

Primærhelseteam

*En kvalitativ studie om allmennlegers
refleksjoner rundt teamarbeid*

Christoffer Kallestad Boge



Mastergrad i helseledelse

UNIVERSITETET I OSLO

01.11.2017

Primærhelseteam

En kvalitativ studie om allmennlegers refleksjoner rundt teamarbeid

"I can calculate the motion of heavenly bodies but not the madness of people"

Isaac Newton

Christoffer Kallestad Boge

Copyright Christoffer Kallestad Boge

2017

Primærhelseteam. En kvalitativ studie om allmennlegers refleksjoner rundt teamarbeid.

Christoffer Kallestad Boge

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

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Tittel: Primærhelseteam. En kvalitativ studie om allmennlegers refleksjoner rundt teamarbeid.

Problemstilling: Hva mener allmennleger om primærhelseteam i Norge?

Design: En kvalitativ studie med hermeneutisk fenomenologisk forskningsdesign. Jeg gjennomførte to fokusgruppeintervju med allmennleger. Dataene ble deretter analysert med systematisk tekstkondensering (STC).

Deltakere: 23 leger i to veiledningsgrupper i allmennmedisin – en obligatorisk del av spesialiseringen i Norge.

Resultater: Mine funn viser at norske allmennleger mener at tverrfaglig teamarbeid er nyttig, men enkelte fortalte om profesjonskonflikter og ineffektivitet i eksisterende team. De erkjente at noen pasientgrupper trenger en tverrfaglig tilnærming. De var stort sett positive til at andre profesjoner overtar noen pasientkonsultasjoner i allmennpraksis, og de håper at dette vil avlaste dem for arbeid. De var kritisk til at sykepleiere (*"nurse practitioners"*) skal foreskrive medikamenter. Allmennlegene ønsket å være del av primærhelseteamet, men de trenger tilstrekkelig tid til teamarbeid. De hevdet at allmennlegen kan være en naturlig leder av gruppen, men samtidig fryktet de mer administrativt arbeid.

Konklusjon: Allmennleger ønsker mer tverrfaglig teamarbeid, men kun hvis dagens arbeidsbelastning reduseres. Det er nødvendig å øke antall fastleger for å møte dette kravet. Oppgaveoverføring til sykepleiere eller andre helsefaglige profesjoner er ønsket, men med begrensinger. Noen teamstøttende systemer bør innføres for å gjøre gruppene effektive, og allmennlegene trenger at myndighetene tilrettelegger for dette. Det er usannsynlig at primærhelseteam vil redusere de totale kostnadene i primærhelsetjenesten.

Abstract

Title: Norwegian general practitioners' views on primary healthcare teams

Objective: To explore general practitioners' (GPs) views on primary healthcare teams (PHCTs) in Norway.

Design: A qualitative study with a hermeneutic phenomenological research design. I conducted two focus group interviews with GPs. The data are analyzed by systematic text condensation.

Setting: Norwegian primary health care.

Subjects: 23 GPs who are members of two existing study groups in family medicine – a mandatory part of the specialist training in Norway.

Results: My study suggests that Norwegian GPs find interdisciplinary teamwork useful, however some told of interprofessional conflicts and inefficacy within existing teams. They recognize that some groups of patients are in need of a team approach. They are mostly positive towards other healthcare professions doing more patient consultations in primary care, and they hope this will relieve them of some of today's workload. They are critical to nurse practitioners (NPs) administering prescription drugs. The GPs want to be a part of the PHCT, but they need sufficient time for teamwork. GPs recognize the need to take leadership of the PHCT, but they fear more administrative tasks.

Conclusion: GPs want more interprofessional teamwork, but only if the current workload is reduced. It is necessary to hire more GPs to meet this demand. Tasks shifted to NPs and other professions is welcomed, but with some restrictions. Some team supportive systems need to be in place in order to make the PHCTs efficient, and the GPs relies heavily upon the government's facilitation to succeed. It is also unlikely that PHCT will reduce the overall costs in primary care.

Forord

I 2011 hørte jeg for første gang om ”Ole Berg-studiet” ved Universitetet i Oslo. En erfaren kommuneoverlege i Sogn og Fjordane hevdet at mastergraden er landets fremste lederutdannelse for leger. Jeg fryktet imidlertid høy arbeidsbelastning ved å kombinere fastlegepraksis med fulltidsstudier. Tanken måtte derfor modnes i ytterligere fem år. I februar 2016 sendte Allmennlegeforeningen ut en e-post til sine medlemmer om et nytt ledelseskurs på Våruka i allmennmedisin. For første gang fikk man muligheten til å ta et kurs som både var godkjent som emnekurs i ledelse og som gav meritterende studiepoeng fra UiO. Det kunne videre bygges inn i en eventuell mastergrad i ledelse. Jeg meldte meg umiddelbart på dette kurset, samtidig som jeg skrev et motivasjonsbrev for opptak på ”Ole Berg-studiet”. Gleden var desto større da jeg fikk beskjed om at det var 220 søkere, og at jeg var en av de heldige studentene på jubileumskull 30 med oppstart høsten 2016. Dette ble starten på en spennende tid ved Universitetet i Oslo, med inspirerende forelesninger, nye bekjentskap og faglige utfordringer.

Arbeidet med masteroppgaven startet allerede første semester. Jeg interesserer meg spesielt for ledelse av den kommunale helsetjenesten, og jeg ønsket derfor å studere noe som var knyttet opp mot akkurat dette. Min opprinnelige idé var en kvalitativ studie basert på individuelle intervju med leger som har en formell eller uformell lederposisjon på legekontor. Jeg fikk hjelp av vår engasjerte studieveileder Deborah A. Arnfinsen til å finne en aktuell forskningsgruppe. Jeg etablerte kontakt med postdoktor Ivan Spehar ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, og jeg ble da introdusert for et forskningsprosjekt på primærhelseteam. Til min store glede sa Ivan Spehar seg villig til å være veileder for masteroppgaven. Jeg er svært takknemlig for all den faglige støtten jeg har fått av ham gjennom hele prosessen, det har vært avgjørende for motivasjon og resultat. Jeg vil også benytte anledningen til å takke de 23 legene som brukte tid i veiledningsgruppene sine til å delta i studien, og som har bidratt med mange nyttige refleksjoner om fremtidens primærhelsetjeneste. Mine arbeidsgivere har vist stor fleksibilitet med tanke på fravær i forbindelse med studiet, og jeg vil rette en spesiell stor takk til NAV Hordaland som har bidratt mest i den forbindelse.

Til slutt vil jeg takke min samboer Elise Jakobsen som har stått stødig ved min side, fra den krevende tiden som legestudent, gjennom turnustjeneste, etablering som distriktslege og sist en mastergrad i helseledelse. I tillegg kom et nytt familiemedlem til verden 29. april 2017, og med lille Isak var vår tosomhet plutselig blitt til en familie på tre. På tross av enkelte våkenetter, babygråt og bleieskift fikk far tid til skrivearbeid – noe som ingen småbarnsforeldre kan ta for gitt. Det har vært en krevende, spennende og emosjonell tid det siste halvåret, og masteroppgaven vil for alltid stå som en del av dette viktige kapittelet i livet mitt.

Innholdsfortegnelse

1	Kapittel: Innledning	1
1.1	Valg av tema	1
1.2	Bakgrunn	2
1.2.1	Ledelsesutfordringer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten	3
1.2.2	Pasientsentrerte team – primærhelseteam	4
1.2.3	Utfordringer i fastlegeordningen.....	6
1.3	Oppgavens oppbygging	6
2	Teoretiske perspektiver	8
2.1	Innledning	8
2.2	Søkeprosess etter tidligere forskning	8
2.3	Kunnskapsstatus	8
2.3.1	Organisering av førstelinjetjenesten	8
2.3.2	Teamarbeid	10
2.4	Profesjonenes plass i helsevesenet og oppgaveglidning	14
2.5	Team.....	17
2.5.1	Innledning	17
2.5.2	Teamets output-faktorer.....	18
2.5.3	Teamets input-faktorer	18
2.5.4	Prosesser i teamet.....	19
3	Metodisk tilnærming	21
3.1	Vitenskapsteoretisk referanseramme – fenomenologi og hermeneutikk.....	21
3.2	Design	22
3.3	Datainnsamling	22
3.4	Rekruttering av deltakere – utvalgsstrategi	24
3.5	Utvalg og demografiske data.....	25
3.6	Ordstyrerens rolle – moderatoren.....	25
3.7	Dataanalyse.....	26
4	Presentasjon av empiriske funn	28
4.1	Innledning	28
4.2	Overordnede kostnad–nytte vurderinger	28
4.2.1	Nytte.....	28
4.2.2	Kostnad	29
4.3	Teamarbeid.....	31
4.3.1	Forutsetninger for effektivitet i team	31
4.3.2	Tverrfaglighet i team.....	32
4.3.3	Ledelse	32
4.3.4	Utfordringer med teamarbeid.....	33
4.4	Oppgaveglidning	34
4.5	Taushetsplikt	35
4.6	Administrative vurderinger	36
5	Drøfting	38
5.1	Innledning	38
5.2	Tverrfaglig harmoni i team – en utopi?	38
5.2.1	Er sykepleiere løsningen på kapasitetsproblemer i fastlegeordningen?	39
5.2.2	Tverrfaglige gnisningspunkt	41
5.3	Nøkkelen til suksess – effektivitet i tverrfaglige team	42

5.3.1	Er team mer effektivt enn enkeltindivider?	43
5.3.2	Ledelse	45
5.4	Trenger norske pasienter et nytt team?	46
5.4.1	Hvordan vil fastlegeordningen påvirkes?	46
5.4.2	Team for utvalgte pasientgrupper?	48
5.4.3	Mange fastleger frykter mer personalansvar.....	49
5.4.4	Legene delt i spørsmålet om driftsform og finansering.....	49
5.5	Metodologiske refleksjoner	50
5.5.1	Styrker og svakheter ved metoden	51
5.5.2	Intern og ekstern validitet	52
5.5.3	Etiske aspekter	53
6	Konklusjon.....	55
	Referanseliste.....	57
	Vedlegg / Appendiks	63

1 Kapittel: Innledning

Norges utgifter til helsetjenester stiger, og i 2016 utgjorde kostnadene 10,0 prosent av BNP (1). Dette utgjør noe over 62 000 kroner per innbygger, og er en stigning på rundt 2000 kroner sammenlignet med 2015. I tillegg utfordrer den demografiske utviklingen samfunnets økonomiske bæreevne. Daværende helse og omsorgsminister Bjarne Haakon Hanssen lanserte St.meld. nr. 47 - Samhandlingsreformen, under Stoltenberg II regjeringen i 2009. Den kom som et svar på at helsetjenestene ble opplevd som fragmenterte, og at det burde gjøres mer for å forebygge sykdom. I 2015 fulgte Erna Solbergs regjering opp med flere nye stortingsmeldinger om helsetjenesten. Noe av intensjonen var nettopp å styrke posisjonen til samhandlingsreformen, og omfattes av Folkehelsemeldingen (2), Nasjonal helse- og sykehusplan (3), Omsorg 2020 - regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015 –2020 og Primærhelsetjenestemeldingen (4). I arbeidet med å utarbeide sistnevnte stortingsmelding ble det avholdt flere innspillmøter med brukerorganisasjonene. Budskapet fra de ulike aktørene ble beskrevet som ”tydelig”, og inkluderte kritikk av kvaliteten i tjenesten, mangelfull koordinering, lite brukerinvolvering og sist at fastlegene er for dårlig integrerte i resten av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Som et motsvar til silotekningen i norsk helsevesen introduseres ideen om primærhelseteam som en måte å redusere fragmenteringen av helsetjenesten. Det er enda ikke avklart hvordan en slik gruppe bør organiseres.

1.1 Valg av tema

Som forhenværende kommunelege og fastlege i en norsk distriktskommune opplevde jeg et enormt arbeidspress. Det var hele tiden nødvendig å gjøre prioriteringer mellom ulike oppgaver, med mål om å kunne tilby egne pasienter god medisinsk oppfølging. Samtidig var det et stort ønske om fastlegens tilstedeværelse i ulike kommunale fora, ansvarsgrupper knyttet til enkelte pasienter samt deltakelse på NAV sine dialogmøter. Med innføringen av elektroniske meldinger til hjemmetjenesten økte også antall henvendelser fra denne sektoren, og mye tid gikk med til faglig ledelse og koordinasjon av helsetjenestene til skrøpelige eldre og palliative pasienter. Sist opplevde jeg at spesialisthelsetjenesten stadig overførte flere oppgaver til oss i primærhelsetjenesten, spesielt etter innføring av samhandlingsreformen. I perioder var arbeidsbelastningen på grensen til uhåndterbar. Jeg mener at det er svært relevant å tenke nytt omkring organiseringen av den kommunale helsetjenesten. Jeg har

derfor valgt å studere forslaget om primærhelseteam som en mulig løsning på noen av utfordringene.

1.2 Bakgrunn

Et av hovedmålene med samhandlingsreformen var å dempe etterspørselen etter sykehus tjenester i en raskt aldrende befolkning, samt å flytte en større del av helsetjenestene ut til kommunene (5). Fra januar 2012 ble den oppfølgt av ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og lov om folkehelsearbeid (6). Reformen ble delvis iverksatt fra samme tidspunkt, med opptrapping over de neste årene. Bjarne Haakon Hanssen løftet frem formuleringen ”pasienten er midlertidig utskrevet til spesialisthelsetjenesten” som en grunnleggende måte å tenke helsetjeneste på. Formålet var økt fokus på forebyggende helsearbeid, tidlig innsats, bedre samhandling mellom første- og andrelinjetjenesten og oppgaveoverføring til kommunene. Dette skal gjøre oss bedre i stand til å mestre den såkalte eldrebølgen, et begrep som beskriver den økende mengden alderspensjonister som inntreffer fra omtrent 2025. Prognoser viser at andel personer over 70 år vil stige fra rundt 11 % i dag til rundt 19 % i 2060 (7). Med en høy andel eldre mennesker vil også forekomsten av sammensatte og kroniske sykdommer øke (8). Arbeidsstokken som jobber i helse- og omsorgstjenesten kan bli mer enn doblet innen 2060 (9). I 2011 ble en av tre sykehus kroner og to av tre kroner i kommunale pleie- og omsorgstjenester brukt til eldre pasienter, og andelen er forventet å stige i årene fremover (9). Kortere liggetid på sykehusene styrker behovet for sterke fagmiljøer i førstelinjetjenesten (10).

En rekke brukerorganisasjoner var involvert under utarbeidelse av Primærhelsetjenestemeldingen, blant annet Unge funksjonshemmede, Mental helse, Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon, Kontaktforum for brukere av helse- og omsorgstjenester, Norsk pensjonistforbund, Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse og Norsk pasientforening. I tillegg var Barneombudet, Helse-, sosial- og eldreombudet i Oslo kommune og Statens helsetilsyn representert (4). De største utfordringene med dagens primærhelsetjeneste oppsummeres i fire ulike punkter:

- i. Kvaliteten i tjenesten.
- ii. Tjenestene oppleves som fragmenterte og søyleorganiserte, og det er for lite koordinering mellom dem.

- iii. For lite brukerinvolvering.
- iv. Fastlegene er for dårlig integrerte i resten av den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Primærhelseteam ble lansert som en mulig løsning på problemene over, og målet er bedre koordinering av komplekse tjenester og dermed også økt kvalitet på helsetjenesteleveransen i kommunene (4).

1.2.1 Ledelsesutfordringer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Det er flere tegn til ledelsesutfordringer i den norske primærhelsetjenesten, noe som blant annet er påpekt av Statens helsetilsyn (11). I 2010 gjennomførte Fylkesmennene tilsyn med 342 virksomheter i kommunene i forhold til helse- og sosialtjenester til eldre innbyggere. I omlag 2/3 av tilsynene ble det konstatert at tjenestetilbudet ikke oppfylte aktuelle lovkrav. Helsetilsynet skiver følgende i sin oppsummering fra tilsynene (11):

“Mange kommuner har en betydelig vei å gå når det gjelder å sørge for tydelig ansvars- og oppgavefordeling, nok personell med nok kompetanse til å utføre oppgavene, nødvendige føringer for hvordan oppgavene skal gjennomføres, tilstrekkelig opplæring og gode systemer for dokumentasjon, muligheter for å melde fra når noe går galt og hjelp til å forebygge at dette gjentar seg”.

Helsetilsynet understreker at oppgavene krever robust og proaktiv styring av kommunene, og at dette i mange tilfeller er mangelvare. I Primærhelsetjenestemeldingen omtales også dette problemet, og det beskrives en lav ledertetthet og dårlig ledelseskompetanse i kommunal sektor (4).

I Norge var det registrert 4883 fastleger i Den Norske Legeforenings medlemsregister ved utgangen av 2015 (12). Av disse er 2564 oppført med spesialistgodkjenning i allmennmedisin. Fastlegene er ulikt fordelt utover Norges mange kommuner. I mindre distriktskommuner kan det være én enkelt fastlege som betjener hele kommunen, mens det til sammenligning er registrert over 500 allmennleger med fastlegeavtale i Oslo. Legene er i hovedsak selvstendig næringsdrivende (omlag 95 %), med personal- og økonomiansvar for egen praksis (4). De kan operere i en solopraksis eller sammen med andre leger i et

kontorfellesskap. Resten er ansatt i kommunene, noe som påvirker muligheten til å utøve ledelse av fastlegene.

Lov om folkehelsearbeid og lov om kommunale helse- og omsorgstjenester pålegger kommunen et omfattende ansvar for innbyggernes helse- og velferd, og inkluderer områder som forebyggende helsearbeid, kurativ virksomhet, habilitering, rehabilitering og omsorg. Fastleger og kommuneoverleger har en nøkkelrolle i dette arbeidet, noe som blant annet er hjemlet i fastlegeforskriften § 19 (13):

”Fastlegen skal ivareta en medisinskfaglig koordineringsrolle og samarbeide med andre relevante tjenesteytere om egne listeinnbyggere.”

Kommunene bør følgelig ha en betydelig interesse knyttet til fastlegenes daglige virke. Det er derfor paradoksalt at fastlegetjenesten av enkelte oppfattes som den minst styrte av de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Dette bekreftes i en rapport utarbeidet av konsultentselskapet Agenda Kaupang for KS, hvor det beskrives store forskjeller mellom kommunene når det gjelder organisering og oppfølging av fastlegene (12). Det hevdes videre at ledelse av legetjenesten ikke prioriteres i samme grad som resten av helse- og omsorgssektoren. I artikkelen *”Vil ha bedre ledelse av fastlegene”* i Dagens Medisin hevder rådmann Tore Arne Gangsø i Ullensaker at fastlegenes private næringsdrift gjør det vanskelig å få dem med i samarbeid. Dette fremgår også av rapporten nevnt over, hvor man finner at én av fire administrasjonsansatte i norske kommuner mener at dagens ledelse og styring av fastlegetjenesten er utilfredsstillende. Like interessant er det at 17 % av fastlegene mener det samme. Utfordringene ved å lede fastleger og fysioterapeuter med individuelle avtaler (privat næringsdrivende) bemerkes også særskilt i Primærhelsemeldingen, hvor det pekes på at avtalene er livslange, og at de i stor grad reguleres av sentrale rammeavtaler mellom KS og fagforeningene (4). I tillegg er tjenestene finansiert av HELFO for staten, ikke av kommunene selv.

1.2.2 Pasientsentrerte team – primærhelseteam

I Primærhelsetjenestemeldingen forslår regjeringen opprettelse av to ulike team i kommunehelsetjenesten; primærhelseteam og oppfølgingsteam for brukere med store og sammensatte behov (4). Et primærhelseteam er definert som følgende:

“En flerfaglig gruppe med helse- og sosialpersonell som jobber for å levere lokalt tilgjengelig helse- og omsorgstjenester til en befolkning av en definert størrelse uavhengig av alder, kjønn, diagnoser mv.

Hovedformålet med primærhelseteam skal være bedre koordinering, større bredde i tjenestetilbudet, riktigere arbeidsdeling mellom personellgrupper og dermed bedre bruk av de samlede ressurser. Teamet skal være pasientens inngangsport til primærhelsetjenesten, og pasientens behov, lokale forhold og oppgaver avgjør størrelsen på gruppen. Det understrekes at dagens regelverk og finansieringsordninger må endres før rammebetingelsene er tilstede. Videre poengteres behovet for felles ansvar, mål og belønning for teamet. Sist angir Primærhelsemeldingen at det er nødvendig med kvalitetsmål og indikatorer.

Helsedirektoratet har etter mandat fra Helse- og omsorgsdepartementet utarbeidet et forslag til forsøk med primærhelseteam fra 2018 til 2020 (14). Målet er et pilotprosjekt i to mindre (< 5000 innbyggere), to mellomstore (5000 – 20000 innbyggere) og to store (> 20000 innbyggere) kommuner. Dette vil involvere mellom 60 og 100 fastleger på 20 til 40 legekontor, og forsøket skal omfatte både kommunale og private fastlegepraksiser. Under prosjektet har Helsedirektoratet definert et primærhelseteam som fastlege(r), sykepleier(e) og helsesekretær(er), og det er presisert at lege alltid skal ha ledelsesansvaret. Teamet skal yte helsetjenester til alle listeinnbyggerne i praksisen i henhold til kvalitets- og funksjonskrav i fastlegeforskriftens kapittel 4 (13). Alle skal kunne knyttes til primærhelseteamet etter ønske, og man skal kunne beholde en fast lege. Det skal også legges mer vekt på forebyggende helsearbeid, inkludert grupperettet aktivitet. Det er gitt forslag til ulike finansieringsmodeller for primærhelseteam, og de årlige kostnadene er estimert til ca. 617 000 kroner per hele fastlegestilling i en to-legepraksis. Dette inkluderer lønn, pensjonspremie, arbeidsgiveravgift, drift, kompetansehevende tiltak mv. for sykepleier og administrativ ressurs, samt noe lønnskompensasjon og kursmidler til allmennlegen. Det er ikke gjennomført en endelig beregning av de nasjonale kostandene ved innføring av primærhelseteam. De direkte kostnadene knyttet til pilotprosjektet er estimert til 38,7 millioner kroner årlig hvis ca. 80 fastlegehjemler deltar (14). Da regner man ett sykepleieårsverk per to hele legestillinger.

Samlokalisering av tjenester løftes spesielt frem i Primærhelsemeldingen (4). Sunnfjord Medisinske senter (SMS) i Florø nevnes som et eksempel på hvordan dette kan gjøres. Der er fastleger, helsestasjon, kommunal fysio- og ergoterapitjeneste og NAV plassert i samme

bygg. Videre er spesialisthelsetjenesten representert med ambulansetjeneste og ulike poliklinikker. Sist er også private aktører som Vitus apotek og Bedriftshelse 1 del av SMS. Fysisk samlokalisering skal gi bedre kommunikasjon og koordinering innad i det fagmiljøet, og i tillegg vil tilgjengeligheten for brukerne bli bedre ved at det er én inngangsdør til alle tjenester (4).

1.2.3 utfordringer i fastlegeordningen

Mellom 2011 og 2015 økte antall legeårsverk i spesialisthelsetjenesten med 2400 sammenlignet med 620 i primærhelsetjenesten (15). Utgifter til det offentlige helsevesenet var ca. 141 milliarder kroner til spesialisthelsetjeneste (inkludert avtalespesialister) og 137 milliarder kroner til primærhelsetjeneste (inkludert legemidler) i 2015. Av dette utgjorde kostnadene til fastlegeordningen ca. 5 % av de totale utgiftene. I samhandlingsreformen ble det foreslått en betydelig økning i antall leger i kommunehelsetjenesten som en konsekvens av oppgaveoverføringen fra spesialist- til primærhelsetjenesten. I januar 2013 ble det også innført en ny fastlegeforskrift som pålegger legene en rekke nye og konkrete funksjonskrav (13). Det er samtidig et overordnet mål at primærhelsetjenesten skal bli mer effektiv, spesielt i møte med den mye omtalte eldrebølgen (4). I en nylig publisert artikkel i VG rettet avisen søkelyset mot svikt i rekrutteringen av allmennleger (16). Journalister kartla hvordan helseledere i alle landets kommuner opplevde fastlegesituasjonen, og i 198 av 425 kommuner ble det meldt om ulik grad av bekymring rundt legedekningen. I kontrast til intensjonen i samhandlingsreformen gav Primærhelsetjenestemeldingen ingen tilsvarende føringer for en økning i fastlegeårsverk. Det er istedenfor lagt opp til at primærhelseteam skal avlaste fastlegen, blant annet ved at sykepleiere skal overta enkelte av oppgavene som i dag utføres av lege.

1.3 Oppgavens oppbygging

I inneværende kapittel omtales bakgrunn for valg av tema, utfordringer i primærhelsetjenesten slik den er organisert i dag og årsak til at primærhelseteam ble lansert som en mulig løsning på noen av disse. I kapittel 2 oppsummeres dagens kunnskap om team i helsevesenet, og det presenteres to ulike teoretiske perspektiver som er relevante for studiens innhold. I kapittel 3 gjennomgås metodikk og design. I kapittel 4 presenteres hovedfunn, og i kapittel 5 drøftes disse relatert til nåværende kunnskap og de teoretiske perspektivene. I

tillegg inneholder kapitlet metodologiske og etiske refleksjoner. I kapittel 6 oppsummeres oppgaven med en konklusjon og forslag til videre forskning.

2 Teoretiske perspektiver

2.1 Innledning

I dette kapittelet presenteres først søkeprosessen etter tidligere forskning som kan være relevant for studiet. Deretter presenteres en oppsummering av dagens kunnskap på området. Sist vil jeg omtale eksisterende profesjonsteori samt generell teamteori hovedsakelig knyttet til effektivitet.

2.2 Søkeprosess etter tidligere forskning

For å kartlegge tidligere forskning på team i helsetjenesten benyttet jeg først tilfeldig søk i ulike databaser og vanlige søkemotorer. Deretter gjennomførte jeg et mer systematisk søk i Google Scholar, som er en omfattende søkemotor som indekserer akademisk litteratur fra de fleste anerkjente tidsskrift. Søket ble gjennomført på Universitetet i Oslo sitt nettverk, noe som sikret full tilgang til alle relevante artikler. Jeg benyttet følgende søkeord: *Team, primary health care, family medicine, patient centered team, nurse practitioners, patient centered homes, organizational structure primary care, effective teamwork, conflict(s) in team(s), interprofessional team, interprofessional conflict*. Jeg søkte med ordene alene og i ulike kombinasjoner.

2.3 Kunnskapsstatus

Det er publisert en rekke studier om teambasert praksis i helsetjenesten. Noen omhandler primærhelseteam spesielt, andre ser på team i spesialisthelsetjenesten eller i pleie- og omsorgssektoren. Det er også publisert flere litteraturstudier som forsøker å sammenfatte kunnskapsgrunnlaget om team, og da spesielt effektivitet i team. Sist er det skrevet mye om organisering av primærhelsetjenester. I dette kapittelet presenterer jeg det mest relevante fra litteraturgjennomgangen.

2.3.1 Organisering av førstelinjetjenesten

Felles for en rekke industrialiserte land er at helsetjenestene sliter med dårlig koordinering og lite forebyggende virksomhet (4). Flere av landene har også en demografisk utvikling som

tilsvarende i Norge, med en stadig økende andel eldre. Dette presser frem behovet for endringer i organiseringen av tjenestene.

Fragmenterte og spesialiserte helsetjenester kan gjøre det vanskelig å oppnå hensiktsmessige pasientforløp. Helt fra starten på 1980-tallet har det vært fokus på et mer koordinert pasientforløp, hvor blant annet den amerikanske helsetjenesteleverandøren *Kaiser Permanente* viste at dette kan gi bedre resultater og mer effektiv ressursutnyttelse (17). Arbeidet har gjennomgående vært gjort i spesialisthelsetjenesten, men primærhelsetjenesten får nå mer oppmerksomhet. I Norge har begrepet ”*helhetlige pasientforløp*” vært brukt fra første halvdel av 2000-tallet, og man er mer bevisste på at koordinering av tjenestene også må omfatte kommunehelsetjenesten både før og etter innleggelse i sykehus (18). I følge professor Barbra Starfield ved *Johns Hopkins University* i USA vil en god primærhelsetjeneste gi bedre helsetjenester, lavere kostnader og jevnere fordeling av tjenester i befolkningen (18). I en rapport fra 2008 fastslår også WHO at en styrkning av primærhelsetjenesten har gitt økt helsegevinst i flere land (19). Organisasjonen oppfordrer alle nasjoner til å satse på en solid førstelinjetjeneste.

Den norske samhandlingsreformen kan kalles en *desentraliseringsreform* i all den tid den overfører oppgaver fra den sentraliserte spesialisthelsetjenesten til kommunene. I så henseende kan den også kalles en *retningsreform* og en *primærhelsetjenestereform*. Flere andre OECD land har gjennomført lignende reformer, selv om begrepet *samhandlingsreform* primært blir brukt i Norge. I Sverige har lokalvård-konseptet og i Danmark har kommunal medfinansiering av sykehus tjenester, vært viktige for primærhelsetjenestens rolle. Også partnerskapstekning i ”*Health Action Zones*”-reformen i England, ”*Shifting the balance*” i Skottland, ”*Health close to people*” i Nederland og ”*National primary health care strategic framework*” i Australia inneholder en del av de samme elementene (20). Når det gjelder lokalmedisinske sentre har ”*närsjukvårdskonseptet*” vokst frem i Sverige fra begynnelsen på 2000-tallet, hvor tjenesten er mer sentrert rundt pasienten og primærhelsetjenesten innenfor et geografisk område.

Det er en internasjonal trend å samordne flere aktører i primærhelsetjenesten i større organisasjoner eller partnerskap, med mål om å gi bedre og mer effektive tjenester (21). Samtidig muliggjør dette en profesjonalisering av administrativ og faglig ledelse.

Primærhelseteam ble benyttet i USA allerede på 1960-tallet. På tross av dette ble ikke metoden løftet frem som en suksess (22). Noen av årsakene som ble trukket frem var manglende finansieringsmulighet for arbeid i team, revirtenkning mellom profesjonene, mangel på målsetning og ”evigvarende” møter hvor alle medlemmene skulle dele sitt perspektiv på pasienten. I en artikkel fra 2001 beskriver Amerikanske *Institute of Medicine* hvorfor primærhelseteam likevel bør ha en sentral rolle i fremtidens primærhelsetjeneste (23). Team skal blant annet gi mer effektiv og fleksibel bruk av helsepersonell. I tillegg vil arbeid i gruppe gi kompetanseoverføring fra leger til annet helsepersonell, slik at arbeidsbyrden kan flyttes til relativt billigere arbeidskraft. WHO definerer et primærhelseteam som følger (24):

”A group of fellow professionals with complementary contributions to make in patient care. This would be part of a broader social trend away from deference and hierarchy and towards mutual respect and shared responsibility and cooperation”.

I følge organisasjonen vil kjernen bestå av en lege og en sykepleier. Det kan også kobles inn et større tverrfaglig team der det er nødvendig, med opptil 30 ulike profesjoner, inkludert helsesøster, jordmor, tannlege, fysioterapeut, sosionom, psykiater, logoped, farmasøyt, ernæringsfysiolog og administrativt personell.

I USA har det nasjonale kunnskapssenteret *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) omtalt en tilsvarende organisasjonsmåte kalt ”*Patient Centered Medical Homes*” eller PCMH (25). Denne er basert på følgende fem grunnpilarer:

- i. Være tilnærmet totalleverandør av primærhelsetjenester til pasienten.
- ii. Pasientsentrert (inkludert pasientens familie og andre omsorgspersoner).
- iii. Ha ansvar for koordinering av tjenester, også mot spesialisthelsetjenesten.
- iv. Være lett tilgjengelig for pasienten.
- v. Ha høy faglig kvalitet, praktisere evidensbasert og ha fokus på kvalitetsarbeid og pasientsikkerhet.

2.3.2 Teamarbeid

I en litteraturstudie av Xyrichis *et al* fra 2007 undersøkte man hva som støtter eller hindrer tverrfaglig teamarbeid i primærhelsetjenesten (26). Artikkelforfatterne hevder at det nå er allment akseptert at tverrfaglighet er nødvendig i oppfølging av kronisk syke pasienter i

primærhelsetjenesten. De skiver videre at helsemyndighetene i Storbritannia allerede i 1920 mente at samarbeid var den beste måten å levere primærhelsetjenester, og at det den gang ble foreslått at allmennpraktikeren burde jobbe sammen med andre profesjoner i helsesentre. I følge forfatterens litteraturgjennomgang har profesjonsspesialiseringen gitt en fragmentering av primærhelsetjenesten. Dette kan føre til at man mister den holistiske tilnærmingen til pasienten. Videre mener forfatterne at det lett vil kunne oppstå både overlappende og manglende tjenester til pasienter. De indentifiserte strukturfaktorer og prosessfaktorer som er viktige for effektivitet i team. Førstnevnte inkluderte fysisk samlokalisering, teamstørrelse (store team var mindre effektive), økt tverrfaglighet (kunne gi mer innovasjon), dyktig teamleder, stabile teammedlemmer i fulle stillinger og god støtte i organisasjonen (f.eks. kommunen). Av prosessfaktorer ble det nevnt regelmessige møter, en klart formulert felles målsetning og tilbakemelding på teamets resultater.

To studier fra britisk allmennpraksis viste at mer samarbeid og godt samarbeidsklima var assosiert med bedre omsorg for pasienter med diabetes, inkludert kontinuitet, pasienttilfredshet og tilgang til helsetjenester (27, 28). I en annen britisk studie fant man at team som scoret bedre på variabelen ”*team climate*” vurdert ved ”*Team Climate Inventory, TCI*” også gjorde det bedre i forhold til oppfølging av diabetespasienter, pasienttilfredshet og selvrapportert effektivitet (”*effectiveness*”) i teamet. Dette står i motsetning til ytterligere to britiske studier, hvor Hann *et al* fant en begrenset sammenheng mellom tilsvarende variabler, og Bower *et al* ikke påviste en slik sammenheng (29, 30). En spansk studie viste at primærhelseteam med klart definerte mål og god kommunikasjon, gjorde det bedre sammenlignet med andre team målt i pasienttilfredshet og pasientopplevd kvalitet på tjenesteleveransen (31). I tillegg viste studien at ansatte opplevde økt trivsel i team. Den konkluderer med at velfungerende team kan gi økt ”*efficacy*”, hvor sistnevnte ble definert som ”*the degree to which work programmes or tasks have been achieved with respect to overall objectives*”. Studien fant imidlertid ingen positiv (eller negativ) korrelasjon mellom bruk av team og økt økonomisk effektivitet.

I en kanadisk studie av primærhelseteam som fulgte opp hjemmeboende eldre, fant man at medlemmene mente det var generelt nyttig med samarbeid (32). Det ble lagt vekt på at god kommunikasjon, gjensidig respekt, rolleavklaring og læringsvillighet var viktig for samarbeidsklimaet i teamet. I flere av gruppene fant man økt jobbtilfredshet for medlemmene sammenlignet med tradisjonelt soloarbeid. I en britisk studie av Poulton *et al* studerte man

teamstruktur, prosess og effektivitet (”*effectiveness*”) i 68 primærhelseteam (33). Forfatterne indentifiserte fire prosessfaktorer som best predikerte team-effektivitet: felles målsetning, deltakelse, fokus på kvalitet og mulighet for innovasjon. Førstnevnte var viktigst for resultatet. De samme fire faktorene ble også løftet frem i en annen britiske studie som studerte 103 primærhelseteam og 113 team i psykisk helse (34). I tillegg fant man at en større andel teammedlemmer i fulltidsstillinger samt lang team-levetid begge predikerte teameffektivitet.

I en studie av Roblin *et al* studerte forfatterne team hos den private helsetjenesteleverandøren *Kaiser-Permanente* i Georgia (35). Man fant at team som scoret høyere på ”*collaborative clinical culture*” også gjorde det bedre på ulike kvalitetsmål som pasienttilfredshet, blodsukkerkontroll hos diabetespasienter og lavere lipidnivå ved hyperkolesterolemi.

I en oversiktsartikkel av Weller *et al* publisert i BMJ identifiserer man ulike hindringer for effektivitet i tverrfaglige team (36). De fokuserer hovedsakelig på team i sykehus, men forfatterne mener likevel at funnene kan gjelde generelt i helsevesenet. De hevder at problemer i team vil kunne utgjøre en fare for pasientsikkerheten. Det vil også kunne gi nedsatt trivsel hos de ansatte, konflikter og ineffektivitet. De beskriver videre noen forutsetninger for velfungerende team. ”*Shared mental models*” løftes frem som spesielt viktig, og begrepet beskriver at man har en felles forståelse av pasientens situasjon, videre behandlingsplan samt en avklart rolle- og oppgavefordeling i teamet. Videre omtales informasjonsoverføring mellom medlemmene som et potensielt problem. Det kan forårsakes av at ulike faggrupper benytter forskjellige datasystemer. Også en streng hierarkisk struktur innad i teamet kan hindre god kommunikasjon, og personer som føler seg underlegen kan la være å snakke opp om en berettiget innvending til pasientbehandlingen. Videre skriver forfatterne at helseprofesjonenes adskilte utdannelsesløp kan være en hindring, og at alle faggruppene lærer sin egen sjargong. Det er tradisjonelt lite tverrfaglighet i opplæringen, noe som øker fare for silodannelse i helsevesenet. Sist omtaler forfatterne organisatoriske faktorer, som manglende samlokalisering.

Andre studier har sett på sammensetningen av primærhelseteam. I USA har også såkalte *Nurse Practitioners* (NP) overtatt en del av oppgavene som tradisjonelt har vært gjort av leger (23). I følge Grumbach *et al* er det studier som støtter at dette gir en reduksjon av kostnadene i primærhelsetjenesten (22). Samtidig blir den samme forskningen kritisert for å

ikke ta hensyn til at NP oftest ser færre pasienter per dag og jobber færre timer per uke sammenlignet med leger. Wagner argumenterer for at sykepleiere kan være bedre skikket til å jobbe etter retningslinjer for oppfølging av kronisk syke pasienter samt at de er ofte er bedre enn leger på kommunikasjon (37).

I en Cochrane review fra 2010 ble det gjennomgått 43 studier som omhandlet farmasøyer med en utvidet funksjon i primærhelsetjenesten. Dette inkluderte mer direkte oppfølging av pasienter samt veiledning av andre profesjoner. Oppsummeringen konkluderte med en gunstig effekt på flere kliniske parametere ("*clinical outcomes*") og for legers forskrivningsmønster (38).

Flere artikler nevner også potensielle problemer med team. Barr hevder at når antall personer i et team øker, vil transaksjonskostnadene knyttet til intern koordinering og kommunikasjon øke eksponentielt (39). I tillegg vil det kunne oppstå problemer knyttet til konflikter i teamet. Grumbach *et al* mener at leger kan oppleve lavere jobbtilfredshet hvis man må delegerer bort mye av arbeidet som tradisjonelt gjøres av allmennlegen (22). I tillegg kan pasientene oppleve svekket kontinuitet når man må forholde seg til flere personer i et team istedenfor en fast lege.

Det er flere studier som ser på profesjonskonflikter i team. I en undersøkelse av Brown *et al* intervjuet man 121 medlemmer i 16 primærhelseteam i Canada (40). I følge forfatterne er konflikt uunngåelig i team. De identifiserer ulike kilder til uenighet, hvor uklar rollefordeling, revirtenkning og usikkerhet rundt det faktiske pasientansvaret nevnes spesielt. De hevder videre at tidsmangel og overarbeid er barrierer for godt samarbeid. Sist beskriver forfatterne ulike strategier for konfliktløsning, inkludert spesifikke retningslinjer for konflikthåndtering, intervensjon fra leder, åpen og direkte kommunikasjon i teamet, gjensidig respekt mellom teammedlemmene og ydmykhet.

2.4 Profesjonenes plass i helsevesenet og oppgaveglidning

Helsepersonell med felles ansvar for pasienter er avhengig av å samarbeide (41). I kommunehelsetjenesten finnes en rekke yrkesgrupper, inkludert leger, sykepleiere, hjelpepleiere, sosionomer, fysioterapeuter, helsefagarbeidere og ergoterapeuter. Legene og tannlegene har tradisjonelt vært øverst på rangstigen, noe som også følger av helsepersonelloven § 4 som sier at disse yrkesgruppene skal *“ta beslutninger i henholdsvis medisinske og odontologiske spørsmål som gjelder undersøkelse og behandling av den enkelte pasient”*. Videre vil helsepersonell ha et profesjonsvern gjennom autorisasjonsordningen. Plasseringen i hierarkiet sier også noe om nivå av utdanning, lønnstatus og anseelse i samfunnet (42).

Historisk sett har det vært vanlig å planlegge primærhelsetjenesten rundt separate disipliner, som fastlegekontor, fysioterapisenter og kontor for hjemmebaserte tjenester (43). Økende krav til tverrfaglighet og koordinering kan endre denne tradisjonelle måten å organisere primærhelsetjenesten på. Hvordan prosessen eventuelt vil bli påvirket av en konkurranse mellom profesjonene er høyst usikker (44, 45). I de siste femti årene har man allerede sett store endringer innenfor helsevesenet. Nye profesjoner har vokst frem og andre har endret seg betydelig (46, 47). Denne dynamikken har trolig vært sekundær til utviklingen innenfor evidensbasert medisin og teknologi (48, 49). I tillegg har såkalt neo-liberalistisk administrasjon av helsetjenesten ført til allokering av resurser til den mest effektive eller faglig beste del av tjenesten, uavhengig av tradisjonell hierarkisk struktur (50, 51). Økt grad av pasientautonomi og brukerfokus har også presset frem høyere krav til fleksibilitet. Dette kan igjen sette tradisjonelle profesjonsroller under press (45).

Det er ikke uvanlig at profesjoner kan delegere bort mindre attraktivt arbeid til andre yrkesgrupper. Personer med høy grad av spesialisering beholder i større grad *“det beste”* arbeidet selv (52). Fordelingen av arbeidsoppgaver mellom profesjonene er dynamisk. I dette skjæringspunktet kan yrkesgrupper både få og miste privilegier etter hvert som tiden endrer seg (44). I følge Freidson er det de sosiale og samfunnsmessige forholdene som gir profesjonene status, ikke yrket i seg selv (53). For veletablerte profesjoner vil det ofte være en kontinuerlig kamp for å beholde nåværende status, eventuelt koblet sammen med et ønske å utvide eget ansvarsområde (54, 55). En vanlig måte å beskytte profesjonen på er at man tildeler gruppen spesielle privilegier, for eksempel gjennom lovgivning.

I følge Abbot sin profesjonsteori er det en stadig kamp mellom profesjonene på et arbeidssted (44). Teorien har imidlertid blitt kritisert for å ikke ta nødvendig hensyn til ytre faktorer som kan påvirke profesjonene (55). Nyere litteratur omtaler hvordan økt fokus på bedriftsøkonomi og administrasjon legger press på profesjonene (56, 57). I følge Burrage *et al* det fire aktører som påvirker dem (58):

- i. Yrkesutøverne selv
- ii. Brukerne
- iii. Lærestedene (Universiteter, Høyskoler)
- iv. Offentlige myndigheter

Oppgaveglidning mellom og innad i profesjonene kan skje på fire ulike måter (59): Innenfor samme profesjon finner man *diversifisering* og *spesialisering*, og mellom ulike profesjoner finner man *vertikal* og *horisontal substitusjon*.

Ved diversifisering får man en ekspansjon av arbeidsoppgavene til et nytt område, som ikke enda “eies” av en spesiell yrkesgruppe (60). Når det gjelder spesialisering, er dette allerede veletablert i helsetjenesten både for leger og for sykepleiere. I følge Nancarrow *et al* kan begrepet defineres som følger (61):

“The adoption of an increasing level of expertise in a specific disciplinary area that is adopted by a select group of the profession and legitimized through use of a specific title, membership to a closed subgroup of the profession, and generally involves specific training”.

Ved vertikal substitusjon skjer det en overføring av arbeidsoppgavene mellom profesjoner med ulik faglig kompetanse (59). Et eksempel på dette vil være at helsesøstre har fått forskrivningsrett til p-piller. Ved horisontal substitusjon skjer det en overføring mellom profesjoner med samme lengde på utdanning og læretid, men som normalt tilhører to ulike disipliner, eksempelvis sosionomer som overtar arbeidsoppgaver som normalt ville blitt gjort av sykepleiere. Det økende kravet til tverrfaglighet fører til hyppigere horisontal oppgaveglidning mellom profesjoner (61). Slik overføring av arbeidsoppgaver gir sjelden økt

status, inntekt eller makt, og er ofte et resultat av ytre omstendigheter som mangel på en yrkesgruppe (61).

Profesjoner kan ha en jurisdiksjon over definerte arbeidsoppgaver, men er gjensidig avhengig av hverandre (44). Likevel kan *profesjonsstrid* eller *revirtenkning* oppstå hvis ulike typer helsepersonell ønsker en enerett til en bestemt oppgave (42). Dette kan videre gi grobunn for konflikt og konkurranse mellom profesjonene (44). I Norge har vi en debatt om hvorvidt sykepleiere bør få utvidet ansvarsområde (62). I omkring 70 ulike land eksisterer det allerede en ordning hvor sykepleiere med videreutdanning får tildelt arbeidsoppgaver som tradisjonelt utføres av lege (63). Ordningen oppstod i USA engang på 1960-tallet. Tittelen *Nurse Practitioners* (NP) eller *Advanced Practice Nurses* (APN) benyttes i USA, Storbritannia, Australia, New Zealand og Canada. I følge *International Council of Nurses* er NP/APN en sykepleier med nødvendig faglig kompetanse, beslutningsevner og klinisk erfaring til å ha en utvidet funksjon (64). Mastergrad er anbefalt som minstekrav (65). Hvordan dette er organisert kan variere fra land til land. I enkelte tilfeller kan sykepleiere ha selvstendig henvisningsrett og begrenset forskrivningsrett av legemidler, som oftest i tett samarbeid med lege. I USA finnes såkalte *Family Nurse Practitioners*, som jobber med mange av de samme arbeidsoppgavene som norske allmennleger. De har da også mulighet til å jobbe i selvstendig praksis i 16 amerikanske stater (2013). I en Cochrane analyse fra 2004 undersøkte man hvilken effekt det har å erstatte leger med sykepleiere i allmennpraksis (66). Man identifiserte 16 aktuelle studier, men alle hadde begrenset dokumentasjonsstyrke. Kun ett studie hadde nok statistisk styrke til å vise effekt på helseutfall. Oppfølgingstiden var også kort, vanligvis ett år. Evalueringen antyder likevel at sykepleierne leverer tjenester med like god kvalitet som legene og ofte med høyere pasienttilfredshet (66). Det ble imidlertid ikke påvist at legenes arbeidsbyrde ble redusert. I Primærhelsemeldingen legges det også opp til en tilsvarende ordning i Norge. I august 2011 startet første kull på linjen mastergrad i avansert geriatrisk sykepleie ved UiO, med mål å bli fremtidens *Nurse Practitioners* i Norge (67).

2.5 Team

2.5.1 Innledning

Det synes å være økende bruk av team i arbeidslivet de siste 30 årene, og en mulig årsak til dette er at arbeidsoppgavene er blitt så komplekse at enkeltpersoner ikke kan løse dem på en god måte alene (68). Det er også skrevet mye litteratur om temaet, og Bang har i sin artikkel ”Effektivitet i lederteam – hva er det, og hvilke faktorer påvirker det?” gjennomgått mye av forskningen som foreligger (69). Bang har definert team som ”*to eller flere mennesker som er avhengig av hverandre for å nå felles mål*”. Det er en vanlig antakelse av teamarbeid er en bedre og mer effektiv organiseringsform enn individuelt arbeid, men samtidig er det forskning som konkluderer med det motsatte (64). I noen studier hevdes det at alle team vil oppleve et prosessstap som følge av dysfunksjonelle gruppeinteraksjoner mellom medlemmene, og at synergieffekt dermed ikke eksisterer (70).

I litteraturen er det ulike klassifikasjoner av team, og Bang har i sin artikkel benyttet følgende inndeling (69):

- Produksjonsteam. Beskjeftiger seg med å produsere noe som er identifiserbart, konkret og ofte målbart.
- Opptredenteam. Leverer en immateriell opplevelse i øyeblikket.
- Beslutningsteam, eller beslutnings- og problemløsningsteam. Gjør analyser av beslutningsgrunnlag og fatter avgjørelser basert på dette.

Et pasientsentrert team er et eksempel på et beslutnings- og problemløsningsteam hvor medlemmene benytter sin fagkompetanse til å avhjelpe pasienten med ulike problemstillinger knyttet til utredning, oppfølging og behandling. Det kan imidlertid også sees på som et produksjonsteam, hvor produksjonen kan være antall personer som behandles per dag, antall pasienter med diabetes som er godt regulerte osv. Bang skiller mellom to begreper som sier noe om hvordan team fungerer (69). *Effektivitet* er definert som ”*i hvilken grad det er overenstemmelse mellom de målene man har, og de resultatene man faktisk oppnår*”, mens *effisiens* er definert som ”*forholdet mellom resultatene man oppnår, og de ressursene som er brukt for å oppnå resultatene*” (69). I teameffektivitetsmodeller er det vanlig å skille mellom *input-faktorer*, *prosessfaktorer* og *output-faktorer*, og at disse påvirker teamets effektivitet og effisiens.

2.5.2 Teamets output-faktorer

Man kan måle teamets resultat (output) på tre ulike områder (71). Teamets *saksresultater* sier noe om hvordan teamet presterer i forhold til det området det er ment å skape noe på.

Teamets *overlevelsessevne* sier noe om hvorvidt teamets arbeidsmåte øker medlemmenes evne til å samarbeide over tid (71). Teammedlemmenes *individuelle tilfredshet* er i hvilken grad teamets måte å arbeide på bidrar positivt til medlemmenes læring og personlige tilfredshet ved at de er en del av teamet (71). Når det gjelder saksresultater kan disse variere ut i fra hvilket ståsted man vurderer teamets innsats. Det kan for eksempel være forskjeller på hvordan teamet selv, pasientene (brukerne) og myndighetene ser på teamets måloppnåelse. I følge Bang kan teamets overlevelsessevne styrkes av tre viktige faktorer (69).

Hensiktsmessig *teamkultur*, god *teamtillit* og *teamfølelse*.

2.5.3 Teamets input-faktorer

Man kan skille mellom interne og eksterne rammebetingelser og forutsetninger som påvirker et team (72). Interne forutsetninger inkluderer i hvilken grad utfordringene som skal løses er reelle team-oppgaver, det vil si at ingen enkeltpersoner i teamet kan løse dem på en god måte alene. En annen intern forutsetning er i hvilken grad oppgavene utløser indre motivasjon hos medlemmene. For at arbeidet skal være motiverende mener Hackman *et al* at tre faktorer er viktige: Arbeidsoppgavene bør oppleves som meningsfulle, medlemmene må føle ansvar for resultatet man skaper, samt få tilbakemelding på kvaliteten av det man utfører (73). Det er uklart hva som er det optimale antall personer i et team, men det er velkjent at større team kan gi mindre produktivitet, noe som kalles *Ringelmann-effekten* (74). Det samme beskriver begrepet *sosial løffing*, som er at personer kan yte dårligere når man er en av mange i en gruppe, og det mulig å skjule egen innsats (75). Det er støtte for at fem til seks medlemmer er optimalt antall personer i et team (76). Dette er ikke nødvendigvis overførbart til pasientsentrerte team i Norge. I de tilfeller hvor teamets medlemmer opplever at oppgavene krever maksimalt bidrag fra alle, og hvor det er lett synlig at en person sluntrer unna, kan man få det motsatte av Ringelmann-effekten. Dette kalles *Köhler-effekten*, og den innebærer at medlemmene jobber hardere/bedre i et team sammenlignet med det de ville ha gjort individuelt (77). Det er større sannsynlighet for at effekten inntreffer når medlemmene opplever arbeidet som viktig og/eller er sterkt knyttet til gruppen eller oppgaven.

Team-medlemmenes kompetanse, ferdigheter og kognitive evner er positivt assosiert med kvaliteten på teamets prestasjoner (69). Videre er det støtte for at sammensetningen av personligheter i teamet kanskje er viktigere enn enkeltmedlemmers unike personlighetstrekk (78). I tillegg spiller teamets mangfold en rolle (79). Variasjon kan skape mer kreative løsninger, men samtidig kan mye ulikheter være negativt for samholdet i teamet (69).

Når det gjelder eksterne forutsetninger for prestasjon peker forskningen på at det er avgjørende at team befinner seg i en organisatorisk (team)støttende kontekst (72). Dette inkluderer tre viktige systemer i organisasjonen (71, 76):

- i. Belønningssystemer, hvor teamets prestasjon gir positiv gevinst for medlemmene (76). Eksempler på dette er økt ansvar, mer penger, annerkjennelse osv.
- ii. Informasjonssystemer, som inkluderer at alle medlemmene får den informasjonen de trenger for å utføre arbeidet.
- iii. Opplæringsystemer, hvor organisasjonen tilrettelegger for at medlemmene får den nødvendige opplæringen og trening.

2.5.4 Prosesser i teamet

Bang benytter følgende definisjon av prosesser i team, som forfatteren har utledet fra Marks *et al* samt Hackman (69, 76, 80):

“De handlingene som skjer når medlemmene i teamet anvender de ressurser de har til rådighet for å arbeide sammen om teamets arbeidsoppgaver, og derigjennom skaper resultater for organisasjonen, for teamet og for teamets medlemmer.”

Bang hevder at fem viktige punkter påvirker effektiviteten i beslutningsteam (69):

1. Klare mål

Det er avgjørende for teamets effektivitet at alle medlemmene har en forståelse av formålet med opprettelsen av gruppen, og videre hva den faktisk skal drive med. I den forbindelse bør det være klart hva man ønsker å oppnå i teamet, hvorfor man ønsker å oppnå akkurat dette og sist hvordan man planlegger å nå målet.

2. Fokuserert innstas

Det viktig at teamet og medlemmene fokuserer egen arbeidsinnsats i forhold til en definert målsetning (69). Det vil si at man forsøker å unngå hyppige avsporinger, utenomstakk og irrelevante aktiviteter som fjerner fokus fra det egentlige arbeidet. I følge Bang *et al* vil det likevel kunne være gunstig med enkelte små avsporinger/assosiasjoner i møter, men at teamet da raskt bør returnere til hovedtemaet (81).

3. Arbeidsmåte

Det er viktig for teamets effektivitet at medlemmene jobber i “team-modus”, det vil si at de ønsker og forstår at de må samarbeide og støtte hverandre for å nå et felles mål. Som ledd i dette bør man spille på hverandres styrker og kompensere for hverandres svakheter (82). Det er også viktig at man hjelper hverandre i teamet, og at man våger å be om støtte hvis man trenger det (83). Sist bør teamet tilpasse arbeidsmåten sin til oppgaven det skal løse, og ikke gro fast i en type tilnærming (76).

4. Forskjellighetsutnyttelse

Team er satt sammen av ulike personer, med sine individuelle personligheter, evner, verdisyn, alder, kjønn, bakgrunn osv. I denne heterogeniteten vil det kunne være forskjellige synspunkter om hvordan en oppgave skal løses. I litteraturen er det ulike meninger om hvorvidt oppgavekonflikter er gunstig eller skadelig for teamets prosesser. Noen forfattere hevder at et moderat nivå av oppgavekonflikt kunne være fordelaktig, gitt at det ikke utvikler seg relasjonskonflikter mellom medlemmene (84, 85). Dette strider mot en meta-analyse gjort av De Dreu *et al*, hvor man fant at oppgavekonflikter er negativt korrelert med både sakseffektivitet og relasjonskvaliteten i gruppen (86).

5. Refleksivitet

Med refleksivitet menes at teamet evaluerer måten det arbeider på, og at det korrigerer feil etter hvert som de oppdages. I følge Bang er det lite forskning på akkurat dette området, men studiene som er gjort viser en positiv sammenheng mellom refleksivitet og prestasjon (69).

3 Metodisk tilnærming

3.1 Vitenskapsteoretisk referanseramme – fenomenologi og hermeneutikk

Hensikten med denne studien var å utforske hva allmennleger mener om primærhelseteam. Fordi jeg vil studere legenes egne meninger, opplevelser og refleksjoner, er det hensiktsmessig å benytte et fenomenologisk-hermeneutisk utgangspunkt. *Fenomenologien* baserer seg på den subjektive opplevelsen, og man søker en forståelse av den dypere meningen i enkeltpersoners erfaringer (87). Den tyske filosofen Edmund G. A. Husserl kan sies å være fenomenologiens far (88). Han mente at vi ikke ser og hører tingene i våre omgivelser som det de er i seg selv, men at menneskene tolker sine omgivelser og gir dem egen mening. I forlengelsen av dette kan man hevde at mennesker kun kan forholde seg til verden slik man oppfatter den. Tolkning av meningsutsagnene til allmennlegene vil altså stå sentralt, og undertegnede vil beskrive hverdagen i kommunehelsetjenesten slik den oppleves av deltakerne. Fenomenologien bygger da også på en antagelse om at realiteten er slik folk opplever den (89). Metoden egner seg til studier av tema som forskeren har egne forestillinger om (87). Basert på at undertegnede har egne meninger om hvordan kommunehelsetjeneste er og bør være, vil fenomenologien være en anvendelig vitenskapsteoretisk retning.

På samme måte som fenomenologien vektlegger også *hermeneutikken* fortolkning. Den vektlegger at det ikke er en egentlig sannhet, men at fenomener kan tolkes på ulike nivåer (87). Navnet er knyttet til den greske guden Hermes, som både var gudenes budbringer og den som forklarte og tolket budskapet (90). Metoden var først i bruk blant teologer og jurister som en måte å analysere tekster på, men den ble senere utviklet av filosofer som Fredrich Schleiermacher (1768-1834) og Wilhelm Dilthey (1833-1911) til å gjelde andre ting (91). Sistnevnte hevdet at ”man forklarer naturen, mennesket forstår man” (91).

3.2 Design

Undertegnede har valgt et kvalitativ forskningsdesign. I likhet med den fenomenologisk-hermeneutisk tilnærmingen innenfor vitenskapsteori, forsøker man ved kvalitative metoder å oppnå en dypere forståelse for det som forskes på. Den baserer seg på antagelser om menneskelig erfaring (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk) (92). Ordet kvalitativ beskriver det som har med noe(n)s egenskaper eller kjennetegn. Dette er en motsetning til det som handler om antall (kvantitet). Kvalitativ eller ipsativ forskning bruker analyser av sammenhenger i en prosess hos den enkelte istedenfor opptelling eller kvantisering (91). Man forsøker å forstå hvorfor noe er som det er, og designet egner seg spesielt godt til studier av tema som det er liten forskning på fra før (87). I slike studier fokuserer man vanligvis på mindre grupper eller færre enheter, for å skape bedre forståelse for det fenomenet som man ønsker å studere (87).

Jeg har valgt å gjennomføre to fokusgruppeintervjuer i såkalte veiledningsgrupper i allmennmedisin. Disse består av allmennleger under spesialisering samt en eller to veiledere som er erfarne spesialister i allmennmedisin. Med dette ønsker jeg å vite mer om hva allmennlegene mener om fastlegens arbeidshverdag, primærhelsetjenesten og teamarbeid.

3.3 Datainnsamling

Ulike former for intervju er en vanlig metode innenfor kvalitativ forskning (87). Målet er å samle informasjon om intervjupersonenes erfaringer, motiver, forventninger, synspunkter og selvforståelse. Det er to prinsipielt ulike måter å betrakte dataene man opparbeider. I følge et positivistisk synspunkt gir de informasjon om intervjupersonenes omliggende verden, og intervjupersonene omtaler tema ut fra tidligere erfaring. Forskeren er en tilnærmet ”nøytral” mottaker av data (93). Dette i motsetning til det konstruktivistiske perspektivet, som sier at informasjonen fremkommer etter en sosial interaksjon mellom intervjupersonene og forskeren, og at begge derfor bidrar til kunnskapen (94). Et kvalitativt forskningsintervju kan være ustrukturert, strukturert eller delvis strukturert (87). Sistnevnte metode er den mest brukte varianten av de tre (94). Her er temaene forskeren skal ta opp bestemt på forhånd, men rekkefølgen kan bestemmes underveis slik at man kan følge intervjupersonenes fortelling. Den er altså fleksibel samtidig som forskeren er en moderator som styrer samtalen i ulike retninger. Min tilnærming til intervjuene kan beskrives som delvis strukturert.

Den mest brukte intervjuformen i kvalitativ forskning er samtale mellom ulike enkeltpersoner og forsker (87). Gruppeintervjuer benyttes imidlertid stadig oftere, og en mulig årsak til dette er at metoden er relativ enkel å gjennomføre, datainnsamlingen kan skje over kort tid og man får raske resultater (87). Det såkalte fokusgruppeintervjuet innenfor kvalitativ forskning skiller seg noe fra et tradisjonelt gruppeintervju. I førstnevnte skjer informasjonsinnhenting i større grad ved at deltakerne snakker direkte med hverandre, mens det i sistnevnte skjer i samtalen mellom forskeren og de enkelte gruppedeltakerne (95). Fokusgrupper ble først benyttet under studier av sosiale og psykologiske effekter av propaganda i media, blant annet under andre verdenskrig. De ble videre benyttet under utvikling av produkter til konsumering og markedsføring (96). Fokusgrupper kan være spesielt egnet til å studere holdninger og erfaringer, og hvordan kunnskap produseres og brukes i en bestemt kulturell kontekst. Dette gjør at metoden kan beskrive verdier i ulike subkulturer (97). I sin doktorgradsavhandling viser Braatas at fokusgruppeintervju kan benyttes for å studere tankeprosesser hos sykepleiere i en gitt fagkultur (98). Undertegnede vil hevde at leger under spesialisering i allmennmedisin også utgjør en subkultur, og at fokusgruppeintervju vil være velegnet for å få dypere innsikt i gruppens holdninger til primærhelseteam mv.

Undertegnede gjennomførte to fokusgruppeintervju i mars og april 2017. Ett av intervjuene foregikk i et privat hjem, mens det andre intervjuet ble avholdt i et konferanserom på hotell. De tok utgangspunkt i en felles intervjuguide (vedlegg nr. III). Formålet med denne var å bidra til noe struktur, samtidig som den ikke skulle hindre nye og spontane spørsmål når diskusjonen skrider frem. Det kvalitative forskningsintervjuet bør være åpent fremfor standardisert (99). I løpet av diskusjonen gav deltakerne respons på de forskjellige meningene som ble ytret i gruppen, og ulike holdninger ble synliggjort. En svakhet med fokusgrupper kan være at et dominerende synspunkt blir altoverskyggende, og at man dermed mister viktige meningsnyanser. Jeg opplevde ikke at dette skjedde under samtalene.

Jeg benyttet digital lydopptaker gjennom intervjuene. Dette krevde at prosjektet måtte godkjennes av Personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjenester. Hensikten med lydopptak var å rette all oppmerksomhet mot gruppesamtalen. Opptakene ble deretter transkribert og innholdet analysert mer inngående.

3.4 Rekruttering av deltakere – utvalgsstrategi

I en kvalitativ studie er det ikke nødvendig med et mål om å ha flest mulig deltakere eller et representativt utvalg av populasjonen slik vi kjenner fra kvantitativ forskning. Et høyt antall informanter kan gi større risiko for dårlig vitenskapelig kvalitet (7). Tvert i mot benyttes ofte et strategisk utvalg, hvor noen få deltakere heller bidrar med en stor mengde data. Det ville vært optimalt å oppnå en såkalt “datametning”, det vil si man ikke lengre finner ny kunnskap om fenomenet man studerer ved å gjøre ytterligere datainnhenting. Dette vil trolig være urealistisk for undertegnede i all den tid omfanget vil bli for omfattende i en masteroppgave. Når det gjelder valg av deltakere til (fokusgruppe)intervjuene, vil man kunne benytte forskjellige utvalgsstrategier. Jeg vil beskrive disse mer detaljert under, og knytte dem opp mot hvilke typer allmennleger som kunne vært aktuelle å rekruttere som deltakere:

- i. Typiske tilfeller: Man søker å rekruttere “alminnelige” fastleger. Allmennleger i veiledningsgrupper vil kunne falle inn under denne kategorien.
- ii. Avvik, eller “*deviant case sampling*”: Man velger ut allmennleger som vil være ulike et gjennomsnitt, for eksempel leger som ytrer seg svært kritisk til tverrfaglig samarbeid på sosiale medier.
- iii. Kritiske utvalg: Man søker leger som er særlig informasjonsrike, som kommuneoverleger med lang fartstid, kommuneoverleger som også har rolle som helse- og sosialsjef osv.
- iv. Maksimal variasjon: Søke mest mulig bredde, det vil si at “alle typer” allmennleger bør være representert, og at man aktivt forsøker å oppnå dette. Man vil da bruke både typiske, avvikende og kritiske tilfeller nevnt over.
- v. “*Snowball sampling*”: Man ber allmennleger som allerede deltar i studien å anbefale kollega som kan være aktuelle deltakere.
- vi. Teoretisk utvalg: Man velger allmennleger som man antar vil bidra med relevant eller ny kunnskap basert på tidligere forskning.

Veiledningsgruppene kan ha deltakere som klassifiseres som både “avvik” og/eller “kritisk” i henhold til listen over, men jeg hadde ingen målsetning om å rekruttere deltakere ved å bruke disse metodene aktivt. Jeg søkte heller ikke maksimal variasjon, da sammensetningen av gruppene er helt tilfeldig. De kan bestå av personer som er mer “like” enn “ulike” i denne

sammenheng. Det vil være lite aktuelt å benytte teoretisk utvalg, da det er lite forskning på primærhelseteam i Norge (egen kunnskapsoppsummering). Sist har det ikke vært aktuelt for undertegnede å benytte “*snowball sampling*”. Studien er begrenset og det var enkelt å identifisere veiledningsgrupper som kunne inkluderes.

Veiledningsgruppene består vanligvis av leger med lite eller noe fartstid i allmennmedisin. Jeg ville på denne måten forsøke å eliminere at en hierarkisk struktur mellom yngre og erfarne leger skaper en asymmetri som virker hemmende på den frie meningsutvekslingen i gruppen (100). Samtidig ønsket jeg at veiledere også skulle delta i samtalen. Deres omfattende erfaring fra kommunehelsetjenesten var et viktig bidrag i diskusjonen.

3.5 Utvalg og demografiske data

Denne studien inkluderer 23 allmennleger, fordelt på to veiledningsgrupper i allmennmedisin med 10 og 13 deltakere. Legene jobbet i Bergen eller omegn. I gruppen med færrest deltakere var det én veileder, og i gruppen med flest deltakere var det to veiledere. Disse kjennetegnes av lang erfaring og en relativt høyere alder sammenlignet med resten av gruppen. De tre veilederne var alle spesialister i allmennmedisin, mens resten av legene var under spesialisering. De aller fleste deltakerne var i vanlig fastlegepraksis, mens et lite mindretall var i permisjon eller i annen relevant stilling i helsetjenesten (eksempelvis sykehjemslege). Deltakelse i veiledningsgruppe er en obligatorisk del av spesialiseringen i allmennmedisin. Studien omfatter 10 menn og 13 kvinner, med en gjennomsnittsalder på 41 år og en medianalder på 39 år. Gjennomsnittlig erfaring fra allmennmedisin var 7,2 år og medianerfaring var 3,5 år. Veilederne sin lange erfaring trekker opp gjennomsnittet sammenlignet med medianverdien.

3.6 Ordstyrerens rolle – moderatoren

Moderatorens (forskerens) rolle er å styre diskusjonen noe slik at nødvendige tema blir belyst. Vedkommende bør til en viss grad være engasjert i samtalen, men likevel ikke delta aktivt (101). Moderatoren bør sørge for at alle deltakerne i gruppen får anledning til å ytre seg. Samtalen bør forløpe spontant samtidig som den til en viss grad struktureres av forskeren. Det kan være vanskelig å være engasjert samtidig som man ikke skal gå fra å være moderator til å være aktiv bidragsyter. Moderatorens rolle og evne til å lede gruppen på rett måte er derfor avgjørende for i hvilken grad diskusjonen forløper optimalt (102).

3.7 Dataanalyse

I denne oppgaven har undertegnede benyttet systematisk tekstkondensering (STC) som analysesystem. Metoden er mye brukt innenfor kvalitativ forskning. Den ble opprinnelig utarbeidet fra Giorgis fenomenologiske analyse og er senere omarbeidet av Malterud (103-105). Målet var å gjøre en deskriptiv tversgående analyse av fenomener, når materialet som skal analyseres stammer fra flere ulike informanter. Metoden består av fire ulike punkter:

1. Danne seg et helhetsinntrykk av materialet.

På dette stadiet er det anbefalt å lese hele materiale, i dette tilfelle transkripsjonene av begge fokusgruppeintervjuene. Målet var ikke å systematisere dataene på dette tidspunktet, men å danne seg et grovt overblikk over mulige tema. Det er en fordel om analysen kan gjennomføres av flere enn en person for å få en bredere analyse, og veileder var derfor fortløpende involvert i dette arbeidet. Det er ikke et mål å oppnå konsensus blant forskerne, og eventuelle uenigheter kan være vel så interessante som det motsatte (104). I denne fasen identifiserte jeg fem tema som ble prioritert for videre og mer systematisk analyse.

2. Identifisere meningsbærende enheter i teksten.

I neste fase gikk jeg mer systematisk igjennom transkripsjonen, hvor man linje for linje søker gjennom teksten for å identifisere såkalte *meningsbærende enheter*. Dette er et tekstfragment som inneholder informasjon om det overordnede forskningsspørsmålet. I neste omgang identifiserte, sorterte og klassifiserte jeg de meningsbærende enhetene etter hvordan de eventuelt var relaterte til de ulike tema identifisert i første punkt. Dette kalles *koding*, og innebærer at man fjerner tekstfragmentene fra opprinnelig kontekst og gir dem en kode (“merkelapp”). Navnet på koden, og formålet med kodegruppen, utledes fra temaene. I henhold til Malteruds anbefaling benyttet jeg ikke intervjuguiden for å utlede disse kodene (104). I denne fasen var det viktig å være fleksibel og dynamisk, man kan hele tiden endre, omorganisere og evaluere kodegruppene – en prosess som Malterud omtaler som “tre steg frem, to tilbake”. Undertegnede så etter likheter og forskjeller både i og mellom kodegruppene. Videre forsøkte jeg å se om kodegruppene kunne representere det samme fenomenet. Det ble gjort flere endringer underveis i arbeidet, og det ble også nødvendig å endre hovedtemaene noe. Metoden setter ingen begrensninger for dette, tvert i mot skal den være dynamisk i hele forløpet.

3. Abstrahere innholdet i de meningsbærende enhetene – tekstkondensering.

I denne fasen gjorde jeg en mer systematisk abstraksjon av meningsbærende enheter i hver kodegruppe. Undertegnede sorterte de meningsbærende enhetene i hver kodegruppe i noen få undergrupper. Deretter forsøkte jeg å abstrahere innholdet i en undergruppe til et kondensat; et syntetisert sitat som søker å gjengi hovedinnholdet i de meningsbærende enhetene.

4. Sammenfatte betydningen av de meningsbærende enhetene.

I den siste fasen forsøkte jeg å kontekstualisere de fragmenterte og kondenserte dataene. Jeg startet med tekstkondensatene i undergruppene, og ved hjelp av dem prøvde jeg å si noe om fenomenet som studeres. Dette presenteres som funn i neste del av oppgaven.

4 Presentasjon av empiriske funn

4.1 Innledning

Formålet med studien er å kartlegge hva allmennleger mener om primærhelseteam. Gjennom to fokusgruppeintervju har jeg undersøkt hva deltakerne tenker om temaet. I dette kapittelet presenteres hovedfunnene fra diskusjonen i fokusgruppene. Disse ble identifisert under førstegangs gjennomlesning av transkribert materiale, og ble senere modifisert etter mer systematisk bearbeiding av materialet i tråd med STC-metoden. Det blir referert sitater fra deltakerne, og disse blir gjengitt i en kontekst som er i samsvar med den opprinnelige sammenhengen.

Undertegnede har indentifisert følgende tema:

1. Kostnad-nytte vurdering av primærhelseteam
2. Teamarbeid
3. Oppgaveglidning
4. Taushetsplikt
5. Administrative vurderinger knyttet til primærhelseteam

4.2 Overordnede kostnad–nytte vurderinger

Under fokusgruppeintervjuene diskuterte legene flere typer nytteverdier og kostnader knyttet til primærhelseteam. Dette inkluderer både direkte og indirekte økonomiske utgifter, samt andre potensielle samfunnsøkonomiske konsekvenser.

4.2.1 Nytte

Flere av allmennlegene påpekte at enkelte pasientgrupper har behov for tettere, mer koordinert og bedre oppfølging i primærhelsetjenesten enn de får i dag. De løftet spesielt frem personer som går under fellesbetegnelsen ”dårlige etterspørrere av helsetjenester”. Noen av deltakerne virket oppgitte over at enkelte pasienter med mindre alvorlige tilstander bruker en relativt stor andel av kapasiteten til fastlegen ved dagens ordning. Som eksempel på grupper som kan ha nytte av tette oppfølging ble det nevnt kronisk syke med KOLS eller

diabetes, rusmisbrukere, eldre og psykisk syke. Det var ingen av deltakerne som argumenterte mot denne potensielle fordelene med primærhelseteam.

”Jeg synes et dilemma de siste årene har vært at jeg i stor grad har gitt legetjenester i stor grad til folk som kanskje ikke trenger det mest. [...] Og så tenker jeg at det er en stor gruppe som faller i mellom stoler. De passer ikke i psykiatrien, de passer ikke hos oss, da passer ikke noen steder. Så blir de gående uten å ha noen som følger dem opp” (FG 2: D1)

En annen faktor som ble trukket frem var fordelene med mer tverrfaglighet ved teamarbeid. Det var flere av legene som fortalte at de føler seg faglig isolert på fastlegekontoret, og de påpekte at dette er et spesielt stort problem for uerfarne leger. Én deltaker virket oppgitt over at de eldre legene på eget legekontor er svært opptatte med sine pasienter, og at det derfor kun er mulig med kort veiledning over telefon. Deltakeren fremhevet videre at legeyrket egentlig burde være organisert som en som en mester - svenn ordning. Flere av legene mente også at det kan være en fordel å ha flere leger i samme primærhelseteam uavhengig av erfaringsnivå. En av legene hadde positiv erfaring fra et eksisterende pasientsentrert oppfølgingsteam, og fortalte følgende om dette:

”Men faglig er det veldig kjekt og veldig interessant, vi lærer veldig mye. Og det at det er flere leger gjør også det at det er mer utveksling av kunnskap.” (FG2:D4)

Noen av deltakerne hevdet at primærhelseteam kan gi en reduksjon av henvisninger til spesialisthelsetjenesten. Det ble begrunnet med at kronisk syke kan få bedre oppfølging av et primærhelseteam, og som eksempler ble det nevnt hyppigere kontroller og tettere oppfølging av medikamentelle bivirkninger. Allmennlegene nevnte også andre nyttige aspekter knyttet til primærhelseteam, spesielt i forhold koordinasjon av tjenester og avlastning av fastlegene. Dette omtales i større detalj senere under avsnittene om teamarbeid og oppgaveoverføring.

4.2.2 Kostnad

Mange av legene lurte på hvilken rolle primærhelseteam er ment å fylle i primærhelsetjenesten, altså hva som er det egentlige formålet med de nye teamene. De påpekte at det allerede finnes en rekke pasientsentrerte team, og at leger samarbeider tett med

disse. Videre var flere av deltakerne allerede fast medlem i tilsvarende grupper. Som eksempel på førstnevnte ble det nevnt hukommelsesteam, og på sistnevnte ansvarsgrupper. Flere deltakere hevdet at man bør forbedre de teamene som allerede finnes før man vurderer å opprette nye. Noen mente også at opprettelsen av primærhelseteam er mer politisk enn faglig begrunnet.

Det var stor enighet om at primærhelseteam bør være et tilbud til utvalgte pasientgrupper og ikke hele befolkningen. Ingen deltakere argumenterte for at tilbudet bør være generelt. Flere fremhevet at det er helt nødvendig å prioritere helsetjenester til dem som har størst behov, og at ordningen raskt vil falle sammen hvis man åpner den for *alle* innbyggere.

”Det er litt uklart for meg at hvis man skal et primærhelseteam som skal være et tilbud til den generelle befolkningen, altså jeg tenker det må jo være en grunn til at man trenger oppfølging av et team.[....] Men det vel de mer kompliserte, langvarige kroniske sammensatte problemstillinger som krever mer teamarbeid. Og det har vi også modeller nå. Så jeg ser jo ikke helt plassen for det.” (FG1:D3)

Flere av deltakerne mente at økt tilgjengelighet av helsetjenester gir større forbruk, og at det på ingen måte er sikkert at dette egentlig gir bedre tjenester eller mer helse per krone. Som eksempel på dette ble det nevnt at det er et generelt stort ønske å ha oppfølging hos psykolog og fysioterapeut i befolkningen. En av legene sa noe oppgitt at ”alle ressurssterke pasienter” har lyst til å ha umiddelbar tilgang til disse to yrkesgruppene.

”Flere hjelpere, flere som skal føle at de trenger hjelp. Mange flere som så går til sin terapeut oftere. Det blir større konsum av.... Det kan jo bli bedre for noen. Det blir dyrt for samfunnet. Og som sagt jeg er usikker på om det blir bedre helse totalt.” (FG2:D2)

Sist påpekte enkelte leger at bruker- og interesseorganisasjoner ikke bør ha stor innflytelse over teamene. De nevnte spesielt at teamene selv bør kunne prioritere hvilken gruppe pasienter de bruker tiden sin på. Det ble diskutert noen eksempler på at pasientorganisasjonene tidligere har fått stor innflytelse i prioriteringsdebatter, og at dette kan ha fått uheldige konsekvenser for andre grupper uten tilsvarende sterke interesseorganisasjoner. En lege mente at barn med leppe-kjeve-ganespalte har blitt

nedprioritert hos plastikkirurger i spesialisthelsetjenesten til fordel for pasienter med brystkreft, hvor sistnevnte tradisjonelt har en sterk brukerorganisasjon.

4.3 Teamarbeid

Undertegnede har tidligere i oppgaven skrevet om teamarbeid. Det er gjort mye forskning på dette emnet, men det er lite kunnskap om norske pasientsentrerte team. Langt de fleste av legene i denne studien hadde mye erfaring med teamarbeid allerede, og mitt inntrykk er at alle hadde vært en del av et pasientsentret team på et eller annet tidspunkt som lege.

4.3.1 Forutsetninger for effektivitet i team

Under intervjuene brukte legene en god del tid på å diskutere hvilke faktorer som fremmer effektivitet ved teamarbeid. De var spesielt opptatt av hvordan legens travle arbeidshverdag kan bli påvirket av deltakelse i primærhelseteam. Det var flere som mente at fastleger har for mye å gjøre, og at arbeidsbelastningen må reduseres hvis man skal være en del av et nytt team. Det ble nevnt at man trenger flere fastleger og kortere pasientlister. I tillegg påpekte de fleste av legene at teamarbeid må kompenseres økonomisk, noe som diskuteres mer inngående senere i oppgaven. Legene hadde varierende erfaring med effektivitet i andre tilsvarende pasientsentrerte team. Noen fortalte om lange og uproduktive samlinger. Flere hevdet at møtene må ha klar struktur og god ledelse for å være effektive. De mente videre at det må være tydelige retningslinjer for samarbeid og kommunikasjon mellom teammedlemmene. Legene fryktet spesielt at de kan bli belastet med et stort antall bagatellmessige henvendelser fra andre yrkesgrupper.

”Mangel på retningslinjer da er det fritt frem å plage legen, altså tenker jeg da. Det blir litt sånn legeplaging for enkelte sykepleiere ute i periferien som lurere på hver minste lille ting med medisinalisten eller hver minste lille ting; altså pasienten har veldig vondt i halsen, synes du at pasienten må ha time i dag?” (FG1:D5)

Legene trakk også frem at gode IKT-løsninger er avgjørende. Det store flertallet ønsket en elektronisk og sømløs kommunikasjonsform. En deltaker påpekte at det ikke bør opprettes et nytt, eget journalsystem med enda ett passord som må læres. Journalføring og elektronisk dialog omtales også mer inngående senere.

Det var mange av legene som løftet frem økonomiske incentiver som et virkemiddel for effektivitet i team. En deltaker understreket at nåværende takstsystem er beregnet for konsultasjon mellom lege og enkelt-pasienter, og at det er lite tilrettelagt for å bruke andre yrkesgrupper i praksis.

4.3.2 Tverrfaglighet i team

Legene hadde flere forslag til hvilke yrkesgrupper som kan delta i et primærhelseteam. Det var størst enighet om at lege og sykepleier bør inngå i gruppen. Ingen av deltakerne fremmet en annen mening. Det var også stor tilslutning til at fastlegene må være i teamet, og flere var skeptisk til at andre typer leger involveres i pasientbehandlingen. De var spesielt redd for at fastlegen skal miste oversikt over pasientens behandlingsopplegg, og tilsvarende at dedikerte teamleger (som ikke er fastlege) ikke har nok kunnskap om pasienten til å ta forsvarlige medisinske avgjørelser. Flere av legene mente at det bør være minst to leger i teamet, og det var ingen som argumenterte mot dette. Av andre yrkesgrupper ble det nevnt fysioterapeut, psykolog, ergoterapeut og helsesekretær. Mitt inntrykk er at engasjementet var størst rundt å ha helsesekretær og psykolog med i teamet utover sykepleier. En deltaker nevnte at representant fra NAV kan være nyttig, og grunngir dette med at fastlegene bruker mye tid på sykefraværsoppfølging og at man ser lite til saksbehandlerne på NAV.

Som tidligere omtalt hadde flere av legene allerede positive erfaringer fra arbeid i tverrfaglige grupper. En lege fortalte om et velfungerende pasientsentrert team i egen kommune. Medlemmene ble beskrevet som forberedte og engasjerte, og at de opplevde det som nyttig å løse konkrete problemer sammen i en gruppe. Teamet diskuterte gjerne fem til ti pasientkasus på et vanlig møte.

4.3.3 Ledelse

Det var uenighet i gruppene om hvorvidt fastlegen bør være leder av primærhelseteamet. Det var imidlertid stor tilslutning om at god ledelse er avgjørende for effektivitet. Som eksempel på dette ble det nevnt at ledelse gir bedre prioritering mellom pasientgrupper og større beslutningsdyktighet i teamet. I tillegg mente flere av deltakerne at det er viktig med definerte målsetninger for teamet, slik at medlemmene blir målt mot noe konkret. Flere trakk frem at ledelse er et eget fag. En deltaker sa gjentatte ganger at en god leder må kunne skjære

igjennom med en avgjørelse når saker er godt nok drøftet i teamet. Det ble også sagt at en dyktig leder får andre til å forplikte seg til arbeidsoppgavene slik at ting faktisk blir gjort.

Som argument for at fastlege bør være leder av primærhelseteamet ble det hevdet at legen har den nødvendige medisinskfaglige kompetansen, kombinert med best oversikt over pasientens totale helsetilstand. Noen av deltakerne som argumenterte for at fastlege bør være leder for teamet, la samtidig som premiss at andre faggrupper må gjøre de merkantile oppgavene, inkludert møteinnkallelse.

Som en motpol til meningene over mente noen av legene at en god leder ikke trenger å være lege. Personlige egenskaper og ledelseskompetanse ble trukket frem som viktigere enn medisinsk kunnskap. Flere av legene var også skeptiske til å bli pålagt mer personalansvar, og noen følte at de allerede hadde mer enn nok arbeid knyttet til dette. Enkelte hevdet at teamet i noen tilfeller vil diskutere saker som er mer omsorgsrettet, og at sykepleier da kan ha bedre kompetanse enn lege til å være leder for gruppen.

”Men jeg er ikke imot. Jeg tenker at den som er en god leder det kan like godt være en sykepleier som en lege. Eller en annen type leder som er mye bedre leder enn det som jeg er. Den kan godt lede, det må jo være med. Det handler litt om å erkjenne ledelse som et eget fag da.” (FG2:D12)

4.3.4 utfordringer med teamarbeid

Noen av legene fortalte om tidligere negative erfaringer med arbeid i team. Det ble da beskrevet at møtene tok svært lang tid. Flere påpekte at slike lange diskusjoner sjeldent er effektive, og at dette kan forverre seg hvis mange personer deltar på møtet. Det ble også beskrevet konflikter mellom ulike teammedlemmer og mellom de forskjellige profesjonene. En lege var også bekymret for å bli plassert i team med en person man ikke kommer overens med. Noen av deltakerne fortalte om dårlige erfaringer fra tverrfaglig team i spesialisthelsetjenesten. Som et eksempel ble det nevnt et konkret team med leger, sykepleiere og sosionomer i tverrfaglig rusbehandling (TSB), hvor møter som var planlagt å vare i en time kunne dra ut i tre timer. En annen illustrerte poenget med følgende utsagn:

”[.....] så blir det forskjellige meninger, forskjellige personligheter. Og så plutselig du står som en lege men du gjør ikke medisinske avgjørelser. For du sitter der og krangler med en jordmor eller sykepleier som mener at det er bedre fordi hun har 30 års erfaring og jeg har 10 års erfaring – som skjer alltid på sykehuset og. Så jeg synes at dette er bare tullete faktisk.” (FG2:D6)

Noen deltakere hevdet at fast lønn er et incentiv til lange og uproduktive møter, hvor mye tid kan gå med til sosialt utenomsnakk. Flere problematiserte at ulik avlønning mellom grupper av helsepersonell kan gi gnisninger, hvor de som jobber på aktivitetsbasert lønn typisk er mer utålmodig enn andre.

4.4 Oppgaveglidning

I begge fokusgruppene var deltakerne opptatt av hvordan fastlegens rolle vil kunne endre seg hvis annet helsepersonell overtar deler av pasientoppfølgingen. Et typisk eksempel vil være at sykepleier får begrenset forskrivningsrett for enkelte medikamenter.

Undertegnede har tidligere omtalt at flere av deltakerne mente at fastlegene allerede er svært presset på tid og kanskje overarbeidet. Flere hevdet at oppgaveoverføring til annet helsepersonell vil være en etterlengtet og nødvendig avlastning for fastlegen i en travel arbeidshverdag. De var spesielt opptatt av at sykepleiere kunne overta mer rutinemessig oppfølging av kronisk syke pasienter. Personer med diabetes og KOLS ble nevnt som eksempler på sistnevnte. Flere av legene fortalte også at de var fornøyd med den jobben sykepleiere allerede gjør ”for legene” i primærhelsetjenesten, som at helsesøstre kan skrive ut p-piller til yngre kvinner. Dessuten mente legene at andre yrkesgrupper gjerne har bedre tid enn legene, og at dette kan gi tettere oppfølging av pasientene. En av deltakerne hadde gjennomført praksisbesøk i engelsk og skotsk allmennpraksis, og han ble der kjent med at sykepleiere med videreutdanning allerede utfører oppgaver som norske fastleger gjør i dag:

”Jeg har vært på praksisbesøk både England og Skottland og vært med disse ’practice nurses’. Og de tok veldig mye av, av kontroller, oppfølging av kronisk sykdommer som det var. [...] La oss si diabetes, KOLS og dette med svangerskapskontroller, prevensjonsveiledning og sånn var de gode på; blodtrykksoppfølging.” (FG1:D2)

Noen av deltakerne fryktet en utvanning av fastlegens arbeidsoppgaver hvis annet helsepersonell skal overta mye av pasientoppfølgingen. En hevdet sågar at legene til slutt kan bli sittende igjen med ”resten”, det vil si diffuse problemstillinger hos pasienter som vanligvis ikke feiler noe alvorlig. I tillegg fryktet noen at fastlegen vil miste den nødvendige oversikten over behandlingen, og det ble sagt at flere kokker gir mer søl. Mange av deltakerne hevdet også at sykepleiere ikke har den nødvendige kompetansen til å ta avgjørelser i medisinske spørsmål, spesielt knyttet til legemiddelbehandling. De var også redde for at annet helsepersonell ikke har en god nok oversikt over pasientens tilstander til å ta avgjørelser om behandlingen. Flere mente at disse faktorene kan utgjøre en fare for pasientsikkerheten. Noen av legene kom også med utsagn for å forsvare eget profesjonsrevir. Da undertegnede spurte informantene om hva de mener om at sykepleiere overtar noen tradisjonelle legeoppgaver, inkludert foreskrivning av enkelte medikamenter, svarte en av deltakerne spontant: *”Det tråkket jo litt i mitt bed kjente jeg.” (FG1:D7)*

4.5 Taushetsplikt

Det var uenighet i fokusgruppene om hvordan journalføring av arbeidet til primærhelseteamet bør foregå. Det var flere som argumenterte for at fastlegen bør holdes orientert om hva de andre teammedlemmene foretar seg i form av referater. Samtidig nevnte noen at de ikke ønsker å vite om absolutt alt om hva de andre foretar seg, det kan fort bli informasjonsoverbelastning for legen. Mange understreket at elektroniske dialogmeldinger er å foretrekke. En av deltakerne hadde allerede god erfaring med at sykepleier journalfører egne pasientsamtaler i legejournalen. En fordel med dette er at fastlegen i etterkant av sykepleierens konsultasjon kan lese gjennom innholdet og godkjenne det. Legen vil slik kunne kvalitetssikre de medisinske vurderingene, spesielt knyttet til legemiddelbehandling.

Mange av deltakerne hevdet at primærhelseteam kan utvanne taushetsplikten. Flere uttrykte at de andre teammedlemmene ikke burde ha tilgang til innholdet i legejournalen. I tillegg fremhevet enkelte at det kan være vanskelig for legen å vite hvorvidt pasienten selv ønsker at man diskuterer saker med andre i primærhelseteamet. En deltaker understreket at legen har et spesielt ansvar for å verne pasienter fra å utlevere for mye sensitiv informasjon om seg selv til et primærhelseteam.

”For det at pasienten deler jo veldig intime ting med deg som lege, som ikke nødvendigvis skal inn i et sånt tverrfaglig ansvarsgruppemøte.” (FG2:D12)

En av deltakerne problematiserte at pasienten selv ikke er deltaker i teamet, og at vedkommende i en pasientrolle ikke ønsket å bli omtalt i en slik «lukket» forsamling. Andre argumenterte i mot tilstedeværelse av pasienter på møter, og nevnte previsitt på sykehus som et eksempel på hvordan man tar det for gitt at pasienter samtykker til å bli diskutert i plenum.

4.6 Administrative vurderinger

Fokusgruppene var opptatt av hvilket finansieringssystem som bør velges for primærhelseteam. Det ble diskutert fordeler og ulemper knyttet til aktivitetsbasert avlønning vurdert opp mot fastlønn. En deltaker påpekte at det enkleste organisatorisk hadde vært å gi alle teammedlemmene fastlønn, og at dette kanskje fører til at man jobber mer ”sammen”. En annen mente at legen kan ansettes i en 20 % kommunal stilling med fastlønn i teamet, ganske likt dagens ordning med plikt om kommunal tjeneste i en begrenset stillingsandel.

Flertallet av deltakerne argumenterte for en (delvis) aktivitetsbasert finansiering av primærhelseteamet. Noen mente at dagens modell i allmennpraksis er et godt kompromiss mellom rammefinansiering og incentivbasert lønn, og at denne kan fungere hensiktsmessig for primærhelseteam. Enkelte påpekte at aktivitetsbasert lønn gir høyere effektivitet hos arbeidstakerne, og for å illustrere dette fortalte en av legene at han jobber raskere på legevakten når lønnen er takstbasert sammenlignet med ordinær timelønn. En annen ville fortsette som næringsdrivende fremfor å bli ansatt på fastlønn:

”Jeg tror jeg ville drevet butikk altså. Jeg har jo en halv kommunal stilling nå og en halv fastlegestilling. [...] Du får mer penger... du får mer helse for kronene i fastlegeordningen. Du gjør det altså.” (FG1:D5)

Noen av legene var skeptiske til å gi kommunene ansvaret for en rammebasert ordning, fordi pengene fra staten kanskje kan bli prioritert til helt andre oppgaver. Flere mente at det kan være en fordel at alle medlemmene i primærhelseteamet jobber selvstendig og takstbasert, med egne refusjoner i normaltariffen (106). En av legene hevdet også at dette kan gi lavere sykefravær hos hjelpepersonellet, og antydte at fastleger nesten aldri er borte fra arbeidet på grunn av sykdom. Sist var det også flere deltakere som trakk frem sykepleiernes relativt høye

lønn (sammenlignet med helsesekretærer) og kostbare pensjonsordninger som et problem, og det ble understreket at finansieringsordningene uansett må ta høyde for slike kostnader.

Det ble også diskutert hvor teammedlemmer bør ansettes. Ingen av legene ytret et ønske om å tilsette teammedlemmene i egen praksis, uavhengig av finansieringen. De mente videre at kommunen burde ansette de ekstra personene som er nødvendig. Noen understreket spesielt at de ikke ønsker mer arbeidsgiveransvar enn de allerede har i dag, og flere uttalte at de ikke vil ha mer administrativt arbeid.

Noen deltakere påpekte at kommunen selv må kunne bestemme hvilke typer helsepersonell som skal ansettes i teamene ut fra det lokale behovet. Det ble problematisert at enkelte kommuner kan få rekrutteringsvansker, og psykologer ble nevnt som spesielt lite tilgjengelig. En deltaker understreket at det bør være en viss grad av statlig styring av ordningen, og uttrykte videre å ha «mistet troen på det kommunale».

Når det gjelder fysisk plassering av gruppen mente alle deltakere som ytret seg at teamet bør plasseres i samme bygg som fastlegene. Det ble argumentert for at det gjør det lettere å rekke frem til de pasientene som har størst behov for tjenester. Samtidig ble det trukket frem at dette krever større lokaler for mange legepraksiser.

5 Drøfting

5.1 Innledning

Flere av deltakerne i denne studien skjønnte ikke hvilken rolle primærhelseteam egentlig skal fylle i helsetjenesten. De mente at det allerede eksisterer en rekke skreddersydde pasientsentrerte team, og nevnte ansvarsgrupper som et godt eksempel. Hvilke personer og profesjoner som er representert i slike grupper kan baseres på pasientenes individuelle behov. Noen av legene hevdet at man bør forbedre de teamene som allerede eksisterer fremfor å opprette nye. Andre trakk frem at det er nyttig med tverrfaglig samarbeid, og at det kan være gunstig å ha yrkesgrupper som sykepleier, psykolog og fysioterapeut mer tilgjengelige i fastlegepraksisene. Legene var delte i spørsmålet om hvorvidt man ønsker at sykepleier skal overta enkelte legeoppgaver. Det var stor skepsis til at andre yrkesgrupper skal foreskrive medikamenter. Det var imidlertid velkomment med avlastning i en travel arbeidshverdag. Legene mente videre at enkelte pasientgrupper kan ha spesielt stor nytte av bedre oppfølging, og nevnte blant annet kronisk syke, eldre og rusmisbrukere. Flere av de deltakerne ønsket å jobbe tettere sammen med andre leger, og mange fremhevet at det bør være minst to leger i et primærhelseteam. Mer uerfarne leger poengterte behovet for tettere faglig veiledning av spesialist, mens eldre leger trakk frem nyttheten av en sparringspartner i vanskelige medisinske spørsmål, uavhengig av fartstid. Deltakerne var delte i spørsmål om organisering, hvor noen foretrakk fast lønn og andre ønsket næringsdrift. Delvis aktivitetsbasert finansiering ble foreslått for å øke effektiviteten generelt. Sist var legene opptatt av de ikke kan pålegges ytterligere oppgaver uten en reduksjon av pasientlistene, og det var stor enighet om at fastlegene allerede har svært mye å gjøre.

5.2 Tverrfaglig harmoni i team – en utopi?

Det er gjort mye forskning på tverrfaglig teamarbeid i helsetjenesten, og noe av dette er presentert tidligere under overskriften kunnskapsstatus. Det er etterhvert bredt anerkjent at økende kompleksitet i helsetjenesten, kombinert med høye forventning om kvalitet og tilgjengelighet fra befolkningen, tvinger frem behovet for mer tverrfaglighet i førstelinjen (107). Samtidig byr dette på nye utfordringer, som profesjonsstrid, tidkrevende intern koordinering, utilstrekkelige IKT-løsninger og personlige konflikter mellom teammedlemmer. Det skjerper også kravet til god ledelse. Agenda Kaupang sin rapport fra

2016 har allerede vist at kommunene opplever utfordringer i ledelse av legetjenesten (12). Samtidig løfter både regjeringen og Legeforeningen frem et stort behov for kompetent medisinskfaglig ledelse, både på overordnet kommunalt nivå og videre av det enkelte primærhelseteam (4, 108).

5.2.1 Er sykepleiere løsningen på kapasitetsproblemer i fastlegeordningen?

I Primærhelsemeldingen legges det opp til at sykepleier skal få en mer sentral rolle i fremtidens førstelinjetjeneste, og i pilotprosjektet med primærhelseteam fra 2018 vil sykepleier være obligatorisk medlem av gruppen (4, 14). Det antydes også at sykepleier kan overta flere av oppgavene som i dag normalt utføres av lege, og det hevdes at dette kan avlaste fastlegens arbeidsmengde. Det legges videre opp til å utrede en ny funksjon tilsvarende amerikanske ”nurse practitioner”, og at det bør kreves videreutdanning på mastergradsnivå med minimum 120 studiepoeng. Det er ikke sagt noe endelig om hva dette skal innebære. Det er imidlertid beskrevet at aktuelle arbeidsoppgaver kan være forebyggende konsultasjoner, opplæring av pasienter med nyoppstått sykdom, gruppebehandling, oppfølging av kronisk syke pasienter i tråd med faglige retningslinjer og dialog med resten av tjenestene for å bedre koordinasjonen. Det er videre foreslått at annet personell enn lege kan ha ansvar for å ha oversikt over listepopulasjonens behov, følge opp pasienter som utskrives fra sykehus og tilby konsultasjoner til pasienter i gruppen ”dårlige etterspørrere av tjenester”. I følge en rapport fra Europakommisjonen om effektiv investering i helse, er primærhelsepraksiser med både lege og sykepleier den optimale måten å organisere tjenesten på (107). Dette skal gjøre at et stort spekter av kliniske oppgaver kan utføres i førstelinjen, samt øke kvaliteten, pasientsikkerheten og kostnadseffektiviteten i tjenesten.

Under fokusgruppeintervjuene var legene opptatt av oppgavefordeling mellom lege og sykepleier. Flere tok til orde for at sykepleier hadde vært et spesielt nyttig tilskudd til fastlegepraksisene. Det er ikke selvsagt at denne yrkesgruppen finnes på et alminnelig legekontor i dag, og legene hevdet at hovedårsakene til dette er sykepleieres høye lønn og dyre pensjonsordning sammenlignet med helsesekretærer. Argumenter for å ha sykepleier i selvstendig praksis på legekontoret inkluderte et ønske om avlastning, spesielt i forhold til rutinekontroller av kronisk syke pasienter. Videre ble det fremhevet at sykepleier er godt egnet til opplæring av samme gruppe, for eksempel blodsuktermåling til pasienter med

nyoppdaget diabetes type 2. Samtidig var flere av legene skeptiske til at sykepleiere skal få begrenset forskrivningsrett av medikamenter. Legene var redde for å miste oversikt over egne pasienter hvis flere helsepersonell involveres i legemiddelbehandlingen. Flere mente også at sykepleiere ofte ikke har kontroll over alle tilstandene som feiler pasienten, og at dette kan øke risiko for feilmedisinering. Sist hevdet noen at sykepleiere ikke har den nødvendige medisinskfaglige kompetansen til å vurdere pasienter helhetlig.

Oppgaveoverføring fra lege til sykepleier kan sies å være en vertikal substitusjon av arbeidsoppgaver, i all den tid den foregår mellom profesjoner med ulik faglig kompetanse. Dette vil også kunne gi sykepleieren økt status og høyere lønn. Det er grunn til å tro at sykepleieprofesjonen selv ønsker å overta arbeidsoppgaver som tradisjonelt utføres av leger (109, 110). Oppgaveglidningen kan imidlertid føre til profesjonsstrid hvis fastlegene ikke ønsker endringen velkommen. Forskningen som foreligger på oppgaveoverføring mellom lege og sykepleier har svak dokumentasjonsverdi (108). Studiene kjennetegnes ved at de er små, følger pasienter over kort tid og at funnene har lav statistisk styrke (111). Samtidig viser flere studier at sykepleiere kan gi like god oppfølging som legene, og ofte med mer fornøyde pasienter (66). Det er imidlertid ikke entydig at legene får arbeidsbyrden redusert ved at sykepleiere overtar pasientoppfølging i fastlegepraksiser, slik som regjeringen antyder i primærhelsetjenestemeldingen (66). Bildet utfordres ytterligere ved at det allerede på nåværende tidspunkt er en dokumentert mangel på sykepleiere. I en kartlegging av NOVA på oppdrag fra NSF var det i 2015 stillinger tilsvarende 2350 sykepleiere og 200 spesialsykepleiere hvor man ikke fikk kvalifiserte søkere (112). I følge samme rapport vil det bli en kraftig økt etterspørsel etter sykepleiere når eldreboen inntreffer. Framskrivninger gjort av SSB viser at arbeidskraftsbehovet i 2025 vil øke med 70 og 200 prosent i henholdsvis hjemmetjenesten og institusjonstjenesten hvis brukerandeler holder seg konstant på 2010 nivå (113). Det er estimert et mulig underskudd på 28 000 sykepleiere i 2035. I rapporten blir det også presentert ulike beregninger for legebehovet. I scenariet ”referansealternativet” legger man til grunn en økning i helsetjenestebehovet basert på demografiske endringer samt 0,4 % årlig etterspørselsvekst per bruker. Dette vil gi et lett overskudd av leger frem mot 2026-28, hvor markedet igjen er mer i balanse. I en annen beregning kalt ”høyalternativet” legger man til grunn en etterspørselsvekst per bruker på 0,49 %. Dette gir en mangel på ca. 6000 leger i 2035. SSB gjennomførte også to andre beregninger kalt ”demografialternativet” og ”samhandlingsalternativet”, som i mindre grad legger til grunn økonomisk vekst og økt etterspørsel. I følge en rapport utarbeidet av Norsk

medisinstudentforening i 2015 ligger den faktiske utviklingen mellom 2012 og 2015 nærmest SSB sitt høyalternativ (114). I følge de årlige nøkkeltallene fra Helsedirektoratet var det i perioden 2011 til 2015 en befolkningsvekst på 4,6 % (15). På samme tidspunkt har det vært en økning i antall pasienter i somatisk spesialisthelsetjeneste på 7,2 %. I helse- og omsorgssektoren har aktivitetsveksten vært noe lavere enn befolkningsveksten. Tallene kan uansett tyde på at man i fremtiden vil ha både lege- og sykepleiemangel, men at sistnevnte yrkesgruppe vil være betydelig mer etterspurt enn leger. Dette vil kunne vanskeliggjøre rekrutteringen av sykepleiere til primærhelseteam. I tillegg vil den nye ordningen kunne forsterke sykepleiemangelen i deler av helsetjenesten, hvor særlig den sårbare kommunale pleie- og omsorgssektoren er utsatt. Disse funnene tyder på at myndighetene bør gjennomføre tiltak for å øke antall sykepleiere betydelig, og at en innføring av primærhelseteam kan svekke fagdekningen i andre deler av sektoren hvis ikke dette imøtegås.

5.2.2 Tverrfaglige gnisningspunkt

I følge en tidligere nevnt studie fra Canada er konflikter uunngåelig i primærhelseteam (22). Kilder til uenighet inkluderte uklar rollefordeling og revirtenkning. I tillegg vil transaksjonskostnadene knyttet til intern koordinering og kommunikasjon øke eksponentielt med antall teammedlemmer (39). Det er også påvist at leger kan oppleve lavere jobbtilfredshet hvis man må delegerer bort mye av arbeidet som tradisjonelt gjøres av allmennlege (22). Flere av deltakerne i denne studien mente at fastlegenes arbeidsoppgaver utvannes hvis annet helsepersonell overtar flere pasientgrupper. Det ble sagt at allmennlegen da sitter igjen med ”resten”, altså de litt mer uklare tilstandene. Dette kan inkludere potensielt sjeldne og mer alvorlige sykdommer, som legen er best kvalifisert til å diagnostisere. Mye vanligere er det som faller inn under begrepet *MUPS*, og forkortelsen står for medisinsk uforklarlige plager og symptomer. Tilstanden kjennetegnes av et komplekst symptom-bilde uten funn på diagnostiske tester. Funksjonssvikten hos pasientene kan være betydelig. Gruppen står for en stor andel av konsultasjonene i allmennpraksis og forskning viser at fastleger ofte opplever det som krevende å følge disse pasientene (115).

Hvis fastlegene føler seg truet av sykepleieren som selvstendig praktiker på allmennlegekontoret, kan dette føre til revirtekning og profesjonskonflikt. Dette kan oppstå hvis en faggruppe ønsker enerett til å utføre en bestemt oppgave. Det støttes også av uttalelser i fokusgruppeintervjuene, hvor en deltaker spontant utbrøt ”det tråkket jo litt i mitt

bed kjente jeg” da moderator spurte om sykepleiere bør få begrenset forskrivningsrett av medikamenter. Flere av deltakerne fortalte også om et høyt tidspress og stor arbeidsmengde i allmennpraksis. Forskning har vist at tidsmangel og overarbeid er barrierer for godt samarbeid i primærhelseteam (40). Organisatoriske grep for å avlaste fastlegene vil derfor være viktige for å unngå konflikter. Noen av legene fortalte om egenopplevde teammøter med tverrfaglige konflikter. Leger, sykepleiere og sosionomer hadde gjerne forskjellig opplevelse av hva som var best for pasienten, og dette medførte lange diskusjoner og ineffektivitet. Dette kan skyldes at profesjonene tradisjonelt har en noe ulik måte å tilnærme seg samme problem på. En vanlig kilde til konflikt er nettopp manglende felles forståelse for hva som er pasientens beste, altså det som Weller et al kaller ”shared mental models” (36). Klikkdannelse innad i profesjonene og manglende felles sjargong hemmer samarbeid. Internasjonale studier viser at mangel på tverrfaglighet under utdannelsene øker risiko for problemer (36). Dette er trolig overførbart til det norske systemet, hvor utdanningsløpene mellom de ulike helseprofesjonene tradisjonelt er adskilte. Økt krav til tverrfaglig samarbeid i fremtidens helsetjeneste vil kanskje tvinge frem en endring av dette. Det kan også være behov for å sette av tid og ressurser til felles kurs, kasustrening eller lignende for primærhelseteamet. Dette vil forhåpentligvis katalysere en mer enhetlig tenkemåte på tvers av profesjonene i gruppen.

5.3 Nøkkelen til suksess – effektivitet i tverrfaglige team

Bruk av team øker generelt i arbeidslivet, og hovedårsaken til dette antas å være at arbeidsoppgavene er blitt så komplekse at enkeltpersoner ikke kan løse dem alene (68). Dette samsvarer også med den internasjonale trenden i helsevesenet, hvor tverrfaglig samarbeid stadig oftere trekkes frem som en nødvendighet (23, 26). Flere av deltakerne i denne studien fortalte om svært positive opplevelser i eksisterende team. Som eksempler ble det nevnt samarbeidsmøter med hjemmesykepleien. Det ble beskrevet gode møter hvor alle er motiverte og velforbereede, og at tidsbruken oppleves som effektiv. Flere poengterte nytten av å jobbe tverrfaglig, og som eksempel ble det nevnt at sykepleiere kan ha bedre kompetanse enn legen på spørsmål som omhandler pleie- og omsorg. I tillegg til sykepleier og helsesekretær (administrativt personell) var det stor enighet om at psykolog hadde vært et kjærkommet medlem i fremtidens primærhelseteam. Det ble også nevnt flere andre yrkesgrupper som kan være aktuelle. I en studie gjennomført av SSB i 2007 analyserte man hvilke kontaktårsaker som er hyppigst i vanlig fastlegepraksis dvs. utenom legevakt (116).

Man fant her at psykiske plager er den nest hyppigste kontaktårsaken, kun overgått av luftveisinfeksjoner. Forfatteren understrekte da at dataene ble samlet inn om vinteren under influensasesongen.

5.3.1 Er team mer effektivt enn enkeltindivider?

Noen av deltakerne fortalte om tverrfaglige grupper preget av profesjonskonflikt og ineffektivitet. Møter som etter planen skulle vare under 60 minutter, kunne trekke ut til tre timer. En av legene var bekymret for å bli plassert i gruppe sammen med en kollega man absolutt ikke kommer overens med. I følge noen av studiene på team i arbeidslivet generelt, er det ikke gitt at organisering i team er effektivt (64, 70). De samme forfatterne hevder også at alle team opplever et prosessstap som følge av dysfunksjonelle gruppeinteraksjoner mellom medlemmene, og at synergieffekt dermed vil være fraværende. I studier gjort på team i helsevesenet blir det også trukket frem at konflikter lett oppstår, og noen hevder sågar at de er uunngåelige (40). Samtidig er det også litteratur som støtter at velfungerende team er godt egnet til å følge opp utvalgte pasientgrupper (28, 32). Det er videre erfaringer som viser at teamets evne til å levere gode tjenester er avhengig av at flere forutsetninger er oppfylte (33, 35, 36). Teamets inputfaktorer består av interne og eksterne rammebetingelser som påvirker effektiviteten i en tverrfaglig gruppe (69). Eksempler på førstnevnte er at utfordringene som skal løses er reelle teamoppgaver, og at arbeidet oppleves som meningsfylt av medlemmene. Dette er i tråd med funnene i denne studien, hvor leger som hadde positive opplevelser med eksisterende tverrfaglige team fortalte om møter hvor alle hadde som mål å løse noe *sammen*. Legene vurderte slikt teamarbeid som nåde nyttig og motiverende.

Eksterne rammebetingelser virker også inn på teamets effektivitet, og det er avgjørende at gruppen befinner seg en organisasjon som støtter oppunder arbeidet (72). I dette tilfelle vil det kunne inkludere det lokale legekantoret, kommunen og staten. Teamstøttende faktorer vil være belønning, hensiktsmessige informasjonsutvekslingssystemer og felles opplæring. I begge fokusgruppene ble økonomiske incentiver løftet frem som et mulig virkemiddel for effektivitet. For at dette skal stimulere til mer teamarbeid må *gruppens* prestasjoner belønnes. Disse funnene stiller flere krav til myndighetene ved opprettelse av primærhelseteam. Det er nødvendig å sette av tid og penger til felles opplæring, og til videre samhandling i gruppen. Det er indikasjoner på at kombinasjonen av fastlønn og aktivitetsbasert finansiering vil kunne være gunstig. Dette vil ivareta de ansatte som har behov for økonomisk sikkerhet, samtidig

som det vil kunne stimulere til mer effektivitet. Det vil også kunne være aktuelt å supplere dette med kvalitetsbasert finansering, slik at teamet som enhet belønnes hvis tjenestene vurderes som gode. Hvordan sistnevnte eventuelt bør måles er imidlertid uklart.

Deltakerne i denne studien mente at teamet bør plasseres i samme lokale som fastlegen, blant annet for å sikre godt samarbeid samt tilgjengelighet for pasientene. Dette er også i tråd med Legeforeningens vurdering, som sier at fastlegeordningen er et godt utgangspunkt for å bygge tverrfaglige, teambaserte praksiser (117). Fagforeningen mener videre at dette kan gi bedre tilgjengelighet, økt tjenestebredde ved legekantorene og høyere kvalitet på tjenesteleveransen. Dette støttes videre av studier gjort på team i helsevesenet, hvor fysisk samlokalisering trekkes frem som en forutsetning for effektivitet (26). Ingen deltakere ytret noen motforestillinger mot dette, utover praktiske problemer med plassmangel. Små lokaler vil skape utfordringer ved etablering av primærhelseteam, da flere av dagens legekantor vil være uegnet og dermed kan bli ekskluderte. Det er også usikkert om privatpraktiserende fastleger vil påta seg en økonomisk risiko ved å etablere seg i nye og større lokaler. Dette er argumenter for at kommunene og/eller staten bør tilrettelegge for opprettelse av større helsesentre, spesielt i storbyene hvor flertallet av fastlegepraksiser drives privat (118).

Flere av legene bekymret seg for kommunikasjonen innad i teamene. Mange fryktet en informasjonsoverbelastning for legen hvis man orienteres om alt hva de andre teammedlemmene foretar seg. Mulighet for elektronisk dialog ble løftet frem som spesielt viktig. Dette er også i tråd med studier av team i helsevesenet. Weller *et al* fastslår at informasjonsoverføring mellom medlemmene er en hindring for effektivitet, og at en vanlig årsak til dette at ulike faggrupper benytter forskjellige journalsystem (36). Noen av deltakerne i denne studien fryktet en utvanning av taushetsplikten hvis andre faggrupper skal ha tilgang til legens journalsystem. Av samme årsak var også noen motstander av at annet helsepersonell skal bruke samme system som fastlegen til egen journalføring. En av legene mente at pasienter forteller sine mest intime hemmeligheter til legen, og at man derfor har et spesielt ansvar for å verne denne informasjonen fra resten av primærhelseteamet. Disse funnene støtter at relevant pasientinformasjon bør være lett tilgjengelig for alle teamets medlemmer. Samtidig kan det være grunn til å vurdere om enkelte deler av pasientjournalen skal skjermes fra innsyn for annet helsepersonell enn legen. Hvordan dette bør gjøres i praksis er ikke klart. Det er videre grunn til å etablere tydelige retningslinjer for informasjonsutveksling innad i teamet. Dette vil kunne hindre at legene overbelastes med

unødvendig orientering om hva alle andre i teamet foretar seg. Dette kompliseres av at legene skal ha det overordnede medisinske ansvaret for gruppen (108). Det kan bli utfordrende for andre teammedlemmer å vite nøyaktig hvilke opplysninger legene trenger for å ivareta sitt faglige ansvar.

5.3.2 Ledelse

Flere av deltakerne i denne studien hevdet at god ledelse er vesentlig for å sikre effektivitet i teammøter. En lege trakk frem at personlige evner er avgjørende for ledere. Man må kunne sørge for at alle teammedlemmene får komme til orde, samtidig som leder må forsøke å skape konsensus i gruppen. Videre må lederen kunne ta avgjørelser i uklare saker, og samle gruppen om dette i etterkant. Det ble også sagt at klar målsetning er viktig, og at teammedlemmene bør få konkrete oppgaver mellom møtene. Noen av deltakerne mente at legen er den med best faglig kompetanse, og dermed naturlig leder av et primærhelseteam. Dette er også i tråd med Helsedirektoratets skisse til pilotprosjekt, hvor lege blir definert som teamleder (14). Det vil også være i tråd med lovverket, som sier at legen skal ta avgjørelser i medisinskfaglige spørsmål i samarbeid med annet helsepersonell (119). Andre mente at personlig egnethet og formell ledelseskompetanse er viktigere enn faglig bakgrunn, og at en leder som ikke er lege kan innhente medisinsk ekspertråd ved behov.

I følge Bang vil fem punkter påvirke arbeidsprosessene i et team (69). Dette inkluderer at medlemmene må ha en felles opplevelse av hva man ønsker å oppnå, at arbeidsinnsatsen fokuseres mot dette, og at medlemmene jobber i ”team-modus”. Sist fremhever forfatteren forskjellighetsutnyttelse og teamets evne til å korrigere egen handlingsmåte ved at man retter feil etterhvert som de oppdages. Mye tyder på at lederen i teamet vil være avgjørende i denne sammenheng. Dette støttes også av studier på team i primærhelsetjenesten, hvor dyktig teamleder, lite utskiftning av medarbeidere og høye stillingsprosjenter fremheves som utslagsgivende (26).

I Primærhelsetjenestemeldingen omtales spesielt behovet for bedre medisinskfaglig ledelse, og feltet er et satsningsområde for Den norske legeforening i perioden 2015-2017 (4). Norske kommuner opplever også utfordringer knyttet til ledelse av legetjenesten (12, 120). Noen av deltakerne i denne studien ytret en grad av mistillit til kommunenes evne til å lede. Andre fremhevet at kommunene selv må ha stor grad av autonomi når det gjelder

organisering og utformingen av primærhelseteam, og at de må tilpasses populasjonens behov. I utkast til rapport ”*Pasientens primærhelsetjeneste må ledes*” skriver Legeforeningen at kommunene må prioritere mer og bedre ledelse i møte med de økende kravene til primærhelsetjenesten (108). Den påpeker at mange kommuner ikke har god medisinskfaglig kompetanse i ledelsen, og den løfter frem allmennleger med formell utdanning i ledelse som spesielt viktig i fremtidens primærhelsetjeneste. Helsedirektoratet og KS har på sin side lansert en nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten i regi av BI, som finansieres av staten og som gir 30 studiepoeng på mastergradsnivå (121). Behovet for økende kompetanse på ledelse støttes også av funnene i denne studien, og flere deltakere poengterte at man må anerkjenne ledelse som et eget fag.

5.4 Trenger norske pasienter et nytt team?

I følge Primærhelsetjenestemeldingen opplever brukerne at fastlegeordningen ikke er godt nok integrert i resten av den kommunale helsetjenesten (4). I tillegg beskrives helsetjenestene som søyleorganisert, og myndighetene ønsker bedre koordinering på tvers av «siloeene» i norsk helsevesen. Sist ønskes høyere kvalitet på tjenestene spesielt til kronisk syke pasienter samt bedre tilgjengelighet. I stortingsmeldingen presenteres primærhelseteam som en mulig løsning på disse utfordringene. Dette samsvarer også med trenden i flere andre industrialiserte land, hvor man organiserer deler av primærhelsetjenesten i noe større organisasjoner eller partnerskap. Legeforeningen påpeker likevel at den norske fastlegeordningen er unik, og advarer mot ukritiske endringer basert på erfaringer fra andre land (117).

5.4.1 Hvordan vil fastlegeordningen påvirkes?

I begge fokusgruppeintervjuene var det enighet om at fastlegene allerede har svært mye å gjøre. Flere var også skeptisk til ytterligere administrativt arbeid og mer personalansvar. Det var stor tilslutning til at man ikke kan pålegge fastlegene flere arbeidsoppgaver knyttet til teamarbeid uten at man øker antall legehjemler og reduserer listestørrelsene. Noen hevdet at fastlegene stadig gis mer arbeid, og at man nå har nådd en tålegrensegrense for hva som er håndterbart. En av legene uttalte i den forbindelse at det ikke er mulig ”å skvise mer saft ut av den sitronen der”.

Fastlegeordningen ble innført i 2001 med mål om å gi innbyggerne i alle landets kommuner bedre tilgang til allmennlegetjenester (122). Før reformen opplevde man til dels store rekrutteringsproblemer av leger, spesielt i distriktene. I tillegg hadde kun 67 % av befolkningen en fast allmennlege. Ordningen ble evaluert av forskningsrådet i 2006, og i følge rapporten hadde andelen økt til 98,5 % per juni 2005 (122). Det ble også tilført 300 nye legehjemler ved reformens innførelse, og rekrutteringen bedret seg vesentlig sammenlignet med tidligere. Samtidig viste undersøkelsen at pasientgrupper med store og sammensatte behov fremdeles opplevde at både tilgjengeligheten og kvaliteten på tjenestene kunne vært bedre. Forskningsrådet hevdet også at kommunene burde ta mer ledelsesansvar. I følge tidligere undersøkelser av Norsk Kundebarometer var fastlegeordningen den best likte offentlige tjenesten fem år på rad (123). Direktoratet for forvaltning og IKT (Difi) gjennomfører også årlig brukerundersøkelser, og i 2017 ble fastlegeordningen rangert som nummer to etter folkebiblioteket (124). Totalt oppnådde den 86 av 100 mulige poeng. Lege Tom Willy Christiansen var prosjektleder for den gruppen i Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) som hadde ansvaret for å utforme og iverksette fastlegeordningen i 2001. I følge en uttalelse gjengitt i Dagens Medisin mener Christiansen at ordningen kan kollapse om fem år dersom man ikke tilfører den 600-800 flere fastleger (125). Han påpeker at det overføres flere oppgaver til fastlegen, blant annet fra spesialisthelsetjenesten. I tillegg viser han til at mer ansvar legges på fastlegen etter ny førerkortforskrift fra oktober 2016, samt en stigning i antall konsultasjoner for attesting av sykdom hos elever i den videregående skole. Sist beskrives et stadig økende behov for legens tilstedeværelse i ulike samarbeidsmøter.

I en tidligere nevnt Cochrane analyse fra 2004 undersøkte man hvilken effekt det har å erstatte leger med sykepleiere i allmennpraksis (66). Evalueringen antydte at legenes arbeidsbyrder ikke endret seg, og at årsaken til dette kan være at sykepleierne økte etterspørselen etter enkelte typer helsetjenester og/eller at sykepleierne fylte et tidligere udekket behov. Det er med andre ord usikkert hvordan organisering i primærhelseteam vil påvirke legenes arbeidsmengde. Denne studien bekrefter langt på vei at mange fastleger allerede har stor arbeidsbelastning, og at denne trolig har økt som en konsekvens av at legene er pålagt flere arbeidsoppgaver de siste årene. Funnene kan også indikere at det vil være vanskelig å innføre primærhelseteam uten at man samtidig øker antall fastleger og reduserer listestørrelsene.

5.4.2 Team for utvalgte pasientgrupper?

Det var stor enighet blant legene om at primærhelseteam bør forbeholdes utvalgte pasientgrupper. Det var ingen som argumenterte for det motsatte. De trakk blant annet frem kronisk syke, rusmisbrukere og eldre pasienter. Flere av deltakerne mente at primærhelseteam kan gi en tettere oppfølging av disse pasientene enn fastlegen alene, blant annet ved at sykepleiere har bedre tid til rutinekontroller. Det samsvarer også med funnene i studier nevnt tidligere, som viser at de samme pasientgruppene har nytte av tverrfaglige team (22, 28). Legene argumenterte videre for at teamene bør plasseres på fastlegekontorene, blant annet for å gi god tilgjengelighet til de mest syke og sårbare pasientene. Flere av deltakerne problematiserte imidlertid at økt tilgjengelighet vil kunne gi et større forbruk av helsetjenester, samtidig som helsegevinsten kan være fraværende. En svært erfaren allmennlege var spesielt opptatt av at teamene selv må kunne bestemme hvilke pasienter som bør prioriteres, blant annet for å unngå et overforbruk av helsetjenester til mindre syke. I en tidligere nevnt spansk studie som inkluderte 31 primærhelseteam, vurderte man ordningen opp mot administrasjonens forventninger om kostnadsbesparelse og bedre effektivitet ved etablering av team (31). Forfatterne viste at primærhelseteam ikke førte til lavere kostnader og bedre effektivitet i tjenestene. Samtidig kunne man heller ikke påvise det motsatte.

I Legeforeningens oppfølgingsrapport til primærhelsetjenestemeldingen støttes i stor grad regjeringens beskrivelse av utfordringene man står overfor i tiden fremover (117). Fagforeningen mener også at det er et potensiale i bedre tverrfaglig samarbeid i kommunehelsetjenesten. På lik linje med deltakerne i denne studien understreker foreningen at det ikke bør lages et team for *alle* innbyggere. Målet bør være et dynamisk tverrfaglig samarbeid basert på den individuelle pasientens behov. Legeforeningen advarer videre mot at svekket kontinuitet i lege- pasientforholdet kan være en kostnad ved innføring av primærhelseteam, og at modellen i seg selv kan føre til mer fragmentering av tjenesten. En mulig implikasjon av dette er at tverrfaglig oppfølging ikke bør innføres som en generell pasientrettighet, men et spesielt tilpasset tilbud til grupper med konkrete behov. Det vil videre være viktig at teammedlemmene har tilstrekkelig tid til samarbeid, for å unngå ytterligere fragmentering eller svekket kontinuitet i pasientoppfølgingen. Sist bør man ikke automatisk anta at primærhelseteam vil gi økonomisk besparelse. Funnene i denne studien gir ingen sikker støtte til en slik konklusjon. Likevel kan man oppnå en samfunnsøkonomisk gevinst,

ved at noen pasienter får dekket et behov for tettere eller bedre tverrfaglig oppfølging i førstelinjetjenesten.

5.4.3 Mange fastleger frykter mer personalansvar

Flere av deltakerne i denne studien nevnte spesielt at de ikke ønsker mer personalansvar, og de mente at ekstra personell må ansettes av kommunen. Noen av legene foreslo at alle i primærhelseteamet kan jobbe selvstendig for takster, på samme måte som privatpraktiserende fastleger i dag får refusjon fra HELFO. En deltaker hevdet at det kan gi lavere sykefravær hvis sykepleiere må være selvstendig næringsdrivende på lik linje med fastlegene. Det var stor enighet om at sykepleieres lønn og pensjon må dekkes i sin helhet av staten eller kommunen, slik at fastlegene ikke får økte utgifter knyttet til dette. Sykepleieres pensjonsavtale ble generelt omtalt som gullkantet, og dermed mye av grunnen til at fastleger under dagens ordning vegrer seg fra å ansette dem i private legepraksiser.

I Helsedirektoratets tildelingsbrev fra HOD for 2016 fikk man i oppdrag å utrede organisering og finansering av primærhelseteam (14). Direktoratet presenterte en overordnet skisse til pilotforsøk i oktober 2016, med planlagt oppstart fra januar 2018. Her beskrives ulike modeller for organisering. For eksisterende private legepraksiser anbefaler direktoratet at individuelle fastlegeavtaler suppleres med en avtaleregulert kontrakt om primærhelseteam mellom fastlegenes driftsselskap og kommunen. Annet personell i teamet ansettes i driftsselskapet. Funnene i denne studien tyder på at mange av legene vil gjøre motstand mot å ansette personell i eget driftsselskap, blant annet fordi man ikke ønsker mer administrativt arbeid. Man kan også forvente at en stor andel fastleger ikke vil ha mer personalansvar. Årsaker til dette kan være manglende administrasjons- eller ledelseskompetanse kombinert med tidspress. Det kan svekke rekrutteringen av fastleger til prosjektet med mindre man åpner for andre organiseringsmåter enn skissert over. Det er videre grunn til å legge til rette for at flere fastleger kan gjennomføre videreutdanning eller kurs i ledelse og administrasjon.

5.4.4 Legene delt i spørsmålet om driftsform og finansering

Flertallet av deltakerne i denne studien argumenterte for å ha en (delvis) aktivitetsbasert finansering av primærhelseteamet. Flere mente at dette kan øke produksjonen. Samtidig var gruppen delt i spørsmålet om hvorvidt man som lege i et primærhelseteam bør være kommunalt tilsatt eller næringsdrivende. Argumenter for å være ansatt inkluderte bedre

sykepengerettigheter. En deltaker hevdet også at det kan være lettere å jobbe *sammen* i teamet hvis alle har lik avlønningstype. Flere tok forbehold om at legenes fastlønn må være ”høy nok”. Argumenter for næringsdrift inkluderte at deltakerne ønsket full kontroll over egen arbeidshverdag samt en manglende tro på kommunens evne til å drifte ordningen. Sistnevnte blir delvis bekreftet i en rapport fra Agenda kaupang nevnt tidligere, hvor ledelse av fastlegeordningen blir beskrevet som svak i mange kommuner (12).

Flere personer i kommunehelsetjenesten har ropt varsku om det de opplever som en rekrutteringssvikt i fastlegeordningen (126). Det samme gjør fylkeslege i Sogn og Fjordane Per Stensland i en kronikk fra Aftenposten publisert våren 2017 (127). Årsakene sies blant annet å være den økende arbeidsbelastningen for legene. I tillegg poengterer Stensland at unge leger ofte ønsker å være ansatt fremfor selvstendig næringsdrivende, og at krav om sistnevnte kan bidra til rekrutteringsvanskene enkelte steder. Bergen kommune er leder for prosjektet ”ALIS-Vest”, og ved hjelp av midler fra Helsedirektoratet skal det innføres utdanningsstillinger for allmennleger i spesialisering (128). Man har nylig oppnådd 72 søkere til 12 stillinger i 10 ulike kommuner, og prosjektet blir så langt beskrevet som svært vellykket (129). Uttalelser i begge fokusgruppene bekrefter også at en betydelig andel allmennleger foretrekker fast lønn fremfor næringsdrift. En mulig implikasjon av dette er at både stat og kommune bør gjøre mer for å tilby allmennleger fast ansettelse fremfor næringsdrift. Dette kan øke rekrutteringen av yngre leger til primærhelseteamene og til allmennmedisin generelt. Samtidig bør det være åpning for at primærhelseteam også kan organiseres som tradisjonell næringsdrift.

5.5 Metodologiske refleksjoner

Begrepet *refleksivitet* i kvalitativ forskning beskriver en vekselvirkning mellom forskeren og forskningsprosessen. Det er viktig å anerkjenne at forskeren påvirker arbeidet basert på egen livserfaring, faglige oppfatning, verdier mv. Refleksivitet er følgelig forskerens evne til å se betydningen av dette i samhandling med gruppen, de empiriske dataene, det teoretiske perspektivet og egen forforståelse av temaet (8). Forskeren påvirker prosessen i alle trinn (6). Undertegnede er selv allmennlege i spesialisering, og jeg har tidligere arbeidet som fastlege i kommunehelsetjenesten. Jeg har dermed gjort egne refleksjoner knyttet til primærhelseteam. Utfordringen med dette er at jeg bevisst eller ubevisst kan arbeide mot å bekrefte egne antagelser, noe som kan gjøre at resultatet blir mindre troverdig. Da undertegnede startet

dette prosjektet hadde jeg en oppfatning av at primærhelseteam gir økt arbeidsbelastning for fastlegene. Dette gjorde at jeg var skeptisk til innføring av ordningen. Det var derfor avgjørende at jeg evnet å distansere meg fra denne forforståelsen i det videre arbeidet. Det var viktig å være åpen for at min oppfattelse ikke nødvendigvis er i overensstemmelse med andre legers tanker omkring primærhelseteam, eller med funn i studier som omhandler team. Jeg måtte dermed under hele prosjektet være bevisst på at egen forutantagelse kunne påvirke analysen.

5.5.1 Styrker og svakheter ved metoden

Styrken ved det kvalitative designet er at man kan få detaljert informasjon om hva allmennleger i spesialisering mener om et fenomen – i denne sammenheng primærhelseteam. En svakhet ved metoden vil være at gruppens oppfattelse av fenomenet ikke trenger å være overførbar og generell – for eksempel til “alle” allmennleger i Norge. Videre vil kvalitative studier ofte ha et eksplorerende design, det vil si at både problemstillingen og metoden kan endres underveis i forskningen etterhvert som man får større innsikt i det man studerer eller nye spørsmål oppstår. Fra et strengt naturvitenskapelig perspektiv kan dette sies å true validiteten og reliabiliteten til forskningen. Fra et vitenskapsfilosofisk ståsted kan imidlertid denne fleksibiliteten være den største fordelen ved kvalitativ metode, og man kan hevde at en streng rigiditet kan svekke styrken til forskningen (8).

I ulik litteratur oppgis et sprikende optimalt antall deltakere i en fokusgruppe, hvor typisk nyere litteratur anbefaler fire til seks personer, mot eldre litteratur som gjerne tilrår noen flere (96, 130). En ulempe med mange deltakere kan være dannelsen av meningsgrupperinger innad i fokusgruppen, eller såkalte ”dyader” eller ”triader” (131). Jeg opplevde imidlertid ikke at dette oppstod i dette studiet.

En styrke ved å fokusere på allmennleger i spesialisering kan være at de er mer åpen for endring og innovasjon. De kan også ha fersk erfaring fra arbeid i tverrfaglige team etter (relativt) nylig gjennomført turnustjeneste. En svakhet er at kort fartstid kan medføre manglende forståelse for hvordan den komplekse primærhelsetjenesten fungerer. Videre vil ansvarsoppgavene fremdeles kunne være begrensede, for eksempel ved de ikke har samfunnsmedisinske oppgaver i kommunen. Dette kan gjøre at viktige aspekter ikke blir hensyntatt. Ved å kun intervju leger som jobber i større kommuner, står man også i fare for å miste nyanser mellom by- og distriktspraksis. I sistnevnte vil legene kanskje ha en bedre

oversikt over de lokale helsetjenestene og pasientpopulasjonen. I tillegg har mindre steder oftere kommunalt drevet legekontor inkludert offentlig ansatte sykepleiere. De fleste betraktninger rundt tverrfaglig teamarbeid generelt er likevel overførbare til mindre steder.

Styrken ved STC som analysemetode er at man kan få mye informasjon ut fra et begrenset antall intervjupersoner. I følge Malterud er også STC en egnet metode for forskere med mindre erfaring og begrenset kompetanse i det vitenskapsteoretiske fagfeltet (104). Under dekontekstualisering av dataene ved STC er det en fare for å miste informasjon i prosessen. Jeg har forsøkt å minimere dette ved at studien kun undersøker innholdet fra to fokusgrupper. Slik kan jeg bevare et større overblikk over helheten. Jeg sammenlignet videre betydningen av de meningsbærende enhetene under STC-analysens punkt fire med det opprinnelige transkriberte materiale, for å validere dem i forhold til kilden.

5.5.2 Intern og ekstern validitet

Påliteligheten eller *reliabiliteten* betyr at ulike personer uavhengig av hverandre skal komme frem til det samme resultatet når de studerer et gitt materiale (9). Begrepet *intern validitet* sier noe om man faktisk analyserer det man har som målsetning å studere, altså studiens troverdighet. *Ekstern validitet* beskriver i hvilken grad resultatene er generelle eller overførbare til lignende situasjoner.

Ulike forskere kan ha forskjellige måter å gjennomføre fokusgruppeintervjuer på, noe som kan svekke reliabiliteten. Undertegnede har observert veileder gjennomføre et fokusgruppeintervju med samme tema for å begrense dette. Det er ikke inkludert i denne studien. Veileder har også gjort en egen vurdering av transkribert materiale, blant annet for å kunne påpeke områder hvor mine funn skiller seg vesentlig ut. Det ble ikke identifisert noe slik under arbeidet med oppgaven. Undertegnede mener videre av funnene er overførbare til andre steder i Norge, og da spesielt større kommuner og byer. Den belyser også en rekke tema som vil være relevante uavhengig av geografisk lokalisasjon og legekontorets driftsform. Jeg har ingen grunn til å tro at legene som er inkluderte i denne studien skiller seg betydelig ut fra gjennomsnittlige leger fra øvrige deler av landet. Det har heller ikke vært et mål i seg selv at studien skal være overførbare og generell, og den eksterne validiteten vil kunne sies å være mer underordnet sammenlignet med den interne validiteten.

Validiteten kan reduseres ved at deltakerne ikke er åpne om egne meninger, for eksempel i møte med en dominerende mening innad i fokusgruppen. En stor gruppepåvirkning kan gjøre at individuelle deltakere gir avkall på egne meninger. Dette er en svakhet med metoden (10). Jeg observerte imidlertid ikke noe slikt under fokusgruppeintervjuene. Moderatoren i seg selv kan også påvirke validiteten, for eksempel hvis man ikke respekterer konfidensialitet (11). Ved innledningen til fokusgruppeintervjuene poengterte undertegnede at konfidensialiteten er absolutt og at den vil bevares gjennom hele prosessen. Videre forsøkte jeg å la alle deltakerne komme til orde, og gjennom noe ordstyring hindre at en eventuell subkultur innad i gruppen dominerer samtalen fullstendig.

For å øke validiteten og reliabiliteten kan fokusgrupper benyttes som en del av en metodetriangulering. Fokusgrupper er velegnet for å belyse holdninger og tankemønstre i en gruppe. Som ledd i en triangulering kan man i neste omgang gjøre en intervensjonsstudie eller andre former for datainnsamling. Materialet fra fokusgruppeintervjuer kan for eksempel benyttes for å utvikle et spørreskjema for distribusjon til et større antall allmennleger eller helsepersonell for øvrig (12, 13). Man supplerer da funnene fra gruppeintervjuene med kvantitative data, som kan styrke studiens validitet og reliabilitet.

5.5.3 Ethiske aspekter

I følge personopplysningsloven må forskningsprosjekter som krever personopplysninger meldes inn og godkjennes av Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD). Dette er en institusjon som fungerer som personvernombud. Studiet vil også vurderes opp mot forskningsetiske regler (87). Prosjektet er godkjent av NSD med referansenummer 51280 (vedlegg I).

Før fokusgruppeintervjuene ble deltakerne informert om tema for studien. De fikk videre et skriftlig samtykkeskjema med informasjon om hva deltakelse innebærer (vedlegg II). Alle som ville delta i studien signerte på samtykkeskjemaet. Det var ingen som hadde motforestillinger mot opplegget, og alle ønsket å være med på intervjuene. Det var anledning til å trekke samtykket når som helst under intervjuene.

Kvalitative studier omfatter ofte tett kontakt mellom forsker og studieobjekter. Gjennom fokusgruppeintervjuene tilegner man seg sensitiv informasjon om personene som deltar (87).

Legene skal sikres anonymitet gjennom hele prosessen. Som moderator forsøkte jeg å skape tillitt hos alle, og en trygg atmosfære for fri meningsutveksling innad i veiledningsgruppen. Det er undertegnede opplevelse at deltakerne allerede følte seg komfortable.

Veiledningsgrupper i allmennmedisin løper vanligvis over to år. Det er en del av opplegget at medlemmene har en gjensidig taushetsplikt for alt som diskuteres innad i gruppen. Dette har trolig gjort det lettere å ytre egne meninger under intervjuene.

I arbeidet med oppgaven har undertegnede erstattet navn med benevnelsene ”deltaker 1, fokusgruppe 1 (D1:F1)” osv. Jeg presenterer ingen sitat fra intervjuene som lett kan knyttes til noen enkeltpersoner. Lydfiler på USB-harddisk, skjema med personopplysninger og koblingsnøkkel blir oppbevart innelåst gjennom hele prosessen. Lister, filer og koblingsnøkkel vil slettes og makuleres når prosjektet avsluttes.

Under fokusgruppeintervjuene ble det ikke diskutert pasientkasus, og det var følgelig ingen etiske eller juridiske problemer knyttet til taushetsplikten etter lov om helsepersonell.

6 Konklusjon

Norge er tjent med å ha en solid primærhelsetjeneste. Dette gjør oss bedre skikket til å møte den betydelige veksten i antall eldre og syke. Sentrale myndigheter og innbyggerne har høye forventninger til kvaliteten og tilgjengeligheten i helsevesenet. I tillegg sees økt etterspørsel av tjenester per person. Innføringen av fastlegeordningen kan beskrives som en suksess. Likevel opplever brukerne at primærhelsetjenesten er fragmentert, og at fastlegene er lite integrerte i resten av sektoren. For å motvirke silodannelsen lanserer regjeringen primærhelseteamet; en tverrfaglig gruppe som skal ivareta pasientene *sammen*. Dette utfordrer den veletablerte fastlegeordningen.

Funnene i denne studien bekrefter i stor grad regjeringens intensjoner med innføring av primærhelseteam. Det er støtte for at tverrfaglige grupper organisert i noe større enheter leverer bedre tjenester til enkelte brukergrupper. Det er likevel en uklar grenseoppgang mot eksisterende pasientsentrerte team. Fokusgruppene var positive til mer samarbeid mellom de helsefaglige profesjonene, og det var et stort ønske om å få ytterligere ressurser inn i legekantorene. Legene beskrev en hverdag preget av stor arbeidsbelastning. Det blir også lite tid til faglig veiledning. Flere fremhevet at annet helsepersonell kan avlaste fastlegen. Deltakerne var delte i spørsmålet om hvorvidt sykepleiere (NP) bør overta tradisjonelle legeoppgaver. Det er også usikkert om NP faktisk reduserer arbeidsmengden for fastlegene. Det var betydelig motstand mot medikamentforeskriving av NP. Vi mangler også gode data på sykkelighet og dødelighet ved slik oppgaveoverføring. Disse funnene gir grunn til å vurdere både hensiktsmessighet og faglig forsvarlighet ved oppgaveglidning i hvert enkelt tilfelle. Det er også nødvendig med flere langtidsstudier for å kartlegge risiko ved dette.

Flere deltakere fortalte om tverrfaglige grupper preget av konflikt og ineffektivitet. Andre hadde gode erfaringer med eksisterende team. Delvis aktivitetsbasert finansiering kan være et incentiv for høy aktivitet. Mulighet for fast lønn kan øke rekrutteringen, spesielt av yngre allmennleger. Tydelige retningslinjer for samarbeid og hensiktsmessige IKT-løsninger, er viktige forutsetninger for effektivitet. Deltakerne ønsket ikke å ansette ytterligere personell i egen praksis, men foretrakk at kommunen er arbeidsgiver. Det var stor oppslutning om at god ledelse er avgjørende for suksess, men gruppene var delte i spørsmålet om hvem som bør lede teamet. Det ble påpekt at man må erkjenne ledelse som et eget fag, og at slik kompetanse

er mangelvare i enkelte kommuner. Dette er i tråd med funn i litteraturen. Som en implikasjon bør myndighetene satse mer på videreutdanning i ledelse. Dette vil være spesielt viktig for allmennleger, som i Helsedirektoratets pilotprosjekt er oppnevnt til leder av primærhelseteamet. Det er videre grunn til å anbefale at kommunene selv tar initiativet til å opprette nye og større helsesentre, da legene er skeptiske til å utvide egen privatpraksis.

Flere av våre deltakere hevdet at primærhelseteam ikke vil være kostnadsbesparende, og at forbruket av helsetjenester vil kunne øke. Det støttes også av litteraturgjennomgangen. Det er grunn til å advare mot en forventning om kostnadseffektivisering. Videre er det ikke støtte for at primærhelseteam bør innføres som en generell rettighet for hele befolkningen. Som en konsekvens av dette kan man vurdere om ordningen bør forbeholdes utvalgte pasientgrupper. Dette kan kanskje forhindre at kapasitetsøkningen tilfaller personer uten reelle behov.

Referanseliste

1. Helseregnskap [Internett]. SSB;2017 [sitert 2017 06.08]. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/nasjonalregnskap-og-konjunkturer/statistikker/helsesat/aar>.
2. Meld. St. 19 (2014-2015): Folkehelsemeldingen. Mestring og muligheter. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2015.
3. Meld. St. 11 (2015-2016): Nasjonal helse- og sykehusplan (2016 – 2019). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2015 .
4. Meld. St. 26 (2014-2015): Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2015.
5. Romøren TI. Samhandlingsreformen – Et kritisk blikk på en helsereform. Nord J Nurs Res. 2011;01.
6. Prop. 91 L. (2010-2011): Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2011.
7. Syse A, Pham D. Befolkningsframskrivinger 2014-2100: Dødelighet og levealder. Økonomiske analyser. SSB; 2014 (4).
8. Halvorsen K. Ensomhet og sosial isolasjon i vår tid. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2005.
9. Ramm J. Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester. SSB; 2013.
10. Meld.St. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen — Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2009.
11. Krevende oppgaver med svak styring. Samlerapport fra tilsyn i 2010 med kommunenes sosial- og helsetjenester til eldre. Oslo: Statens Helsetilsyn; 2011.
12. Kommunal legetjeneste - kan den ledes? Stabekk: KS, FoU, Agenda Kaupang; 2016.
13. Forskrift om fastlegeordning i kommunene. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2012.
14. Primærhelseteam. Overordnet skisse til forsøk med primærhelseteam. Oslo: Helsedirektoratet; 2016.
15. Nøkkeltall: Ressursinnsats og aktivitet 2016 [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2016 [sitert 2017 20.08]. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/nokkeltall/nokkeltall-ressursinnsats-og-aktivitet>.
16. Sæther AS, Frøystad A. Kommunene sliter med å få tak i nok fastleger [Internett]. VG. 31. august 2017 [sitert 2017 31.08]. Tilgjengelig fra: http://pluss.vg.no/2017/08/30/2918/2918_24129910.
17. Kinsman L, Rotter T, James E, Snow P, Willis J. What is a clinical pathway? Development of a definition to inform the debate. BMC med. 2010;8(31).
18. Starfield B. Toward international primary care reform. CMAJ. 2009;180(11):1091-2.
19. The world health report 2008: primary health care: now more than ever. Genève (Sveits): WHO; 2008.
20. Grimsmo A, Magnussen J. Norsk samhandlingsreform i et internasjonalt perspektiv. Trondheim: Institutt for samfunnsmedisin, NTNU; 2015.
21. Smith J, Holder H, Edwards N, Maybin J, Parker H, Rosen R. Securing the future of general practice: new models of primary care [Internett]. London: Nuffield Trust and King's Fund; 2013 [sitert 2017 11.08]. Tilgjengelig fra: <http://www.nuffieldtrust.org.uk/publications/securing-future-general-practice>.
22. Grumbach K, Bodenheimer T. Can Health Care Team Improve Primary Care Practice? JAMA. 2004;291(10):1246-51.
23. Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. Institute of Medicine. BMJ. 2001;323:1192

24. Main terminology [Internett]. WHO Regional Office Europe [sisert 2017 01.10]. Tilgjengelig fra: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/primary-health-care/main-terminology>.
25. Patient centered medical home [Internett]. US Department of Health & Human Services, Agency for Healthcare Research and Quality; 2012 [sisert 2017 01.08]. Tilgjengelig fra: <https://pcmh.ahrq.gov/page/defining-pcmh>.
26. Xyrichis A, Lowton K. What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. *Int J Nurs Stud*. 2008;45(1):140-53.
27. Stevenson K, Baker R, Farooqi A, Sorrie R, Khunti K. Features of primary health care teams associated with successful quality improvement of diabetes care. *Family Practice*. 2001;18(1):21-6.
28. Campbell SM, Hann M, Hacker J, Burns C, Oliver D, Thapar A, et al. Identifying predictors of high quality care in English general practice: observational study. *BMJ*. 2001;323:1-6.
29. Hann M, Bower P, Campbell S, Marshall M, Reeves D. The association between culture, climate and quality of care in primary health care teams. *Family Practice*. 2007(24):323-9.
30. Bower P, Campbell S, Bojke C, Sibbald B. Team structure, team climate and the quality of care in primary care: an observational study. *Qual Saf Health Care*. 2003(12):273-9.
31. Goni S. An analysis of the effectiveness of Spanish primary care teams. *Health Policy*. 1999;48:107-17.
32. Dieleman SL, Farris KB, Feeny D, Johnson JA, Tsuyuki RT, Brilliant S. Primary health care teams: team members' perceptions of the collaborative process. *J Interprof Care*. 2004;18(1):75-8.
33. Poulton BC, West AM. The determinants of effectiveness in primary health care teams. *J Interprof Care*. 1999;13(1):7-18.
34. Borril C, West M, Shapiro D, Rees A. Team working and effectiveness in health care. *British Journal of Healthcare Management*. 2000;6(8):34-7.
35. Roblin DW, Kaplan SH, Greenfield S, Roberts MH, Jacobs LD, Carlton DG. Collaborative clinical culture and primary care outcomes. Program and abstracts of the annual meeting of the Academy for Health Services Research and Quality. Washington DC; 2002.
36. Weller J, Boyd M, Cumin D. Teams, tribes and patient safety: overcoming barriers to effective teamwork in healthcare. *Postgraduate Medical Journal*. 2014(90):149-54.
37. Wagner EH. The role of patient care teams in chronic disease management. *BMJ*. 2000(320):569-72.
38. Nkansah N, Mostovetsky O, Yu C, Chheng T, Beney J, Bond CM, et al. Effect of outpatient pharmacists' non-dispensing roles on patient outcomes and prescribing patterns. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 (7).
39. Barr DA. The effects of organizational structure on primary care outcomes under managed care. *Ann Intern Med*. 1995(122):353-9.
40. Brown J, Lewis L, Ellis K, Stewart M, Freeman TR, Kasperski JM. Conflict on interprofessional primary health care teams – can it be resolved? *J Interprof Care*. 2011;25(1):4-10.
41. Aanderaa I. Relasjoner i teamarbeid - Et psykodynamisk perspektiv. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 1999.
42. Elstad JI. En helse- og sosialarbeider? Profesjonsstrid og lagdeling i helse- og sosialsektoren. Piene IK, editor. Oslo: Ad Notam; 1991.

43. Geyndt W De. Health Workforce Development in the NIS. Filerman GL, editor. NIS/US Health Workforce Planning. American International Health Alliance; 2000.
44. Abbott A. The System of Professions – A Study of the Division of Expert Labour. London: University of Chicago Press; 1988.
45. Freidson E. Professionalism: the Third Logic. Cambridge: Polity Press; 2001.
46. Larkin GV. Occupational Monopoly and Modern Medicine. London: Tavistock; 1983.
47. Willis E. Medical Dominance. 2 ed. Sydney: Allen and Unwin Australia; 1989.
48. Cooper RA. Roles of nonphysician clinicians and autonomous providers of patient care. JAMA. 1998;280(9):795–802.
49. Cooper RA. Health care workforce for the twenty-first century: the impact of non-physician clinicians. Annu Rev Med. 2001(52):51-61.
50. Stone B. Administrative accountability in the ‘Westminster’ democracies: toward a new conceptual framework. Governance. 1995;8(4):505-26.
51. Barrados M, Mayne J, Wileman T. Accountability for collaborative programme delivery arrangements in Canada's federal government: some consequences of sharing the business of government. Int Rev of Adm Sci. 2000(66):495.511.
52. Hughes EC. Men and their Work. Toronto: Free Press of Glencoe; 1958.
53. Freidson E. The official construction of occupations: an essay on the practical epistemology of work. Uppsala, Sweden: 9th World Congress of Sociology; 1978.
54. Larson MS. The Rise of Professionalsim: a Sociological Analysis. Berkely: University of California Press; 1977.
55. Macdonald KM. The Sociology of the Professions. London: Sage; 1995.
56. Cox D. Health service management – a sociological view: Griffiths and the non-negotiated order of the hospital London. Gabe J, Calnan M, Bury M, editor. London: Routledge; 1991.
57. Fournier R. Boundary work and (un)making of the professions. Malin N, editor. Routledge; 2000.
58. Burrage M, Torstendahl R. The Formation of Professions: Knowledge, State and Strategy. London: Sage; 1990.
59. Frich J. Jobbglidning - et ledelsesperspektiv. Overlegen. 2012;1:6-8.
60. Watts T, Jones M, Williams A. Methodologies analysing individual practice in health care: a systematic review. J Adv Nurs. 2001;35(2):238-56.
61. Nancarrow SA, Borthwick AM. Dynamic professional boundaries in the healthcare workforce. Sociol Health and illn. 2005(7):897-919.
62. Sundar T. Legeoppgaver på avveie? Tidsskr Nor Laegeforen. 2002;122(3):331-2.
63. Stura E. Spesialutdannede sykepleiere til primærlegeoppgaver i USA. Michael. 2013;10:350-6.
64. Katzenbach JR, Smith DK. The wisdom of teams. Creating the high-performance organization. Boston: Harvard Business School Press; 1993.
65. Schober M, Affara F. Advanced nursing practice. London: Blackwell Publishing; 2006.
66. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care (review). Cochrane Database Syst Rev. 2005(2).
67. Morgendagens Nurse Practitioners i Norge [Internett]. UiO [sitert 2017 05.01]. Tilgjengelig fra: <http://www.med.uio.no/studier/aktuelt/aktuelle-saker/2011/forste-kull-gersyk.html>.
68. Mohrman SA, Cohen SG, Mohrman AM Jr. Designing team-based organizations. New forms for knowledge work. San Francisco: Jossey-Bass; 1995.

69. Bang H. Effektivitet i lederteam - hva er det, og hvilke faktorer påvirker det? Tidsskrift for norsk psykologiforening. 2008;45(3):272-86.
70. Steiner ID. Group process and productivity. New York: Academic Press; 1972.
71. Hackman JR. Groups that work (and those that don't). San Francisco: Jossey- Bass; 1990.
72. Yeatts DE, Hyten C. High-performing self-managed work teams: A comparison of theory to practice. Thousand Oaks: Sage Publications; 1998.
73. Hackman JR, Oldham GR. Motivation through the design of work: Test of a theory. Organizational Behavior and Human Performance. 1976;16:250-79.
74. Ringelmann M. Recherches sur les moteurs animés: Travail de l'homme" [Research on animate sources of power: The work of man]. Annales de l'Institut National Agronomique. 1913;12:1-40.
75. Sjøvold E. Teamet. Utvikling, effektivitet og endring i grupper: Universitetsforlaget; 2006.
76. Hackman JR. Leading teams: Setting the stage for great performances. Boston: Harvard Business School Press; 2002.
77. Köhler W. Dynamics in Psychology. 1940.
78. Peeters MAG, Van Tuijl HFJM, Rutte CG, Reymen IMMJ. Personality and team performance: A meta-analysis. Eur J Pers. 2006;20(5):377-96.
79. van Knippenberg D, De Dreu CKW, Homan AC. Work group diversity and group performance: An integrative model and research agenda. J Appl Psychol. 2004;89(6):1008-22.
80. Marks MA, Mathieu JE, Zaccaro SJ. A temporally based framework and taxonomy of team processes. Acad Manag Rev. 2001;26(3):356-76.
81. Bang H, Fuglesang SL, Ovesen M. Effectiveness in top management meetings: The role of goal clarity, focused communication and learning behavior: University of Oslo, Department of Psychology; 1997.
82. Cannon-Bowers JA, Tannenbaum SI, Salas E, Volpe CE. Defining competencies and establishing team training requirements. Team effectiveness and decision making in organizations. Salas G & Associates, editor. San Fransisco: Jossey-Bass; 1995.
83. McIntyre RM, Salas E. Measuring and managing for team performance: Emerging principles from complex environments. Team effectiveness and decision making in organizations. Salas G & Associates, editor. San Fransisco: Jossey-Bass; 1995.
84. Jehn KA, Bendersky C. Intragroup conflict in organizations: A contingency perspective on the conflict-outcome relationship. Research in organizational behavior: An annual series of analytical essays and critical reviews. Staw BM, Kramer RM editor. Oxford, England: Elsevier Science; 2003.
85. Jehn KA. A multimethod examination of the benefits and detriments of intragroup conflict. Adm Sci Q. 1995;40(2):256-82.
86. De Dreu CKW, Weingart LR. Task versus relationship conflict, team performance, and team member satisfaction: A meta-analysis. J Appl Psychol. 2003;88(4):741-9.
87. Thagaard T. Systematikk og innlevelse - en innføring i kvalitativ metode: Fagbokforlaget; 2013.
88. Zahavi D. Husserl's Phenomenology. Stanford: Stanford University Press; 2003.
89. Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju. 2. utgave. Oslo: Gyldendal; 2009.
90. Pasientsikkerhet.no [Internett]. [Sisert 2016 12.28]. Tilgjengelig fra: www.pasientsikkerhet.no/forekomst-av-uonskede-hendelser-i-sykehus.
91. Ebdrup N. Hva er hermeneutikk [Internett]? www.forskning.no [sisert 2017 02.01]. Tilgjengelig fra: <http://forskning.no/filosofiske-fag/2012/02/hva-er-hermeneutikk>.

92. Malt U. Kvalitativ [Internett]. Store norske leksikon [sitert 2016 12.28]. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/kvalitativ>.
93. Silverman D. Interpreting Qualitative Data. A Guide to the Principles of Qualitative Reserach. 4 ed. London: Sage; 2011.
94. Rapley T. Qualitative Research Practice. London: Sage; 2007.
95. Morgan DL. Focus groups as qualitative research. Thousand Oaks, Calif Sage; 1997.
96. Tillgren P, Wallin E. Fokusgrupper – historikk, struktur och tilämpning. Soc Med Tidsskr. 1999;312-21.
97. Madriz E. Focus Groups in Feminist Research. 2 ed. London: Sage Publications; 2000.
98. Brataas HV. Helse i hvert møte? Kreftpasienters oppfatning og sykepleieres kulturelt forankra meninger om kommunikasjon og helse. Trondheim: NTNU; 2001.
99. Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag [Internett]. De nasjonale forskningsetiske komiteene; 2010 [sitert 2017 04.04]. Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/>.
100. Lerdal A, Karlsson B. Bruk av fokusgruppeintervju. Sykepleien Forskning. 2008;3(3):172-5.
101. Kruger RA. Moderating focus groups. In Focus group kit 4. California: Sage Publications; 1998.
102. Wilkinson S. Focus group methodology: a review. Int J Soc Res Methodol. 1998;1(3):181-203.
103. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. Oslo: Universitetsforlaget; 2011.
104. Malterud K. Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. Scand J Public Health. 2012;40:795–805.
105. Giorgi A. Sketch of a psychological phenomenological method. Phenomenology and psychological research: essays. Pittsburgh, PA: Duquesne Univeristy Press; 1985.
106. Normaltariff for fastleger og legevakt. Den Norske legeforening; 2017 [sitert 2017 15.09]. Tilgjengelig fra: <http://legeforeningen.no/Nyheter/2017/Ny-normaltariff-for-20172018/>.
107. Definition of a frame of reference in relation to primary care with a special emphasis on financing systems and referral systems. European commission, Expert panel on effective ways of investing in health; 2014.
108. Pasientens primærhelsetjeneste må ledes. Utkast til rapport fra arbeidsgruppe: "Styrket medisinsk faglig ledelse i primærhelsetjenesten - satsingsområde 3, 2015-2017". Den norske legeforening; 2017.
109. Hofstad E. Avlaster legene [Internett]. Sykepleien; 2012 [sitert 2017 20.08]. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2012/06/avlaster-legene>.
110. Fonn M. – Vi er ikke lenger legens håndlangere [Internett]. Sykepleien; 2017 [sitert 2017 20.08]. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2016/04/vi-er-ikke-lenger-legens-handlangere>.
111. Martínez-González NA, Tandjung R, Djalali S, Rosemann T. The impact of physician–nurse task shifting in primary care on the course of disease: a systematic review. Hum Resour Health. 2015;13(55).
112. Gautun H, Øien H. Kartlegging av mangel på sykepleiere i hjemmesykepleien og sykehjem. NOVA; 2016.
113. Roksvaag K, Texmon I. Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2035. SSB. Rapport 2012 (14).

114. Holven E, Rustad EH. Status i arbeidslivet for unge leger. Norsk medisinstudentforening; 2015.
115. Medisinsk uforklarte plager og symptomer (MUPS) [Internett]. Allmenmedisinsk forskningsenhet [sitert 2017 29.08]. Tilgjengelig fra: <http://uni.no/nb/uni-helse/medisinsk-uforklarte-plager-og-sykdommermups/>.
116. Lunde SE. Hva slags problemer går vi til fastlegen med? SSB. Samfunnspeilet; 2007.
117. Sammen for en bedre primærhelsetjeneste. Den norske legeförening; 2015 . Rapport [sitert 2017 04.04]. Tilgjengelig fra: [http://legeforeningen.no/PageFiles/226247/Sammen for en better primærhelsetjeneste.pdf](http://legeforeningen.no/PageFiles/226247/Sammen_for_en_better_primærhelsetjeneste.pdf)
118. Vekst i antall leger 2011 [Internett]. SSB; 2011 [sitert 2017 05.09]. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/vekst-i-antall-leger>.
119. Lov om helsepersonell m.v. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet; 1999.
120. Hananger M. Vil ha better ledelse av fastlegene. Dagens Medisin. 2016 (11): 58.
121. Søk på Helseledelse [Internett]. KS; 2017 [sitert 2017 04.09]. Tilgjengelig fra: <http://www.ks.no/fagomrader/Arbeidsgiver/arbeidsgiverpolitikk/ledelse/sok-pa-helseledelse--en-nasjonal-lederutdanning-for-primærhelsetjenesten/>.
122. Sandvik H. Evaluering av fastlegereformen 2001-2005. Norges forskningsråd; 2006.
123. Fastlegene til topps i ny undersökelse [Internett]. Den norske legeförening; 2012 [sitert 2017 15.08]. Tilgjengelig fra: <http://legeforeningen.no/Nyheter/2012/Fastlegene-til-topp-i-ny-undersökelse/>.
124. Innbyggerundersökelsen 2017 [Internett]. DiFi;2017 [sitert 2017 16.08]. Tilgjengelig fra: <https://www.difi.no/rapporter-og-statistikk/undersökelser/innbyggerundersökelsen-2017/hva-mener-brukerne/fastlege>.
125. Moe M. Frykter fastlege-kollaps innen fem år 2016 [Internett]. Dagens Medisin; 2016 [sitert 2017 19.08]. Tilgjengelig fra: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/09/09/frykter-kollaps-innen-fem-ar/>.
126. Roksund G. Nå er jeg alvorlig bekymret for at hele ordningen skal bryte sammen i løpet av få år [Internett]. Varden. 29. april 2017 [sitert 2017 30.08]. Tilgjengelig fra: <http://www.varden.no/meninger/leserbrev/na-er-jeg-alvorlig-bekymret-for-at-hele-ordningen-skal-bryte-sammen-i-lopet-av-fa-ar-1.1914131>.
127. Stensland P. Fastlegeordninga bryt saman. Gi oss 2000 ferske legar til fastlegeordninga. No. Aftenposten. 07. mai 2017 [sitert 2017 28.08]. Tilgjengelig fra: <https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/5XO4K/Fastlegeordninga-bryt-saman-Gi-oss-2000-ferske-legar-til-fastlegeordninga-No---Per-Stensland>.
128. ALIS Vest prosjektet [Internett]. Bergen kommune; 2017 [sitert 2017 11.08]. Tilgjengelig fra: <https://www.bergen.kommune.no/hvaskjer/informasjon-til-fastleger/11145>.
129. Wesnes Ø. Inntrykk fra Allmennlegeforeningens landsrådsmöte. Utposten. 2017 (2).
130. Barbour R S, Kitzinger J. Developing Focus Groups Research: Politics, Theory and Practice. London: Sage; 1999.
131. Wibeck V. Fokusgrupper – Om fokuserande gruppintervjuer som undersökningmetod. Lund, Sverige: Studentlitteratur; 2000.

Vedlegg / Appendiks

Vedlegg I: NSD godkjenning

Vedlegg II: Samtykkeskjema

Vedlegg III: Intervjuguide

Ivan Spehar
Institutt for helse og samfunn Universitetet i Oslo
Postboks 1130 Blindern
0318 OSLO

Vår dato: 03.01.2017

Vår ref: 51280 / 3 / KH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 24.11.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>51280</i>	<i>Etablering av primærhelseteam</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Ivan Spehar</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Kjersti Haugstvedt

Kontaktperson: Kjersti Haugstvedt tlf: 55 58 29 53

Vedlegg: Prosjektvurdering

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



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 51280

Ifølge meldeskjema informeres utvalget skriftlig og/eller muntlig om hva deltakelse i studien innebærer. Personvernombudet finner at det gis tilfredsstillende informasjon til utvalget. Skrivene er godt utformet.

Personvernombudet har lagt til grunn for vår vurdering at det ikke behandles sensitive eller taushetsbelagte opplysninger i forbindelse med studien. Vi legger videre til grunn at data sikres i tråd med UiO sine retningslinjer for datasikkerhet.

Ved prosjektslutt anonymiseres data ved at verken direkte eller indirekte personidentifiserbare opplysninger fremgår. Eventuelle lyd-/bildeopptak slettes.



UNIVERSITETET I OSLO

AVDELING FOR HELSELEDELSE OG HELSEØKONOMI

Postboks 1089, Blindern
NO-0317 Oslo

Samtykke om å delta i forskningsprosjektet «Ledelse, samhandling og team i kommunehelsetjenesten».

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi ved Universitet i Oslo gjennomfører for tiden en studie om ledelse og tverrfaglig samarbeid i kommunehelsetjenesten. Studien ledes av professor Jan C. Frich og postdoktor Ivan Spehar. Prosjektet er godkjent av Personvernombudet for forskning, NSD (ref. 51280).

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltakelse i studien innebærer at du deltar i en gruppesamtale. Målet er å utforske synspunkter knyttet til ledelse og tverrfaglig samarbeid i kommunehelsetjenesten. Samtalen varer i 60 minutter. Samtalen vil bli tatt opp digitalt og deretter skrevet ned i en tekstfil. Hvis du samtykker til å delta i studien, så vil dine utsagn i gruppesamtalen kunne brukes i forbindelse med forskning på ledelse og organisering i primærhelsetjenesten.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet anonymt og konfidensielt. Kun prosjektgruppen vil ha tilgang til lyd- og tekstfiler av intervjuene. Resultatene fra studien vil inngå i en masteroppgave om ledelse, organisering og team i helsevesenet. Resultatene vil også bli søkt publisert i et fagfelleurdert tidsskrift. Deltakerne vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjonen. Prosjektet skal etter planen avsluttes ved utgangen av 2017. Lydfilene vil da slettes, og deltakerlisten vil anonymiseres.

Det er frivillig å delta i studien og du kan på et hvilket som helst tidspunkt trekke deg uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg, vil vi så godt det lar seg gjøre slette dine utsagn i gruppeintervjuet.

Har du spørsmål i forbindelse med denne studien, eller ønsker å bli informert om resultatene fra undersøkelsen når de foreligger, kan du gjerne ta kontakt med:

Christoffer Boge
Allmennlege, student
Avd. for helseledelse og helseøkonomi, UiO
Tlf: 91612324
E-post: boge.chris@gmail.com

Eller:

Ivan Spehar
Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, UiO
Tlf. 976 08 146
E-post: ivan.spehar@medisin.uio.no

Samtykkeerklæring:

Jeg har mottatt informasjon om forskingsprosjektet og er villig til å delta i studien.

Dato

SignaturTelefonnummer



Intervjuguide – fokusgruppe om primærhelseteam

Bakgrunn for studie og samtykke

Gi en kort beskrivelse av intervjulederens/moderatorens rolle under intervjuet, samt kort informasjon om bakgrunn for studien og begrepet primærhelseteam. Presisere at deltakernes anonymitet skal ivaretas, og at lydfilen blir slettet etter at intervjuet transkriberes.

Gi deltakerne to kopier av samtykkeskjemaet. Den ene kopien signeres og gis til intervjuleder/moderator. Deltakerne kan skrive ned bakgrunnsinformasjon på arket (alder m.m., se over).

Deltakernes alder, kjønn, arbeidserfaring og antall år som fastlege kartlegges.

Innledende spørsmål

Mange hevder at kommunehelsetjenesten står overfor flere sentrale utfordringer i tiden fremover. Den demografiske utviklingen med økende andel eldre og oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten er noe som hyppig trekkes frem.

Hvordan vil fastlegens rolle påvirkes av dette i tiden fremover?

Hvilke tanker har dere om etablering av primærhelseteam i møte med disse utfordringene?

Hovedtema 1: Organisering av primærhelseteam

Hvilke yrkesgrupper bør/kan være representert i et primærhelseteam?

Hvor mange personer bør det (maksimalt) være i et primærhelseteam?

Hvordan bør teamet integreres i primærhelsetjenesten?

Oppfølging: Hvis det skal være på legesenter, hvordan bør det integreres i disse?

Hvilke pasientgrupper kan ha nytte av primærhelseteam, og hvorfor?

Hvordan vil ordningen påvirke kvaliteten på helsetjenestene til disse pasientene?

Hvordan/hvor bør journalføringen foregå?

Hovedtema 2: Finansering

Hvordan bør/kan arbeidet til primærhelseteamet finansieres?

Bør ordningen finansieres av kommunene, HELFO eller andre? Kombinasjoner? Hvorfor?

Bør ordningen være rammefinansiert, takstbasert eller kombinasjoner? Andre måter?

Mener dere ordningen vil være økonomisk lønnsomt/kostnadsbesparende? Hvorfor/ hvorfor ikke?

Hovedtema 3: Ledelse

Hva slags kompetanse behøves for å lede et primærhelseteam?

(Oppfølging: Hva vil dere beskrive som ledelsesutfordringer knyttet til slike team?)

Hvem bør ha det faglige ansvaret for teamet?

Hvem bør ha ansvaret dersom uheldige/uforsvarlige hendelser knyttet til pasientbehandling oppstår?

Hvem bør ha det administrative ansvaret for de ansatte?

Hovedtema 4: Profesjonssamarbeid

Hvilke roller og arbeidsoppgaver bør de ulike medlemmene av primærhelseteamet ha?

Ser dere noen utfordringer knyttet til samarbeidet i et primærhelseteam? Hvilke? Hvorfor?

Hvordan tror dere samarbeidet mellom profesjonene vil være i et primærhelseteam?

Hvilke potensielle konflikter kan oppstå, og hvorfor?

Er det noe mer dere vil tilføye?