

RAPPORT

Fastlegens tilbud og samarbeid vedrørende personer med en alvorlig psykiske lidelse

Marian Ådnanes, Trond Hatling og Lisbet Grut

SINTEF Helse

August 2005



SINTEF Helse

Postadresse:

7465 Trondheim/

Pb 124, Blindern, 0314 Oslo

Telefon:

40 00 25 90 (Oslo og Trondheim)

Telefaks:

22 06 79 09 (Oslo)

SINTEF RAPPORT

TITTEL

Fastlegens tilbud og samarbeid vedrørende personer med en alvorlig psykisk lidelse

FORFATTER(E)

Marian Ådnanes, Trond Hatling og Lisbet Grut

OPPDRAAGSGIVER(E)

Norges forskningsråd

RAPPORTNR. STF78A055023	GRADERING Åpen	OPPDRAAGSGIVERS REF. Henrietta Blankson	
GRADER. DENNE SIDE Åpen	ISBN 82-14-03834-0	PROSJEKTNR. 78i018	ANTALL SIDER OG BILAG 96
ELEKTRONISK ARKIVKODE \\7853\PH\prosjekt\78i018Fastlegenes tilbud til voksne		PROSJEKTLIDER (NAVN, SIGN.) Marian Ådnanes	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.)
ARKIVKODE E	DATO 2005-08-31	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Jorid Kalseth	

SAMMENDRAG

Rapporten analyserer fastlegens tilbud til personer med en alvorlig psykisk lidelse i forhold til en rekke spørsmål knyttet til sentrale mål med fastlegeordningen: tilgjengelighet, kontinuitet, samarbeid mellom fastlegen og andre helsetjenester, samt fastlegens kompetanse i forhold til psykiske lidelser. Prosjektet baserer seg på kvalitative intervjuer med 70 involverte aktører (pasienter, fastleger, psykiatrisk enhet i kommunen). I tillegg analyseres grad av kontakt og samarbeid mellom fastlege og distriktpsikiatriske sentra (DPS) ved hjelp av kvantitative data fra SINTEF Helses undersøkelse av utbyggingen av distriktpsikiatriske sentre (vedrørende om lag 3000 pasienter i 9 DPS).

Rapporten konkluderer at fastlegeordningen i liten grad representerer noen endring for pasienter med en alvorlig psykisk lidelse. I den grad det har vært endring, har disse imidlertid vært positive. Mye gjenstår likevel, spesielt i forhold til å gi et mer pasientrettet tilbud, få til samarbeid, og å øke kompetansen om psykiske lidelser blant fastleger. Studien viser at tilgjengeligheten til ordinær time og øyeblikkelig hjelp hos fastlegen er relativt bra, men at fastlegens tid og oppmerksomhet under selve konsultasjonen sjelden legger til rette for å kunne gå inn på det psykiske problemene i vesentlig grad. Fastlegens oppfølging er først og fremst knyttet til somatiske problemstillinger og medisinbruk, mens pasientens ønske for å bli lyttet til i liten grad oppfylles. Videre påpeker studien at det samarbeides for lite mellom tjenestene, men at lite tyder på at fastlegeordningen har ført til dårligere samarbeid. Alle tjenestene har intensjoner om et bedre samarbeid, og rapporten peker på en rekke årsaker til at dette ofte ikke skjer. Det kvantitative materiale i studien bekrefter at det er lite kontakt mellom DPS og fastlege når pasienten har et behandlingstilbud i DPS. Fastlegen er lite involvert i arbeidet med individuelle planer, og fungerer svært sjelden som koordinator for pasienten. Sykepleier i kommunen er mer sentral enn fastlegen, både når det gjelder antall kontakter gjort fra behandlere ved DPS, og når det gjaldt samtaler som pasienter hadde med andre enn DPS. Fastlegene uttrykker behov og interesse for økt kompetanse og veiledning, men er ofte skeptisk til spesialisthelsetjenestens faglighet. Løsningen blir å bruke eventuelle legekontakter inn mot spesialisthelsetjenesten - en relasjon som bygger på felles faglig plattform, og som har et rasjonale som går utenom systemet, og dermed i større grad er tilpasset fastlegens travelhet. For å sikre kontinuitet mellom tjenestene trengs både formelle strukturer for samarbeid, og lavere terskel for kontakt begge veier.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Fastlege	General practitioners
GRUPPE 2	Alvorlige psykiske lidelser	Severely mentally ill
EGENVALGTE	Tjeneste- og behandlingstilbud	Health services

Forord

Denne rapporten dokumenterer resultatene fra et prosjekt om fastlegens tilbud og samarbeid med andre tjenester når det gjelder pasienter med alvorlige psykiske lidelser. SINTEF Helse har gjennomført prosjektet etter oppdrag fra Norges forskningsråd og Helse- og omsorgsdepartementet. Evalueringen utgjør en av flere forskningsbaserte evalueringer av fastlegeordningen.

Rapporten analyserer fastlegens tilbud i forhold til fastlegeordningens hovedmålsettinger: økt tilgjengelighet, kontinuitet og samarbeid mellom tjenestene, samt i forhold til fastlegens kompetanse.

Studien er i hovedsak basert på analyse av totalt 70 intervjuer med pasienter, fastleger, en rekke fagfolk i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten samt pårørende. Vi vil rette stor takk til alle de som stilte opp til intervju.

I ett kapittel presenterer rapporten også kvantitative data vedrørende fastlegens samarbeid med distriktpsykiatriske sentra (DPS) i perioder der pasienter mottar et tilbud ved DPS. Dette er data som SINTEF Helse har samlet i inn i forbindelse med evaluering av Opptrappingsplanen i psykisk helse.

Innledningsvis i prosjektet ble problemstillingene og spørreskjema diskutert med noen sentrale personer: Erling Jahn, fra Mental helse, Bjørg Njaa fra Landsforeningen for pårørende i psykiatrien samt Kommuneoverlege i Oslo, Gisle Smith. Vi vil takke for nyttige innspill.

Flere ved SINTEF Helse har vært involvert i prosjektet. Forskningsleder Torleif Ruud ved SINTEF Helse var initiativtaker, og sentral i utarbeidelsen av prosjektbeskrivelse. Intervjuene er gjort av Marian Ådnanes, Lisbet Grut og Solveig Osborg Ose. Ådnanes og Grut har gjort analysene av intervjumaterialet. Ådnanes har skrevet rapporten. Trond Hatling har bistått prosjektet som medforfatter på paper, basert på intervjumaterialet, og som diskusjonspartner i arbeidet med denne rapporten. Helle Rossvoll har skrevet ut de fleste intervjuene.

Trondheim, august 2005

Marian Ådnanes

Prosjektleder

Innholdsfortegnelse

Forord	3
Innholdsfortegnelse	5
Sammendrag	9
1 Innledning og problemstillinger	15
1.1 Bakgrunn for fastlegeordningen	15
1.2 Problemstillinger i denne evalueringen	19
2 Metode og utvalg	21
2.1 Kvalitativ undersøkelse	21
3 Representerer fastlegeordningen noen endring for pasienter med en alvorlig psykisk lidelse?	25
3.1 Studier om fastlegeordningens betydning	25
3.2 Pasientene opplever ikke vesentlige endringer som følge av FLO	26
3.3 Fastlegene vektlegger fastlegeordningens plassering av ansvar	27
3.4 Øvrig kommunehelsetjeneste sporer en viss endring	28
3.5 Spesialisthelsetjenesten opplever liten endring	29
3.6 Oppsummering og diskusjon	30
4 Tilgjengeligheten til fastlegen for pasienter med alvorlig psykisk lidelse	33
4.1 Andre studier viser svak bedring i tilgjengelighet til time	33
4.2 Pasientene om tilgjengelighet til time	34
4.3 Fastlegene mener tilgjengeligheten er bra	35
4.4 Andre kommunale helsearbeidere om fastlegenes tilgjengelighet	37
4.5 To pårørende sine opplevelser knyttet til tilgjengelighet	39

4.6 Oppsummering og diskusjon	39
5 Fastlegens tidsbruk og oppmerksomhet i konsultasjonen	41
5.1 Studier om tidsbruk og relasjon	41
5.2 Pasientene om fastlegens tid og oppmerksomhet i konsultasjonen	42
5.3 Fastlegene om tidsbruk i konsultasjonen	43
5.4 Kommunale helsearbeidere om fastlegenes tidsbruk og oppmerksomhet	44
5.5 Oppsummering og diskusjon	44
6 Fastlegens oppfølging (lege-pasient-kontinuitet)	47
6.1 Studier av lege-pasient-kontinuitet	47
6.2 Pasientene om fastlegens oppfølging	48
6.3 To pårørende om fastlegens oppfølging.....	51
6.4 Fastlegene om omfang og innhold i oppfølgingen av pasientene	52
6.5 Øvrige helsetjenester om fastlegens oppfølging.....	54
6.6 Oppsummering og diskusjon	55
7 Samarbeid mellom fastlege og andre helsetjenester (organisasjonskontinuitet)	57
7.1 Studier av samarbeid mellom fastlegen og øvrige helsetjenester	57
7.2 Fastlegens rolle som henviser.....	58
7.3 Fastlegens koordinatorrolle	59
7.4 Samarbeidet mellom fastlegen og øvrig kommunehelsetjeneste	59
7.5 Samarbeidet mellom fastlegen og spesialisthelsetjenesten.....	63
8 Fastlegens involvering når pasienten mottar behandling ved DPS	71
8.1 Arbeidet med individuelle planer som indikator på samarbeid.....	71
8.2 Oppsummering	77
9 Fastlegens kompetanse om psykiske lidelser.....	79
9.1 Studier om fastlegens kompetanse.....	79
9.2 Pasientene om fastlegens kompetanse.....	79
9.3 Fastlegene om kompetanse og veiledningsbehov.....	81

9.4 Andre helsetjenester om fastlegens kompetanse	82
9.5 Oppsummering og diskusjon	83
10 Oppsummering og diskusjon.....	85
10.1 Liten endring å spore	85
10.2 Relativt god tilgjengelighet til ordinær time og øyeblikkelig hjelp	85
10.3 Fastlegens oppmerksomhet i konsultasjon er svært variabel	86
10.4 Fastlegens oppfølging av pasientene er svært variabel	87
10.5 For dårlig samarbeid mellom fastleger og øvrige helsetjenester	88
10.6 Kompetanse og veiledningsbehov hos fastlegne	90
11 Konklusjon.....	91
12 Litteratur	93

Tabelloversikt

Tabell 2.1 Utvalg for kvalitativ studie, fordelt på aktører og kommunetyper	22
Tabell 2.2 Pasientinformantenes fordeling på alder og kjønn.....	23
Tabell 2.3 Fastlegeinformantenes fordeling på alder og kjønn	23

Figuroversikt

Figur 6.1	Antall år den enkelte pasient i undersøkelsen har hatt sin nåværende fastlege (N=26).....	48
Figur 8.1	Hovedansvarlig for utarbeidelse av individuelle planer i år 2002 (prosent)	72
Figur 8.2	Tjenester og fagpersoners grad av involvering i utarbeidelse av individuelle planer i år 2002 (prosent)	73
Figur 8.3	Koordinator for det samlede tilbudet til pasienten i 2002 (prosent)	74
Figur 8.4	Behandlernes kontakt med annet helsepersonell og institusjoner i 2002 (prosent)	75
Figur 8.5	Samarbeidsmøter og veiledning mellom DPS og kommunen vedrørende pasienter innlagt i DPS i 2002 (prosent)	76
Figur 8.6	Pasientens samtaler med fastlege og øvrig helsepersonell. Antall samtaler over en periode på om lag 2 måneder i 2002	77

Sammendrag

MÅL MED UNDERSØKELSEN

Rapporten analyserer fastlegens tilbud til personer med en alvorlig psykisk lidelse i forhold til en rekke spørsmål knyttet til sentrale mål med fastlegeordningen: tilgjengelighet, kontinuitet, samarbeid mellom fastlegen og andre helsetjenester, samt fastlegens kompetanse i forhold til psykiske lidelser. Rapporten tar opp følgende delspørsmål: Opplever de ulike aktørene at fastlegeordningen har bidratt til endring? Opplever tilgjengeligheten til ordinær time og øyeblikkelig hjelp som tilfredsstillende? Tilbys pasientene tilstrekkelig med tid og oppmerksomhet i selve konsultasjonen? Hvilke forhold har betydning for skifte av fastlege? Opplever fastlegens oppfølging som tilfredsstillende? Er avtaler om faste og regelmessige konsultasjoner utbredt? Hva er innholdet i fastlegens oppfølging? Opplever samarbeidet mellom fastlegen og øvrige helsetjenester som tilfredsstillende? Hvor mye er fastlegen involvert i perioder der DPS har behandlingsansvar? Opplever fastlegen kompetanse om psykiske lidelser som tilstrekkelig? Gir spesialisthelsetjenesten tilstrekkelig oppfølging og veiledning?

METODER

Prosjektet baserer seg først og fremst på kvalitative intervjuer med 70 involverte aktører: pasienter, fastleger, psykiatrisk enhet i kommunen (de fleste er psykiatriske sykepleiere), spesialisthelsetjenesten (ulike profesjoner, men de fleste er ledere) samt pårørende.

Videre analyseres grad av kontakt og samarbeid mellom fastlege og distriktpspsykiatriske sentra (DPS) ved hjelp av kvantitative data fra SINTEF Helses undersøkelse av utbyggingen av distriktpspsykiatriske sentre. Her brukes data registrert vedrørende den enkelte pasient i en periode på 2 måneder i 2002. I noen tilfeller refereres det også til foreløpige analyser av data fra DPS, samlet inn i 2005.

RESULTATER

LITEN ENDRING Å SPORE

Verken pasienter, fastleger eller samarbeidende helsetjenester opplever at fastlegeordningen har medført store endringer. Helsetjenestene understreker at ordningens fremste fortrinn er at den plasserer ansvaret for pasienten hos fastlegen.

Pasientene opplever det som positivt med en fast lege, forutsatt at de er fornøyd med legen. Studien viser en relativt høy bytteberedskap hos pasientene i de tilfellene der man har vært, eller er, misfornøyd med relasjonen. Det er imidlertid vanskelig å si om dette er et mønster for denne pasientpopulasjonen.

At man oppfatter at ordningen ikke representere vesentlig endring, kan tyde på at fastlegene og samarbeidende helsetjenester ikke er bevisst på å utnytte ordningen. For eksempel er en del fastleger usikre på om ordningen faktisk har medført bedre oppfølging av pasientene. Dessuten mener en del fastleger at de alltid har praktisert som "fastlege". Mange opplever imidlertid faglige og mer systemmessige utfordringer med ordningen som kan øke bevisst-

heten omkring hvordan man driver sin praksis, for eksempel det å styre i retning av mindre solopraksis, og mer tverrfaglighet.

Øvrig kommunehelsetjeneste opplever at det skjer en holdningsendring, også blant fastlegene. Det påpekes imidlertid at dette ikke nødvendigvis kan spores til fastlegeordningen, men at det har skjedd store endringer parallelt, for eksempel knyttet til økt brukermedvirkning og arbeid med individuelle planer.

Spesialisthelsetjenestens erfaringer med fastlegeordningen er mer sprikende. Mens psykiaterne uttrykker tilfredshet med utviklingen, er de øvrige faggruppene mer kritisk – ikke til selve ordningen, men til fastlegens grad av involvering og samarbeid.

RELATIVT GOD TILGJENGELIGHET TIL ORDINÆR TIME OG ØYEBLIKKELIG HJELP

Tilgjengeligheten til legetime samt øyeblikkelig hjelp på dagtid, er relativt bra for pasientgruppen. Det fins imidlertid uheldige unntak som viser at systemet kan skjerpes i forhold til å sikre at alle faktisk har en fastlege.

Når pasientene vurderer tilgjengeligheten som så god, må dette for øvrig sees på bakgrunn av at mange har avtale om regelmessige konsultasjoner, og/ eller en avtale å ta kontakt ved behov. Videre har de fleste kontakt med andre helsetjenester vedrørende sin psykiske helse. Det må også tas høyde for at utvalget pasienter sannsynligvis er friskere og mer ressurssterke enn populasjonen med alvorlige psykiske lidelser.

Det praktiseres i noen grad fleksibel tilgjengelighet som hjemmebesøk, følge opp pasienters henvendelse ved å ringe tilbake, og i sjeldne tilfeller å gi pasienter mobiltelefonnummer til kontakt ved krise. Inntrykket er at denne type fleksibel tilgjengelighet praktiseres av fastleger med en mye større involvering enn det som er vanlig. Liten fleksibilitet i forhold til å agere når pasienter er i krise medfører gjerne at mange havner som akutte henvendelser på legevakten. Dermed får man ikke benyttet den kunnskap fastlegen skulle ha ervervet over tid som pasientens ansvarlige medisinskfaglig koordinator.

I de tilfellene der fastlegen har dårlig tilgjengelighet, eller i liten grad involverer seg med denne pasientgruppen, er det nærliggende å tro at dette kan ha årsak i stort arbeidspress med lange eller for arbeidskrevende lister. Andre studier tyder på at dette ikke er tilfelle, men at ulik organisering muligens forklarer slik variasjon. Denne studien gir et par eksempler på spesielt lange lister kombinert med god pasientgjennomstrømning, der man har valgt å organisere praksisen med få faste avtaler per dag, noe som gir stor fleksibilitet i forhold til øyeblikkelig hjelp.

VARIABEL TIDSBRUK OG OPPMERKSOMHET I KONSULTASJON

Både pasienter og andre helsearbeidere er kritisk til legens tidsbruk og oppmerksomhet i konsultasjonen. På dette området blir det enda tydeligere at fastlegene involverer seg i svært ulik grad. Mange pasienter opplever at en time hos fastlegen ikke innbyr til å gå inn på mer tidkrevende problematikk. Når fastlegen tar seg tid, legger vekt på kommunikasjon og det å utvikle en relasjon til pasienten, gir dette også stor uttelling i forhold til om pasienter er fornøyd.

Det er i stor grad takster og egenandeler som styrer fastlegens tidsbruk i konsultasjon. Fastlegen har mulighet til å bruke dobbeltimer overfor pasienter de vet trenger det. Denne muligheten begrenser seg selv i forhold til alt det andre som skal gjøres.

Hvorvidt fastlegenes travelhet i konsultasjon er kritikkverdig eller ei, avhenger av hvilken rolle man kan forvente at fastlegen skal ha vedrørende de psykiske problemene. Det er også i stor grad avhengig av hvordan tjenesten styres gjennom takster og egenandeler.

Hvis fastlegeordningen skal tilfredsstillte denne pasientgruppen, er dagens tidsbruk i konsultasjon en indikasjon på at en ikke er i stand til å oppfylle forventningene om et pasientrettet tilbud for denne gruppen.

FASTLEGENS OPPFØLGING AV PASIENTENE ER SVÆRT VARIABEL

For pasientene er det et poeng med kontinuitet dersom man får et adekvat tilbud hos fastlegen. Selv om bytteberedskapen i pasientgruppen var relativt høy, er inntrykket at pasientene venter i det lengste med å skifte, og at de er pragmatisk i forhold til hva de faktisk har, og hva de oppnår. En konsekvens av dårlig relasjon mellom lege og pasient kan også være at pasienten foretrekker å henvende seg til legevakt når behovet for hjelp oppstår. Om fastlegene er bevisst slike effekter kan det unngås gjennom bedre oppfølging.

Om lag halvparten av pasientinformantene har faste, og ofte hyppige konsultasjoner hos fastlegen, eller avtale om å ta kontakt ved behov. Det er imidlertid uklart om de er fornøyd fordi dette er tilstrekkelig kontakt, eller om kontakt med andre helsetjenester kompenserer for kontakt med fastlegen. For en del pasienter står ikke fastlegens tilbud sentralt når det gjelder oppfølging av den psykisk helsen. Ikke alle har inntrykk av at fastlegeordningen har lyktes i forhold til å knytte pasientene tettere opp mot den som er medisinsk ansvarlig. Det kan oppstå "hull", der ingen tar ansvar. Avklaring kan skje gjennom individuelle planer for den enkelte pasient.

Det varierer ikke minst hvilket *innhold* fastlegene legger i sin oppfølging. Pasientene sine erfaringer er i hovedsak at fastlegen følger bra opp når det gjelder somatiske helseproblemer, og stort sett også når det gjelder medisinsk oppfølging. Det gis imidlertid lite rom for å eksperimentere i forhold til medisiner, noe som kan skyldes mangel på kunnskap, og mangelfullt samarbeid med spesialisthelsetjenesten. En fare er at pasienter sementeres. Få pasienter opplever at fastlegen virkelig tar tak i de psykiske problemene. Så lenge de har annet behandlingstilbud savnes dette gjerne ikke, men når dette ikke lenger er tilfelle bør fastlegen øke sin oppmerksomhet overfor pasienten. Dette fordrer at epikrise er raskt på plass.

Mens hovedinntrykket er at fastlegene konsentrerer sin rolle om det medisinske og det somatiske, viser studien at noen fastleger gjør mye mer ut av sin rolle ved å ta seg tid til å forhøre seg om pasientens psykiske helse, og å la pasienten få tid til å fortelle. Enkelte spesialiserte seg også faglig, og prøver å tilby pasientene behandling etter prinsipper i kognitiv terapi. Erfaringene er gjerne at det er krevende å lykkes i slikt arbeid med de rammene en middels legepraksis er organisert etter.

Studien understreker verdien av en god relasjon mellom fastlege og pasient, basert på litt bedre tid og bedre kommunikasjon. Det kan tenkes at en pragmatisk løsning på fastlegenes tidsklemme er å la pasienten få god tid *av og til*. Dersom dette betyr at man lettere oppnår en god relasjon, kan det også hende at kvaliteten i påfølgende 20-minutters konsultasjon også heves.

FOR DÅRLIG SAMARBEID MELLOM FASTLEGER OG ØVRIGE HELSETJENESTER

Selv om fastlegenes holdning er at samarbeid med aktuelle tjenester i kommunen ofte er relevant, er samarbeidspartnernes inntrykk at de er noe restriktive i forhold til å prioritere møtevirkksomhet. Det legges ofte til rette for å få til møter, for eksempel ved å holde det på fastlegens kontor.

Det varierer hvem som er viktigste samarbeidspartner for fastlegen: hjemmesykepleier eller psykiatrisk sykepleier i kommunen. Dette beror på hvem pasientene på lista har kontakt med. I de tilfeller der fastlegen har en del kontakt med den ene eller den andre av disse tjenestene, er de også i stor grad fornøyd med tjenesten. Mange har stor tiltro, og overlater gjerne mye ansvar, ved å stole på at de følger opp pasientene når dette er nødvendig.

Det psykiske helsearbeidet i kommunene er ennå i støpeskeia, og bevisstheten omkring kommunehelsetjenestens rolle overfor denne pasientgruppen vil øke. Mens noen psykiatriske sykepleiere er bevisst på at de gir et behandlingstilbud, er andre bevisst en rolle som støtte-spiller for fastlegen i kommunens helhetlige tilbud til den enkelte pasient. I tillegg til at noen ser ut til å utvikle seg i retning av å ligne på spesialisthelsetjenesten, kan tjenesten også ha en sentral rolle i forbindelse med henvisning av pasienter ved at de skriver henvisningen, og

at fastlegen bare signerer. Dette kan gjerne være rasjonelle løsninger, gjennomført av personer i kommunehelsetjenesten som har førstehåndskjennskap til pasienten. På den annen side, dersom man ønsker at fastlegeordningen skal oppfylle sin intensjon, bør pasienten knyttes tettere opp til medisinsk ansvarlig.

Samarbeidet mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten er også svært variabelt, og i hovedsak for dårlig i forhold til intensjonen i fastlegeordningen. Alle synes å ville kontinuitet, basert på mer interaksjon og bedre samarbeid. Samtidig må både fastlegen og spesialisthelsetjenesten forholde seg til sine daglige oppgaver. Mens fastlegen har tendens til å prioritere den medisinskfaglige omsorgen overfor *alle* pasientene på sin liste, har spesialisthelsetjenesten sine ventelister å forholde seg til.

Mange pasienter har ikke store forventninger til at tjenestene rundt dem skal samarbeide, ettersom de ikke har erfaring med at de har gjort det i vesentlig grad. Mange oppfatter at det er en "fordeling" mellom tjenestene, der fastlegen tar seg av det somatiske, mens de andre tjenestene tar seg av det psykiske – slik det var før deinstitutionaliseringen startet.

Konkrete kontaktpunkter mellom fastlege og spesialisthelsetjeneste er henvisninger og epikriser. Når det gjelder pasientenes behov for henvisning, tyder pasientenes erfaringer på at fastlegene i hovedsak er oppmerksom overfor deres behov. Et par ekstreme eksempler på det motsatte kan tyde på dårlig kommunikasjon, og/ eller mangelfull oppfølging og veiledning fra spesialisthelsetjenesten.

Spesialisthelsetjenesten på sin side er kritisk til en del fastleger sine evner til å skrive gode henvisninger. Både når det gjelder henvisninger og epikriser, er dette en nødvendig, men på langt nær tilstrekkelig faglig kommunikasjonsform mellom tjenestene.

Fastlegen påpeker gjerne dårlig tilgjengelighet til spesialisthelsetjenesten som en viktig årsak til mangelfullt samarbeid, både vedrørende det å få inn pasienter, i forhold til å bistå fastlegen med råd og veiledning, men også å enkelt få kontakt på telefon. For øvrig er en del kritiske til seine epikriser. Fastlegen er medisinsk-faglig ansvarlig for pasienten når denne ikke mottar et tilbud i spesialisthelsetjenesten. Dersom en pasient på lista i en periode har mottatt behandling i spesialisthelsetjenesten, og så returnerer til fastlegen, er fastlegen avhengig av tilstrekkelig informasjon om pasienten for å kunne gi et adekvat tilbud. Ikke minst på denne bakgrunn må epikrise foreligge raskt.

En del fastleger er kritisk til spesialisthelsetjenestens tverrfaglighet, og foretrekker andre leger når de skal samarbeide, spesielt i forhold til å få faglige råd og veiledning. Også dette skaper en høyere terskel for samarbeid, også rent praktisk ettersom det ikke er så mange leger å "ta av".

Studien identifiserer noen faktorer som synes å gå igjen i de tilfellene der samarbeidet mellom fastlege og spesialisthelsetjeneste fungerer godt, sett fra fastlegen sitt ståsted: det å ha kjennskap til de som jobber i spesialisthelsetjenesten, ha faste møter med dem, men i tillegg ha en lav terskel for kontakt ved behov. Det siste virker viktig for å kunne ta en rask og uformell kontakt som er tilpasset fastlegens tidspres. Fastlegene og spesialisthelsetjenesten synes å ha ulikt rasjonale vedrørende tid. Her må nok begge tjenestene gå i seg selv. Fastlegen kan for eksempel granske hvorvidt tidsklemma skyldes for lang liste, og spesialisthelsetjenesten kan se på om de har et for rigid system i forhold til å bistå fastlegene.

LITE KONTAKT MELLOM FASTLEGE OG DPS NÅR PASIENTEN HAR ET BEHANDLINGSTILBUD

Det kvantitative materiale viser grad av kontakt mellom DPS og fastlege, og mellom pasient og fastlege, i en periode der pasienten har et behandlingstilbud i DPS. I analysen har vi delt i tre pasientgrupper: alvorlige lidelser samt middels og lettere lidelser i forhold til standard i GAF-indeks.

Data viser at det er lite kontakt mellom DPS og fastlege vedrørende pasienter under behandling i DPS. Når det gjelder arbeid med individuelle planer var fastlegen involvert vedrørende

14 % av pasientene med en alvorlige psykiske lidelsene. I de tilfellene der kommunehelsetjenesten hadde hovedansvar for utarbeidelse av planen (30 %), var det først og fremst pleie- og omsorgstjenesten som hadde dette.

Fastlegen hadde i enda mindre grad noen rolle som koordinator vedrørende pasientene, kun for mellom 5 - 7 % i de tre pasientgruppene. Både fordi det er høy andel ubesvart på dette spørsmålet, og fordi det totalt var hele 39 % som oppga at det ikke er behov for koordinator, kan tyde på at koordinatorrollen ikke er innarbeidet eller tydeliggjort.

Sykepleier var mer sentral enn fastlegen, både når det gjelder antall kontakter gjort fra behandlere ved DPS, og når det gjaldt samtaler som pasienter hadde med andre enn DPS.

Det ble i liten grad holdt samarbeidsmøter, eller veiledning overfor kommunen – kun vedrørende om lag 20 % av de alvorligst syke pasientene, og i enda mindre grad vedrørende de øvrige pasientgruppene.

Det totale inntrykket, når det gjelder samarbeid mellom fastlege og øvrige helsetjenester, er at det er et stykke igjen, sammenlignet med nasjonale ambisjoner, blant annet i fastlegeordningen, og Individuell plan.

KOMPETANSE OG VEILEDNINGSBEHOV HOS FASTLEGNE

Pasientene ønsker at fastlegene både skal ha medisinskfaglig kompetanse og en relasjonskompetanse. Spesielt er det viktig for dem å bli lyttet til. Når mange opplever at fastlegen ikke tar seg tid til dette, justerer de sine forventninger.

Mange fastleger erkjenner behovet for økt kompetanse og veiledning på dette området, men er gjerne skeptisk til at spesialisthelsetjenesten kan bistå dem. De mener spesialisthelsetjenesten mangler faglighet, at de mangler leger og spesialister, og mange er skeptisk til tverrfagligheten. Fastlegen foretrekker gjerne å bruke fastlegen sine legekontakter inn mot spesialisthelsetjenesten - relasjoner som bygger på felles faglig plattform, og som har et rasjonale som går utenom systemet, og som dermed i større grad er tilpasset fastlegens travelhet.

Mangel på kontinuitet i forholdet mellom fastleger og spesialisthelsetjeneste er en utfordring, også når det gjelder kompetanseoppbygging. Formelle samarbeidssystemer bør sikre at fastlegen slipper å være avhengig å "kjenne noen" for å få faglig bistand fra spesialisthelsetjenesten. Kompetanseutveksling bør være tilpasset en travel hverdag, og faglig bistandsyter overfor fastlegen bør ha høyere kompetanse enn fastlegen har selv.

1 Innledning og problemstillinger

Denne rapporten handler om fastlegenes tilbud til pasienter med en alvorlig psykisk lidelse. Rapporten analyserer fastlegens tilbud til denne gruppen i forhold til sentrale mål med reformen: tilgjengeligheten til fastlegen, kontinuiteten i relasjonen mellom fastlegen og pasienten, hvordan samarbeidet mellom fastlegen og andre helsetjenester fungerer, og til slutt fastlegens kompetanse vedrørende denne pasientgruppen.

Studien er i hovedsak basert på analyse av totalt 70 intervjuer med pasienter, fastleger, samarbeidspartnere og pårørende. Det er også gjort bruk av kvantitative data vedrørende ulike aspekt av samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og fastlegene. Dette er data som SINTEF Helse har samlet inn vedrørende pasienter som har et behandlingstilbud i distrikts-psykiatrisk senter (DPS). Det dreier seg om data vedrørende omlag 3400 pasienter samlet inn i 2002. I tillegg refereres det til foreløpige data fra DPS'ene, samlet inn i 2005. Disse dataene gir grunnlag for å si noe om grad av samarbeid mellom DPS og fastlege, og øvrig kommunehelsetjeneste, blant annet fastlegens involvering i utarbeidelse av individuelle planer.

1.1 Bakgrunn for fastlegeordningen

1.1.1 Bedre tilgjengelighet og kontinuitet for pasienten

Fastlegeordningen ble innført 1 juni 2001. Ordningen har som formål å bedre tilgjengelighet og kontinuitet i lege-pasient forholdet, noe som anses spesielt viktig for pasienter med store legebehov, blant annet personer med alvorlig psykisk lidelser (Ot prp 99 1998-99). Man antok at ved å knytte et tettere bånd mellom lege og pasient, ville legetjenestene bli mer forpliktende og dermed innebære større kontinuitet slik at også mennesker med psykiske lidelser ville få bedre hjelp enn tilfelle var før fastlegeordningen (Rundskriv I-4/99).

I sin gjennomgang av hva som var problematisk ved legetjenesten i kommunene, før liste-pasientsystemet ble innført, viser Stortingsmelding nr 23 (1996-97) til undersøkelser som viser at helsetjenestetilbudet er best til de ressurssterke, og dårligst til de med færre ressurser (Meldingen refererer her til Jensen og Bomann-Larsen, 1991; Hjortdahl, 1992). Stortingsmeldingen summerer opp at mennesker med uklare, sammensatte plager ofte finner det vanskelig å nå frem til legen med hvordan de selv oppfatter sin helsesituasjon. Videre at bare halvparten av psykiatriske pasienter mente å ha fått den hjelp de kom for, og at pasienter som har stort behov for legetjenester, men som legene oppfatter som problematiske synes det er spesielt vanskelig å slippe til i dagens system" (pkt 2.1). Stortingsmeldingen understreker blant annet at pasienter med stort behov for legetjenester vil ha store fordeler av å ha en fast primærlege fordi de slipper å måtte forklare sitt tilfelle på nytt til nye leger, og vil nyte godt av at legen får dannet seg et godt bilde av hvordan helsetilstanden utvikler seg over tid.

Evalueringen av tilgjengelighet i fastlegeforsøkene i fire kommuner viste at pasientene (generelt) som søkte lege opplevde en viss nedgang i ventetid i løpet av forsøksperioden. Det ble lettere å få time på kort varsel og noe lettere å nå legen på telefon. Når det gjelder mennesker med psykiske lidelser, viste forsøkene i store trekk at ordningen fungerte godt for

disse på grunn av bedre kontinuitet i lege-pasient forholdet (Stortingsmelding 23: 1996-97, s.40).

1.1.1.1 Variasjoner i listelengde, listesammensetning og konsultasjonstid

Ifølge en undersøkelse gjennomført av SINTEF i 1995 gikk det fram at kvaliteten av legenes tilbud er spørsmål om å ha tid nok til psykiatriske pasienter, i tillegg til erfaring og kompetanse (Elvemo, Bergsland og Krogen, 1995). Viktigheten av å utvikle allmennlegetjenesten i en slik retning understrekes for øvrig i Rundskriv til kommunene vedrørende Opptrappingsplan for psykisk helse (Rundskriv I-4/99).

Psykiatriske pasienter er blant de brukergrupper som trenger mer tid hos legen enn tradisjonelle somatiske pasienter, noe som gjør at denne pasientgruppen lett har blitt skadelidende i kampen om legens tid (Stortingsmelding 25, 1996-97). Hasvold (2000) redegjør for internasjonale erfaringer med listepasientsystemer. Blant annet finner en at listestørrelsen har direkte konsekvenser for konsultasjonslengde, noe som igjen har konsekvenser for kvaliteten av den kliniske praksisen. En finner videre at det er sammenheng mellom konsultasjonslengde og pasienttilfredshet og egenmestring. Hasvold (2000) beregner at med en gjennomsnittskonsultasjon på 20 minutter bør hver liste være på ca 1140 pasienter, ikke 1500 som foreslått (Ot prp nr 99, 1999). Studier både fra forsøkskommunene, og etter at ordningen ble innført, viser for øvrig at det er sammenheng mellom spesielt lange lister og fastlegers grad av misnøye med fastlegeordningen (Hetlevik og Hunskaar, 2004; Paulsen, 2000).

En sentral diskusjon før innføringen av fastlegeordningen var spørsmål omkring listesammensetning og listelengde og ulik belastning på kvinner og menn. En rekke studier, gjort i forsøksperioden viste at kvinnelige fastleger har mer arbeidskrevende lister (blant annet flere kvinner). Videre at kvinnelige leger hadde mer ressurskrevende arbeidsformer, og mer omfattende pasientproblematikk (blant andre Heen et al., 1996; MaltPaulsen 1995; Arntsen, Johnsen og Bjørndal, 1991). Dette er også vist i studier i andre land med listesystem (Boerma og Brink-Muinen, 2000; Bensing et al. 1993; Brink, Muinen et al. 1994). En nyere studie, foretatt etter at fastlegeordningen ble innført, viser imidlertid ingen kjønnsforskjell i forhold til arbeidstid, ventetid og tilfredshet knyttet til listelengde (Hetlevik og Hunskaar, 2004). Studien viser forøvrig at kvinner velger kortere liste. Carlsen (2003) finner at kvinnelige fastleger er mer negative til fastlegeordningen enn menn, og forklarer dette med at kvinner opplever det økte faglige ansvaret som tyngre.

1.1.2 Tverrfaglig samarbeid om pasienten

Med en ny adresse for ansvar i helsetjenesten, og dermed endret informasjonsstrøm i tjenestesystemet, er det ifølge Ot.prp.99 (1998-99), særlig to forhold som synes å være av betydning for tjenestens innhold: nye muligheter til utvikling av kunnskap om den enkelte pasient, og fastlegens koordineringsfunksjon i den medisinskfaglige informasjonsflyten. For å utnytte dette potensialet kreves samarbeid. På bakgrunn av at psykiatriske pasienter gjerne har sammensatte problemer, er de også blant de som er mest avhengig av et godt samarbeid mellom de ulike helse- og sosialtjenestene (Rundskriv I-4/99).

Stortingsmelding nr 23 (1996-97) framhever det som positivt at samarbeidspartnere i sykehus- og spesialisthelsetjenesten har fått en klar adressat for epikriser – at de vet hvem de skal samarbeide med om etterbehandling og oppfølging av den enkelte pasient. Meldingen oppsummerer, på bakgrunn av forsøkene, at selv om det var blitt enklere å få i stand samarbeid omkring den enkelte pasient, var det samtidig mange samarbeidspartnere som hevdet at det var blitt vanskeligere å få legene til å delta i mer generelt tverrfaglig samarbeid.

Heen et al. (1996) konkluderer med at både fastlegene og spesialisthelsetjenesten vurderte sider av forholdet som problematisk. Videre fungerte samarbeidet med det kommunale hjelpeapparat i all hovedsak som før, det vil si at leger som tidligere ikke deltok i samarbeid

gjorde det heller ikke i forsøket (Heen et al., 1996, s.71). I en evaluering av tidsbruk viste det seg at legene i forsøkskommunene brukte bare ca 3 % av tiden til tverrfaglig samarbeid (Hasvold, 2000).

1.1.2.1 Individuelle planer for bedre samarbeid og koordinering

Nesten parallelt med fastlegereformen har såkalt Individuell Plan (IP)¹ blitt introdusert som en metode, eller verktøy, for koordinering og samarbeid mellom ulike helsetjenester. IP skal styrke samhandling mellom tjenesteytere, pasienter og eventuelle pårørende samt mellom tjenesteytere og etater på ulike tjenestenivå. Hensikten er å konkretisere hvilke tjenestetilbud klienten trenger, avklare roller og ansvar for å oppnå en mer langsiktig og helhetlig tenkning omkring pasientenes behov. Når det gjelder inkludering av pårørende, vektlegges dette som en ressurs i forhold til økt brukermedvirkning (NOU 2005:3). Dersom pasienten godkjenner at taushetsplikten oppheves i forhold til vedkommendes pårørende, kan pårørende fungere som støttespillere for pasienten samtidig som helsetjenesten kan ha stor nytte av å samarbeide med de pårørende.

I sitt bidrag til statusrapport om fastlegeordningen går Helsetilsynet inn for at fastlegens koordinerende rolle bør styrkes (Helsetilsynet, 8/2003). Bakgrunnen er at Helsetilsynet mener fastlegeordningen gir et potensial til kvalitetsbedring som ennå ikke er utnyttet, og at dette spesielt gjelder i forhold til tilbudet til innbyggere med store/ sammensatte behov. Helsetilsynet påpeker også at det bør vurderes om det er behov for formalisering av krav til fastlegen i oppfølgingen av denne type pasienter, blant annet i forhold til utarbeidelse og oppfølging av individuelle planer (s.25). Helse og omsorgsdepartementet forutsetter forøvrig at det etableres rutiner lokalt for samarbeid mellom fastlegene og andre aktuelle tjenester i kommunen, og mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten (Rundskriv I-3/2005).

1.1.3 Fastlegens økte ansvar for personer med psykiske lidelser

Når det gjelder voksne personer med psykiske lidelser er det først og fremst fastlegene, og tjenesten for psykisk helsearbeid, som utgjør det kommunale helsetjenestetilbudet. Desentralisering og reduksjon av døgnplasser i psykisk helsevern har gitt kommunene, og dermed også fastlegene et utvidet ansvar for personer med psykiske lidelser sett i forhold til slik det var før (Den Norske Lægeforening, 2004).

Ifølge Stortingsmelding nr 23 (1996-97) har mellom 10 og 20 % av pasientene hos fastlegene har psykiske lidelser, og fastlegene henviser årlig 2-3 % av befolkningen til det psykiske helsevernet. Hunskaar (2003) presiserer at av alle de som har psykiske problemer i Norge blir omtrent 90 % behandlet i allmennpraksis (s.405), og videre at man regner at en tredel av konsultasjonene i allmennpraksis dreier seg om et psykisk problem. Ifølge legeforeningen vil det i en gjennomsnittlig allmennlegepraksis være 60 med en alvorlig depresjon, 30 med generalisert angst, 30 med fobier og 12 med panikkangst, 6-7 personer vil ha schizofreni, og noen flere vil ha en manisk-depressiv lidelse (Den Norske Lægeforening, 2004).

Samtidig med økt ansvar for personer med sammensatte lidelser, og generelt et stort behov for legetjenester, har overføring av andre arbeidsoppgaver fra spesialisthelsetjenesten til allmennlegetjenesten, samt introduksjon av nye oppgaver, særlig ved 'jakten på skjult sykdomsrisiko blant de friske' (Westin, 2000, s.1613), tydeliggjort et behov for prioritering i allmennlegetjenesten (Hetlevik, 1999). Westin (2000) har som hypotese at de som først vil tape kampen om allmennlegenes tid vil være blant andre psykiatriske langtidspasienter.

¹ Helsetjenestens ansvar for å utvikle en Individuell Plan er nedfelt i ulike lover (Kommunehelsetjenesteloven § 6-2a, Spesialisthelsetjenesteloven § 2-6, Psykisk helsevernloven §4-1 og Pasientrettighetsloven § 2-5. I tillegg til økt samarbeid mellom sektorer, er brukermedvirkning et sentralt aspekt av Individuell Plan.

1.1.3.1 Fastlegen som koordinator og portvakt

Fastlegens rolle som medisinskfaglig koordinator i "informasjonsstrømmen" vedrørende sine listepasienter kommer av det å være en 'ansvarlig adresse'. Fastlegen har ansvar for at pasienten faktisk får det tilbudet som er mest egnet til enhver tid, for eksempel å henvise til spesialisthelsetjenesten dersom det er behov for det, eller sørge for medisinsk oppfølging etter at pasienten har hatt opphold for eksempel i spesialisthelsetjenesten eller sykehjem. Dette krever oversikt over både pasientens tilstand, og øvrige helsetjenesters tilbud, med andre ord - det krever jevnlig oppfølging/ kontinuitet, og det krever tverrfaglig samarbeid.

Pasienter med psykiske lidelser er en gruppe der man antar at legens utøving av rollene som henviser (portvakt) og koordinator vil ha stor betydning. Et definert ansvar ovenfor en gitt pasientpopulasjon, vil ideelt sett fremme kontinuitet, og dermed gi fastlegen bedre kunnskap både om pasienten, samt om aktuelle samarbeidspartnere og tilbud. På denne måten styrkes muligheten til å oppfylle en (medisinskfaglig) koordinatorrolle.

1.1.4 Utvidet allmennlegerrolle

Fastlegereformen påvirker allmennlegerollen. For eksempel innebærer reformens vekt på kontinuitet - det å ha en stabil relasjon til sin faste lege, at man tenker annerledes om hva allmennmedisinen er enn man gjorde før (Næss, 2003). Det som ifølge Næss (2003) blir sentralt for den allmennmedisinske fagutvikling er å: 'utvikle kunnskap og kompetanse om pasientens tanker og følelser (...)' (s.189). Næss peker videre på potensialet som ligger i en *utvidet rolle* for allmennlegen, gjennom en tett og psykoterapilignende kontakt med pasienten. Næss mener faget vil: 'befeste sin posisjon i folks bevissthet bare i den grad allmennlegen er lett tilgjengelig både i fysisk-geografisk og mental forstand. Viser legene evne og vilje til å møte folks hverdagsproblemer på en adekvat måte, vil det bli synlig for alle at allmennmedisins tjenester er sentrale og nødvendige for både samfunnet generelt og hver enkelt pasient' (s.197).

1.1.4.1 Fastlegens tiltak behandling av personer med alvorlig psykisk lidelse

Ifølge Hunskaar (2003), handler 30-40 % av konsultasjonene i allmennpraksis om psykiatri og livsmestringsproblemer. Av denne læreboka i allmennmedisin, som benyttes på medisinstudiet, går det fram at:

'Det bør kunne forventes at en allmennpraktiker behersker enkle psykoterapeutiske behandlingsformer, for eksempel samtaleterapi med enkel støttepsykoterapi, og kjenner til prinsippene for innsiktsterapi og psykoedukative tilnærminger. Ved å gi pasienten og de pårørende (foreldre, partner, søsken, barn) god informasjon om sykdommen, hvordan den utløses, hva som kan gjøres for å forebygge, og aktuelle behandlingsmåter, kan en oppnå en betydelig reduksjon i sykkelighet. Samtidig kan både pasienten selv og familien føle seg tryggere i forhold til lidelsen' (s.411).

Allmennleger har kompetanse på en del diagnostikk og ulike behandlingsteknikker. Ifølge Walstad (innlegg ved kongressen 'Psykisk helse', 2005), benyttes også en rekke metoder i oppfølging av pasienten både før, under og etter behandlingsperioder i spesialisthelsetjenesten, eksempelvis kognitiv terapi, eksponeringsterapi, støtteterapi i tillegg til farmakologisk behandling.

Hunskaar (2003) viser til at det etter hvert har kommet en god del studier på både medikamentelle og psykoterapeutiske intervensjoner som utprøves i allmennpraksis ved allmennlige allmennpraktikere, og at resultatene tyder på at de fleste psykiske lidelser og plager kan behandles med godt resultat i allmennpraksis (s.411).

Inntrykket, både fra faglitteraturen og for øvrig i offentlige dokumenter og utredninger, er at man er offensiv i forhold til en faglig utvikling for allmennlegen som tilsier økt vekt på behandling i forhold til psykiske lidelser.

1.1.4.2 Studier viser at fastlegen fremdeles har en begrenset rolle

Samtidig som deinstitutionaliseringen og den faglige diskurs tilsier at fastlegen får en økt rolle i forhold til psykiske lidelser, viser nyere forskning at fastlegen fremdeles har en noe begrenset rolle overfor personer med psykiske lidelser. Spesielt gjelder dette personer med en alvorlig lidelse. Når det gjelder omfang av kontakt finner Sørgaard et al. (2002) at det blant personer med schizofreni som bor i kommunene, kun er 17 prosent som har kontakt med fastlegen, mens de fleste (nesten 80 %) har kontakt med psykiater eller andre innen spesialisthelsetjenesten. I England, som har hatt et listepasientsystem over mye lengre tid, er det så mye som 73 % av utvalget med samme lidelse som har kontakt med fastlegen (Land et al., 1997). Forskjellene mellom Norge og England reflekterer ikke nødvendigvis en mer behandlende rolle hos fastlegene i England. Studier i Storbritannia viser at fastlegens rolle i forhold til personer med psykisk lidelse først og fremst er begrenset til å foreskrive medisiner for lidelsen samt undersøke og behandle eventuelle somatiske lidelser, mens leger flest tar forbehold mot ansvar for behandling utover dette tilbudet (Falloon et al., 1996; Bindman et al., 1997; Burns et al., 2000).

1.1.5 Fastlegens kompetanse i forhold til psykiske lidelser

Evalueringen av forsøksperioden (Heen et al., 1996) konstaterer at fastlegeordningen ikke kan kompensere for nedbyggingen av psykiatrien, fordi de fleste allmennleger verken har kapasitet eller kompetanse til å ivareta det økte behovet for psykiatrisk behandling, selv om de i praksis hadde fått større ansvar for dette. Heen et al. fant at ingen av legene som ble intervjuet ønsket flere personer med psykiske lidelser på sine lister, og at flere opplevde en klar konflikt mellom det behovet for, og egne muligheter for å dekke dette behovet.

Som allerede beskrevet utgjør pasienter med psykiske lidelser generelt et relativt stort volum innenfor en allmennlegepraksis, samtidig som spredningen mellom ulike typer tilstander og problemstillinger er stor. Dette gjør at det er behov for differensiert kompetanse. For å utøve en kvalitativt tilfredsstillende jobb, vil mange fastleger trenge tilførsel av kompetanse. Om de skal lykkes i arbeidet med kroniske psykiske lidelser, er det gjerne en forutsetning at de vet at de har ryggdekning i spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten har veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten. Fastlegene må kunne føle seg trygge på at det spesialiserte psykiske helsevernet støtter dem faglig, og overtar ansvaret hvis innleggelse blir uunngåelig (Stortingsmelding nr 23, 1996-97).

1.2 Problemstillinger i denne evalueringen

I denne evalueringen analyseres fastlegens tilbud til personer med en alvorlig psykisk lidelse i forhold til en rekke spørsmål knyttet til følgende fire hovedmålsettinger i fastlegeordningen: tilgjengelighet, kontinuitet, samarbeid mellom fastlegen og andre helsetjenester, samt fastlegens kompetanse i forhold til psykiske lidelser. Følgende delspørsmål knyttes til det enkelte hovedtema:

1. Tilgjengeligheten til fastlegen for personer med alvorlig psykisk lidelse:
 - Opplevs tilgjengeligheten til ordinær time og øyeblikkelig hjelp som tilfredsstillende?
 - Tilbys pasientene tilstrekkelig med tid og oppmerksomhet i selve konsultasjonen?
2. Kontinuiteten i kontakten mellom fastlege og pasient (fastlegens oppfølging):
 - Hvilke forhold har betydning for skifte av fastlege?
 - Opplevs omfanget av fastlegens oppfølging som tilfredsstillende?
 - Er avtaler om regelmessige konsultasjoner utbredt?

- Hva er innholdet i fastlegens oppfølging?
3. Fastlegenes samarbeid med andre deler av kommunehelsetjenesten, og med spesialisthelsetjenesten
 - Opplever samarbeidet mellom fastlegen og øvrig helsetjeneste som tilfredsstillende?
 - Hvilke problemer opplever fastlegen i samhandling med kommunehelsetjenesten og med spesialisthelsetjenesten?
 - Hvilke problemer opplever samarbeidende instanser i samhandling med fastlege?
 4. Fastlegens kompetanse når det gjelder pasienter med alvorlig psykiatrisk lidelse
 - Opplever de ulike aktørene at fastlegen har tilstrekkelig kompetanse når det gjelder pasienter med alvorlige psykiske lidelser?
 - Gir spesialisthelsetjenesten god oppfølging og veiledning overfor fastlegene?

Før vi går spesifikt inn på de fire hovedtemaene i evalueringen, ser vi i neste kapittel på hva de ulike aktørene trekker fram som ordningens viktigste bidrag, hva har fastlegeordningen betydd for dem, og om den representerer den noen endring.

Ved å innhente erfaringer fra alle involverte aktører: pasienter, fastleger, samarbeidspartnere og pårørende, er formålet å belyse hva som må til for at fastlegeordningen skal representere en god tjeneste for pasienter med alvorlig psykisk lidelse.

2 Metode og utvalg

Prosjektet baserer seg på to datakilder. Den viktigste kilden er kvalitative intervjuer med involverte aktører: pasienter, fastleger, psykiatrisk enhet i kommunen, spesialisthelsetjenesten samt pårørende. For øvrig vil samarbeid mellom fastlege og distriktspsykiatriske sentra belyses ved hjelp av data vedrørende rundt 3000 pasienter i 2002. I tillegg vil det refereres til foreløpige data fra samme prosjekt, samlet inn i 2005².

2.1 Kvalitativ undersøkelse

Den kvalitative undersøkelsens mål om å få innsikt i de ulike aktørenes opplevelse av fastlegetilbudet overfor psykiatriske pasienter har vært et viktig utgangspunkt. En årsak til det er at vi har søkt å få kunnskap om forhold der møtet mellom aktørene er preget av at de har ulik styrke i situasjonen (Vatne 1998). På bakgrunn av dette, og tradisjonelle forestillinger om psykiatriske pasienters svake stilling i rasjonelle diskurser (Grut 1997), er det ønskelig å ta utgangspunkt i pasientenes erfaringer og perspektiv. Ved å intervjuer både leger og pårørende om de samme temaene, vil det være mulig å identifisere dilemmaer, forskjeller og likheter i henholdsvis pasienters og legers forståelse, og utdype forståelse av dem.

2.1.1 Utvalg

Ettersom dette er en kvalitativ studie, ble et strategisk (ikke statistisk) utvalg av informanter valgt. Dette var hensiktsmessig ettersom vi var ute etter erfaringer og opplevelser hos aktuelle grupper av aktører, og ikke en fordeling i populasjonen (Strauss & Corbin, 1990). Ved at alle disse gruppene av aktører har blitt intervjuet, har vi fått fram ulike erfaringer med de samme helsetjenestene/det samme tjenesteapparatet. Tabellen under viser fordeling av informanter på de fire kommunene.

² Dette er data samlet inn av SINTEF Helse i forbindelse med evalueringen av Opptrappingsplanen.

Tabell 2.1 Utvalg for kvalitativ studie, fordelt på aktører og kommunetyper

	Mellomstor distrikts- kommune	Mellomstor bykommune	Stor by- kommune	Oslo (flere bydeler)	Andre kommuner	Totalt
Fastleger	1	4	9	6		20
Pasienter	6	5	7	8		26
Spesialist- helsetjenesten		1	3	1	3	8
Kommune- helsetjenesten	1	2	5	2		10
Pårørende					6	6
Totalt	8	12	24	17	9	70

2.1.2 Rekruttering av informanter

Når det gjelder antall informanter, samt opplegg for uttrekk av utvalg, har vi avveket noe fra opprinnelig plan, både når det gjelder fastleger, pasienter og pårørende.

Opprinnelig la vi opp til et utvalg av ca. 30 pasienter, 16 fastleger, 10 pårørende og 16 samarbeidspartnere. Vi reduserte antallet pasienter fra 30 til 26 og antallet pårørende fra 10 til 6, samtidig som vi økte antallet fastleger fra 16 til 20. En viktig årsak var at vi etter hvert ville fokusere mer på hvordan samarbeidet mellom fastleger og andre aktuelle helsetjenester fungerte.

Planen vedrørende valg av fastleger var å trekke 30 hvorav 16 skulle intervjues. De resterende 14 fastlegene som *ikke* ble intervjuet skulle trekke ut tre pasienter med en alvorlig psykiatrisk diagnose, som vi da kunne kontakte. Dette opplegget ble for vanskelig å gjennomføre. Mer pragmatiske løsninger ble valgt.

I den mellomstore bykommunen ble fastlegene rekruttert via kommuneoverlege som skaffet oss avtaler for intervju med fastleger. I den store bykommunen fikk vi i dels rekruttert fastleger via en såkalt tolvmannsgruppe (opplegg for etterutdanning) av leger tilknyttet ulike legesentre i byen, og dels fikk vi avtaler gjennom å ta direkte kontakt med legene. Når det gjelder pasienter ble disse rekruttert rekruttert via bofellesskap, kommunale treffsteder samt treffsted i regi av Mental Helse. Intervjuene ble også gjennomført på stedet der de ble rekruttert.

Psykiatriske sykepleiere i kommunen har blitt rekruttert gjennom kontakt med kommunene – i første omgang på ledernivå (psykiatrikoordinator, leder av enhet for psykisk helsearbeid eller såkalt Oppfølgingstjeneste). Når det gjelder representanter fra spesialisthelsetjenesten henvendte vi oss direkte til disse per telefon, og gjorde avtale om intervju.

Pårørende ble rekruttert via LPP (Landsforeningen for pårørende i psykiatrien). Fem av de seks informantene var foreldre til alvorlig psykisk syke, voksne mellom 30 og 50 år. En var ektefelle. Intervjuene ble gjort på telefon, bortsett fra en av informantene som skrev ned det hun ønsket å formidle, og sendte på e-post.

2.1.2.1 Karakteristika ved pasientene og fastlegene

Tabell 2.2 Pasientinformantenes fordeling på alder og kjønn

Alder	Kvinner	Menn
-35	4	2
36-50	8	6
51-65	3	3
Totalt	15	11

Felles for pasientinformantene er at de har alvorlige psykiske lidelser. De fleste har tunge depresjoner, mange har angst og noen har hatt perioder med nevrotiske anfall. Et par har manisk depressiv lidelse. To av informantene har forsøkt å ta sitt eget liv. Felles for dem alle er at de har vært innlagt i spesialisthelsetjenesten. Noen har vært innlagt mange ganger. For øvrig mottar de fleste et tilbud i spesialisthelsetjenesten. Noen har et tilbud eller en kontaktperson i kommunens psykiatritjeneste.

Det er grunn til å tro at de som sa seg villig til å intervjues er i en relativt god fase med hensyn sin lidelse, og sannsynligvis også mer ressurssterke enn det som jevnt over er tilfelle blant personer med en alvorlig psykisk lidelse.

Tabell 2.3 Fastlegeinformantenes fordeling på alder og kjønn

Alder	Kvinner	Menn
-35	1	
36-50	4	6
51-65	2	7
Totalt	7	13

Utvalget av fastleger er relativt homogent når det gjelder alder. De fleste er rundt 50 år, med lang erfaring som allmennleger. Det ville vært ønskelig med flere unge leger i utvalget, men dette ønsket ble ikke oppfylt ettersom vi brukte uforholdsmessig mye tid på å få rekruttert fastleger i det hele tatt. Den mest konstruktive erfaringen i forhold til rekruttering av fastleger var anledningen til å få komme på en etterutdanningsgruppe, få lagt fram prosjektet der, og få gjort avtaler med alle som hadde anledning. Sannsynligvis fikk vi på denne måten også en mer tilfeldig rekruttering enn i de tilfellene der vi ble tipset om fastleger som kunne være aktuelle for intervju. Hovedsakelig har vi imidlertid inntrykk av at fastlegene i utvalget representerer et relativt bredt spekter, fra de som er spesielt engasjert i denne pasientgruppen til de som ser på gruppen som en av mange grupper på lista.

2.1.2.2 Utvalg av kommuner

Fire kommuner ble valgt: en mellomstor distriktskommune, en mellomstor bykommune, en stor bykommune, samt Oslo som representerer storby. I Oslo har vi vært inne i flere bydeler, fordelt på sentrum, øst- og vestkant. Begrunnelsen for utvalget er at det dekker ulikhet i forhold til størrelse samt sentrum/periferi, og dessuten typisk storbyproblematikk.

2.1.2.3 Analyse av kvalitative data

Intervjuene ble tatt opp på lydbånd, og transkribert. Det er relativt mange informanter i utvalget, og særlig når det gjelder pasienter (26) og fastleger (20). Derfor veksler vi i framstillingen av data mellom å presentere 'mengde' (for eksempel: hvor mange pasienter mener at tilgjengelighet til time er god?) og det å presentere funn på bakgrunn av kvalitative analyser etter prinsipper fra såkalt Grounded theory. Det sistnevnte har implisert en åpen og eksplorerende tilnærming til de fire hoveddimensjonene ved fastlegeordningen som vi undersøker (tilgjengelighet, kontinuitet, samarbeid og kompetanse hos fastlegen). Først og fremst har formålet vært å utforske meningsbærende karakteristikk i materialet etter prinsippet (lesning 'nedenfra og opp'). Etter hvert som noen funn utkrystalliserer seg brukes mer bekreftende analyse av materialet (lesning 'ovenfra og ned').

2.1.3 Analyse av kvantitative data fra DPS-undersøkelsen

I tillegg til de kvalitative dataene, har vi gjort nytte av data fra SINTEF Helses undersøkelse av utbyggingen av distriktopsykiatriske sentre (DPS) - et prosjekt i evalueringen av Opptrappingsplanen for psykisk helse. Våren 2002 ble det innsamlet data om de om lag 3000 pasientene som ni slike DPS-er hadde kontakt med i løpet av 8 uker, inkludert alvorlighetsgrad av psykisk lidelse. Disse ni DPS-ene dekker til sammen 12 % av landets befolkning. En ny datainnsamling er gjort i 2005. Vi vil også referere til foreløpige data fra den siste innsamlingen.

De kvantitative dataene vil analyseres i forhold til variabler vedrørende kontakt og samarbeid mellom DPS-ene og fastlegene. Vi vil se på hvordan denne kontakten er vedrørende pasienter med alvorlig psykisk lidelse. Vi har trukket ut data vedrørende kontakt mellom behandlerne i DPS og kommunehelsetjenesten generelt, og med allmennleger spesielt, kontakt mellom pasientene og allmennlegene, og i hvilken grad fastlege har hatt koordinatoransvar, eller deltatt i utarbeidelse av individuelle planer.

3 Representerer fastlegeordningen noen endring for pasienter med en alvorlig psykisk lidelse?

Før vi presenterer funn og analyser vedrørende det enkelte hovedtema i evalueringen (skissert under pkt 1.2. Problemstillinger), skal vi se på hvordan fastlegeordningen generelt sett vurderes av de ulike involverte. Hva er det pasientene, fastlegen og øvrige helsearbeidere i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten trekker fram som ordningens viktigste bidrag? Hva har fastlegeordningen betydd for dem? Representerer den noen endring?

3.1 Studier om fastlegeordningens betydning

Det ligger implisitt i fastlegeordningen at økt tilgjengelighet, kontinuitet og samarbeid (jfr pkt 1.1.) vil gi et bedre innholdsmessig tilbud til pasienten. Det er i mindre grad stilt spørsmål vedrørende ordningens faglige og verdimessige utfordringer (Hjortdahl, 2004; Westin, 2003). Evalueringen av forsøkskommunene viste at andre helse- og sosialtjenester oppsummerer klart positive erfaringer knyttet til plasseringen av ansvar som fastlegeordningen innebærer, men at man opplevde store samarbeidsproblemer knyttet til uoppfylte forventninger, og spørsmålet om hva *innholdet* i fastlegens ansvar skal være (Heen et al., 1996). Foreliggende rapport ser nærmere på innholdsspørsmålet i kapitlet om kontinuitet, og drøfter også fastlegens rolle i det siste kapitlet.

Pasientperspektiv

Heen et al. (1996) viser at personer med psykiske lidelser, som ble intervjuet i forsøksfasen, mente at fastlegeordningen var en god ordning, men at det ikke hadde representert noen endring for dem, fordi de allerede hadde en fast lege. Fastlegene mente de i liten grad hadde forandret sin behandling av pasienter med psykiske lidelser som allerede var på lista, men at potensialet for å avdekke psykiske problemer hos nye listepasienter var bedre enn om de ikke hadde en fast lege. Forøvrig mente mange at de følte mer ansvar blant annet for oppfølging av pasienten. Når det gjaldt tverrfaglig samarbeid konkluderer Heen et al. (1996) at det ikke hadde skjedd noen endring i relasjonen til spesialisthelsetjenesten som kunne knyttes til forsøket, og at det ikke hadde skjedd noen endring i samarbeidet mellom fastlegen og aktuelle kommunale tjenester.

Undersøkelser knyttet til reformens delmål viser økt tilfredshet på flere av ordningens hovedmål, både blant leger og pasienter. Vi vil gå nærmere inn på disse studiene under de enkelte hovedtema i denne rapporten. Imidlertid behøver ikke tilfredshet med tjenesten å bety at fastlegen er mer *sentral* for pasienten. For eksempel viser Steen og Hunskaar (2004) at pasienter som kom til legevakten stort sett var fornøyd med fastlegen, men de hadde likevel ikke forsøkt å kontakte fastlegen før de oppsøkte legevakten. Kanskje reflekterer studien at fastlegen ikke nødvendigvis oppfattes som den mest sentrale tjenesten for folk når akutte problemer oppstår. Ikke minst kan det være tilfelle når det gjelder personer med psykiske problemer, både fordi krisen like gjerne oppstår etter klokka 1600, og fordi de gjerne har kontakt med andre helsetjenester enn fastlegen.

I en studie under fastlegeevalueringen som omhandler pasientgrupper med stort legebehov (Dahle og Skilbrei, 2003), er et av hovedfunnene at pasientene var de påfallende lite opptatt av reformen. Det var imidlertid ingen som var direkte motstandere av den. "De hadde egentlig ikke merket så stor forskjell og trodde ikke at den ville ha særlig stor betydning for dem personlig i tiden framover" (s.66).

Legeperspektiv

I en studie av fastleger (som ikke omhandler tilfredshet knyttet til mål med ordningen, men mer generell tilfredshet), finner man at tidligere fastlønnsleger er blitt mer tilfredse som allmennlege etter innføringen av fastlegeordningen (Grytten, Skau, Sørensen og Aasland, 2004). Forfatterne mener avlønningssystemet kan være en forklaring, ettersom det har gitt økte inntekter. I Riksrevisjonens rapport går det fram at lønningene totalt sett har økt med 52% (Riksrevisjonen, 2005).

3.2 Pasientene opplever ikke vesentlige endringer som følge av FLO

Tolv av de 26 informantene har den samme fastlegen som de hadde før reformen. Seks fikk ny lege ved innføring av ordningen. Åtte av informantene har skiftet fastlege i ettertid. Fem av disse avgjorde skiftet selv fordi de var misfornøyd med legen sin – hovedsakelig på grunn av en dårlig relasjon.

Hovedinntrykket fra intervjuene med pasientene er at fastlegeordningen i seg selv ikke har betydd store forandringer for den enkelte:

'Jeg hadde den samme legen da og (før fastlegeordningen), så jeg har ikke merket noen forskjell på det. Legesenteret hos oss har jo flyttet inn i nye, fine lokaler, så det er mye kjekkere å gå der, enn i de gamle de hadde, så sånn sett er det forbedring i forhold til lokalene. Men akkurat i forhold til legen synes jeg det er det samme som før.'

Det er noen få av pasientene som er inne på at det ligger en begrensning i fastlegeordningen fordi de ikke kan ringe til hvem de vil dersom de mener at det haster med å få time:

'Det er blitt vanskeligere å få time. Før kunne du bare bestille til en annen lege, men nå er ikke det mulig. (...).... Det er det jeg har å si om det.'

Forøvrig er det et problem i kommuner med dårlig legedekning og stor gjennomtrekk at de ikke har en reell mulighet til å velge en fastlege som de foretrekker. Dette var et problem i den ene kommunen i utvalget som kan karakteriseres som en distriktskommune:

'Det har vært en annen lege i mellomtiden... eller to har det vært. Den ene var en turnuskandidat. De var flinke faktisk, men så sluttet begge to. Legesituasjonen her har vært veldig vanskelig. Det har vært veldig ustabilt. Det er nesten ingen leger, eller så slutter de.'

I tillegg kan språk være problematisk i forbindelse med engasjement av utenlandske leger i kommuner som sliter med dårlig legedekning:

'Jeg hadde en flink lege, men så flyttet han. Så prøvde jeg den andre, men det var helt mislykket. Jeg forsto jo ikke hva han sa for han snakker så dårlig norsk. Det går ikke an å snakke med han. Så ringte jeg fastlegekontoret og sa at dette går ikke, og så fikk jeg tildelt en ny på et annet legekontor.'

Det er nesten ingen av pasientinformantene som er negative til ordningen i seg selv. På den annen side er de heller ikke opptatt av fastlegeordningen. Det er ingen som beskriver vesentlige forskjeller før og etter reformen. Det er ingen pasienter som har erfart vesentlige endringer i tilbudet til dem. Pasientenes holdninger til fastlegeordningen samsvarer i stor grad med studien av ulike pasientgrupper med store legebehov (Dahle og Skilbrei, 2003).

Oppsummert er pasientenes holdning at ordningen er grei – dersom man har endt opp med en fastlege man fornøyd med.

3.3 Fastlegene vektlegger fastlegeordningens plassering av ansvar

Hovedinntrykket fra intervjuene med de 20 fastlegene er at fastlegeordningen ikke har betydd veldig mye, men at den uansett er en fordel for alle parter, først og fremst fordi det formelle ansvaret for pasienten er plassert, i motsetning til slik det var før. Dermed vet alle hvem en skal henvende seg til:

'Jeg synes kanskje ikke det har gjort den kjempestore forskjellen, men det er nettopp på grunn av at det var veldig mye, man hadde sin populasjon også før her, men det er jo en fordel at noen formelt som har ansvaret, veldig godt plassert. Og det tror jeg er en fordel for pasientene, og jeg tror det er en fordel for legene også jeg faktisk'.

'Fastlegeordningen har ikke betydd noe praktisk. Vi er litt sånn distriktslege her hos oss i denne delen av byen. Vi er så langt fra sentrum. Fastlegeordningen har tydeliggjort og formalisert noe vi alltid har praktisert. Det ble mest en følelsesmessig forskjell, og noen synes at vi er blitt mer bundet, men vi gjør det vi alltid har praktisert'.

Mens legene er enige om at det har vært positivt å plassere ansvaret, er de mer delt i synet på om ordningen faktisk har ført til bedre kontinuitet. Hovedinntrykket er at mange ikke er overbevist om at dette faktisk skjer, som følgende to leger gir uttrykk for:

'Nei, fastlegeordningen ivaretar vel en kontinuitet da, et utrolig viktig aspekt for denne gruppen her. Gitt at du har en fastlege som faktisk bryr seg litt når du er alvorlig psykiatrisk syk da, så vil nok det være, burde absolutt være en fordel, at du har en kontinuitet (...) litt forpliktelse på det da. Jeg synes at det er leger som når de får sånne pasienter i fanget, og er fastlege for dem så må du faktisk gjøre jobben da..'

'Jeg føler vel litt mer forpliktelser, altså man føler vel større ansvar for å følge dem opp bedre – føler vel det. Tror det altså. ..Det er jo av og til vanskelig å si hvor man skal sette grensen.'

Man kan si at fastlegeordningen representerer en administrativ og organisatorisk løsning, som legger til rette for bedre kontinuitet. Ordningen sikrer imidlertid ikke at dette skjer. Hvorvidt god og regelmessig oppfølging av pasienter med psykiske lidelser skjer, er først og fremst avhengig av hvordan fastlegen velger å jobbe med denne pasientgruppen. Endring i relasjonen mellom fastlege og pasient, for eksempel å legge opp til regelmessige konsultasjoner, må gjerne fastlegen initiere.

Fastlegene virker ikke helt overbevist om at ordningen har medført bedre oppfølging overfor denne pasientgruppen. En av kommunelegene blant informantene mener fastlegeordningen er noe utnyttet, og at ordningen har stivnet litt:

'Den er kanskje litt utnyttet da ... men den plasserer i alle fall helt klart ansvaret for enhver person hos allmennlege, sånn at de pasientene som du snakker om har en fastlege alle sammen som har et klart, formelt ansvar og moralsk ansvar, og psykiatrien har et sted å sende epikrisen. (...). I noen grad, med det samme vi fikk fastlegeordningen så så vi litt mer henvendelser fra psykiatrien omkring det å yte noen tjenester, men det ser ut som det har stivnet litt, dødt ut litt, men vi får jo hurtig epikrisen. Den gang fikk vi jo ikke epikrise heller, det var jo så hemmelig (...). Nå tenker man litt annerledes tror jeg.'

At fastlegeordningen er noe utnyttet slås også fast i en oppsummering som Helsetilsynet gir i sitt bidrag til statusrapport vel to år etter at ordningen ble innført (Helsetilsynet, september 2003). Helsetilsynet uttaler at: 'fastlegeordningen gir et potensial til kvalitetsbedring som ennå ikke er utnyttet, spesielt med hensyn til tilbudet til innbyggere med store/ sammen-

satte behov' (s.25). På denne bakgrunn foreslår Helsetilsynet at behovet for formalisering av krav til fastlegen i oppfølgingen av pasienter med slike behov bør vurderes, blant annet i forhold til utarbeidelse og oppfølging av individuelle planer.

3.3.1 Ordningen gir både fordeler og ulemper for personer med alvorlig psykisk lidelse

Det er liten tvil om at det å håndtere personer med en alvorlig psykisk lidelse er en utfordring for fastlegene. Med fastlegeordningen er det vanskeligere å styre unna problematikken. Følgende fastlege 'ser det fra legens side':

'Det er mange fordeler med det, men også noen ulemper. Hvis du ser det fra legens side så kan du bli litt matt av at det er de samme med de samme kroniske problemer som renner ned dørene. Det er ikke så mye nytt og spennende problemstillinger som du kunne oppleve før da terskelen for å skifte lege var lavere. De kommer jo som sagt av og til under falsk flagg, de kommer for noe annet, men så setter de seg ned, og så begynner tårene å trille.'

I tillegg til mer personlige preferanser som fastlegen måtte ha vedrørende ulike grupper av pasienter, nevnes også begrensninger som kommer av ordningen vedrørende tidspress og takster sett i relasjon til pasienter med store legebehov:

'Tidspresset er der alltid. Takstene styrer også mye. For eksempel, dersom de regulerer egenandelen, så kan det få store utslag for denne pasientgruppen her som går her ofte og regelmessig, og som det er så mye samarbeid rundt.'

Denne informanten er opptatt av at det er myndighetene som gjennom takstene legger premissene i forhold til det å kunne følge opp ordningens intensjoner. Følgende informant etterlyser mer styring for å komme bort fra tendensen til "solopraksis" i betydningen at fastleger i for liten grad prioriterer, eller har tid til å prioritere, tverrfaglig samarbeid:

'Jeg var med og ivret for fastlegeordningen, og på en del viktige områder er det blitt en god ordning. Samtidig håper jeg at myndighetene legger inn en del kvalitative krav til tjenesten ut over rammebestemmelsene som er avtaleverket og lovverket. (...) Det finnes måter å gjøre dette på ved at legesenter har tilsatt en deltidsstilling for psykiatrisk sykepleier eller psykolog for eksempel. (...) Da forlater man at fastlegen kjører solopraksis. (...) Vi jobber alt for individualistisk. For noen år siden kunne vi få hjelp fra en psykiater i konsultasjonssituasjonen, men det har jeg ikke hørt om på lenge at skjer nå. Psykiatrien har så nok med seg selv. Det er veldig sjelden at de får ressursene ut på legekantorene. Vi hadde besøk fra en nabokommune her en gang. Da kom psykiater og sosionom hit, og hadde møte her sammen med pasienten. Det var enestående. Hvorfor er det ikke slik her i kommunen? Vi fikk avklart roller og hele situasjonen i ett og samme møte, hva vi skulle gjøre videre.'

Denne fastlegens etterlysning av større tverrfaglighet er i stor grad sammenfallende med beskrivelsen av Individuell plan; at representanter fra alle involverte tjenester rundt en pasient, samt pasienten selv, samles for å avklare videre opplegg rundt vedkommende pasient. Erfaringene med fastlegeordningen så langt tyder på at fastlegen i større grad bør involveres i arbeidet med individuelle planer (Arntzen & Eide Rønningen, 2003; Helse- og omsorgsdepartementet, 2004; NOU, 2005:3). Legeforeningen på sin side signaliserer at de mener individuelle planer er et avgjørende virkemiddel for å bidra til koordinering og tverrfaglighet (Den Norske Lægeforening, 2004). De støtter også Helsetilsynets konklusjon om at det bør arbeides videre for å bedre samhandlingen både innad i helsetjenesten, og med andre etater, samt at allmennlegens rolle i dette arbeidet avklares (2003).

3.4 Øvrig kommunehelsetjeneste sporer en viss endring

Hovedinntrykket fra de ti intervjuene i kommunehelsetjenesten, blant ansatte innen psykisk helsearbeid (i hovedsak psykiatriske sykepleiere), er at fastlegeordningen til en viss grad har

bidratt positivt. Ingen er negative til ordningen. I likhet med fastlegene fremhever helsearbeiderne i kommunen også det positive med en fast adresse:

'For de alvorlig syke, de som jeg har ansvar for så synes jeg jo det virker veldig ålreit (...). Fastlegene vet hvem de har å forholde seg til. (...) De er jo veldig avhengig av kontinuitet, gruppen alvorlig psykisk syke. (...) Det virker som ting begynner å sette seg litt mer. Fastlegene er litt mer fleksibel i forhold til å imøtekomme ønsker når det gjelder både fra brukerne, når de tar kontakt, og likedan hjelpere eller andre som har tett kontakt med brukerne. Jeg synes det er blitt bedre (...).'

'Jeg må jo si det at jeg merker jo forskjell etter at det med den fastlegeordningen kom ja. Jeg har ganske sånn positiv erfaringer med det, og det er nok også litt kombinasjonen med dette her at nå holder vi på med individuelle planer, ansvarsgrupper og sånne ting, og det er lettere og få fastlegen til å stille opp altså. Jeg synes de har vært flinke. Vi har ansvarsgrupper. Du har klare rollefordelinger og sånne ting.'

Arbeidet med individuelle planer har kommet mye lengre i den ene av utvalgskommunene i forhold til de andre. Samtidig som denne psykiatriske sykepleieren mener å merke forskjell etter at fastlegeordningen kom, antyder hun at positive erfaringer like gjerne kan spores i arbeidet med individuelle planer og arbeidsgrupper. Det har sannsynligvis skjedd en holdningsendring både i tilknytning til fastlegeordningen, økt fokus på brukermedvirkning, tverrfaglighet og lovfesting av individuell plan for personer med sammensatt problematikk:

'Jeg tror det er en kombinasjon av mye, dette her med at vi har fast lege, men nå er det mer ordnete forhold (...) med brukermedvirkning, individuell plan og at du skal jobbe tverrfaglig. Det har jo vært en holdningsendring. Innen alle felt av tjenesten så skal vi jobbe sammen, og de fleste synes jo det er spennende, og det gjør jo legene også.'

I tillegg til at fastlegereformen kom samtidig med lovfesting av Individuell plan og et økende fokus på brukermedvirkning, kom den også et par år etter oppstart av Opptappingsplanen i psykisk helse. I forhold til kommunehelsetjenesten innebar dette en bred satsning på tjenester; organisering av psykisk helsearbeid, og tiltak knyttet til denne enheten, samt tiltak knyttet til andre kommunale tjenester, oppbygging av boliger, videreutdanning av personell samt en omfattende rekruttering, spesielt av psykiatriske sykepleiere og annet høgskolepersonell (Ose og Kalseth, 2004; Kalseth, 2003; Ådnanes og Sitter, 2004).

3.5 Spesialisthelsetjenesten opplever liten endring

Fra intervjuene med fagfolk i spesialisthelsetjenesten (de fleste av dem på ledernivå), går det i hovedsak fram at de vurderer fastlegeordningen positivt, men at det ikke har medført store endringer, sett fra deres ståsted. Det går et skille mellom de som er psykiatere, og de øvrige informantene, som i hovedsak består av høyskoleutdannede profesjoner, der sistnevnte er mye mer kritisk til fastlegens involvering.

På spørsmål om det har skjedd endring uttaler ergoterapeut i DPS som følger:

'Det vet jeg ikke. Det har jeg ikke noe belegg for å si noe om altså. Men jeg kan ikke tenke meg at det har blitt noe dårligere, det tror jeg ikke. Det er ingen som har klaget over at det har blitt verre enn før.'

En av de to psykologene er mer definitiv på at fastlegeordningen ikke har tilført noe:

'Nei. Jeg kan ikke sånn umiddelbart se at fastlegeordningen har forandret noe spesielt. Ikke noe markert på noe som helst vis nei. At det skulle være noen ting da som er såpass markert (...) at det har blitt mye bedre etter fastlegeordningen sånn som vi oppfatter det, det synes jeg er vanskelig å si. (...) jeg kan ikke se noe spesielt som har blitt annerledes'.

Store forskjeller mellom fastleger trekkes fram som det viktigste poenget. På spørsmål om det er noe negativt eller positivt informantene i spesialisthelsetjenesten vil trekke fram i forhold til fastlegeordningen, svarer klinisk sosionom ved en poliklinikk som følger:

'Jeg tror ikke jeg kan legge til noe klokt om fastlegeordningen ut over at jeg synes det virket fornuftig da det ble etablert. (...) Det er personavhengig. Begge instanser jobber under såpass høyt tempo at det ikke blir sånn som vi ideelt sett kunne tenke oss at det ble. De (fastlegene)... hva de kan tenke seg vet jeg ikke så mye om.'

I tillegg til at de tre psykiaterne blant informantene fra spesialisthelsetjenesten vektlegger viktigheten av at ansvaret nå er plassert hos fastlegen, virker de å ha vesentlig mer tro på de føringene ordningen gir for fastlegene enn det som er tilfellet er blant de øvrige informantene. Følgende informant (psykiater) legger vekt på at fastlegen ikke lenger kan skyve ansvaret fra seg:

'Noen av pasientene kunne det være ganske mye arbeid med sånn at legene kunne nok være litt sånn, skjerme seg mot det her arbeidet. Og da fløt de litt imellom. Nå har de fått en fast lege enten de har tatt initiativ eller ikke, og legene kan ikke skyve ansvaret fra seg. Og de må dele på den, dele både på lette og vanskelige pasienter. Så det er en klar fordel.'

Mens psykiaterne mener ordningen tvinger fram en kontinuitet som ikke nødvendigvis var der fra før, legger de andre faggruppene i større grad vekt på at fastlegens grad av involvering handler om fastlegens egne prioriteringer.

At psykiaterne er overveiende tilfredse mens de øvrige informantene uttrykker mer kritiske holdninger, ikke til ordningen, men til fastlegens involvering, er interessant, og rommer kanskje mer komplekse profesjonssosiologiske forklaringer. Psykiaterne og fastlegene har i utgangspunktet samme utdanning, og dermed et mer avklart grunnlag for kontakt og samarbeid. Det kan også handle om at en del fastleger virker litt mildt tvilende til profesjonaliteten i det arbeidet som blir gjort av andre enn spesialister. Fastlegens tvil til spesialisthelsetjenestens kompetanse, ble også konstatert i Heen et al. (1996) sin evaluering av forsøksperioden (s. 70).

3.6 Oppsummering og diskusjon

Verken pasientene, fastlegene eller samarbeidende helsetjenester opplever at fastlegeordningen har medført store endringer, men det er ingen som har negative holdninger til ordningen. Fastlegeordningens fremste fortrinn er plassering av ansvar for pasienten.

Fra intervjuene med pasientene går det i hovedsak fram at fastlegeordningen ikke har medført merkbar endring for den enkelte. Det framheves likevel at det er positivt med en fast lege – dersom man er fornøyd med denne legen. Dette er i tråd med funnene fra forsøksperioden vedrørende personer med psykiske lidelser (Heen et al., 1996). Dette at man er fornøyd med fastlegeordningen ble også bekreftet i Dahle og Skilbrei (2003) sin studie om pasienter med store legebehov, selv om det ble understreket at de fleste var svært lite opptatt av den fordi de ikke opplevde at den hadde stor betydning for seg selv. I likhet med vår studie, dokumenterer Dahle og Skilbrei imidlertid høy bytteberedskap. Også i vår studie er det en relativt høy andel av pasientene som har byttet fastlege fordi de var misfornøyd med relasjonen. Det er imidlertid vanskelig å si om dette er tilfeldig, eller vitner om en generell tendens vedrørende denne pasientgruppen.

Et annet moment i forhold til pasientenes generelle vurdering av fastlegeordningen i den minste kommunen, er at man ikke har hatt noe reelt valg ettersom det har vært stor gjennomtrekk av leger. Man er glad til i de periodene man har en lege over tid, som også er en god lege.

Heller ikke fastlegene opplever at ordningen har medført store endringer. Noen har praktisert som fast lege i hele sin praksis. Det er imidlertid et inntrykk at andre fastleger (og systemet rundt) ikke utnytter ordningen. Selv om alle mener det har vært en fordel å få plassert an-

svaret for pasienten, er det for eksempel flere fastleger som uttrykker usikkerhet i hvilken grad ordningen har ført til bedre oppfølging av pasienten. Fastlegene nevner også utfordringer og ulemper med ordningen – utfordringer i det å forholde seg til kroniske problemer i det daglige arbeidet, samt utfordringer som ligger mer på systemet i forhold til å operere med riktige takster, og til å styre i en retning som innebærer mindre solopraksis og mer tverrfaglighet.

Fagpersonene fra øvrig kommunehelsetjeneste, de fleste av dem psykiatriske sykepleiere, mener fastlegeordningen til en viss grad har bidratt positivt. Alle fremmer fordelene av å ha en fast adresse for pasienten, slik at man vet hvor man skal henvende seg. For øvrig opplever de at det har skjedd en holdningsendring, også blant fastlegene. Et viktig poeng er det imidlertid at dette ikke nødvendigvis kan spores fra fastlegeordningen alene. Parallelt med denne har det skjedd store endringer i tjenestene, for eksempel gjennom økt brukermedvirkning samt arbeid med individuelle planer. Økt tverrfaglighet er en viktig målsetting i alt dette arbeidet. Det er likevel ikke tvil om at ordningen gjennom fastlegens ansvar, legger til rette for økt samarbeid.

Fagfolk i spesialisthelsetjenesten vurderer også fastlegeordningen positivt, men at det ikke har medført vesentlige endringene. Erfaringer vedrørende fastlegens grad av involvering i den aktuelle pasientgruppen, og i tverrfaglig samarbeid, er noe sprikende. Psykiaterne blant informantene er mer tilfreds, mens de øvrige informantene i større grad uttrykker kritiske holdninger – ikke til selve ordningen, men til fastlegens grad av involvering og samarbeid. Mens ordningen legger til rette for tverrfaglighet, opplever de ofte at fastlegene ikke prioriterer dette, og at man dermed er like langt.

4 Tilgjengeligheten til fastlegen for pasienter med alvorlig psykisk lidelse

Fastlegeordningen skal gi befolkningen større trygghet gjennom bedre tilgjengelighet til allmennlegetjenesten. Dette kan gjøres både ved at alle får tilbud om en fast allmennlege, ved å sikre at de faktisk får kontakt med allmennlegen per telefon og på kontoret ved behov, og at det fysisk er lagt til rette for tilgjengelighet (Ot. prp.99, 1998-99).

I analyse av empirien ser vi i dette kapitlet på erfaringer knyttet til fastlegens tilgjengelighet til time for pasienter med alvorlig psykiske lidelse. I kapittel 4 ser vi på fastlegens tilgjengelighet i selve konsultasjonen, ettersom tilstrekkelig tid i konsultasjonen er et kritisk punkt for mange i denne pasientgruppen.

I dette kapitlet stilles følgende spørsmål: Er de ulike aktørene fornøyd med fastlegens tilgjengelighet? Er det akseptabel ventetid på ordinær time? Får pasientene øyeblikkelig hjelp når de trenger det? Tilbyr fastlegene fleksible ordninger for tilgjengelighet?

4.1 Andre studier viser svak bedring i tilgjengelighet til time

Det er gjort en rekke studier på tilgjengelighet til time gjennom fastlegeevalueringen, og det er gjort en undersøkelse i regi av Riksrevisjonen. Dette dreier seg om tilgjengelighet for den totale pasientpopulasjonen, og er ikke knyttet til spesifikke pasientgrupper. Hovedinntrykket fra studiene er at det har blitt en viss bedring i tilgjengelighet for pasienter totalt sett.

Pasientperspektiv

En studie før og etter innføring av fastlegeordningen har en rekke mål på tilgjengelighet (Lian og Wilsgaard, 2004; Lian, 2003), både tilgjengelighet til time, og tid brukt i konsultasjonen. Når det gjelder tid brukt i konsultasjonen kommer vi tilbake til dette i neste kapittel. Studien viser at andelen svært fornøyde pasienter steg (i perioden 2000-2003) for ventetid på legetime og venting på legekontor, samt for tilfredshet totalt sett. Det siste med unntak av de minste kommunene. Derimot fant man en synkende andel som var svært fornøyd med legens tilgjengelighet for telefonkontakt, hjemmebesøk samt språkbeherskelse og geografisk nærhet. Folk er likevel trygge på å få legehjelp ved behov.

Grytten, Skau og Carlsen (2004) sin undersøkelse av tilfredshet blant brukerne, viser blant annet tydelig forbedring når det gjelder tilgjengelighet til tjenesten målt ved legedekning og ventetid på time.

I Riksrevisjonen sin undersøkelse (2005), basert på spørreskjema til alle kommunene, finner man at mens omlag 40 prosent mener ventetid på ledig time samt øyeblikkelig hjelp har endret seg til det bedre, gjelder dette en andel på omlag 20 prosent av de som har svart i forhold til åpningstid og telefontilgjengelighet. Andelen tilgjengelighet viste seg mindre i små kommuner enn i større kommuner.

Legeperspektiv

Når det gjelder fastlegenes opplevelse av tilgjengelighet, viser Hetlevik og Hunskaar (2004) at lang ventetid på time fører til lavere jobbtilfredshet blant leger, med lavest tilfredshet blant leger med ventetider på over tre uker. Dessuten at det å ha lang ventetid ikke hadde klar sammenheng med lang liste. Det siste viser også Grytten, Skau, Sørensen og Aasland (2004).

4.2 Pasientene om tilgjengelighet til time

4.2.1 Akseptabel tilgjengelighet til ordinær time og øyeblikkelig hjelp

Hele 24 av 26 pasienter syntes tilgjengelighet til time er akseptabel. Hvis det ikke dreier seg om et akutt behov, syntes informantene at det er greit å måtte vente en til to uker. Forøvrig kjenner pasientene til at de kan få øyeblikkelig hjelp, dersom de ringer tidlig på dagen, rett etter åpningstid. Dette er det også mange som benytter seg av:

'Jeg spør om hjelp når det er akutt, og da må de forstå at det haster. Ofte er det lenge å vente på venteværelset også, i hvert fall mer enn en halv time. Jeg som har så stor angst er ofte helt utslitt før det blir min tur.'

'Tilgjengeligheten er grei, særlig hvis man ringer tidlig på dagen. De har alltid noen timer ledig for ting som haster. Dessuten har de en krisetelefon som det er mulig å bruke.'

At tilgjengeligheten vurderes som så vidt god har muligens bakgrunn i at de fleste av pasientene (19 av 26) har en avtale med fastlegen om regelmessige konsultasjoner (11 pasienter) eller avtale om at de tar kontakt ved behov (8 pasienter). Sju av informantene nevner ingen konkret avtale med fastlegen.

For øvrig er det selvsagt et poeng, vedrørende pasientenes framstilling av fastlegens tilgjengelighet, at de fleste har kontakt med andre helsetjenester – enten i spesialisthelsetjenesten eller i kommunen. I perioder med andre tjenestetilbud blir følgelig fastlegen mindre viktig. For andre er imidlertid fastlegen svært viktig når problemer oppstår. Man kan tenke seg at en fastleges travelhet helt konkret kan være uheldig i forhold til det å avdekke oppblomstring av psykoser, og ikke minst å identifisere nysyke. Sist, men ikke minst går pasientens henvendelse gjerne til legevakten når det er snakk om akutt behov for hjelp.

4.2.2 Fleksible tilgjengelighetsordninger

Pasientenes erfaring er at det går greit å få øyeblikkelig hjelp, dersom de har behov for det. Pasientene i denne studien er stort sett fornøyd med tilgjengelighet til både ordinær time og øyeblikkelig hjelp. Når det gjelder mer fleksible ordninger, er det derimot få pasienter som opplever at dette praktiseres. Det er helt unntaksvis at pasienter kan fortelle at de har hatt anledning til å kontakte fastlegen utenom kontortiden, selv om det forekommer at noen har hatt mulighet til dette også. Men en del forteller at de gjerne ville hatt den muligheten.

'Jeg hadde håpet at jeg kunne ringe på kvelden, at det skulle være mulighet til å komme hjem til meg.'

Hvis de har behov for legehjelp på kveldstid eller i helgene, må de som regel benytte legevakten. Noen kan fortelle at legen har gitt dem et telefonnummer som de kan ringe hvis det blir krise, men det er sjelden at de har benyttet seg av den muligheten. Bare det å vite at muligheten er der, er en hjelp.

'Han har gitt meg et nummer som han gir ut veldig sjelden, og det har hendt at jeg har ringt han tidlig på morgenen hvis jeg har våknet tidlig og har angst. Jeg har hatt det nummeret i et ½ år nå, og har ringt kanskje to ganger.'

Det er nødvendigvis svært sjelden at fastleger praktiserer så vidt fleksible ordninger. For øvrig tyder studier av fastlegeordningen at fastlegene etter hvert har rasjonalisert på telefontilgjengelighet og hjemmebesøk, ettersom pasienters tilfredshet har gått ned når det gjelder tilgjengelighet på telefon og praktisering av hjemmebesøk (Lian og Wilsgaard, 2004; Lian, 2003). De eksisterer i noen grad, noe fastlegene i større grad enn pasientene i bekrefter i denne undersøkelsen (jfr. pkt . 3.3.2).

4.3 Fastlegene mener tilgjengeligheten er bra

4.3.1 Bra tilgjengelighet til ordinær time og øyeblikkelig hjelp

Fastlegene mener at tilgjengeligheten er relativt bra for den aktuelle pasientgruppen, og ikke verre for disse enn for andre. Som hovedregel gjelder at det er en viss ventetid på ordinære timer, men sjelden mer enn et par uker. For øvrig benyttes øyeblikkelig hjelp dersom dette er nødvendig:

'Jeg opplever jo at vi er tilgjengelige. Både for folk som ønsker å bestille time med den typen problematikk, og mer sånn for akutt hjelp, i alle fall på dagtid. Her på vårt legesenter så vil du få time hvis det er akutt enten på dagen eller neste dag. Så vi har hatt folk som har kommet med akutte psykotiske tilstander som vi har måttet lagt inn herfra. Selvfølgelig skjer det en del via legevakten og (...) Vi har mye kronikere som kommer her enten de skal ha resepter, eller de skal ha oppfølging på en eller annen måte, og da har vi hele spekteret fra vrangforestillinger, paranoid, psykotiske til alvorlige depresjoner og manisk depressive.'

I enkelte tilfeller oppsøker fastlegen pasienten hjemme (jfr. Pkt. 3.3.2), men i de fleste tilfeller eksisterer det ikke spesielle system for tilgjengelighet for gruppen med alvorlige psykiske lidelser, utover det at legen og legesekretærene gjerne er klar over situasjonen, og sørger for øyeblikkelig hjelp når det ser at det er behov for det:

'Det er ganske kort ventetid ja. Og er det akutte ting så har jeg veldig lav terskel for øyeblikkelig hjelp time. Og også disse, noen av disse som er kjente ved legesenteret, og har en kronisk lidelse, så vet de, legesekretærene også at hvis de kommer med en problematikk eller henvendelse så får de en rask time. Så de prioriteres.'

'Jeg håper det. Jeg tror det. Vi har en ganske god tilgjengelighet, og er ganske nøye med...i alle fall i forhold til den gruppen (...). Men det kniper mest på telefontilgjengelighet. Det er et generelt problem vi har. Kanskje de gir opp der litt. Ellers så kan de når som helst...de fleste av den gruppen der vet at de kan få tak i meg og snakke med meg i løpet av en uke i alle fall.'

Fastlegenes perspektiv på tilgjengelighet til ordinær time og øyeblikkelig hjelp er i stor grad i overensstemmelse med pasientenes erfaringer.

4.3.2 Fastleger som bruker hjemmebesøk og telefonen mer aktivt

Mens praktisk talt alle de 20 fastlegene beskriver tilgjengelighet til time som akseptabel, eller som god, både i forhold til ordinær og øyeblikkelig hjelp, er det i tillegg noen leger som bedrer tilgjengeligheten ytterligere gjennom å praktisere fleksible løsninger overfor pasienter de vet er skrøpelige, eller har vansker med å følge opp timeavtaler. Det kan dreie seg om hjemmebesøk eller telefontilgjengelighet.

Følgende fastlege beskriver hvordan de aller tyngste pasientenes behov for hjelp gjerne fanges opp av annet helsepersonell i kommunen, og at det hender han går innom pasienten på vei hjem fra kontoret:

'Da kommer jo de (hjemmesykepleier) nedom her på kontoret, og da lager vi en time, noe relativt fort, kanskje samme dag eller dagen etterpå, eller at jeg reiser hjem til pasienten på vei hjem fra kontoret'

Eksemplet viser hvordan kontakten mellom pasient og fastlege sikres ved hjelp av hjemmesykepleier. For øvrig er det et poeng at fastlegen prøver å unngå at pasienter havner på legevakten, slik følgende informant påpeker:

'Det er en del pasienter som ikke har mulighet til å komme til meg, og da drar jeg til dem. Stort sett er det planlagte besøk etter arbeidstiden. Det gjør jeg gjerne to til tre ganger i uken. Det er noe med at jeg har kjent mange av disse gjennom femten år, og det blir galt for meg å spille ballen til en legevaktslege.'

Noen fastleger bruker telefonen aktivt for å avklare en henvendelse fra pasient med akutt behov, og kan også gi ut privat telefonnummer, men dette hører nok til de sjeldne former for fleksibel tilgjengelighet:

'..vi ringer alltid tilbake samme dag til pasienter som henvender seg, og har akutt behov. I tillegg bruker jeg å gi ut telefonnummeret mitt, mitt private, til pasienter som jeg mener trenger det. Men det er for de som er i en akutt fase. Jeg gjør ikke det til kronikerne. De får henvende seg på jobbtelefonen, og så ringer jeg dem tilbake når jeg har tid.'

'..jeg har noen ganger gitt pasienter mobiltelefonnummeret mitt og sagt at de kan ringe meg nå i denne krisen her. Men det har hendt veldig, veldig sjelden. Det er hvis jeg mistenker at de er suicidale (...) Men ellers er telefontilgjengeligheten her at de ringer og legger igjen beskjed, og jeg ringer alltid tilbake i løpet av dagen. Og det vet disse pasientene. Jeg tror at det holder at jeg kan si at 'ok du kan komme innom i morgen selv om vi bare har et par minutter'. Jeg tror at det hjelper'.

Ved å ta den telefonen til pasienten har kanskje fastlegen avverget krise. Pasienten vet at fastlegen er tilgjengelig neste dag, noe som kanskje er tilstrekkelig.

Oppsummert viser materialet at enkelte fastleger er spesielt fleksible overfor sine pasienter, når de oppfatter at det er påkrevd. Det dreier seg om personer som er så skrøpelig at de ikke har mulighet til å komme til fastlegen, eller personer som ikke møter opp til timeavtale, og det kan være at fastlegen forsøker å unngå at pasienten havner på legevakten. Videre dreier det seg om å ringe opp personer som har forsøkt å få kontakt, og i svært spesielle tilfeller gi pasienter mobiltelefonnummeret sitt til kontakt ved krise.

4.3.3 Mulige årsaker til dårlig tilgjengelighet

Noen av fastlegene vi har intervjuet er også kommuneleger, og har følgelig en mer overordnet oversikt over hvordan ulike fastlegepraksiser og legesentra fungerer og er organisert. En av disse påpeker de store forskjellene mellom fastleger, og uttaler følgende om årsaker i forhold til tilgjengelighet til time:

'Jeg synes ikke at personer med en alvorlig psykisk lidelse har dårligere tilgjengelighet enn andre diagnosegrupper, men det er veldig stor forskjell fra lege til lege, og fra senter til senter (...), det gjelder nesten på alt altså. Noen har tre måneders ventetid på alt, selv om du har vondt i kneet eller du har bihulebetennelse eller du har psykisk lidelse, så har han liksom ikke kapasitet til noen ting (...), og du finner leger som skygger litt unna dette med psykiske lidelser, og litt lettvinnt sier at nei, pasienten får gå på legevakten.'

Et eksempel på ulik organisering ligger i fordeling mellom faste og akutte timer. Følgende fastlege, ved et legesenter der legene har spesielt lange lister, forteller hvordan de ved deres legesenter har vært mer radikal enn de fleste i sin organisering:

'Vi har lagt opp systemet litt annerledes når det gjelder timebestilling. Jeg har veldig få, faste avtaler pr. dag, men veldig mange akuttimer. Slik at jeg har kanskje syv, åtte faste avtaler hver dag, men tar i mot kanskje til sammen 25 konsultasjoner. Jeg synes at punkt en for fastlegene må være at vi er lett tilgjengelig for pasientene våre. Jeg synes jo selv vi har veldig lav terskel for kontakt (men dette må du spørre pasientene mine om).'

I tillegg til forskjeller i evne til å organisere egen praksis, reflekterer en annen kommunelege over fastlegens prioritering i forhold til type lidelser:

'I allmennlegetjenesten så er det medisinen og kirurgien, det somatiske som dominerer, som går foran psykiatrien. Det er de færreste allmennleger som synes det er kjekt, og som interesserer seg veldig for det. Det tror jeg nok rett og slett. Og det er fordi det er vanskelig, arbeidskrevende, og det er ofte mye ubehagelige sider, vanskelige episoder (...). Når de kommer kan de være rimelig vanskelige. Så jeg tror nok at det er en gruppe som vi sliter med, og så ser du ikke alltid så veldig mye forandring heller' (kommunelege).

Grunner til ulik tilgjengelighet kan altså ligge i ulik organisering, og det kan ha bakgrunn i fastlegens prioriteringer. Når det gjelder legers prioriteringer generelt, har studier dokumentert en lav rangering av psykiske lidelser (Album, 1991; 2002), og der faktorer som synes å påvirke sykdommers prestige blant annet er behandlingseffektivitet og hvorvidt man kan lokalisere sykdommen (i organ). Når det gjelder fastlegene, har ikke de anledning til avviser personer på lista. På den annen side kan de la være å involvere seg i disse pasientene, og dermed etter hvert bli valgt bort.

4.4 Andre kommunale helsearbeidere om fastlegenes tilgjengelighet

4.4.1 Tilgjengeligheten noe bedret på bakgrunn av fastlegen som ansvarlig adresse

Hovedinntrykket er at fastlegen som fast adresse har vært gunstig, slik de kommunale helsearbeiderne ser det. De legger imidlertid vekt på at det varierer veldig mye mellom fastleger hvor mye de engasjerer seg i denne pasientgruppen, også i forhold til hvilken tilgjengelighet fastlegen gir:

'Jeg tenker det (tilgjengelighet) varierer veldig, for legene er jo også forskjellige. Det er jo noen som er veldig engasjerte i dette her (...). Og så er det andre igjen som det ikke er så lett med. (...) det veldig sånn personavhengig..'

Det varierer hvorvidt helsearbeiderne oppfatter at fastlegeordningen har bidratt til større involvering blant fastlegene, for eksempel gjennom å være mer fleksibel når det gjelder tilgjengelighet for denne pasientgruppen. Følgende psykiatriske sykepleiere mener fastlegen har blitt flinkere til å ivareta brukerens behov ved hjemmebesøk utover arbeidstid:

'Jeg har en opplevelse av at det har blitt bedre der det fungerer sånn sett. Vi har og flere å spille på har jeg inntrykk av. En god del fastleger har, i alle fall sånn jeg har kjennskap til, tatt hjemmebesøk utover arbeidstid, og det er til stor hjelp for både brukere og oss, sånn følge opp brukerne mer kontinuerlig sånn sett litt jevnere. Det synes jeg er blitt noe bedre, i stedet for at vi måtte da kontakte allmennlegevakten i en hver sammenheng nødvendigvis.'

Andre uttrykker misnøye med fastlegens fleksibilitet i forhold til å agere overfor kriser, noe som medfører at mange akutte henvendelser på legevakten, gjerne hos en fremmed lege:

'Der det oppstår akutte ting (...) jeg sier til fastlegen at her er du nødt til å gjøre en vurdering (...) en tvangsinnleggelse. Der synes jeg ikke fastlegeordningen fungerer noe særlig i forhold til at de har ikke tid. Det er jo fastlegen som kjenner pasienten forhåpentligvis best... innenfor arbeidstiden hans så har han ikke mulighet til å rykke ut (...), men det er det veldig lite forståelse for, og jeg skjønner jo at han har ventelister på kontoret osv., men der synes jeg det er veldig vanskelig. Da blir det ofte henvist, og at det er legevakten som må ta seg av det der, og da får pasienten en vilt fremmed lege å forholde seg til, og jeg synes ikke det bestandig er like heldig.'

I de tilfeller som beskrives av psykiatrisk sykepleier over, oppfylles ikke fastlegeordningens intensjoner om fastlegen som medisinskfaglig koordinator, med andre ord den kunnskap fastlegen skal inneha vedrørende pasientens sykdomshistorie.

4.4.2 Kommunal helsearbeider sørger ofte for tilgjengelighet til fastlegen

Andre kommunale tjenestetilbud, enten det dreier seg om hjemmebaserte tjenester, dagtilbud, eller tiltak/ behandling i regi av det kommunale psykiske helsearbeidet, har gjerne hyppigere kontakt med pasientene enn fastlegen. Psykiatrisk sykepleier, eller andre kommunale helsearbeidere, kan ha en sentral funksjon overfor pasienten, for eksempel som primærkontakt.

Av de 26 pasientene var det 8 som oppga at det var psykiatrisk sykepleier i kommunen som utgjorde den viktigste kontakten (med unntak av 3 pasienter, hadde de øvrige et tilbud i spesialisthelsetjenesten). Dermed er det ofte de som først ser pasientens behov. Vi har allerede sett flere eksempler på at det gjerne er de som tar kontakt med fastlegen på vegne av pasienten. Om dette sier psykiatrisk sykepleier:

'Altså i forhold til de alvorlig syke (...) er det jo en del som ikke ser det selv. Så vi er nødt til å fange det opp, og da må vi høre med dem om det er greit at vi tar kontakt med fastlegen. Så kan vi gjøre noen endringer så symptomene kan endres litt, så kan vi jobbe litt videre med det vi holder på med. Og da tar vi ofte den kontakten. Det gjør vi.'

'Pasienten kan synes at det er vanskelig å ta den telefonen, fordi de vet ikke hva de skal si, vet ikke hvordan de skal te seg. De har problemer med akkurat den kontakten.'

Kommunale helsearbeidere representerer et sikkerhetsnett ved å bistå brukerne med å ta kontakt med fastlege. Det bidrar til å sikre en viss kontinuitet for pasientene. Det kan imidlertid virke noe tilfeldig hvorvidt slik oppfølging forekommer. Dette har noe med hvilket ansvar tjenester eller enkeltpersoner faktisk tar. Det virker noe uavklart hvem som faktisk er ansvarlig for dem som faller utenfor. Det kan dreie seg om personer som ikke har blitt definert som psykisk syke. En psykiatrisk sykepleier uttaler følgende om dette:

'.. nå vet vi ikke hvor mange som er syke uten at vi her får vite det. Det vil jo alltid være noen. Helt sikkert noen som går syke som ikke vi får tak i (...) unge, og noen som har vært syke i en del år, at det er søkt om hjelp uten at brukeren kanskje ønsker det (...) for det hender jo at vi får telefon fra fortvilte pårørende, det er klart at da går vi inn, og da viser det seg at de aldri har vært i kontakt med noen. Det hender jo vi får signal om folk som ikke har en fastlege en gang. Som aldri har vært hos doktor. Men da må vi jo bare tilfeldig plukke de opp. Vi er veldig avhengig av at noen gir beskjed. En nabo eller famili,e eller hvem det er.'

Der ikke helsevesenet fanger opp personer som har blitt syk, eller som har fått en forverret psykisk helsetilstand, er det gjerne de pårørende som sørger for at personen får hjelp. Det er klart at det også i fastlegeordningen finnes hull i forhold til å sikre personer nødvendig hjelp når behovet oppstår. I det følgende skal vi presentere to pårørende sine historier, som begge dreier seg om det å i det hele tatt å få en fastlege.

4.5 To pårørende sine opplevelser knyttet til tilgjengelighet

Blant de pårørende i intervjumaterialet, er det to mødre som forteller om store problemer vedrørende det å få en fastlege til sine sønner, når de ble alvorlig psykisk syke. Eksempelene viser hvor viktig rolle pårørende ofte har når systemet er for rigid.

Den ene av foreldrene, er en kvinne med en psykotisk sønn på 32. Sønnen ble syk for tre år siden. Den gang fikk han medisiner, og klarte seg bra. Etter denne episoden hadde han ikke vært hos fastlegen. Når krisen oppsto på nytt, viste det seg at han ikke hadde fått noen ny fastlege. Moren tar han med seg på legekontoet, ettersom han er ganske dårlig. De opplever da å ikke få komme inn. De ble fortalt at sønnen ikke hadde noen fastlege der. En nabo som var sykepleier hjalp dem, tok kontakt med legekontoet, og sørget for at han fikk øyeblikkelig hjelp. Kommunelegen ble kontaktet, og de er blitt forsikret at han skal få en fastlege, og et godt tilbud. Kvinnen trodde ikke det gikk an å ikke ha en fastlege.

Nå har hun sittet mye "på nettet" og skaffet seg informasjon, blant annet om hvordan man skifter fastlege. I tillegg til å få hjelp av en nabo og arbeidsgiver, forteller hun at hun har fått god hjelp av sin egen fastlege i denne tiden. Han informerer henne om ting hun kan lese for å skaffe seg informasjon, og sykemeldte henne en uke da det var spesielt tungt.

En mor på vestlandet har en sønn som var flyttet til Oslo. Han ble psykisk syk, men hadde fått tildelt fastlege på vestlandet, der han tidligere bodde. Tilstanden hans ble etter hvert så alvorlig at han ikke selv var i stand til å skaffe seg en fastlege i storbyen. Moren og søsteren får han etter hvert på legevakten som først avviser han, men når mora på nytt tar kontakt med legevakten, får han time hos psykiater. Han har gått der en stund nå, og har fått diagnosen schizofreni.

4.6 Oppsummering og diskusjon

Tilgjengeligheten til legetime og til øyeblikkelig hjelp på dagtid er relativt bra, både sett fra pasientene, fastlegene og øvrige kommunale helsearbeidere. Man får jevnt over en ordinær time innen et par uker, og man får øyeblikkelig hjelp ved behov for det. Det kan imidlertid oppstå problemer i særskilte tilfeller når det viser seg at den som er syk ikke har fastlege, eller dersom vedkommende selv har flyttet, og det ikke blir ordnet med fastlege på nytt bosted før krisen er akutt.

Det at pasientene vurderer tilgjengeligheten som så god må sees på bakgrunn av at de fleste av dem har en avtale med fastlegen om regelmessige konsultasjoner, og/ eller en avtale om at de tar kontakt ved behov. Det må også sees i forhold til at de fleste av dem har kontakt med andre helsetjenester – enten i kommunen eller i spesialisthelsetjenesten. Fastlegens rolle blir antagelig mindre sentral i perioder med tett oppfølging av andre tjenester. Dette temaet følges i noen grad opp i kapittel 7, der vi ser på fastlegens grad av involvering i perioder der pasienten mottar et behandlingstilbud ved distriktpsykiatrisk senter.

Tilgjengeligheten vurderes som bra, men vi må ta høyde for at pasientinformantene ikke er helt representative for gruppen med alvorlige psykiske lidelser. Det er nok de friskeste og mest ressurssterke i denne gruppen som har valgt å stille til intervju. Som kommuneoverlegen i siste sitat påpeker, prioriterer gjerne allmennlegene andre ting enn de psykiske lidelsene, blant annet fordi det kan være ubehagelig og vanskelig.

Både fastlegene og pasientinformantene gir eksempler på ulike typer av fleksibel tilgjengelighet som i noen grad praktiseres. Det dreier seg om hjemmebesøk til personer som er så syke at de ikke kommer seg til fastlegen, eller som av andre grunner ikke møter opp til timeavtale. Ofte er det annen helsearbeider i kommunen som fanger opp at pasienten har behov for fastlege. Det kan være at fastlegen forsøker å unngå at pasienten havner på legevakten. Videre dreier det seg om å ringe opp personer som har forsøkt å få kontakt, og i svært spesielle tilfeller gi pasienter mobiltelefonnummeret sitt til kontakt ved krise.

Når det gjelder andre kommunale helsearbeidere påpeker de en viss bedring etter innføringen av fastlegeordningen, hovedsakelig fordi en har fått en fast adresse å henvende seg

til. For øvrig understreker disse informantene at fastlegenes tilbud til denne pasientgruppen varierer ut fra fastlegens involvering. Som nevnt er det gjerne den kommunale helsearbeideren som ser pasienten mest, og dermed også når sykdommen blomstrer opp. Noen uttrykker misnøye med fastlegens fleksibilitet i forhold til å agere i slike situasjoner, noe de mener medfører at for mange havner som akutte henvendelser på legevakten. I de tilfellene får man heller ikke benyttet seg i tilstrekkelig grad av den kunnskap fastlegen skulle ha ervervet som den ansvarlige medisinskfaglig koordinator over tid.

Årsaker til ulik tilgjengelighet kan ligge i ulik organisering av praksis, men også i legers prioriteringer. Dette poengteres av de fastlegeinformanter som også er kommuneoverleger, og sånn sett har et bredere blikk på allmennlegetjenesten. For øvrig dokumenterer Albums studie fra 1991 legers lave rangering av psykiske lidelser – en studie som er replisert med samme resultat i 2002.

I de tilfellene der det eksisterer dårlig tilgjengelighet til time er det nærliggende å tro at dette kan ha årsak i for lange lister, eller for arbeidskrevende lister. Som nevnt innledningsvis i dette kapitlet, viser forskning at det å ha lang ventetid ikke hadde klar sammenheng med lang liste (Hetlevik og Hunskår, 2004; Grytten, Skau, Sørensen og Aasland, 2004). Grytten et al. (2004) mener en forklaring kan være at leger med lange lister trolig har effektive rutiner for pasienthåndtering og pasientgjennomstrømning, uten at man går nærmere inn på hva dette konkret kan dreie seg om.

Det er vanskelig å peke på hva som bidrar til effektiv drift, samtidig som man ivaretar pasientene på en forsvarlig måte. Vi kan imidlertid tenke oss at visse typer fleksibilitet i forhold til pasientens behov for kontakt kan være rasjonelt. Denne studien viser noen eksempler på svært lange lister kombinert med effektiv drift i betydningen god pasientgjennomstrømning. Det som karakteriserte disse fastlegenes organisering av praksis var å ha få faste avtaler per dag, og dermed stor fleksibilitet i forhold til øyeblikkelig hjelp.

5 Fastlegens tidsbruk og oppmerksomhet i konsultasjonen

Et aspekt ved kvalitet i allmennlegetjenesten som er knyttet til tilgjengelighet er den tiden legen gir pasienten i konsultasjonen. Tilstrekkelig tid i konsultasjonen kan være et mer kritisk punkt for pasientene enn ventetiden for å komme til time. Standard konsultasjonstid hos fastlegen er 20 minutter.

I dette kapitlet skal vi se nærmere på denne pasientgruppen sine erfaringer i forhold til fastlegens tidsbruk og oppmerksomhet i konsultasjon? Hva forventer de? Hva betyr det for dem når legen signaliserer travelhet, og hva betyr det at legen tar seg tid? Hva er fastlegenes oppfatning av tidsbruk i forhold til denne pasientgruppen? Hvilke erfaringer har øvrige helsearbeidere i kommunen som jobber tett med denne pasientgruppen?

5.1 Studier om tidsbruk og relasjon

Pasientperspektiv

Hasvold (2000) viser sammenheng mellom lange konsultasjoner og høy pasienttilfredshet.

I en studie fra forsøksperioden konstateres signifikante forskjeller i pasienttilfredshet mellom tradisjonelle organisasjonsformer og fastlegepraksis (Kvamme, Sandvik og Hjortdahl, 2000), der pasientene i fastlegeordningen er mindre tilfreds med fastlegepraksis blant annet når det gjelder hvorvidt de får nok tid hos legen, medvirkning i behandling, og for ulike mål på tilgjengelighet.

Seinere studier som sammenligner før og etter innføring av ordningen, viser imidlertid økt pasienttilfredshet i forhold til en rekke mål på tilgjengelighet, medvirkning og tidsbruk. Lian og Wilsgaard (2004), viser blant annet at det i perioden 2000-2003 var en økt andel svært fornøyde pasienter, spesielt for forhold som angikk samhandling mellom lege og pasient: å bli møtt med tillit og respekt, mulighet til å få fortelle, og bli tatt med på råd, at legen tok hensyn til det som var viktig for pasienten, samt tidsbruk under konsultasjonen. Grytten, Skau og Carlsen (2004) sin undersøkelse av tilfredshet blant brukerne, viser moderat bedring når det gjelder fornøydhet med legebesøket og behandlingen.

I andre studier, der pasienter med en psykisk lidelse vurderer kvalitet på helsetjenester, er positive mellommenneskelige relasjoner vurdert som en nøkkelfaktor (Edwards, 2000). Dette finner man også i en gjennomgang av brukererfaringer blant voksne i det psykiske helsevernet i Norge (Andresen et al., 2004).

Legens relasjon til pasienten er en del av legens 'tause kunnskap' (tacit knowledge) (Andersson et al., 2002), og det er ikke selvsagt at profesjonsutøvere har et reflektert forhold til slik kunnskap (Schön 1991, Polanyi 1967). Allmennleger kan generelt ha en oppfatning av at de er flinke til å forstå pasientene, og vurdere sin egen relasjonskompetanse til å være høy (Doron et al., 2003).

Legeperspektiv

I en studie fra fastlegeevalueringen som undersøkte fastlegenes eget perspektiv på tidsbruk i konsultasjon, viser det seg at omlag halvparten synes de har nok tid til hver pasient, litt over en tredel av fastlegene kunne ønske seg litt mer tid, og 11 % kunne tenke seg å redusere tiden (Grytten, Skau, Sørensen og Aasland, 2004). Studien tar imidlertid ikke for seg hvordan fastlegens syn på tidsbruk er i forhold til ulike pasientgrupper.

For øvrig viser Grytten et al. sin studie at 23 % av fastlønnslegene i 1998 oppga at mer enn 50 % av konsultasjonene varte mer enn 20 minutter. I 2002 oppga 14,5 % det samme.

5.2 Pasientene om fastlegens tid og oppmerksomhet i konsultasjonen

Pasientene formidler veldig forskjellige erfaringer når det gjelder opplevelsen av om legen er interessert i deres situasjon. Mens de fleste pasientene beskriver en travel fastlege som de helst ikke bør belemre med tidkrevende problemer, beskriver noen hvordan de opplever at fastlegen lytter og er oppmerksom – at de tar seg tid til pasienten. Det er et klart inntrykk at dette ga stor uttelling i forhold til om pasienter er fornøyd.

5.2.1 Travle fastleger som ikke tar seg tid i konsultasjonen

Nesten halvparten av de 26 pasientinformantene uttrykker at de er misfornøyd med fastlegens oppmerksomhet i selve konsultasjonen. Inntrykket er at pasientenes bevissthet om at konsultasjonstiden er kort, styrer hva de bruker fastlegen til, hvilke spørsmål de tar med seg til fastlegen, og hva de forventer at fastlegen kan hjelpe dem med. Noen typiske eksempler fra pasientintervjuene:

'Han er så travel. Det er det negativ. Han har ikke tid. Jeg føler at jeg bare må bli ferdig med det så fort som mulig. Du kan ikke sitte der og snakke om alvorlige ting da. Det går for fort inne hos legen.' (Kvinne, 40 år)

'Legen er en hyggelig kar, men han er så travel. Han har ikke tid. Jeg føler bare at jeg må bli ferdig med det så fort som mulig.' (Mann, 65 år)

'Nei han har det travelt, så jeg sitter helt ute på stolkanten. Jeg har ofte med meg skrevet opp hva jeg skal si. Og så tenker jeg at jeg skal ikke snakke for mye, må skynde meg ut igjen.' (Kvinne, 48 år)

'Hun er bare opptatt av dataen sin når jeg er der. Det forstyrrer hele tiden. Hun hører ikke på meg.' (Kvinne, 32 år)

Pasientene legger merke til at legen arbeider under tidspress, og at de ikke er oppmerksomme, og dette gjør at de kvier seg for å ta opp ting som de vet kan komme til å ta litt tid. Mange av pasientene hadde også lave forventninger både til hva legen skal kunne om psykiske lidelser, og til deres relasjonskompetanse. Når det gjelder innholdet i konsultasjonen går vi mer systematisk inn på det neste kapittel, som omhandler kontinuitet.

Pasientene synes at den korte konsultasjonstiden ikke er tilstrekkelig til å ta opp spørsmål i forbindelse med de psykiske helseproblemene. Når tiden blir knapp, brukes den stort sett til å fornye resepter, be om henvisning til spesialisthelsetjeneste, be om sykemelding, eller til å få hjelp med fysiske plager. Så lenge en har et annet behandlingstilbud, kan dette være tilstrekkelig. I andre tilfeller kan en tenke seg at fastlegen bør bruke mer tid.

'Jeg har av og til fått mer enn de 15 minuttene de har, men uansett er det alt for lite. Jeg stoler mer på psykologen på DPS. Det har med kjemien å gjøre. DPS er et sted å gå og prate som føles trygt.' (Mann, 40 år)

Fastlegens "våpen" mot for kort konsultasjonstid er å tilby pasienten en dobbelttime. Noen gjør dette automatisk overfor de av sine pasienter med psykiske lidelser, som gjerne bruker lang tid. Fra intervjuene med pasientene får vi imidlertid ikke inntrykk av at dette er utbredt.

'En gang så har jeg forsøkt å bestille dobbelttime, og det var jo fordi jeg hadde mye jeg ville ta opp. Men så var de så forsinka, så jeg fikk ikke den fulle timen engang. Jeg ble bare skuffa.' (Kvinne, 36 år).

Det er bare et par av pasientinformantene som nevner at de får dobbelttime for å få tid til å snakke om sine psykiske problemer:

'Jeg får bestandig dobbelttime, eller at jeg får time sånn at for eksempel kvart på 12 for da har de pause fra tolv til ett, og da blir du sittende bestandig til kvart over tolv, halv ett, så jeg har bestandig veldig lang tid da, jeg får lirt ut av meg det som er problemet da' (Mann, 57 år).

Denne pasienten har god tid til å få snakke om sine psykiske problemer. Det er nok også den pasienten blant de som ble intervjuet som er mest fornøyd med sin fastlege. Ved å legge inn dobbelttime får fastlegen også en annen rolle enn tilfellet er i ordinær konsultasjon. Når resepten er fornyet, og eventuelle somatiske plager vurdert, og det fremdeles er god tid igjen, er det i større grad opp til pasienten å definere innholdet.

5.3 Fastlegene om tidsbruk i konsultasjonen

Hvor mye tid fastlegen bruker på pasienten i konsultasjon, styres av de takster og egenandeler som til enhver tid gjelder. Når egenandelene økes, kuttet samtidig takster for lengre konsultasjoner. En av informantene understreker viktigheten av takster som gir anledning til å følge opp:

'Takstene er viktig for å styre dette, for anledningen til å følge dem opp, og å legge tilrette for å delta i samarbeid.'

Økonomisk kan pasienter med sammensatte problemer og psykiske lidelser oppleves som et "tapsprosjekt", ettersom betalingen faller kraftig for tidsbruk ut over 20 minutter (artikler i Dagens Næringsliv, 23/24 juni 2005). Selv om vi i liten grad var inne på temaet takster i forhold til tidsbruk blant de 20 fastlegene i vårt materiale, kommer det klart fram at de fleste kjenner på tidspresset. Likevel er det få som antyder at dette går ut over gruppen med psykiske lidelser. Det som gjerne gjøres, er å legge inn dobbeltimer for de pasientene som man vet bruker lang tid:

'...litt avhengig av sånn som jeg vurderer behovene deres, så setter jeg opp regelmessige timer, og setter av dobbeltimer, eventuelt på slutten av dagen, så jeg har mer ro og mer tid. Og det kan være, hvis det er noen som er alvorlig deprimeret for eksempel, så kan jo det være ukjentlig, eller hvis det er noe en velger å bruke tid på, snakke om, og gå inn på kanskje en gang i måneden. Jeg har noen sånne som kommer regelmessig for samtaler, og da er det satt av dobbeltimer da, så da har vi i alle fall en 40-45 minutter.'

Det er uklart hvor utbredt bruken av dobbeltimer i forhold til denne pasientgruppen er. Det er klart at det begrenser seg i hvor stor grad fastlegen kan praktisere dobbeltimer, når man samtidig skal unngå lang ventetid på time. Det vil være en avveining i forhold til antall pasienter det dreier seg om.

Innholdet i konsultasjonen vil påvirkes av den tiden man har til disposisjon. I de tilfellene der fastlegen setter av dobbelttime, kan man tenke seg at innholdet i konsultasjonen ikke er avgrenset til det rent somatiske og medisinskfaglige. For øvrig, når det gjelder tid brukt i konsultasjon, reflekterer følgende fastlege om hva som er "god tid":

'Veldig mange får jo mye mer enn de tjue minuttene, og jeg spiser sjelden lunsj mer enn ti minutter. Så jeg tror de får nok. Men det er også et munnhell at de får ikke tid no. Hva er 'nok tid' da? Legen har begrenset tid. (..). Og hvis de trenger terapi, så må man jobbe under andre rammer. Da må andre inn. Men jeg tror det er vel så viktig at du er der når det brenner'.

Informanten er klar på at det trengs andre tidsrammer i et terapiopplegg, men at det er andre som skal gjøre denne jobben. Vi skal imidlertid se at det varierer mye hvilket innhold fastlegen legger i sin praksis (jfr. kapittel 5).

5.4 Kommunale helsearbeidere om fastlegenes tidsbruk og oppmerksomhet

Ikke alle fastleger praktiserer dobbeltimer i konsultasjon, og når legen bruker kort tid er den kommunale helsearbeidere gjerne kritisk til dette:

'.. jeg mener at tiden på legesentrene er for dårlig i forhold til langtidssyke, helt klart. Det er for mange 'fem minutts timer'. Det tenker jeg at det har nesten ingen av mine pasienter behov for, 5 minutt.'

'Noen brukere klager jo på at de får for lite tid der inne (hos fastlegen). Det er 10 minutter - kvarter. De sitter og skriver journal samtidig, og det er jo noe med doktorrollen som de ikke liker så godt. Så de føler jo at de blir avspist, de kunne tenkt seg lenger tid. Det er dårlig signal, når de først er der.'

'Når først pasienten får time til behandling så blir det jo lett at det skal gå veldig kjapt. Og jeg råder ofte pasientene, eller de jeg har kontakt med om å bestille gjerne en dobbelttime, så får du i alle fall sagt det du har og gjerne forbrede deg litt på forhånd, notere så du føler at du får med deg alt du ønsker å si.'

De kommunale helsearbeiderne er kritiske til tidsbruk generelt hos fastlegen. Når det gjelder muligheten å be om dobbelttime sier også en av de psykiatriske sykepleierne at hennes inntrykk er at dette gjøres motvillig av fastlegene. De kommunale helsearbeiderne har for øvrig et godt grunnlag til å uttale seg på. Det er gjerne de som har mest kontakt med pasienten, og det er gjerne overfor dem at pasienten gir uttrykk for sin frustrasjon. Det kan være de som har skaffet pasienten time, og i noen tilfeller følger de også pasienten.

5.5 Oppsummering og diskusjon

Mens tilgjengeligheten både til ordinær time og øyeblikkelig hjelp stort sett vurderes som bra av de ulike aktørgruppene, er mange pasienter kritisk til legens tidsbruk og oppmerksomhet i konsultasjonen. Også andre kommunale helsearbeidere uttaler seg kritisk til legens tidsbruk overfor denne pasientgruppen. Pasientene har imidlertid veldig ulike erfaringer i forhold til legens involvering i deres psykiske sykdom. Mens mange opplever at en time hos fastlegen ikke innbyr til å gå inn på mer tidkrevende problematikk, beskriver noen hvordan deres fastlegen lytter og er oppmerksom, og tar seg tid. Når fastlegen tar seg tid, er det et klart inntrykk at dette gir stor uttelling i forhold til om pasienter er fornøyd. Det handler i stor grad om hvorvidt fastlegen tar seg tid til å gå inn på de psykiske problemene til pasienten.

Det er i stor grad takster og egenandeler som styrer fastlegens tidsbruk. En del fastleger bruker dobbeltimer overfor pasienter de vet trenger det. Dette gir en mulighet til å gå inn på de psykiske problemene. Andre er fleksible, og går stadig over den tilmålte tida.

Intervjuene viser at relasjonskompetansen kan være viktigere for pasientene enn den medisinskfaglige kompetansen. I de tilfellene der pasientene vurderer fastlegens tilbud som godt, er det i de tilfellene der legen er interessert og kommuniserer godt.

Mens tilgjengelighet i form av ventetider kan forstås som et systemproblem, kan tilgangen til legens oppmerksomhet også forstås som et kompetanseproblem. En forventning om at legen må være oppmerksom mot pasienten i konsultasjonen, utfordrer legens relasjonskompetanse like så mye som legens medisinskfaglige kompetanse. Den medisinskfaglige kompetansen er fundert i den teoretiske kunnskapen som legen har om sykdom og behandling, og denne vil være styrende for hva slags type behandling legen foreslår. Relasjonskompetanse dreier seg om den praktiske utøvelsen av den medisinske (teoretiske) kunn-

skapen. Det dreier seg om hvordan legen praktiserer sitt fag i forholdet til pasienten. Kommunikasjonen mellom lege og pasient blir en avgjørende faktor.

Hvorvidt fastlegenes travelhet i konsultasjon er kritikkverdig eller ei, avhenger av hvilken rolle man kan forvente at fastlegen skal ha vedrørende de psykiske problemene. Det er imidlertid mye som tyder på at allmennlegens rolle i forhold til å behandle psykiske problemer aktualiseres. Hvis fastlegeordningen skal tilfredsstille denne pasientgruppen, er tidsbruk i konsultasjon en indikasjon på at en ikke er i stand til å oppfylle forventningene om et pasientrettet tilbud for denne gruppen.

Vi skal se mer på innholdet i konsultasjonen i neste kapittel om kontinuitet, og vi skal drøfte fastlegens rolle mer inngående i siste kapitlet.

6 Fastlegens oppfølging (lege-pasient-kontinuitet)

Fastlegeordningen skulle knytte et tettere bånd mellom lege og pasient, og gi mer forpliktende legetjeneste gjennom en bedre og tettere oppfølging.

Vi forstår kontinuitet som henholdsvis lege-pasient-kontinuitet, og som det som kan kalles organisasjonskontinuitet. Med lege-pasient-kontinuitet refereres til varighet, omfang og innhold fastlegens oppfølging av pasienten. Med organisasjonskontinuitet mener vi den samhandling mellom fastlege og øvrige helsetjenester som kreves for å oppnå et optimalt tilbud for pasienten – et tema som tas opp i kapitlet om samarbeid mellom fastlegen og øvrige helsetjenester i kapittel 6.

I dette kapitlet stilles følgende spørsmål: Hva betyr det for pasienten å ha den samme legen over lang tid? Hvilke forhold har betydning for skifte av fastlege? Hva er omfanget av kontakt mellom denne pasientgruppen og fastlegen? Hva er innholdet i fastlegens tilbud til denne pasientgruppen? I hvilken grad tar fastlegen seg av den psykiske helsen?

6.1 Studier av lege-pasient-kontinuitet

Varighet, omfang og innhold i kontakten mellom pasient og lege er indikatorer for kontinuitet, definert i fastlegeordningen (Helse og omsorgsdepartementet, 2004). Legeforeningen legger vekt på at den medisinskfaglige kunnskapen om den enkelte pasient kan samles, bygges og gjenfinnes hos en bestemt allmennlege, og at fastlegeordningen synliggjør hvilken allmennlege som skal være med i ansvarsgrupper rundt pasienten (Den Norske Lægeforening, 2004).

Pasientperspektiv

Tettere bånd mellom lege og pasient skal sikre bedre kontinuitet, slik at også mennesker med psykiske lidelser får bedre hjelp enn tilfelle var før fastlegeordningen (Rundskriv I-4/99).

Man antar at det er et gode med stabilitet, men er det slik at pasienter med psykiske lidelser foretrekker en fast lege? Hjortdahl (1992) viser at personer med psykiske og sosiale diagnoser i større grad enn andre pasienter hadde en fast lege (før fastlegeordningen inntrådte). I evaluering av fastlegeforsøket framgår det at personer med psykiske lidelser beskriver perioder (før forsøksperioden) med leting etter en lege som trodde dem, og som de fikk tillit til (Heen et al., 1996, s.68). Logikken er at fast lege er bra, forutsatt at det er en god lege.

I studien som omhandler personer med store legebehov, konkluderer Dahle og Skilbrei (2003) at pasientinformantene var vel så opptatt av å vurdere legen kritisk, og overveie legebytte, som å verdsette kontinuiteten (s.67). Rapporten konkluderer mrd at kvinner med fibromyalgi har høyere 'bytteberedskap' enn menn med hjerte/lungesykdommer, noe forfatterne mener reflekterer både kjønn, klasse og de ulike sykdommenes status. På den annen side syntes kontinuitet å føre til mer kunnskap og bevissthet omkring egen sykdom, noe som igjen førte til økte krav til fastlegen. Det er imidlertid sannsynlig at denne pasient-

gruppen er mer ressurssterk enn det som er tilfelle for personer med en alvorlig psykisk lidelse.

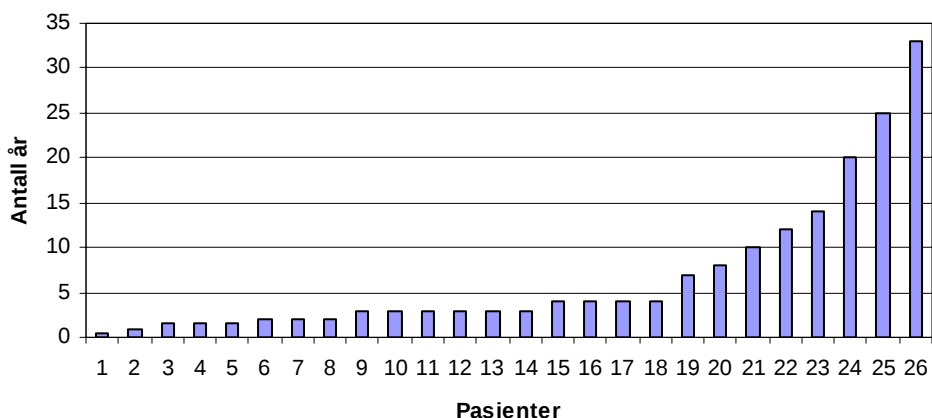
Legeperspektiv

Når det gjelder fastlegenes holdning til kontinuitet, viser en studie at de mener det er lettere å gjøre en bedre medisinsk jobb når praksisen har en høy andel faste pasienter (Grytten, Skau, Sørensen og Aasland, 2004). Studie viser videre at omlag halvparten av fastlegene mener at listepasientsystemet verken ga bedre innsikt i pasientenes medisinske behov, eller at den medisinske behandlingen ble mer effektiv. Videre at leger med få av sine listepasienter som faste pasienter i praksisen før reformen, oppgir at de fikk bedre innsikt i pasientenes medisinske behov, og at behandlingen ble mer effektiv ved innføringen av fastlegeordningen, noe de mener i noe større grad gjelder for kronisk syke pasienter enn for andre pasientgrupper.

6.2 Pasientene om fastlegens oppfølging

Tabellen under viser hvor mange år den enkelte av de 26 informantene har hatt sin nåværende fastlege.

Figur 6.1 Antall år den enkelte pasient i undersøkelsen har hatt sin nåværende fastlege (N=26).



Av de 26 pasientinformantene, har 12 stykker hatt sin fastlege lengre enn 4 år, og dermed også før innføring av fastlegeordningen. Tre av disse har hatt fastlegen i over tjue år. De øvrige har hatt samme fastlege i mindre enn 4 år.

Noen få fikk tildelt ny lege da fastlegeordningen startet, mens andre har fått ny lege fordi de selv eller legen har flyttet.

6.2.1 Skifte av fastlege

Kontinuitet i betydningen å ha samme fastlege over lang tid er i hovedsak viktig for pasientene, forutsatt at kontakten er god. Åtte av de 26 informantene har skiftet lege etter fastlegeordningen ble etablert. Fem av disse på bakgrunn av at de ikke er fornøyd med legen, eller snarere med relasjonen de hadde til legen. I tillegg ønsker ytterligere seks av informantene å skifte lege, hovedsakelig fordi de er misfornøyd med relasjonen til legen, eller mener de ikke får tilstrekkelig hjelp.

Misnøye med relasjonen til legen er ikke tilstrekkelig for at man skifter lege så lenge man ikke kjenner andre leger som er tilgjengelige, og dermed er usikre på om et skifte av fastlege vil gi dem en bedre legetjeneste. Enkelte pasienter gir uttrykk for at det er et gode i seg selv å kjenne fastlegen, mens det å etablere en ny relasjon er krevende:

'Det er så slitsomt å forholde seg til ny lege hele tiden, altså det krever energi, du utleverer deg. Hvis du da får et tillitsforhold til legen din så er det det beste.' (mann, 38 år)

En annen fordel med å holde seg til en lege er dessuten at man etter hvert er kjent ved legekontoret, noe som gir trygghet for å bli forstått:

'De damene som jobber der har jobbet der lenge, så hvis jeg ringer så skjønner de at nå er det noe galt så nå må vi bare ta han inn. Og hvis ikke legen min er der så får jeg en av de andre, og det har gått bra.' (mann, 57 år)

For øvrig kan misnøye med fastlegen også føre til økt bruk av legevakt:

'Det fungerer ikke. Hun er ikke interessert i de psykiske problemene mine i det hele tatt. Jeg går der bare når jeg må fornye resepten. Ellers bruker jeg legevakten.' (kvinne, 36 år)

At fem av 26 pasienter har byttet fastlege på grunn av misnøye med legen, og at ytterligere 6 pasienter overveier bytte, kan tyde på en over gjennomsnittet høy bytteberedskap hos denne pasientgruppen. Det er imidlertid nærliggende å tro at pasientinformantene i vår undersøkelse er mer offensiv og ressurssterk enn det som er vanlig i denne gruppen.

6.2.2 En pårørende sin erfaring

På den ene siden kan fastlegeordningen bidra til trygghet i de tilfellene der man har skaffet seg en lege man er fornøyd med. Dersom man ikke har funnet "riktig" lege byr ordningen derimot på begrensninger i forhold til å oppnå dette.

Den pårørende er en kvinne som har en psykisk syk mann. De bor i et område med stor utskifting av leger. For flere år siden, da problemene startet, hadde familien en fast lege som hele familien brukte, og som kjente familien godt. Så slutten han, og de fikk en ny lege. Denne legen pendlet til og fra større by i nærheten. Sluttet etter et halvt år. Nå har de fått en ny lege som er utenlands. Mannen hennes har vært der en gang, men orker ikke å begynne på nytt med å fortelle historien sin. Legen har problemer med å forstå dialekten deres. Dermed har han nå bare kontakten med sykehuset, der han mottar behandling. Hun sier det slik at det blir vel ingen annen råd enn å dra til fastlegen, dersom det skulle oppstå noe ekstra, utenom de timene de har på sykehuset.

6.2.3 Pasientene om omfang av kontakt med fastlegen

I underkant av halvparten av de 26 pasientene har faste, og ofte hyppige konsultasjoner hos fastlegen, for eksempel en gang i måneden. I tillegg har en del pasienter avtale med fastlegen om at de tar kontakt når de har behov for det. De fleste virker fornøyd med dette.

Når det gjelder gruppen med en alvorlig psykisk lidelse, vil det generelt være stor sannsynlighet for at disse har, eller har hatt kontakt med spesialisthelsetjenesten og/ eller andre kommunale helsetjenester.

I tillegg til at de har en fastlege, har de aller fleste i vår informantgruppe oppfølging av andre helsetjenester. Det dreier seg om poliklinisk behandling i spesialisthelsetjenesten, dagtilbud eller kontakt med psykiatrisk sykepleier i kommunen og lignende.

I perioder der pasienten er under behandling av spesialisthelsetjenesten, overføres fastlegens medisinsk faglige ansvar (Fastlegeforskriftens §7) til institusjonen (Fastlegeforskriftens

§8). Man kan tenke seg at en jevnlig kontakt med annen kommunal helsetjeneste, eller et dagsentertilbud, gjør at man har mindre kontakt med fastlegen.

6.2.4 Pasientene om innholdet i fastlegens oppfølging

Når det gjelder *innholdet* i fastlegens oppfølging, forteller pasientene i hovedsak at fastlegen deres følger bra opp når det gjelder somatiske helseproblemer, og stort sett også når det gjelder medisinsk oppfølging i forhold til den psykiske lidelsen. Det er imidlertid få som opplever at fastlegen tar tak i de psykiske problemene. I de tilfellene der pasienten mottar behandling eller oppfølging i annen helsetjeneste, oppleves ikke dette som noe problem:

Jeg har samtaler med en psykiatrisk sykepleier (...). Det fungerer fint. Det er fast to ganger i uka, og ellers hvis jeg trenger det. Hun er kontaktsykepleier for meg. (kvinne, 40 år)

'Fastlegen kan ikke gi god hjelp til psykiske problemer. Det har de ikke tid til. Fastlegen kan bare skrive ut medisiner og sykmelde. Det er det jeg bruker fastlegen til. Men jeg går til en psykiater på (...). det er jeg gjort i 3-4 år.' (mann, 34 år)

For disse informantene er det psykiatrisk sykepleier og psykiater som representerer kontinuitet i forhold til den psykiske lidelsen. Fastlegens rolle blir underordnet i den sammenheng.

Andre pasienter forteller imidlertid om fastleger som i mye større grad forholder seg til, og følger opp de psykiske problemene:

'Han hjelper meg med mye. Jeg kan snakke med han. Han spør hvordan det går og sånn. Han forstår det med psykisk sykdom ganske godt etter hvert. Og så tok han en gjennomgang av medisinene mine (...). Jeg går til fastlegen for de psykiske problemene. Får samtale. Første gang jeg var hos han så rettet han opp medisinene mine. Det synes jeg var bra.' (kvinne, 60 år)

Vi finner svært ulike forventninger til fastlegen blant pasientinformantene, om deres rolle involverer noe mer enn å følge opp somatiske plager og medisinerings:

'Fastlegen er ikke interessert i samtaler. Jeg vet ikke riktig hva det er med henne. Hun er hyggelig, men hun har ikke satt seg inn i min situasjon. Jeg tror ikke en gang hun har lest journalen min. Hun vet ikke hva den gamle legen min gjorde. Hun har for eksempel aldri spurt meg om medisinene jeg bruker. Jeg har brukt stesolid lenge. Det var den gamle legen min som ordnet det. Den nye har bare fortsatt å fornye resepten. Hun har aldri spurt meg om hvordan tablettene virker, eller om jeg har noen bivirkninger. Jeg har jo bivirkninger, jeg vet jo det for jeg har brukt dem i mange år. Men jeg synes at fastlegen kunne har spurt i det minste. Hun har aldri spurt hvordan jeg har det. Ingen ting... Selv om fastlegen ikke kan så mye om psykiske problemer, så kan de jo lese journalene. Der står jo alt om mine problemer. Hun kunne jo sette seg inn i saken.' (Kvinne, 36 år)

'Nei, jeg har ingen alvorlige samtaler med fastlegen. Ikke om de psykiske problemene. Det forventer jeg heller ikke. Jeg går ikke til han med det. Han kan vel ikke hjelpe meg med det?' (kvinne, 40 år)

En annen av informantene resonnerer som følger omkring hva man kan forvente av oppfølging av fastlegen, og synes å komme til en konklusjon:

'Jeg er i tvil om hva jeg kan forvente av fastlegen når det gjelder oppfølging. Jeg tror vel egentlig ikke at jeg kan forvente noe. Jeg vet ikke hva jeg kan forvente meg framover i det hele tatt. Skal jeg regne med stadige 20 minutters konsultasjoner? Skal jeg regne med å gå på medisiner livet ut? Fastlegen har ikke mye nytt å komme med. Jeg tror heller at DPS'en kan hjelpe meg med dette. Nå har jeg tilbud om psykoterapi og jeg satser på at det skal løse problemene mine. Jeg må finne ut hva som er årsaken, og det kan ikke fastlegen hjelpe meg med. Fastlegen kan heller ta seg av andre ting.' (Mann, 31 år)

Flere av pasientene har imidlertid klare formeninger om hva fastlegen *kunne* ha bidratt med:

'En god fastlege er en person som lytter, og som hører på deg. Jeg har opplevd det hos min egen lege også, at når du kommer inn hos legen så ser han ikke på deg, han ser på tastaturet. Det er negativt. Men en god fastlege er en person som tar deg på alvor, men samtidig sier at: 'nå må du gjøre noe. Jeg kan ikke bare gi deg medisin for at du skal løse dine problemer'. Altså, det er et forhold mellom lege og pasient. Det er faktisk en tillitserklæring mellom de to personene om at nå skal vi gjøre noe for å bedre din egen livskvalitet og egen livssituasjon' (Mann, 38 år).

Alle de fire siste informantene sine uttalelser tyder på uklarhet vedrørende hva de kan forvente av fastlegen. Selv om man kan vise til at det er det medisinsk-faglige ansvaret som fastlegen helt eksplisitt skal forholde seg til (for eksempel ifølge fastlegeforskriften), ser vi samtidig at en del fastleger gjør mye mer ut av sin rolle. Pasienter har gjerne hatt andre fastleger tidligere som i større grad involverte seg i de psykiske problemene, eller de hører om andre som opplever dette. I siste sitat over sier pasientinformanten at han er i tvil om hva han skal forvente. Han resonnerer seg imidlertid fram til at DPS kan hjelpe han med de psykiske problemene, og fastlegen kan ta seg av "andre ting". Ut fra denne studien, får vi et klart inntrykk av at innholdet i det kontinuerlige lege-pasient-forholdet er den store utfordringen, og at det fortsatt gjenstår mye.

6.3 To pårørende om fastlegens oppfølging

Pårørende kan være viktige i forhold til å opprettholde kontinuitet. Ofte er det de som oppdager sykdom eller endring i sykdomsbildet, og ofte er det de som sørger for at deres slektning får nødvendig hjelp, og møter til timeavtaler. Samarbeid med pårørende kan være nyttig for fastlegen eller andre aktuelle tjenester, og det kan være godt for den pårørende å bli involvert. Dersom personen er myndig, må imidlertid pasienten selv godkjenne at taushetsplikten oppheves i forhold til den pårørende. I de følgende tre pårørendehistoriene har alle strevd med å få fastlege eller andre helsetjenester til å følge opp sine voksne barn.

En annen mor med en datter på 43 som har vært psykisk syk siden ungdommen, ønsker også større involvering fra fastlegen. Fastlegen er ikke involvert, datteren blir "skrevet ut til mor og far". Hun mener fastlegen bør ta en aktiv rolle både for det psykiske, men spesielt for den fysiske helsen. Foreldrene har tatt initiativ til at datteren skulle få en ansvarsgruppe. Det ble laget individuell plan for henne, med psykiater, psykiatrisk sykepleier fra sykehuset og bydelen, fastlegen og moren. Det har ikke skjedd noe etterpå. Moren venter ennå på innkalling.

I et annet tilfelle er en mor til en sønn på 37 år frustrert fordi hun har strevd med å få fastlegen til å følge opp sønnen. Sønnen har et tilbud på DPS. Han har sett fastlegen to ganger i løpet av tre år. I denne perioden har han hatt to psykoser og fått diagnosen schizofreni. Fastlegen er ikke involvert bortsett fra at han ordner med papirer for medisinene når de skal på ferie til utlandet. Moren tror at fastlegen tenker at dette tar DPS seg av – at de tar ansvaret, og samarbeider ikke med noen andre.

6.4 Fastlegene om omfang og innhold i oppfølgingen av pasientene

Fastlegene bekrefter pasientenes beskrivelse av oppfølging: at det varierer hvor hyppig, og hvor regulert kontakt som eksisterer, og ikke minst at innholdet i fastlegens tilbud varierer mye.

6.4.1 Fastlegene om omfang/hyppighet av kontakt

Det er både jevnlig og mer tilfeldig oppfølging i regi av fastlegen. Følgende uttalelse er typisk i så måte:

'Begge deler. Noen kommer ved å selv ta kontakt. Andre kommer regelmessig hvor vi liksom gjør en avtale. Når de har vært hos meg, får de ny time om en måned, om tre måneder, noen et halvt år eller om et år. Og med beskjed om å ta kontakt hvis noe endrer seg.'

Det går ikke fram av intervjuene at det eksisterer noen føringer eller retningslinjer for når det er viktig med jevnlig kontakt, og når dette ikke er påkrevd. For eksempel kan en tenke seg at det for pasienter uten annet hjelpetilbud, enten i spesialisthelsetjenesten eller i kommunen, vil være nyttig med jevnlig oppfølging som et sikkerhetsnett i forhold til å avdekke endringer i den psykiske helsetilstanden. I noen tilfeller burde noen i helsetjenesten ha en mer aktiv og oppsøkende rolle for å sikre at ikke følgende skjer:

'Noen av dem har jeg jo veldig tett kontakt med, så de klarer seg greit i konkurransen med de andre. Noen ser jeg nesten aldri, men det er det ingen andre som gjør heller. Jeg har noen som nesten ikke er utenfor døra si. Som vi liksom bare vet om nesten, som har vært hos meg bare to, tre ganger.'

At det fins personer med alvorlige psykiske lidelser som ikke ivaretas av noe helsetjenestetilbud må selvsagt unngås. Flere av fastlegene viser til problemet som fra tid til annen oppstår i forhold til oppfølging av pasienten, nemlig at pasienten ikke dukker opp til time, og eventuelt ikke ser eget behov for å gå til lege. Følgende fastlege og kommunelege beskriver hvordan manglende oppfølging til slutt kan ende i krise:

'(...) folk har symptomer, og så vil de ikke gå til doktor, men det er jo ikke legene som sier at de ikke får lov til å komme. Det er ofte pasientene selv som ikke ser at de er syke, og som dropper ut av medisinen – og så bygger det seg opp over tid. Pårørende drøyer og drøyer, og til slutt så gir de opp, (..) og så blir det plutselig en krise, og da sprekker det for alle på en gang, og da blir det ofte legevakten, og det er nok da pasienter som kommer til doktoren og det ser vi på psykotiske pasienter at de kan hente seg inn, og når de kommer til doktoren så mobiliserer de alle de kreftene de har for å opptre høflig, og kan skyve vekk vrangforestillinger og sånn (..), også sitter pårørende igjen med en gedigen skuffelse fordi det var ikke det de forventet (...) også kan det gå en eller to dager til, og så sprekker det. Og det ser vi stadig'

Hvem skal representere et "sikkerhetsnett" for å unngå at slike kriser oppstår? Fastlegen er en ansvarlig adresse, og ansvaret i slike tilfeller handler gjerne om å få henvist pasienten til behandling i spesialisthelsetjenesten. Imidlertid må fastlegene forholde seg til dårlig tilgjengelighet, samt det de oppfatter som "siling" i spesialisthelsetjenesten, og at de dermed sitter igjen med vanskelige personlighetsforstyrrelser. Det er sjelden at fastlegen driver oppsøkende virksomhet. Det er det oftest andre i det kommunale helsetjenestetilbudet som gjør, noe som fastlegen for øvrig setter stor pris på:

'(...) problemet kan være at hvis de er så dårlige at de ikke tar kontakt, så kan det være at vi ikke fanger dem opp. Vi følger dem ikke hele tiden. (...) Hvis vi tenker på de som har hatt psykoser og alvorlige psykiske lidelser da så er vi på en måte, føler

oss trygg på at de er der, også gir de beskjed (fra hjemmesykepleier eller psykiatrisk sykepleier i kommunen) hvis de ikke er der lenger. Da får vi beskjed'

I dette tilfellet stoler fastlegen fullt på at øvrig kommunehelsetjeneste representerer et "sikkerhetsnett", slik at pasienten alltid fanges opp ved behov for hjelp.

6.4.2 Fastlegene om innholdet oppfølgingen

Intervjuene med fastlegene gir et klart inntrykk av at det er relativt utbredt å tilby noe mer enn det som tradisjonelt ligger i den rent medisinskfaglige rollen. I analyse av om fastlegeinformantene har en "utvidet" rolle, har vi sett etter hvorvidt mer terapilignende samtaler praktiseres. Videre kan det være snakk om rådgivning, eller det å være spesielt fleksibel i forhold til denne gruppen. Rundt halvparten av de 20 fastlegene oppgir at de gjør noe av dette. Tre fastleger oppgir at de tilbyr kognitiv terapi.

En av fastlegene, som også er bydelsoverlege, antyder at det har skjedd en utvikling i forhold til fastlegens ansvar for psykisk syke:

'Noen pasienter bruker fastlegen som behandler - og dette fungerer, mens andre ikke gjør det. Nå er det blitt slik at mange fastleger føler ansvar for disse pasientene. '

Denne bydelsoverlegen ble intervjuet sammen med psykiatrikoordinator i bydelen, som supplerte bydelsoverlegen på dette tema:

'Når jeg tenker litt tilbake så tror jeg at det har blitt bedre i det siste. Det er blitt bedre nå enn før. Ansvar er annerledes. Det er skjedd noe. '

Av de som oppgir at de har samtaler med pasienten (utover vanlig lege-pasient dialog), oppgir tre fastleger blant våre informanter at de tilbyr kognitiv terapi til sine pasienter. Fastlegene har videreutdanning i kognitiv terapi³ som tilbys enkelte steder i landet.

'Klart at de er jo jeg nødt til å følge opp tett, både medikamentelt, og hvis det er aktuelt med samtaler sånn at de har et sted å gå og få en slags behandling. (...) drive behandling da ut fra mine forutsetninger. Jeg har jo mange kollegaer som er blitt ganske gode på kognitiv terapi og det arrangeres kurs i kognitiv terapi for allmennpraktikere, og jeg og mange andre har jo gått sånne kurs. Så i noen grad så kan vi jo gå inn på, hvis vi kan kalle det avanserte behandlingsmetoder da. (...) det tar tid, men det finner vi tid til altså. Vi har ikke noe valg heller egentlig. For i den grad de ikke får noe tilbud fra andrelinjetjenesten så må jo vi gi dem et tilbud.'

Også følgende lege, som også praktiserer kognitiv terapi, er opptatt av at de må tilby noe utover det rent medisinskfaglige, i perioder der pasienten ikke har behandling i spesialisthelsetjenesten. Han beskriver hvilken oppfølging har gir i forhold til to pasienter i denne kategorien – en som var veldig deprimert, og en med alvorlig angst:

'(...) han første som var veldig deprimert, han fikk ikke noe tilbud, og vi måtte prøve å behandle han her (legekontoret) med medisiner, og det jeg kan av sånn kognitiv behandling selv. Jeg fikk henvist han til en privatpraktiserende psykiater. Det var lang tid og vente. Han hadde vært der en til to ganger, men ble likevel dårligere, og ble lagt inn på psykiatrisk sykehus, helt unødvendig, synes jeg. Kunne gått an og kanskje fått det litt raskere slik at man slapp alt det der. Da kunne man kanskje gjort det litt bedre for pasienten.'

³ 'Kognitiv terapi er en relativt kortvarig behandlingsform for mange psykiske lidelser. Mange allmennpraktikere har tatt opp denne problemorienterte behandlingsformen, som forsøker å hjelpe pasientene til å identifisere og modifisere dysfunksjonelle tanker, forestillinger og handlinger. Psykoedukativ behandling, der undervisning om sykdommene og årsaksforhold overfor både pasienter og pårørende, har en viktig plass i kognitiv terapi' (Hunskår et al., 2003).

Den andre pasienten, en alvorlig angstpasient som har vært i poliklinisk gruppebehandling i DPS, og som fikk for kort behandling, ble da dårligere og etter hvert rehenvist, og vente og vente og vente og vente.... (...)han blir dårligere og dårligere. Vi prøver med det vi kan av medisiner og sånn psykoterapi. Det er flere sånne eksempler... at vi prøver så godt vi kan da, og så er det ikke godt nok da. Det er for dårlig tid, og noen ganger så må det være gruppebehandling, og det må eksponeringstrening og aktivitetsøkning, og mange ting som må følges opp litt nærmere enn bare å sitte her på kontoret da.'

Denne fastlegen prøver å behandle sine pasienter med kognitiv terapi, men er frustrert over at rammene på et legekontor gjør at det ikke alltid lykkes å få dette til. Når mange leger velger å ikke gå dypt inn i de psykologiske problemene, handler det nok ikke bare om manglende kompetanse, at de ikke ønsker det, at de tradisjonelt ikke har gjort det, eller at den medisinsk-faglige rollen tilsier at de ikke skal gjøre det. Som vi var inne på i forrige kapittel, kreves først og fremst tid til å gjøre det. De legene som setter opp dobbelttimer, legger samtidig opp til at pasienten skal få anledning til å fortelle om sine psykiske problemer. Spørsmålet er i hvilken grad fastlegen har anledning til å legge opp til dobbelttimer. For øvrig kan det tenkes at det kan komme noe godt ut av det innenfor rammen av 20 minutter også, for eksempel der det allerede fins en god relasjon mellom lege og pasient.

6.5 Øvrige helsetjenester om fastlegens oppfølging

Når det gjelder øvrig kommunehelsetjeneste bekrefter informantene derfra inntrykket av stor variasjon mellom fastleger. Dette gjelder både i forhold til fastlegens omfang av kontakt med denne pasientgruppen, og hvilket innhold tilbudet har:

'Noen har veldig god oppfølging, regelmessig, og med kontinuitet, og de ser pasientene sine regelmessig. Enkelte har ikke den her... la oss si at de kalles inn til en samtale hver tredje måned eller sånn, det har de ikke. Mange fastleger stoler nok veldig på at vi i primærhelsetjenesten, at vi ser dem og liksom følger det her. Mens andre leger tror jeg har en rutine på at de ser dem og følger dem veldig tett opp. Jeg har enkelte fastleger som ser pasienten sin hver 14 dag, i perioder når ting butter. Og jeg har fastleger som jeg har pasienter felles med, sånn at jeg har pasienten en gang i uken til meg og en gang til primærlegen. Og jeg har fastleger som jeg har samarbeid med fast hjemmebesøk en gang i måneden hjemme hos pasienten og i begynnelsen så begynte vi med hver 14 dag, hvor vi var sammen, sånn at det er veldig forskjellig.'

'(...) jeg trodde jo fastlegeordningen skulle knytte hver enkelt bruker tettere opp mot de som var medisinsk ansvarlig. Det virker vel sånn, i alle fall i de tilfellene som vi har vært borte i, at det ikke er på plass riktig enda. Det har kanskje noe med arbeidspress å gjøre hos fastlegene.'

Også informantene i spesialisthelsetjenesten bekrefter inntrykket om stor variasjon i forhold til hva fastlegene legger i sitt tilbud, når det gjelder omfang og innhold:

'Veldig individuelt. Jeg kan faktisk ikke si noe om det. Jeg bruker alltid å spørre (pasienten) om de har god kontakt med legen sin, for vi vet det er så viktig, både i påvente av å få behandling her, og oppfølging ellers også, og da spør jeg også for min egen del (...) Men det er et bredt spekter av svar jeg får, altså. Jeg kan ikke skjønne annet enn at det dreier seg om den enkelte lege, og deres interesse for pasienter med, ja pasienter generelt kanskje, hva vet jeg. Jeg kan nevne ti leger jeg som jeg synes virker utrolig flinke til å følge opp pasientene sine, i alle fall de jeg har snakket med, også kan jeg like glatt nevne ti som jeg synes, eller hvor pasientene har sittet her og sier at de synes de har for dårlig kontakt. "Han har det for travelt, hun har det så travelt", men vi merker hvem som følger opp, og hvem som ikke følger opp gjennom det pasientene forteller.' (leder i spesialisthelsetjenesten og klinisk sosionom)

'Det finnes fastleger som har samtaledelen veldig i fokus for denne gruppen her over år – i også i forhold til om det finnes noen trygderettigheter samt bidrar til å søke hjemmehjelp og tenke barnehage hvis de har barn for eksempel, ja informere om tilbudet rundt. Så det er noen som nesten følger opp usedvanlig godt - ivaretar pasientgruppen veldig bra altså. Og som gjør mye av det jeg skulle tro andre rundt gjør og. Og det kan og være sånne som tenker veldig helhetlig (...).' (leder i spesialisthelsetjenesten og psykiatrisk sykepleier)

6.6 Oppsummering og diskusjon

Varighet

Kontinuitet i relasjonen til fastlegen er viktig for denne pasientgruppen dersom det er en god relasjon. Det er en relativt høy andel av pasientene (5 av 26) som har skiftet fastlege på grunn av at relasjonen ikke var bra. I tillegg er det 6 av pasientene som ønsker å skifte på grunn av dårlig relasjon. Likevel er inntrykket at pasientene venter i det lengste med å skifte, og at de er pragmatisk i forhold til hva de oppnår ved et skifte. Det er ikke noe poeng å skifte fastlege for enhver pris. Det har uansett sine fordeler å fortsette hos samme fastlege, selv om forholdet ikke er optimalt. For eksempel føles det trygt at øvrig helsepersonell på legekantoret også kjenner ens situasjon. Det er gjerne legesekretær som først og fremst vurderer en henvendelse, også når det er krise. Videre kan pasienten føle at det er slitsomt å skulle fortelle om sykdommen på nytt og på nytt. En konsekvens av en svært dårlig relasjon mellom lege og pasient kan være at pasienten foretrekker å henvende seg til legevakt når behovet for hjelp oppstår. Dersom bevisst bruk av legevakt i stedet for fastlege er utbredt, er det i så fall et valg som står i motstrid til intensjonene med fastlegeordningens intensjon. Dette er noe fastlegene selv bør være bevisst på. Kanskje kan dette unngås gjennom bedre oppfølging.

Omfang

Om lag halvparten av pasientinformantene oppgir at de har faste, og ofte hyppige konsultasjoner hos fastlegen, for eksempel en gang i måneden. Noen har dessuten avtale med fastlegen om at de tar kontakt når de har behov for det. De fleste pasientene virker fornøyd med dette. Det er imidlertid ikke helt klart hvorvidt de er fornøyd fordi dette er tilstrekkelig kontakt. Det kan være at deres kontakt med andre helsetjenester kompenserer for kontakt med fastlegen – at fastlegens tilbud ikke er så sentralt, slik personen med psykisk lidelse opplever det.

Fastlegene bekrefter pasientenes framstilling når det gjelder oppfølging – at noen følges opp jevnlig, mens andre bes ta kontakt ved behov. Dette vurderes av fastlege, og det virker ikke som det er noen konkrete retningslinjer om det. Man kan imidlertid tenke seg at det for pasienter uten annet behandlingstilbud eller oppfølging i kommunen, vil være nyttig med jevnlig oppfølging som et sikkerhetsnett i forhold til å avdekke endringer i den psykiske helsestilstanden. Det er uheldig dersom behovet for kontakt overlates til personen selv å vurdere, når det dreier seg om personer med en alvorlig psykisk lidelse.

Øvrig kommunehelsetjeneste uttaler også at fastlegene i stor grad stoler på dem når det gjelder oppfølging, mens andre har en mye mer systematisk oppfølging som varierer i hyppighet i forhold til pasientens tilstand til enhver tid. Ikke alle har inntrykk av at fastlegeordningen har lyktes i forhold til å knytte pasientene tettere opp mot den som er medisinsk ansvarlig.

Spesialisthelsetjenesten bekrefter inntrykket av stor variasjon, og påpeker at det er svært individuelt hvor mye fastlegen følger opp pasienten.

Innhold

Det varierer også hvilket innhold fastlegene legger i oppfølgingen av pasientene. Pasientene sine erfaringer er i hovedsak at fastlegen følger bra opp når det gjelder somatiske helseproblemer, og stort sett også når det gjelder medisinsk oppfølging i forhold til den psykiske lidelsen. Imidlertid oppleves at fastlegen ikke gir rom for å eksperimentere i forhold til doser eller type medisin. En årsak kan være mangel på kunnskap, men også mangelfullt samarbeid med spesialisthelsetjenesten. En fare ved dette kan være at pasienter sementeres. Videre er det få pasienter som opplever at fastlegen virkelig tar tak i de psykiske problemene. Mange forventer heller ikke dette, fordi de mener fastlegen verken har kompetanse eller tid. Så lenge pasienten følges opp av spesialisthelsetjenesten eller øvrig kommunehelsetjeneste, er dette gjerne tilstrekkelig. Når dette ikke er tilfelle bør fastlegen imidlertid gi pasienten større oppmerksomhet, også ved å følge utviklingen i den psykiske helsetilstanden. De to pårørendehistoriene eksemplifiserer tilfeller der fastlegen ikke følger opp alvorlig syke personer. I det ene tilfellet dreide det seg om en person som var utskrevet fra spesialisthelsetjenesten, og som dermed var fastlegens ansvar.

Ut fra denne studien, får vi et klart inntrykk av at innholdet i det kontinuerlige lege-pasientforholdet er den store utfordringen, og at det fortsatt gjenstår mye. Det er ikke tvil om at det hersker ulike forventninger til fastlegen, både fra pasientenes og de øvrige helsearbeiderne sin side. Denne undersøkelsen viser også at noen fastleger gjør mye mer ut av sin rolle, ikke bare ved å ta seg tid til å høre på hvordan pasienten har det med sin psykiske helse, men også ved å behandle pasientene etter prinsipper i kognitiv terapi. Det er imidlertid krevende å lykkes i slikt arbeid med de rammene en middels legepraksis er organisert etter. Spørsmålet er i hvilken grad fastlegen har anledning til å legge opp til dobbeltimer. Med litt lavere ambisjoner kan det tenkes at man kommer langt ved fra tid til annen å la pasienten få god tid, og å være bevisst på det å skape en god relasjon. Da kan det også hende at kvaliteten i en tradisjonell 20-minutters konsultasjon også heves. Om fastlegen oppnår god relasjon med pasienten er mye oppnådd.

7 Samarbeid mellom fastlege og andre helse-tjenester (organisasjonskontinuitet)

Målsettingen med tverrfaglig samarbeid mellom fastlege og øvrige helsetjenester – kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, er å oppnå kontinuitet og helhet i tilbudet til pasienten. Fastlegen har fått en sentral rolle i samhandling med andre tjenester i kraft av å være en ansvarlig adresse for pasienter på lista, ha det medisinskfaglig ansvaret, og å være koordinator i den medisinskfaglige informasjonsflyten vedrørende pasienten.

Behovet for samarbeid eller kontakt mellom fastlege og spesialisthelsetjeneste oppstår først og fremst i forbindelse med henvisning fra fastlege til spesialisthelsetjeneste, og i forbindelse med utskrivning av pasient fra spesialisthelsetjeneste tilbake til kommunen (epikrise). Spesialisttjenesten har dessuten lovpålagt veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten, inkludert fastlegen. Kravet om samarbeid mellom ulike involverte helsetjenester er dessuten lovbestemt Individuell Plan for personer med psykiske lidelser.

Kapitlet tar opp følgende spørsmål: Opplevs samarbeidet mellom fastlegen og øvrig helsetjeneste som tilfredsstillende? Hvilke problemer opplever fastlegen i samhandling med kommunehelsetjenesten og med spesialisthelsetjenesten? Hvilke problemer opplever samarbeidende instanser i samhandling med fastlege?

Før vi analyserer empirien, ser vi på studier gjort av samarbeid. Videre ser vi på hva som ligger i fastlegens rolle som henviser, eller portvakt/ portåpner og koordinator, for å avklare hvordan disse funksjonene krever tverrfaglig samarbeid.

7.1 Studier av samarbeid mellom fastlegen og øvrige helsetjenester

Representanter for allmennpraktikerne har ment at fastlegeordningen ville øke fastlegens engasjement i tverrfaglig arbeid om enkeltpasienter (Brekke et al., 2001). Andre oppfordrer sterkt om at dersom allmennleger ønsker å bli trodd i forhold til å tilby helhetlig og pasientsentrert tilnærming, må de ta samarbeidet med spesialister og andre profesjoner alvorlig (Stavdal, 2001). Atter andre har påpekt at fastlegeordningen har et betydelig element av privatisering i seg, noe som kan true det tette samarbeid det bør være mellom kommunen og dens primærleger (Westin, 2003).

Selv om fastlegen har fått større ansvar overfor pasienten så vel som overfor andre helse-tjenester, tyder erfaringer så langt på at forventningene på dette området ennå ikke blir møtt av fastlegene, og at det er vanskelig å involvere fastlegene, for eksempel i utvikling av individuelle planer for pasienter (Arntzen og Eide Rønningen, 2003; Helse- og omsorgs-departementet, 2004; NOU, 2005:3).

Rapport fra Riksrevisjonen (2005), blant annet basert på spørreskjema til alle landets kommuner i mars 2004 (svarprosent på 97), viser at 62% av kommunene mener at samarbeidet mellom fastlege og øvrige tjenester i kommunen ikke er endret mens 28% mener at samarbeidet har blitt bedre, og 10 % at det har blitt dårligere. De største kommunene rapporterer større endring i retning av tverrfaglighet enn det som rapporteres av de minste kommunene.

7.1.1 Studier om samarbeid/ organisasjonskontinuitet i andre land med listesystem

Internasjonale studier av samarbeid mellom fastlege og øvrige helsetjenester vedrørende psykiatriske pasienter, ser gjerne på kontinuitet utover lege-pasient-kontinuitet. Haggerty et. al. (2003) definerer kontinuitet som: i den grad en serie av "hendelser" i helsetjenesten oppleves som sammenhengende, og i overensstemmelse med pasientens medisinske behov samt psykososiale situasjon. Det fins interessante studier av faktorer som er viktig for å oppnå kontinuitet i tilbudet til pasienten, basert på økt samarbeid mellom tjenester involvert.

I en oversiktsartikkel finner Johnson et al. (1997) at følgende faktorer er betydelige: tilgjengelighet, ulike kanaler for kommunikasjon mellom helsetjenester, hvordan pasienter blir flyttet mellom servicenivå, samt implementering av serviceplaner. I litteratur om helse-tjenester innen psykisk helsevern, har Haggerty et. al. (2003) identifisert følgende faktorer som viktige: tilgjengelighet, koordinering av tjenester, stabilitet i forholdet mellom pasient og tjenestetilbud over tid, team-arbeid, og bruk av behandlingsplaner.

I overgangen fra institusjonspsykiatri til desentraliserte tilbud har kontinuitet i omsorgen erstattet avhengighet og institusjonalisering som helt sentralt i tjenestetilbudet (Tessler, 1987). De ulike helsetjenestene har behov for å arbeide effektivt sammen, holde oversikt over pasientene, og å planlegge hvilken behandling de skal ha til enhver tid.

I alle disse studiene inkluderes samarbeid mellom tjenester som viktig faktor for kontinuitet. Dette poenget finner vi også hos Krogstad et al. (2002). Ettersom personer med en alvorlig psykisk lidelse ofte vil gå fra en helsetjeneste til en annen, avhengig av tilstand til enhver tid, bør både forholdet mellom pasient og helsetjeneste, for eksempel fastlege, og kontakt mellom tjenester være kontinuerlige for å oppnå optimal omsorg. Med andre ord er det viktig å skape organisasjonell kontinuitet – en type kontinuitet som bygger på en struktur som fremmer deling av informasjon, kollektivt ansvar og passende måter å arbeide på (Krogstad et al., 2002).

For eksempel i England, viser Bindman et al. (1997) sin studie på allmennlegenes økende rolle overfor pasienter med alvorlige psykiske lidelser at det ikke kommuniseres effektivt mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten om disse pasientene. Studien foreslår å etablere delt omsorg som krever kommunikasjon ettersom dette kan øke allmennlegenes involvering. Bindman foreslår utvikling av mer definerte roller og ansvar, for eksempel gjennom behandlingsplaner overfor pasienten. Dette kan sammenlignes med tenkningen omkring utvikling og bruk av individuelle planer i Norge.

For øvrig er kommunikasjon og kontinuerlig faglig oppdatering foreslått som gode strategier for å bedre samarbeidet mellom allmennleger og den psykiatriske spesialisthelsetjenesten (Lucena et al., 2002).

7.2 Fastlegens rolle som henviser

Fastlegen har ansvar for å henvise pasienter på sin liste til spesialistbehandling, dersom det er behov for det. Mens denne såkalte portvaktrollen for det meste er beskrevet i forhold til det å kontrollere pasienters tilgang til spesialisthelsetjenester, er begrepet også brukt i en utvidet betydning: fastlegen som rådgiver, konsulent og koordinator (Gulbrandsen, Førde og Aasland, 2002). For øvrig viser en studie at fastlegene i større grad enn før opptrer som pasientens hjelper – som 'advokat' eller 'portåpner', noe som forklares med økt konkurranse legene imellom og endrede holdninger, samt større forventninger hos pasientene (Norheim og Carlsen, 2003).

Når det gjelder personer med en alvorlig psykisk lidelse, vil trolig fastlegens funksjon i større grad være som portåpner, ettersom utfordringen her i hoved handler om å få tilgang til spesialisthelsetjeneste for personer som man oppfatter trenger dette. Fastlegen får gjerne rollen som advokat eller agent for personer som trenger behandling. Det blir sentralt å forhandle personer med behandlingsbehov inn i spesialisthelsetjenesten.

I den grad portvaktfunksjonen innebærer en regulert bruk av spesialisthelsetjenesten, impliserer fastlegens vurderinger tre element ifølge Øgar (1997): en profesjonell vurdering av

hvorvidt pasienten burde bli referert, hvor pasienten vil få den mest effektive behandlingen, og å foreta prioriteringer basert på en gitt kapasitet innen spesialisthelsetjenesten og samfunnets generelle oppfatning av hva som er legitimt. Norske fastleger har advart mot for mange portnøkler (Brekke og Steinert, 1999), og oppfordrer fastlegene til å være opptatt av det faglige innhold i sin profesjon i en periode der fastlegene er forventet å skulle engasjere seg på så mange vis (Stavdal, 2000).

I en nordisk sammenligningsstudie på sektorisert psykiatri, konkluderer Øiesvold et al. (1998) at fastlegen har en viktig portåpnerfunksjon, spesielt overfor nye pasienter med en psykotisk lidelse som har behov for innleggelse. Studien sammenligner fastlegers henvisninger med andre henvisningsagenter i områder (catchment areas) der henvisninger fra ikke-medisinske kilder er akseptert på lik linje (for eksempel fra pasienten sjøl, slektninger, sosialarbeidere, politi og så videre).

7.3 Fastlegens koordinatorrolle

Fastlegens koordinerende rolle er knyttet til det medisinskfaglige ansvaret, og dreier seg først og fremst om å være en ansvarlig adresse vedrørende pasienten. Ved å ha rollen som koordinator har fastlegen forøvrig en helt sentral rolle i samhandling med andre tjenester (NOU 2005:3, s.77). Å være koordinator innebærer å ha oversikt over pasienten, og oversikt over andre helsetjenester som kan være aktuelle for pasienten.

Legeforeningen støtter Helsetilsynets konklusjon om at det bør arbeides videre for å bedre samhandlingen både innad i helsetjenesten, og med andre etater, samt at allmennlegens rolle i dette arbeidet avklares (Den Norske Lægeforening, 2004). Legeforeningen vurderer Individuell plan som et avgjørende virkemiddel for å bidra til koordinering og tverrfaglighet, og påpeker særlig Helsetilsynets ansvar for å veilede om hvordan man kan legge til rette for utarbeiding av planer for pasienter med psykiske lidelser (2004).

7.4 Samarbeidet mellom fastlegen og øvrig kommunehelsetjeneste

7.4.1 Fastlegene om samarbeidet med øvrig kommunehelsetjeneste

Mens fastlegene ofte er kritiske til spesialisthelsetjenesten, og påpeker et mangelfullt samarbeid, er de fleste mer positive når det gjelder samarbeidet med øvrig kommunehelsetjeneste. Innen kommunehelsetjenesten samarbeider fastlegene med psykiatrisk sykepleier og med hjemmesykepleier.

Det fins mange måter å samarbeide på. I noen tilfeller fins det gode relasjoner mellom fastlege og hjemmesykepleier eller psykiatrisk sykepleier i kommunen, der det samarbeides vedrørende enkeltpasienter, og der det kan være enkelt å bare ta en telefon, og eventuelt også innkalle til møte dersom det er behov for det. Det er ofte psykiatrisk sykepleier eller hjemmesykepleier som representerer kontinuitet for pasienten, i den forstand at det ofte er de som har mest kontakt med pasienten, og dermed oppfatter endringer i pasientens tilstand:

'Det er jo oftest da hjemmesykepleieren som da ser pasienten oftere. Jeg har kanskje avtaler en gang i måneden med dem, men de får ofte kontakt med hjemmesykepleien, kanskje en gang per dag, og det er klart at hvis hjemmesykepleien ser at tingene forverrer seg, så ringer de hit da, også avtaler vi enten et møte her med pasienten, eller med hjemmesykepleieren, eller møte med seksjonspsykiatri (...).'

Når det gjelder mer kontinuerlig og formelt samarbeid fins det i hovedsak to formaliserte modeller: Individuell plan og Ansvarsgruppe. Når det gjelder førstnevnte er det et fåtall av disse fastlegene som har vært med å utarbeide planer vedrørende sine pasienter. Ansvarsgrupper er en eldre og mer innarbeidet samarbeidsform. Det varierer imidlertid hvor mye

fastlegene involverer seg i denne type formalisert samarbeid omkring pasienter i denne kategorien:

'...det (ansvarsgrupper) legger beslag på mye tid, men det er viktig, det ser jeg. Jeg tror ikke det alltid er mest effektiv bruk av min tid. Jeg tror jeg kan hjelpe pasienten mer hvis jeg kunne få referat fra noen av møtene...(...) Andre i kommunen som jeg samarbeider med er sosialkontoret, det er ganske bra faktisk. (...) Ellers er det hjemmesykepleien. Det er også bra. Vi ringes når det er behov. Men jeg bruker nok mest de psykiatriske sykepleierne.'

De fleste fastlegene har en relativt restriktiv holdning til hvor mye de skal involvere seg. Ofte er det slik at møter legges til legesenteret for å få med fastlegen. Fastlegene påpeker også at møter må avtales i god tid på forhånd, og at det ikke nytter å komme dagen før:

'Og når det gjelder ansvarsgruppemøtene, så må de være klokka 8 om morgenen eller etter halv tre om ettermiddagen hvis jeg skal være med. Og da buttrer man fort i de kommunale arbeidstidene. Hvis jeg blir innkalt til et ansvarsgruppemøte klokka ett så går halve dagen min, og det vil si at de pasientavtalene jeg har da må avlyses. Det er da ti pasienter jeg ikke får sett den dagen. Det går ikke. '

De fleste fastleger påpeker fordeler ved samarbeid med øvrige kommunale tjenester til personer med psykiske lidelser. De fleste har imidlertid en restriktiv holdning når det gjelder å involvere seg i tverrfaglig samarbeid omkring pasienten, uten at dette strengt tatt anses nødvendig. De som ikke har noe etablert samarbeid med øvrige tjenester i kommunen synes imidlertid å savne det:

'Psykiatrikoordinatoren i bydelen har jeg et godt samarbeid med. Har et par pasienter der jeg jobber gjennom henne. (...). Vi burde egentlig hatt et felles forum der vi kunne drøfte felles pasienter. Vi har ikke det og det er egentlig dumt. Men det er et spørsmål om tid som så mye annet. '

Det er i stor grad spørsmål om tid det dreier seg om for å kunne tilby en god helsetjeneste, som samarbeider om pasienten. Det har blitt lagt bedre til rette for fastlegene økonomisk ved at de kan benytte den såkalte 'samarbeidssatsen' som gir inntjening så lenge møtet holdes innenfor en grense på vel en halv time, slik følgende fastlege påpeker:

'Det finnes muligheter for å jobbe litt ordentlig med disse folkene i fastlegeordningen. Det gjør det altså. Det der med tid, du kan sette av dobbeltimer og vi har jo samarbeidssatsen er super altså. (...)Det er supert for meg å få inn en sykepleier på møte her. Passe på å ha det sånn akkurat ca 37 minutter så blir det veldig god inntjening, og det fungerer jo veldig godt da. Det synes jeg er veldig fint egentlig. Den taksten, og de mulighetene de har. (...) også det at det er ganske deilig å fordele litt ansvar i den sammenhengen der.'

En annen fastlege bekrefter at satsene fungerer, men at det er tidspresset som er kritisk når han deltar i ansvarsgruppemøte et annet sted:

'(...) da går det en halv time før og en halv time etter møtet. Det hender av og til at jeg drar ut, ja. Jeg skal på et ansvarsgruppemøte på andre siden av byen i neste uke. Men det prioriterer jeg. Takstene for dette her er ikke så gale. Det er ikke noe problem med økonomien. Det er tiden som er viktig og 'strekket i laget' som er det kritiske. Alle hullene som det blir.'

I tillegg til problemer med tid, gjentar fastlegene problemer knyttet til spesielle forhold ved den enkelte kommune. En kommune har vært under massiv omorganisering av den tidligere enheten for psykisk helsearbeid, og i forhold til omorganisering i ulike bydeler:

'... jeg synes det er frustrerende med omorganiseringen i kommunen altså. (...) Aner ikke hvem man samarbeider med. (...) jeg har ikke peiling, så er det mye nye navn. Så de navnene vi har hatt liggende inne her, (...) nå heter det noe annet. Sånn at vi mister futten altså. Før kunne en bare ringe eller sende et brev, nå må vi liksom, hvilken sone er det, hva heter det, hvilken person er det? Det har blitt mye mer tungvint. Det er ingen som har kommet og informert oss om det. Det er ikke meg

lenger sier de bare også... det er på en måte, må liksom finne frem til på egen hånd, veldig dårlig opplysning eller informasjonen har vært elendig.'

Selv om det har vært en del omorganiseringer, og ikke bare i denne ene kommunen, er inntrykket at fastlegene jevnt over har tiltro til disse tjenestene. Hjemmesykepleier eller psykiatrisk sykepleier i den kommunale tjenesten er gjerne de som har mest kontakt med pasienten. De ser gjerne når pasienten har behov for en time hos fastlegen, de tar gjerne kontakt på vegne av pasienten, og i mange tilfeller stoler fastlegen i stor grad på at deres pasienter fanges opp av disse tjenestene:

'...jeg synes de er fryktelig viktige. De representerer kontinuitet, og følger pasienten gjennom forskjellige faser opp og ned, og det er ofte de som kjenner pasienten best.'

'De psykiatriske sykepleierne er reelle støttespillere. Jeg henviser noen ganger pasientene direkte til dem og får regelmessige tilbakemeldinger fra dem om hvordan det går.'

De fleste fastleger uttrykker stor tiltro til tjenesten, og roser det arbeidet de gjør. Andre uttrykker mer skeptiske holdninger, og dette er gjerne knyttet til at tjenestene er seg selv nok:

'Den hjemmebaserte tjenesten blir litt sånn egen stat i staten. (...) en periode prøvde man å skaffe seg egne leger innenfor omsorgstjenesten, (...) ha sine egne doktorer som en også kunne sende hjem til de brukerne de syntes trengte noe ekstra og som kunne stå på med vaksinasjoner og... Det fikk vi forhindret da, men det sliter vi litt med altså, at omsorgstjenesten har vært seg selv nok, ikke har etterspurt tjenester fra fastlegene'.

Felles for fastlegene er likevel at de er mer eller mindre avhengig av enhet for psykisk helsearbeid eller hjemmebaserte tjenester for å ha en viss oversikt eller kontroll med de tyngste pasientene. De legger ikke selv opp, eller har ikke mulighet til, en så intensiv kontinuitet. Kommunens tjeneste for psykisk helsearbeid på sin side er i noen tilfeller i sterk faglig utvikling – en utvikling i retning av å ligne mer og mer på spesialisthelsetjenesten ved at det for eksempel tilbys timer med kognitiv samtaleterapi.

7.4.2 Det psykiske helsearbeidet i kommunen om samarbeidet med fastlegen

Samarbeidet med fastlegen og det psykiske helsearbeidet i kommunen varierer noe mellom de fire case-kommunene, dels på bakgrunn av mer eller mindre ferske omorganiseringer, og tjenester i støpeskeia. Det er likevel vanskelig å spore forskjeller som skyldes ulik organisering. Også informantene fra øvrig kommunehelsetjeneste viser til store forskjeller mellom fastleger:

'Ikke alle kommer på ansvarsgruppemøter. Men nå er det jo ikke alle som blir innkalt heller, som vi ikke ser noe funksjonelt i (...) fordi pasienten bruker legen så lite, men klart er problematikken kompleks, og det er litt utprøving på medisiner, det er snakk om bivirkninger, at pasienten er i en dårlig fase så kan det være greit å ha legen inne til stede.'

Det er klart at fastlegen må foreta prioriteringer i forhold til hvilke pasienter det er nødvendig å delta i samarbeidsgrupper om. For øvrig kan man tenke seg at det lett utvikler seg et mønster der aktive leger, med mye kontakt med denne pasientgruppen lettere innkalles til samarbeidsmøter, mens fastleger som er mer passive også lettere utdefineres som samarbeidspartnere. Dersom pasienten heller ikke har jevnlig kontakt med fastlege kan lettere den medisinske oppfølgingen bli for dårlig. Følgende informant mener fastlegeordningen ennå ikke makter å knytte pasienter tettere opp til medisinsk ansvarlig:

'Det her er mitt personlige inntrykk, jeg trodde jo fastlegeordningen skulle knytte hver enkelt bruker tettere opp mot de som var medisinsk ansvarlig. Det virker vel sånn, i alle fall i de tilfellene som vi har vært borte i, at det ikke er på plass riktig enda. Det har kanskje noe med arbeidspress å gjøre hos fastlegene.'

Også i storbykommunen, i Oslo, der bydelene er ulike på så mange vis, er det personforskjeller som i stor grad trekkes fram som forklaring på variasjoner. I en bydel i Oslo, der psykiatrikoordinator og bydelsoverlege ble intervjuet samtidig, var disse imidlertid mye mer positiv til fastlegens grad av deltakelse:

'Fastlegesamarbeidet vil vi si er godt, men det er helt personavhengig. Det varierer fra fastlege til fastlege. (...) Bydelen støtter seg til fastlegen. Vi har kontakt på telefon og vi innkaller også til møter. Det fungerer helt ok i de aller fleste tilfellene. Fastlegen kommer når de blir innkalt. '

På spørsmål om de tror at takstsystemet spiller noen rolle i forhold til om fastlegene stiller opp på samarbeidsmøter, sier de som følger:

'Takstsystemet spiller nok en viss rolle for hva legene velger å gjøre, men takstene, slik de er nå, bør kunne ivareta behovet for oppfølging og møter. Fastlegene har en forpliktelse til å følge opp dette, og det tror vi at de fleste gjør.'

Bydelsoverlegen og psykiatrikoordinatoren i denne bydelen bekrefter fastlegenes framstilling av takster for samarbeidsmøter.

Selv om fastlegenes egne prioriteringer er helt sentralt i forhold til å forklare variasjoner når det gjelder deltakelse, er det også noen legesentre som utmerker seg ved å gå inn for mye og godt samarbeid med øvrig kommunehelsetjeneste. I den store bykommunen ble to-tre legesentre hele tiden trukket fram som veldig gode samarbeidspartnere. Samarbeidet kjennetegnes blant annet av god kontinuitet gjennom regelmessige møter der spesialisthelsetjenesten er med, og der de også yter veiledning, og der psykiatrisk sykepleier gir fastlege og spesialisthelsetjeneste rapport om hvordan det går med de pasientene de har henvist til dem.

7.4.3 Oppsummering og diskusjon

Tidspresset gjør at fastleger er restriktive i forhold til å stille på samarbeidsmøter med øvrig kommunehelsetjeneste. Selv om fastlegenes holdning er at samarbeid med aktuelle tjenester i kommunen ofte er relevant, har man i liten grad kommet i gang med samarbeid om Individuell plan. Når det gjelder samarbeid i såkalte ansvarsgrupper, nedprioriterer fastlegen dette der det ikke er strengt tatt nødvendig. Dette først og fremst på grunn av det daglige tidspresset. Dersom det er snakk om langvarige møter har fastlegen dessuten dårlig inntjening. Alternativet er å ha (korte) møter på eget kontor.

Det varierer hvem som er viktigste samarbeidspartner for fastlegen, hjemmesykepleier eller psykiatrisk sykepleier i kommunens enhet for psykisk helsearbeid. Dette beror på hvem pasientene på lista har kontakt med. I de tilfeller der fastlegen har relativt god kontakt med den ene eller den andre av disse tjenestene er de også i stor grad fornøyd med tjenesten. Mange har stor tiltro til dem, og overlater gjerne mye ansvar ved å stole på at de følger opp pasientene når dette er nødvendig. For å unngå misforståelser bør rollene avklares, og gjerne gjennom å utvikle individuelle planer.

Det psykiske helsearbeidet i kommunene er ennå i støpeskeia, og bevisstheten omkring kommunenshelsetjenestens rolle overfor denne pasientgruppen vil øke. Mens noen psykiatriske sykepleiere er bevisst på at de gir et behandlingstilbud, er andre bevisst en rolle som støttespiller for fastlegen i kommunens helhetlige tilbud til den enkelte pasient. I tillegg til at noen ser ut til å utvikle seg i retning av å ligne på spesialisthelsetjenesten, kan tjenesten også ha en sentral rolle i forbindelse med henvisning av pasienter ved at de skriver henvisningen, og at fastlegen bare signerer. Dersom man ønsker at fastlegeordningen skal oppfylle sin intensjon, bør imidlertid pasientene knyttes tettere opp til medisinsk ansvarlig.

7.5 Samarbeidet mellom fastlegen og spesialisthelsetjenesten

I det følgende analyseres empiri vedrørende samarbeid og kontakt mellom fastlegen og spesialisthelsetjenesten. Konkret knyttes dette til de ulike aktørenes erfaringer vedrørende henvisninger fra fastlege til spesialisthelsetjeneste. Videre knyttes det til spesialisthelsetjenestens ivaretagelse av epikriser, og øvrig informasjon til fastlegene. Det knyttes også til fastlegens medisinskfaglige koordineringsansvar, herunder erfaring med deltakelse i individuelt planarbeid.

7.5.1 Pasientenes vurdering av fastlegens samarbeid med spesialisthelsetjenesten

7.5.1.1 Fastlegens ivaretagelse av henvisningsansvaret

De fleste pasientene i materialet beskriver sin fastlege som oppmerksom overfor deres behov for spesialisthelsetjenester:

'Jeg vet ikke om han forstår de (psykiske problemene), men han aksepterer at jeg har de i alle fall (...) Om han ikke forstår meg, så har han i alle fall vett nok til å sende meg videre til noen som kan forstå i stedet for å bare avvise meg. For det har han ikke gjort' (Kvinne, 25).

Blant de 26 informantene fins det imidlertid et par pasienter som beskriver til dels ekstreme tilfeller av det motsatte. Det er når pasientens faste lege er et hinder for at pasienten får spesialisert behandling at fastlegeordningen viser seg fra sin mest uheldige side.

En pasientinformant, en kvinne på 34 år, fikk diagnosen bipolar lidelse i spesialisthelsetjenesten. Før dette skjedde hadde hun, gjennom en toårsperiode prøvd å overbevise sin fastlege om at hun hadde behov for utredning av spesialist. Det som gjorde at hun endelig ble henvist var at fastlegen var på ferie, og dermed hadde en vikar for seg. Kvinnens egen oppsummering er at enten må fastlegen ta seg god tid for å finne ut hva som er problemet, eller så må det henvises videre:

'Når det gjelder psykiske lidelser så er det jo ikke sånn at du kan liksom komme inn å vise frem såret ditt og så ser han på det. For å få tak i hva som er i veien så må du jo ha en konsultasjon av en viss lengde da, og hvor han kan stille sånne relevante spørsmål om hvordan jeg har det da. Og hvis jeg ikke har noe tilbud fra spesialisthelsetjenesten (...), og hvis han ikke er villig til å henvise videre, så blir det litt vanskelig. For jeg kunne tenke meg noen som for det første pratet litt, og at jeg har gått to ganger i halvåret eller noe sånn og kunne pratet liksom' (Kvinne, 34, med manisk-depressiv lidelse)

Kvinnen mottar fremdeles behandling av psykiater i spesialisthelsetjenesten, men gruer seg til hun eventuelt blir skrevet ut, fordi da har hun fastlegen som eneste kontakt.

I kapitlet om fastlegens oppfølging, ble det konstatert at fastlegen først og fremst følger opp i forhold til somatiske plager og medisinerings. På den annen side skjer det gjerne at plager som pasientene oppfatter som somatiske (for eksempel rygg) fortolkes som psykiske av fastlegen. Følgene blir at pasienten ikke får henvisning til videre utredning. En av informantene beskriver hvordan hans fastlege ikke forsto hvor alvorlig plaget han var med smerter i rygg og nakke, kombinert med alvorlige psykiske problemer. Etter en lang periode med tung medisinerings og sykemelding, og fastlegens uvillighet til å henvise til spesialist, kuliminerte situasjonen med et selvmordsforsøk.

7.5.1.2 Fastlegen som medisinskfaglig koordinator

Fastlegen har det medisinsk-faglige koordineringsansvaret for pasienter på sin liste. Fastlegeordningen skulle knytte pasienten tettere til fastlegen. Bedre kontinuitet – muligheten til å følge pasienten over tid skulle kunne gi mer informasjon om hva som kunne være til det

beste for pasienten. Når man går inn for mer helhet i tjenestene, er det imidlertid en forutsetning at denne mer langsiktige medisinsk-faglige kunnskapen formidles til øvrige involverte helsetjenester. Bistår fastlegen med slik kunnskap? Er han eller hun involvert i det helhetlige tilbudet?

Individuell plan er et viktig verktøy for koordinering, men blant pasientinformantene er det bare få som har hørt om Individuell plan. Ingen hadde sin egen. Det er også enkelte av pasientinformantene som ikke vet hva som skjer mellom de forskjellige instansene, om det er noen kontakt eller informasjonsutveksling eller ikke.

Noen av informantene har oppfatning at det er en bestemt rolle- og oppgavedeling mellom de ulike fagaktørene, noe som gjør at de mener det er lite aktuelt med samarbeid:

'Fastlegen tar seg av de somatiske plagene, og psykiater eller psykolog tar seg av de psykiske plagene.'

'Fastlegen vet at jeg går på DPS, for det har jeg sagt til han, men han følger det egentlig ikke opp. DPS'en hjelper meg å finne fram til medisiner som virket godt for meg.'

'Det er jo de på poliklinikken som på en måte bestemmer hva som skal skje. Fastlegen bare fyller ut søknadsskjema, som da jeg skulle søke på Modum, så da hjelper han meg.'

Mange pasienter har ikke store forventninger til at de ulike helsetjenestene skal samarbeide, utover det at fastlegen tar seg av henvisning på en god og effektiv måte når det er aktuelt. Man oppfatter det slik at fastlegen skal forholde seg til det somatiske, mens det psykiske er det andre tjenester som tar seg av. En av informantene er inne på at denne todelingen er en god ordning fordi fastlegen dermed ikke tolker alt som et tegn på psykisk lidelse:

'Kontakten jeg har med fastlegen er bare hvis jeg skal fjerne en føflekk eller sårning. Den psykiske delen blir godt ivarettatt på poliklinikken allikevel. Det er fint, for hvis jeg går til legen med ryggen så er han bare opptatt av ryggen, og tror ikke at det kan ha noe med alt det andre å gjøre. Jeg synes det er en grei fordeling.'

I tilfeller der pasienten mottar behandling ved DPS, er det også de som har ansvaret for pasienten (iflg. §8 i Fastlegeforskriften). I denne perioden kan det være gunstig at fastlegen informeres om pasienten, noe som også ble understreket av flere av fastlegene. Følgende informant med et behandlingstilbud i DPS har hatt erfaring med kommunikasjonsproblemer mellom DPS og fastlege på grunn av fastlegens travelhet.

'DPS tar koordineringen og oppfølgingen, og de virker som en psykiarikoordinator for meg. Det fungerer fint. De tar også ansvaret for å kommunisere med fastlegen. Men fastlegen har jo ikke tid til dette. DPS sier også at det er vanskelig å få kontakt med fastlegen, og at de ikke følger opp henvendelsene fra DPS'en.'

Pasientinformantenes framstilling gir inntrykk av at det er lite kontakt mellom fastlegen og øvrige tjenester involvert i tiltak og behandling, sammenlignet med nasjonale ambisjoner i Individuell Plan samt i fastlegereformen. Når det gjelder samarbeid mellom fastlege og DPS, kommer vi tilbake til dette i neste kapittel.

7.5.2 To pårørendes erfaring med tjenestenes samarbeid

En far til en schizofren sønn (snart 50 år) er svært fornøyd, både med fastlegen, og med kontinuiteten mellom tjenester. Han berømmer fastlegen. Hver tredje måned er han invitert til møter sammen med dagsenter og psykiatrisk sykepleier og psykiatrisk klinikk for å drøfte situasjonen for sønnen, og følge han opp. Faren er fornøyd med hvordan samarbeidet er organisert og koordinert. De har diskutert å lage individuell plan, men sønnen vil ikke ha det. Hjelpeapparatet jobber imidlertid som om det er laget en individuell plan. Foreldrene kan komme med forslag til hva som kan gjøres, og fortelle hvordan de opplever at sønnen er i denne gruppen. Foreldrene opplever at de blir lyttet til, men det har ikke kommet av seg

selv. De har stått på og tatt initiativ. De er aldri blitt avvist, men det er blitt vesentlig bedre og lettere de senere årene.

En mor til sønn på 32 år, som er psykotisk, forteller at hun ikke blir involvert i den behandlingen sønnen får. Hun synes det er vanskelig ettersom det er de som foreldre som ordner opp for han. Helsevesenet viser til at sønnen er voksen, og så viser de til taushetsplikten. Derfor vet de ikke noe om diagnosen eller om han har behandlingsplan eller individuell plan. Kvinnen forteller at hun har lest mye om dette, og etter hvert forstått at det finnes "mye som han ikke har" i forhold til tilbud. Ettersom han ikke ordner opp for seg selv, synes de det er vanskelig å takle å bli utestengt. De får ingen tilbud om involvering eller veiledning, bortsett fra at de har kontakt med en psykiatrisk sykepleier i kommunen. Moren er imidlertid bekymret ettersom sykepleieren snart skal gå av med pensjon.

7.5.3 Fastlegene om samarbeidet med spesialisthelsetjenesten

7.5.3.1 Formelle og uformelle forum for samarbeid

Fastlegenes behov for kontakt med spesialisthelsetjenesten varierer selvsagt i forhold til mengden pasienter med tyngre psykiske problemer. Deres erfaringer når det gjelder samarbeid vil være preget av dette. For eksempel er det en av fastlegeinformantene som har vesentlig eldre pasienter på sin liste, som fungerer greit ved hjelp av medisiner og oppfølging av hjemmesykepleie. Legen vurderer dem ikke som aktuelle for behandling i spesialisthelsetjenesten.

For øvrig varierer det mellom kommunene og bydelene hvordan fastlegene og spesialisthelsetjenesten samarbeider, hvilke fora som fins, og hvor mye man samarbeider.

Det fins ansvarsgrupper og basismøter, noen referer til tverrfaglige møter, eller samarbeidsmøter, og man har så vidt begynt å jobbe sammen om individuelle planer, men samarbeidet kan virke sporadisk i mange tilfeller. Et par av fastlegene beskriver dette:

'Nei, det er ingen forum. Det er ingen møteforum eller sånn, det har vi ikke. Det er hvis det er helt spesielle ting. I barnepsykiatri er jo det bedre, men innen voksen psykiatri har ikke jeg opplevd at det er et tverrfaglig samarbeid.'

'Det litt rare er at samarbeidet foregår kanskje dårligst på akkurat det her med tungpsykiatrien. Jeg synes det er ganske godt samarbeid med mange psykologer på lett psykiatri, både private og... institusjoner tar ikke så mye kontakt.'

Faste samarbeidsmøter tar nødvendigvis tid, og flere av fastlegene gir uttrykk for at det optimale er å ha mer uformelle kontakter, og for øvrig en lav terskel samt enkelhet rundt kontakten med spesialisthelsetjenesten:

'Det jeg savner er at psykiater kunne ringt da og gitt en muntlig formidling. En sånn epikrise er jo mer et pliktløp på en måte. (...) jeg synes at det å kunne direkte samarbeide med aktører som du kjenner, som du snakker med på telefonen og diskuterer ting... det er da det begynner å nærme seg samarbeid for min del altså.'

'(...) ikke noe formelt organ, eller formelt samarbeidsforum, men det er jo rett og slett å bruke en god gammel telefon altså, ringe og snakke med folk på enten poliklinikk eller sykehus. Det synes jeg er det som fungerer, når det er noe som haster i alle fall.'

'(...)jeg savner vel bare av og til å kunne ta en telefon, for å si sånn og sånn, den pasienten kjenner du. Men det er fryktelig vanskelig, det er mangel på kontinuitet, også er det vanskelig å få kontakt med spesialisten.'

Sannsynligvis handler det om tidspress når fastlegene etterlyser enkelhet i samarbeidet. Det ene sitatet viser også at det er en psykiater som savnes. Flere av fastlegene synes å foretrekke andre leger når de skal samarbeide med spesialisthelsetjenesten. Spesielt gjelder

dette i forhold til å få råd og veiledning. Dette kommer vi tilbake til i kapitlet om kompetanse hos fastlegen.

Fastlegene arbeider i forhold til et tidspress, og har gjerne et annet rasjonale omkring hva de bruker tiden sin til. Følgende fastlege reflekterer kritisk over egen stand:

'Fastlegene er ikke noe flinke til å ta seg tid. Jeg ser det selv, merker at de er redd om tiden sin, teller penger og hva de gjør med alt, det vet ikke jeg. Mange er sånn. Tar seg for dårlig tid til samarbeidspartnere og alt sånt. Det handler jo om en policy tror jeg. Altså en innstilling på en måte.'

7.5.3.2 Dårlig tilgjengelighet til spesialisthelsetjenesten preger samarbeidet

Det som i størst grad preger samarbeidsrelasjonen med spesialisthelsetjenesten er *dårlig tilgjengelighet* til spesialisthelsetjenesten. Nesten alle fastlegene har historier om dårlig tilgjengelighet til spesialisthelsetjenesten, hva dette medfører for pasientene, og hvordan fastlegene takler dette.

'Jeg hadde nylig en sak hvor det var sterke suicidalimpulser og var vel nærmest funnet på vei til å ta sitt liv. Hvor det tok to måneder før vedkommende fikk en time, til tross for purringer og pårørendes fortvilelse og dobbelskriving av brev og videre-sending av søknaden til lett psykiatrien. Det synes jeg er uverdig, og det irriterer meg.'

En annen fastlege forteller om en eldre kvinnelig pasient som hadde hatt legevaktt mange ganger for alvorlige psykiske problemer. Fastlegen mente at hun helt klart burde legges inn:

'..jeg opplevde dette som trasig. Hun var definitivt syk nok. Hun var paranoid, psykotisk og hadde stengt av all strøm, og det var kaldt i leiligheten, og en egentlig skrekkelig situasjon, og hun profiterte veldig på en innleggelse for ti år siden, men der fikk jeg beskjed tilbake om at neste gang kunne hun dra på trygghetsavdelingen. Useriøst spør du meg. Og helt umulig for oss som allmennleger å måtte forholde oss til en andrelinjetjeneste som fungerer sånn.'

Resultatet kan være at fastlegen sliter med å ta dette ansvaret:

'Ja, du kan si at noen må ta hånd om dem inntil at de kommer inn. Vi får bare gjøre det beste ut av det. Et alternativ er å gi dem en lapp i hånda og si at de får ta telefonkatalogen og ringe til en privat psykiater eller psykolog en eller annen plass. Noen av dem kan gjøre det. Men de fleste innenfor angst og depresjon de håndterer vi selv. Når det gjelder alvorlig psykoser, suicidale prøver vi å få dem inn. Det akutte tar jo poliklinikkene. Men det er de som har slitt lenge og der man trenger en 'second opinion', omlegging av medikamenter og behandlingsopplegg: Der er det det streiker.'

I mange tilfeller er det imidlertid ikke fastlegen som sliter mest, men hjemmesykepleien, som denne fastlegen beskriver:

'Det er tøft for hjemmesykepleien og, ofte ikke så veldig faglærte folk og, blir sittende alene med det der...'

7.5.3.3 Trenger epikrise/ informasjon fra spesialisthelsetjenesten for å ivareta koordinering

Fastlegen er medisinskfaglig ansvarlig for pasienten når denne ikke mottar et tilbud i spesialisthelsetjenesten. Dersom en pasient på lista i en periode har mottatt behandling i spesialisthelsetjenesten, og så returnerer til fastlegen, er fastlegen avhengig av tilstrekkelig informasjon om pasienten for å kunne gi et adekvat tilbud.

Det varierer hvor nøye spesialisthelsetjenesten er til å sende ut epikrise i tide, eller på annen måte ta kontakt med fastlegen når pasienten ikke lenger mottar et tilbud der:

'Det varierer hvordan DPS følger opp pasientene. For noen går det greit, men det er nok også noen som flyter rundt i systemet. Problemet er at jeg ser ikke nødvendigvis så mye til dem. Epikrise får jeg jo, men de er lite flinke til å fortelle underveis hvordan det går, og hva de gjør. Det er så personavhengig.'

Flere fastleger er også kritisk til at de ikke blir informert underveis, mens pasienten fremdeles er innlagt. De kommer til dem for fysiske plager som de måtte ha mens de er under behandling i spesialisthelsetjenesten:

'Der synes jeg nok at det er forbedringspotensiale på samarbeid, spesielt på de som går i langvarig behandling så burde det vært noen kontaktpunkter underveis.'

'(...)på en måte så forsvinner de ut for oss, og er usynlige til de kommer tilbake igjen plutselig en dag, så jeg har sagt at jeg skulle gjerne ønske at vi ble litt informert underveis fordi at de kan liksom være i behandling i et år, så kommer de til oss, i grunnen er de hos psykiatrisk poliklinikk, også kommer de til oss med vondt i øret eller en fot eller noe sånn, men du er ikke så involvert i hva de holder på med i andrelinjetjenesten.'

Mer konkret, og problematisk, er det når informasjon vedrørende medikamentforandringer ikke gis, og når ansvarsforhold vedrørende medisinerer er uklare:

'Har hatt betydelige problemer med at de (spesialisthelsetjenesten) har vært for trege, og skiftet medisinen uten å varsle meg, og så kommer de (pasientene) til meg tre dager etterpå, og forstår ikke hvorfor de skal bruke det og det – et salig virvar. Det har vært under enhver kritikk, (...) ansvaret for utskriving av en diverse medisiner har vært uklart i den forstand at innen institusjonsmedisinen så har de også kjent pasienten veldig godt, og gjort medikamentforandringer (...). Jeg 'får' bivirkningene, og så er det uklart...er det sånn at det er jeg som skal gjøre det, eller er det de som skal gjøre det? Noen ganger så synes de at det er meg, og noen ganger synes de at det er dem, og noen ganger synes de ikke jeg skal gjøre noe, men dårlig kommunikasjon har det vært altså, elendig.'

Dersom ikke fastlegen mottar tilstrekkelig informasjon om pasientens tilstand og medisinerer, vil dette vanskeliggjør rollen som medisinsk faglig ansvarlig og koordinator. *

7.5.3.4 Når samarbeidet fungerer..

Det er noen samarbeidsrelasjoner mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten som synes å fungere mye bedre enn det som er vanlig. En av fastlegeinformantene beskriver det som for han representerer en god kontakt:

'Ja, den (kontakten med spesialisthelsetjenesten) er i og for seg relativt god synes jeg fordi når jeg har disse møtene med poliklinikken som vi har månedlig så kjenner vi de som jobber der nede, og det er klart at det er ganske enkelt for oss å bare ringe ned, ringe og fortelle at vi vil sende en henvisning, eller at vi tar med en henvisning, og snakker om den på et sånt møte. Og jeg føler jo at vi får veldig ofte viljen vår, ved at den pasienten da får en time.'

På spørsmål om hvordan denne fastlegen opplever spesialisthelsetjenestens tilgjengelighet når det oppstår spesielle behov, svarer fastlegen:

'Det er ganske enkelt, da ringer vi psykiatrisk poliklinikk, og da vil vi jo veldig ofte få snakke med en av psykiaterne der, enten der og da, eller avtale tid da så vi kan ringe, og det synes jeg går veldig greit, og da diskuterer jeg av og til pasienter som de kjenner fra før, som de har i sidepapiret, eller at jeg kan diskutere anonyme pasienter for poliklinikken da, legge fram et problem og så får jeg høre hvordan psykiateren tenker om dette her. Så det synes jeg går veldig bra.'

Viktige faktorer som karakteriserer gode samarbeidsrelasjonene, slik det oppfattes fra fastlegen sitt ståsted, synes å være en kombinasjon av å kjenne til de som jobber i spesialist-

helsetjenesten, ha faste møter med dem, men samtidig også ha en lav terskel for kontakt for øvrig – når fastlegen opplever behov for det. Fastlegen er interessert i å kunne ta en rask og uformell kontakt, uten å bruke for mye tid på det. Dette stiller dermed krav om en fleksibilitet fra DPS og poliklinikk sin side, som enda ikke er godt nok utviklet. Når det gjelder epikrise og henvisninger, er dette en nødvendig, men på langt nær tilstrekkelig faglig kommunikasjonsform.

7.5.4 Spesialisthelsetjenesten om samarbeidet med fastlegen

Blant de åtte informantene uttrykker halvparten seg noe kritisk i forhold til fastlegenes prioritering av samarbeid. De øvrige uttrykker mye større forståelse for fastlegenes arbeidssituasjon, og har en innstilling som går på å legge til rette for dem, og i stor grad på fastlegenes premiss. Den kritiske gruppen består av høyskoleutdannede samt en psykolog. Den mer forståelsesfulle gruppen består av 3 psykiatere og en psykologspesialist. Sistnevnte "gruppe" uttaler som følger:

'Dps-enes utfordring er å involvere fastlegene og få dette samarbeidet til å fungere.'
(psykiater ved DPS)

'Tror også at dette i stor grad handler om hvordan DPS-ene inviterer til samarbeid. De må gå inn på legenes premisser.(...). Det viktigste er å få dem i tale, og så kommer samarbeidet etter hvert. Legene må oppdage at det er nyttig for dem å samarbeide.' (psykologspesialist ved DPS)

To av de som er mer kritisk til det de oppfatter som fastlegens nedprioritering av samarbeid, er også ledere innen spesialisthelsetjenesten, og har lang erfaring å vise til. En av dem forteller om gjentatte forsøk på å involvere fastlegene:

'Nei, vi har ikke noe form for formalisert samarbeidet med legekontorene. Vi har foretatt oss en god del ting (...) i løpet av la oss si en 7 års periode. Det er et par-tre år siden overlege her gjorde den siste henvendelsen (skjema). Fikk veldig lite tilbakemelding altså (...) men for all del, det er ikke noe vits i å lage noen konflikt ut av det. Det er vel et uttrykk for at folk har mer enn nok å gjøre på hver sin kant. Så samarbeidet er sporadisk og uforutsigbart, avhenger av den enkelte lege og den enkelte medarbeider her.'

Mens fastlegene er kritiske til seine epikriser fra spesialisthelsetjenesten, påpeker spesialisthelsetjenesten stor variasjon når det gjelder kvaliteten på fastlegenes henvisninger.

'Henvisningene, de representerer alt fra A til Å når det gjelder innhold. De kan være på fem linjer. Noen tar seg bryet med å returnere henvisningene og si at vi forlanger faktisk å få vite litt mer. Vi tar oss egentlig ikke bryet med det, men innkaller heller pasienten til vurderingssamtale hos oss. Noen skriver veldig gode henvisninger. Andre skriver veldig dårlige henvisninger. Sånn er det bare, og vi prøver ikke lenger å oppdra dem. Vi har prøvd, det har ikke nyttet. Vi har prøvd å sende ut et skjema og bedt om at de skal fylle ut punktene på det skjemaet og det funker ikke.' (Leder av poliklinikk)

Som tidligere nevnt gir flere av fastlegene uttrykk for at de foretrekker å forholde seg til andre leger når de samarbeider med spesialisthelsetjenesten. Dette er noe mange har merket seg i spesialisthelsetjenesten. En klinisk sosionom sier som følger:

'(...) vi vet at legen vil først og fremst ha kontakt med andre leger. Litt vanskelig noen av dem... å ha forståelse for at andre enn egen profesjon kan noe om psykiatri. Dessverre, så er det sånn. Det påstår jeg.'

Dette handler om flere ting. Det er enklere å samarbeide med en annen person med samme profesjonsbakgrunn. Forøvrig har vi sett, både i denne studien og andre (Heen et al., 1996) at fastlegen er skeptisk til profesjonaliteten hos spesialisthelsetjenesten i forhold til arbeid gjort av ikke-spesialister.

7.5.5 Oppsummering og diskusjon

Fastlegen samarbeider med spesialisthelsetjenesten først og fremst i forbindelse med henvisninger og epikriser. Når vi har vurdert dette samarbeidet, har vi derfor sett på informan-tenes erfaringer vedrørende fastlegenes henvisninger, samt spesialisthelsetjenestens ivareta-kelse av epikriser samt øvrig informasjon til fastlegene. Det knyttes også til fastlegens medisinskfaglige koordineringsansvar, herunder erfaring med deltakelse i individuelt plan-arbeid.

Mange pasienter har ikke mye erfaring med at de ulike involverte helsetjenestene rundt dem samarbeider. Dermed har de heller ikke store forventninger til at de skal samarbeide, utover det at fastlegen tar seg av henvisning på en effektiv måte, når det er aktuelt. Mange opp-fatter at det er en (tradisjonell) "fordeling" mellom tjenestene, der fastlegen tar seg av det somatiske, mens de andre tjenester tar seg av det psykiske – slik det var før deinstitutionso-naliseringen startet.

De fleste pasientene i materialet beskriver sin fastlege som oppmerksom overfor deres be-hov for spesialisthelsetjenester. Blant pasientene er det imidlertid et par ekstreme tilfeller av at det motsatte kan skje når fastlegen ikke har tilstrekkelig kompetanse til å identifisere psykisk sykdom. Andre har erfaring med at plager som pasienten oppfatter som somatisk (for eksempel rygg), fortolkes som psykiske problemer av fastlegen (letterer, som dermed ikke henvises videre). Eksempelene tyder på dårlig kommunikasjon og mangelfull veiledning fra spesialisthelsetjenesten.

Hovedsakelig opplever fastlegeinformantene at spesialisthelsetjenesten er vanskelig til-gjengelig både i forhold til å få inn pasienter som trenger behandling, i forhold til å bistå fastlegen med råd og veiledning dersom det er behov for det, men også det å enkelt få kon-takt på telefon. Dårlig tilgjengelighet til spesialisthelsetjenesten vurderes som det vesent-ligste problemet i forhold til å få til samarbeid. Dessuten fører dårlig tilgjengelighet til at de ofte må påta seg ansvar de ikke ønsker å ha. For øvrig er fastlegene kritiske til spesialist-helsetjenestens treghet i forhold til utsending av epikriser. En del nevner også at de kunne tenke seg bedre informasjon om pasienten underveis i spesialisthelsetjenestens behandlings-opplegg. Dersom ikke fastlegen mottar tilstrekkelig informasjon om pasientens tilstand og medisiner, kan man tenke seg at dette vanskeliggjør rollen som medisinskfaglig ansvarlig og koordinator. Når det gjelder samarbeid mellom fastlege og DPS i perioder der pasienten mottar et behandlingstilbud i DPS, ser vi for øvrig på noen aspekter av dette i neste kapittel.

Et annet moment er det at en del fastleger er relativt kritisk til spesialisthelsetjenestens tverrfaglighet. Dette gir seg blant annet utslag i at de foretrekker andre leger når de skal samarbeide. Spesielt gjelder dette i forhold til å få faglige råd og veiledning, noe vi kommer tilbake til i kapittel 9. Dette fant man også i evalueringen av fastlegeforsøkene. Heen et al. (1996) påpeker at fastlegen er skeptisk til profesjonaliteten hos spesialisthelsetjenesten i forhold til arbeid gjort av ikke-spesialister. Det virker opplagt at dette dermed skaper en høyere terskel for samarbeid. Dersom fastlegen først og fremst søker kontakt med andre leger, er det helt enkelt færre å ta av. Felles faglig plattform er et fordelaktig utgangspunkt for samarbeid. På den annen side er psykisk helsearbeid, ifølge Wisløffutvalget (NOU 2005:3), et område som krever innsats fra flere yrkesgrupper som arbeider på tvers av den enkelte helsearbeiders plattform og spesialisering, fordi oppgavene ikke kan løses av det ene eller det andre faget (s. 43).

Blant fastlegeinformantene er det kun et par stykker som beskriver et samarbeid med spesialisthelsetjenesten som synes å fungere veldig bra. Viktige faktorer som karakteriserer disse tilfellene, sett fra fastlegen sitt ståsted, er en kombinasjon av flere ting. Følgende fak-torer går igjen: det å ha kjennskap til de som jobber i spesialisthelsetjenesten, ha faste mø-ter med dem, men i tillegg ha en lav terskel for kontakt ved behov for det.

Fastlegen er interessert i å kunne ta en rask og uformell kontakt, uten å bruke for mye tid på det. Fastlegene arbeider i forhold til et tidspress, og har gjerne et annet rasjonale omkring hva de bruker tiden sin til. De stiller dermed krav om en fleksibilitet fra DPS og poliklinikk sin side. Spesialisthelsetjenesten representerer imidlertid et helt annet system. Det er nok ikke

utviklet for å møte fastlegens behov. Her må nok begge tjenestene gå i seg selv. Fastlegen må granske hvorvidt tidsklemma skyldes for lang liste. I så fall er dette noe som kan gjøres noe med. Spesialisthelsetjenesten må se på om de har et for rigid system i forhold til å bistå fastlegene.

Når det gjelder epikrise og henvisninger, er dette en nødvendig, men på langt nær tilstrekkelig faglig kommunikasjonsform mellom tjenestene. Det varierer hvor nøye spesialisthelsetjenesten er til å sende ut epikrise i tide, eller på annen måte ta kontakt med fastlegen når pasienten ikke lenger mottar et tilbud der. Fastlegen er medisinsk-faglig ansvarlig for pasienten når denne ikke mottar et tilbud i spesialisthelsetjenesten. Dersom en pasient på lista i en periode har mottatt behandling i spesialisthelsetjenesten, og så returnerer til fastlegen, er fastlegen avhengig av tilstrekkelig informasjon om pasienten for å kunne gi et adekvat tilbud. Ikke minst på denne bakgrunn må epikrise foreligge raskt.

Det totale inntrykket når det gjelder samarbeid mellom fastlege og øvrige helsetjenester vedrørende denne pasientgruppen, er at det er et stykke igjen, sammenlignet med nasjonale ambisjoner blant annet i fastlegeordningen og Individuell plan.

8 Fastlegens involvering når pasienten mottar behandling ved DPS

I det følgende kapitlet skal vi se på kvantitative data⁴ vedrørende kontakt mellom fastlege og distriktpsykiatriske sentra (DPS), samt kontakt mellom fastlege og pasient i en periode når pasienten mottar behandling ved DPS.

Vi ser på fastlegens involvering i arbeidet med individuelle planer, deltakelse i ansvarsgrupper, i hvilken grad fastlegen har koordineringsansvar for pasienter. Videre skal vi se på grad av kontakt mellom behandler i DPS og fastlegen, og i hvilken grad pasienter har kontakt med fastlegen sett i forhold til andre helsetjenestetilbud som er aktuelle for pasienten.

8.1 Arbeidet med individuelle planer som indikator på samarbeid

Mens fastlegeordningen inntrådte i 2001, ble Individuelle planer lovfestet i 2001. Utviklingen i arbeidet med individuelle planer som en indikator på økt samarbeid. I denne evalueringen er det av spesiell interesse å se nærmere på fastlegens involvering, sett i forhold til de øvrige helsetjenestenes og profesjonenes involvering,

Fastlegen skal være en koordinator for sine pasienter, og på denne måten ha en helt sentral rolle i samhandlingen. De er dermed også viktige premissleverandører i arbeid med individuell plan (NOU 2005:3, s.75). Wisløffutvalget understreker imidlertid at selv om fastlegene er viktige deltakere i dette arbeidet, er det ikke gitt at de skal ha koordinatorfunksjonen som er knyttet til Individuell plan, ettersom det gjerne er mer hensiktsmessig at psykiatrisk sykepleier i kommunen har denne rollen.

8.1.1 Økning i pasienter med individuelle planer

Det framgår av data at kun 360 av totalt 3 497 pasienter ved DPS, eller om lag 10 %, hadde fått utarbeidet en individuell plan i 2002. Når det gjelder såkalte ansvarsgrupper, framgår av det av dataene fra 2002 at man kun vedrørende 11 % av pasientene hadde fått etablert dette. Av disse var det 109 som også hadde en individuell plan. Totalt var det 469 pasienter (13 %) som hadde enten ansvarsgruppe eller individuell plan.

I gruppen med de alvorlige psykiske lidelsene⁵ var det 22 % som fått utarbeidet individuell plan, mens det blant de med middels og lettere funksjonsnivå var henholdsvis 10 og 8 % som hadde fått det. Foreløpige data fra ny innsamling i 2005 viser at andelen med individuell plan har økt til om lag 20 % totalt for alle pasienter i DPS. Blant de alvorligst syke viser det

⁴ Data fra SINTEF Helses datainnsamling ved 9 distriktpsykiatriske sentre er gjennomført i forbindelse med et prosjekt knyttet til evalueringen av Opptrappingsplanen for psykisk helse. Det dreier seg om data vedrørende vel 3000 pasienter under behandling ved DPS i 2002. For øvrig er det gjort tilsvarende datainnsamling for 2005. Her vil vi kun referere til noen foreløpige funn fra den siste datainnsamlingen.

⁵ DPS har registrert pasientene på GAFs skale for funksjon og symptomnivå. Når vi refererer til alvorlige lidelser er det snakk om de som skårer under 40 på denne skalaen. Det er denne pasientgruppen denne rapporten omhandler. Når vi refererer til de middels alvorlig er det snakk om de som skårer fra 40-69 på GAF. De letteste lidelsene skårer fra 70-100 på GAF.

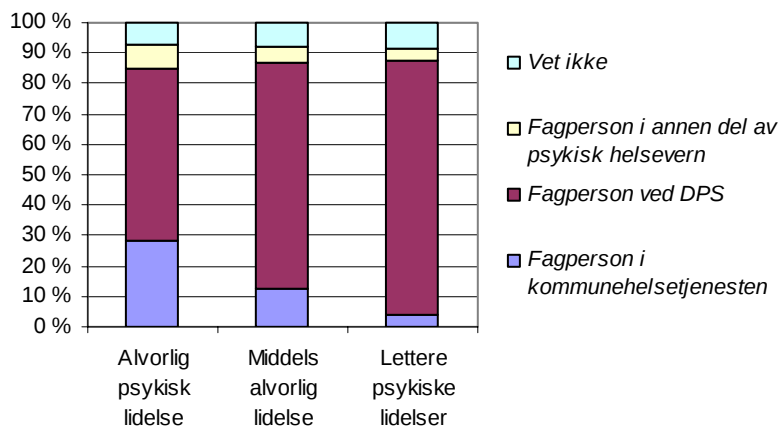
seg at om lag 46 % enten har individuell plan fra før, eller har fått det nå. I gruppene med middels og lettere psykiske lidelser er det nå henholdsvis 18 og 10 % som har fått utarbeidet individuell plan. Denne økningen er formidabel, og viser at det har vært en betydelig utvikling i riktig retning i forhold til å få etablert Individuell Plan som en arbeidsmetode, og da i særskilt grad overfor de som har de alvorligste, og dermed sannsynligvis de mest sammensatte problemene.

8.1.2 Hovedansvarlig for utarbeidelse av Individuelle planer

Kommunehelsetjenesten har ansvaret for utarbeidelse av individuelle planer for personer som ikke har et behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten. Pasientutvalget i DPS-undersøkelsen består av personer som på tidspunktet for undersøkelsen hadde et tilbud ved DPS. Tidspunkt for innleggelse varierer imidlertid. Mange hadde nylig fått et tilbud fra DPS. Før innleggelse hadde de dermed kun hatt et tilbud fra kommunehelsetjenesten.

I det følgende skal vi se i hvilken grad kommunehelsetjenesten har hatt hovedansvar for utarbeidelse av individuelle planer, og videre i hvilken grad fastlegen konkret har vært involvert arbeidet med å lage slike planer?

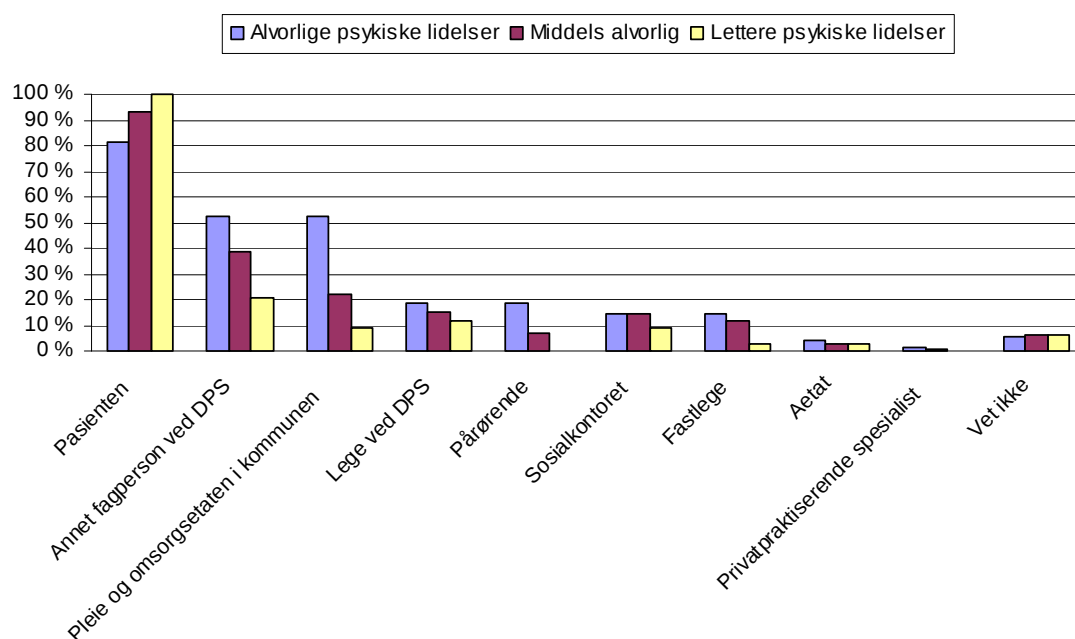
Figur 8.1 Hovedansvarlig for utarbeidelse av individuelle planer i år 2002 (prosent)



Figuren over viser at det i størst grad er fagperson ved DPS som har hatt hovedansvaret ved utarbeidelse av individuelle planer. Dette gjelder imidlertid i mindre grad for de med alvorlige lidelser i forhold til de øvrige gruppene – de med middels alvorlig eller lettere lidelser. Vi ser at fagperson i kommunehelsetjenesten har hovedansvaret i 30 % av tilfellene når det dreier seg om alvorlige lidelser, og i mye mindre grad når det dreier seg om middels alvorlige eller lettere psykiske lidelser.

8.1.3 Fastlegens involvering i utarbeidelse av Individuelle planer

Figur 8.2 Tjenester og fagpersoners grad av involvering i utarbeidelse av individuelle planer i år 2002 (prosent)



Figuren over viser hvem som har vært involvert i utarbeidelse av individuell planer. Den viser prosentandeler involverte i forhold til det totale antallet som har IP innenfor hver av de tre pasientgruppene.

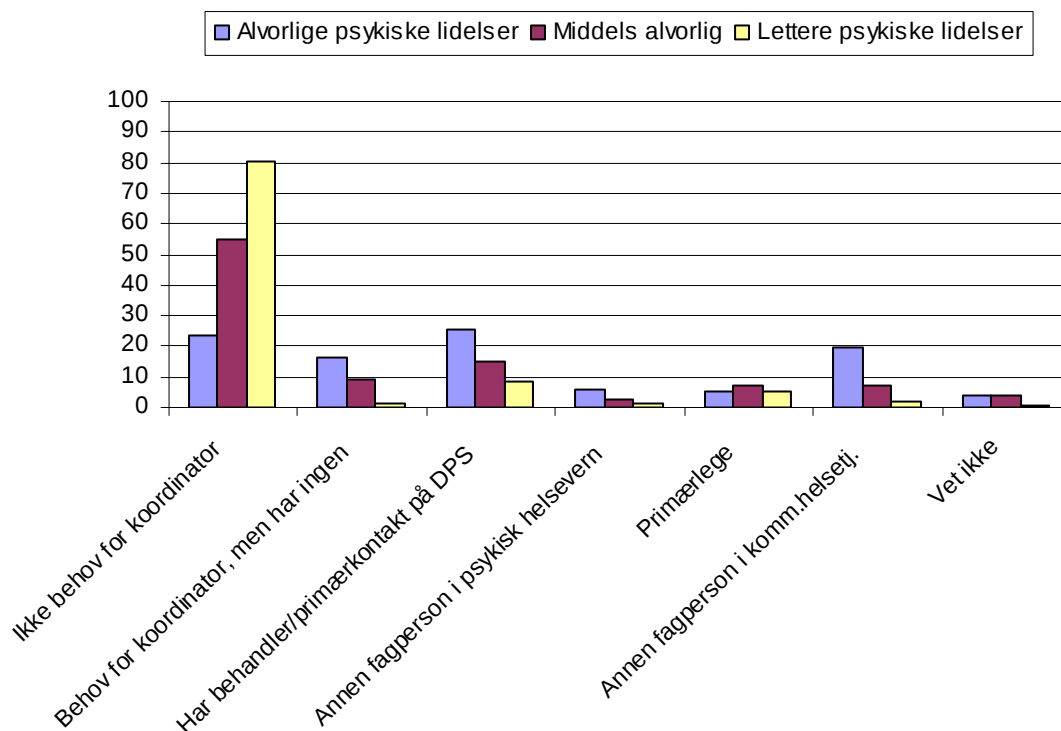
Vi ser at fastlegens grad av involvering i IP er relativt lav. Fastlegen har vært involvert i 14 % av tilfellene i forhold til den gruppen med de alvorlige psykiske lidelsene, og i mindre grad i de øvrige pasientgruppene. Fastlegens grad av involvering er på linje med sosialkontorets involvering. Lege ved DPS er noe mer involvert enn fastlegen – om lag 20 % for den tyngste gruppen. Det er imidlertid annet fagpersonell ved DPS sammen med Pleie- og omsorgsetaten i kommunen som i størst grad er involvert. Disse er involvert i om lag 50 % av tilfellene vedrørende den tyngste gruppen, men i mindre grad i forhold til middels og lettere psykiske lidelser.

For øvrig har 80 % av de mest alvorlig syke selv vært involvert i utarbeidelse av IP, mens det samme gjelder for henholdsvis 93 og 100 % av de med middels eller lettere lidelser.

8.1.4 Koordinator for pasientene

Vi skal videre se på hvem som er koordinator for de samlede tilbud til pasienten.

Figur 8.3 Koordinator for det samlede tilbudet til pasienten i 2002 (prosent)



Figuren viser at når det gjelder gruppen med alvorlige psykiske lidelser, oppgis det at vel 20 % ikke har behov for koordinator, og at 17 % har behov for koordinator, men har ingen. Behovet for koordinator oppgis å være mye mindre i de andre pasientgruppene.

Fastlegen har i svært liten grad noen rolle som koordinator ifølge DPS. Fastlegen oppgis som koordinator for mellom 5 og 7 % i de tre pasientgruppene.

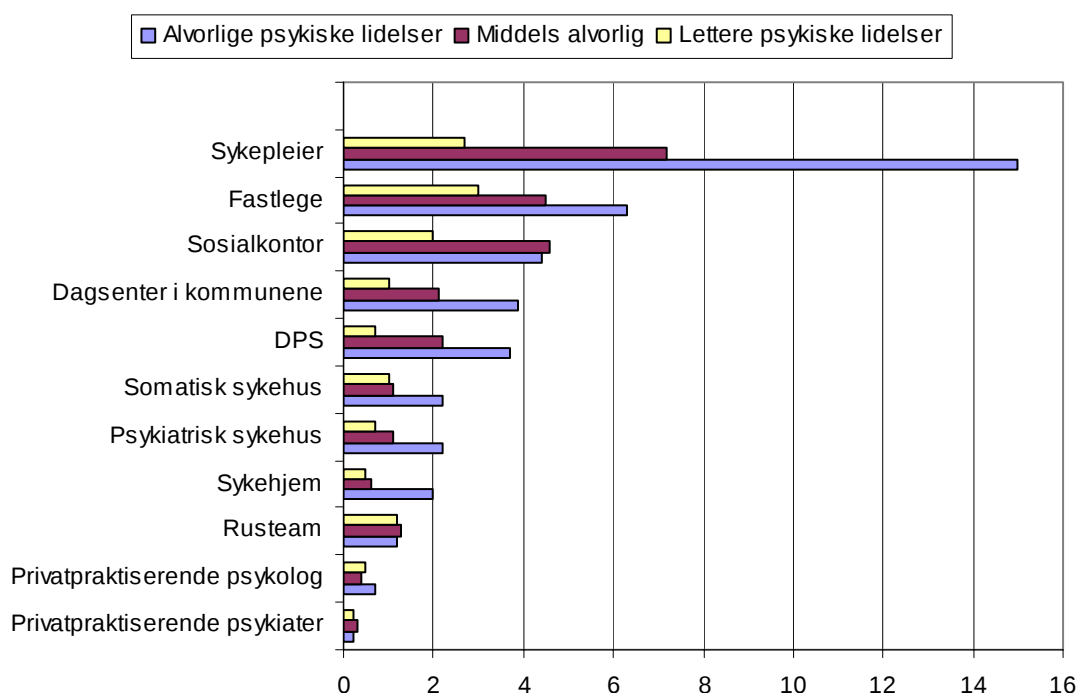
Både fordi det er høy andel "missing" på dette spørsmålet (28 %), og ettersom det totalt var hele 39 % som oppga at det ikke er behov for koordinator, kan tyde på at koordinatorrollen ikke er innarbeidet eller tydeliggjort.

8.1.5 Behandlerne i DPS sin grad av kontakt med andre helsetjenester

Behandlerne i DPS har kontakt med kommunehelsetjenesten i forbindelse med samarbeids- møter, arbeid med individuelle planer og i ansvarsgruppemøter og lignende. For øvrig kan det være kontakt i forbindelse med henvisning av pasient, i hovedsak fra fastlege, og i forbindelse med utskriving av pasient (epikrise). Det kan også dreie seg om veiledning overfor kommunehelsetjenesten.

I det følgende ser vi på behandlerne sin kontakt med kommunehelsetjenesten vedrørende pasienter innlagt ved DPS. Registreringen er gjort i forhold til en periode på 2 måneder.

Figur 8.4 Behandlernes kontakt med annet helsepersonell og institusjoner i 2002 (prosent)

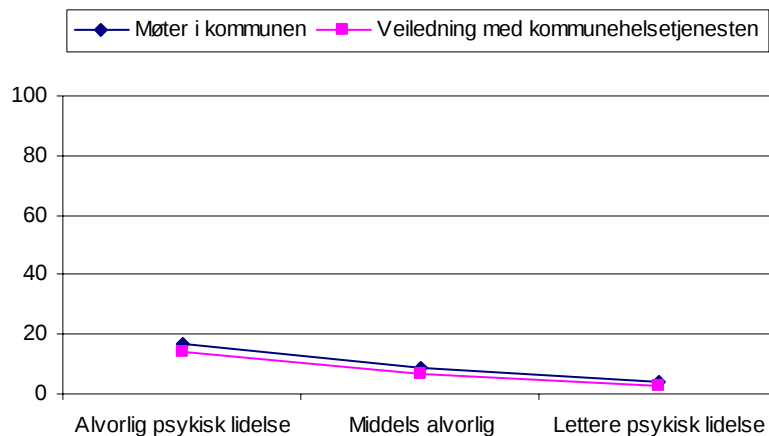


Behandlerne tok mest kontakt om pasienter med de alvorligste lidelsene, og det var sykepleier i kommunen som oftest ble kontaktet. Sykepleier ble kontaktet vedrørende 15 % av de tyngste pasientene i perioden registreringen pågikk. Fastlegen er rangert som hyppigste kontakt etter sykepleier. Fastlegen ble gjennom perioden på to måneder kontaktet vedrørende kun 6 % av pasientene med de tyngste lidelsene. Sosialkontor, dagsenter og DPS ble i mindre grad kontaktet, og de øvrige helsetjenester ble bare i svært liten grad kontaktet. Vi finner et nesten identisk kontaktmønster når det gjelder telefonkontakt.

8.1.5.1 Samarbeidsmøter og veiledning overfor kommunen

Figuren under viser i hvilken grad det ble gjennomført samarbeidsmøter i kommunen, og i hvilken grad DPS hadde veiledning overfor kommunehelsetjenesten. Besvarelsene er gjort vedrørende pasienter innlagt ved DPS i løpet av en periode på to måneder i 2002.

Figur 8.5 Samarbeidsmøter og veiledning mellom DPS og kommunen vedrørende pasienter innlagt i DPS i 2002 (prosent)

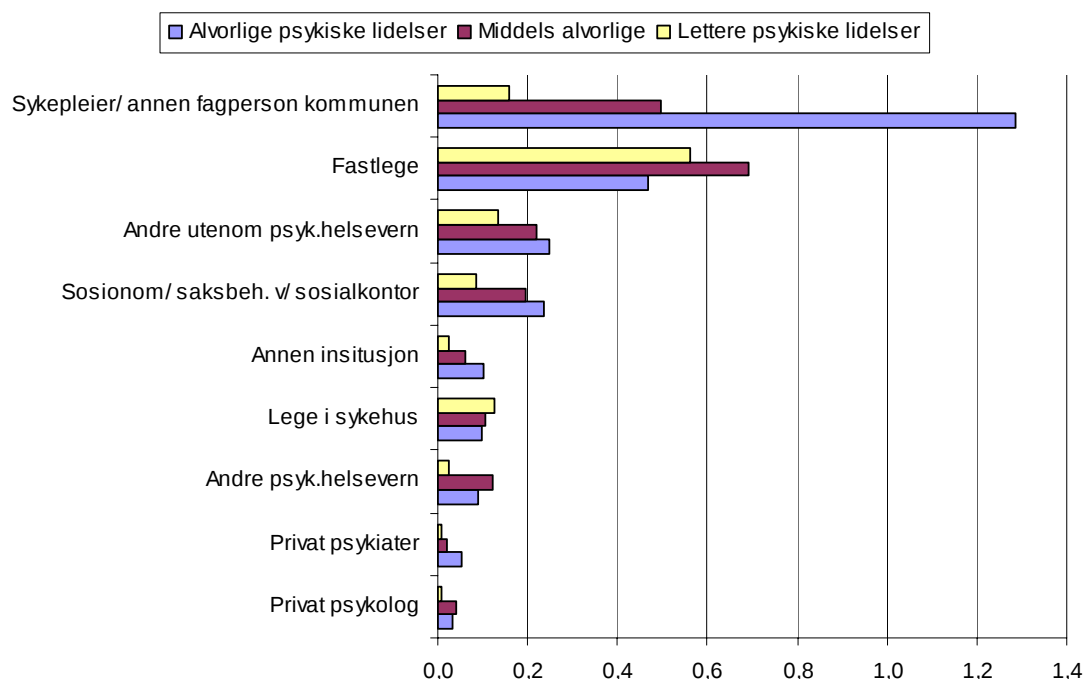


Det ble holdt samarbeidsmøter eller veiledning overfor kommunen vedrørende i underkant av 20 % av pasientene som hadde en alvorlig psykisk lidelse, og enda mindre grad vedrørende de med middels eller lettere psykiske lidelser.

8.1.6 Pasientens grad av kontakt med fastlege og øvrig helsepersonell

Ut fra de kvantitative dataene er det mulig å danne seg et inntrykk av hvor sentral fastlegen er i forhold til øvrig helsepersonell for pasienter som er under behandling i DPS. Figuren under viser i hvilken grad de ulike pasientgruppene har hatt samtaler med helsepersonell utenom DPS'en, gjennom en periode på to måneder.

Figur 8.6 Pasientens samtaler med fastlege og øvrig helsepersonell. Antall samtaler over en periode på om lag 2 måneder i 2002



Når det gjelder gruppen med en alvorlig psykisk lidelse, har disse hatt mest kontakt med sykepleier eller annen fagperson i kommunehelsetjenesten (gjennomsnittlig 1,3 samtaler i løpet av to måneder). Dette gjelder i mye mindre grad for de øvrige gruppene. De øvrige pasientgruppene har i større grad hatt samtale med fastlegen enn med sykepleier. Pasientene har i mindre grad hatt kontakt med øvrige tjenester.

8.2 Oppsummering

Når det gjelder hovedansvar for utarbeidelse av individuelle planer, er det først og fremst fagpersonell ved DPS som har hatt dette vedrørende personer som mottar et tilbud der. I den grad fagperson ved kommunehelsetjenesten har hatt hovedansvaret, har det først og fremst vært i forhold til personer med alvorlige psykiske lidelser. Kommunehelsetjenesten har hatt hovedansvaret for 30 % av disse pasientene.

Fastlegen har i liten grad vært involvert i utarbeidelse av individuelle planer. De har vært involvert vedrørende 14 % av pasientene med en alvorlige psykiske lidelsene, og i mindre grad vedrørende de øvrige pasiengruppene. Fastlegens grad av involvering er for øvrig på linje med sosialkontorets involvering. Lege ved DPS er noe mer involvert enn fastlegen, men det er i hovedsak annet fagpersonell ved DPS, sammen med pleie- og omsorgsetaten i kommunen, som i størst grad har vært involvert. Disse har vært involvert vedrørende halv-

parten av pasientene med tyngre psykiske lidelser, og i noe mindre grad vedrørende middels eller lettere lidelser.

For øvrig har 80 % av de mest alvorlig syke selv vært involvert i utarbeidelse av individuelle planer, mens det samme gjelder for henholdsvis 93 og 100 % av de med middels eller lettere lidelser.

Fastlegen har i svært liten grad noen rolle som koordinator. Fastlegen oppgis som koordinator for mellom 5 og 7 % i de tre pasientgruppene. Både fordi det er høy andel "missing" på dette spørsmålet (28 %), og ettersom det totalt var hele 39 % som oppga at det ikke er behov for koordinator, kan tyde på at koordinatorrollen ikke er innarbeidet eller tydeliggjort.

Generelt kontaktet behandlerne ved DPS andre helsetjenester i liten grad vedrørende pasienter innlagt ved DPS. Fastlegen var rangert som den nest hyppigste kontakten. Sykepleier i kommunen viste seg å være en mer hyppig kontakt, spesielt vedrørende pasienter med alvorlige lidelser. I løpet av registreringsperioden på to måneder ble fastlegen kontaktet vedrørende kun 6 % av disse pasientene. Sosialkontor, dagsenter og DPS ble i enda mindre grad kontaktet. Vi finner et nesten identisk kontaktmønster når det gjelder telefonkontakt.

Sykepleier er også mer sentral enn fastlegen når det gjelder samtaler som pasienter hadde med helse- og sosiale tjenester utenom DPS, i løpet av registreringsperioden. Gruppen med en alvorlig psykisk lidelse hadde i gjennomsnitt 1,3 samtaler med sykepleier (eller annen tilsvarende fagperson) i kommunehelsetjenesten, og gjennomsnittlig 0,5 samtaler med fastlegen.

For øvrig viser data at det i svært liten grad ble holdt samarbeidsmøter med kommunen, eller veiledning overfor kommunen, kun vedrørende om lag 20 % av pasientene med en alvorlig psykisk lidelse, og i enda mindre grad vedrørende de øvrige pasientgruppene. Fra de kvalitative intervjuene med fastlegene finner vi at det er mange som savner mer fortløpende kontakt og informasjon vedrørende pasienter fra deres liste, som er til behandling i DPS. Vi fant også at det var et omfattende behov for mer faglig veiledning.

Hovedinntrykket er at det ennå er mye igjen før det drives omfattende, faglig veiledning fra spesialisthelsetjenesten sin side. Vi skal gå nærmere inn på fastlegenes behov for kompetanse i neste kapittel.

9 Fastlegens kompetanse om psykiske lidelser

På den ene siden er økt ansvar for personer med psykiske lidelser en faglig utfordring som krever tilførsel av kompetanse. På den annen side skal fastlegene føle seg trygge på at det spesialiserte psykiske helsevernet støtter dem faglig, og overtar ansvaret hvis innleggelse blir uunngåelig (Stortingsmelding nr 23, 1996-97). Fastlegens kunnskapsnivå på dette området sees i forhold til spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor kommunehelse-tjenesten (Spesialisthelsetjenesteloven § 7-4).

Kapitlet tar opp følgende spørsmål: Opplever informantene at fastlegen har tilstrekkelig kompetanse når det gjelder pasienter med alvorlige psykiske lidelser? Gir spesialisthelsetjenesten god oppfølging og veiledning overfor fastlegene?

9.1 Studier om fastlegens kompetanse

For ti år siden konstaterte Heen et al. (1996) at fastlegeordningen ikke kan kompensere for nedbyggingen av psykiatrien, fordi de fleste allmennleger verken har kapasitet eller kompetanse til å ivareta det økte behovet for psykiatrisk behandling. Flere opplevde en klar konflikt mellom behovet for, og egne muligheter for å dekke behovet for kunnskap.

En helt fersk studie, gjennomført av NIFU (Arnesen, 2005), viser at leger opplever å ha lite kunnskap om psykisk helse fra grunnutdanningen. Det er enda grunn til å tro at for å utøve en kvalitativt tilfredsstillende jobb, vil mange fastleger trenge tilførsel av kompetanse.

Det fins en del forskningslitteratur internasjonalt vedrørende fastlegens (general practitioner) rolle, når primærhelsetjenesten gis økt ansvar for personer med psykiske lidelser. I en studie av Onyett & Smith (1998) finner man at fastlegene har for lite kunnskap, og trenger mer opplæring om psykisk sykdom. Bryce & Gordon (2000) mener at det er et misforhold mellom hva man forventer av allmennleger når det gjelder kunnskaper om psykiske helseproblemer, og hva legene selv mener de kan bidra med. Andre studier tar utgangspunkt i hva fastlegen foretar seg overfor spesielle grupper, og vurderer hvilken rolle de faktisk har. Carr et al. (2004) viser at fastleger i Australia fyller en aktiv og nyttig rolle i behandlingen av schizofrene, men at dette bør utnyttes mer effektivt ved at tjenestene ikke overlapper hverandre, og ved at fastlegene gjennomgår kompetanseheving på området.

9.2 Pasientene om fastlegens kompetanse

Få av pasientinformantene oppfatter at fastleger har god kompetanse på psykiske helseproblemer. Vi så i kapittel 5, at når det gjelder innholdet i fastlegens oppfølging, fortalte pasientene at fastlegen i hovedsak fulgte bra opp når det gjelder somatiske helseproblemer, og stort sett også når det gjaldt medisinsk oppfølging av den psykiske lidelsen. Få opplevde at fastlegen tok tak i de psykiske problemene deres utover dette.

Det ble imidlertid konstatert, både fra pasientenes side og øvrige helsetjenester, at det eksisterer uklarhet om hva en kan forvente seg av fastlegen. Fra intervjuene med fastlegene gikk det for øvrig også fram at de involverer seg i veldig ulik grad.

Det oppleves ikke nødvendigvis som problematisk for pasientene, dersom deres fastlege ikke involverer seg mye i hans eller hennes psykiske problem. Det kommer an på om de har andre tjenestetilbud. Så lenge de får behandling i spesialisthelsetjenesten, eller har oppfølging, for eksempel av sykepleier i kommunen, er gjerne dette tilstrekkelig. For disse er fastlegen den som tar seg av somatiske ting og resepter:

'Nei jeg har ingen alvorlige samtaler med fastlegen. Ikke om de psykiske problemene. Det forventer jeg heller ikke. Jeg går ikke til han med det. Han kan vel ikke hjelpe meg med det? Jeg har samtaler med en psykiatrisk sykepleier her på huset. Det fungerer fint. Det er fast to ganger i uke og ellers hvis jeg trenger det. Hun er kontaktsykepleier for meg. Det vil si at hun er fast.' (kvinne, 40 år)

'Fastlegen kan ikke alt. De kan for eksempel ikke samtaleterapi. (...) De har kjennskap til litt medisiner, men de kan ikke så mye om dette heller. De kan ikke nok om doseringer og om bivirkninger. Jeg fikk hjelp fra DPS til å finne fram til medisiner som virket godt for meg. Jeg har prøvd ut forskjellige nå. Fastlegen er ikke involvert i dette' (Mann, 31).

Pasienter kan også fortolke situasjoner som signaler på legens faglige grenser. De mener legen setter grenser for hva han eller hun skal være involvert i. For mange er fastlegens kompetanse begrenset til å forskrive tabletter:

'Han presiserer hele tiden at det er kontroller jeg går til - har du tatt medisinerne - er du stabil nå - sånne ting. Det er aldri noe i forhold til terapi, nei.' (kvinne, 34 år)

At pasientene ikke har forventninger om at legen skal kunne hjelpe dem med de psykiske helseproblemene, blir sett i sammenheng med at legene generelt ikke innvilger tid til langvarige nok konsultasjoner.

'Legen vet egentlig ikke særlig om det å være manisk depressiv. Jeg vet ikke om han er så veldig interessert. Jeg tror ikke han tar seg tid til det.'

Noen forteller om at de får hjelp, og setter dette i sammenheng med at de har gått til samme lege lenge. Kontakt gjennom flere år gjør at de kjenner legen, og legen kjenner dem. Opplevelsen av kompetanse blir her satt i sammenheng med kontinuiteten i relasjonen. Det kan virke som enkelte pasienter setter likhetstegn mellom legens kunnskaper om psykiske lidelser og om legen kjenner pasienten godt.

'Han forstår alt som feiler meg. Han har satt seg veldig godt inn i det, men det kan være fordi jeg har gått der såpass lenge så han kjenner meg ut og inn.' (mann, 57 år)

Opplevelse av legens kompetanse henger også sammen med hvor god pasienten synes legen er på dette med relasjoner, og eventuelt mangel på dette. Når pasientene snakker om hva de skulle ønske seg av en fastlege, sier det som følger:

'En god fastlege er en som lytter og som hører på deg. Men en god fastlege er også en person som tar deg på alvor, men som samtidig sier at 'nå må du gjøre noe. Jeg kan ikke bare gi deg medisiner for at du skal løse dine problemer'.

'En virkelig god fastlege? Han skal kunne samtale om verdiene i livet, om mennesker. Han skal hjelpe meg å få struktur på hverdagen, og samtale om dette. Men jeg tror ikke det noen gang vil skje.'

'En god fastlege hører på deg. Ja, først og fremst kanskje det. Så hovedsaken er at han har tid til å høre på deg for det er veldig mange leger som ikke har tid til det. Det gjør min lege altså. Jeg har inntrykk av at han har bestandig tatt meg på alvor ut fra jeg begynte å gå dit. Ja, han har vært interessert i meg og min person og min kropp, både inn og utvendig for å si det slik.'

Det viktigste for pasientene er at fastlegen "tar seg tid", "hører på", "snakker med", "lytter til", "følger med", "spør", "foreslår". Med andre ord legges det stor vekt på legens relasjonskompetanse

9.3 Fastlegene om kompetanse og veiledningsbehov

Hovedinntrykket fra intervjuene med fastlegene er at legene savner mer fagkunnskap når det gjelder psykiske lidelser. Også intervjuene med spesialisthelsetjensten viser at det er et behov for både å styrke den faglige kunnskapen på psykiske lidelser, og samtidig legge bedre tilrette for måter å kommunisere på som passer i en travel hverdag.

På spørsmål om fastlegen opplever at det er balanse mellom det ansvaret han eller hun har som fastlege, og den kompetansen vedkommende har, svarer en fastlege:

'Det er en balansegang hele tiden. Jeg skulle gjerne hatt mer kompetanse. Jeg skal ha noen sykehusår snart, og da har jeg tenkt på at det kanskje skal bli psykiatri. Samtalegreiene går greit for så vidt, men jeg er usikker på kunnskapen om verktøyet for samtaler, om diagnosene og jeg medisinerer riktig, og hva skjer hvis de trenger andre typer medisiner i tillegg, eller hva om vi skal skifte medisiner osv. Der trenger jeg mer kunnskap. Det ser jeg.'

Mange fastleger erkjenner behovet for økt kompetanse og veiledning, men de virker skeptisk til at spesialisthelsetjenesten kan bistå dem i forhold til dette behovet. Flere faktorer hindrer god faglig tilknytning mellom fastlege og spesialisthelsetjeneste. For eksempel er en del fastleger opptatt av at spesialisthelsetjenesten ikke fungerer bra nok. Det virker som om DPS'ene er uaktuelle i forhold til å yte faglig bistand overfor fastlegene fordi de i så stor grad sliter med omorgansieringer og gjennomtrekk, og mangler effektivitet:

'Det er frustrerende at det er mange som har sluttet på DPS'en etter at de omorganiserte. Nå er det mange nye. Det er stagnert. Det er litt for ofte at det er psykologistudenter som gjør jobben. De har sikkert noen i bakhånd som veileder dem, men de har mindre erfaring enn meg, så det er ikke noen vist i å spørre dem om så mye. Det er vel mye av det nå synes jeg. Problemet med det er at de løfter ikke saken videre.'

'(...)...problemet er poliklinikkene. (...) de mangler opplegg som gjør at folk arbeider effektivt. Og så må du ha inn mennesker som er dyktige og arbeidsomme. Det er der det streiker i dag. Det er mangler på en rekke områder. Folk kommer og går. Det er hele tiden gjennomtrekk. Det kommer noen med vyer og så sier de at nå skal vi gjøre sånn og sånn. Og så går det en tid og så er det tilbake igjen. Du har følelsen av at poliklinikken går fra den ene krisen til den andre. Det er jeg som fastlege som representerer kontinuiteten her. Jeg har vært her ved dette kontoret siden 1983 og er godt etablert med mine pasienter her.'

Videre dukker spesialisthelsetjenestens tverrfaglighet igjen opp som et "problem", ettersom en del fastleger gjerne foretrekker å ha kontakt med annen lege eller spesialist. Som nevnt i kapitlet om samarbeid, uttrykker noen fastleger en mild skepsis til spesialisthelsetjenestens tverrfaglighet – dette at psykiatriske sykepleiere, sosionomer og lignende driver med behandling. På spørsmål om spesialisthelsetjenestens tverrfaglighet kunne virke uheldig i forhold til å få til et seriøst faglig samarbeid, svarer en av fastlegeinformantene:

'Ja, jeg synes det. Og mange ganger så ønsker vi en vurdering, om dette kan være den eller den diagnosen og sånn, og det har ikke egentlig allmenleger og psykologer lov til å gjøre da, er dette en akse I, akse II, er det sånn og sånn. Føler at det blir, det blir ikke så veldig profesjonelt da. Det er på mange måter ivaretagende, men ikke veldig profesjonalisert da.'

Det optimale, både i forhold til muligheten for konsultering angående pasient, muligheten for å få en rask henvisning, og det å få drøfte ting mer generelt, er det å kjenne en psykiater eller lege, eller eventuelt annen spesialist (psykolog), som er tilgjengelig for dette. Det er en del fastleger som har slike kontakter inn mot spesialisthelsetjenesten, om ikke alltid så uformell som følgende relasjon:

'Jeg er så heldig at jeg kjenner forhenværende overlege på poliklinikken, som nå driver privat. Han er venn og kollega. Når jeg har trøbbel, så ringer jeg han og ber han komme på mitt kontor, og så kan vi ta en prat om denne pasienten. Og da setter han seg ned. Jeg har et opplegg som mange allmenleger ikke har, men som mange nok

skulle ønske at de hadde. Dette at psykiateren kommer til legekontolet og setter seg med sammen med fastlegen, og så ser vi på saken sammen. Men dette går mye på personlighet, fordi dette er hans ide og velvilje som gjør at han gjør dette. Han har også skissert overfor de andre fastlegene i bydelen at han er interessert i å gjøre dette. Så dette er ikke noe som har med systemet å gjøre. Men det er klart at dette er et tilbud som alle fastleger burde hatt. Det er et bra tilbud.'

I tillegg til at denne relasjonen bygger på felles faglig plattform, har det et eksklusivt, uformelt og privat preg. Mange ting taler for at gruppeløsninger kan være hensiktsmessig. Som nevnt i neste punkt, forteller en av psykiaterne blant informantene om at tidligere fungerende faggrupper som besto av kommuneleger og psykiatere der "case" ble tatt opp og diskutert. Et inntrykk blant fastlegene i dag derimot er at: *'Psykiatrien har så nok med seg selv.'*

9.4 Andre helsetjenester om fastlegens kompetanse

Vi har flere steder i rapporten konstatert at både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten påpeker at det er store forskjeller mellom fastleger, både når det gjelder tilgjengelighet, oppfølging og samarbeid. På spørsmål om fastlegen har tilstrekkelig kunnskap i forhold til å gi et tilbud til denne pasientgruppen, sier en leder i spesialisthelsetjenesten (klinisk sosionom):

'Generelt så synes jeg det virker som den er ganske dårlig. Generelt synes jeg det virker som at de er utrolig dårlig til å informere om medisin. (...) det har jeg reagert på mange ganger, at pasientene får alt for lite informasjon om medisinene de blir satt på. (...) De har vel vært på seminarer nok til å vite, men de tar seg ikke tid, tenker jeg. Og det er hederlige unntak da. Men jeg får ikke inntrykk av at det er veldig mye, det kan godt være en interesse for pasienten som sådan, uten at man dermed sitter og vet så mye omkring lidelsen.'

En annen har det inntrykk at legens interesse og kompetanse og vedkommendes popularitet henger sammen:

'Nei, det synes jeg varierer veldig mye. (...) de som har mye kontakt har både en interesse i feltet, men også høy kompetanse synes jeg. Det er samsvar der synes jeg. Og det er vel og noe som gjør at enkelte av legene er mer populære blant pasientgruppen tror jeg.'

En psykiatrikoordinator i en bydel mener det på en annen side at det har skjedd en positiv utvikling:

'Siste gang det var 'Schizofrenidagene' i Stavanger, deltok det mange fastleger. Det har aldri hendt før. Så det er skjedd noe. (...) Men det er store forskjeller mellom fastlegene med hensyn til hvor mye kunnskaper de har. De som jobber tettere med annenlinjen utvikler mer kunnskap.'

Psykiatrikoordinatoren påpeker at det å ha kontakt med spesialisthelsetjenesten gir kunnskap. Fastlegene vil nok ikke umiddelbart være enig i dette, jamfør fastlegens skepsis til spesialisthelsetjenestens faglighet. Fra psykiatere i spesialisthelsetjenesten sin side er antagelig i større grad et kapasitetsproblem enn noe annet, som er årsak når man ikke praktiserer faglig assistanse til fastlegene:

'Det er klart at hvis vi skal få fastlegen til å være interessert i våre pasienter, eller deres pasienter, så må jo vi være interessert i fastlegen også, og bidra til å hjelpe vedkommende. Hvis fastlegen føler at en ikke får noe hjelp, og det butter i mot, så vil en jo selvsagt bli mye mer negativ, ikke bare i forhold til pasienten, men til faget. Hvis psykiaterne er håpløse, så vil jo de psykiatriske pasientene bli håpløse og.' (psykiater)

Som nevnt i punket over, fins det eksempler på positive erfaringer med et mer formalisert veiledningsopplegg der fastleger og psykiatere møtes i et faglig forum, der man kan diskutere generelle faglige problemstillinger, og konkrete "case", a la de internasjonale Balint-groups. Dette kan være en løsning på dilemmaet med få fagfolk og fastleger som gjerne ønsker kontakt med annen lege.

9.5 Oppsummering og diskusjon

Pasientene ønsker at fastlegene, i tillegg til medisinsfaglig kompetanse, har en relasjonskompetanse som de kan nyte godt av i forhold til sin psykiske lidelse: at fastlegen *"tar seg tid"*, *"hører på"*, *"snakker med"*, *"lytter til"*, *"følger med"*, *"spør"* og *"foreslår"*. Når mange opplever at fastlegen ikke har det, justerer de sine forventninger i forhold til det. De opplever at fastlegen velger vekk slike kvaliteter ved konsultasjonen, først og fremst fordi de ikke har tid til det, eller fordi de faglig velger å begrense seg til somatikk og medisin. For øvrig knyttes kompetanse hos fastlegen til kvaliteter ved kontinuitet – at pasienten opplever å få en god kontakt gjennom år, og dermed også god hjelp på bakgrunn av at legen kjenner dem.

Mange fastleger erkjenner behovet for økt kompetanse og veiledning på dette området, men de virker skeptisk til at spesialisthelsetjenesten kan bistå dem i forhold til dette behovet. Flere faktorer hindrer en od faglig tilknytning mellom fastlege og spesialisthelsetjeneste: en del fastleger er opptatt av at spesialisthelsetjenesten ikke fungerer bra nok, både på grunn av endringer i organisering, mangel på leger og spesialister, og noen steder stor gjennomtrekk i personalet. Videre nevnes spesialisthelsetjenestens tverrfaglighet som problematisk, fordi fastlegen gjerne foretrekker kontakt med annen lege eller spesialist.

For fastlegen virker det som det optimale er det å kjenne en lege eller spesialist i spesialisthelsetjenesten for enkelt å ta kontakt angående pasient, eventuelt få gjort en henvisning, eller få drøfte ting mer generelt. I tillegg til at en slik relasjonen bygger på felles faglig plattform, har den et rasjonale som går utenom systemet. Sånn sett kan nok slike kontakter i større grad være tilpasset fastlegens travelhet.

Informantene i spesialisthelsetjenesten viser til stor variasjonen i kompetanse og interesse hos fastlegene. Igjen er psykiaterne blant informantene mer positivt innstilt, også i forhold til å skulle yte noe overfor fastlegene.

Inntrykket er at det er en mangel på kontinuitet i relasjonen mellom fastleger og spesialisthelsetjeneste, og at dette er en stor utfordring også når det gjelder kompetanseoppbygging. På den ene siden må man sørge for at det finnes formelle systemer for samarbeid slik at en unngår å være avhengig av "kjenne noen" for å få faglig bistand fra spesialisthelsetjenesten. På den annen side kan det være en ide å legge bedre tilrette for måter å kommunisere på som passer i en travel hverdag. Dersom spesialisthelsetjenesten skal være aktuell som faglig bistandsyter overfor fastlegen, krever dette at de stiller med høyere kompetanse enn fastlegen har selv.

10 Oppsummering og diskusjon

10.1 Liten endring å spore

Verken pasienter, fastleger eller samarbeidende helsetjenester opplever at fastlegeordningen har medført store endringer. Helsetjenestene understreker at ordningens fremste fortrinn er at den plasserer ansvaret for pasienten hos fastlegen.

Pasientene opplever det som positivt med en fast lege, forutsatt at de er fornøyd med legen. Studien viser en relativt høy bytteberedskap hos pasientene, i de tilfellene der man har vært, eller er, misfornøyd med relasjonen. Det er vanskelig å si om dette er et mønster for denne pasientpopulasjonen, ettersom pasientinformantene i utvalget sannsynligvis ikke er representative i forhold til gruppen totalt, for eksempel når det gjelder initiativ og pågangsmot. Imidlertid viser også andre studier en høy bytteberedskap blant pasienter med store og sammensatte behov (Dahle og Skilbrei, 2003).

Heller ikke fastlegene opplever at ordningen har medført store endringer. Noen hevder at de alltid har praktisert som "fastlege". I andre tilfeller tyder "lite endring" på at man ikke er bevisst på å utnytte ordningen. Alle mener det har vært en fordel å få plassert ansvaret for pasienten, men mange er usikkerhet på i hvilken grad ordningen har medført bedre oppfølging av pasienten. Fastlegene opplever også noen utfordringer med ordningen, både faglige og mer systemmessige. Det er en utfordring å forholde seg til kroniske problemer i det daglige arbeidet, ikke minst sett i forhold til takster og tidspress, og det nevnes som en utfordring å styre i retning av mindre solopraksis, og mer tverrfaglighet.

I tillegg til å fremme fordelene av en "fast adresse" vedrørende pasienten, mener øvrig kommunehelsetjeneste at fastlegeordningen til en viss grad har bidratt positivt. Man opplever at det skjer en holdningsendring, også blant fastlegene. Imidlertid spores ikke dette nødvendigvis til fastlegeordningen. Parallelt med denne reformen har det skjedd store endringer i tjenestene, for eksempel gjennom økt brukermedvirkning samt arbeid med individuelle planer. Økt tverrfaglighet er en viktig målsetting i alt dette arbeidet. Det er likevel ikke tvil om at ordningens gjennom en "fast adresse", legger til rette for samarbeid i større grad enn før.

Erfaringene i spesialisthelsetjenesten er mer sprikende. Mens psykiaterne uttrykker tilfredshet med utviklingen, er de øvrige faggruppene mer kritisk – ikke til selve ordningen, men til fastlegens grad av involvering og samarbeid. Mens ordningen legger til rette for tverrfaglighet, opplever de ofte at fastlegene ikke prioriterer dette, og at man dermed er like langt.

10.2 Relativt god tilgjengelighet til ordinær time og øyeblikkelig hjelp

Tilgjengeligheten til legetime og til øyeblikkelig hjelp på dagtid, vurderes som relativt bra av de ulike informantgruppene. Man får jevnt over en ordinær time innen et par uker, og man får øyeblikkelig hjelp ved behov for det. Det kan imidlertid oppstå problemer i særskilte tilfeller når det viser seg at den som er syk ikke har fastlege, eller dersom vedkommende selv har flyttet, og det ikke blir ordnet med fastlege på nytt bosted før krisen er akutt.

Det at pasientene vurderer tilgjengeligheten som så god, må sees på bakgrunn av at de fleste av dem har en avtale med fastlegen om regelmessige konsultasjoner, og/ eller en avtale å ta kontakt ved behov. For øvrig er det et poeng at de fleste av dem har kontakt med andre helsetjenester. Fastlegens rolle er sannsynligvis mindre viktig i perioder med tett oppfølging av spesialisthelsetjenesten eller kommunehelsetjeneste. Dessuten må det tas høyde for at pasientinformantene sannsynligvis ikke er helt representative for gruppen med alvorlige psykiske lidelser. Det er nok de friskeste og mest ressurssterke i denne gruppen som har valgt å stille til intervju, og muligvis også de med de mest positive erfaringene.

Noen fastleger er fleksible i forhold til å gå på hjemmebesøk, eller ved å følge opp pasientens henvendelse på telefon. Mer sjeldent er det å gi pasienter mobiltelefonnummeret sitt til kontakt ved krise. Inntrykket er at denne type fleksibel tilgjengelighet praktiseres av fastleger med en mye større involvering enn det som er vanlig. Både kommunale helsearbeidere og spesialisthelsetjenesten påpeker for øvrig store forskjeller når det gjelder fastlegens involvering. Når det gjelder førstnevnte, er det gjerne de som ser pasienten mest, og som følger med når sykdommen blomstrer opp. Når fastlegen ikke er fleksibel i forhold til å agere i slike situasjoner, kan det medføre at for mange havner som akutte henvendelser på legevakten. I slike tilfeller får man heller ikke benyttet seg av den kunnskap fastlegen skulle ha ervervet som pasientens ansvarlige medisinskfaglig koordinator over tid.

I de tilfellene der fastlegen der det er dårlig tilgjengelighet eller der han eller hun i liten grad involverer seg med denne pasientgruppen, er det nærliggende å tro at dette kan ha årsak i stort arbeidspress med lange eller for arbeidskrevende lister. Ettersom forskning viser at lang ventetid ikke hadde klar sammenheng med lang liste (Hetlevik og Hunskaar, 2004; Grytten et al., 2004), påpekes at leger med lange lister trolig har effektive rutiner for pasienthåndtering og pasientgjennomstrømning (Grytten et al., 2004). Det er vanskelig å peke på hva som bidrar til effektiv drift, samtidig som man ivaretar pasientene på en forsvarlig måte. Denne studien viser et par eksempler på svært lange lister kombinert med god pasientgjennomstrømning, der man organiserer praksisen med få faste avtaler per dag, og dermed stor fleksibilitet i forhold til øyeblikkelig hjelp.

I tillegg til at strukturelle og organisatoriske forskjeller i praksis gir ulik tilgjengelighet og involvering, spores forskjeller også til fastlegenes prioritering i forhold til denne pasientgruppen. Generelt står gruppen ikke øverst på lista over ønskede pasienter, noe som poengteres av to kommuneoverleger blant informantene, som har et bredere blikk på tjenesten. Poenget er for øvrig er godt dokumentert (Album, 1991; 2002).

10.3 Fastlegens oppmerksomhet i konsultasjon er svært variabel

Mens tilgjengeligheten, både til ordinær time og øyeblikkelig hjelp, vurderes som relativt bra, er mange, både pasienter og andre helsearbeidere, kritisk til legens tidsbruk og oppmerksomhet i konsultasjonen. På dette området blir det enda tydeligere at fastlegene involverer seg i svært ulik grad. Mange pasienter opplever at en time hos fastlegen ikke innbyr til å gå inn på mer tidkrevende problematikk. Færre beskriver at deres fastlege lytter og er oppmerksom, og tar seg tid. Når fastlegen tar seg tid, er det et klart inntrykk at dette gir svært stor uttelling i forhold til om pasienter er fornøyd. Det handler i stor grad om hvorvidt fastlegen tar seg tid til å gå inn på de psykiske problemene til pasienten.

Det er i stor grad takster og egenandeler som styrer fastlegens tidsbruk i konsultasjon. En del fastleger bruker dobbeltimer overfor pasienter de vet trenger det. Dette gir en mulighet til å gå inn på de psykiske problemene. Andre er generelt fleksible, og går stadig over den tilmålte tida, og kniper igjen på andre områder, for eksempel egen lunsjpause.

Intervjuene med pasientene tyder på at de gjerne ser på fastlegens relasjonskompetanse som viktigere enn den medisinskfaglige kompetansen. Når pasientene vurderer fastlegens tilbud, er de i overveiende stor grad opptatt av om legen er interessert og kommuniserer godt. Relasjonskompetanse dreier seg om den praktiske utøvelsen av den medisinske (teoretiske) kunnskapen. Det dreier seg om hvordan legen praktiserer sitt fag i forholdet til pasienten. Kommunikasjonen mellom lege og pasient blir en avgjørende faktor.

Hvorvidt fastlegenes travelhet i konsultasjon er kritikkverdig eller ei, avhenger av hvilken rolle man kan forvente at fastlegen skal ha vedrørende de psykiske problemene. Det er også i stor grad avhengig av hvordan tjenesten styres gjennom takster og egenandeler. Hvis fastlegeordningen skal tilfredsstille denne pasientgruppen, er dagens tidsbruk i konsultasjon en indikasjon på at en ikke er i stand til å oppfylle forventningene om et pasientrettet tilbud for denne gruppen.

10.4 Fastlegens oppfølging av pasientene er svært variabel

For pasientene er det et poeng med kontinuitet, forutsatt at de er fornøyd med fastlegen. Misnøye fører gjerne til at man bytter, dersom man vet at det eksisterer et bedre alternativ. Likevel er inntrykket at pasientene venter i det lengste med å skifte, og at de er pragmatisk i forhold til hva de oppnår ved et skifte. Det har uansett sine fordeler å fortsette hos samme fastlege, selv om forholdet ikke er optimalt: øvrig helsepersonell på legekantoret kjenner ens situasjon, og det kan være slitsomt å skulle fortelle om sykdommen på nytt og på nytt.

For øvrig kan en konsekvens av dårlig relasjon mellom lege og pasient være at pasienten foretrekker å henvende seg til legevakt når behovet for hjelp oppstår. Dersom bevisst bruk av legevakt i stedet for fastlege er utbredt, er det i så fall et valg som motstrider fastlegeordningens intensjon. Om fastlegene er bevisst slike effekter kan det unngås gjennom bedre oppfølging.

Om lag halvparten av pasientinformantene har faste, og ofte hyppige konsultasjoner hos fastlegen. Andre har avtale om å ta kontakt ved behov. De fleste pasientene virker fornøyd med dette. Det er imidlertid uklart om de er fornøyd fordi dette er tilstrekkelig kontakt, eller om kontakt med andre helsetjenester kompenserer for kontakt med fastlegen. For en del pasienter står ikke fastlegens tilbud sentralt når det gjelder den psykisk helsen.

Hvorvidt pasienten trenger regulert oppfølging, eller selv tar kontakt ved behov, er en vurdering fastlegen gjør. Mange fastleger stoler i stor grad på at øvrig kommunehelsetjenesten følger med, noe de i stor grad gjør, mens andre har en mye mer systematisk oppfølging. Det skjer imidlertid fra tid til annen at personer i krise ikke oppdages. Ikke alle har inntrykk av at fastlegeordningen har lyktes i forhold til å knytte pasientene tettere opp mot den som er medisinsk ansvarlig. En mer regulert ordning vedrørende oppfølging kunne være nyttig, alternativt at oppfølging avklares i individuelle planer.

Det varierer ikke minst hvilket *innhold* fastlegene legger i oppfølgingen av pasientene. Pasientene sine erfaringer er i hovedsak at fastlegen følger bra opp når det gjelder somatiske helseproblemer, og stort sett også når det gjelder medisinsk oppfølging vedrørende den psykiske lidelsen. På den annen side gir fastlegen lite rom for å eksperimentere i forhold til doser eller type medisin. En årsak kan være mangel på kunnskap, men også mangelfullt samarbeid med spesialisthelsetjenesten. En fare ved dette er at pasienter sementeres.

Få pasienter opplever at fastlegen virkelig tar tak i de psykiske problemene. Mange forventer heller ikke dette, fordi de mener fastlegen verken har kompetanse eller tid. Så lenge pasienten følges opp av spesialisthelsetjenesten eller øvrig kommunehelsetjeneste, er dette gjerne tilstrekkelig. Når dette ikke er tilfelle bør fastlegen gi pasienten større oppmerksomhet, også ved å følge utviklingen i den psykiske helsetilstanden. Pårørende forteller om fastleger som ikke følger opp alvorlig syke personer.

Denne undersøkelsen viser at noen fastleger gjør mye mer ut av sin rolle ved å ta seg tid til å forhøre seg om pasientens psykiske helse, la pasienten få tid til å fortelle. Enkelte spesialiserer seg faglig, og tilbyr pasientene behandling etter prinsipper i kognitiv terapi. Erfaringene er gjerne at det er krevende å lykkes i slikt arbeid med de rammene en middels legepraksis er organisert etter. Man kan til en viss grad legge opp til dobbeltimer, i den grad dette er mulig.

Denne studien understreker verdien av en god relasjon mellom fastlege og pasient, basert på litt bedre tid og bedre kommunikasjon. Det kan tenkes at en pragmatisk løsning på fastlegenes tidsklemme er å la pasienten få god tid *av og til*. Dersom dette betyr at man lettere

oppnår en god relasjon mellom pasient og fastlege, kan det også hende at kvaliteten i påfølgende 20-minutters konsultasjon også heves.

10.5 For dårlig samarbeid mellom fastleger og øvrige helsetjenester

10.5.1 Samarbeid med kommunehelsetjenesten

Selv om fastlegenes holdning er at samarbeid med aktuelle tjenester i kommunen ofte er relevant, er samarbeidspartners inntrykk at de er noe restriktive i forhold til å prioritere møtevirksomhet. Dette først og fremst på grunn av det daglige tidspresset. Dersom det er snakk om langvarige møter har fastlegen dessuten dårlig inntjening. Alternativet er å ha (korte) møter på eget kontor.

Det varierer hvem som er viktigste samarbeidspartner for fastlegen: hjemmesykepleier eller psykiatrisk sykepleier i kommunen. Dette beror på hvem pasientene på lista har kontakt med. I de tilfeller der fastlegen har relativt god kontakt med den ene eller den andre av disse tjenestene, er de også i stor grad fornøyd med tjenesten. Mange har stor tiltro til dem, og overlater gjerne mye ansvar ved å stole på at de følger opp pasientene når dette er nødvendig.

Det psykiske helsearbeidet i kommunene er ennå i støpeskeia, og bevisstheten omkring kommunenshelsetjenestens rolle overfor denne pasientgruppen vil øke. Mens noen psykiatriske sykepleiere er bevisst på at de gir et behandlingstilbud, er andre bevisst en rolle som støttespiller for fastlegen i kommunens helhetlige tilbud til den enkelte pasient. I tillegg til at noen ser ut til å utvikle seg i retning av å ligne på spesialisthelsetjenesten, kan tjenesten også ha en sentral rolle i forbindelse med henvisning av pasienter ved at de skriver henvisningen, og at fastlegen bare signerer. Dette er sikkert ofte rasjonelle løsninger, gjennomført at personer i kommunehelsetjenesten som har førstehåndskjennskap til pasienten. På den annen side, dersom man ønsker at fastlegeordningen skal oppfylle sin intensjon, bør pasienten knyttes tettere opp til medisinsk ansvarlig.

10.5.2 Samarbeid med spesialisthelsetjenesten

Evalueringen viser at samarbeidet mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten er svært variabelt, og i hovedsak for dårlig i forhold til intensjonen i fastlegeordningen. Forholdet mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten er i for stor grad preget av diskontinuitet – eller tilfeldig kontinuitet. Alle synes å ville kontinuitet, basert på mer interaksjon og bedre samarbeid. Samtidig må både fastlegen og spesialisthelsetjenesten forholde seg til sine daglige oppgaver. Mens fastlegen har tendens til å prioritere den medisinskfaglige omsorgen overfor *alle* pasientene på sin liste, har spesialisthelsetjenesten sine ventelister å forholde seg til.

Mange pasienter har ikke store forventninger til at tjenestene rundt dem skal samarbeide, ettersom de ikke har erfaring med at de har gjort det i vesentlig grad. Mange oppfatter at det er en (tradisjonell) "fordeling" mellom tjenestene, der fastlegen tar seg av det somatiske, mens de andre tjenestene tar seg av det psykiske – slik det var før deinstitusjonaliseringen startet. Når det gjelder pasientenes behov for henvisning, mener de fleste at fastlegene er oppmerksom overfor deres behov. Et par ekstreme eksempler på det motsatte kan tyde på dårlig kommunikasjon, og/ eller mangelfull oppfølging og veiledning fra spesialisthelsetjenesten.

Fra fastlegen sin side er det gjerne dårlig tilgjengelighet til spesialisthelsetjenesten som påpekes som en viktig årsak til mangelfullt samarbeid: i forhold til å få inn pasienter som trenger behandling, i forhold til å bistå fastlegen med råd og veiledning, men også å enkelt få kontakt på telefon. Noen fastleger er også kritiske til spesialisthelsetjenestens treghet i med utsending av epikriser, samt informasjon om pasienten underveis i behandlingsopplegget. Fastlegen er medisinsk-faglig ansvarlig for pasienten når denne ikke mottar et tilbud i spesialisthelsetjenesten. Dersom en pasient på lista i en periode har mottatt behand-

ling i spesialisthelsetjenesten, og så returnerer til fastlegen, er fastlegen avhengig av tilstrekkelig informasjon om pasienten for å kunne gi et adekvat tilbud. Ikke minst på denne bakgrunn må epikrise foreligge raskt.

Spesialisthelsetjenesten på sin side er kritisk til en del fastleger sine evner til å skrive gode henvisninger. Både når det gjelder henvisninger og epikriser, er dette en nødvendig, men på langt nær tilstrekkelig faglig kommunikasjonsform mellom tjenestene.

For øvrig er en del fastleger kritisk til spesialisthelsetjenestens tverrfaglighet – dette at høyskoleutdannede fungerer som behandlere. En del foretrekker andre leger når de skal samarbeide, spesielt i forhold til å få faglige råd og veiledning, for øvrig et funn som også ble gjort i evalueringen av fastlegeforsøkene (Heen et al., 1996). Dette er selvsagt med og skaper en høyere terskel for samarbeid, også rent praktisk ettersom det ikke er så mange leger å "ta av". Selv om felles faglig plattform er fordelaktig for samarbeid, krever psykisk helsearbeid innsats fra flere yrkesgrupper som arbeider på tvers av den enkeltes plattform og spesialisering (NOU 2005:3).

Når samarbeidet mellom fastlege og spesialisthelsetjeneste fungerer godt, sett fra fastlegen sitt ståsted, synes følgende faktorer å gå igjen: det å ha kjennskap til de som jobber i spesialisthelsetjenesten, ha faste møter med dem, men i tillegg ha en lav terskel for kontakt ved behov for det. Det siste virker å være viktig, ikke minst fordi fastlegen er interessert i å kunne ta en rask og uformell kontakt, uten å bruke for mye tid på det. Fastlegene arbeider i forhold til et tidspres, og har gjerne et annet rasjonale omkring tid enn det som er tilfelle i spesialisthelsetjenesten. Her må nok begge tjenestene gå i seg selv. Fastlegen kan for eksempel granske hvorvidt tidsklemma skyldes for lang liste, og spesialisthelsetjenesten kan se på om de har et for rigid system i forhold til å bistå fastlegene.

10.5.3 Lite kontakt mellom fastlege og DPS når pasienten har et behandlingstilbud

Det kvantitative materiale viser grad av kontakt mellom DPS og fastlege, og mellom pasient og fastlege, i en periode der pasienten har et behandlingstilbud i DPS. I analysen har vi delt i tre pasientgrupper: alvorlige lidelser samt middels og lettere lidelser i forhold til standard i GAF-indeks.

Funnene i materialet bekrefter at det er lite kontakt mellom DPS og fastlege vedrørende pasienter under behandling i DPS. DPS hadde oftest hovedansvaret for utarbeidelse av individuelle planer, men kommunehelsetjenesten hadde hovedansvar for i underkant av en tredjedel av pasientene. Dette er først og fremst pleie- og omsorgstjenesten i kommunen, og ikke fastlegen. Fastlegen var involvert vedrørende 14 % av pasientene med en alvorlige psykiske lidelsene, og i mindre grad vedrørende de med middels eller lettere lidelser.

Fastlegen hadde i svært liten grad noen rolle som koordinator vedrørende pasientene, kun for mellom 5 - 7 % i de tre pasientgruppene. Både fordi det er høy andel ubesvart på dette spørsmålet (28 %), og ettersom det totalt var hele 39 % som oppga at det ikke er behov for koordinator, kan tyde på at koordinatorrollen ikke er innarbeidet eller tydeliggjort.

Sykepleier viste seg å være mer sentral enn fastlegen, både når det gjelder antall kontakter gjort fra behandlerne ved DPS, og når det gjelder samtaler som pasienter hadde med andre enn DPS. Gruppen med en alvorlig psykisk lidelse hadde i gjennomsnitt 1,3 samtaler med sykepleier (eller annen tilsvarende fagperson) i kommunehelsetjenesten, og gjennomsnittlig 0,5 samtaler med fastlegen.

Det ble i liten grad holdt samarbeidsmøter, eller veiledning overfor kommunen – kun vedrørende om lag 20 % av pasientene med en alvorlig psykisk lidelse, og i enda mindre grad vedrørende de øvrige pasientgruppene.

Det totale inntrykket, når det gjelder samarbeid mellom fastlege og øvrige helsetjenester, er at det er et stykke igjen, sammenlignet med nasjonale ambisjoner, blant annet i fastlegeordningen, og Individuell plan.

10.6 Kompetanse og veiledningsbehov hos fastlegne

Pasientene ønsker at fastlegene både skal ha medisinsfaglig kompetanse og en relasjonskompetanse. Spesielt er det viktig for dem å bli lyttet til. Når mange opplever at fastlegen ikke tar seg tid til dette, justerer de sine forventninger.

Mange fastleger erkjenner behovet for økt kompetanse og veiledning på dette området, men er gjerne skeptisk til at spesialisthelsetjenesten kan bistå dem, først og fremst fordi de mener at spesialisthelsetjenesten mangler faglighet, de leger og spesialister, og de er skeptisk til tverrfagligheten. Fastlegen bruker gjerne sine legekontakter i spesialisthelsetjenesten. Dette er en relasjon som bygger på felles faglig plattform, og som har et rasjonale som går utenom systemet, og dermed i større grad er tilpasset fastlegens travelhet.

I spesialisthelsetjenesten er det igjen psykiaterne som er positivt innstilte, også i forhold til å skulle yte noe overfor fastlegene. De øvrige viser igjen til det generelle inntrykket av stor variasjon mellom fastleger.

Mangel på kontinuitet i forholdet mellom fastleger og spesialisthelsetjeneste er en utfordring, også når det gjelder kompetanseoppbygging. Formelle samarbeidssystemer bør sikre at fastlegen slipper å være avhengig å "kjenne noen" for å få faglig bistand fra spesialisthelsetjenesten. Kompetanseutveksling bør være tilpasset en travel hverdag, og faglig bistandsyter overfor fastlegen bør ha høyere kompetanse enn fastlegen har selv.

11 Konklusjon

Fastlegeordningen representerer i liten grad noen endring for pasienter med en alvorlig psykisk lidelse, slik de ulike informantene opplever det. Hovedinntrykket er imidlertid at i den grad det har vært endring, har disse vært positive. Mye gjenstår likevel, spesielt i forhold til å gi et mer pasientrettet tilbud, få til samarbeid, og å øke kompetansen om psykiske lidelser blant fastleger.

Studien viser at tilgjengeligheten til ordinær time og øyeblikkelig hjelp hos fastlegen er relativt bra for disse pasientene. Fastlegens tid og oppmerksomhet under selve konsultasjonen legger imidlertid sjelden til rette for å kunne gå inn på det psykiske problemene i vesentlig grad. Fastlegens oppfølging er først og fremst knyttet til somatiske problemstillinger, og medisinerbruk. Dette er gjerne tilstrekkelig i de tilfellene der pasienten får behandling i spesialisthelsetjenesten, eller har en form for oppfølging i kommunen. I de tilfeller der pasienten har annet behandlingstilbud, reduserer dette fastlegens betydning for pasienten sin del. Dersom medisineringen er avklart, og pasienten ikke har kroppslige plager, kan fastlegen være ute av bildet i lang tid. Det er andre helsetjenester som representerer kontinuitet. Når dette ikke er tilfelle, er pasienten mer avhengig av fastlegens tilbud. Korte konsultasjoner vil i mange tilfeller ikke dekke pasientens behov. Hvis fastlegeordningen skal tilfredsstille denne pasientgruppen, er dagens tidsbruk i konsultasjon en indikasjon på at en ikke er i stand til å oppfylle forventningene om et pasientrettet tilbud for denne gruppen.

Det har gått 10 år siden evalueringen av forsøkskommunene konstaterte at legene ikke hadde kapasitet eller kompetanse til å ta seg av psykiske lidelser (Heen et al., 1996). Vår studie viser at en del fastleger ønsker dette, og er kompetente til det. Disse går utover sin tradisjonelle rolle, og legger opp til en mer behandlende rolle, for eksempel med bruk av kognitive teknikker i samtale med pasienten. Mye tyder på at det har skjedd mye med faget og med praksis de siste årene (jfr 1.1.4 innledningsvis).

Studien viser at det samarbeides for lite mellom tjenestene, men lite tyder på at fastlegeordningen har ført til dårligere samarbeid. Mange pasienter har ikke store forventninger til at tjenestene rundt dem skal samarbeide, ettersom de ikke har erfaring med at de har gjort det i vesentlig grad.

Alle tjenestene har intensjoner om bedre samarbeid, og det fins flere årsaker til at det ikke alltid skjer. Når det gjelder kommunehelsetjenesten, stoler fastlegen gjerne på at fagpersoner der tar et stort ansvar for pasienten. Flere steder har kommunehelsetjenesten utviklet seg i retning av spesialisthelsetjenesten, noe som kan motvirke fastlegeordningens intensjon om at pasientene skulle knyttes tettere opp til medisinsk ansvarlig.

Når det gjelder samarbeidet mellom fastlegen og spesialisthelsetjenesten, er henvisninger og epikriser en nødvendig, men på langt nær tilstrekkelig faglig kommunikasjonsform mellom tjenestene. I tillegg viser studien at spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt ikke følges opp tilstrekkelig.

Det er flere årsaker til at samarbeidet i mange tilfeller ikke fungerer tilstrekkelig. Foruten at fastlegene har lite tid, og spesialisthelsetjenesten dårlig tilgjengelighet, er en del fastleger kritisk til spesialisthelsetjenestens tverrfaglighet. De foretrekker gjerne kontakt med andre leger, spesielt i forhold til å få faglige råd og veiledning. Dette skaper en høyere terskel for samarbeid, også rent praktisk.

Det kvantitative materiale i studien bekrefter at det er lite kontakt mellom DPS og fastlege når pasienten har et behandlingstilbud i DPS. Fastlegen er lite involvert i arbeidet med individuelle planer, og fungerer svært sjelden som koordinator for pasienten. Sykepleier er mer sentral enn fastlegen, både når det gjelder antall kontakter gjort fra behandlere ved DPS, og når det gjaldt samtaler som pasienter hadde med andre enn DPS.

Når det gjelder fastlegens kompetanse, viser studien at pasientene ønsker at fastlegene både skal ha medisinskfaglig kompetanse og såkalt relasjonskompetanse. Spesielt er det viktig for dem å bli lyttet til. Når mange opplever at fastlegen ikke tar seg tid til dette, justerer de sine forventninger.

Fastlegene har behov og interesse for økt kompetanse og veiledning på dette området, men er ofte skeptisk til spesialisthelsetjenestens faglighet. Løsningen blir å bruke eventuelle legekontakter inn mot spesialisthelsetjenesten - en relasjon som bygger på felles faglig plattform, og som har et rasjonale som går utenom systemet, og dermed i større grad er tilpasset fastlegens travelhet.

For å sikre kontinuitet mellom tjenestene trengs kontaktpunkt. Formelle strukturer for samarbeid bør etableres der dette ikke allerede er etablert. Samtidig bør det ideelt sett være lav terskel for kontakt begge veier. Kompetanseutveksling bør være tilpasset en travel hverdag. For øvrig må individuelle planer etter hvert utgjøre et viktig redskap i samarbeidet om den enkelte pasient.

12 Litteratur

- Album, D. (1991). Sykdommers og medisinske spesialisters prestisje. *Tidsskrift for Norsk Legeforening*, 111, 2127-33.
- Album, D. (2002). The prestige of diseases. A hidden factor behind priority bias? Konferansebidrag ved 4th International Conference on Priorities in Health Care.
- Andersson S.J., Lindberg, G. & Troein, M.: What shapes GP's work with depressed patients? A qualitative interview study. *Family Practitioners* 2002 Dec:19(6):623-31
- Andresen, Ø., Bjørngaard, J.H., Dahle, K.A., Groven, G., Grut, L., Hofoss, D., Saunes, I.S. og Ruud, T. (2004). Måling av brukererfaringer blant voksne i den psykiske helsevern. Innsamlingsmetode og spørreskjema. SINTEF Helse og Nasjonalt kunnskapssenter for helse-tjenesten.
- Arnesen, C.Å. (2005). Nyutdannedes arbeid innenfor psykisk helsevern. Arbeidsnotat 4/2005. Oslo: NIFU STEP.
- Arntzen, A. og Eide Rønningen, G. (2003). Fastlegeordningen og psykiatrien. Rapport fra en dialogkonferanse. HENÆR-rapport nr 1/2003. Senter for HELsefremmende arbeid i NÆR-miljøet.
- Arntsen, E., Johnsen, A. og Bjørndal, A. (1991): Produktivitet i legetjenesten i Oslo, Arbeidsfellesskapet Folkehelsa Nopsyko, Oslo.
- Bensing, J., Brink-Muinen, A. & Bakker, D. (1993): Gender differences in practice style: a Dutch study of general practitioners, *Medical Care*, Vol. 31:219-29.
- Bindman, J., Johnson, S., Wright, S., Szmukler, G., Bebbington, P., Kuipers, E. & Thornicroft, G. (1997). Integration between primary and secondary services in the care of the severely mentally ill: patients' and general practitioners' views. *British Journal of Psychiatry*, 171, 169-174.
- Boerma, W.G. and van den Brink-Muinen, A. (2000): Gender-related differences in the organization and provision of services among general practitioners in Europe: a signal to health care planners. *Medical Care*, 38, 993-1002.
- Brekke, M., Gudim, H.B., Hansen, T.E., Haavet, O.R., Leer, j., Nylehn, P. og Steinert, S. (2001). Populasjonsansvaret i fastlegeordningen – blir vi annerledes leger etter 1.6.? *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 14 (121), 1725-7.
- Brekke, M. og Steinert, S. (1999): Fastlegeordningen. Populasjonsansvarets faglige innhold må defineres, *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 119 (23), 3402.
- Brink-Muinen, A., Bakker D. & Bensing, J. (1994): Consultations for women's health problems: factors influencing women's choice of sex of general practitioners, *British Journal of General Practice*, 44, 205-10.
- Bryce, G. & Gordon, J. (2000). Managing child and adolescent mental health problems: the views of general practitioners. *Health Bulletin*, 58, 224-6.
- Burns, T., Greenwood, N., Kendrick, T. & Garland, C. (2000). Attitudes of general practitioners and community mental health team staff towards the locus of care for people with chronic psychotic disorders. *Primary Care Psychiatry*, 6, 67-71.

Carlsen, B. (2003). Fastlegenes erfaringer med fastlegeordningen. *Tidsskrift for Norsk Lægeforening*, 123 (10), 1322-4.

Carr, V.J., Lewin, T.J., Barnard, R.E., Walton, J.M., Allen, J.L., Constable, P.M. & Chapman, J.L. (2004). Attitudes and roles of general practitioners in the treatment of schizophrenia compared with community mental health staff and patients. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 39, 78-84.

Dagens Næringsliv, 23/24 juni 2005. 'Krevende pasienter dårlig betalt', s.8-9.

Dahle, R. og Skilbrei, M-L. (2003): *Fastlegeordningen og pasienter med store legebehov*. NIBR norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. Rapport 3/03.

Den Norske Lægeforening (2004). Statusrapport: Psykiske lidelser - Faglighet og verdighet. Rett til utredning, diagnostisk vurdering og målrettet behandling. <http://www.legeforeningen.no/>

Doron, A. et al.: Attitudes of general practitioners towards psychiatric consultation in primary care clinic. *Israel Journal of Psychiatry Relat Sci*, 40(2), 90-5.

Edwards, K. (2000). Service users and mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7 (6), 555.

Elvemo, E., Bergsland, K.H. og Krogen, T. (1995). Fra mitt ståsted... Allmennleger om tilbud, samarbeid og ansvarsdeling i psykiatrien. SINTEF Unimed, STF 81 A95020.

Falloon, I., Bradley, B.H.B., Bensemman, C. & Kydd, R.R. (1996). The role of general practitioners in mental health care: a survey of needs and problems. *New Zealand Medical Journal*, 108, 34-36.

Forskrift om fastlegeordning i kommunene, 2000-04-14 nr 328

Gulbrandsen, P., Førde, R. og Aasland, O.G. (2002). Hvordan har legen det som portvakt? *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 19, 1874-1879.

Grut, L. (1997): Om erfaringer med brukerråd i psykiatrisk sykehus. I Alm Andreassen T (red): *Forskning om brukervedvirkning - kunnskapsstatus og handlingsmuligheter*. Oslo: Konferanserapport Arbeidsforskningsinstituttet.

Grytten, J., Skau, I. og Carlsen, F. (2004). Brukertilfredshet i allmennlegetjenesten før og etter fastlegereformen. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 5 (124), 652-4.

Grytten, J., Skau, I., Sørensen, R. og Aasland, O.G. (2004). Endringer i tjenesteproduksjon og tilgjengelighet under fastlegeordningen. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 3 (124), 362-4.

Grytten, J., Skau, I., Sørensen, R og Aasland, OG. (2004). Legenes arbeidssituasjon etter ett år med fastlegeordningen. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 3 (124), 358-61.

Haggerty, J.L., Reid, R.J., Freeman, G.K., Starfield, B.H., Adair, C.E. & McKendry, R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *British Medical Journal*, 327, 1219-1221.

Hasvold, T. (2000): Listestørrelser og kvalitet i fastlegeordningen, *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 120 (7), 786-7.

Heen, H., Johnsen, E., Opdahl Mo, T. og Lurås, H. (1996): *Forsøk med fastlegeordning*. Evaluering av et forsøk i fire kommuner. AFIs rapportserie nr.2/96.

Helse- og omsorgsdepartementet (2004). Statusrapport om fastlegeordningen i Norge etter to og et halvt år – erfaringer fra og med innføringen 1.6.2001 til og med 31.12.2003.

Helsetilsynet (2003). Helsetilsynets bidrag til statusrapport om fastlegeordningen. Rapport fra Helsetilsynet 8/2003.

Hetlevik, Ø. og Hunskaar, S. (2004). Listelengde, arbeidstid, ventetid og jobbtilfredshet blant fastleger i Bergen. *Tidsskrift for Norsk Lægeforening*, 6, 813-5.

- Hetlevik, I. (1999). Den fulle allmennmedisinske botten, *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 119 (24), 3547.
- Hjortdahl, P. (2004). Er fastlegeordningen vellykket? *Tidsskrift for Norsk Lægeforening*, 124 (3), 124.
- Hjortdahl, P. (1992). Continuity of care in general practice. Universitetet i Oslo.
- Hunskår, S. (red.) (2003). Allmennmedisin. Gyldendal Akademisk.
- Jacobsen, G. (2004). Hva foregår egentlig i allmennpraksis? I: Nylenna, M. og Jacobsen, G. (red.): Legerollens mange muligheter. Gyldendal Akademisk.
- Johnson, S., Prosser, D., Bindman, J. & Szmukler, G. (1997). Continuity of care for the severely mentally ill: concepts and measures. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 32, 137-142.
- Kalseth, J. (2003). Psykisk helsearbeid i kommunene - variasjoner i tiltak og tjenester. SINTEF Helse. STF78 A035006.
- Kvale, S. (1997): *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Kvamme, O.J., Sandvik, L. og Hjortdal, P. (2000): Praksisform, legekarakteristika og pasientvurdert kvalitet i norsk allmennpraksis, *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 120 (24), 2499-502.
- Krogstad, U., hofoss, D. & Hjortdahl, P. (2002). Continuity of hospital care: beyond the question of personal contact. *British Medical Journal*, 324, 36-38.
- Lian, O.S. og Wilsgaard, T. (2004). Pasienterfaringer i primærlegetjenesten før og etter fastlegeordningen. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 5, 655-8.
- Lian, O.S. (2003). Pasienterfaringer I primærlegetjenesten før og etter fastlegereformen. ISM skriftserie nr.70/2003, Universitetet i Tromsø, Institutt for samfunnsmedisin.
- Lucena, R.J, Lesage, A.E., Lie, R., Lamontagne, Y., Corbiere, M. (2002). Strategies of collaboration between general practitioners and psychiatrists: a survey of practitioners' opinion and characteristics. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47(8), 750-8.
- Malterud, K. (1996): Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring. Oslo: Tano Aschehoug.
- Næss, J. (2003). Medisin og eksistens. Samtale og psykodynamikk i allmennmedisin. Gyldendal Akademisk.
- Norheim, O.F. og Carlsen, B. (2003). Legens doble rolle som advokat og portvakt i Fastlegeordningen. Stein Rokkan Senter for flerfaglige samfunnsstudier. Universitetsforskning, Bergen.
- NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste.
- NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene.
- Onyett, S. & Smith, H. (1998) The structure and organisation of community mental health teams. I: Serious Mental Health Problems in the Community. Policy, Practice and Research (red. C. Brooker & J. Repper), pp. 62–86. London: Balliere Tindall.
- Ose, S.O. og Kalseth, J. (2004). Opptrappingsplanen for psykisk helse: Analyser av rapporteringen på bruk av øremerkede midler til psykisk helsearbeid i kommunene. SINTEF Helse. STF78 A045028.
- Ose, S.O. og Kalseth J. (2004). Opptrappingsplan for psykisk helse: Hva forklarer variasjonene i kommunale burkerrater og dekningsgrader? SINTEF Helse. STF78 A045027.
- Ot prp nr 99 (1998-99) Om lov om endringer i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og i visse andre lover (fastlegeordningen).

Paulsen, B. (1995): Fastlegeordning – pasientsammensetning og arbeidsbelastning for legene. *Praksisveiling i fastlegekommunen Trondheim, Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 115 (22) 2797-800.

Paulsen, B. (2000): Seks år med fastlegeordning – hva mener fastlegene? *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 120 (7), 2499-502.

Polanyi M (1967): Den tause dimensjon - en introduksjon til taus kunnskap. Oslo: Spartacus forlag.

Riksrevisjonen (2005). Riksrevisjonens undersøkelse om forvaltning av og måloppnåelse i fastlegeordningen. Riksrevisjonens administrative rapport nr. 1, 2005.

Ritchie, J.H. (1994). The report of the

Rundskriv I-3/2005 til landets kommuner. Statusrapport om fastlegeordningen i Norge etter 2 1/2 år - oppfølging i den enkelte kommune. Helse- og omsorgsdepartementet.

Rundskriv I-4/99 til landets kommuner. Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006. Utbygging av kommunale tiltak øremerket tilskudd til kommunene 1999. Helsedepartementet.

Schön, D.A. (1991): The Reflective Practitioner. How Professionals Think in Action. Brookfield, Vermont: Gower Publishing Company, Old Post Road.

Sosial- og helsedepartementet (1999): Rundskriv I-4/99. Opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006. Utbygging av kommunale tiltak øremerket tilskudd 1999.

Stavdal, A. (2000): Allmennmedisin i krise, *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*, 120 (1),13.

Stavdal, A. (2001). Hvordan gjøre fastlegeordningen til en suksess? *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 121, 2989.

Steen, og Hunskaar, S. (2004). Fastlegeordningen og legevakt i Bergen. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 124, 365-6.

Stortingsmelding nr 23 (1996-97): Trygghet og ansvarlighet – om legetjenesten i kommunene og fastlegeordningen. Sosial- og helsedepartementet.

Strauss, A.L. og Corbin, J.M. (1990): Basics of qualitative research : grounded theory procedures and techniques. Newbury Park, Calif. : Sage.

Sørgaard, K.W., Sandlund, M., Heikkilä, J., Hansson, L, Vinding, H.R., Bjarnason, O.L, Bengtson-Tops, A., Merinder, L., Nilsson, L. & Middelboe, T. (2002). Schizophrenia and contact with health and social services: A Nordic multi-centre study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 57, 4.

Tessler, R.C. (1987). Continuity of care and client outcome. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11, 39-53.

Thagaard, T. (1998): Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode. Fagbokforlaget Bergen.

Vatne, S. (1998): Pasienten først? Om medvirkning i et omsorgsperspektiv. Fagbokforlaget Bergen.

Westin, S. (2000): Tid for å gjenetablere særomsorger? *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 120 (14), 1613.

Westin S (2003). Virker fastlegeordningen? *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 10, 123.

Ådnanes, M. og Sitter, M. (2004). Utdanning og rekruttering til psykisk helsearbeid - status i spesialisthelsetjenesten og i kommunene i 2002. STF78 A045001.