

# Fastlegen som psykolog

*Psykisk helse i allmennpraksis*

Lise Tveter



Levert som hovedoppgave ved Psykologisk Institutt

UNIVERSITETET I OSLO

Vår 2013

Fastlegen som psykolog  
- psykisk helse i allmennpraksis

Lvert som hovedoppgave for profesjonsstudiet ved Psykologisk Institutt  
Universitetet i Oslo  
24.04.2013

© Lise Tveter

2013

Fastlegen som psykolog – psykisk helse i allmennpraksis

Lise Tveter

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Teko print & kopi

**Lise Tveter**

## **Fastlegen som psykolog – psykisk helse i allmennpraksis**

**Veileder: Erik Stånicke**

Fastlegen som psykolog – psykisk helse i allmennpraksis er et selvstendig forskningsprosjekt av Lise Tveter.

Fastlegen er den primære helsekontakten for de fleste pasienter i Norge, pasienter med psykiske så vel som somatiske plager. I denne hovedoppgaven intervjuer forfatteren sju fastleger om hvordan de arbeider med psykisk helse i allmennpraksis. Målet er å se på metodene som allmennpraktikeren bruker i disse konsultasjonene, og å få en forståelse for hvordan disse konsultasjonene oppfattes av fastlegen. Forfatterene benytter semistrukturerte intervjuer.

Intervjuene fokuserer på hvordan legen arbeider med disse pasientene; hva slags utfordringer som oppstår i arbeidet; hva slags påvirkning arbeidet har på fastlegen; hvilke evner, ferdigheter og/eller kunnskap som hjelper ham/henne i dette arbeidet; og hvordan legen oppfatter samarbeidet med andrelinjetjenesten. Temaer og kategorier konstrueres gjennom tematisk analyse.

## **FORORD**

Samtaler over kjøkkenbordet kan føre til så mangt, også til forskningsidéer. Min bestevenninne er relativt nyutdannet fra medisinstudiet og jobber ved et fastlegekontor. Vi snakker ofte om hva slags utfordringer vi kan møte i hverdagen, og etter hvert slo det meg hvor utrolig mye som kreves av en fastlege. Jeg, som (snart) psykolog, har 6 års ren psykologiutdannelse, pasientene som kommer til meg er allerede fastslått å ha psykiske problemer, og jeg har jevnlig samtaler på opp mot en time med pasientene mine. Fastlegen, på sin side, har en lang og bred utdanning hvorav en liten del er satt av til psykiatri. Hun eller han blir gjerne presentert med et sammensurium av psykiske og fysiske plager som hun er ment å finne ut av (og fortrinnsvis gjøre noe med) på rundt 15 minutter – gjentatt med sporadiske mellomrom. Litt av en oppgave! Dette gjorde meg nysgjerrig. Hvordan fremstår denne ”psykologrollen” for fastlegene? Hva gjør de, og hvordan får de til å hjelpe sine pasienter innenfor disse, etter psykologens målestokk, ganske stramme rammene? Og hvordan blir de emosjonelt påvirket av å møte pasienter med vonde historier? Min nysgjerrighet var vekket, og en samtale over middag ble til et hovedoppgave-prosjekt.

Et drøyt år senere er jeg i mål. Og da må jeg aller først takke to av mine beste venner: Ruchika Sama, som alltid har troa på meg og som satt på den andre siden av det nevnte kjøkkenbordet og inspirerte meg til å skrive akkurat denne hovedoppgaven; og Janne Henriksen, som er den som mest har måttet holde ut med alle mine klager gjennom det siste, noe kaotiske året, og alltid tar mitt parti.

Til fastlegene som var med som deltagere i dette prosjektet: Jeg setter utrolig stor pris på at dere ville dele deres tid og deres erfaringer og kunnskap med meg. Tusen takk! Dette arbeidet har vært en svært nyttig for meg ikke bare for hovedoppgaven sin skyld, men fordi det har vært veldig viktig for meg som psykolog og tilbyder av tjenester i andrelinje å vite noe om hvordan dere arbeider med pasienten i allmennpraksis. Jeg håper og tror det er med på å gjøre meg til en bedre psykolog, og en bedre samarbeidspartner.

Jeg vil også rette en stor takk til min veileder, Erik Stånicke, som har gitt meg uvurderlige tilbakemeldinger, råd og tips og hjulpet meg å unngå mange av fallgruvene jeg lett kunne falt i som uerfaren kvalitativ forsker – og som sørget for at jeg alltid var både klokere og lettere til sinns når jeg dro fra veiledning enn jeg var da jeg kom.

Til slutt vil jeg sende en stor og velfortjent takk til familien min, mamma, pappa, og Ida, som er de flotteste, fineste, beste menneskene jeg vet om. Dere støtter meg gjennom alt jeg gjør, dere har alltid gått foran som gode eksempler på hver deres måter, og lært meg å jobbe hardt og ikke gi opp, og jeg er veldig, veldig glad i dere.

## Innhold

Abstract .....	<b>Feil! Bokmerke er ikke definert.</b>
FORORD .....	VI
Innhold .....	VII
FASTLEGEN SOM PSYKOLOG – PSYKISK HELSE I ALLMENNPRAKSIS .....	1
Fastlegen og psykisk helse .....	1
Fastlegeordningen .....	2
Tidligere undersøkelser .....	2
Terapi i allmennpraksis .....	4
Denne undersøkelsen .....	5
METODE .....	6
Refleksjoner rundt min rolle .....	8
Rekruttering .....	10
Deltagerne .....	11
Datainnsamling .....	11
REK .....	14
Data-analyse .....	14
RESULTATER .....	20
Legene har tro på ”å få det ut” .....	21
Legen ønsker å kunne <i>gjøre</i> noe for pasienten .....	22
1) Legen uttrykker glede over det å kunne bidra med noe i forhold til pasienten psykiske vansker .....	23
2) Legen bruker de virkemidlene h*n har tilgjengelig for å kunne bidra med noe for pasienten: ”Noe vil du jo prøve, ikke sant?” .....	23
3) Det er viktig å ha noe å ”ta tak i” .....	24
4) Makteløshet .....	25
Legene har terapeutiske samtaler med sine pasienter .....	27
1) ”Støttesamtaler” .....	27
2) Konkrete terapeutiske teknikker .....	28
3) Endre pasientens krav til seg selv og til livet .....	29
6) Håp .....	30
Legen er bevisst på hva h*n formidler til pasienten .....	30
1) Hvordan jeg er og hva jeg føler har betydning .....	30
2) Det er viktig at pasienten kan oppfatte at jeg er tilstede med hele meg .....	31
3) Jeg bruker meg selv i møtet med pasienten .....	33
4) Det er viktig å gjøre pasienten trygg på at problemene blir tatt på alvor .....	33
Legen er bevisst på alliansen med pasienten .....	34
Legene kan være frustrerte over tilbudet i andrelinje .....	36
DISKUSJON .....	38
Legen som psykisk helsehjelper .....	38
Katarsis i legekantoret .....	38
Fellesfaktorer i konsultasjonen .....	40
Metodiske betraktninger .....	42
Generaliserbarhet .....	42
Forskning som soloprojekt .....	44

Validitet og reliabilitet .....	44
Påvirkning i intervjusituasjonen .....	45
Om å intervju på kafé .....	46
Så – hva vet vi nå? .....	47
Videre undersøkelser .....	49
Konklusjon .....	51
Referanser .....	52
Vedlegg: Intervjuguide .....	55

## **FASTLEGEN SOM PSYKOLOG – PSYKISK HELSE I**

### **ALLMENNPRAKSIS**

Når en pasient kommer inn på psykologens kontor i håp om å få hjelp med sine problemer, er det sjelden slik at dette er aller første gang han eller hun prater om sine vansker. De fleste tar det første skrittet mot bedret psykisk helse hos fastlegen. Noen ganger har de hatt en enkel samtale med legen før de blir henvist videre, andre ganger kan pasienten ha gått til jevnlig samtaler med sin lege over lang tid. Mange pasienter må vente lenge før de kommer inn i psykiatrien, og atter andre får aldri innpass i andrelinje. Da er det førstelinje som forventes å gi helsehjelpen som trengs – og i praksis betyr dette ofte at det er fastlegen som blir sittende med denne oppgaven. Dette betyr at fastlegen ikke bare er et raskt kontaktpunkt og en ren henviser for den psykisk syke pasienten, men også en viktig del av det psykiske helsevesenet. Hvordan jobber så fastlegene med pasienter som har psykiske vansker? Er de rene pilletrillere, som det iblant kan hviskes i gangene mellom psykologkontorene? Hva slags samtaler har fastlegen med pasientene, og hva slags metoder bruker han eller hun for å hjelpe sin pasient til bedre psykisk helse? Hvordan forholder legen seg til disse pasientene og problemstillingene?

### **Fastlegen og psykisk helse**

På tross av fastlegenes sentrale stilling i det psykiske helsearbeidet, er det gjort få undersøkelser av hvordan denne delen av arbeidshverdagen fortoner seg for dem. Gjennom denne studien ønsker jeg å belyse hvordan møtet med pasienter med psykiske vansker fortoner seg sett gjennom øynene til allmennpraktikeren. Ved hjelp av intervjuer vil jeg undersøke arbeidsmetoder, tanker, opplevelser og frustrasjoner fra møtene mellom fastlegen og pasienten som sliter med psykiske vansker. Hvordan jobber de med disse pasientene, og hva legger de vekt på i disse konsultasjonene? Hvordan oppleves disse møtene?

### **Fastlegeordningen**

1. juni 2001 ble fastlegeordningen gjennomført (Fastlegeforskriften, 2000; Helse- og Omsorgsdepartementet, 2009). Fastlegeordningen gjelder de fleste personer bosatt i Norge (deriblant alle med folkeregistrert adresse i Norge). Ved innføring av fastlegeordningen ble hver person tildelt en fastlege som skulle være deres primærkontakt i helsevesenet. Formålet med ordningen var først og fremst å skaffe alle borgere tilgang til en fast allmennlege, å øke tilgjengelighet av allmennmedisinsk hjelp, og å skape mer langvarige kontakter mellom lege og pasient (Sosial- og Helsedepartementet, 2001). Man har mulighet til å bytte fastlege inntil to ganger per år, og det er også mulig å reservere seg mot å bli knyttet til en fastlege. Statistisk Sentralbyrås tall fra 2010 viser at nordmenn gjennomsnittlig går til fastlegen 2,5 ganger per år (SSB, 2012). Fastlegen har en viktig funksjon som den primære helsehjelper for de fleste nordmenn. Fastlegen er også den som i stor grad er inngangsporten til mer spesialisert helsehjelp, da hovedregelen er at alle som skal inn i spesialisthelsetjenester skal være henvist fra primærnivå (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2009). Etter hvert som Samhandlingsreformen (ibid) blir implementert vil også psykisk helse i enda større grad bli ivaretatt på kommunenivå. Dette kan, avhengig av kommunens øvrige tilbud, bety at fastlegen får en enda mer sentral rolle i psykiske helsearbeid. I 2007 meldte Statistisk Sentralbyrå i sitt magasin Samfunnsspeilet at én av ti konsultasjoner hos fastlege gjaldt psykiske lidelser av ulik art (Lunde, 2007), her definert som ”problemer som legen mener å ha utspring i sinnet”. Statistikk over kodene som fastlegen bruker ved pasientkontakt viste at depressiv lidelse (P76) i 2007 var den koden fastlegene brukte oftest ved konsultasjoner med kvinnelige pasienter, og nest oftest i konsultasjoner med mannlige pasienter. Angstlidelser lå på en tjuende plass hos mannlige pasienter og femtende plass hos kvinner.

### **Tidligere undersøkelser**

I en SINTEF-rapport fra 2006 (Andersson), basert på fire ulike forskningsprosjekter om fastlegens arbeid med pasienter med psykiske vansker, rapporterte kommunale helsearbeidere at det var stor variasjon i forhold til hvor mye fastlegene engasjerte seg overfor pasienter med psykiske vansker. Brukerne selv var kritiske til fastlegens (mangel på) tid og etterlyste mer oppmerksomhet i konsultasjonene, og de uttrykte at de hadde et stort behov for å bli lyttet til. I en delstudie der fastlegene selv rapporterte om sitt arbeid med pasienter med psykiske vansker

rapporterte legene imidlertid at de i stor grad opplevde å ha god tid (Ådnanes & Bjørngaard, 2006). Dette stemmer for øvrig overens med funn fra en britisk undersøkelse (Pollock & Grime, 2002), hvor pasientene i mye større grad enn legene opplevde tidspress i konsultasjonene.

Fastlegene i Ådnanes og Bjørngaards delstudie gav uttrykk for at det kreves spesiell interesse for psykiske vansker for å jobbe med slike problemer. Mange lege-informanter mente det var svært begrenset hva de kan gjøre i forhold til denne pasientgruppen, og de etterlyste mer veiledning fra spesialisthelsetjenesten. Studiene viste videre at fastlegen i hovedsak konsentrerte seg om det medisinskfaglige og det somatiske i møtet med pasienten, og at de oppfattet sitt hovedansvar i forhold til gruppen var å sortere ut de pasientene som hadde behov for hjelp i andrelinje. Samtidig oppgav legene at de ofte benyttet seg av samtaler som metode både i utredning og oppfølging av pasienter. Mange brukte dessuten kognitiv terapi i oppfølgingen, særlig av pasienter med lettere lidelser. Mange leger mente de i ”noen grad” hadde kompetanse til å følge opp disse pasientene, mens få mente de i ”stor grad” hadde slik kompetanse (Ådnanes & Bjørngaard, 2006).

Mykletun, Knudsen, Tangen og Overland (2010) undersøkte fastlegers tanker om muligheter for forbedring av psykisk helsehjelp. De fleste informantene (83%) la vekt på behov for forbedring i andrelinje, delvis i form av økt kvalitet, men mest i form av økt kapasitet og bedre samarbeid. Mykletun et al foreslo at en grunn for dette kunne være at fastlegene følte seg utilstrekkelige i møte med pasienter med psykiske vansker, og at de opplevde lite støtte og muligheter for å få hjelp med disse pasientene. Noen informanter påpekte hvor vanskelig det var å få hjelp fra andrelinje når det gjaldt psykiske lidelser i forhold til somatiske problemstillinger. 63 % av informantene mente det var behov for forbedring i førstelinje, og da spesielt behov for økt kompetanse om psykiske lidelse blant fastlegene, samt behov for utvidede tidsrammer. Tilsvarende resultater har blitt funnet i Sverige (S. J. Andersson, Lindberg, & Troein, 2002). Den svenske studien undersøkte hva som avgjorde hvordan allmennleger arbeidet med psykisk helse. Informantene oppgav personlige trekk, opplevelser og erfaringer (både personlige og profesjonelle), utdanning (men noen av legene oppgav også at den obligatoriske utdanningen ikke gav noen god bakgrunn for psykisk helsehjelp) og litteratur (både medisinsk og ikke-medisinsk stoff) blant de viktigste påvirkningene for hvordan de arbeidet med psykisk helse. Andersson, Troein og Lindberg (2005) gjorde en videre undersøkelse av allmennlegers

oppfatninger om behandling av depresjon. Alle informantene i denne studien gav uttrykk for at antidepressiva er viktige virkemidler i det kliniske arbeidet, og at pasienter med alvorlig depresjon skal behandles medikamentelt. De uttrykte videre at psykoterapi ikke kunne erstatte medikamentell behandling hos pasienter med alvorlig depresjon. For øvrig hadde informantene sprikende holdninger til psykoterapi og behovet for slik behandling, men mange så på oppfølging av pasientene sine som en form for psykoterapeutisk behandling.

### **Terapi i allmennpraksis**

Mange pasienter blir avvist eller utskrevet fra andrelinje med forventning om at oppfølgingen skal skje hos fastlegen. Hvilke virkemidler har fastlegen til rådighet? Ett virkemiddel er medisiner. Et annet er muligheten for å sykemelde pasienten der legen finner det tilrådelig. Legeforeningen tilbyr dessuten etterutdannings- og spesialisingskurs i både generell psykiatri og mer spesifikke behandlingsmetoder, blant annet Mindfulness-Based Cognitive Therapy og Psykodynamisk Psykoterapi (Den Norske Legeforening, 2013).

Forskning på psykoterapi viser at det finnes aspekter ved terapi som går igjen på tvers av terapiform, og som antas å stå for en stor del av terapi-effekten – de såkalte fellesfaktorene. Dette ble først beskrevet i 1936 av Rosenzweig i (Rosenzweig, 2002), og er senere blitt gjenstand for mye forskning. Det er ikke full enighet om hvilke prosesser som hører inn under fellesfaktorene, og ulike forskere tillegger begrepet ulike betydninger. Lambert & Ogles (2004) organiserer fellesfaktorene i tre kategorier (min oversettelse):

*Støttefaktorer* - katarsis, identifisering med terapeuten, minske isolasjon, positivt forhold til terapeuten, forsikring/støtte, allianse, struktur, avspenning (release of tension), aktiv terapeut/klient-deltagelse, terapeuten ekspertise, tillit, og terapeuten varme, respekt, empati, aksept og genuinitet

*Læringsfaktorer* - råd, affektive opplevelser, assimilere problematiske opplevelser, kognitiv læring, korrigerende emosjonelle opplevelser, innsikt, tilbakemeldinger, rasjonale, utforskning av indre referanseramme, endret forventning om personlig effektivitet (effectiveness)

*Handlingsfaktorer* - adferdsregulering, kognitiv mestring, oppmuntring til å ta tak i sine

problemer, ta risiker, mestringsinnsats, modellering, øvelse, realitetstesting, ”jobbe seg gjennom”, suksesserfaring

Vi kan se for oss at flere av disse faktorene kan komme i spill også på legens kontor – kanskje er nettopp disse fellesfaktorene legens sterkeste kort, og særlig i de tilfellene der han/hun ikke har noen spesifikk opplæring i terapi.

### Denne undersøkelsen

I denne oppgaven ønsker jeg å undersøke videre hva som skjer i møtet mellom pasient og fastlege når pasienten kommer med en psykiatrisk/psykologisk problemstilling. Jeg går bredt ut i informasjonsinnsamlingen, av årsaker som blir nærmere beskrevet i metodeseksjonen. Jeg håper med denne studien å bidra til økt kunnskap om psykisk helse på lavterskelnivå. Den overordnede problemstillingen handler om hvordan fastlegen ivaretar sin rolle som ”førstelinjepsykolog”. Jeg ønsker å se både på spesifikke metoder som legen benytter seg av og hva som kan være utfordringer i dette arbeidet, og på de tankene og følelsene legene har i forhold til å behandle slike vansker.

Først blir metoden som er benyttet beskrevet, og noen metodologiske valg diskutert. Jeg skisserer videre stegene i analysen, med en beskrivelse av innholdskoder og temabygging, samt prioriteringer som ble gjort i analyseprosessen. Resultatseksjonen følger, med sitater og kommentarer. I diskusjonen tar jeg opp igjen noen metodologiske problemstillinger og diskuterer funnene fra undersøkelsen samt noen tanker om hvilke aspekter ved materialet som kunne være interessant å undersøke videre.

## METODE

For å få informasjon om legenes selvopplevde hverdag i møtet med pasienter som har psykiske vansker, valgte jeg å utføre denne undersøkelsen som en kvalitativ studie med semistrukturerte intervjuer med allmennpraktikere. Mitt mål er ikke å finne det ”sanne” svaret på hva legen gjør i møtet med pasienten eller hvor ”godt” fastlegene kan behandle psykiske vansker. Derimot ønsker jeg å få tak i hvordan disse pasientkontaktene oppleves av legen, og hvordan de selv beskriver at de jobber med disse pasientene.

Ifølge Diccico-Bloom og Crabtree (2006) egner kvalitative intervjuer seg godt når man ønsker å utforske mening og oppfatning for å få bedre forståelse, og/eller man vil generere hypoteser. Det er gjort få undersøkelser på dette området fra før, og det er derfor lite grunnlag for a priori hypoteser som kan testes. Målet for denne undersøkelsen vil dermed bli å få et innblikk i denne delen av det psykiske helsetilbudet og slik å få noen idéer om hva som er verdt å undersøke videre. Det at det finnes lite eksisterende forskning å basere meg på gjør også at jeg ikke ønsker å snevre inn min undersøkelse til å rettes inn mot ett tema (for eksempel ”hvordan reagerer du emosjonelt på møtet med pasientene” eller ”hvilke teknikker bruker du”), men i stedet å åpne for legenes opplevelser ved å samtale med dem om flere ulike sider ved deres arbeid. Jeg ønsker å legge så lite som mulig restriksjoner på materialet på forhånd, og la materialet være avgjørende for hvilke tema som får plass i analysen. Forhåpentligvis vil et slikt bredt utgangspunkt gi en pekepinn om hvilke aspekter som kan være interessante å undersøke videre.

Kvale & Brinkmann (2009) betegner kvalitative undersøkelser som har som mål å forstå sosiale fenomen fra aktørenes (i denne tilfelle den éne aktøren, legens) perspektiv som fenomenologi, og skriver videre at kvalitative intervjuer gir enestående tilgang på denne type informasjon. Giorgi (1997, s 237) definerer imidlertid ”fenomen” i fenomenologi-begrepet som *”the presence of any given, precisely as it is given or experienced”*. Sett med en slik forståelse ønsker jeg å gå noe videre enn en ren fenomenologisk beskrivelse, og å tillate meg å gå noe dypere enn å se på deltagerens eksplisitte utsagn. Mitt mål er å være ”refleksiv, men tett på” (Binder, Holgersen, & Moltu, 2012) – å reflektere rundt materialet, men tett opp mot det som blir meddelt av deltagerne. Binder et al foreslår et fenomenologisk-hermeneutisk rammeverk som et

utgangspunkt når man ønsker å utforske fenomenologi og samtidig åpne for tolkning og refleksivitet. Hermeneutikk slik McLeod (2010) definerer det handler om å finne mening i komplekst materiale gjennom en tolkningsprosess. Meningsinnholdet i deler av teksten tolkes i lys av teksten (eller i denne sammenhengen intervjuene) som helhet, og krever en åpen og dialogisk samhandling med teksten. Gjennom analyse og diskusjon forsøker jeg tilnærme meg materialet etter modell fra Binder et al, for slik å kunne reflektere meningsfylt rundt de beskrivelsene som legene kommer med av sin hverdag.

Mangelen på et eksisterende teoretisk rammeverk om fastlegers arbeid med psykiske vansker påvirker også valget av analysemetode. Mitt ønske om å la materialet være ledende for hvilke temaer som ble lagt vekt på, gjorde at jeg valgte å bruke tematisk analyse for å behandle dataene. Tematisk analyse blir ofte benevnt som et verktøy heller enn som en egen metode (Braun & Clarke, 2006), men Braun & Clarke argumenterer for å klassifisere tematisk analyse som en metode i seg selv. Tematisk analyse er en fleksibel metode som gir mulighet til å frembringe rike og delaljerte data (ibid). Boyatzis (1998) skriver at tematisk analyse egner seg i tidlige stadier av forskning for å få tilgang på et bredt utvalg av fenomenologisk informasjon, som en induktiv start på undersøkelsen (s 5). Dette passer godt med mitt mål for denne undersøkelsen. Tematisk analyse kan altså bidra til å kartlegge temaer innenfor feltet. Når området, som her, er lite undersøkt tidligere, mener jeg at en slik kartlegging har egenverdi ved å gi en oversikt over de temaene som finnes. Et alternativ ville være å ta utgangspunkt i Grounded Theory ved analysen, da målet jo er å bygge opp kunnskap fra datamaterialet. Imidlertid ville det vært et svært ambisiøst prosjekt for en slik hovedoppgave å skulle bygge et teoretisk fundament for en forståelse av psykisk helsehjelp hos fastlegen. Når studien i tillegg baserer seg på et relativt lite utvalg mener jeg ikke det er grunnlag for å gjøre noen teoribygging med bakgrunn i dette materialet.

### Refleksjoner rundt min rolle

I det foregående skriver jeg at jeg ønsker å la deltagerne og datamaterialet avgjøre hvilken vei analysene tar. Dette er imidlertid en forenklet beskrivelse av analysearbeidet, da min bakgrunn og mine forhåndsoppfatninger vil påvirke (bevisst eller ubevisst) de valgene som blir gjort gjennom analyseprosessen. Braun & Clarke (2006) påpeker at det ikke er uvanlig å lese i forskningsartikler at ”temaer dukket opp gjennom analysen”. Prosessen er selvsagt ikke så passiv, og det er derfor viktig å klargjøre noen av de sidene ved meg som forsker som kan ha påvirkning på materialet. Dette vil ikke forhindre at denne påvirkningen finner sted: Fullstendig objektivitet og nøytralitet er umulig å oppnå (f eks Snape & Spencer, 2003). Imidlertid kan prosessen gjøres mer gjennomskiktig ved å gjøre tydeliggjøre trinnene i forskningsarbeidet kombinert med refleksivitet rundt hvilke forhåndsantakelser og bias som kan påvirke forskningen (ibid). Jeg vil derfor beskrive de sidene ved mine forhåndsoppfatninger som er relevante til denne undersøkelsen, og som jeg er meg bevisst.

Da jeg satte i gang med dette prosjektet var det med en litt ambivalent innstilling. På den ene siden var noe av utgangspunktet mitt en tanke om ”hvordan kan de få til dette?”, som handlet om mine tanker om hva psykisk helsehjelp er og hva som må til for å få til et godt arbeide. Én av mine fordommer var at jeg ikke kunne se for meg hvordan legene kunne få til å gjøre spesielt mye på den korte tiden de har til rådighet. En annen var at jeg hadde en oppfatning av at leger etter endt grunntidning ikke har spesielt mye kunnskap om eller erfaring med psykisk helse (her bruker jeg helt bevisst ikke ordet ”psykiatri”, og mener med dette å peke spesielt mot de lettere vansker og vanlige livsbelastninger som kanskje i større grad handler om normalpsykologi enn ”psykiatri”). I bakhodet hadde jeg også stemmene til en del psykologer som jeg har hørt snakke om at mange fastleger kan være litt for sjenerøse med reseptblokka, uten at jeg hadde noen eksplisitt formening om stemte eller ei.

På den andre siden hadde jeg en stor ærbødighet for det arbeidet legene gjør. Jeg hadde lest at man anslår at 90 % av psykisk helsehjelp blir gjort av fastleger. Det betyr at de rent mengdemessig er mye viktigere i det psykiske helsearbeidet enn hva jeg som psykolog noen



gang vil bli. Jeg kjente også personlig til flere gode leger som jeg visste at gjør en fantastisk jobb og arbeider så godt de kan innenfor de rammene de har, og jeg hadde (og har) en dyp respekt for den innsatsen som mange legger i det å hjelpe sine pasienter. Jeg hadde dessuten en klar oppfatning av at dette er svært varierende fra lege til lege.

I intervjusituasjonen ble flere aspekter gjeldende. Ett var det faktum at jeg er en ung, ikke-helt-ferdigutdannet forskerspire. Jeg har lite pasienterfaring. Mine intervjuobjekter var eldre enn meg, de tilhører en "elitegruppe" i samfunnet (det samme kan kanskje sies om meg som psykolog, men jeg identifiserer meg per i dag mer som psykologstudent enn som psykolog og definerer ikke meg selv inn i dette elitesjiktet), og de har (i noen tilfeller svært lang) erfaring med pasientarbeid. Dette, kombinert med at jeg var helt avhengig av dem som informanter og følte en slags takknemlighetsgjeld for at de brukte tiden sin på meg, kan ha bidratt til at jeg var lite konfronterende i intervjuene. Dette var delvis et bevisst valg basert blant annet på en respekt for at deres meninger og måter og gjøre ting på er basert på lang erfaring. Dermed følte det ikke riktig å "konfrontere" dem dersom de kom med meninger eller oppfatninger som gikk på tvers av mine egne. Delvis var det også noe som skjedde ubevisst og som jeg ikke la merke til før jeg leste transkripsjonene, og i blant tenkte "hvorfor spurte jeg ikke om...?" Denne ubalansen ble spesielt tydelig på grunn av ett tilfelle der det *ikke* var slik: Et av intervjuene som ble tapt på grunn av datafeil, var med en nyutdannet lege noen få år eldre enn meg selv. Jeg merket en forskjell på å prate med denne legen og med de som var eldre og mer erfarne, fordi jeg på mange måter følte meg mer som en "likemann".

Samtidig befant jeg meg i en spesiell dobbeltposisjon. På den ene siden følte jeg meg underlegen fastlegene i forhold til faktisk erfaring, og at de på denne måten var eksperter som snakket om sitt eget fagområde. På den andre siden følte jeg også at dette var *mitt* fagområde - jeg har tross alt flere år med utdanning i (ren) psykologi enn det en lege har, og dermed kjente jeg også på en bekymring for at deltagerne skulle føle at mitt formål var å "sjekke" om de gjorde ting riktig. Dette sistnevnte var også noe av grunnen til at jeg var lite konfronterende – det var viktig for meg å ikke gi inntrykk av at det fantes noen "feil" eller "rett" svar.

Jeg har forøvrig tidligere jobbet som journalist, og jeg merket at jeg vekslet noe mellom

"journalist-modus" (som slik jeg opplever det er noe mer faktaorientert og til en viss grad overflatisk), og en modus hvor jeg la mer vekt på å forstå deltagerens opplevelse og tolke denne – en posisjon som jeg følte var påvirket av min identitet som (nesten)psykolog/terapeut og forsker. I løpet av innsamlingsprosessen ble jeg mer trygg på meg selv som intervjuer, og det ble stadig lettere for meg å gjøre meg noen tanker fortløpende om hva det var informantene fortalte meg. Dette ble også tydelig ved at jeg i større grad utover i prosessen kunne komme med tolkningsforslag til deltagerne.

Implisitt i mitt uttrykte ønske om å beskrive legenes hverdag *fra deres synspunkt* ligger også et ontologisk standpunkt: Slik jeg ser det finnes det ikke noe "sant" svar på hvordan det sosiale samspillet mellom lege og pasient foregår. Derfor er jeg heller ikke interessert i å forsøke å avdekke denne "sannheten". Dette ligger nærmest relativisme slik Snape og Spencer definerer dette (Snape & Spencer, 2003). Det er i tillegg et poeng at den virkeligheten som deltagerne formidler til meg endrer seg noe idét vi snakker om den og gjør den eksplisitt – forskeren (jeg) og den sosiale verdenen, herunder også deltagerne, påvirker hverandre. Et slikt standpunkt ligger slik jeg ser det innenfor interpretivisme. Et kort utsnitt fra et intervju kan illustrere dette:

*Intervjuer: Har du noen tanker om hvordan du gjør dette?*

*Lege(etter en liten stillhet): Har ikke hatt noen tanker på det, men det som jeg kan tenke meg...(..)*

## Rekruttering

Rekrutteringen foregikk via:

- sosialt nettverk
- papirforespørsler levert til flere legekontor
- forespørsel sendt ut per epost til alle fastleger i fem kommuner på Østlandet i tillegg til fem bydeler i Oslo via kommune-/bydelsoverlege. (I disse bydelene/kommunene er det til sammen ca 300 fastleger ifølge legelisten.no).

Fem av deltagerne i det opprinnelige utvalget ble rekruttert via sosialt nettverk (ingen av disse

var personlig bekjente av forfatteren), mens de fire resterende deltagerne tok kontakt etter å ha fått videreformidlet forespørsel via kommune-/bydelsoverlege.

### **Deltagerne**

Ni leger stilte til intervju. Etter transkripsjon ble imidlertid datamaterialet for de to første informantene (samt lydfilen, men ikke transkripsjonen av det tredje intervjuet) tapt på grunn av tekniske problemer. Studien baserer seg dermed på materiale fra sju informanter. Imidlertid må det antas at det jeg lærte av de to første intervjuene kan ha hatt påvirkning både på de videre intervjuene og indirekte på analysen. Det overordnede inntrykket er at informasjonen fra de to første i stor grad stemte overens med hva de resterende informantene fortalte. Alle de syv informantene som studien er basert på arbeider som fastleger. To er kvinner, fem menn, i alderen 34-63 med en gjennomsnittsalder på 48,9. Alle informantene er allmennspesialister eller i spesialisering, med unntak av én. I tillegg hadde ytterligere tre leger gitt uttrykk for at de kunne tenke seg å stille opp, men disse svarte ikke på senere henvendelser om å sette opp intervjuavtaler. Utvalget som undersøkelsen baserer seg på er bestemt av tilgjengelighet. Det bør tas hensyn til at legene som sa ja til å delta i undersøkelsen kan antas å ha et noe annerledes forhold til arbeid med psykiske vansker (rimeligvis i form av noe større interesse) enn gjennomsnitts-legen. Tre av legene hadde noe erfaring fra psykiatrien. To (hvorav én av de tre med psykiatri-erfaring) hadde videreutdanning innen ulike terapiformer. Dette vil bli drøftet videre i diskusjonen.

### **Datainnsamling**

Det ble benyttet semistrukturert intervju under informasjonsinnsamlingen, alle utført av forfatter. Begrepet "semistrukturert" kan bety ulike ting hos ulike forskere (Arthur & Nazroo, 2003). I denne studien benyttet jeg en intervjuguide som gav en oversikt over hvilke temaer jeg ønsket å snakke med deltagerne om, og spesifikke spørsmål under hvert tema. I de tidligste intervjuene fulgte jeg guiden forholdsvis tett med tanke på rekkefølge og ordlyd på spørsmålene, men åpnet for å følge informantene dersom de snakket om temaer som var litt på siden av spørsmålet men

fortsatt interessant for min problemstilling. Lengre ut i prosessen brukte jeg i mindre grad intervjuguiden. I disse intervjuene fløt samtalen friere, men jeg refererte til guiden med jevne mellomrom for å forsikre meg om at jeg hadde vært innom alle temaene jeg ønsket informasjon om. Dette betyr altså ikke at jeg sluttet å forholde meg til temaer og spørsmål fra intervjuguiden, men at temaene kom frem naturlig i intervjuene, om enn i en annen rekkefølge enn hva guiden tilsa.

Intervjuguiden som ble brukt kan leses i sin fulle form i vedlegg 1. Guiden bestod av følgende deler: En introduksjonsdel hvor jeg fortalte litt om prosjektet, for så å spørre etter legens bakgrunn og hva som gjorde at h\*n stilte til intervju. Deretter en del som omhandlet hverdagen med pasienter som har psykiske vansker, hvor spørsmålene dreide seg om hvor ofte de møtte slike pasienter og hvordan de arbeidet med disse problemstillingene, samt at jeg ba om eksempler. Del tre handlet om hvordan dette arbeidet påvirket fastlegen, og del fire om hva slags ressurser, egenskaper etc som fastlegen tok i bruk og eventuelt ønsket seg, for å være bedre utrustet til disse møtene. Til slutt spurte jeg etter deltagerens opplevelser med andrelinjetjenesten.

Hvis vi ser på intervjuene i lys av rammeverket til Kvale og Brinkmann (2009) har de i seg aspekter fra flere intervjuformer. Samtalene tar tidvis form av narrativt intervju når deltagerne forteller historier fra sin praksis. Når legene utdyper hva de legger i begreper som for eksempel "respekt", nærmer vi oss konseptuelt intervju. Samtalene har også preg av faktaintervju, ved at legene oppgir informasjon om hvordan man jobber i allmennpraksis – selv om jeg i denne sammenhengen anser storparten av disse beskrivelsene som fenomenologiske mer enn som rene faktaframstillinger.

Mot slutten av intervjuene, etter at vi hadde vært igjennom alle temaene fra intervjuguiden, fortalte jeg litt om hva jeg hadde tenkt da jeg begynte med denne studien. (F eks: "Det er jo en veldig stor andel av psykiske lidelser som utelukkende blir behandlet i andrepraksis, og jeg har tenkt mye på at fra mitt ståsted så virker det som om det er mye begrensninger i forhold til tid, for eksempel..."). Dette åpnet ofte for en litt mer diskusjonspreget samtale der jeg og deltageren diskuterte "temaer av felles interesse" – i en form som kunne likne på det som blir betegnet som

”aktivt intervju” av Kvale og av Gubrium & Holstein (referert i Skirbekk, Middelthun, Hjortdahl, & Finset, 2011). Jeg holdt bevisst igjen mine egne tanker og meninger så mye som mulig frem til dette punktet, for å minimere effekten som mine forhåndsoppfatninger hadde på dataene. Samtidig ønsket jeg å høre hva slags tanker de hadde rundt mitt utgangspunkt, og jeg brukte også etter hvert disse sekvensene til å fortelle litt om hvilke temaer tidligere deltagerne hadde tatt opp for eventuelt å få kommentarer på dette.

Rundt halvparten av intervjuene ble foretatt på informantens kontor, de resterende ble utført hjemme hos informantene. Ett intervju ble foretatt på en kafé. (Noen etiske betraktninger rundt dette blir beskrevet i diskusjonen.) Alle intervjuer ble tatt opp på bånd i tillegg til at det ble gjort skriftlige notater. Når intervjuene var over skrev jeg ned noen raske betraktninger i forhold til hvordan intervjuet hadde vært og hva slags inntrykk jeg satt igjen med, som senere ble skrevet inn som tillegg til transkripsjonene.

I utgangspunktet var det planlagt å fortsette informasjonsinnsamlingen til jeg nådde et metningspunkt der lite ny informasjon kom frem. Kuzel (1999) beskriver metning som det punktet der ingen nye kategorier eller tema kommer frem. Optimalt ville jeg ønsket å gjøre flere intervjuer, til jeg oppnådde en større metningsgrad i materialet. Etter hvert måtte imidlertid informasjonsinnhentingen avsluttes av tidshensyn, da rekruttering gikk svært tregt til tross for mange forsøk via ulike kanaler. Selv om jeg ikke nådde full metningsgrad merket jeg i de siste intervjuene at mange temaer begynte å gå igjen, mønstre begynte å forme seg i svarene, og at stadig færre av temaene som ble tatt opp var ”helt nye”. Dette merket jeg også i analysen, ved at temaer og kategorier jeg grupperte etter de første intervjuene fortsatt passet godt (med noen mindre endringer) når jeg tok de siste intervjuene med i betraktning. Jeg mente derfor at jeg hadde nok materiale til å foreta en analyse, og da spesielt med tanke på at denne studien på mange måter er en pilotstudie som har som mål å se hva slags informasjon som kan finnes, heller enn å gjøre en fullstendig utredning av tingenes tilstand.

## REK

Regional Etisk Komité gjorde en framleggsvurdering av prosjektet og konkluderte med at studien ikke behøvde godkjenning fra REK. Studien er meldt inn til og godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste.

## Data-analyse

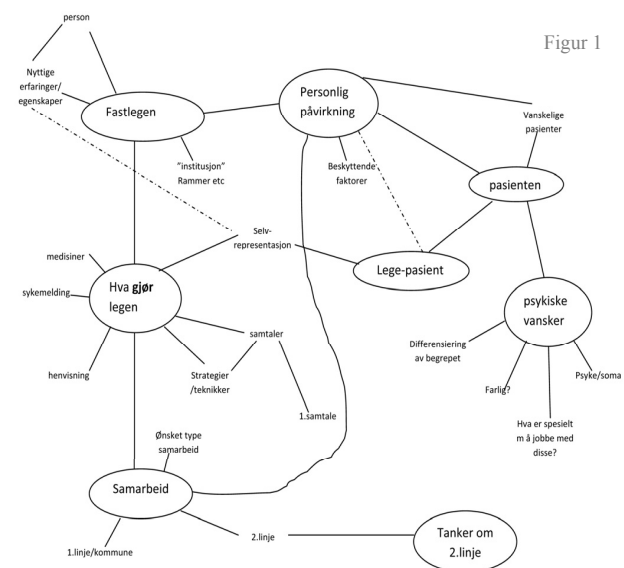
Gjennom analysen ville jeg sammenlikne informasjon fra de ulike deltagerne for å se hvilke mønstre som viste seg på tvers av datasettet, og finne temaer som stod frem som viktige. Jeg ville gjøre en utforskende tolkning av de beskrivelsene som fastlegene gav av sin arbeidshverdag, og lete etter temaer som var viktige i beskrivelsen av hvordan dette fortøner seg for dem.

Analysen foregikk i flere faser. Første steg var transkripsjon av intervjuene. Dette ble i de fleste tilfeller gjort samme dag som eller dagen etter at intervjuet fant sted, men i ett tilfelle ikke før en uke etter møtet. Intervjuene ble transkribert ord for ord. Noe nonverbal kommunikasjon (latter, lengre pauser, overlappende tale, og i noen tilfeller gestikulering som var en viktig del av kommunikasjonen) ble notert, men ikke tonefall etc. En kort oppsummering av kontakten ble notert på hvert intervju, basert på notatene jeg hadde skrevet etter hver kontakt. I tillegg skrev jeg opp tanker og inntrykk som jeg hadde gjort meg i løpet av intervjuet og/eller mens jeg transkriberte. I tråd med blant andre Binder (Binder et al., 2012) og Braune & Clarke (2006) begynte jeg så å gjøre meg kjent med materialet. Da jeg hadde gjennomført fem intervjuer (ikke inkludert de to som ble tapt) begynte jeg å høre igjennom lydfilene på nytt mens jeg dobbeltsjekket transkripsjonene. Deretter leste jeg igjennom materialet flere ganger, før jeg startet med en tematisk analyse av data inspirert av fremgangsmåtene til Braun & Clarke (2006) og Binder (2012).

Etter å ha gjort meg kjent med materialet gikk jeg gjennom utskrifter av intervjuene, og delte opp teksten i blokker. Innholdskoder ble notert fortløpende, og hver tekstblokk ble plassert i en (eller i noen tilfeller flere) kategori(er). Dette gav innholdskodene vist i tabell 1.

Tabell 1			
Kode	Innhold	Kode	Innhold
BAK	Bakgrunnsinfo (bakgrunn, erfaring, hvorfor stille til intervju)	RUS	Pasienter med rusmisbruk
DIFF PSYK	Differensiering av begrepet "psykiske vansker"	PSYK/FYS	Psykisk og fysisk helse. Skjæringspunktet, framtoning/karakteristika ved psyk lidelse
FAST	Hva er spesielt med fastlegen og/eller hennes posisjon? Hvordan "er" en fastlege? Fastlegens rammer Tid	SYK	Om bruk av sykemelding
INT	Interaksjonen lege/pasient, f eks kjemi allianse	HEN	Legene forteller om erfaringer med henvisning til andrelinje
MED	Bruk av medisiner	2LIN	Tanker om/oppfatning av 2.linje
DO	Hvordan arbeider legen?	PAS	Om pasientens rolle
Rep	Hvordan representerer de seg selv?	Vansk	Vanskelige pasienter
Ut	Ytre, eks klær, språk	Manip	Manipulerende pasienter
Kropp	Kroppsspråk	Mot	Pasientens motivasjon og innsats
Tek	Teknikker/strategier	Nett	Pasientens nettverk
Prak	Praktisk/konkret hjelp		
Psyked	Psykoedukasjon		
Inns	Hjelpe pas til innsyn i egen adferd	SAM	Samarbeid med andre instanser
Indre	Legens egen interesse, aksept, etc	1lin	På kommuneplan
Id	Identifisere seg med pasienten	2lin	2.linje
Norm	Normalisering	ønsk	Ønsket type samarbeid
Priv	Være personlig/privat med pas		
Livs	Justere livsanskuelse/mål/krav		
Alt	Alternative veier til helse	PÅV	Hvordan blir legen påvirket av møtet med psykisk syk pasient
Assess	Assessment	Makt	Makteløshet
1samt	Første-/akuttsamtale	Besk	Beskyttende faktorer
TILB	Om det psykiske helsetilbudet	FORSL	Forslag til gode metoder etc
FORA	Fora for å luften problemer	PRIO	Ressurser og prioritering
NYTT	Ting ved legen som er nyttig i møtet med pasienten	TER	(diskuterer med seg selv) om det de gjør kan kalles terapi
erf	Legens erfaring		
DIV	Diverse	IRR	Irrelevant (eks rent om somatikk; lengre digresjoner)

Disse innholdskodene organiserte jeg videre i et tankekart for å få oversikt over sammenhengen mellom de ulike emnene som informantene hadde snakket om (Figur1)



Dette arbeidet fortsatte parallelt med at jeg gjorde ytterligere to intervjuer og transkriberte disse. Da de siste intervjuene var gjennomført gjentok jeg prosessen. Det nye materialet passet i det store og hele godt inn med rammeverket jeg hadde laget ut av de første intervjuene, og jeg fant det derfor ikke nødvendig å gjøre noen store endringer for jeg gikk videre i analysen. Noen av idéene jeg hadde om overordnede temaer (se neste avsnitt) ble imidlertid noe justert på bakgrunn av de siste intervjuene.

På dette tidspunktet hadde jeg en god oversikt over materialet. I neste steg av analysen gikk jeg igjennom datasettet for å undersøke hvilke overordnede temaer som var relevante til mitt forskningsspørsmål som fantes i materialet, eventuelt på tvers av innholdskategorier.

Jeg kom da frem til følgende mulige temaer.

1. Psyke/soma: Tanker rundt hva som er psykisk lidelser og hva som er fysisk, og forholdet mellom kropp og psyke
2. Selvrepresentasjon: Hvordan ønsker legene å fremstå overfor for pasienten?
3. Ønsket om å gjøre noe aktivt for pasienten
4. Terapeutiske samtaler: Legene forteller om å ha samtaler med pasientene
5. Legene jobber slik rammene tillater det
6. Om å bruke seg selv i møtet med pasienten
7. Om hvordan arbeide med psykiske lidelser påvirker legene
8. Om verdien av å ”luften ut”
9. Allianse
10. Å formidle håp til pasienten
11. Pasientmotivasjon
12. Tanker rundt (oftest i form av kritikk av) andrelinje
13. Medisiner og sykemelding som fastlegens virkemidler

På dette tidspunktet måtte jeg gjøre noen prioriteringer. Jeg valgte først bort to av temaene: Tanker om psyke og somatikk (1), og medisiner og sykemelding (13). Begge disse temaene er svært interessante og kunne fortjene en analyse og en studie i seg selv. Innenfor rammene av denne oppgaven hadde jeg imidlertid ikke rom for å gi dem plass nok til å få en god gjennomgang. Spesielt psyke/soma var dessuten noe som ikke ble snakket så mye om direkte at jeg følte jeg hadde nok materiale til å gjøre en meningsfylt analyse, selv om temaet stod for meg som viktig ved at alle fastlegene tok det opp i en eller annen form. I utgangspunktet ville jeg også velge bort temaet som handler om legenes tanker om andrelinje. Dette temaet kom opp i ulike sammenhenger og er egentlig for stort til å kunne behandles tilfredsstillende innenfor denne oppgaven. Imidlertid innså jeg helt mot slutten av skriveprosessen at å utelukke dette aspektet ville føre til et inntrykk av materialet som jeg mente ikke var representativt. Temaet ble derfor tatt inn igjen. Det er imidlertid behandlet ganske kort, med det formål å gi et visst inntrykk av denne siden av materialet uten å måtte nedprioritere andre deler av stoffet som er mer direkte knyttet til min problemstilling.

Jeg gikk så igjennom teksten på nytt og plasserte tekstblokker som jeg mente handlet om samme tema, sammen (ved hjelp av et vanlig tekstredigeringsprogram). Videre leste jeg igjennom all tekst som handlet om hvert tema, og fant at jeg kunne løfte noen temaer opp ytterligere og beholde andre som under-temaer. På dette tidspunktet gjorde jeg noen valg:

- Temaene ”selvrepresentasjon” og ”bruke seg selv” ble slått sammen til ett tema, da jeg anser at de begge handler om hvordan legen vil opptre/være med pasienten.

- De fleste av legenes utsagn om hvordan de ble emosjonelt påvirket handlet om a) maktesløshet eller b) det å prate med andre som en beskyttende faktor. Jeg slo derfor utsagnene om maktesløshet sammen med temaet som handler om legens ønske om å gjøre noe for pasienten, til ett større tema om legenes ønske om å ”gjøre noe”, med flere underkategorier.

- Jeg vurderte også å slå ”terapeutiske samtaler” (4) og ”verdien av å luften ut” (8) sammen til ett tema. Imidlertid fantes det også en komponent av temaet om å ”luften ut” i tema 7, emosjonell påvirkning hos legene, da flere deltagere snakket om viktigheten av selv å kunne prate ut om det som kunne være tungt på jobb. Jeg valgte derfor å beholde dette som et eget tema, hvor både verdien av å ”luften ut” for legen og for pasienten blir omtalt sammen, mens ”terapeutiske samtaler” forble et eget tema. Jeg mente dette var den beste måten å kategorisere på fordi jeg slik kunne skille ut noen oppfatninger som ligger til bakgrunn for legens arbeid, fra de faktiske arbeidsmetodene.

- Etter flere gjennomganger valgte jeg å samle utsagn om å fremme håp i pasienten sammen med samtaletemaene. Utsagnene som handlet om motivasjon hos pasienten var relativt få og kom dessuten oftest frem i sammenheng med andre, eksisterende tema (delvis i sammenheng med legenes ønske om å gjøre noe for pasienten, og frustrasjonen når dette var vanskelig; delvis i sammenheng med tema som handlet om allianse) og jeg valgte derfor å fjerne dette som en egen kategori.

Jeg satt så igjen med følgende tema fra min analyse (Tabell2):

Tabell 2

Tema	Typer utsagn kategorisert under tema
Legen tror på å "snakke ut"	Utsagn hvor legene snakket eksplisitt eller implisitt om verdien av å snakke om det som er vanskelig, og utsagn som handlet om å, motsatt, IKKE ha tro på dette. Dette temaet viste seg spesielt i legenes prat om hvordan de snakket med pasientene og hvorfor dette var hjelpsomt, og når legene pratet om hvordan de beskyttet seg mot å bli (for) psykisk/emosjonelt påvirket av å arbeide med psykiske lidelser
Legen ønsker å gjøre noe aktivt for sine pasienter	- Utsagn hvor legene gir uttrykk for glede ved å kunne gjøre noe for pasienten - Utsagn som gir uttrykk for frustrasjon fordi legen ikke har virkemidler til å hjelpe pasienten - Utsagn som handler om maktes-/hjelpeløshetsfølelse i møtet med noen pasienter Disse temaene viste seg spesielt når legene pratet om hvordan de jobbet med pasientene (også i forhold til bruk av sykemelding, medisiner), hvilke pasienter som var vanskelige å arbeide med, (mangel på) samarbeid med andre instanser, og hvordan jobben påvirket dem emosjonelt
Legen er bevisst på hva h*n formidler i samhandling med pasienten	- Utsagn om hvilke holdninger det er viktig å ha og å formidle til pasienten - Utsagn om hvordan legen opptrer i møtet med pasienten, herunder tanker om kroppsspråk - Utsagn som handler om tilstedeværelse - Utsagn om det å "bruke seg selv" og/eller fortelle personlige historier/informasjon til pasienten Utsagn kategorisert i dette temaet dukket opp når legen pratet om hvordan h*n jobber og hvilke sider(evner/egenskaper) ved legen som er til hjelp i møtet med psykisk syke.
Legen har terapeutiske samtaler med pasienten	- Utsagn om de ulike metodene legene bruker i samtaler - Utsagn om "støttesamtaler" - Utsagn om å gi pasienten håp - Utsagn om å endre pasientens krav til seg selv
Legen er bevisst på allianse	Direkte og indirekte prat om allianse og/eller brudd på allianse. Herunder også utsagn om med hvilke typer pasienter dette kan være spesielt utfordrende.
Tanker om andrelinje	Utsagn om samarbeid med andrelinje og/eller problemer med henvisning til andrelinje, samt utsagn som sier noe om hva slags oppfatning legen har av spesialisthelsetjenesten (i psykiatrifeltet)

Til slutt leste jeg på nytt igjennom materialet (både de opprinnelige intervjuene og dokumentene der jeg hadde plassert tekstblokker fra alle intervjuene sammen kategorisert etter tema) og gjorde noen mindre justeringer i forhold til hvilke utsagn som hørte til i hvilke kategorier, samt endret noe på ordlyden i navnene jeg hadde gitt temaene.

## RESULTATER

I resultatene har jeg gitt hvert hovedtema et navn i form av hva jeg mener materialet sier om legenes tilnærming til arbeidet med psykiske vansker.

Hovedfunnene fra analysen er:

- Legene tror at det å prate om psykiske plager kan ha stor betydning for å lette plagene, og det å være en slik samtalepartner er en av deres hovedfunksjoner i møtet med vansker av denne arten - sammen med muligheten for å skrive ut medikamenter og sykemelding, som ikke diskuteres her. Én informant uttrykte imidlertid også skepsis mot å bringe opp for sterke temaer for pasientene.
- Legene har terapeutiske samtaler med sine pasienter. Disse kan ta ulike former, fra ustrukturerte støttesamtaler til kognitiv terapi.
- Legene har et stort ønske om å kunne gjøre noe aktivt for pasientene sine. De bruker de midlene de har til rådighet, og tar det tungt når de føler at de ikke kan gjøre noe for å hjelpe.
- Legene er bevisst hva de formidler til pasienten. De har tanker rundt hvilke sider av dem selv som er nyttige i møtet med pasienten, og de er (i varierende grad) bevisst hvordan de opptrer og hva de formidler.
- Legene er bevisst på betydningen av allianse med pasienten
- Legene kan være frustrerte over tilbudet i andrelinje

Sitatene er hentet fra de transkriberte intervjuene, men er gitt en noe mer skriftlig form (blant annet ved at en del gjentatte ord, "hmmmm" og liknende er tatt bort der dette ikke har betydning for meningsinnholdet). "I" er intervjuer, "L" er deltageren. Der det er fraser i parentes er dette innskutte ytringer fra intervjuer.

## Legene har tro på "å få det ut"

Deltagerne gav uttrykk for at de hadde tro på å snakke ut om det som er vanskelig. Dette gjaldt for pasienten, men også for legen selv, som kunne ha behov for å luften ut. Én deltager uttrykte det slik:

*L: Ja altså, det hender at det er ting som gjør såpass inntrykk på meg da at jeg trenger... litt sånn... debriefing. Det hender jo. Men da har, min kone er også fastlege, så vi debriefer jo hverandre. Så det er veldig god sånn ventilfunksjon.  
(...)  
I: Ja. Så det hjelper å bare... få sagt det...  
L: Ja, få sagt det. "Det gjorde inntrykk på meg. Hun som fortalte meg det og det, det syns jeg var.... Da fikk jeg litt vondt, hun fikk jeg vondt av." Jah, det hjelper veldig bare å få sagt det, faktisk. Det er litt det som er tanken bak støttesamtaler også – det hjelper bare å få sagt det. For mange pasienter. Bare det å ha en som lytter. Og som de vet har taushetsplikt og som ikke forteller det til naboen og mora og arbeidsgiveren... (mmm) Eller skriver det på facebook dagen etter  
I: (humrer) ja  
L: Ja, altså det å ha en... som lytter, og... viser empati... og som du vet ikke sier det til noen. (mmm) Det tror jeg er veldig viktig. I en del tilfeller så er det nok. (L7)*

Et annet uttrykk for dette var når en av legene fortalte at hun selv kunne savne en mulighet for å få snakke ut om det som var tungt:

*L: Det kan jo hende at det er flere ganske tunge saker etter hverandre, og det gjør jo noe med meg. (mmm) Og jeg har jo ikke noe .... Veiledning eller debriefing eller..  
I: Nei. Ikke i det hele tatt, sånn mellom kolleger, eller..  
L: Neida, altså vi snakker jo litt sånn mellom... over dørterskelen ikke sant, på vei inn og ut når du møtes i gangen, et lite hjertesukk, men, så... det hender vi snakker litt i lunsjen, men det er jo begrenset hva man kan si for å ivareta taushetsplikten. (mmm) Så... Ja, nei, man føler seg ganske aleine, egentlig. (L9)*

Samtidig var det én informant var spesielt opptatt av det han mente var fallgruvene ved å prate med pasientene om psykiske lidelser. Denne informanten la vekt på at i allmennpraksis er det begrenset hva man kan få til, og at man dermed som fastlege burde være forsiktig slik at man ikke bringer opp noe som er for sterkt for pasienten og som ikke fører noe godt med seg.

*Du kan si at når man jobber innenfor psykiatrien eller som psykolog, altså i annenlinjetjenesten så vil det jo være definert at folk har store problemer når folk kommer til deg. Men hos oss så er det for så vidt viktig at ikke vi fokuserer for mye, altså folk kan bli verre ved at de driver og tenker seg om. Og det har jo vært postulert med noen års mellomrom at vi må være flinkere til å spørre mannfolka hvordan de har det, men jeg vil påstå litt av det motsatte, at hvis de kan skru bil og gå ut med kamerater noen ganger i uka, så skal de ikke tenke så mye på hvordan de har det. (L4)*

Og senere i intervjuet:

*Jeg traff en pasient for veldig mange år siden som virket veldig nervøs, og jeg sa det at... du har problemer uten at du vet det sjøl. Altså, jeg var ganske ung og sa disse tingene. Og vedkommende går jo hos meg fortsatt. Etter snart 30 år. Så det løste ingenting. Og det var kanskje ikke så bra å si det. Men så etter det så har jeg passet kjeften litt noen ganger. (L4)*

Men denne deltageren snakket også om fordelene ved å la pasientene snakke ut:

*Det er ... hvis du har en god dag, og du ikke sier det til noen, så har du ikke en SÅ god dag som hvis du finner noen å si det til. Det er sånn vi fungerer som mennesker. Og derfor også, folk som har det elendig de trenger å komme og fortelle at de har det elendig. Men vi skal kanskje ikke si for mye til de, du skal bare få lov å lire det av deg, eller, du kan ikke gjøre noe med det de må bare få lesse det av seg. (L4)*

Ingen andre deltagere tok opp at de mente det kunne være skadelig å prate med pasienten om psykiske vansker, men én annen deltager pekte på at man noen ganger bør la pasienten bli frisk på egen hånd:

*(...) Lettere psykiske plager er mye mer akseptert ikke sant. Og da er det blitt litt sånn "å ja da skal jeg bare gå til psykolog." Ikke sant? Så får jo et rush av folk som... ja. Ehm... På en måte... sliter med vanlige utfordringer i livet. (ja) som de kanskje skulle ha håndtert selv, eller snakket litt mer med familie eller venner eller sånne ting da. (ja?) Kanskje ikke bruke ressursene i andrelinjetjenestene på det (L6)*

## Legen ønsker å kunne gjøre noe for pasienten

Et fremtredende tema i materialet er at det er svært viktig for fastlegen å kunne bidra med noe for pasientens plager. I de tilfellene de føler at de ikke klarer å hjelpe, blir de frustrerte. Dette vises også ved at de fleste deltagere uttrykte frustrasjon over andrelinje – at de ikke tok inn pasienter som trengte det, og/eller at de ikke kunne hjelpe fastlegen med å bestemme hva som måtte gjøres. Legene som i minst grad uttrykte frustrasjon over andrelinje og øvrig helsetilbud, var de som enten hadde et godt samarbeid og fikk den hjelpen de trengte, eller som følte de selv hadde nok "verktøy i kassa" som de kunne bruke i møtet med den psykisk syke pasienten.

Dette temaet består av flere typer utsagn:

### 1) Legen uttrykker glede over det å kunne bidra med noe i forhold til pasienten psykiske vansker

De fleste legene fortalte at de syntes det var greit å jobbe med psykiske vansker, og noen mente dette var spennende variasjoner i arbeidshverdagen. Flere kunne med stor entusiasme fortelle om pasientkontakter hvor de følte de hadde vært med på å gjøre en virkelig forskjell for pasientene sine.

*Det er jo utrolig, utrolig gøy da, hvis man kan få til bare med en... fem halvtimers samtaler... og man endrer fullstendig... liksom synet på seg selv og...funksjonen deres og... trivselen deres. Og du har ikke brukt en pille! Fantastisk følelse. (Intervjueren ler) Det er gøy. Det er virkelig sånn suksesshistorie man husker. (L7)*

Flere leger forteller om pasientkontakter der de ved hjelp av forholdsvis enkle grep kan gjøre en forskjell for pasienten, og gir uttrykk for at dette er blant de ”beste” pasientkontaktene (i motsetning til de vanskeligste).

*Ja det er vel.. Spesielt de der...hva kan man si... Det er de pasientene hvor man med de enkle teknikkene som jeg snakket om i stad, hvor pasientene får innsikt. (L5)  
(Kommentar: Legen har pratet om det å hjelpe pasienten med å se sine egne adferdsmønstre og konsekvensene av disse. Innsikt virker i denne sammenhengen å handle om innsikt i disse handlingsmønstrene)*

### 2) Legen bruker de virkemidlene h\*n har tilgjengelig for å kunne bidra med noe for pasienten: ”Noe vil du jo prøve, ikke sant?”

Deltagerne gav uttrykk for at det viktigste for dem var å kunne bidra med noe for pasienten. De fleste fortalte at de forsøkte uformelle samtaler først, men at de raskt vurderte om de kom noen vei på denne måten.

*Men som sagt hun pasienten, der funker det [samtaler] ikke. Der er det ingenting som funker. Der har jeg sagt til henne at nei, nå vil jeg at du skal starte på antidepressiver... fordi du har så rigid tankemønster, at jeg tror litt av det tvangspregede kan... kanskje mykne litt opp med å bruke antidepressiver. (mh) Har jeg sagt til henne da. (L7)*

Mange av legene bruker sykemelding og medikamenter som en løsning i akutfasen, spesielt når pasienten kommer til dem på en akuttime (som er kortere enn andre timer og dermed kan gjøre det ekstra utfordrende å gi pasienten tilstrekkelig hjelp):

*Da er det av de tilfellene at man kunne bruke medisiner, forholdsvis rasktvirkende medisiner på en fornuftig måte. Noen kvelder med å hjelpe dem å sove, så bruker ofte ting å roe seg litt ned (L3)*

*Så det du tenker er jo at... jeg har jo... de midlene jeg har sånn fysisk er jo at jeg kan sykemelde folk og de kan få medisiner. For det får de jo bare her. Så det er også viktig å...vurdere da. (L6)*

Hvilke virkemidler eller teknikker de hadde tilgjengelig var avgjørende:

*Jeg har jo for eksempel etter at jeg begynte med disse tingene [kognitiv terapi, mindfulness] brukt mye mindre... psykofarmaka. (mmm) Jeg har alltid hatt veldig høy terskel mot å bruke b-preparater, men jeg brukte mye mer antidepressiva før enn jeg gjør nå.” (L8)  
(Dette er for øvrig samme deltager som er sitert i overskriften: ”NOE vil du jo prøve, ikke sant?”)*

Én fortalte at han i noen tilfeller, der han ikke kunne se noe han kunne gjøre for pasienten som lege, kunne gi dem praktisk hjelp i stedet – i ett tilfelle hadde han for eksempel hjulpet en pasient med å fikse bilen.

*Men det var et sånt menneske jeg ikke ante hva jeg skulle gjøre for. Hun var i en helt håpløs situasjon med den narkomane datteren sin. Så.. jeg fikset bilen. (hm) Så det er dét, altså, du må prøve å være kreativ og du må prøve å være til stede, det er klart at jeg har ikke fikset bilen for alle mine 1000 pasienter (L4)*

### 3) Det er viktig å ha noe å ”ta tak i”

Legene forteller at noen av de mest frustrerende pasientkontaktene er de tilfellene der hvor pasienten enten ikke ønsker å jobbe med sine problemer, eller hvor det er vanskelig å finne noe å ta tak i.

En deltager fortalte at noen pasienter kunne komme og mene de hadde ulike plager som legen ikke kunne se at det fantes symptomer på. Dette kunne være frustrerende å jobbe med, og legen forteller videre:

*L: Men det er som... ja, som noen har en vegring mot å komme inn i en bedre funksjon.*

*I: Åja?*

*L: Ja*

*I: Du tenker at det er mer det, at de har liksom.. gradt seg så inn i sin ”greie” da, at de ikke vil ut?*

*L: Ja. Og noen er rett og slett... Det er kanskje det vanskeligste for allmennleger å holde ut, at det finnes rett og slett mennesker som ikke har utviklingspotensiale*



I: Fordi de ikke vil da, tenker du, eller?

L: Eller ikke kan. Ja.

I: Mmm. Det må være frustrerende

L: Det er kjempfrustrerende. Ja. (ler) Det er kjempfrustrerende. Sant. Vi er jo utdannet til å gjøre alle friske. (L9)

En annen trakk frem pasientgrupper som det er vanskelig å gi noe godt tilbud til:

Og, ikke sant, og... Jo også selvfølgelig altså, alvorlige personlighetsforstyrrelser er veldig tungt å jobbe med altså. Hvor liksom alle problemer ligger utenfor dem selv... Og alle andre skal hjelpe dem...og de ikke kan bidra noe selv... Og alt som foreslås er idiotisk og dumt... og feil for dem... (ja) Og ingen forstår dem. Det kjenner jeg blir innmari sliten av. Det er som å ha ti tenåringer inne på kontoret samtidig (Intervjuer ler) Ja. Det... Det.. for de, de har jo ikke så, det er jo ikke så mye behandling for den gruppen liksom, så de blir jo ofte gående litt hos oss, da. (L6)

Motsatt er ”de gode kontaktene” preget av at pasienten ønsker å bli bedre og ønsker å bidra:

Og så er den typen pasient som kommer virkelig med et spørsmål om hjelp og hører etter og... Det er de pasientene som selv også har interesse i det og står åpen for det, som kommer og ser på deg som fagperson og legger... stoler på din kunnskap og det du kommer med. Og går fullt for det og får livsstilsendring og får suksess. Det er det som er veldig morsomt. (L5)

Eller at de har konkrete plager slik at det er forholdsvis enkelt for legen å se hva som må tas tak i:

[Kontekst: Deltageren har nevnt fobier og angst som de tingene det er lettest å håndtere]

I: Hvordan har det seg?

L: Hm?

I: Hvordan har det seg at det...

L: Nei jeg vet ikke, det er jo... Det er så dysfunksjonelt, og sprøtt egentlig, ofte, at det liksom går an å... gjøre noe utav det altså. Jeg bruker jo da også en del eksponeringsterapi, sant. Forteller jo om... om adferdsforsøk hvor, med angstkurver og... tidsrelasjoner og så videre. (...) Og da kan du igjen også bruke mindfulness-tenkning da, og romme... I stedet for å si ”nei nei nei”, kan du si... ”åkei, so what, angst, ja vel.” Ikke sant.

I: Ja det høres ut som at... litt det at... at den gruppen kan være lettere å finne noe å begynne å nøste i da, å finne en ende å begynne å ta tak i på en måte

L: Ja... det er veldig konkret da i hvert fall. (L8)

#### 4) Maktesløshet

De fleste legene uttrykte at de generelt syntes det var greit å håndtere det å være i møte med pasienter med ulike psykiske lidelser. Men ett tema gikk igjen: Det er tungt for fastlegen å føle seg maktesløs.

Og så er det noen få man ikke kommer i mål med, og det er forferdelig frustrerende. (Ja) Jeg liker ikke å mislykkes. (Nei) Da... kan jeg ihvertfall ha en dårlig dag, rett og slett, hvis jeg føler det er noen som står på stedet hvil og ikke får noen effekt verken av samtaler eller medisiner eller noen ting (L7)

Iblant får legene høre historier som rett og slett er fryktelig triste, og hvor legen ikke kan gjøre noe med det som er vanskelig for pasienten:

(...) Men også de som har mistet barn og har mistet... Det er noe sånt. Og egentlig føler man at man står komplett maktesløs fordi... jeg har jo selv unger. Det verst mulig tenk.... Så det er egentlig ikke noe man kan si eller gjøre for å hjelpe... og det er ikke noe de pasientene selv har...gjort på noen måte, direkte eller indirekte med deres livsstil eller deres valg eller.. det er noe som har skjedd. Og det syns jeg, da er det helt klart, man identifiserer seg.... Da identifiserer jeg meg med de menneskene og... det syns jeg er veldig veldig vanskelig. (mmm) (L5)

Én deltager fortalte om et tilfelle der hun hadde følt at hun ganske enkelt var gått tom for ”motargumenter” i samtale med en pasient som snakket om å ta livet sitt. Dette var veldig spesielt for legen.

L: Jeg klarer ikke å, jeg går ikke helt sånn ut av døren uten å ta med noe hjem. Særlig folk som har gått her lenge og hvis det skjer noe og... med de eller.. man mest, kanskje mest det der når du ikke får til noe mer I: Ja. Maktesløsheten.

L: Ja. En pasient som har gått hos meg lenge som har et elendig liv og har prøvd å ta livet sitt før mange ganger, men ikke de siste årene, og så sa han til meg nå nå før jul, forklarte meg grundig hvorfor det faktisk ikke var noen vits for han å leve lenger. Og så hadde jeg INGEN gode motargumenter! Det var veldig rart, for jeg har hatt gode motargumenter i åtte år liksom, og så plutselig var jeg helt i renons for det (oi) Det var en veldig ubehagelig opplevelse.. og... så det... det gikk litt innpå meg. (L6)

Her var det jeg som intervjuer som foreslo merkelappen ”maktesløshet”. På dette tidspunktet var jeg rundt halvveis i informasjonsinnsamlingen. Flere tidligere deltagere hadde gitt uttrykk for at maktesløshet var blant det vanskeligste å takle, og dette sammen med noen tidligere utsagn fra denne deltageren gjorde at jeg kunne forslå dette – som også virker å treffe godt.

Den samme informanten påpekte videre at det kan være en utfordring for legen å innfinne seg med at man ikke alltid kan hjelpe:

Den største utfordringen tror jeg er at... det er så mange som ikke blir helt bra. Og så mange som ikke har, ikke klarer å leve godt med en kronisk lidelse. (ja. Mmm) Jah. Det tror jeg. Og jeg tror av og til så har sikkert jeg også urealistiske forventinger til at ting kan bli helt bra, eller... Så jeg tror... den største utfordringen, for jeg tror at alle leger og behandlere har som et mål at mine pasienter skal bli friske. (ja?) Det er målet, ikke sant? Så ser man etter hvert at nei, målet må jo være at de skal fungere godt (ja) (...)

Noen er jo behandlingsrefraktræ. Blir ikke noe bedre. Så det... Og så, der det ligger det kanskje noen egne forventninger og pasientens forventninger (...)” L6

Iblant kan legen også slå seg til ro med at h\*n allikevel kan tjene et formål:

*Det er jo noen man ikke kommer i mål med, da. Da må man bare... noen blir ikke bedre. (nei) Så må man enten henvise de videre eller... eller bare tenke at okei, hun blir kanskje ikke bedre (mmm) Særlig eldre mennesker som har... Som er ensomme, og... Begynt å bli litt glemske og...går på sovepille og er litt i konflikt med familie, og ... hvis det er en sånn veldig kompleks problemstilling så kommer de kanskje en gang i måneden til meg og får målt blodtrykket og får en liten koseprat med legen og sånn. Men det blir jo ikke noe bedre av det. Men de føler kanskje selv at det gir dem en sånn trygghet i hverdagen, så tenker jeg åkei, så kan det vær e min funksjon ovenfor den pasienten. De får den lille tryggheten i hverdagen (L7)*

### Legene har terapeutiske samtaler med sine pasienter

Alle deltagerne fortalte at de brukte samtaler med pasientene som et virkemiddel. De fleste var imidlertid tilbakeholdne med å kalle disse samtalerne for terapi. Deltagerne fortalte om ulike måter å jobbe med pasientene på via samtaler:

#### 1) ”Støttesamtaler”

I mange tilfeller tok samtalerne form av uformell prat om hvordan pasienten hadde det. Disse ”støttesamtalerne” (en betegnelse mange brukte) kunne ha ulike formål. Denne legen forteller for eksempel at h\*n kan bruke samtalerne til å støtte opp under de normale sidene ved en (ganske alvorlig syk) pasientens fungering, samtidig med at legen får et inntrykk av tilstanden:

*Jeg prøver egentlig å... snakke litt løst og fast og... Eller, bli kjent da. Så nå har jeg jo vært her i så mange år at alle av den kategorien kjenner jeg ganske godt. Så den ene i går da snakket vi om det siste strikkesøyet hennes, for det er en sånn normalfunksjon hun har, da. Og da hadde hun det ganske bra, og så prøver vi liksom å bygge litt opp rundt det... (...) Så, så jeg tenker hvis man får i gang en litt sånn dagligdags prat så får jeg litt inntrykk av om de har symptomtrykk eller ikke.. (L6)*

Den ene legen fortalte om nytten av det å kunne stenge verden ute et lite øyeblikk:

*I: Hvordan vet du at det er en god samtale?  
L: Et menneske som tekker beina oppunder seg... Jammen du ser det på folk. Du ser det lyser i øya deres når du kommer inn døra. Du, du... Du ser at de har det bra. Det er sånn... Ja det er enda mer som samtale men du kan si kanskje at jeg ikke har så mye tid til det nå, men, det ligger en nesten en slags hypnose i det. Folk som kommer der utenfra hvor da ting er bare fullstendig på trynet og så kommer de inn til meg og så er det da en sånn lun samtale akkurat som du bygger en sånn boble rundt deg selv og pasienten. Det er fullt mulig og det tror jeg psykologer driver veldig mye med. Og jeg har opplevd det mange ganger at det er sånn, du trekker pasienten inn i den boblen og så er ikke verden der det lille øyeblikket, og... da gir du håp, ikke sant. (L4)*

27

I denne sammenhengen var det flere deltagere som snakket om det å være en som kunne ta imot, containe [sic], pasientens følelser. Flere av legene brukte dette uttrykket og mente at denne evnen til å romme var svært viktig. Andre ganger kom det mer implisitt frem, som med denne deltageren som forteller om det å holde ut med pasienten i det vonde, selv om det kan være tungt:

*Altså jeg... Jeg har ganske tidlig bestemt meg for at jeg vil være der, jeg vil holde ut. Det var en gang en artikkel jeg leste av en kollega som arbeidet i et flyktningmottak, og han skrev en setning i den artikkelen: ”Hvis pasienten, eller, hvis disse menneskene... har måtte holde ut det de har opplevd, så skal jeg ihvertfall holde ut å høre på dem.” For det synes jeg var veldig... veldig beskrivende egentlig. Så tenker jeg det er akkurat det det er. Jeg skal da alltid holde ut å høre det som de har opplevd i sine liv. (L9)*

En av deltagerne snakker om at det å kunne romme pasientens vonde følelser gir pasienten en ny opplevelse, hvor det å ha det vanskelig ikke lenger trenger å være så skamfullt. Dette kan ha en god effekt for pasienten:

*Det er en nødvendighet ja. Kunne romme det. Og signalisere at du kan romme, at jeg tåler deg, sånn som en pasient som begynner å gråte. ”Nei jeg VIL ikke gråte, dette her vil jeg ikke, jeg vil ikke vil ikke,” ikke sant. Og så ser han, ser at dette tåler jeg. ”Bare sitt, sett deg godt, vær der du er. Jeg tåler det. Jeg tåler tristheten din, jeg tåler smerten din. Bare bruk tid. Jeg er her.” Ikke sant? Da er du med på å reversere noe av det der forferdelig skamfulle og farlige. Bare sier at ”jeg tåler deg.” (L8)*

Støttesamtalerne kunne også brukes til å hjelpe pasienten med å se adferdsmønstre som gav dem vanskeligheter, eller å gi konkrete råd til hvordan pasienten kunne handle:

*Og hvis du da bekrefter og dette er en bagatell eller enkelt å gjøre noe med, eller kan du ikke prøve neste gang du kommer i den situasjonen at du ser det litt fra en annen vinkel og snur det litt og ta litt skritt tilbake og få litt oversikt og.. bruke sånne enkle teknikker. Ofte er det nok. (L5)*

#### 2) Konkrete terapeutiske teknikker

Alle unntatt én av deltagerne nevnte at de brukte eller var inspirert av kognitive teknikker. Det å hjelpe pasienten med å se og endre adferdsmønstre var det flere av deltagerne som snakket om som ”kognitiv terapi” (eller som én av flere kognitive teknikker). Én av deltagerne fortalte at han hadde videreutdanning i mindfulness-basert terapi og benyttet dette flittig. Mens to av

28

deltagerne hadde mer inngående kjennskap til kognitiv terapi via kursing og veiledning, var det i de andre deltageres tilfelle snakk om bruk av enkelte teknikker eller idéer.

*I: (...) Så tenker du at okay, du vil ikke kalle det terapi, men hva, hvordan er du arbeider med de?  
L: Da prater jeg med dem om det som de oppfatter som det vanskelige, og lar dem, holdte på å si...  
tømme.. Være en container, la dem få ut all gruffen. Og hvis vi skal gå inn på det som jeg tenker på som kognitiv så er det da å resonnerer litt sånn rundt det som de oppfatter som det vanskelige. Eh... Og la dem se det lite grunn i fugleperspektiv, prøve å...kaller vi det "metacognitive" teknikker? Litt sånne ting. (L3)*

En annen hadde videreutdanning i kognitiv terapi og mindfulnessbasert terapi, og kombinerte disse to metodene:

*I: Så det er.. ja... mindfulness, og så kognitiv terapi som du...  
L: Det henger i hop, ikke sant, det, det er noe som heter Mindfulness-based Cognitive Therapy, i Oxford så har de noe som heter Oxford Cognitive Therapy Center mens de driver også de er nært knytta til noe som heter Oxford Mindfulness Center, (mmm) og så har de utvikla noe som de kaller Mindfulness-based Cognitive Therapy, som det er sånn strukturert utdanningsopplegg for, da. Som delvis også har vært gitt i Norge, til de som måtte være interessert i det. Jeg... jeg har ikke tatt det strukturerte opplegget men jeg kombinerer de tingene... på min måte. Ikke sant. Jeg bruker mitt, mitt erfaringsgrunnlag og så lager jeg min greie. Som ikke er sånn, det er ikke noe sånn... rigid strømlinjeform, jeg bruker det jeg har tilgjengelig der og da, avhengig av problemstillingen. (L8)*

Legene var fleksible i forhold til hvilke samtalemåter de brukte, og så an pasienten:

*Ved depresjon så går jeg, så starter jeg aldri med kognitiv tilnærming helt i starten. (nei) Altså jeg begynner ikke med det, på en måte. For det syns jeg blir for teknisk, altså, hvis du, hvis du kommer liksom sånn gråtferdig og er helt på sammenbruddets rand, og... det velter ut av deg med vonde følelser som du har containa i lengre tid, og jeg begynner å smekke frem et fempunktsskjema - det blir for upersonlig, det blir for teknisk. (mmm) Syns jeg. Da bruker vi noen timer til liksom å falle til ro og... lytte og... få de til å bli trygge i situasjonen... (L7)*

### 3) Endre pasientens krav til seg selv og til livet

De fleste deltagerne fortalte om det å kunne bruke tid på å justere på pasientens krav til seg selv, eller de forventningene de hadde til hverdagen og til livet. De mente mange pasienter hadde alt for høye forventninger, og at dette gjorde livet vanskelig for dem. Dette var noe legene syntes var greit og forholdsvis enkelt å ta tak i.

*L: Så det er også en sånn gruppe hvor jeg.. jeg tenker at de må på en måte...realitetsorienteres litt på hva man skal forvente av livet (ler litt). Det pleier å sitte (ja!) Ja.  
I: Fortelle dem det at det er ikke sikkert at du får til (nei) akkurat det du ønsker deg nå.  
L: Ja. Og mange har jo også utrolig høye krav til seg selv da. (mmm) Jah. Og... Å få det... på plass... (L6)*

*Mye av jobben er jo å lære folk å forstå at livet kan være bra selv om de har psykiske plager. At, noe jeg pleier å si er at vi trenger bare to gode dager i løpet av en uke. Så går det faktisk an å fortsette å leve. Og ha det ålreit. Men syv dårlige dager, det tåler ingen. Ikke sant. Sånn at du, du må hjelpe folk å stille lista ned, og si at det var det livet jeg fikk, nå har jeg lyst til å leve dette livet. Som er fullt mulig (L4)*

### 6) Håp

Deltagerne gav uttrykk for at *håp* var viktig i samtale med pasienten. Dette kunne for eksempel skje ved å forespeile pasienten et relativt kort forløp:

*L: Du skal ikke tilby deg å følge folk i alle år, som det ene triste eksempelet jeg sa. Du skal si at nå, jeg kommer nok til å se deg fire fem ganger i løpet av våren og så skal vi prate, og så tror jeg faktisk du greier deg sjøl. Det å... Det tror jeg... Ja det skal du merke deg. Du skal – gjennom dine øyne skal pasienten se seg selv i en bedre funksjon. Jeg sier det: "Om fem år skal jeg se ut av vinduet, og der går du. Og så skal jeg si til meg selv – det fiksa du. Neeeee, men det er ikke sånn", sier jeg, "du fiksa det selv, ikke sant. Men jeg kommer til å være stolt uansett."  
I: Det høres ut som at det handler om å gi dem håp?  
L: Selvfølgelig. En pasient kom til meg og sa – ja? Ja, hva kan jeg hjelpe deg med? Ja, du sier at du selger håp? Jeg hadde jo sagt det, ikke sant, (begge ler), det er det jeg selger. (L4)*

En annen deltager brukte normalisering som en del av dette. Som lege hadde deltageren sett mange med liknende problemer, og dette kunne formidles til pasienten:

*Spesielt tenker jeg på folk som er deprimerede eller folk som tror at nå er det slutten på livet og alt er ødelagt og så videre. Og hvis jeg da kan si: "Dette går bra, dette har jeg sett så mange ganger før, dette går over, og livet er dynamisk og dette klarer du fint" så...gjør det noe med dem. Altså... Så hvis de ikke kan tro på seg selv så kan jeg tro på dem, ikke sant. (L9)*

### Legen er bevisst på hva h\*n formidler til pasienten

Alle legene gav uttrykk for at de *er* på en viss måte i møte med pasienten. Dette handler delvis om hvordan legen er som person og som menneske, delvis om hva han eller hun ønsker å formidle. Jeg har delt opp dette temaet i underkategorier som sier noe om hvordan legene tenker:

### 1) Hvordan jeg er og hva jeg føler har betydning

Legene la vekt på hvordan deres egne holdninger kunne være viktige. Flere gav uttrykk for at de er svært bevisste på hvilke holdninger de har.

*Hmmm... Jeg tror det er veldig viktig å ikke være fordomsfull da. Ikke være forutinntatt. Og så er det veldig viktig å møte folk nokså likt, da. (mmm) For jeg ser jo folk sliter med de samme problemene ofte uansett bakgrunn og hvor man er i livet. (L6)*

Én pekte på at optimistisk grunnsyn på mennesket var til hjelp også i vanskelige situasjoner:

*Men, men jeg tror at jeg har... når jeg bestemte meg for å bli lege så var det fordi jeg syns mennesket er fantastisk. Jeg syns mennesket er helt... fascinerende og utrolig. Og... Ja. Kanskje litt det at jeg har et et antroposofisk syn på det hele også, og at jeg er veldig veldig glad i mennesker. (mmm) Og.. det, det bruker jeg litt bevisst også i, i noen settinger som, når jeg har inntrykk av at... at vedkommende på en måte... altså at jeg utvikler litt sånne ubehagelige tanker ikke sant, eller litt negative tanker. Hvor jeg prøver helt bevisst å snu disse tankene ved å rett og slett tenke at... dette er jo et fantastisk menneske og... Altså, at jeg prøver helt bevisst å se noe positivt. (L9)*

## 2) Det er viktig at pasienten kan oppfatte at jeg er tilstede med hele meg

Tilstedeværelse var et tema som ble tatt opp av de fleste legene. Det er viktig for pasientkontakten at legen virkelig er til stede sammen med dem. Noen ganger brukte deltagerne eksplisitt uttrykket ”tilstedeværelse”, andre ganger snakket de om for eksempel engasjement:

*Jeg tror at pasientene mine merker at jeg blir engasjert. (Ja?) Ja. Det tror jeg de merker. For det blir jeg virkelig altså. Fordi at... Når jeg sitter her og snakker med folk, så glemmer jeg alt rundt. Da glemmer jeg at jeg har gått over tiden og... at det er noen utenfor døra og venter på et svar eller noe sånt. Så jeg blir veldig engasjert mens jeg snakker med folk, og det tror jeg folk merker. Det er ihvertfall de tilbakemeldingen jeg får. Og... øyekontakt, minst mulig på dataen.. Eller unnskylde hvis jeg må bruke lang tid på dataen. Så det... det er liksom derfor jeg har plassert det [stolene og skrivebordet, som var plassert slik at pasient og lege kunne sitte rett ovenfor hverandre eller i vinkel, uten PC eller annet imellom dem] sånn óg, for ofte sitter-, folk sitter i en av de to stolene og så snakker vi sammen. (L6)*

Dette handler også om å være bevisst på kroppsspråk, og flere leger var opptatt av hvordan de skulle fysisk opptre ovenfor pasienten. Mange nevnte spesielt viktigheten av å ikke la datamaskinen komme i veien for kontakten med pasienten.

*Jeg er veldig bevisst på det da, å på en måte gi de inntrykk av at de får lov til å falle ned og får lov til å brette ut sin historien at ikke legen ser på klokka og skjermen hele tiden. Jeg er veldig bevisst på blikkontakt hele tiden. Sette meg foran pasienten og prate med de, ikke kikke på PCen. Og så heller prøve å bare memorere det han har sagt og så prøve å skrive et referat.” (L7)*

En av deltagerne gav uttrykk for at fastlege-settingen gjør at denne type tilstedeværelse er svært øyeblikksbasert – han kan være fullstendig til stede med pasienten der og da, men må så nullstille seg umiddelbart for å være klar for en ny pasient:

*[Kontekst: Legen har fortalt at han ikke har ”tid”/mulighet til å bli mye emosjonelt påvirket] Man deltar når pasienten er inne, så da er man deltagende og bruker mye energi på på en måte å ta imot og være med, være helt på nett, eh... Ikke noe... Man sitter DER (viser med kroppen at han sitter vendt mot intervjuer) med pasienten mot seg, man sitter ikke med ryggen til og skriver. Det er en styggedom.*

*Så... Man er fullt og helt med når man er der, men når pasienten er ute av døra, så må... Du får ofte inn neste pasient mens døra er åpen.. (Mmm.) Og det er sånn det må være. (L3)*

En av deltagerne var opptatt av tilstedeværelse som en motsats til det å være profesjonell, og mente at dersom man er for ”flink”, tenker for mye og alltid gjør de ”rette tingene”, kan dette drepe en del av samhandlingen som er viktig å ha med seg i møtet med pasienten.

*I: Har du tenkt noe på hvordan du på en måte er i den kontakten med de pasientene?*

*L: Ja du kan si det er litt sånn... litt sånn sårt punkt ikke sant, fordi.. jeg tror... Hvis du er i et selskap, du har sikkert opplevd det, og så plutselig så begynner du å betrakte deg selv hvor du sitter der og er litt på siden av alt mulig, da slutter du å fungere i selskapet altså. Fordi er begynt å betrakte deg selv og det er noe av det profesjonskravet som du har, du skal sette et kamera på deg selv under en konsultasjon. Men det er jo en del av videreutdanningen sikkert for deg også. Og så skal du tenke fryktelig mye på hvordan du virker. Jeg har mer tenkt at... hvis jeg er meg selv, så vil jeg fortelle masse som jeg ikke er klar over at jeg forteller, men det vil være meg selv.*

*(...)*

*Det er deilig å være flink, de kan sette deg på en sokkel i parken ikke sant, (I: Ler litt) alle vil jo det. Jeg sier nei takk, jeg vil ikke det. Jeg vil heller være en raring på landet. Det er ikke lett, det har tatt meg 35 år. Man skal ikke tro at det gir seg sjøl. (L4)*

Senere i intervjuet snakker denne legen om det å være ”til stede” som å kunne dele av seg selv med pasienten og å ta inn over seg pasientens vansker, og forteller videre:

*L: Du kan altså ta noen skjebner innover deg men ikke så fryktelig mange. Jeg tror nok at hvis jeg skulle jobbe på et distriktpsikiatrisk senter så ville kanskje... Da blir det plan B. Da må du kanskje tenke overlevelsesstrategi, du orker ikke være tilstede med alle pasienter på et distriktpsikiatrisk senter. Men det er det, det som man altså kan tillate seg i allmennpraksis da.*

*I: Ja... Hvorfor det? Fordi det er...*

*L: Jo fordi du har ikke bare så dårlige pasienter (jaaa) Hvis du sitter der og alle pasientene du har foran deg har passert førstelinetjenesten og ikke fått hjelp, og så skal du sitte der og fikse det for dem... det blir jo fryktelig tungt hvis du skal være til stede. (mmm) Da må du jo være profesjonell. Det hadde nok jeg blitt også. Jeg hadde ikke orket å fortelle om fritidssytlene mine for at de skulle ha det hyggelig når de var hos meg, hvis jeg jobbet på et distriktpsikiatrisk senter. Da hadde jeg holdt kjeften. Holdt meg til saken. (L4)*

Jeg forstår dette som at det å være ”profesjonell” for denne deltageren innebærer en form for distanse til pasientene, og en mangel på ekte involvering fra legens side – og at dette ikke er slik denne legen ønsker å jobbe, fordi h\*n mener det da ikke er mulig å være tilstrekkelig ”tilstede” med pasienten.

### 3) Jeg bruker meg selv i møtet med pasienten

Flere av deltagerne snakket om det å bruke seg selv, og det å dele noe privat informasjon med pasienten. Dette kan kanskje også tenkes å ha noe med tilstedeværelse å gjøre, at legen tenker at det er viktig at de er tilstede som person.

*Mmmmm... for eksempel... Så kan jeg med småbarnsfamilier si at "ja... jeg har også barn, og.... Skjønner det, og... Treåring det er den tøffeste tiden, jeg kan kjenne meg igjen i det og.. våkenetter..." Jeg kan gi sånne som er ganske konkrete. Og det tror jeg folk, egentlig så tenker jeg at ikke burde bety noe men jeg tror det betyr noe altså. At de.. at jeg er ikke bare profesjonell, jeg er også litt menneskelig på det. Og.. hvis folk forteller om sine feil og mangler så er det liksom greit å si at ja det kan skje den beste. Behøver ikke egentlig si at det har skjedd meg, for det synes jeg blir FOR personlig, for det skal være en avstand og... Ja jeg prøver litt, jeg tenker at man skal være litt jovial da (L6)*

I sitatet ovenfor legger vi forøvrig merke til at også denne legen formidler at det å være helt "for profesjonell" eller profesjonell hele tiden ikke nødvendigvis er av det gode. Her forstår jeg begrepet som å handle spesielt om å ikke være personlig/privat. Legen som snakket om profesjonalitet som en motsetning til tilstedeværelse (se forrige avsnitt) praterte flere ganger om å by på seg selv:

*Det er jo ikke alltid du forteller disse tingene [om sine fritidsaktiviteter]men veldig mange av mine pasienter veit jo hvem jeg er og vet hva jeg driver med. De synes det er morsomt og spør seinere om jeg har vært ute og [holdt på med dette] ... det er noe med det å tørre å være seg selv og kunne bruke seg selv, altså....." (L4)*

### 4) Det er viktig å gjøre pasienten trygg på at problemene blir tatt på alvor

Deltagerne fortalte at de la vekt på å la pasienten skjønne at de ville ta deres bekymringer på alvor. Dette kunne for eksempel handle om å være nøye på å utelukke alle mulige somatiske årsaker hvis legen mistenkte angst, å gi en midlertidig lindring i form av sovetabletter, eller rett og slett å gi dem den tiden de trengte. Målet var å trygge pasienten på at de ble sett og hørt, og å gi dem en lettelse i form av rask lindring.

*"Så... Hvis man da klarer første gangen å...formidle til dem at dette her skal vi ta alvorlig.. og så da at man i tillegg får til at man.. at disse her kanskje får sove om natta og sånne ting, så er det ofte sånn at ting er litt lettere når de kommer tilbake" (L3)*

I blant må legen aktivt gå inn i seg selv og sørge for å ta pasientens plager på alvor selv om det kan virke bagatellmessig:

*Man møter selvfølgelig også problemstillinger som man tenker at jaja er det så farlig? Litt sutring (intervjuer humrer) og...ikke sant. Da er det også viktig at man tar det p en ordentlig måte, at man alltid lar pasienter dele hans...eller for de, at de føler seg ivarettatt. (L7)*

En av legene fortalte at h\*n iblant bevisst hadde gjort det motsatte, og slik ønsket å formidle at "dette kommer til å gå bra" ved ikke å ta bekymringen så tungt:

*[Kontekst: Legen har fortalt om en kontakt der en mor var bekymret, men legen tok det hele med ro og mente at problemet ville løse seg med litt tid] Og det er altså å prøve å se når du bare skal la tiden gå og så vil folk faktisk bli friske selv, bare du har noen til å ta ansvar: "Dette går bra," det var jo det moren trengte. "Dette kommer til å gå bra." Det skjønnte hun hver gang hun var her, og så at jeg tok det så kult og fokuserte på andre ting. Noen ganger når mødrene kommer med disse bekymrede ungene så har jeg skutt litt luftpistol sammen med ungen. Som ungen bare gleder seg til å komme igjen og skyte med luftpistol, og mamman skjønner at dette tar ikke doktoren så fryktelig alvorlig. (L4)*

### Legen er bevisst på alliansen med pasienten

Deltagerne la vekt på alliansen med pasienten. I noen tilfeller snakket de eksplisitt om allianse, og da spesielt i forhold til ulike ting som kunne gjøre det vanskelig å skape eller opprettholde en god allianse. I andre tilfeller kom dette mer indirekte frem, i form av prat om for eksempel å finne felles mål med pasienten. Én utfordring i denne sammenhengen var pasienter som ikke var motiverte for bedring, eller som hadde mål for konsultasjonen som legen ikke kunne støtte opp under.

En av legene hadde valgt å ha lengre standardkonsultasjoner enn det som er vanlig. Slik jeg oppfatter deltageren handler dette (blant annet) om å gi alliansen tid til å dannes for å ha et bedre grunnlag for å hjelpe pasienten. I denne sekvensen har deltageren nettopp fortalt at h\*n har lagt opp til 25 minutters samtaler:

I: Så den vanlige lengden på konsultasjoner er 25 minutter?

L: Ja, 25. Fordi min erfaring er at det tar litt tid før man kommer til poenget, ikke sant. (intervjuer ler litt)  
Du må først bygge opp tillit, lage en relasjon, og så videre. Og så kommer folk forbi det og kan åpne seg og dele det som er viktig. (L9)

Mange av legene forteller om vanskene med å hankses med pasienter som har et misbruksproblem. Disse kan det være utfordrende å ha en allianse med, fordi de kommer med et mål for konsultasjonen – å få en resept – som ikke samsvarer med hva legen mener er rett. Legen og pasienten mangler et felles mål for konsultasjonen.

*Og det er jo veldig vanskelig å ha en allianse med dem. Du kommer ikke noe videre. Så pasienten må ha en slags innsikt, spørsmålet eller grunnen til konsultasjonen må være noe som man som fastlege kan gjøre noe med. Du vet også som psykolog at man kan bli hjulpet hvis man vil, og det er en veldig stor andel av de psykiske pasientene, spesielt de med litt tyngre diagnoser med rusmisbruk ved siden, de har ikke lyst til å bli hjulpet. (L5)*

Flere av deltagerne snakker om å møte pasienten, for eksempel her, hvor deltageren forteller hvordan h\*n går fram når h\*n ikke mener det er riktig å etterkomme en pasients forespørsel om medisiner:

*[Da] hadde jeg sagt... Det tror jeg ikke er veldig smart av meg å gi deg det. Jeg tror det er en annen måte å gjøre det på. Så ville jeg satt av tid, jeg vil heller bruke masse tid med deg. Gitt deg tid. Ikke sant? Og prøvd å møte på den måten. Men det er klart hvis en pasient da overhodet ikke var klar for en slik tilnærming, da hadde, da hadde ikke jeg vært rette doktoren for henne. Ikke sant. For jeg hadde ikke da sagt nei, stakkars deg, du skal slippe å kjenne på ting, da skal du få disse medisinene. Jeg sier da at da gjør jeg deg en bjørnetjeneste. Ved å på en måte farliggjøre det som... er menneskelige ting. Skjønner du? Så da... da... Og da... Ja. Hadde nok hun kanskje valgt en annen. (Jah. Ja) Og det... det tenker jeg er greit (ja) Da... da er ikke jeg... da er ikke det god match, ikke sant. (L8)*

Dette kan også sees som en form for alliansebevissthet – legen ønsker ikke å etterkomme pasientens ønske om å skrive ut medisiner, men er nøye med å forklare rasjonale og legge vekt på at det finnes andre måter å takle problemet på. Legen gir pasienten tid, og prøver slik å møte pasienten selv om pasienten ikke får akkurat det han/hun bestilte. Deltageren påpeker også et annet aspekt ved fastlegepraksisen – dersom pasienten ikke er fornøyd, er det mulig å bytte fastlege. Legen vil imidlertid ikke gå på akkord med sin faglige overbevisning for alliansens skyld.

Det kan også være viktig å ha evnen til å reparere alliansen. Denne legen forteller om viktigheten av å komme med en uforbeholden unnskyldning dersom noe er blitt gjort feil:

*[Hvis man har glemt en blodprøve eller liknende] er det veldig greit å bare si vet du hva, dette er en glipp, beklager. Da får man veldig fort mye spenning ut av en konsultasjon, da får man alliansen litt tilbake igjen. (...) Det hjelper. Da ser du ofte at enten kommer de tilbake i etterkant, eller du merker at de får en helt annen kroppsholdning igjen, de åpner seg, de slapper av... (L5)*

### Legene kan være frustrerte over tilbudet i andrelinje

Legene hadde til dels mye å si om andrelinjetjenestene, både uoppfordret og som svar på spørsmål. En del av legene var (tidvis) svært frustrerte over andrelinje og det som de oppfattet som deres manglende vilje til å ta imot pasienter som trengte dem. Dette kunne påvirke legene både ved å ha betydning for hvordan de jobbet med pasientene, og, slik jeg oppfattet det, ved å bidra til maktesløsheten som er beskrevet tidligere. Overskriften her er noe spisset – ikke alle legene var like skeptiske, og to av dem uttrykte at samarbeidet var helt uproblematisk.

Omtrent halvparten av deltagerne gav uttrykk for at spesialisthelsetjenesten for ofte avviste pasienter, og da også pasienter som fastlegene mente var utenfor deres kompetanseområde. Generelt gav mange uttrykk for at spesialisthelsetjenesten var opptatt av å sørge for at de ikke ble sittende med ansvar for pasientene:

*L: Jeg føler at... de prøver hele tiden å jekke behandlingen ned et nivå. Hvis du skjønner. At der hvor jeg føler at det viktigste for pasienten hadde vært å bli innlagt på psykiatrisk avdeling i to-tre-fire uker og så etterpå få hyppig oppfølging, så prøver de å finne alle mulige krumspring for ikke å ta imot pasienten, fordi de har for mye å gjøre. (...) Jeg føler, de prøver hele tiden å argumentere sånn, og, hvor du skjønner... at det er ikke en faglig fundert vurdering, det er en ren... ressurs... de prøver liksom å frigjøre... tid (ler) (mmm). Eh... forståelig nok, for så vidt, men det er... det er et problem. Med andrelinjetjenesten at de har... det er åpenbart at de bruker et, enhver unnskyldning til å gi pasienten behandling på et lavere nivå enn det som er nødvendig. (L7)*

Flere påpekte at de syntes det er spesielt at spesialisthelsetjenesten kan avvise en pasient de aldri har møtt:

*Det er ingen andre spesialiteter som avslår uten å ha sett pasienten engang. Hvis jeg sender til en hjertelege så får jeg ikke brev tilbake, denne pasienten skal ikke til meg, du får fikse det selv. (L6)*

Denne legen fortalte at problemene med kapasitet også gjaldt for avtalespesialistene:

*[Kontekst: Legen har fortalt om en pasient som trengte henvisning til avtalespesialist etter utskrivning fra DPS fordi behandleren sluttet i jobb. Hun forteller videre om spesialistcluster og hvordan dette fungerer, og mangel på gjennomstrømming av pasienter]  
L: (...) de tar jo kanskje inn bare fem nye pasienter i løpet av et år. Og da skjønner jo alle hva., hvis de sitter her og er tyve spesialister tar de jo fem hver, og det er alt for liten kapasitet for dette behovet da. Så for å ta henne som eksempel så har jeg liksom tenkt hva gjør jeg NÅ, da?*

Flere deltagerer nevnte at det også kunne være en del uenigheter rundt akuttinnleggelses, men at dette hadde bedret seg etter at fastlegene fikk siste ord i disse sakene. En av deltagerne som var generelt positiv til samarbeidet med andrelinje, fortalte at det hadde vært mer problematisk tidligere:

*Tidligere så hadde jeg en følelse av at det eneste de hadde for seg det var å sitte og si NEI. Det var veldig tungt. Så jeg har sitti... jeg har sitti, det var en gang det var to politifolk som satt oppå en riv ruskende gal pasient hjemme da jeg hadde kjørt legevakt en gang, to politifolk som sleit med å holde vedkommende i bakken, vedkommende var psykotisk så det holdt, og assistentlegen på psykiatrisk nektet å ta imot. (Hva??) Ja. Så da endte det faktisk med at han måtte til.. det ble politiet som måtte ta pasienten med til glattcelle.  
I: Ja det kan jeg tenke meg at var frustrerende.  
L: Ja. Da føler jeg meg så dum. Eller hjelpesløs.  
I: Ja. Men det er blitt bedre...?  
L: Ja, nå er det ikke noe problem. Så nå så syns jeg at det fungerer timelig bra, etter at jeg jobba på akuttpsykiatrisk så kjenner jeg jo folk der inne og er gode venner med dem (ler) Jeg tror det at det.. og så har jeg også sitti der og vært den personen som tok imot, så da veit jeg hvordan det er (L3)*

Noen av utsagnene kunne, enten helt åpenbart eller mer subtilt, tyde på at legene ikke nødvendigvis stolte på kompetansen i andrelinje. Den mest skeptiske av deltagerne uttrykte det slik:

*L: Nei men altså fordi hadde tilbudet vært fantastisk godt, hvis de hadde fylt opp disse institusjonene med hjertevarme folk som jobba døgnet rundt bare med pasienter, og ikke hadde møter (intervjuer humrer) så ville jeg stolt på dem. Men de er liksom på en helt annen planet så jeg greier ikke å stole på dem. (L4)*

Legen mente at DPSene brukte for mye tid på møter og for lite tid på pasienter, og var svært kritisk til produktiviteten i andrelinje.

*Hvis de fikk en sum, 2000 kr per pasient de så, psykiatrien i Norge ville blomstret. Men nå er de betalt for å sitte i møter og se på sin egen navle og sin egen nesetipp. Og de får penger for det. Det er klart de velger det! To pasienter per dag? Hvem ville ikke valgt det? Jeg tror at en privatpraktiserende psykolog ville ha femten pasienter per dag. (L4)*

## DISKUSJON

### Legen som psykisk helsehjelper

Legenes håndtering av psykiske problemer viste flere fellestrekk. Samtalen fikk i følge disse deltagerne en viktig rolle. Medikamenter hadde sin plass, men blant disse deltagerne ofte som et *tilskudd* til andre metoder. Deltagerne i denne studien viste en interesse for selv å gjøre en god del arbeid med disse pasientene. Dette er et noe annet bilde enn hva som fremkom i SINTEF-rapporten til Ådnanes og Bjørngaard (2006), der mange fastleger mente det var begrenset hva de kunne bidra med, og de oppfattet at deres hovedansvar i forhold til gruppen var å sortere ut pasientene som hadde behov for henvisning. Diskrepansen mellom disse resultatene kan tenkes å være et resultat av at utvalget i denne studien er lite. Imidlertid viste også SINTEF-studien at legene ofte brukte samtaler som et virkemiddel.

### Katarsis i legekontoret

En forhåndsbetingingelse for at samtaler kan ta sin plass på legens kontor er selvsagt at han eller hun tror at dette har noe for seg. Legene i denne undersøkelsen gav på ulike måter uttrykk for at de hadde tro på at det å prate om det som er vanskelig kan føre til en bedring eller lettelse (enten det gjaldt pasienten eller dem selv). På én måte kan man si at dette ikke er noen stor overraskelse: Troen på ”å prate” gjennomsyrrer store deler av det moderne vestlige samfunnet. Prating, og mer generelt, kommunikasjon, regnes som både roten til og løsningen på alt vondt (Cameron, 2000). Hele terapifeltet er basert på at vi tror det hjelper å snakke om det vanskelige – selv om endringsmekanismene bak er gjenstand for en tilsynelatende uendelig debatt. Slik jeg forstår deltagerens utsagn om å ”snakke ut” ligger dette nært en form for *katarsis*: Legene har en underliggende tro på at det å ”tømme seg” for det vonde er helende i seg selv, snakker om å ”luften”, ”tømme seg”, ”prate ut om det vanskelige”. Tanken om katharsis (fra gresk κάθαρσις, ”renselse” eller ”å rense seg”), det at å uttrykke en følelse kan minske denne følelsen, har røtter helt tilbake til antikken. Katarsis i sine ulike betydninger og sammenhenger har vært mye omdiskutert gjennom historien (Kosmicki & Glickauf-Hughes, 1997) – en diskusjon jeg ikke skal gå inn på her. Vi finner imidlertid igjen katarsis og tilsvarende begreper i forskningen på

fellesfaktorer. Grençavage & Norcross (1990) nevner katarsis som ett av fire fellestrekk som finnes i virksomme behandlingsformer på tvers av terapityper. I Lambert & Ogles (2004) kategorisering av fellesfaktorer (se s 4-5) nevnes katarsis blant ”støtte-faktorene” (support factors).

Det er imidlertid ingen selvfølgelighet at legene tenker slik, og det er interessant at én av deltagerne ser på det å prate om det vanskelige som noe som kan være skadelig. Denne deltageren bruker også samtaler som et hjelpemiddel i arbeidet med psykiske vansker, men i motsetning til øvrige deltagere uttrykker h\*n en tilbakeholdenhet, en frykt for at h\*n ved å få pasienten til å prate kan gjøre vondt verre. Legen tenker at særlig i tilfeller der pasienten selv ikke har satt en merkelapp på sine vansker som ”psykiske”, bør man være forsiktig. Hvordan skal vi forstå dette? Vi kan tenke at det handler om at legen ikke føler han har verktøyene som skal til for å hanskene med vanskene som kan dukke opp. Denne legen uttrykte stor skepsis til andrelinje (både i form av kvalitet og kapasitet), og det er kanskje ikke unaturlig at deltageren kvier seg for å starte på noe som kunne være vanskelig å avslutte på en god måte. Imidlertid oppfatter jeg det som det ligger en mer basal skepsis til grunn, at denne legen på mange måter sier det motsatte av de andre – det å ” snakke ut” kan være mer skadelig enn nyttig. Fra en psykologs ståsted kan dette virke som en spesiell forestilling, og en som er vanskelig å stille seg bak. Vi baserer på mange måter hele vår virksomhet på at det er bedre å få det ut enn å holde det inne. Samtidig er heller ikke denne tankegangen ukjent – mange (lekpersoner, men sikkert også en del psykologer og andre i fagfeltet) kvier seg for å ta opp et tema som kan bringe frem ”for” sterke følelser hos en annen. For eksempel: Hvem har ikke stått med en venn i sorg og lurt på ”Skal jeg spørre hvordan det går? Eller blir han bare enda mer lei seg, begynner han kanskje å gråte? Og hva skal jeg gjøre da?” Det er imidlertid vanskelig å si hva slags effekt dette kan ha på arbeidet med pasientene. En undersøkelse fra New Zealand (Bushnell et al., 2005) viste at en stor andel (nesten 30%) hadde hatt psykiske vansker som de av ulike grunner ikke tok opp i samtale med sin allmennlege (general physician). Dette kunne ha ulike årsaker, blant annet mente 33% av de som ikke snakket om sine plager at allmennlegen ikke var den rette å prate med om dette, 27% mente at psykiske vansker ikke skulle prates om i det hele tatt, og 19% la vekt på stigma ved avsløring (disclosure) eller behandling. En del pasienter velger altså av ulike grunner ikke å

ta opp psykiske vansker med sin lege. Gitt at vi antar at det er fordelaktig å få frem og jobbe med slike problemer, kan det være problematisk om legen heller ikke tar opp problemstillingen.

Vi kan ikke vite hvilke av disse to standpunktene som er mest utbredt. Det er uansett interessant at så mange av deltagerne i denne studien gav (ofte eksplisitt) uttrykk for en tro på at ”å prate ut” har en effekt i seg selv. Slik jeg så det var dette ikke gitt på forhånd, det kunne tenkes at flere av legene vegret seg mot å ta imot disse lidelseshistoriene av faglige eller personlige årsaker. Det er forøvrig viktig å huske på at det kan være en skjevhet i materialet på bakgrunn av trekk ved utvalget – dette kommer vi tilbake i et senere avsnitt.

#### **Fellesfaktorer i konsultasjonen**

De fleste deltagerne mener altså at å prate hjelper, og de benytter seg flittig av det de kaller støttesamtaler med pasientene. Støttesamtalene kjennetegnes av at pasienten får fortelle om sine plager, mens legen opptrer som en som lytter, støtter, og tåler det pasienten sier – og iblant kommer med råd. Legen legger dessuten mye vekt på hva han/hun formidler til pasienten, og er bevisst på alliansen og det å bygge håp og normalisere. Hvis vi følger rammeverket til Lambert og Ogles ser vi at legene legger vekt på mange av disse fellesfaktorene i sine samtaler med pasienten. Legene jobber for å bygge opp et positivt forhold til pasienten, de ønsker å formidle varme, respekt, aksept og empati på en genuin måte. Katarsis-aspektet er allerede diskutert. De kan også gi råd, og hjelpe pasienten med å få innsikt i sine egne adferdsmønstre. Slik sett kan fellesfaktortenkningen være et godt rammeverk for å se på hvordan legene jobber med sine pasienter – og kanskje også et nyttig startpunkt for å tydeliggjøre for legene hvilke virkemidler de har i ”verktøykassa”.

Flere av legene snakket om det å være privat/personlig, og når dette kunne være nyttig. Det er imidlertid stor forskjell på hva legene i denne undersøkelsen regner som å ”være privat” og hvor de trekker grensen, og på hvordan de bruker dette med pasientene. I en norsk studie (Skirbekk et al., 2011) (som hovedsakelig omhandler somatiske konsultasjoner) var det å gå ut av de forventede rollemønstrene en måte å åpne opp ”tillitsmandatet” mellom lege og pasient på, og noe som pasienten kunne sette pris på. Skirbekk et al beskriver at viktige elementer for å åpne



opp tillitsmandater (i motsetning til begrensede tillitsmandater, som er spesifikke til den konkrete plagen pasienten presenterer) var tidlig interesse i pasientens ve og vel, sensitivitet, å gi tid/kontinuitet i konsultasjonene, alliansebygging, og kortere perioder hvor pasient og lege trådte ut av de vanlige rollemønstrene. Deltagerne i denne studien gav for øvrig uttrykk for at pasienten ikke nødvendigvis forventet at legen *løste* problemet de kom med, men at viktigste var at legen hørte på problemstillingen og hjalp til med å finne en løsning. I lys av dette kan vi kanskje tenke oss at det at legene formidler at de *ønsker* å hjelpe, og at de forsøker å finne den beste måten å gjøre dette på, i seg selv kan være viktig for pasienten.

I tillegg til de mer uformelle ”støttesamtalene” er kognitiv terapi det (ikke-farmakologiske) virkemiddelet som flest av deltagerne nevner. Dette stemmer overens med resultater fra Ådnanes og Bjørngaard (2006). Kognitiv terapi er blant satsingsfeltene innen psykisk helse i dag, og det finnes mange utdanningsmuligheter for fastleger som ønsker å jobbe på denne måten. Et søk på ”kognitiv terapi” på Legeforeningens hjemmesider gir for eksempel over 600 treff (til sammenlikning gir søkeordet ”psykoterapi” rundt 300 treff). Det er ikke vanskelig å se hvordan denne typen teknikker kan være tiltalende i allmennpraksis. Innenfor fastlegens rammer, hvor det gjerne kan være hyppige men relativt kortvarige konsultasjoner, passer et slikt strukturert rammeverk godt. Det gir også god mening når vi ser det sammen med deltagerens uttrykte ønske om å ”gjøre noe” – kognitiv terapi med sine tydelige verktøy og metoder tilfredsstillende legens (og kanskje pasientens?) behov for å gjøre noe konkret, og rasjonalt bak er lett forståelig for de fleste. Ingen av legene virker imidlertid å bruke dette på en firkantet måte. De fleste deltagerne forteller at de ”er inspirert av” eller ”bruker teknikker fra” kognitiv terapi, og også legene som har formell trening i kognitiv terapi og kan kjøre konkrete terapiforløp forteller at dette er noe de vurderer fra tilfelle til tilfelle, og kombinerer med andre arbeidsmetoder.

#### **Ønsket om å bidra med noe for pasienten**

Hele materialet er på mange måter gjennomsyret av legenes ønske om å gjøre noe, og på den andre siden, deres aversjon mot å føle seg maktesløse. Dette kommer også frem som en frustrasjon i de tilfellene der legen føler at de selv ikke kan gi tilstrekkelig hjelp, men hvor pasienten allikevel blir avvist i spesialisthelsetjenesten. Kanskje kan det best uttrykkes med ordene til en av deltagerne: ”Vi er jo utdannet til å gjøre alle friske!” Det er en beundringsverdig

målsetting, men det er nok et viktig poeng en annen av deltagerne kommer med: Kanskje må man iblant akseptere at pasienten ikke kan nå 100 % funksjonsnivå. Da må målet være å hjelpe pasienten med å leve forholdsvis godt med den kapasiteten de har. Dette betyr selvsagt ikke at man skal gi opp og ikke forsøke å hjelpe enhver pasient så godt som mulig. Men kanskje kan det noen ganger være det beste både for legen og for pasienten om man klarer å akseptere de begrensningene som finnes. Et mønster som også dukker frem når man ser på hele materialet under ett er at legene som følte at de hadde flere strenger å spille på i møtet med den psykisk syke pasienten – enten fordi de hadde formell utdanning i teknikker og terapiformer, eller de hadde tidligere erfaring fra psykiatrien – også var de som uttrykte minst frustrasjon og maktesløshet. Materialet er imidlertid ikke analysert med tanke på å se etter slike korrelasjoner, og dette baserer seg derfor utelukkende på inntrykket jeg har av materialet og må dermed tolkes med stor forsiktighet.

### **Metodiske betraktninger**

#### **Generaliserbarhet**

I tolkningen av resultatene fra denne studien må det tas hensyn til den svært lave svar-raten blant potensielle informanter. Det er ikke urimelig å anta at fastlegene som sa ja til å stille til intervju skiller seg fra den gjennomsnittlige fastlege, for eksempel ved å være spesielt interessert i psykiatri. Muligens gjelder dette i noe mindre grad leger som ble rekruttert gjennom sosiale nettverk, da disse kan ha hatt andre grunner for å stille (én gav for eksempel eksplisitt uttrykk for at det var som en tjeneste for en venn). De fleste deltagerne hadde én eller annen forbindelse med psykiatri-feltet, enten gjennom videreutdanning eller tidligere praksis, eller, som i to av tilfellene, at ektefellen var psykolog. På spørsmål om hvorfor de valgte å stille til intervju svarte flere at de synes temaet er interessant, mens noen i større grad la vekt på at de ønsket å være til hjelp. Antakelig kan vi allikevel regne med at de fastlegene som stilte, i alle fall ikke er blant de som kvier seg mest for å arbeide med slike problemstillinger.

Vi må regne med at resultatene kunne sett ganske annerledes ut dersom det hadde vært mulig å få tilgang på tanker og meninger fra den gruppen med fastleger som ikke er interessert i psykiske

vansker. På tross av at en viss selv-seleksjon gjerne skjer naturlig ved at pasienter kan bytte fastlege dersom de ikke føler seg møtt med sine problemer, må vi også anta at mange pasienter med psykiske problemer har fastleger som er mindre motivert for å jobbe med slike vansker. Noen av deltagerne i studien gav uttrykk for en bekymring for nettopp dette – de mente at mange av deres kolleger ikke var interessert eller ikke ”orket” å jobbe fokusert med psykiske lidelser. Det ville vært svært interessant å intervju en gruppe med fastleger som er minimalt interessert i disse problemstillingene, men dette er selvsagt nær umulig å gjennomføre praktisk. Om man skulle klare å identifisere gruppa ville rekrutteringen være et problem da deltagelse selvsagt må være frivillig. Det er imidlertid mulig å tenke seg en undersøkelse med et bredere utvalg fastleger (det vil si ikke bare de som er aller mest opptatt av problemstillinger i forhold til psykisk helse) dersom man kunne tilby legene et insentiv for å stille som informanter, noe som ikke var mulig for denne studien. En mulighet ville være å få i stand et samarbeid med Legeforeningen slik at man kunne intervju fokusgrupper i en sammenheng der deltagerne fikk ”belønning” i form av poeng i videreutdanningssystemet. (Fastlegene deltar jevnlig på gruppemøter som gir dem poeng i spesialiserings- og resertifiserings-systemet.) I denne studien ble det gjort forsøk på å komme i kontakt med disse videreutdanningsgruppene, men det lyktes ikke forfatteren å få tilgang på kontaktinfo.

I tolkningen av materialet er det viktig at vi husker på denne (antatte) skjevheten i data. leseren Analysen baserer seg på hva leger som antakeligvis er ”spesielt interesserte” forteller om hvordan de jobber og hva de opplever. Studien viser at disse legene bryr seg, de prøver etter beste evne å hjelpe sine pasienter med deres psykiske lidelser (og ikke bare ved hjelp av medikamenter), og de tenker igjennom hvordan de opptrer med disse pasientene. Gjennom å velge å legge vekt på temaer som handler om hvordan legen konkret arbeider med pasientene har imidlertid andre temaer blitt valgt bort, og dette er det viktig å ha i minne når vi tolker resultatene. I denne teksten omtaler jeg i hovedsak de ikke-farmakologiske virkemidlene legen benytter seg av. Deltagerne snakket også en del om bruk av psykofarmaka, men dette temaet kommer ikke godt frem gjennom denne analysen selv om vi er innom temaet når legene snakker om behovet for å kunne gjøre noe aktivt for pasienten.

### **Forskning som soloprojekt**

En viktig side ved denne studien er at den er utført som et soloprojekt. Å gjøre en slik studie på egen hånd fører til at man blir ganske alene med sine data. Jeg har kunnet utveksle tanker og meninger med veileder, og fått innspill i forhold til temaer/kategorisering og prioriteringer på denne måten, men veileder skal og kan selvsagt ikke fungere som en medforfatter - og studien ville antakelig fått et annet preg dersom det var et gruppearbeid. Intervju, transkripsjon og analyse er utført av én og samme person. Dette gir en helt spesiell kjennskap og nærhet til materialet, men samtidig mangler muligheten til å få inn en second-opinion i analyser og resonnementer. Studien er slik sett basert på min fortolkningsmåte og er sårbar for eventuelle fordommer og forutinntatthet.

### **Validitet og reliabilitet**

Vi kan se dette i sammenheng med Kvale og Brinkmanns konseptualisering av reliabilitet og validitet i forskningsintervjuer (Kvale & Brinkmann, 2009). Ifølge dem tar reliabilitet og validitet i kvalitativ forskning en annen form enn i kvantitative studier, men er ikke mindre viktig. De trekker uttrykkene tilbake til den hverdagslige betydningen av ordene, i stedet for å bruke operasjonaliseringene fra kvantitativ metode, som ikke nødvendigvis passer i et kvalitativt rammeverk. Reliabilitet i kvalitativ forskning handler om funnenes konsistens og pålitelighet. Validitet handler om sannhet, korrekthet, og overbevisning, og handler om i hvilken grad forskningen svarer på det den gir seg ut for å svare på. Målet er å unngå slurvete og likegyldig subjektivitet.

Hva kan sies om validiteten og reliabiliteten i denne studien? Det må antas at jeg som forsker har hatt innvirkning på resultatene på flere steg i prosessen - gjennom spørsmålene som blir stilt (både i forhold til hvordan intervjuguiden er utformet og de variasjonene som ble til i intervjuprosessen) og måten svarene ble fulgt opp, gjennom min påvirkning på intervjuobjektene i intervjusituasjonen, gjennom analyser og prioriteringer, og gjennom tolkning. Det er usannsynlig at en annen forsker ville kommet opp med akkurat de samme resultatene. Dette har jeg imidlertid prøvd å oppveie gjennom å beskrive prosessen så nøye som mulig, slik at de valg

som er tatt og den påvirkningen jeg har hatt er eksplisitte og synlige for leseren. Slik bygger jeg reliabiliteten og validiteten av mine funn ikke på en objektivitet eller direkte reproduserbarhet, men gir i stedet leseren muligheten til å følge forskningsprosessen trinn for trinn for å kunne bedømme resultatene og tolkningen i lys av dette. Noen flere betraktninger i denne sammenhengen følger.

#### **Påvirkning i intervju situasjonen**

Kvale og Brinkmann (2009) påpeker at intervjuer er en ko-konstruktiv prosess som involverer begge parter, og ulike konstellasjoner av intervjuer og intervjuobjekt vil gi ulike resultater. I intervju situasjonen er det mange sider ved intervjueren som kan påvirke hva slags materiale som kommer frem. For det første vil de tankene og meningene intervjuer har på forhånd påvirke hva man spør om, hvilke uttalelser som følges opp, og hvordan man forholder seg til deltagerens ytringer. For det andre vil ulike trekk ved intervjueren (som man ikke nødvendigvis er bevisst) påvirke hvordan intervjuobjektet svarer. Hvilken effekt hadde det for eksempel for denne studien at jeg er psykologstudent? Dette spørsmålet er i seg selv (minst) todelt: Hvilken effekt hadde det at jeg er *student*? Og hvilken effekt hadde det at jeg studerer *psykologi*? Jeg ser for meg at disse to sidene på noen måter kan ha motstridende effekt – tilsvarende dobbeltposisjonen jeg beskriver under ”refleksjoner rundt min rolle” (se metodeseksjonen). På den ene siden kan jeg oppfattes som en del av psykologstanden. Dette kan ha ulike effekter, for eksempel kan det tenkes at noen ville være tilbakeholdne i frykt for å si noe om psykiske vansker som var ”feil”, eller deltagerne kunne holde tilbake tanker som kunne tenkes å støte meg som psykolog. Sistnevnte så jeg bemerkelsesverdig lite tegn på, noe som ble særlig tydelig når mange snakket om andrelinjetjenester med ganske sterkt kritiske toner. Jeg hadde heller ikke ellers inntrykk av at deltagerne holdt noe tilbake, men dette er det vanskelig å vite sikkert. Én av deltagerne uttalte imidlertid på slutten av intervjuet (da han ble spurt om hva han hadde forventet) at han hadde forventet å bli ”grilla” [sic].

På den andre siden møtte jeg deltagerne som student, og en student er per definisjon ikke utlært. En *psykologstudent* er ikke en psykolog. Kanskje forklarer dette at mange var lite tilbakeholdne med kritikk av det som etter hvert vil bli ”min” gruppe. Jeg ser for meg at en psykolog ville

kunne få andre typer svar. Det er heller ikke unaturlig å tenke seg at deltagerne snakker med en student på en annen måte enn med en som er mer en likemann også når det gjelder andre temaer. Som en av deltagerne uttrykte det:

*”Så det blir jo en litt morsom vinkling på faget, og det er klart at du som sitter her og skal inn som psykolog, det er klart det er inspirerende å prøve å si litt overraskende ting” (L4).*

Jeg oppfatter dette som at han så samtalen som en mulighet til å påvirke og inspirere meg som fagperson.

#### **Om å intervju på kafé**

Ett av intervjuene ble foretatt på en kafé, etter forslag fra deltageren. Da dette ble foreslått var jeg i utgangspunktet litt skeptisk med tanke på både å beskytte konfidensialiteten for deltageren og med tanke på taushetsplikten i forhold til deltagerens pasienter. Jeg valgte imidlertid å gå med på dette, av flere grunner. For det første anså jeg at deltageren var en erfaren fagperson som måtte antas å ha god kontroll på hva som kunne og ikke kunne sies i det offentlige rom med henblikk på taushetsplikten i forhold til pasientene. Jeg anså også at legen var et voksent, intelligent og velutdannet menneske som godt var i stand til å ta denne avgjørelsen på egne vegne. Jeg hadde videre en tanke om at dersom legens taushetsplikt ville stoppet deltageren fra å prate om dette i en slik setting, ville den også hindre legen i å fortelle de samme tingene til meg i enerom, og at det slik sett ikke ville ha stor betydning for informasjonen som ble delt med meg. Et siste aspekt som spilte inn var at jeg var veldig på ”tilbudssiden”: Jeg var svært lett og takknemlig over å ha fått et intervju, og var nok veldig åpen for å følge forslag fra deltageren. Som helt fersk og uerfaren fagperson følte jeg dessuten at det ville være veldig rart å komme med innsigelser i forhold til f.eks taushetsplikt overfor en fagperson med mye mer erfaring enn meg selv.

Intervjuet ble altså utført på en relativt rolig kafé. Det satt noen mennesker rundt oss, men de som satt innen hørevidde satt svært innesluttet med øretelefoner og bok/PC. Det kan imidlertid ikke med sikkerhet utelukkes at de kunne høre noe av det som ble sagt. Jeg merket at jeg stilte noe annerledes spørsmål enn jeg hadde gjort tidligere, mest tydelig ved at jeg bevisst ikke stilte de spørsmålene fra intervjuguiden som handlet om å gi eksempler, for å unngå brudd på

taushetsplikten. Samtidig var mitt inntrykk fra de tidligere intervjuene at mye av den samme informasjonen ofte kom frem i løpet av de andre delene av intervjuet, og jeg var slik sett ikke bekymret for å miste svært viktig informasjon. Legen kom allikevel med noen beskrivende eksempler, men i generelle former og så vidt jeg kunne se ikke på noen måte som ville gjøre det mulig å identifisere pasientene. Generelt var dette intervjuet i det store og hele liknende de andre intervjuene (med unntak av at jeg unngikk å be om spesifikke eksempler), men det er vanskelig å vite med sikkerhet akkurat hva slags effekt intervjusettingen hadde på den informasjonen som kom frem. Jeg mener også at det, slik det utspilte seg, var etisk forsvarlig, om enn ikke optimalt. I etterkant har jeg imidlertid tenkt at selv om mine deltagere var godt informerte og oppegående mennesker som jeg ikke tviler på at har kontroll på hva de kan og ikke kan si i ulike sammenhenger, er det uansett også mitt ansvar som forsker å sette ekstra stramme grenser, både av etiske hensyn til mine deltagere og deres pasienter, og med tanke på å få så gode (og u-sensurerte) data som mulig.

#### **Så – hva vet vi nå?**

Det er flere oppløftende sider ved disse resultatene. Det viktigste er kanskje deltagerens vilje til å arbeide med psykiske vansker. Fra et psykologstandpunkt er det også positivt å se at mange av deltagerne legger verdi i det å la pasientene få prate om det som er vanskelig. Det er imidlertid ikke helt klart hva slags forståelsesmodell de har for dette – *hvordan* og *hvorfor* tenker de at dette virker? Jeg har gitt dette konseptet den psykologiske merkelappen *katarsis*, men det er ikke sikkert at denne forståelsesmåten stemmer overens med deltagerens. I denne studien reflekterer ikke deltagerne noe videre rundt denne troen på å prate ut, og det ble heller ikke fulgt opp fra min side. En slik oppfatning er lett å ta for gitt, og la forbli implisitt. Vi kan forsåvidt ikke forvente at fastlegen skal ha en fullstendig psykologisk teori om hvorfor de gjør som de gjør, det ville være å kreve svært mye. Men i forhold til fastlegenes forståelsesmodeller for psykisk helse står vi altså igjen med en noen tanker om hva som ligger til bakgrunn for legenes behandling av psykiske vansker, men uten klare svar.

Et annet tema for refleksjon er fastlegenes samarbeid (eller mangel på sådan) med spesialisthelsetjenesten. Mitt inntrykk fra denne studien kombinert med min begrensede erfaring

fra psykisk helsevern, er at primær- og spesialisthelsetjenesten sitter på hver sin tue og irriterer seg til dels ganske mye over hverandre, uten å faktisk undersøke hvordan verden ser ut fra den andres side. Det faktum at fastlegene kunne ønske seg flere pasienter inn i andrelinje enn hva andrelinje kan etterkomme er ikke noe nytt, og det ikke gjort i en håndvending å endre på. Men deltagerne i denne studien gav uttrykk for at når de henviser, så er det fordi de har gjort det de kan, og ikke vet hvordan de skal jobbe videre med pasienten. Hva da? Går det an å finne en løsning hvor fastlegen føler at han/hun har mer faglig oppbacking i sin behandling av pasienten, uten at spesialisthelsetjenesten nødvendigvis skal få mye mer arbeid? Noen av deltagerne nevnte felleskonsultasjoner som et virkemiddel de hadde mye utbytte av. Mouland og Kyvik (2007) undersøkte en slik modell og fant at én enkelt fellestime med psykiater i mange tilfeller kunne være tilstrekkelig. Materialet i denne studien er i seg selv ikke tilstrekkelig til å kunne kommentere på dette resultatet. Derimot tenker jeg at det er støtte for å si at samarbeidet og/eller kommunikasjonen har rom for forbedring. Målet må uansett være at pasienten får god nok hjelp med sine psykiske helseproblemer, og så er det opp til oss som finnes i de ulike delene av hjelpeapparatet å finne ut hvordan dette best kan ivaretas.

Legene i denne undersøkelsen bruker de virkemidlene de har, for å gjøre pasienten godt, og slik jeg forstår dem ønsker de også å utvikle disse ferdighetene. De går på kurs, og uttrykker at de ønsker å ha flere verktøy tilgjengelig. Men kanskje er det ikke selve verktøyene som er det viktigste. Slik jeg oppfatter deltagerne i denne studien benytter de seg allerede av mange av de væremåtene og ”metodene” som vi kategoriserer under fellesfaktorer. Legene i denne undersøkelsen gir til dels inntrykk av å være klar over disse aspektene (for eksempel det å gi pasienten håp, ”snakke ut”, vise empati og respekt, gjøre pasienten klar over konsekvenser av egen adferd, etc), uten at nødvendigvis benytter de samme merkelappene på disse ferdighetene. Men kanskje kunne det være nyttig for denne gruppen helsehjelpere å bli enda mer bevisst på disse aspektene? For eksempel er flere av deltagerne innom konseptet ”allianse” – men har de kanskje også noen tanker om hvordan denne alliansen kan styrkes, og hvordan den så kan brukes aktivt i helsearbeidet? Et annet slikt aspekt er tilstedeværelsen. Hva legger de egentlig i dette?

Hvordan bruker det det, og går det an å få tak i hva som er hjelpsomt med dette slik at det kan utnyttes enda bedre?

Slik jeg forstår storparten av deltagerne er dette måter som de arbeider på, men de regner det ikke helt som ”metoder” og ønsker ofte å ha mer konkrete verktøy å benytte seg av. Kanskje regner de ikke dette som å ”gjøre” noe i like stor grad som for eksempel kognitiv terapi. Men som foreslått i innledningen av denne oppgaven – kanskje kan fellesfaktorene kanskje være fastlegen sterkeste kort? Slik terapiforskningen står i dag (se f eks Lambert & Ogles, 2004) ser det ut til at fokus på mer generelle ferdigheter kan være minst like viktig som å lære spesifikke teknikker. Disse ferdighetene (kanskje et bedre ord enn ”metode”), kan ha stor betydning i pasientkontaktene. Jeg ser for meg at en videreutvikling av disse ikke bare i stor grad bygger på evner som fastlegene allerede har opparbeidet seg gjennom studier og erfaring, men som også vil være nyttige i møtet med *alle* slags pasienter. Dermed kan dette være interessant ikke bare for de aller mest psykologi-interesserte legene.

### Videre undersøkelser

Ved starten av denne studien valgte jeg å gå bredt ut, og spørre deltagerne om mange ulike tema. Resultatet blir et bredt bilde av fastlegenes hverdag med psykisk helsehjelp, men mindre mulighet for å gå i dybden – et utgangspunkt for videre undersøkelser mer enn sikre svar. Flere interessante tema dukket opp i løpet av studien, og svarene inspirerte enda flere spørsmål.

For det første: Hvilke underliggende tanker og forståelsesmodeller har fastlegene for psykisk helse og uhelse? Hvordan tenker de om endringsmekanismer ved psykiske vansker? Her kan vi også undersøke nærmere hva slags forhold legene har til f eks allianse og andre interpersonlige forhold mellom pasient og lege, og om de har tanker om hvordan dette kan brukes aktivt. Vi får et visst innblikk i hva legene tenker kan føre til bedring, i denne studien, mens de underliggende oppfatningene om psykisk helse bare så vidt kan anes. Temaet ”psyke/soma” som ble valgt bort i analysen, gav et lite innblikk i hvordan legene tenker rundt dette, og det kunne være svært

interessant å undersøke dette videre. Dessuten: Hva slags tanker har legene om hvordan psykiske vansker oppstår, og hvordan de kan forebygges? I lys av Samhandlingsreformen, hvor forebygging er ett av de store satsningsområdene, kan dette være spesielt interessant.

Flere temaer som viste seg i analysen ble ikke behandlet her. Legenes forhold til bruk av medisiner og sykemelding er ett. Her er det mange spørsmål å stille. Hvordan avgjør legen om det er mest riktig å bruke psykofarmaka eller å jobbe med vanskene på andre måter? Hva tenker de om bruk av medisiner i motsetning til f eks samtaler? Hva slags tanker gjør fastlegene seg rundt bruk av sykemelding for pasienter med psykiske vansker?

Gjennom intervjuene ble det klart at det finnes mange tanker og oppfatninger om andrelinje blant fastlegene. Dette temaet ble valgt bort i analysen fordi det ikke har direkte med problemstillingen å gjøre, men materialet inspirerte til mange tanker rundt dette. Det finnes mange inngangsporter for videre studier. Hva tenker fastlegene om andrelinje? Hvordan påvirker dette hvordan de jobber, og hvordan de samarbeider med spesialisthelsetjenesten? På den andre siden kunne det også være nyttig å undersøke hvilke holdninger og oppfatninger som finnes i andrelinje, og hva helsehjelpene i de spesialiserte tjenestene tenker om fastlegene – som jo er pasientens primære helsekontakt. Vi avslår ikke sjelden en henvisning med kommentaren ”forventes behandlet i allmennpraksis” – så hva tenker vi egentlig at foregår på fastlegens kontor, og hvordan ser man for seg at det bør jobbes med disse vanskene hos allmennpraktikeren?

Til slutt kunne det også være svært interessant å undersøke temaene som berøres i denne undersøkelsen ved hjelp av andre metoder, for eksempel gjennom observasjonsstudier dersom dette lar seg praktisk gjennomføre. Det er for eksempel ikke gitt at det fastlegene tror/mener de gjør, oppfattes på samme måte av pasientene.

## Konklusjon

Deltagerne i denne studien viser stor vilje til å hjelpe sine pasienter med deres psykiske vansker. De synes å føle at de har en del virkemidler til rådighet i dette arbeidet, og bruker blant annet samtaler aktivt, på ulike måter. Legene jobber med pasientene så langt det lar seg gjøre, men føler også at det er begrensninger for hvilke problemstillinger de har kompetanse til å ta hånd om. De har et ønske for å gjøre noe aktivt for pasienten, og dette behovet om å gjøre noe konkret kan synes å være en del av drivkraften deres når de søker etter ulike måter å takle problemer på, og når de ønsker seg ”verktøy” i form av spesifikke metoder, muligheter for henvisning og/eller rådgivning fra andrelinje, etc. Jeg foreslår mot slutten av teksten at mindre tydelige/konkrete virkemidler som legene har til rådighet i form av for eksempel alliansen mellom dem og pasienten, fra et psykologisk synspunkt (og med støtte i terapiforskning) kan vise seg å være minst like nyttig som konkrete terapiteknikker i møtet med pasienter med psykiske vansker.

## Referanser

- Andersson, H. W. (2006). *Fastlegen som aktør i tiltak for personer med psykiske problemer. Sammenstilling av funn i fire forskningsprosjekter*. Retrieved from [http://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb\\_digibok\\_2011100608112](http://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2011100608112)
- Andersson, S. J., Lindberg, G., & Troein, M. (2002). What shapes GPs' work with depressed patients? A qualitative interview study. *Family practice, 19*(6), 623–31. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12429665>
- Andersson, S. J., Troein, M., & Lindberg, G. (2005). General practitioners' conceptions about treatment of depression and factors that may influence their practice in this area. A postal survey. *BMC family practice, 6*(1), 21. doi:10.1186/1471-2296-6-21
- Arthur, S., & Nazroo, J. (2003). Designing Fieldwork Strategies and Materials. In J. Ritchie & J. Lewis (Eds.), *Qualitative Research Practice* (pp. 109–137). London: SAGE Publications Limited.
- Binder, P., Holgersen, H., & Moltu, C. (2012). Staying close and reflexive : An explorative and reflexive approach to qualitative research on psychotherapy. *Nordic Psychology, 62*(2), 103–117. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/19012276.20012.726815>//dx.doi.org/10.1080/19012276.20012.726815
- Boyatzis, R. E. (1998). *Transforming Qualitative Information*. SAGE. Retrieved from [http://www.google.no/books?hl=no&lr=&id=\\_rfCIWRhIKAC&oi=fnd&pg=PR6&dq=boyatzis+1998&ots=EysLCh0g&sig=I3M6aN4WMizn-caF2NnEBntwmp8&redir\\_esc=y#v=onepage&q=boyatzis+1998&f=false](http://www.google.no/books?hl=no&lr=&id=_rfCIWRhIKAC&oi=fnd&pg=PR6&dq=boyatzis+1998&ots=EysLCh0g&sig=I3M6aN4WMizn-caF2NnEBntwmp8&redir_esc=y#v=onepage&q=boyatzis+1998&f=false)
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*(2), 77–101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Bushnell, J., McLeod, D., Dowell, A., Salmond, C., Ramage, S., Collings, S., Ellis, P., et al. (2005). Do patients want to disclose psychological problems to GPs? *Family practice, 22*(6), 631–7. doi:10.1093/fampra/cmi080
- Cameron, D. (2000). *Good to talk?* London: SAGE Publications Limited.
- Den Norske Legeforening. (2013). Kurskatalogen. Retrieved April 19, 2013, from <http://legeforeningen.no/Community/kurskatalogen/>
- Dicicco-Bloom, B., & Crabtree, B. F. (2006). The qualitative research interview. *Medical education, 40*(4), 314–21. doi:10.1111/j.1365-2929.2006.02418.x
- Giorgi, A. (1997). The Theory, Practice, and Evaluation of the Phenomenological Method as a Qualitative Research Procedure. *Journal of Phenomenological Psychology, 28*(2), 235–260. Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cbdv.200490137/abstract>

- Grencavage, L. M., & Norcross, J. C. (1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Professional Psychology: Research and Practice*, 21(5), 372–378. doi:10.1037//0735-7028.21.5.372
- Kosmicki, F. X., & Glickauf-Hughes, C. (1997). Catharsis in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 34(2), 154–159. doi:10.1037/h0087724
- Kuzel, A. J. (1999). Sampling in qualitative inquiry. In B. F. Crabtree & W. L. Miller (Eds.), *Doing qualitative research* (2nd ed., pp. 31–44). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications Inc.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *InterViews* (2nd ed.). SAGE Publications Limited.
- Lambert, M. L., & Ogles, B. M. (2004). The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5th ed., pp. 139–193). New York: John Wiley & Sons, Inc. doi:-13 978-0-471-37755-9
- Lunde, E. S. (2007). Hva slags problemer går vi til fastlegen med? *Samfunnsspeilet*, (3), 26–33. Retrieved from <http://ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/ssp/2007-3>
- McLeod, J. (2010). *Case Study Research*. SAGE.
- Mouland, G., & Kyvik, J. (2007). Én time hos psykiater kan være nok. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 127(21), 2810–2812. Retrieved from [www.tidsskriftet.no](http://www.tidsskriftet.no)
- Mykletun, A., Knudsen, A. K., Tangen, T., & Overland, S. (2010). General practitioners' opinions on how to improve treatment of mental disorders in primary health care. Interviews with one hundred Norwegian general practitioners. *BMC health services research*, 10, 35. doi:10.1186/1472-6963-10-35
- Pollock, K., & Grime, J. (2002). Patient's perceptions of entitlement to time in general practice consultations for depression: qualitative study. *BMJ*, 325. doi:<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.325.7366.687>
- Rosenzweig, S. (2002). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12(1), 5–9. doi:10.1037//1053-0479.12.1.5
- Skirbekk, H., Middelthon, A.-L., Hjortdahl, P., & Finset, A. (2011). Mandates of trust in the doctor-patient relationship. *Qualitative health research*, 21(9), 1182–90. doi:10.1177/1049732311405685
- Snape, D., & Spencer, L. (2003). The Foundations of Qualitative Research. *Qualitative Research Practice* (pp. 1–23). London: SAGE Publications Limited.
- Sosial- og Helsedepartementet. (2000). Fastlegeforskriften. Forskrift av 14. april 2000 om fastlegeordning i kommunene. Regjeringen. Retrieved from [http://www.regjeringen.no/nb/dokumentarkiv/Regjeringen-Stoltenberg-I/shd/Lover-og-regler/2000/fastlegeordning\\_i\\_kommunene.html?id=260655](http://www.regjeringen.no/nb/dokumentarkiv/Regjeringen-Stoltenberg-I/shd/Lover-og-regler/2000/fastlegeordning_i_kommunene.html?id=260655)

Sosial- og Helsedepartementet. (2001). Nå innføres fastlegeordningen. Helse- og Omsorgsdepartementet. Retrieved from [http://www.regjeringen.no/upload/kilde/shd/bro/2000/0017/ddd/pdfv/123572-a5\\_bokmaal.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/kilde/shd/bro/2000/0017/ddd/pdfv/123572-a5_bokmaal.pdf)

SSB. (2012). Fastlegetjenesten, 2010, (september 2012), 3–6.

Helse- og Omsorgsdepartementet. (2009) *Samhandlingsreformen*. (St.meld. nr. 47 (2008–2009)) Retrieved from <http://www.regjeringen.no/pages/2206374/PDFS/STM200820090047000DDDPDFS.pdf>

Ådnanes, M., & Bjørngaard, J. H. (2006). *Fastlegen og det psykiske helsearbeidets tiltak for voksne med psykiske lidelser*. SINTEF Helse. Retrieved from <http://www.sintef.no/Publikasjoner-SINTEF/Publikasjon/?pubid=SINTEF+A230>

## Vedlegg: Intervjuguide

### Intervjuguide

#### Instruksjon:

Prosjektet mitt handler om fastleger, og hvordan dere opplever det å hankses med pasienter som har psykiske vansker. Jeg har forstått at for mange leger så er dette en problemstilling de kommer opp i, til dels ganske ofte. Jeg er interessert i å få vite hvordan du jobber med dette innenfor de rammene som du har, og hva slags tanker og følelser du gjør deg rundt dette.

Som jeg skrev i brevet blir intervjuet tatt opp på lydband som jeg bruker når jeg skal analysere materialet i etterkant. Av den grunn så ber jeg deg være ekstra nøye med å anonymisere dersom du snakker om spesifikke pasienter. Båndet vil destrueres etter at jeg er ferdig med dette prosjektet, og det er kun jeg og min veileder som har tilgang på det i mellomtiden.

Noe du ønsker å spørre om før vi begynner? Er det noe som er uklart?

#### Introduksjon/bakgrunn

- 1) Kan du fortelle litt om bakgrunnen din?  
Hvor lenge har du jobbet som lege? Fastlege?  
Hva slags arbeidsplass jobber du på nå?  
Har du jobbet andre steder tidligere? Med andre ting?  
Spesielle interesseområder?

- 2) Hva fikk deg til å si ja til å stille til intervju?

#### Hverdagen med psykisk syke pasienter

- 3) Hvor ofte opplever du å ha pasienter med psykiske plager?  
Daglig?  
Ca antall i løpet av en dag? Antall pasienter til sammen i løpet av en dag?
- 4) Hvordan opplever du å jobbe med disse pasientene?  
Største utfordring?  
Tid?
- 5) Har du pasienter som du tenker at du driver terapi med?  
Hva gjør du da?
- 6) Kan du komme på en spesielt god kontakt eller et tilfelle som du kan fortelle meg om?
- 7) Et spesielt vanskelig tilfelle?

#### Personlig påvirkning

- 8) Hvordan opplever du det å hankses med "vanskelige" pasienter?  
Sinte pasienter  
Masete pasienter  
Spesielt kunnskapsrike pasienter  
Passiv- aggressive pasienter  
Forelskede pasienter  
...
- 9) Hvordan føles det å ha rollen som den pasienten betror seg til?  
Hvordan påvirker det deg følelsesmessig? F eks samtaler med deprimerte

#### Ressurser, kunnskaper etc

- 10) Hva slags egenskaper, erfaringer eller kunnskaper som du har, føler du er mest til hjelp i møtet med slike pasienter?  
Noe fra utdanningen?  
Erfaringer fra arbeid eller annet?  
Kurs, etc?
- 11) Hva kunne du tenke deg kunne gjøre deg enda bedre rustet for disse sakene?
- 12) Er dette temaet noe som blir snakket om blant fastleger?
- 13) Hvordan har ditt forhold til å arbeide med psykisk syke pasienter endret seg med tid og erfaring?  
Ville du svart annerledes for 10 år siden?

#### Samarbeid med andrelinje

- 14) Har du pasienter som du føler burde hatt hjelp i andrelinje, men som får avslag?  
Hvordan jobber du med disse?
- 15) Hvordan opplever du samarbeidet med andrelinjetjenesten?