsatt tiltak på hadde alle de yngste legene erfaring med. Det var et stressmoment for dem. Ikke bare fordi det gjorde det umulig å "holde tråden" og følge opp pasienten slik de ønsket, men også fordi de ikke alltid stolte på det legen før dem hadde gjort. Tidspresset, og at mange av pasientene i vaktsituasjonen var svært syke, gjorde det som regel umulig å starte helt fra begynnelsen.

Å selv prioritere hvilken pasient som trenger deg mest vil for de fleste leger være en del av den profesjonelle kjernen. At skjønnets deres i slik prioritering ble utfordret opplevde de gikk ut over grensen for hva de aksepterte. Et eksempel på dette kunne være en klinisk dårlig pasient i én etasje, mens det ble utslag på en screeningskåre som utløste alarm i en annen. Å ikke svare på den alarmen innen en knapp tidsfrist ble rapportert, og noe en måtte svare for i ettertid. Legene var likevel tydelige på at i disse tilfellene gikk de dit de selv mente det hastet mest. Selv om mange reagerte med en form for overbærenhet mot slike forsøk på å styre tiden deres, framsto dette også som et stress- eller irritasjonsmoment.

Tid, eller rettere sagt mangel på tid, var et gjennomgående problem. Dette førte også til at alle tiltak som direkte eller indirekte påvirket legenes tidsbruk ble oppfattet som en betydelig inngripen både på legens styring over egen arbeidsdag og i prioriteringen av pasientene. Legene hadde svært lite tid som ikke var båndlagt av forskjellige aktiviteter, eller der det ble målt hvordan de brukte tiden. I en slik arbeidshverdag vil en tilsynelatende ubetydelig endring som å gjøre legens jobbmailadresse allment tilgjengelig, eller åpne pasientjournalen for innsyn og dermed også for flere spørsmål fra pasienter/pårørende, være betydningsfullt. Ofte betydde dette at andre pasienter måtte utsettes, eller de måtte jobbe overtid.

Som påpekt i kapittel 6.1.5.2 var det ett punkt legene var tydelig på at de overhodet ikke lot seg styre av økonomi; deres egne operasjoner. Om de mente det var riktig å stryke en planlagt operasjon ut fra pasientens tilstand akkurat denne dagen ble det gjort, selv om de var klare over de store økonomiske konsekvensene samt logistikkproblemene dette skapte. Ingen av legene fortalte at de hadde nektet å ta imot overbookinger i poliklinikk. Dette kan ha med utvalget av informanter å gjøre. For en kirurg vil det å operere være en sentral del av den profesjonelle kjernen i jobben. Å vurdere en pasient i forkant av operasjon, eller å ta vedkommende inn til en etterkontroll, slik det gjøres i en poliklinikk, oppfattes kanskje ikke som en like sentral del av kjerneoppgaven? Om dette stemmer blir det ikke like truende å gjøre en suboptimal jobb i poliklinikken som på operasjonsstua. I tillegg til at risikoen ved å faktisk gjøre en suboptimal jobb faktisk er vesentlig mindre i poliklinikken enn på operasjonsstua der en risikerer en unødig komplikasjon.

Alle legene hadde fått med seg beslutningen om "kontaktlege", og var ikke uenige i intensjonen. Men ingen av dem hadde erfart at det var praktisk mulig å få dette til når en samtidig skulle ivareta bestemmelsene om arbeidstid. Enkelte avdelinger hadde løst dette delvis ved at pasienter med lange behandlingsforløp hadde etablert kontakt med mange av avdelingens leger. Dette skjedde for eksempel ved at flere gikk visitt på disse pasientene. Men det kunne også skje indirekte, ved at informasjon om pasienten ble delt på de interne møtene. Hvorvidt dette oppfyller intensjonen i ordningen kan nok diskuteres. Som beskrevet i innlegget til Normann-Eide var det nettopp det å bli fulgt av

samme lege gjennom hele pasientforløpet som skapte tryggheten (Normann-Eide, 2018).

De ”yngste” legene i materialet, altså de som hadde under 15 års erfaring, fortalte også at de hadde blitt nødt til å lære seg å sette grenser for seg selv;

Jeg kan ikke alltid gå en time over uten å kunne skrive det opp noen plass. Jeg kan ikke holde på sånn. Da strekker en strikken så innmari, og blir tilslutt litt sånn kynisk... (Lege F)

Disse legene argumenterte godt for at dette handlet om flere ting; pasientsikkerhet – de var klare over at når de var for trøtte og blodsukkeret faretruende lavt var de ikke i stand til å gjøre en god jobb. Men også fordi de hadde forpliktelser på hjemmebane de ikke alltid kunne skyve på. Noen kunne også fortelle at det ble vanskelig kollegialt. Om en lege strakk seg spesielt langt ble det skapt forventninger hos pasientene om tilsvarende service også når de møtte andre leger.

Hvis en gjør valg som å sette opp pasienter til kveldspoliklinikk får man gjøre det sjøl. Man kan ikke legge opp til å gjøre ting på rare tidspunkt bare for å.. da må det være en sjøl. (Lege J)

Legene beskrev at tidspresset gjorde noe med dem. De hadde lært seg forskjellige overlevelsestrategier, de strakk seg ikke like langt som i begynnelsen av karrieren. Dette var alt fra triks for å ikke virke så stresset som de faktisk var, og åpent informere pasientene om samtidighetskonflikter. De sluttet å stille åpne spørsmål, og gikk bevisst ikke inn på tema de fornemmet at pasienten slet med men som det ville ta tid å gå igjennom.

Har man ikke tid til å gjøre det skikkelig blir det ikke gjort skikkelig. (Lege I)

I materialet er det ikke dekning for å si noe om hvordan disse grensene ble etablert innad i et kollegium. Men forskjellen i forhold til de mest erfarne legene var tydelig. Temaet kom ikke opp i disse samtalene, den eneste legen som nevnte det slik:

Jeg må jo ta meg sammen i forhold til yngre kolleger som ikke har vært med på den utviklingen jeg har vært med på, som ser på det jeg synes er en strålende ordning som for dårlig! (Lege B)

Denne observasjonen samstemmer med funnene i Saima Diderichsens doktoravhandling "It's just a job" (Diderichsen, 2017), der yngre leger vektlegger livet utenom jobben når de skal velge medisinsk spesialitet. Legene i mitt materiale er av begge kjønn og arbeider alle i vaktintensive fag. De opplevde at de strakk seg langt, men at krysspresset de ble utsatt for var både urimelig og uløselig. At noe dermed ikke ble utført, eller ikke utført slik en helst ønsket det, hadde de etter hvert innsett at skyldtes "systemet" og ikke de selv.

Oppsummering hvordan "pasientens helsetjeneste" påvirker legenes hverdag

- Mange leger merker lite til dette i det daglige
- Tiltak som påvirker den profesjonelle kjernen aksepteres ikke
- Tidspresset oppleves som en trussel mot både autonomi og god pasientbehandling

7.4 Legenes opplevelse av å bli styrt

Det opprinnelige temaet for denne mastergraden var hvordan legene forholdt seg til at pasienten skulle ha mer makt i lege-pasientrelasjonen. Men i løpet av intervjuene ble det svært tydelig at for informantene var det sentralt hvordan de ble styrt fra politisk hold. Her hadde svært mange av informantene mye på hjertet og til dels sterke utsagn. Også dette var uavhengig av om legene var tydelige på sitt politiske ståsted. Gjennomgående var opplevelsen av svært stor avstand fra det politikerne beskjeftiget seg med og det som faktisk foregikk på sykehusene.

Det er mye som er selvfølgeligheter som gjøres til store politiske ting, men som ikke har noe med hverdagen å gjøre. De skjønner ikke hva de snakker om får man følelsen av noen ganger, selv om man kan få inntrykk av at hovedideen er god. (Lege E)

Også de informantene som var mest positive til brukermedvirkning fortalte om noenlunde samme opplevelse.

En av legene hadde kommentert at yngre leger så ut til å bli mer stresset av den kunnskapsrike pasienten enn eldre. Hva angår opplevelsen av å bli styrt kunne man gjenkjenne dette. De yngste legene framsto som mest frustrert over å bli styrt fra politisk hold, noe som gjenspeiles i innleggene til leder i Yngre Legers Forening, Christer Mjåset, der redusert autonomi er i fokus (Mjåset, Sunde, & Lindahl, Kirurg sier opp i protest mot ukultur, 2018).

Også de mest erfarne legene hadde merket en utvikling mot stadig sterkere styring og mindre personlig frihet for den enkelte lege, slik det er beskrevet i teoridelen fra bl.a. Bringedal og Bærøe om økt rettsliggjøring (Bringedal & Bærøe, Økt rettliggjøring for likebehandling i helsetjenesten, 2016). I og med at avstanden mellom det politiske nivået og den kliniske hverdagen var så stor, synes det som de mest erfarne legene også bekymret seg mindre for at politiske signaler ville få faktiske konsekvenser. Som en tydelig sa;

Det som kommer fra departementet blir ikke iverksatt engang. Det er så åpenbart for alle at det ikke finnes ressurser til det. Og det er så synd, for da får du sånn avmakt! (Lege D)

Denne forskjellen kan skyldes at de mest erfarne legene ikke bare har lang medisinsk erfaring, men også med at ministere kommer og går. Eller at politiske utsagn gjerne er spissformulerte, men kan tolkes på en måte som gjør at hverdagen endres minimalt. En tredje forklaring kan være at nettopp disse erfarne legene, som fyller to av tre elementer i kunnskapsbasert praksis, også har mindre å "frykte" ved overføring av makt til pasientene.

Interessant nok kommenterte ingen av legene behovet for "a new professionalism" slik teoridelen viser det har vært betydelig diskusjon om i mange år (Medical Professionalism Project; ABIM Foundation, 2002) (Hafferty & Castellani, 2010) (Light, 2015). Legene beskrev imidlertid en hverdag preget av samme utfordringer som disse

forfatterne mener krever en annerledes måte å være profesjonell på; alle legene kunne beskrive en klinisk hverdag med nettopp mer komplekse pasientsaker med sammensatt problematikk, behov for teamarbeid innad i sykehuset og gode pasientforløp mellom mange tjenestenivåer, teknologiske nyvinninger og større informasjonsflyt.

Endringene i utdanningen av leger, med overføring av makt og ansvar fra Legeforeningen til Helsedirektoratet, var de godt kjent med. Men ei heller dette ble kommentert i forhold til innvirkningen det har på profesjonen. Tvert imot, en av legene avfeide denne type endringer som "bare pjatt". Ut fra den teoretiske definisjonen av profesjon både hos Freidson og Aubert (Freidson, 2001) (Myhre, 2015) er dette noe overraskende. Begge framhever profesjonens egen kontroll over utdanningen av nye profesjonsutøvere som sentral.

Det skal imidlertid anmerkes at på intervjuutidspunktet var bare kravene til hvilke medisinske ferdigheter LIS1/turnuslegene samt kravene til felles kompetansemål kjent. Like etter at intervjurunden var ferdig ble Helsedirektoratets kvalifikasjonskrav for de enkelte medisinske spesialitetene friggitt. Dette skapte furore spesielt i de kirurgiske miljøene. En enstemmig resolusjon på Legeforeningens landsstyremøte i mai 2018 anbefaler at Legeforeningens spesialitetskomiteer skal utforme prosedyrekrav i faget (Legeforeningen, 2018) – altså å ta tilbake egenkontrollen over hva en profesjonsutøver skal kunne. Det er derfor sannsynlig at ny utdanningsstruktur som en potensiell trussel for legenes autonomi hadde fått større plass om intervjuene hadde skjedd noe senere.

Overraskelsen over at Helsedirektoratets inngripen i spesialistutdanningen kan også tyde på at legene i liten grad har tatt inn over seg hvilken tyngde det er i endringene som kommer. Det er også verdt å merke seg at en viktig del av redselen for ny spesialitetsstruktur er at økonomiske hensyn vil fortrenge utdanningshensyn (Lund, 2018). Om informantene er representative er det ikke til å undres over at endringene oppleves som brå og faglig dårlige all den tid de altså ikke var kjent med at det også innad i profesjonen er en pågående debatt om endring av selve profesjonsdefinisjonen (Light, 2015). I og med at legene beskrev noenlunde samme utfordringer til grunn for ønsket om "a new professionalism", kan det tenkes at større bevissthet om andre begrunnelser enn rent økonomiske ville ha gitt større forståelse? Nå skal det også

anmerkes at legene i ikke hadde motforestillinger mot nye element som må inn i en redefinering av profesjonen, som for eksempel å jobbe godt i team. I deres travle verden er det imidlertid vanskelig å se hvordan dette skal være mulig uten at noe også må ut. Som en legene sa det;

Det som allerede er puttet inn i helsetjenesten, det rører man ikke. Det eneste man prioriterer er det nye. Det gamle, det blir. (Lege G)

En av de yngre legene minnet om at det overhodet ikke var gitt noen signaler om at det var greit at den medisinske kvaliteten gikk ned. Kombinert med de yngre legenes tydelighet på at arbeidstidens grenser kom til å bli respektert, er det ikke rart det kan oppleves som et uløselig dilemma å ivareta alle hensyn.

Det legene derimot var opptatt av, var at deres medisinske kunnskap syntes å bli tillagt stadig mindre vekt. Dette samsvarer med trussel nr. 1 slik beskrevet i kapittel 3.1.1 om trusler mot profesjoner, "populisme". "Populisme" ble der definert som at det ikke finnes noen spesiell og eksklusiv kunnskap (Myhre, 2015). En av legene uttrykte det slik;

Arkitekten er faktisk ikke like viktig som doktoren på et sykehus. Du lurere på om det ikke er sånn at det er en gjengs oppfatning at det er medisinsk behandling vi driver med. Og at det må gå foran. (Lege A)

Også her må funnene sees i lys av at legene var lite kjent med endringen i kunnskapsbegrepet (Helsebiblioteket, 2016) og diskusjonene om behovet for redefinering av profesjonalisme (Medical Professionalism Project; ABIM Foundation, 2002). Legenes opplevelse synes å være at de blir fratatt myndighet til å utøve sitt fag, ikke at det åpnes nye områder eller nye måter å utøve faget på. Hadde dette blitt tatt inn i intervjuvalen er det mulig at legene hadde reflektert annerledes. Ikke minst siden legene framsto som allment positive til alt som kunne hjelpe i pasientbehandlingen, herunder også tema som oppgaveglidning og informasjonsdeling. Dette er tema som Torgersen beskriver kan true profesjonaliteten, det være seg via "populisme" eller "innovisme" (Myhre, 2015).

Som nevnt i kapittel 6.2.3 var det kun en av legene som påpekte at enkelte legers adferd fremdeles var over streken. Ei heller denne legen kom inn på at slik adferd kan være en trussel mot profesjonen; "personalisme" slik det er forklart hos Torgersen. Hos andre leger der temaet kom opp handlet det om historiefortellinger om slik det var før. Hovedinntrykket er at legene ikke vurderte "personalisme" som en trussel mot legers rolle.

Oppsummering legenes opplevelse av å bli styrt

- Legene forholder seg til de politiske budskapene med overbærenhet
- Legene oppfatter at politikerne har lite kunnskap om hverdagen i sykehusene
- Flere leger opplever at deres kunnskap blir lite verdsatt

7.5 Hvordan påvirker bestillingen om «pasientens helsetjeneste» tilbudet legene gir?

Tiltak som gjøres av andre yrkesgrupper enn leger, som bedre skriftlig materiell, etablering av brukerutvalg og forløpskoordinatorer for pakkeforløpene for kreft, er innført. Legene opplever at dette bedrer tilbudet til pasientene, og i noen grad letter deres egen arbeidshverdag. Kravene om økt tilgjengelighet, som å ha tilgang til legenes jobbmailadresse beskrives å være til hjelp for spesielt de ressurssterke pasientene. Dette samsvarer med funn presentert i teorigjennomgangen (Elstad, 2018).

De endringene som krever reell endring av legenes arbeidshverdag, er i liten grad innført. Det dreier seg om forskjellige tiltak, fra "kontaktlegefunksjonen" til trening i samvalgsverktøy og kommunikasjonsteknikker. Kryssende hensyn, spesielt fokus på økonomi og korte ventelister/ingen fristbrudd, gjør det vanskelig å få til endringer også legene kunne ha ønsket seg. Noen avdelinger har imidlertid klart å få til imponerende systemer for å trene sine leger i kommunikasjon, og viser at det er mulig å få presset inn slike tiltak i en travel hverdag.

Det framstår ikke som tilfeldig at avdelingene som har kommet lengst også er avdelinger med tradisjonelt sterke brukergrupper, og relativt unge pasienter. Dette er også i

overensstemmelse med funn fra teorigjennomgangen (Pollard, Bansback, & Sterling, 2015), som også peker på at pasientenes alder er en faktor i brukermedvirkning.

Teorigjennomgangen viser en tendens til at der legene behandler kroniske tilstander står brukermedvirkningen sterkere. Ingen av legene i mitt materiale arbeider i medisinske spesialiteter som i hovedsak retter seg mot kroniske lidelser, eller lidelser uten gode medisinske forklaringsmodeller. I den politiske bestillingen om å skape "pasientens helsetjeneste" er det ikke spesifisert verken hvor det butter mest per i dag eller om det er områder som bør prioriteres. Dette kan være noe av forklaringen på at mange av mine informanter opplevde at bestillingen ikke var relevant for verken pasientene eller deres egen hverdag.

Oppsummering av hvordan "pasientens helsetjeneste" påvirker tilbudet legene gir

- "Pasientens helsetjeneste" har foreløpig liten betydning legenes daglige arbeid
- Kryssende hensyn gjør det vanskelig å endre legenes tidsbruk i retning "pasientens helsetjeneste"
- Tiltak som utføres av andre yrkesgrupper kan være enklere å innføre

8.0 Avslutning

De siste års satsing på "pasientens helsetjeneste", med fokus på myndiggjøring av pasienten og forflytning av makt fra helsepersonell til pasient, synes i varierende grad å ha nådd sykehuslegene. Både i betydningen at sykehuslegene har hørt om det, men også hvordan det fortolkes isolert sett og i forhold til alle øvrige styringssignaler. For mange synes budskapet å tolkes til at en skal gi pasienter bedre informasjon.

Legene erkjente likevel at det hadde vært en betydelig utvikling på feltet, fra en paternalistisk legerolle til stort sett godt samarbeid med pasient og pårørende. De opplevde derfor at det ikke var stort behov for å intensivere arbeidet med å øke pasientens innflytelse. De legene som i størst grad ønsket videre forbedringer velkommen arbeidet i fag med i hovedsak yngre pasienter. Dette samsvarer med

tidligere funn. Legene reflekterte over at mange eldre og svært syke pasienter verken ønsket eller evnet å medvirke i egen behandling. I tråd med tidligere funn presentert i teorijennomgangen tyder også denne eksplorative studien på at budskapet om økt makt til pasienten gjennom brukermedvirkning mottas forskjellig avhengig av hvilken spesialitet legen jobber i. Derimot viste materialet ikke en forskjell i hvordan legen fortolket "pasientens helsetjeneste" ut ifra legens kjønn. Både leger med lang og kortere erfaring var positive til større pasientinvolvering. Alle de intervjuede legene fastholdt at behandlingsbeslutningen skulle ligge hos legen.

Hovedproblemet for å lykkes med "pasientens helsetjeneste" synes å være todelt; mange leger hadde liten kjennskap til hva som egentlig var ment og hvorfor eventuell endring var nødvendig. Den viktigste bremsen for å lykkes er likevel tid. Sykehuslegene forteller om en hverdag der de er svært presset på tid. Pasientarbeidet i seg selv er lagt opp med lite rom for individuelle tilpasninger til den enkelte pasient. I tillegg kommer rapporteringskrav, som sammen skaper betydelig konkurranse om legens oppmerksomhet og tid. I sum gjør dette at legene opplever det politiske budskapet som kun det, og ingen reell marsjordre om å endre kurs i det daglige arbeidet.

For legene som arbeider i fagfelt der pasientene både forventer medvirkning, og aktivt bidrar i forbedringsarbeid, framstår budskapet om "pasientens helsetjeneste" ikke bare som velkomment – men som å slå inn åpne dører. Leger som ved selvsyn, eller via informasjonsdeling på egen avdeling, ser at brukermedvirkning gir bedre resultat, er positive til økt pasientinnflytelse.

I noen medisinske fag er pasientsammensetningen slik at denne endringen kan gå raskt, i andre fag framstår det nærmest unødvendig med noen endring mot mer brukermedvirkning. Siden pasientene er forskjellige og har forskjellige behov må en derfor ta høyde for at både endringene og endringstakten ikke nødvendigvis vil være lik i alle deler av sykehusene. Et mer spisset og konkret budskap om hva som forventes av hvem kunne gjort det lettere å lykkes.

”Pasientens helsetjeneste” er et upresist begrep, som må defineres og operasjonaliseres lokalt. Vi kan derfor anta at det vil være stor variasjoner i praktisering imellom ulike spesialiteter, avdelinger og sykehus.

Funnene i denne mastergraden tyder på at det er et betydelig arbeid som gjenstår før ”pasientens helsetjeneste” oppfattes av legene som et styringssignal fra nettopp pasienten. Kunnskapsgrunnlaget er ikke på plass. Dermed har man ikke etablert en forståelse av at endring er nødvendig, og at det haster. Denne ”sense of urgency” er av Kotter beskrevet som første steg for å lykkes med endring (Kotter, 2018).

Selv om viktige faktorer dermed ikke er på plass for å lykkes med intensjonene i ”pasientens helsetjeneste” peker imidlertid funnene å at det finnes en vei; via pasientene. I 2002 skrev Helge Hernes følgende: Det er først når de profesjonelle (her legene) eventuelt konstaterer at brukeren *viser seg* som profesjonell ved faktisk å *ta* ansvar, at de kan konsentrere seg om å benytte sin ekspertise og ta de grep som det ikke er rimelig å vente fra brukerne” (Hernes, Profesjonelle brukere, 2002). Funnene i denne mastergraden indikerer at dette fremdeles stemmer. Der ønsket om endring blir tydelig framført fra pasientene selv, enten legens egne eller på samme seksjon, er legene positive og strekker seg langt for å imøtekomme pasientens ønsker.

Men signalene må oppfattes som å komme fra pasientene. En oversettelse via politikere aksepteres ikke som en gyldig beskrivelse av hva pasientene ønsker.

Bibliografi

- Andenæs, K. (2006). Om maktens rettsliggjøring og rettsliggjøringens maktpotensial. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 47 (4), ss. 587-600.
- Andersen, E. J. (2007, Oktober 4). *Hvordan oppfattes legene og Legeforeningen utad?* Hentet 21/8 2018 fra [https://tidsskriftet.no\(2007/10/aktuelt-i-foreningen/hvordan-oppfattes-legene-pg-legeforeningen-utad](https://tidsskriftet.no(2007/10/aktuelt-i-foreningen/hvordan-oppfattes-legene-pg-legeforeningen-utad)
- Angerer, P., & Weigl, M. (2015). Physicians' Psychosocial Work Conditions and Quality of Care: A Literature Review. *Professions and Professionalism* (Vol 5, no 1).
- Anonym23. (2018, August 09). *Psykobloggen*. Hentet 20/8 2018 fra Mental Helse: www.mentalhelse.no/psykobloggen/alle-blogginnlegg/kjaere-legevaktsleger
- Aristoteles. (2018). Aristotle's niomachean Ethics. I H. S. Aasen, B. Bringedal, K. Bærøe, & A.-M. Magnussen, *Prioritering, styring og likebehandling* (s. 16). Oslo, Norge: Cappelen Damm Akademisk.
- Aasen, H. S., Bringedal, B., Bærøe, K., & Magnussen, A.-M. (2018). *Prioritering, styring og likebehandling. Utfordringer i norsk helsetjeneste* (1. utg.). Oslo, Norge: Cappelen Damm Akademisk.
- Aasland, O. G. (2015, Mars 5). Healthy Doctors - Sick Medicine. *Professions & Professionalism*, 4 (Vol 5, No 1).
- Aasland, O. G. (2018, Mai 28). Legen som nyttig idiot. *Tidsskrift for den norske legeforening* (9).
- Balint, M. (1957). *The Doctor, his Patient and the Illness*. New York, USA: International Universities Press.
- Bang, H. (2013). Organisasjonskultur - en begrepsavklaring. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening* (Vol 50, nr 4), ss. 326-336.
- Basso, T. (2017, Oktober 4). Legens nye status presens. Intervjuer C. Svanstrøm. *Tidsskrift for den norske Legeforening*.
- Bergfjord, G. S. (2017, April 26). Flest klager på sykehusbehandling i Rogaland. Intervjuer I. Gundersen. *Stavanger Aftenblad*.
- Biernacki, P., & Waldorf, D. (2017). Snowball Sampling: Problems and Techniques in Chain Referral. I A. Tjora, *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utg., s. 265). Oslo, Norge: Gyldendal Akademisk.
- Brennpunkt 2.5 2018 *Legekoden* [TV-dokumentar]. Oslo, Norge.
- Bringedal, B., & Bærøe, K. (2016). Økt rettliggjøring for likebehandling i helsetjenesten. *Retfærd*, 40 (2), ss. 7-18
- Bringedal, B., & Carlsen, B. (2018). Norske legers syn på styringsinstrumentenes betydning. I H. S. Aasen, B. Bringedal, K. Bærøe, A.-M. Magnussen, & A.-M. Magnussen (Red.), *Prioritering, styring og likebehandling. Utfordringer i norsk helsetjeneste* (ss. 166-187). Oslo, Norge: Cappelen Damm Akademisk.
- Crosson, F. J., & Casalino, L. P. (2015). Physician Dissatisfaction in the United States: An Examination. (J.-C. Smeby, Red.) *Professions & Professionalism*, 4 (Vol 5, No 1).
- Dale, O. (2018, Mai 08). Leger som hundser. (A. Brean, Red.) *Tidsskrift for den norske Legeforening*.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2016, April 26). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. Hentet Mai 18, 2018 fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Samfunnsvitenskap-jus-og-humaniora/>

Deber, R. B., Kraetschmer, N., Urowitz, S., & Sharpe, N. (2007, July 30). Do people want to be autonomous patients? Preferred roles in treatment decision-making in several patient populations. (C. Chew-Graham, Red.) *Health Expectations* (Volume 10, Issue 3), ss. 248-258.

Den norske legeforening. (2017, Oktober 23). *Legeforeningen/Legestatistikk/*. Hentet Mai 18, 2018 fra 2017-3 Yrkesaktive leger >70 år i Norge fordelt på stilling pr 23.10.2017: legeforeningen.no

Det kongelige Helse- og Omsorgsdepartement. *Stortingsmedling 11 (2015-2016) Nasjonal helse- og sykehusplan 2016-2019*. Oslo: HOD.

Diderichsen, S. (2017). *It's just a job*. Umeå Universitet, Department of Public Health and Clinical Medicine, Family Medicine. Umeå: Umeå Universitet.

Elstad, J. I. (2018, Feb). Educational inequalities in hospital care for mortally ill patients in Norway. (T. A. Eikemo, Red.) *Scandinavian Journal of Public Health* , 45 (46(1)), ss. 74-82.

Emanuel, E., & Emanuel, L. (1992, April 22-29). Four models of the physician-patient relationship. (H. Bauchner, Red.) *JAMA* , 135 (267(16)), ss. 2221-6.

Exworthy, M. (2015, Mars 25). The Iron Cage and the Gaze? Re-Interpreting Medical Control in the English Health System. (J.-C. Smeby, Red.) *Professions and Professionalism* , 4 (Vol 5, no 1).

Falkum, E., & Førde, R. (2001, Januar). Paternalism, patient autonomi, and moral deliberation in the physician-patient relationship; Attitudes among Norwegian physicians. (S. MacIntyre, Red.) *Social Science & Medicine* , 34 (Volume 52, Issue 1), ss. 239-248.

Folkehelseinstituttet. (2018, Mai 14). Sosiale helseforskjeller. *Folkehelse rapporten* . Oslo, Norge.

Fredriksson, M., Eriksson, M., & Tritter, J. (2017, Juni 21). Who wants to be involved in health care decisions? Comparing preferences for collective and individual involvement in England and Sweden. (N. Pafitis, Red.) *BMC Public Health* (18:18).

Freidson, E. (2001). *Professionalism. The third logic*. Cambridge, UK: Blackwell Publishers Ltd.

Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., et al. (2010, Desember 4). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet* , 187 (Vol 376), ss. 1923-1958.

Garbo, J., & Raugland, V. (2017). *Den brysomme profesjonaliteten - om skjønnsutøvelse og styring*. Oslo, Norge: Universitetsforlaget.

Glouberman, S., & Mintzberg, H. (1996). *Managing the Care of Health and the Cure of Disease Part I: Differentiation*. University of Toronto/McGill University, Toronto.

Gulbrandsen, P., Ofstad, E. H., Holmøy, T., & Vandvik, P. O. (2014, September 16). Pasientmedvirkning ved beslutninger om behandling. *Tidsskrift for den norske legeforening* , 134 (17), ss. 1670-2.

Gulbrandsen, P. (2013, Mai 9). Kommunikasjonskurs gir langtidseffekter. *Tidsskrift for den norske legeforening* , 133 (9), s. 948.

Hafferty, F. W., & Castellani, B. (2010, Februar). The Increasing Complexities of Professionalism. *Academic Medicine* (Vol 85, No 2), ss. 288-301.

Halonon, M. C., Skranes, Jula, B., Bærheim, A., Rustad, E. H., & Eilertsen, G. Ø. (2014). *Medisinsk grunnutdanning*. Den norske legeforening. Oslo: Den norske legeforening.

Hegge, P. E. (2000). *Og så må du ikke stille spørsmål*. Oslo, Norge: Cappelen.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Stortingsmelding 15 (2017-2018) Leve hele livet - En kvalitetsreform for eldre*. Oslo: HOD.

Helsebiblioteket. (2016, Juni 06). *Kunnskapsbasert praksis*. (M. Nylenna, Red.) Hentet Mai 20, 2018 fra Helsebiblioteket: www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis

Helsedirektoratet. (2014). *Fremtidens legespesialister. En gjennomgang av legers spesialitetsstruktur og -innhold*. Avdeling sykehustjenester. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet. (2018, Januar 31). *Legemiddelfri behandling i psykisk helsevern*. Hentet August 15, 2018 fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/psykisk-helsevern/legemiddelfri-behandling-i-psykisk-helsevern>

Hernes, H. (2002). Profesjonelle brukere. I B. Nylehn, A. M. Støkken, *De profesjonelle* (ss. 142-152). Oslo, Norge: Universitetsforlaget.

Hernes, H. (2002). Profesjoner og relasjoner. I B. Nylehn, A. M. Støkken, *De profesjonelle* (ss. 126-140). Oslo, Norge: Universitetsforlaget.

Huseby, A (26.11 2013) Legers autonomi. *Dagens Medisin*

Høie, B. (2015, Februar 06). Pasienten i sentrum. *Morgenbladet* .

Høie, B. (2014, Januar 07). *Sykehustalen*. Hentet August 09, 2018 fra <https://regjeringen.no/no/aktuelt/sykehustalen/id748853/>

Høie, B. (2015, Januar 07). *Sykehustalen*. Oslo, Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Høie, B. (2016, Januar 12). *Sykehustalen*. Oslo,Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Innerdal, C. (2018, Juni). Når leger gråter. *Overlegen* , ss. 22-23.

Julsrud, T. E. (2018). *Organisatorisk tillit* (1. utg.). Bergen, Norge: Fagbokforlaget.

Kotter, J. (2018). *8-step process*. Hentet August 08, 2018 fra <https://www.kotterinc.com/8-steps-process-for-leading-change/>

Kvale, S. (2017). Det kvalitative forskningsintervju. I A. Tjora, *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3.. utg., s. 232). Oslo, Norge: Gyldendal Akademisk.

Leer-Salvesen, P. (2002). De profesjonelle. I B. Nylehn, & A. M. Støkken, *De profesjonelle* (ss. 11-17). Oslo, Norge: Universitetsforlaget.

Legeforeningen. (2018, Mai 30). *Legeforeningen krever forskriftsfesting av prosedyrekrav i spesialistutdanningen*. Hentet August 8, 2018 fra [www.legeforeningen.no/PageFiles/320699/Resolusjon spesialistutdanningen.pdf](http://www.legeforeningen.no/PageFiles/320699/Resolusjon%20spesialistutdanningen.pdf)

Lerø, M. (2009, Februar 17). Hanssens medisin. (M. Lerø, Red.) *Dagens Perspektiv* .

Levinson, W., Kao, A., Kuby, A., & Thisted, R. A. (2005, Juni). Not all patients want to participate in decision making. (S. Asch, Red.) *Journal of General Internal Medicine* (Vol 20, Issue 6), ss. 531-535.

Lie, A. D. (2015). Bjørnehelsetjeneste. *Utposten* , 44 (2), ss. 27-29.

Light, D. W. (2015). Alienation and Stress among Doctors; Dilemmas and Possible Solutions. *Professions & Professionalism* (Volume 5, no 1).

Lovdata. (2001, Juni 15). *Lov om helseforetak m.m. (Helseforetaksloven)*. Hentet August 21, 2018 fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-93/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2

Lovdata. (1998, Juli 17). *Opplæringslova*. Hentet August 21, 2018 fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1998-07-17-61/KAPITTEL_13#KAPITTEL_13

Luhrmann, A., Mechkova, V., Dahlum, S., Maxwell, L., Olin, M., Petrarca, C. S., et al. (2018, Juni 18). State of the world 2017: autocratization and exclusion? *Democratization* .

Lund, A. (2018, Mai 26). *Ville du blitt operert av en nybegynner?* (Ø. Hjertenes, Red.) Hentet August 8, 2018 fra <https://www.bt.no/btmeninger/debatt/i/XwLaBW/Ville-du-blitt-operert-av-en-nybegynner>

Malterud, K. (2002, Oktober 20). Kvalitative metoder i medisinsk forskning - forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskrift for den norske Legeforening* , 122 (25), ss. 2468-72.

Medical Professionalism Project; ABIM Foundation. (2002, Februar 5). Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter. *Annals of Internal Medicine* , 75 (Vol. 136, Issue 3), ss. 243-246.

Meyerson, D., Weick, K., & Kramer, R. (2018). Swift Trust and Temporary Groups. I T. E. Julsrud, *Organisatorisk tillit* (s. 149). Bergen, Norge: Fagbokforlaget.

Mintzberg, H. (1993) Structure in fives: Designing effective organizations. Englewood Cliffs, NJ, US: Prentice-Hall, Inc

Mjåset, C. (2018, Mai 23). *Mister sykehusdirektørene garderoben?* Hentet August 23, 2018 fra <https://www.dagensmedisin.no/blogger/christer-mjaset/2018/05/23/mister-sykehusdirektorene-garderoben>

Mjåset, C., Sunde, M. L., & Lindahl, A. K. (2018, Juni 28). Kirurg sier opp i protest mot ukultur. *Dagsnytt 18*. NRK. Oslo.

Mundal, A. (2009). *Stadig mer spesialisert medisin*. Statistisk Sentralbyrå. Oslo: SSB.

Myhre, J. E. (2015). Profesjon og organisasjon. *Tidsskrift for samfunnsforskning* , 55 (Vol 56. nr. 4), ss. 493-502.

Nasjonal enhet for pasientsikkerhet. (u.d.). 10 råd til deg som pasient. *Pasientsikkerhet* . Norge: Kunnskapssenteret.

National Kidney Foundation. (2017). *Home Hemodialysis*. Hentet Juni 29, 2018 fra A to Z health guide: kidney.org

Normann-Eide, E. (2018, Mars 20). Kommunikasjon med kirurgisk presisjon. (A. Brean, Red.) *Tidsskrift for den norske legeforening* , 137 (6).

Nylehn, B., & Støkken, A. M. (2002). *De profesjonelle*. Oslo, Norge: Universitetsforlaget.

Ofstad, E. H. (2015, September 18). *Medical decisions in 372 hospital encounters*. Hentet Juli 10, 2018 fra <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/aktuelt/arrangementer/disputaser/2015/ofstad-eirik-hugaas.html>

Ospina, N. S., Phillips, K. A., Rodrigues-Gutierrez, R., Castaneda-Guarderas, A., Gionfriddo, M., Branda, M. E., et al. (2018, Juli 02). *Eliciting the Patient's Agenda - Secondary Analysis of Recorded Clinical Encounters*. (M. D. Richard L Kravitz, Red.) Hentet Juli 31, 2018 fra <https://doi.org/10.1007/s11606-018-4540-5>

Park, R. (2017, Februar 21). *Why So Many Young Doctors Work Such Awful Hours*. Hentet Juli 08, 2018 fra The Atlantic: <https://theatlantic.com/world/business/archive/2017/02/doctors-long-hour-schedules/51>

Pollard, S., Bansback, N., & Sterling, B. (2015, Mai 11). Physician attitudes towards shared decision making: A systematic review. (A. Finseth, Red.) *Patient Education and Counseling* (98 (2015)), ss. 1045-1057.

Raugland, V. (2017, November 28). Vil se lærerne i retten. (K. L. Fladberg, Intervjuer, & E. H. Lysholm, Redaktør) Oslo: Dagsavisen.

Røssberg, J. I., Andreassen, O. A., & Ilner, S. O. (2017, Mars 13). *Medisinfrie sykehusposter - et kunnskapsløst tiltak*. (A. Brean, Red.) Hentet August 15, 2018 fra <https://tidsskriftet.no/2017/02/kommentar-og-debatt/medisinfrie-sykehusposter-et-kunnskalslost-tiltak>

Repstad, P. (2017). Mellom nærhet og distanse. I A. Tjora, *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3.. utg., s. 235). Oslo, Norge: Gyldendal Akademisk.

Riksrevisjonen. (2016, Januar 12). *Samhandlingsreformen: - Kvaliteten på tjenestene må bli bedre*. Hentet Juli 23, 2018 fra Riksrevisjonen.no: <https://www.riksrevisjonen.no/presserom/Pressemeldinger/Sider/Samhandlingsreformen.aspx>

Schackt, J. (2018, Mai 9). *Kultur*. Hentet Juli 7, 2018 fra <https://snl.no/kultur>

Schei, E. (2017, Juni 06). En bedre legeutdanning? *Dagens Medisin*, 8 (11).

Schein, E. (1987). *Organisasjonskultur og ledelse - er kulturendring mulig?* Oslo, Norge: Libro Forlag.

Schiefloe, P. M. (2016). *Analyzing and developing organizations; The Pentagon Approach*. NTNU, Institutt for sosiologi og statsvitenskap. Trondheim: NTNU Samfunnsforskning AS.

Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering. (u.d.). *Likeverdige helsetjenester - uansett hvor du bor?* (V. L. Pettersen, Redaktør, & S. f. evaluering, Produsent) Hentet Juni 28, 2018 fra helseatlas.no

Skirbekk, H., Middelthon, A.-L., Hjortdal, P., & Finset, A. (2011, April 15). Mandates of Trust in the Doctor-Patient relationship. *Qualitative Health Research*. Sage Publications.

Stortinget. (1999, Juli 02). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. Hentet Juni 26, 2018 fra Lovdata: lovdata.no

Stortinget. (2001, Januar 01). *Lov om spesialisthelsetjenester m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)*. Hentet Juni 28, 2018 fra Lovdata: lovdata.no

Stortinget. (2001, April 6). Pt.prp. 66 (2000-2001) Lov om sykehusforetak m.m. *Odelsingsproposisjon*, 30. Oslo, Norge: Det norske Storting.

Storvik, A. G. (2014, Oktober 24). *Etterkom Fugells krav*. Hentet Juli 09, 2018 fra Dagens Medisin: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2014/10/24/etterkom-fugellis-krav>

Thomsen, I. (2018, Mai 12). *Økt forbrukermakt i helsetjenesten utfordrer idealet*. Hentet Juni 23, 2018 fra <https://www.aftenbladet.no/meninger/debatt/i/Eo9wJA/Okt-forbrukermakt-i-helsetjenesten-utfordrer-idealet>

Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3.utg. utg.). Oslo, Norge: Gyldendal Akademisk.

Tranvik, T. (2009, Januar 28). *Induktivt og deduktivt design, metodevalg*. Universitetet i Oslo, Juridisk Fakultet.

Tritter, J., & Lutfey, K. (2009, September 8). Bridging divides: patient and public involvement on both sides of the Atlantic. *Health Expectations*. (C. Chew-Graham, Red.) UK: Wiley Online Library.

United Nations. (1948, Desember 10). *Universal declaration of Human Rights*. Hentet Juni 28, 2018 fra Universal declaration of Human Rights: [un.org/Universal Declaration of Human Rights](http://un.org/Universal-Declaration-of-Human-Rights)

Universitetet i Bergen. (2017, April 12). *Hva er profesjonsstudier?* Hentet August 21, 2018 fra <https://www.uib.no/utdanning/112904/hva-er-profesjonsstudier>

Wennberg, J. E. (2010). *Tracking Medicine. A researchers quest to understand health care*. New York, New York, USA: oxford University Press.

WHO. (2018). *Patient Rights*. Hentet 04 29, 2018 fra www.who.int/genomics/public/patientrights/en/

Wilensky, H. L. (2002). The Professionalization of Everyone? I B. Nylehn, & A. M. Støkken, *De profesjonelle* (ss. 43-44). Oslo, Norge: Universitetsforlaget.

Wyller, V. B., Gisvold, S. E., Hagen, E., Heggedal, R., Heimdal, A., Karlsen, K., et al. (2013, Mars 19). Ta faget tilbake! *Tidsskrift for den norske legeförening*, 133 (6), ss. 655-9.

Vedlegg 1: Godkjenning fra NSD



Per Morten Schiefloe
Dragvoll
7491 TRONDHEIM

Vår dato: 07.12.2017

Vår ref: 57290 / 3 / HIT

Deres dato:

Deres ref:

Forenklet vurdering fra NSD Personvernombudet for forskning

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 19.11.2017.
Meldingen gjelder prosjektet:

57290	<i>Sykehuslegers opplevelse av "Pasientens helsetjeneste" En eksplorativ studie av hvordan sykehusleger antar det politiske målet om "pasientens helsetjeneste" vil påvirke deres arbeidshverdag.</i>
Behandlingsansvarlig	NTNU, ved institusjonens overste leder
Daglig ansvarlig	Per Morten Schiefloe
Student	Kathinka Meirik

Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet med vedlegg, vurderer vi at prosjektet er omfattet av personopplysningsloven § 31. Personopplysningene som blir samlet inn er ikke sensitive, prosjektet er samtykkebasert og har lav personvernulempe. Prosjektet har derfor fått en forenklet vurdering. Du kan gå i gang med prosjektet. Du har selvstendig ansvar for å følge vilkårene under og sette deg inn i veiledningen i dette brevet.

Vilkår for vår vurdering

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet
- krav til informert samtykke
- at du ikke innhenter [sensitive opplysninger](#)
- veiledning i dette brevet
- NTNU sine retningslinjer for datasikkerhet

Veiledning

Krav til informert samtykke

Utvalget skal få skriftlig og/eller muntlig informasjon om prosjektet og samtykke til deltakelse.

Informasjon må minst omfatte:

- at NTNU er behandlingsansvarlig institusjon for prosjektet
- daglig ansvarlig (eventuelt student og veileder) sine kontaktopplysninger

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

- prosjektets formål og hva opplysningene skal brukes til
- hvilke opplysninger som skal innhentes og hvordan opplysningene innhentes
- når prosjektet skal avsluttes og når personopplysningene skal anonymiseres/slettes

På nettsidene våre finner du mer informasjon og en veiledende mal for [informasjonsskriv](#).

Forskningsetiske retningslinjer

Sett deg inn i [forskningsetiske retningslinjer](#).

Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke [endringer](#) du må melde, samt endringsskjema.

Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#).

Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt

Ved prosjektslutt 31.08.2018 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

Gjelder dette ditt prosjekt?

Dersom du skal bruke databehandler

Dersom du skal bruke databehandler (ekstern transkriberingsassistent/spørreskjemaleverandør) må du inngå en databehandleravtale med vedkommende. For råd om hva databehandleravtalen bør inneholde, se [Datatilsynets veileder](#).

Hvis utvalget har taushetsplikt

Vi minner om at noen grupper (f.eks. opplærings- og helsepersonell/forvaltningsansatte) har [taushetsplikt](#). De kan derfor ikke gi deg identifiserende opplysninger om andre, med mindre de får samtykke fra den det gjelder.

Dersom du forsker på egen arbeidsplass

Vi minner om at når du [forsker på egen arbeidsplass](#) må du være bevisst din dobbeltrolle som både forsker og ansatt. Ved rekruttering er det spesielt viktig at forespørsel rettes på en slik måte at frivilligheten ved deltakelse ivaretas.

Se våre nettsider eller ta kontakt med oss dersom du har spørsmål. Vi ønsker lykke til med prosjektet!

Vennlig hilsen

Marianne Hogetveit Myhren

Hildur Thorarensen

Kontaktperson: Hildur Thorarensen tlf: 55 58 26 54 / hildur.thorarensen@nsd.no

Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjektet

Sykehuslegers opplevelse av «pasientens helsetjeneste»

Bakgrunn og formål

«Pasientenes helsetjeneste» er Regjeringens målsetting for norsk helsetjeneste. Helsetjenesten beskrives å være «god på overlevelse, men ikke like god på opplevelse», og at det «skal flyttes makt fra andre som har makt – til pasienten» (Sykehustalen 2015). Den politiske viljen til «Pasientens helsetjeneste» gjenfinnes i styringssignaler i Stortingsmeldinger, Oppdragsdokument til helseforetakene og i praktisk politikk gjennom blant annet styrkede pasientrettigheter og krav om bedre kunnskaper om brukermedvirkning i ny spesialistutdanning for leger.

Samtidig er norsk helsevesen i endring også grunnet andre faktorer, som presset økonomi, stor økning i antall eldre og teknologisk utvikling. I de senere årene har det også vokst fram en frustrasjon hos mange grupper helsearbeidere, uttrykt blant annet gjennom opprettelse av «Helsetjenesteaksjonen» og fjorårets langvarige legestreik. Internasjonalt er det stor bekymring rundt økende utbrenthet hos leger. Årsaksforklaringer på dette er flere, herunder redusert autonomi/selvbestemmelse over arbeidssituasjonen. Økonomiske begrensninger og framveksten av retningslinjebasert medisin oppgis som faktorer som reduserer den enkelte leges autonomi. Men framveksten av pasientrettigheter og ønsket om maktforskyvning fra blant annet legene til pasientene kan også tenkes å være en faktor som endrer legens rolle.

I denne mastergradsstudien ved NTNU gjøres en kartlegging av hvordan norske sykehusleger opplever det politiske ønsket om «pasientens helsetjeneste». Hvordan tolker de budskapet? Hva betyr det for deres fagfelt, for deres egen fagutøvelse? Hvis de tenker at dette betyr reelle endringer i fagutøvelse, vil det gi bedre tjenester for pasientene? Hvordan vil legerollen endres? Hvordan tenker de selv at en «pasientens helsetjeneste» bør være?

Sykehusleger ved St. Olavs hospital forespørres om å delta i studien. Det tas sikte på å intervju leger med variert erfaringsbakgrunn. Legene spørres etter «snøballmetoden», som innebærer at de som blir intervjuet bes om å oppgi andre leger de tenker vil være relevante å intervju.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Å delta i studien innebærer at du takker ja til å la deg intervju. Intervjuet er beregnet å ta fra 30-60 minutter, og kan gjennomføres der du måtte ønske. Det er utarbeidet en intervjumal, men intervjuet er lagt opp semistrukturert. Det betyr at man kan svare så utdypende som en ønsker, at intervjuer kan stille oppfølgingsspørsmål, og at det er anledning til å legge til elementer som ikke inngår i intervjumalen.

Intervjuet tas opp på lydfil på mobiltelefon. Om du ikke ønsker det, vil intervjuer ta skriftlige notater underveis.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Kun intervjuer vil ha tilgang til både lydfiler og notater som gjøres av samtalene. Navnet ditt vil ikke noteres, kun antall år du har arbeidet som lege og hvilken spesialitet du jobber i. Lydfiler og rånotater vil lagres på mobiltelefon og PC som er beskyttet med passord og brukernavn. Funn fra intervjuene vil bli diskutert med veileder, og vil bli presentert i den ferdige masteroppgaven.

Funn fra undersøkelsen vil presenteres i formen «spesialist/LIS-lege i xxx medisinsk spesialitet». For den enkelte som har blitt intervjuet vil det være mulig å kjenne igjen egne sitater, men bare intervjuer vil vite hvilken person som har gitt hvilke uttalelser.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 1.9.2018. Alle lydfiler og rånotater vil makuleres senest ved prosjektets slutt.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli trukket fra studien.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med masterstudent Kathinka Meirik, telefon 99541964, eller mail kmeirik@yahoo.no. Du kan også kontakte veileder professor Per Morten Schiefloe, tlf. 90115516 eller mail per.morten.schiefloe@ntnu.no.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3: Intervjugal

INTERVJUMAL:

SYKEHUSLEGERES OPPLEVELSE AV « PASIENTENS HELSEVESEN» - TRUSSEL ELLER MULIGHET

Takke for at NN stilte opp til intervju. Gå igjennom samtykkeskjema; spørsmål? Repetere rammene for intervjuet. Eksplisitt spørre om ok å ta opp på telefonen. Høre om de vil se over egne sitat som brukes.

Har du hørt uttrykket «pasientens helsetjeneste»?

(Hvis nei, utdype med eksempler fra Høie; «ingen beslutning om meg uten meg», «Pasientens erfaring skal telle likt med hva helsepersonell og forskning sier», «vi flytter makt fra de som har makt til pasienten», fra Nasjonal Helse- og sykehusplan «helsetjenesten er god på overlevelse, og ikke like god på opplevelse», «pasientens stemme skal veie tyngre i morgendagens helsetjeneste. Pasientens ønsker og behov skal veie tyngre når det skal tas valg om hvilken behandling som skal gis, og hvordan den skal gjennomføres. Pasientens kompetanse skal tillegges vekt på linje med fagfolkenes kompetanse.»

Hva tenker du om slike utsagn?

Er det områder du tenker det vil være riktig å endre pasienters innflytelse? Områder der det ikke bør skje?

Hvordan tror du dette kan påvirke ditt fag?

(om ingen ideer, eksemplifisere for eksempel med krav om keisersnitt vs normal fødsel, medikamentfrie tilbud i psykisk helsevern, operasjon eller konservativ behandling av ortopediske tilstander, behandling vs palliasjon i onkologi, krav til vektnedgang/røykekutt/livsstilsendring for behandling, forskrivning av antibiotika /smertestillende/H-reseptor, pasienten skriver sin egen journal...)

Hvordan tror du dette kan påvirke din konkrete arbeidshverdag?

(om ingen ideer, eksemplifisere med tidsbruk/ressursbruk – tror du det vil ta lengre/kortere tid/koste mindre/mer å involvere pasientene i større grad, for hvilke typer pasienter skal det gjelde, hvordan forholde seg til pasientene, forholde seg til pårørende, pedagogiske evner/formidlingsevne...)

Har du kanskje allerede merket noen konkrete konsekvenser i din arbeidshverdag?

Stikkord: kontaktlege, barn som pårørende, pårørendeinvolvering, innsyn i journal/epikrise...

Kan du gi noen eksempler på situasjoner der du har vært godt fornøyd med hvordan pasient/pårørende ble involvert, der du også selv tenkte at det ble et godt faglig resultat? Om ingen eksempler, hvor var det det «stoppet seg»?

Hvordan tror du endringene (både de som ev har skjedd, og de NN ev tenker kan komme til å skje) vil påvirke kvaliteten på tilbudet som gis i din avdeling? Ressursfordeling?

Ser du for deg noen etiske og/eller faglige dilemma med «Pasientens helsetjeneste»?

Individ/samfunn, religiøse/ideologiske overbevisninger hos pasientene, beslutninger på vegne av barn... Hvordan forholde seg til retningslinjebasert medisin vs den individuelle pasientens ønsker?

Hva kan være positivt? For pasienten, avdelingen, for deg?

Hva kan være negativt? For pasienten, avdelingen, for deg?

Alt i alt, tenker du dette blir en endring til det bedre eller det verre?

Hvis disse endringene nå skjer slik Høie/Stortinget sier; har du de verktøyene du trenger for å bistå pasientene? Hva må eventuelt på plass for at du skal få det til?

Hva tenker du selv burde vært gjort annerledes for å skape «pasientens helsetjeneste»?

Er det noe du har lyst til å legge til/utdype/spørre om?

Vedlegg 4: Oversikt over informantene

Informantene er benevnt etter alfabetet i den rekkefølgen de ble intervjuet. Antall års erfaring er her beregnet etter gjennomført turnustjeneste, og kan ha foregått i flere forskjellige spesialiteter og ved flere forskjellige sykehus.

A: Lege i kirurgisk fag med 15 års erfaring.

B: Lege i kirurgisk fag med 30 års erfaring.

C: Lege i kirurgisk fag med 20 års erfaring.

D: Lege i kirurgisk fag med 12 års erfaring

E: Lege i kirurgisk fag med 37 års erfaring.

F: Lege i kirurgisk fag med 15 års erfaring.

G: Lege i indremedisinsk fag med 17 års erfaring.

H: Lege i kirurgisk fag med 35 års erfaring.

I: Lege i indremedisinsk fag med 12 års erfaring.

J: Lege i indremedisinsk fag med 8 års erfaring.