

Kartlegging av samhandlingsfaktorer knyttet til oppfølging av pasienter med gynekologisk kreft

JADRANKO KUDRA

VEILEDER

Charlotte Kiland

Universitetet i Agder, [2019]

Fakultet for helse -og idrettsvitenskap

Institutt for helse, idrett og ernæring

Førord

Takk

Undertegnede har lang fartstid som lege i både spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste og ønsker å bidra til bedre forståelse av legenes arbeidsvilkår. Arbeidet med denne masteroppgaven har vært utfordrende og interessant, også i lys av min egen arbeidserfaring. Jeg håper funnene i denne studien kan bidra til økt innsikt i viktige samhandlingsfaktorer mellom ulike helseaktører i oppfølging av pasienter som har overlevd gynekologisk kreft. Jeg vil takke alle informanter som velvillig har stilt opp og gitt av sin tid, slik at dette prosjektet lot seg gjennomføre.

Jeg vil også takke Charlotte Kiland for meget god og kyndig veiledning og min familie for støtte og inspirasjon.

Kristiansand, november 2019

Jadranko Kudra

Sammendrag

Denne kvalitative studien fremhever knapphet på immaterielle ressurser som tid og tilgjengelighet som de viktigste faktorer som påvirker vertikal og horisontal samhandling mellom profesjonsutøvere i primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste. Det understrekes at tiden er den viktigste enkeltfaktor som både kan fremme og hemme tverrfaglig og tverrsektoriell samhandling mellom profesjonsutøvere. Studien fremhever at det er de samme faktorene som kan fremme eller hemme denne samhandlingen.

Nøkkelord: samhandling, oppfølging, immaterielle ressurser

Summary:

This qualitative study highlights that lack of intangible resources such as time and availability are the most important factors affecting vertical and horizontal interaction between health professionals in primary health care and specialist health care. It is emphasized that time is the single most important factor that can both promote and inhibit interdisciplinary and cross-sectorial interaction between health professionals. The study highlights that these are the same factors that can promote or inhibit this interaction.

Keywords:

Interaction, primary health care, intangible resources

Innhold

Sammendrag.....	3
1. Innledning.....	7
1. Presentasjon og begrunnelse for valg av tematikk	7
1.2 Presentasjon av problemstillingen	10
1.3 Videre organisering av oppgaven	10
2. Bakgrunn.....	11
2.1 Nye politiske føringer for omorganisering og endring i helsesektoren siste tiåret 11	
2.2 Fastlegeordningen	11
2.3 Sentrale føringer for pasientforløp	13
2.4 Samhandling om oppfølging av pasienter som har overlevd gynekologisk kreft ...	15
3. Teoretisk rammeverk.....	17
3.1 New Public Governance som del av reformtenkningen i helsesektoren.....	17
3.2 Samhandlingsreformens styringsinstrumenter og organisatoriske virkemidler 18	
3.3 Prosesstenkningen i Samhandlingsreformen	20
3.3.1 Utviklingen av standardiserte behandlingslinjer og pasientforløp.....	20
3.3.2 Fastlegenes rolle i behandlingslinjer og pasientforløp	21
3.4 Oppsummert om forskning på feltet.....	22
4. Metode.....	26
4.1 Vitenskapsteoretisk tilnærming.....	26

4.2	Valg av design og metode.....	27
4.2.1	Kvalitativt intervju som metode.....	29
4.3	Datainnsamlingsprosessen.....	31
4.3.1	Begrunnelse for utvalg og rekruttering av informanter	32
4.4	Forskningsetiske overveielser	32
4.4.1	Informert samtykke	33
4.4.2	Hensynet til anonymitet.....	34
4.4.3	Forskning på egen yrkesgruppe – om nærhet og avstand	34
4.4.4	Oppbevaring og behandling av data	35
4.5	Analyseprosessen	35
4.5.1	Kategoriserbart analyse	35
4.6	Kritiske sluttrefleksjoner – hensynet til reliabilitet og validitet	37
5.	Presentasjon og diskusjon av funn.....	40
5.1	Forutsetninger for oppfølging av gynekologiske kreftpasienter	40
5.2	Økte krav og forventninger fra myndighetene	47
5.3	Forventninger fra pasientene og samfunnet for øvrig	54
5.4	Tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid i oppfølging av gynekologisk kreftoverlevende.....	58
5.5	Horisontal samhandling mellom profesjonsaktører i kommunene	62
5.6	Faktorer som hemmer og fremmer samhandling med spesialisthelsetjenesten	63
6.	Konklusjon.....	70
6.1	Oppsummerende konklusjon	70
6.2	Veien videre	71
	Vedlegg	72
	Vedlegg 1: Intervjuguide.....	72
	Vedlegg 2: Meldeskjema NSD.....	75
	Meldeskjema 146930	75
	Vedlegg 3: Skjema informert samtykke	80
	Hva innebærer studien?	81
	Referanseliste	87

1. Innledning

1. Presentasjon og begrunnelse for valg av tematikk

Temaet i denne masteroppgaven er samhandling mellom profesjonsaktørene som deltar i oppfølging av pasienter som har overlevd gynekologisk kreft. Kreftsykdom betraktes som en sentral helseutfordring på verdens basis. Framskrivninger forutsetter en økning av antall krefttilfeller årlig fra 14 millioner i 2012 til 22 millioner forventede kreftsyke i 2030 (ERC, 2014). Tall fra norsk kreftregister viser at rundt 30 prosent av befolkningen vil få kreft før fylte 75 år (Kreftregisteret, 2017). Gynekologisk kreft står for 1 av 10 krefttilfeller hos kvinner (ERC, 2014). Forbedring av diagnostikk og behandling har medført at en 5-års relativ overlevelse for alle aldersgrupper som er rammet av gynekologisk kreft i Norge har økt med 48% fra 1980 til 2017, og økningen har en tendens til å fortsette (Kreftregisteret, 2018). Prosedyrer for diagnostikk, behandling og oppfølging av gynekologisk kreft er systematisert i såkalt «pasientforløp». Etter behandlingen, følges pasientene opp i fem år med kontroller i spesialisthelsetjenesten etter en bestemt oppfølgingsprotokoll. Normgivende retningslinjer for

helsepersonellens fremgangsmåte er beskrevet i nasjonal veileder for gynekologisk kreft (Helsedirektoratet, 2016). Oppfølgingen er per dags dato hovedsakelig spesialisthelsetjenestens ansvar. Samhandling mellom profesjonsaktørene i oppfølgingsprosessen og oppgavefordeling skjer i samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste i pasientenes bostedskommune, i tråd med statlige føringer for arbeid og ansvarsfordeling i disse helsetjenestene.

Norske kommuner har plikt til å gi innbyggere en forsvarlig primærhelsetjeneste. Denne lovregulerte tjenesten må omfatte hjelp ved akutte medisinske tilstander, forebyggende virksomhet samt hjelp til utredning, behandling og oppfølging ved sykdom. For å oppfylle disse pliktene må kommunene knytte til seg fastleger og andre nødvendige helseprofesjonsutøvere (HOD, 2011a). Kommunens ansvar innebærer plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten i primærhelsetjenesten i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. Samarbeid og gjensidig veiledning mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste representert ved regionale helseforetak er også lovfestet (**HOD, 2011a**). Det er kommunehelsetjenesten ved fastlegen som har ansvar for å henvise pasienter til nødvendig spesialistbehandling og det er fastlegen som må sørge for koordinering av oppfølging og for helhetlig helsetilbud etter behandling i spesialisthelsetjenesten (HOD, 2011a; HOD, 2012; Helsedirektoratet, 2019). Ikke-smittsomme sykdommer (NCD) som hjerte- og karsykdommer, diabetes, kols og kreft er de største helseproblemene i Norge i nyere tid (FHI, 2017; HOD, 2019). Disse forsterker behov for reformer som skal skape en helhetlig og bærekraftig helse -og omsorgstjeneste og retter oppmerksomheten mot viktigheten av god samhandling mellom spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste. Reformarbeidet i helsesektor som startet fra 1999 med fastlegereformen, har intensjon å møte helseutfordringer med styrkede faglige og profesjonelle ressurser og en bedre koordinert helse -og omsorgstjeneste som skal være tilgjengelig til alle. En av de viktigste forutsetninger for å oppfylle intensjonen er en god samhandling mellom nivåer i helse -og omsorgstjeneste. Stor betydning av god samhandling er anerkjent i alle helsereformdokumentene. Stortingsmelding 25 viser til at et effektivt behandlingsforløp og god samhandling mellom profesjonsutøvere ved overgangen fra sykehus til hjemmet styrker pasientenes opplevelse av kvalitet og trygghet (HOD, 2005) Forbedring av samhandling og medisinsk oppfølging ble utpekt som ett av de viktigste innsatsområdene (HOD, 2005). En viktig milepæl i reformarbeidet i helsesektoren var innføring av samhandlingsreformen som trådte i kraft i 2012. Samhandlingsreformen var en retningsreform som hadde som formål å skape en helhetlig og bærekraftig helse – og

omsorgstjeneste som skal fungere sømløst og være tilgjengelig til alle. Ett av de viktigste virkemidlene for å oppnå formålet var å organisere og utvikle bedre samhandling mellom spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste og et av reformens tiltak var overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjeneste til primærhelsetjeneste i kommunene (Regjeringen, 2009). Forandring i sykdomsbildet og utvikling i medisinsk behandling og oppfølging medfører at stadig flere komplekse helse -og omsorgstjenester ytes i kommunene. I stortingsmeldingen 26 ble det konstatert at mange av helsetjenestene er svært spesialiserte og fragmenterte, og derfor ble det lagt frem en plan for å skape mer helhet i helse- og omsorgstjenesten i kommunene (HOD, 2015b). Meldingen la spesiell vekt på ulike former for samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen og på en utadrettet spesialisthelsetjeneste som bidrar til effektive behandlingsforløp fra sykehus til hjemmet ved utskrivning. Et bedre behandlingsforløp skulle oppnås med tilrettelegging for etablering av primærhelseteam i kommunene samtidig som helseforetak skulle etablere tverrfaglige, ambulerende spesialistteam for oppfølging av kreft og flere kroniske sykdommer (HOD, 2015b). Primærhelseteam skulle styrke horisontalt samarbeid innad i kommunalhelsetjenesten mens et tverrfaglig ambulerende team skulle bidra til å optimalisere kompetansedeling og koordinering mellom nivåene og medføre en bedre pasientoppfølging (HOD, 2015b). Stortingsmelding 19 Folkehelsemeldingen anerkjente behov for videreutvikling av kunnskapsbasert pasientoppfølging ved å fastsette indikatorer for å følge utviklingen i målet om å redusere for tidlig død av ikke-smittsomme sykdommer (NCD) som hjerte- og karsykdommer, diabetes, kols og kreft (HOD, 2015a). Kreftsykdom regnes nå som største sykdomsbyrde i Norge regnet ut etter helsetapjusterte leveår etter DALY – begrepet. DALY kombinerer data for dødelighet og sykkelighet for å regne ut sykdomsbyrde, og i Norge medfører kreft 155 835 helsetapjusterte leveår (FHI, 2018). I sin regjeringsplattform i 2019, den såkalte Granavolderklæringen, anerkjenner regjeringen behov for en ytterligere styrking av samhandling mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste. Regjeringen skal intensivere arbeidet med elektronisk samhandling mellom nivåene i helse – og omsorgstjeneste (Regjeringen, 2019). Pakkeforløp skal videreføres og det skal utvikles nye pakkeforløp som «kreftpasienter hjem». Kompetanseheving i primærhelsetjeneste og rekruttering av kritisk helsepersonell i kommunehelsetjenesten er utpekt som et viktig satsingsområde i regjeringsplattformen. Det er varslet kommende oppdatering av nasjonal helse -og sykehus plan som skal legge særlig vekt på samhandling med kommunene (Regjeringen, 2019). Det fremgår fra alle reformdokumentene at en god samhandling mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste betraktes som avgjørende faktor for

utbygging av en helhetlig og bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Det som fremheves å stå i veien for tettere samhandling er at disse tjenestene har forskjellige samfunnsoppdrag og prioriteringskriterier. Ved tjenestetilbudet må kommunen vurdere og prioritere ressursbruk på tvers av de ulike sektorene. Spesialisthelsetjenestens primære utfordring er å prioritere innen helsetjenesten, mens kommunene må prioritere både mellom sektorer og innen de enkelte områdene i helse- og omsorgstjenesten (HOD, 2018). Samtidig finnes det svært lite evidensbasert forskning på hvordan viktige profesjonsutøvere i kommunehelsetjenesten erfarer samhandling i oppfølging av gynekreftoverlevende (Elit & Reade, 2015).

1.2 Presentasjon av problemstillingen

Problemstillingen som skal undersøkes i denne studien er som følger:

«Hvordan opplever profesjonsutøvere i primærhelsetjenesten samhandling om oppfølging av gynekologisk kreftoverlevende?»

1.3 Videre organisering av oppgaven

Oppgaven er strukturert slik at det i kapittel to redegjøres for studiens bakgrunn. I kapittel tre gjøres det rede for det teoretiske rammeverket som ligger til grunn. Metodiske valg og begrunnelser for disse er omtalt i kapittel fire. Kapittel fem gir en presentasjon av studiens hovedfunn. Disse fremstilles i form av oppsummeringer fra intervju, direkte sitater og egne fortolkninger. I kapittel seks diskuteres studiens funn i lys av det teoretiske rammeverket. Kapittel sju gir en oppsummerende konklusjon og avsluttes med forslag til videre forskning..

2. Bakgrunn

2.1 Nye politiske føringer for omorganisering og endring i helsesektoren siste tiåret

Demografiske forandringer, dramatisk økning av livsstilssykdommer og økende utgifter til helse -og omsorgstjenester har økt behovet for omfattende endring og omorganisering av helsesektoren. Særlig har siste 10-året vært preget av omfattende reformarbeid. Nye helsepolitiske utfordringer krevde en mer effektiv og bedre koordinert helse- og omsorgstjeneste. Tjenesten skulle være fremtidsrettet og bærekraftig. Derfor lanserte den daværende regjeringen 2009 det de omtalte som en retningsreform, Samhandlingsreformen. Reformen ble implementert med virkning fra 1.januar 2012. Formålet med reformen var å skape en såkalt helhetlig og bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Samhandlingsreformenes viktige intensjon var å få forbedret samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og kommunalhelsetjeneste for å gi et faglig bedre og mer helhetlig tilbud til pasientene. Strategiene for å oppnå målet er mer forebygging, tidlig intervensjon og bedre samhandling. God samhandling er særlig viktig når ansvaret for pasienten flyttes fra spesialisthelsetjeneste til kommunehelsetjeneste og gode samarbeidsavtaler bidrar til at hele befolkningen får tilgang til en effektiv, sømløs og bedre koordinert helse -og omsorgstjeneste (HOD, 2008b). Samhandling mellom profesjonsaktører i spesialisthelsetjeneste og kommunalhelsetjeneste foregår innenfor samhandlingsreformens rammer. I tråd med reformen har kommunene fått større ansvar for utredning, behandling og oppfølging av pasienter. Staten kontrollerer utøvelsen ved å kombinere markedsbaserte styringsprinsipper hentet fra New Public Management med samstyring som er typisk for New Public Governance og har teoretisk bakgrunn i nettverksteori (Røiseland & Vabo, 2016).

2.2 Fastlegeordningen

Innføring av fastlegeordning i 1999 har radikalt endret organisering av kommunal helse- og omsorgstjeneste. Formålet med fastlegereformen var å forbedre kvaliteten i primærhelsetjenesten samt å få et bedre regulert helsepolitisk marked der allmennlegene opererte (Veggeland, 2018). Fastlegeordningen skulle sikre alle innbyggere rettighet til en fast allmennlege og befolkningen skulle få større trygghet gjennom bedre tilgjengelighet til allmennlegetjenesten (Helsedepartement, 1998-99). Kommuner skulle få tilstrekkelig med styringsmuligheter samtidig at legene får en reel partsrolle, påvirkningsmulighet og innflytelse over egen arbeidssituasjon. Staten har ansett fastlegeordningen som et egnet middel som kommunene kan bruke til å innfri sine forpliktelser etter Lov om kommunehelsetjeneste (Helsedepartement, 1998-99). Forskrift om fastlegeordning i kommunene skal sikre at alle får nødvendige allmennlegetjenester av god kvalitet til rett tid, og at personer bosatt i Norge får en fast allmennlege å forholde seg til (HOD, 2012), § 1. Fastlegen skal etter § 14 ha ansvaret for å tilrettelegge allmennlegetilbudet ved utskrivning. Ved behov for tilrettelegging etter utskrivning gis institusjonen videre en plikt til å orientere fastlegen før utskrivning skjer (HOD, 2012). I henhold til § 19 skal fastlegen ivareta en medisinskfaglig koordineringsrolle og samarbeide med andre relevante tjenesteytere. Dersom en innbygger på listen har behov for langvarige og koordinerte tjenester, plikter fastlegen å informere samarbeidende instanser om dette og å medvirke til utarbeidelse av individuell plan og koordinere tjenestene i kommunen (HOD, 2012). Fastlegeordning er organisert som et liste-system der innbyggere etter eget ønske registreres på liste til en navngitt fastlege som de henvender seg til når de har behov for legetjeneste. Fastlegen har ansvar for at innbyggerne på lista til enhver tid får forsvarlig helse -og omsorgstjeneste. Ansvaret innebærer primærmedisinsk utredning, behandling og oppfølging samt henvisning til spesialisthelsetjeneste og koordinering og oppfølging etter behandling i spesialisthelsetjenesten. Kommuner plikter til å sørge for forsvarlig og likeverdig primærhelsetjeneste for sine innbyggere uansett kommunestørrelse. Det kommunale ansvaret omfatter kommunal legevakt, fastlegetjeneste, Kommunal akutt døgnetenhet (KAD), primær svangerskapsomsorg, skolehelsetjeneste, fysioterapitjeneste m/habilitering, kommunal psykiatritjeneste, sykehjemstjeneste, hjemmesykepleie og miljørettet helsevern. Det er opp til den enkelte kommune å finne organisasjonsmodellen som er best egnet for å tilfredsstille innbyggernes behov og for å oppfylle lovenes krav for disse tjenestene. Etter samhandlingsreformen og fastlegereformen har norske kommuner gjennom trepartssamarbeid mellom Staten, KS og Legeforening inngått et kontraktfestet samarbeid med allmennlegene. De individuelle kontraktene synliggjør kommunens oppfølging av egne plikter i henhold til

lov og avtaleverk om fastlegeordningen. Kontraktene synliggjør også fastlegenes ansvar for allmennmedisinsk tjeneste til egne listepasienter og ansvaret for andre allmennmedisinske oppgaver i kommunen. Kommunene har adgang til å pålegge fastlege opptil 2 dager i uka til offentlige eller andre legeoppgaver innenfor den kommunale helse -og omsorgstjeneste. Fastlegenes samlet inntekt består av tre deler. Kommunen betaler en fastsatt sum per innbygger på lista- såkalt per capita tilskudd. Tilskuddet er for tiden 380 kroner per pasient per år. I tillegg mottar fastlegen egenandel fra pasienter og honorarer fra HELFO for utførte behandlinger etter satsene som er nærmere fastsatt i normaltariffen. HELFO er statens organ for forvaltning av helseøkonomi. Maksimalt antall innbyggere på fastlegelista er for tiden 2500. Barn under 16 år har krav på å få komme inn på samme liste som foreldrene og en listepasient som har flyttet fra kommunen kan også kreve på å få komme inn på fastlegens liste hvis pasienten flytter tilbake til kommunen innen tre år. Dette gjelder selv om fastlegens liste er full. Innbyggere velger fastlege selv, og kan bytte den to ganger i året forutsatt ledig plass på liste. Fastlegen kan ikke nekte å ta innbyggere på sin liste, og hvis det oppstår begrunnet behov for listeendring eller tilpasninger må fastlege sende søknad til allmennlegeutvalg og samarbeidsutvalg. Allmennlegeutvalg består av alle legene i kommunen mens samarbeidsutvalg består av representanter fra kommuneledelsen og fastlegene og er opprettet i forbindelse med fastlegeordningen. Endringsvedtak fattes i disse utvalgene. Fastlegenes rolle i kommunale helse -og omsorgstjenesten og nasjonale kvalitetskrav til tjenesten er nedfelt i forskrift om fastlegeordningen i kommunene (Helsedepartement, 1999) (HOD, 2012). Hovedmodellen for drift av fastlegeordningen er at fastlegen er selvstendig næringsdrivende med avtale med kommunen. Modellen innebærer at fastlegevirke er underlagt både det fagmedisinske regelverket for helsevirksomhet og regelverket til næringsvirksomhet. Fastlegenes roller som pasientbehandler, helsekoordinator og kommunens rådgiver gjør dem til nøkkelpersoner i kommunal helse – og omsorgstjeneste. Derfor er det særlig interessant å undersøke hvordan fastlegene som sentrale profesjonsutøvere opplever samhandlingen i oppfølging av en rask voksende pasientpopulasjon av kreftoverlevende.

2.3 Sentrale føringer for pasientforløp

Nedenfor gis en kortfattet oversikt over utvalgte lover og sentrale offentlige dokumenter som regulerer pasientforløp i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og mellom nivåene i helsetjenesten.

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester stadfester kommunenes ansvar for å gi innbyggere et helhetlig og koordinert helse -og omsorgstjenestetilbud. Kommunen forpliktes til å inngå samarbeidsavtale med regionale spesialisthelsetjeneste representert ved helseforetak (HOD, 2011a). I Nasjonal veileder til lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak bidrar Helse -og omsorgsdepartementet til ensartet nasjonal praksis i bruken av samhandlingsavtaler. Et annet siktemål er å støtte opp under partenes bruk av avtaler i samarbeidet om lokal utvikling av helse- og omsorgstjenestene (HOD, 2011b).

Forskrift om fastlegeordning i kommunene skal sikre at alle får en helhetlig allmennlegetjeneste av god kvalitet til rett tid. Fastlegen har ansvar for nødvendig henvisning av pasienter til spesialisthelsetjeneste og for tilrettelegging og oppfølging etter utskrivning fra spesialisthelsetjeneste. Det er fastlegenes ansvar å ivareta pasientenes behov ved å gjøre en medisinskfaglig koordinering og samarbeide med spesialisthelsetjeneste, kommunal helsetjeneste og andre relevante tjenesteytere (HOD, 2008b) (HOD, 2012)

Lov om spesialisthelsetjenesten pålegger de regionale helseforetakene å inngå samarbeidsavtale med kommunene. Avtalen handler om håndtering av utskrivningsklare pasienter (HOD, 1999) Fra 2018 er gjensidig veiledningsplikt en obligatorisk del av samarbeidet mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste.

Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter skulle bidra til å skape gode pasientforløp og kostnadseffektive løsninger som kan gi pasienter et like godt eller bedre tilbud i kommunens helse- og omsorgstjeneste som i spesialisthelsetjenesten. I henhold til § 7 skal helsepersonellet på sykehuset, når en pasient legges inn, gjøre en vurdering av om pasienten kan ha behov for hjelp fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter utskrivning fra sykehuset. I § 9 angis vilkår for når en pasient er utskrivningsklar (HOD, 2019a).

Pasientforløp og samhandling i helsetjenestene er omtalt i flere stortingsmeldinger. Stortingsmelding 47 framhevet betydningen av helhetlige og koordinerte helse- og omsorgstjenester som skal forbedres ved blant annet bruk av sammenhengende pasientforløp (HOD, 2008b).

Stortingsmeldingen 16 omtalte at nasjonal helse- og omsorgsplan for periode 2011–2015 stadfester kommunenes ansvar for at helhetlige pasientforløp ble ivaretatt i kjeden av forebygging, tidlig innsats, tidlig diagnostikk, habilitering, rehabilitering, behandling og oppfølging (HOD, 2011c).

Stortingsmelding 10 vektlegger god kvalitet og pasientsikkerhet. Den understreker behov for at helsepersonell får rask og effektiv tilgang til nødvendig informasjon som skal oppnås ved utvikling av en helhetlig elektronisk pasientjournal. Meldingen prioriterer sterkere nasjonal styring og koordinering av IT-utvikling (HOD, 2013).

Samspill 2.0: Nasjonal strategi for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren 2008–2013

Visjonen om helhetlige pasient- og brukerforløp gjennom elektronisk samarbeid ligger til grunn for norsk nasjonal strategi for elektronisk samhandling. Regjeringen intensiverer utvikling av en felles, helhetlig IT- infrastruktur og felles informasjons -og datagrunnlag gjennom utarbeidelse av handlingsplaner. Visjonen om helhetlige pasient- og brukerforløp gjennom elektronisk samarbeid ligger til grunn, og strategien markerte starten på et nasjonalt løft for å knytte fastleger, kommunale pleie- og omsorgstjenester og sykehus elektronisk sammen gjennom Norsk helsenett (HOD, 2013).

I Stortingsmeldingen 26, «Fremtidens primærhelsetjeneste- nærhet og helhet» framheves betydningen av å skape såkalt pasientens helsetjeneste ved å sette pasientenes behov i sentrum for utvikling og endring av helse- og omsorgstjenesten. Det skal legges til rette for bedre tilgjengelighet og en mer teambasert helse- og omsorgstjeneste. Dette skal bidra til et bredere og mer samordnet tilbud og riktigere bruk av personellressursene. Intensjonen er å gjøre kommunene i stand til å levere en større andel av helsetjenestene nær der pasientene bor. Denne skal oppfylles med bedre koordinerte helhetlige pasientforløp (HOD, 2015b).

2.4 Samhandling om oppfølging av pasienter som har overlevd gynekologisk kreft

Norge har sluttet seg til det verdensomspennende arbeidet for å redusere byrden av ikke-smittsomme sykdommer innen 2030 (FHI, 2017). Kreftforskning med fokus på forebygging og behandling gir gode resultater slik at stadig flere overlever sykdommen. Det forventes et økende antall overlevende etter gynekologisk kreft og det er behov for et fremtidsrettet og bærekraftig oppfølgingsregime (Laurie & Clare, 2015; de Rooij.,2019). Tematikken i denne studien er samhandling mellom helseprofesjonsutøvere som deltar i oppfølging av pasienter

som har overlevd gynekologisk kreft. Oppfølging av gynkreftoverlevende foregår som periodevise kontrollundersøkelser i spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenestens hensikt er å oppdage tilbakefall av samme eller andre typer kreft og behandle eller lindre eventuelle skadelige seneffekter etter kreftbehandlingen. Den kommunale helse -og omsorgstjenesten med fastlegen i spissen har imidlertid ansvar for å ivareta et bredere sett av behov hos gynkreftoverlevende. Fastlegene i kommunene har plikt til å følge opp samlet helsesituasjon, hvor kreftsykdommen er en del av livet til den enkelte pasient og pårørende. Det er fastlegenes oppgave å ivareta pasientenes interesse i forhold til NAV og for å tilrettelegge pasientenes tilbakeføring til arbeidslivet (HOD, 2011; HOD 2012). Fastlegenes arbeid med denne pasientgruppa har som endelig mål å rehabilitere mestringsevne til gynkreftoverlevende slik at man kan leve et godt liv med tilstanden man har. Fastlegen har en sammensatt, tredelt rolle i den kommunale helse -og omsorgstjenesten som er regulert i lover og forskrifter. En fastlege har behandleransvar for egne listepasienter og for akutte sykdommer hos kommunens innbyggere (Sosial -og helsedepartement, 1999; HOD, 2001; HOD 2011; HOD, 2012). Fastlegen er kommunens rådgiver i samfunnsmedisinske- og miljømedisinske saker og samhandlingspartner til Spesialisthelsetjeneste og NAV (HOD, 2011). Funksjonene gjør fastlegen til den viktigste profesjonsutøver i kommunehelsetjenesten. Fastlegene får stadig tillagt nye oppgaver som eksempelvis oppfølging av tarmkreftoverlevende og oppgaveoverføring er en voksende prosess. Oppfølging av pasienter som har overlevd gynekologisk kreft opptar en stadig større del av fastlegenes hverdag. Det er viktig å få frem fastlegenes opplevelse av samhandling i oppfølging av denne pasientgruppen.

3. Teoretisk rammeverk

3.1 New Public Governance som del av reformtenkningen i helsesektoren

New Public Governance kom som en reaksjon og erkjennelse på at New Public Management ikke fungerte etter intensjonene. Produksjon av helse – og velferdstjeneste har blitt mer sammensatt og kostbar. En økt horisontal fragmentering medførte samordningsproblemer. Spesialisering og desentralisering av organisasjonene gjorde det vanskeligere for dem å utforme og iverksette effektive tiltak alene. Det var nødvendig med tettere interorganisatorisk samarbeid mellom flere ulike nivåer og sektorer i offentlige, private og frivillige organisasjoner for å gi innbyggerne en helhetlig og sømløs helse -og omsorgstjeneste (HOD, 2008b). Behov for flernivåstyring og samordning av dette grenseoverskridende nettverks- og partnerskapsorienterte samarbeidet medførte innføring av ny styringsmodell- New Public Governance. New Public Governance betegnes i norsk teoretisk litteratur som samstyring. Samstyring foregår gjennom strukturer hvor likeverdige, men gjensidig avhengige aktører samhandler om oppgaver på helse- og omsorgsområdet. Samstyring defineres som en ikke hierarkisk prosess som koordinerer offentlige og/eller private aktører og gir dem felles retning og mening (Røiseland & Vabo, 2016). Samstyring vektlegger både uformelt og formelt samarbeid og fremforhandlede løsninger på bakgrunn av felles verdier. Samarbeidet mellom spesialisthelsetjeneste ved sykehus/helseforetak, og primærhelsetjeneste i kommunene har gjennom samhandlingsreformen fått en formalisert juridisk form. Samhandlingsreformen bygger eksplisitt på en samstyringslogikk men den juridiske formen har medført at samhandlingspartnere er mer fokusert på ivaretagelse av egne interesser gjennom forhandlinger (Hanssen, Helgesen, & Holmen, 2014). Den teoretiske bakgrunnen for samstyring er hentet fra nettverksteori. Teorien forklarer hvordan et nettverk bestående av offentlige myndigheter, markedsaktører og sivilsamfunn utformer politikk på et område (E. Sørensen; J. Torfing, 2005). Nettverkets formål er å designe og kontrollere målene og oppnå resultater baserte på felles problemanalyse, felles verdier og konsensus. Samhandling mellom primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste i Agder er et eksempel på nettverksorganisering. Kommunene har konstituert interkommunale regionråd som har etablert samarbeidsutvalg på helsetjenesteområdet. Samarbeidsutvalgene følger opp og overvåker samarbeidsavtaler mellom spesialisthelsetjeneste representert med regionalt helseforetak i Agder og primærhelsetjeneste i kommunene. Utvalgene består av samhandlingskoordinator i regionen, samhandlingssjef fra Sørlandet sykehus, og helse -og

sosialledere fra hver enkelt kommune. Regionrådene har konstituert egne interkommunale faggrupper med formålet å fremme helhetlige pasientforløp og å diskutere praktiske spørsmål som oppstår i interkommunal samhandling på helsetjenesteområdet i regionen.

En av de klareste funnene i nyere forvaltningsforskning er at nettverksstyring har blitt viktigere for offentlige byråkratier (Curry, 2015). Utfordringer for forvaltningspolitikken i Norge er felles for alle europeiske land og denne innebærer mer nettverksstyring og evidensbasert politikktutvikling (Aspøy, 2014). Nettverksforskning stadfester både en relasjonell og strukturell utvikling av styringsnettverk. Utviklingen innebærer en økende verdi av andre aktører og deltakere i aktivitetene til offentlig forvaltning og økende aksept av styringsnettverk i tradisjonelle styringsinstitusjoner. Konsekvensen er at styringsnettverk befester sin rolle og funksjon som koordinator i lokal helsepolitikk (Tennås Holmen, 2011). Samstyringsteori har stadfestet at styringsnettverk spiller en vesentlig rolle i offentlige styringsprosesser, og at nettverk mellom offentlige og private aktører betraktes som et effektivt styringsredskap (Sørensen & Torfing, 2012).

3.2 Samhandlingsreformens styringsinstrumenter og organisatoriske virkemidler

Statens instrumenter for styring -og koordinering av samhandlingsreformen referer til tre ulike styringsmekanismer hierarki, marked og nettverk (Røiseland & Vabo, 2016). Eksempler på styringsgrep som bruker underliggende hierarkiske mekanismen er påtvunget, lovpålagt partnerskap. Gjennom Samhandlingsreformen har Staten pålagt kommuner og helseforetak til å samarbeide. I Helse – og omsorgsloven, kapitel 6, forpliktes helseforetak og kommuner til samarbeidsavtaler. Slikt påtvunget partnerskap betegnes i organisasjonslitteraturen som koordineringsmandat (Torjessen & Vabo, 2014). Hensikten med samarbeidsavtalene er å få til best mulig pasientflyt mellom spesialisthelsetjeneste og fastlegene, som er ansvarlig for pasientene i kommunen, og (HOD, 2011a). Staten definerer formål og innhold i avtalene i en nasjonal veileder for samarbeidsavtaler men det er opp til kommunene og spesialisthelsetjenesten representert ved regionalt helseforetak å organisere samhandlingen (HOD, 2011b). Avtalene regulerer alle forhold rundt samarbeidet mellom den regionale spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste i den enkelte kommunen. Slike styringsinstrumenter påvirker styringsobjektet til å styre seg selv i tråd med statens ønsker uten sterk tvang. Grepet bruker kombinasjon av autoritet og oppmuntring/tilrettelegging til samarbeid og er velkjent i organisasjonslitteratur (Torjessen & Vabo, 2014). Andre styringsinstrumenter som bruker hierarkiske mekanismer er tradisjonelle inputorienterte

finansielle styringssystemer som øremerkede tilskudd fra Helsedirektoratet til Kommunal akutt døgntilbud. Resultatorienterte finansielle styringsinstrumenter som er fokusert på incentiver bruker markedet som styrings- og koordineringsmekanismen. Gjennom kommunalmedfinansiering deler kommuner utgifter til sykehusopphold for egne innbyggere og får incentiver til å redusere sykehusinnleggelse, bygge lokale medisinske sentre eller intensivere forebyggende tiltak. Hensikten med slike markedsbaserte styringsinstrumenter er at kommunene reduserer omfanget av sykehusinnleggelser ved å forebygge sykdom eller behandle pasienter hos fastlegen i primærhelsetjenesten i stedet på sykehus (Romøren, 2011). Det er nødvendig for kommunene å ha god kunnskap om emnet for å få en effektiv utnyttelse av incentivene. Dette stiller større krav til kommunal ledelse og fastlegene som sitter med ansvaret for pasientbehandling og koordinering av helse -og omsorgstjeneste i kommunen. Kommunene må også betale dagbøter for utskrivningsklare sykehuspasienter som kommunen ikke kan ta imot. Dette er et eksempel på styringsinstrument som i organisasjonsteori betegnes som resultatorientert finansiell styringssystem med fokus på incentiver (Torjessen & Vabo, 2014). Eksempel på styringsinstrumenter som bruker nettverksmekanismer i strategisk styring er nasjonal koordineringsgruppe for samhandlingsreformen. Koordineringsgruppe har mandat å følge opp samhandlingsprosess gjennom rapportering, evaluering og løpende tilbakemeldinger. Gruppen har en koordinerende funksjon mellom politisk ledelse i departementene og iverksettende virksomheter som er spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste. Dette er et eksempel på statens virkemidler som i organisasjonslitteratur betegnes som bottom-up og interaktiv strategisk styring (Torjessen & Vabo, 2014). Eksempel på organisatoriske virkemidler på regionalt og lokalt nivå som bruker både hierarki og nettverk er funksjoner som Medisinsk samhandlingsråd, samhandlingskoordinator og kreftkoordinator. Samhandlingsreformen tilrettelegger også for frivillig koordinering. Organisatoriske virkemidler som rådgivende og konsulterende enheter, felles fagenheter, enheter for kollektive beslutninger, IT- kompetansesentre og sentre for informasjonsutveksling er basert på nettverk som koordineringsmekanisme. Organisasjonsteorien definerer styringsnettverk som horisontal sammenknytning av aktører som interagerer gjennom forhandlinger innenfor rammen av et institusjonalisert felleskap. Aktørene er gjensidig avhengige men operasjonelt sett uavhengige og innen visse rammer selvregulerende og bidrar til offentlig styring gjennom samhandling (Røiseland & Vabo, 2016).

3.3 Prosesstenkingen i Samhandlingsreformen

Prosesstenkning har teoretisk grunnlag i organisasjonsteori. I organisasjonslitteraturen beskrives prosesstenkning som et paradigma som er opptatt av å skape gode og kostnadseffektive tjenester ved å rette fokus på organisasjonenes kjerneoppgaver som betegnes som verdiskapende prosesser. Prioritering av disse verdiskapende prosesser i organisering og ledelse av produksjonsprosessen ville kunne skape god kvalitet i tjenestene og bedre samhandling med brukere også på tvers av organisasjonens strukturelle rammer (Fineide & Ramsdal, 2014). Samhandlingsreform har som mål å skape en sømløs, effektiv og helhetlig helse -og omsorgstjeneste. Instrumentene for måloppnåelse er hentet fra teori om prosesstenkning. Effektivisering og harmonisering av tjenestens kjerneoppgave skjer ved hjelp av prosessbaserte virksomhetsmodeller. Behandlingslinjer og pasientforløp er prosessbaserte virksomhetsmodeller som brukes i reformarbeidet i helse -og omsorgstjeneste (Fineide & Ramsdal, 2014). I nasjonal helse -og omsorgsplan 2011-2015 er et helhetlig pasientforløp med koordinerte deltjenestene omtalt som en hensiktsmessig måte å oppnå samhandlingsreformens mål uansett hvem som har ansvar for de enkelte delene av helse – og omsorgstjeneste. (St. meld. nr.16 2010-2011) Samhandlingsreformen stimulerer innføring av slike standardiserte forløp i samhandlingsrelasjoner mellom ulike aktører, organisatoriske enheter og forvaltningsnivåer. Reformens utgangspunkt var at en effektiv, helhetlig, og sømløs helsetjeneste kan oppnås ved å styrke de behandlingslinjer og helhetlige pasientforløp der flere pasienter skal tas hånd om i primærhelsetjeneste istedenfor på sykehus. Det er særlig viktig med god samhandling når ansvaret for pasienten flyttes mellom sykehus og kommuner, og mellom avdelinger og enheter innen sykehus og kommuner (HOD, 2008b). Etablering av sømløse helsetjenester gjennom standardiserte prosedyrer for samhandling mellom ulike tjenester betegnes i organisasjonslitteratur som collaborative management.(Fineide & Ramsdal, 2014)

3.3.1 Utviklingen av standardiserte behandlingslinjer og pasientforløp

Samhandling mellom virksomheter for å understøtte pasientforløp på tvers av helse -og omsorgstjenesten har fått høyest prioritet fra midten av 2000-tallet. Intensivert innføring av behandlingslinjer og pasientforløp i helse -og omsorgstjenesten kom som en konsekvens av helsepolitiske føringer som etterlyste kostnadseffektivitet og bedre samhandling og

koordinering. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skulle sørge for å ivareta helhetlig pasientforløp fra tidlig innsats til oppfølging etter behandling (HOD, 2015b). Behandlingslinjer og pasientforløp anses som et godt middel for å yte en helhetlig og sømløs helse -og omsorgstjeneste til pasientene. Effekten i form av optimalisering av pasientbehandling og reduksjon av komplikasjoner er bekreftet i en rekke studier (Rotter et al. 2010). En helhetlig helse -og omsorgstjeneste forutsetter et bedre tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid. Forløpstenkning i helse -og omsorgstjeneste og samarbeid om pasientforløp kan bygge bro mellom spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste (NFR, Grimsmo, & Løhre, 2015). Behandlingslinjer sammen med evidensbasert medisin former standardprogrammer for medisinsk faglig arbeid. (Harrison et al.2002) Disse standardprogrammene er mer transparente og etterrettelige for ledelse. De regulerer helsearbeid og øker ledelsens styrings -og kontrollpotensialet (Fineide & Ramsdal, 2014). Pakkeforløp for gynekologisk kreft er et organisatorisk koordineringsvirkemiddel som i teorien betegnes som chain-management struktur (Fineide & Ramsdal, 2014).Virkemiddelet koordinerer et nettverk av ulike organisasjoner som etterfølger hverandre i utredning, behandling og oppfølging av gynekologisk kreftpasienter. Utviklingen av pakkeforløpet starter i samsvar med statlige føringer initiert av et overordnet samarbeidsutvalg og involverer forskjellige fagutvalg og faggrupper fra spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste. Arbeidet starter som et prosjekt støttet og finansiert av Helsedirektoratet som publiserer sluttresultatet i form av en faglig veileder.

3.3.2 Fastlegenes rolle i behandlingslinjer og pasientforløp

Innføring av samhandlingsreformen og kunnskapsutvikling i medisin har intensivert overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjeneste til primærhelsetjeneste (Regjeringen, 2009). Samhandlingsreformens intensjon er å forbedre den kommunale helse – og omsorgstjeneste ved bruk av sammenhengende pasientforløp Kommunene skulle sørge for at helhetlige pasientforløp ble ivarettatt i kjeden av forebygging, tidlig innsats, tidlig diagnostikk, habilitering, rehabilitering, behandling og oppfølging (HOD, 2011c). Fastlegene som allerede har mange viktige oppgaver i primærhelsetjenesten har dermed fått utvidet sitt ansvarsområde. Fastlegene har per i dag ansvar for oppfølging av pasienter som lider av kroniske, sammensatte sykdommer som for eksempel hjerte-kar sykdommer, diabetes, psykiske lidelser, maligne lidelser. Det er innført en kunnskapsbasert prosedyre som skal forbedre diagnostisering, behandling og oppfølging av pasienter som er rammet av kroniske

og sammensatte sykdommer. Prosedyren kalles pakkeforløp og er særlig godt egnet for å håndtere kreftsykdommer. (Helsedirektoratet, 2016) I et pakkeforløp er fastlegen ansvarlig for å utrede pasienter som viser sykdomstegn og for å henvise dem til spesialisthelsetjeneste. Det er fastlegens ansvar å følge opp pasienter som er ferdigbehandlet på spesialisthelsetjeneste nivå og fastlegen står ansvarlig for å koordinere helse -og omsorgstjenesten i forhold til pasientenes behov. Fastlegeordningen ble formalisert i avtalen mellom Sosial- og helsedepartementet, Kommunenes Sentralforbund og Den norske legeforening og iverksatt i 2001 (Helsedepartement, 1998-99). Fastlegeordningen bygger på leger som privat næringsdrivende og ideologien hentet fra New Public Management om fritt sykehusvalg og fritt valg av spesialist men er samtidig et sterkt reguleringsinstrument som staten bruker for å regulere allmennlegevirksomhet i kommunene (Veggeland, 2018). Fastlegeordningen er en gjennomregulert ordning og fastlegene er underlagt nasjonal styring gjennom lov, forskrifter og nasjonale avtaler. (Helsedepartement, 1999) (HOD, 2011a) (HOD, 2015b) (HOD, 2019b). Samarbeid mellom kommuner og allmennlegene innenfor fastlegeordningen er et eksempel på samstyring i lokal helsepolitikk. Formålet var å styrke primærhelsetjenesten ved å gi likeverdig allmennmedisinsk tjeneste til befolkning uansett bosted samt å forsikre utføring av offentlige legeoppgaver og helsetjenester som hører under kommunalt ansvar. Avtalen er inngått mellom prinsipielt sett likeverdige men gjensidig avhengige aktørene og avgjørelsene er resultat av forhandlinger men innenfor en institusjonalisert ramme fastsatt av staten.

3.4 Oppsummert om forskning på feltet

Verdens helseorganisasjon betrakter kreftsykdom som en av de ledende dødsårsakene på verdensbasis og framskrivninger forutser en økning av antall krefttilfeller årlig fra 14 millioner som var i året 2012 til 22 millioner kreftsyke som forventes til 2030 (ERC, 2014). Forebygging, diagnostikk og behandling av gynekologisk kreft er vesentlig forbedret i den siste tiårsperiode og dette medfører at antall pasienter som overlever denne krefttype er økende (Laurie & Clare, 2015). Pasienter som har respondert positivt på behandling for gynekologisk kreft utgjør 20 % av alle kreftoverlevende kvinner (Salani et al., 2011). 5-års relativ overlevelse etter gynekologisk kreft i Norge har økt i alle aldersgrupper i perioden 1980-2017. For alle aldersgruppene samlet kan man se en økning fra 34,7% i førsteperiode til 48,3% i siste periode. Det er en økning på 13,6% (Kreftregisteret, 2018). Etter at den aktive behandlingen er avsluttet er det høyest aktuelt å finne den mest effektive måten å følge opp disse pasientene for å oppdage eventuelt tilbakefall. Forskning har påvist at 70 % av

tilbakefall av gynekologisk kreft er ledsaget av karakteristiske symptomer og at 68% til 100 % av tilbakefall skjer innen de første 3 år i oppfølgingsperioden (Fung-Kee-Fung et al., 2006). Oppfølging av norske pasienter som har overlevd gynekologisk kreft er organisert som 5-års kontrollopplegg med fastsatte rutineundersøkelser som utføres av legespesialister i gynekologi ved spesialisthelsetjeneste (Helsedirektoratet, 2016). På verdensbasis er det enten legespesialister i gynekologi eller et lokalt onkologisk sykepleierbasert team som følger opp denne pasientgruppa. Oppfølgingen har mange likhetstrekk med den norske, men varierer avhengig av geografiske forhold, organisering av helsetjeneste og lokal praksis (Elit & Reade, 2015). Nyere evaluering av oppsummert forskning på oppfølgingsopplegget har avdekket at en intensiv oppfølging utført av spesialistleger ikke gir effekter i form av forlenget overlevelse eller forbedret livskvalitet for denne pasientgruppa. I tillegg finnes det grunnlag til å konkludere at en slik oppfølging er ikke kostnadseffektivt (Clarke & Co-Researchers, 2015). I 70 % av alle tilfellene oppstår tilbakefall av gynekologisk kreft hos pasienter som i utgangspunktet ble kategorisert i gruppen med høyrisiko for tilbakefall og som hadde uttalte tilbakefallssymptomer innen første 3 år av oppfølgingsperioden. Oppdagelsen av tilbakefall var uavhengig av oppfølgingsregimet (Fung-Kee-Fung et al., 2006). Forskning tyder på at den mest hensiktsmessige oppfølgingen er den som er basert på pasientens risikograd for tilbakefall (Laurie & Clare, 2015).

En av hovedintensjonene av norsk samhandlingsreformen er å skape en såkalt pasientens helsetjeneste ved å gi befolkningen en helhetlig helsetjeneste der pasienten bor. Reformen skal gjøre kommunene i stand til å levere større andel av helsetjeneste lokalt og bedre koordinerte pasientforløp i regi av fastlege. Det skal legges til rette for helse- og omsorgstjenesten som er mer basert på et lokalt team (HOD, 2015b). Det finnes forskningsgrunnlag for påstand at dagens oppfølging av overlevende etter gynekologisk kreft er resurskrevende og at det ikke finnes evidens basert bekreftelse på at denne gir et bedre resultat på overlevelse eller en bedre livskvalitet til pasientene (Clarke & Co-Researchers, 2015). Forskningsresultater fra Nederland og Danmark viser at oppfølging i regi av primærhelsetjeneste utført av allmennpraktiserende lege sammen med kreftsykepleier gir bedre kostnadseffektivitet (Ezendam et al., 2018) (Jeppesen, Jensen, Hansen, Christensen, & Mogensen, 2018). Pasienter som ble kategorisert utenom høyrisikogruppen og fulgt opp i kommunal helsetjeneste i et pasientorientert opplegg reduserte kostnader ved bruk av helsetjeneste uten økt fare for tilbakefall eller forringelse av livskvalitet. Pasientenes subjektive frykt for tilbakefall ved oppfølging i kommunal helsetjeneste ble imidlertid ikke mindre (Jeppesen et al., 2018). Forskning med henblikk på å finne den beste

oppfølgingspraksis har hittil ikke i tilstrekkelig grad belyst pasientenes synspunkter på problematikken. Forskningen viser at kreftoverlevende trenger detaljert informasjon for å få inngående kunnskap om spesifisiteten av egen helsetilstand etter aktiv behandling.

Overlevende trenger mer kunnskap om faresignaler, og en bedre veiledning om livsstil etter sykdommen og om tilbakeføring til samfunnsaktiviteter (Urquhart, Folkes, Babineau, & Grunfeld, 2012).

Kommunale helse- og omsorgstjeneste i Norge skal utvikles slik at den gir innbyggere gode muligheter for livskvalitet og mestring. Kommunene med fastlege i spissen skulle sørge for at helhetlige pasientforløp ble ivaretatt i kjeden av forebygging, tidlig innsats, tidlig diagnostikk, habilitering, rehabilitering, behandling og oppfølging (HOD, 2015b). Når ansvaret for oppfølging overføres til fastlege er det nødvendig med omfattende tilrettelegging. Det er nødvendig at pasientene får grundig informasjon om oppfølgingsopplegget og at de har tillit til fastlegenes kompetanse for å ivareta deres behov (Urquhart et al., 2012). Den norske forskningen på feltet viser at pasienter som har et godt forhold til sin fastlege er mer positiv til å fortsette med oppfølging i kommunehelsetjeneste etter kreftbehandling. Pasienter som har avrundet behandlingen etter gynekologisk kreft men ikke påbegynt oppfølging er mer positiv til følges opp av fastlegen mens de som allerede følges opp ved spesialisthelsetjeneste vil helst fortsette med dette (Heidi L. Fidjeland, Brekke, Stokstad, & Vistad, 2018). Oppfølging hos fastlege reduserer bruk av spesialisthelsetjeneste men ikke frykt for tilbakefall hos pasientene som har overlevd gynekologisk kreft (Jeppesen et al., 2018). Ekteskapsstatus og sosial støtte kan spille en viktig rolle i planlegging av oppfølging (Forsythe et al., 2014). Politiske føringer forutsetter at innføring av prosessorienterte modeller som pakkeforløp for gynekologisk kreft skal bidra til løsning av kvalitets -og samhandlingsproblemer i helsevesenet. Det forventes at bedre samhandling og oppgaveoverføring skal medføre en bedre og kostnadseffektiv helsetjeneste. Derfor intensiveres implementering av oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjeneste til fastlegene i kommunene. Fastlegene har allerede fått ansvar for oppfølging av flere pasientgrupper som har overlevd forskjellige typer kreftsykdom. Fastlegene føler seg kompetente til å ivareta oppgavene men etterlyser bedre tilrettelegging og mer rasjonell oppgavefordeling. De kvier seg til å overta ytterligere sammensatte oppgaver grunnet økende arbeidsbelastning (Heidi Lidal Fidjeland, Brekke, & Vistad, 2015); (NFA & samhandling, 2017) ;(Rebnord, Eikeland, Hunskår, & Marken, 2018) Vår studie fokuserer på helseaktørene i kommunehelsetjeneste og deres erfaringer og refleksjoner rundt egen rolle i samhandling i oppfølging av gynekreftpasientene når helsepolitiske prioriteringer forandres. Organisasjonsforskning fremhever tre organisatoriske

utfordringer når slike pakkeforløp skal implementeres. I standardiseringsarbeid er det viktig med samarbeid mellom de som standardiserer og de som skal bruke standardisering i sin yrkesutøvelse. Det er nødvendig å bruke hensiktsmessige verktøy og teknikker i standardiseringsarbeidet for å forsikre reelle analyser av de utfordringene som pakkeforløp er ment for å løse. Det må legges opp til kompetansehevende tiltak for å oppnå god implementering (Bjørkquist & Fineide, 2018).

4. Metode

4.1 Vitenskapsteoretisk tilnærming

Denne studien søker dypere kunnskap om hvordan en profesjonsgruppe erfarer samhandling mellom profesjonsaktører i kontekst av sitt daglige arbeid. Studien vil få fram profesjonsutøvernes syn på faktorer som påvirker samhandlingsprosess. Derfor er det valgt et kvalitativ design med case-studie som forskningsstrategi. Kvalitativ tilnærming er egnet til å undersøke hvilke meninger og holdninger individer eller grupper har om et fenomen.(Creswell, 2014). Den vitenskapsteoretiske tilnærmingen til denne studien er fortolkningsbasert og forankret i hermeneutikk. Den hermeneutiske tilnærmingen tar utgangspunkt i at virkelighet er konstruert og at det ikke finnes en objektiv sosial virkelighet men flere ulike forståelser av virkelighet (Jacobsen, 2015). Hermeneutikk handler om å forstå og fortolke menneskenes levd erfaring (Polit & Beck, 2018). Forskeren må sette seg inn i hvordan mennesker oppfatter, fortolker og konstruerer virkeligheten. Denne hermeneutiske forståelsen av utvikling av kunnskap forutsetter at forskeren har empati for informantens situasjon og evnen til å fortolke empirien som informantene gir (Jacobsen, 2015).

Hermeneutikkens utgangspunkt er at fenomenet fortolkes gjennom å utforske et dypere meningsinnhold en det som er umiddelbart innlysende (Kvale & Brinkmann, 2017). Et grunnleggende prinsipp i hermeneutikken er at menneskets liv er kontekstuel. Betydning av innhentet kunnskap er avhengig av konteksten der meningen ble skapt, og av konteksten der meningen ble fortolket (Kvale & Brinkmann, 2017). Derfor redegjør jeg videre i kapittelet for utvalg av informanter og den spesifikke konteksten som profesjonsutøvere i primærhelsetjeneste er en del av.

Et annet viktig prinsipp i hermeneutikken er at fortolkningsprosess er sirkulær. Det innebærer at forsker som søker etter mening av teksten som en helhet, kontinuerlig veksler mellom meningsenheter og helhet (Polit & Beck, 2018). Denne kontinuerlige, sirkulære analyseprosessen omtales i litteratur som den hermeneutiske spiral (Jacobsen, 2015). Jeg har brukt denne måten å søke mening på i analyseprosess av datamaterialet i denne studien. Jeg har først gått gjennom hele materialet for å få inntrykk av helhet og for å se mer overordnede sammenhenger. Deretter har jeg inndelt de transkriberte intervjuene i temaer og kategorier Informantenes uttalelser tematiserte jeg etter min egen fortolkning og fremhever det sentrale temaet som dominer den naturlige meningsenheten. Denne fremgangsmåten har gjort det mulig å gå dypere i datamaterialet for å finne likheter og ulikheter, nyanser og andre detaljer.

Etter dette har jeg tilstrebet å sette de ulike informantenes forståelser av virkelighet i en større forståelsesramme. Den største sannsynlighet for å komme til en sann virkelighetsbeskrivelse ved bruk av denne fortolkningsbaserte tilnærmingen er når flere uavhengige informanter er enige om den beskrivelsen (Jacobsen, 2015). Det finnes flere måter hvordan en forsker kan analysere det kvalitative empiriske datamaterialet men det stilles krav om at innhenting, behandling og presentasjon av forskningsmaterialet gjøres på en systematisk måte (Jacobsen, 2015). Det er viktig at jeg som forsker kan reflektere over valg som jeg har gjort i det teoretiske rammeverket og de metodologiske valg som ligger til grunn for datainnsamling og analyseprosessen. Min fremstilling og fortolkning av resultater må sees i lys av disse valgene, min forforståelse og kontekst.

4.2 Valg av design og metode

Forskningsstrategi i denne studien baseres på et kvalitativt design med case-studie som strategisk tilnærming og individuelt semistrukturert intervju som brukes som forskningsmetode. Forskningsmetoden karakteriseres ved at forskeren med åpent sinn oppsøker den naturlige settingen der informantene erfarer fenomenet. Dataene samles og studeres i sin naturlige kontekst og forskeren går induktivt fram fra empiri til teori (Jacobsen, 2015). Metoden fokuserer på informantenes meninger og jeg bruker case-studie som forskningsstrategi for å få en dypere forståelse av hvordan samhandling om prosessorienterte modeller mellom primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste fungerer i praksis, sett fra primærhelsetjenestens ståsted. Jeg bruker et eksplorativt design for å få frem mest mulig av den kompleksiteten ut ifra de valgte informantene (Thagaard, 2013). Studiens fokus er rettet mot profesjonsutøvere i primærhelsetjeneste og deres opplevelse av samhandling med spesialisthelsetjeneste. Case-studie som forskningsstrategi gir god mulighet til grundig undersøkelse selv med smalt utvalg av informantene. Forskningsstrategi er egnet til å få fram informantenes opplevelse av samhandlingsprosessen og for å danne grunnlag til å forstå og forklare deres handlinger (Andersen, 2013). Det er en ulempe at det er valgt få informanter for studien da det dette vanskeliggjør generalisering fra en case til andre. Valg av få informanter vil kunne redusere studiens overføringsverdi. En sentral utfordring i kvalitative case-studier er å oppnå en analytisk forenkling som gjør at samlet datamaterialet er håndterbart. Forskere håndterer denne utfordringen ved å etablere en eksplisitt referanseramme for arbeidet (Andersen, 2013). Samhandlingsreformen fra 2009 hadde som intensjon å forbedre kommunehelsetjeneste ved blant annet å innføre pasientforløp

(Regjeringen, 2009). Primærhelsetjeneste i kommuner skulle sørge for lokal ivaretagelse av pasientforløpet fra tidlig innsats til oppfølging etter spesialistbehandling. Helsepolitiske føringer har siden den tid etterlyst bedre kostnadseffektivitet og bedre samarbeid og koordinering mellom spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste. Politiske føringer har i de siste tiårene brukt en massiv oppgaveoverføring til primærhelsetjeneste for å oppnå dette målet og trenden er økende. Det er derfor interessant å undersøke hvordan profesjonsaktører i primærhelsetjenesten oppfatter de styringstiltakene fra politisk hold og hvordan dette blir håndtert lokalt i kommunene. Kontekst i denne studien er primærhelsetjeneste i valgte kommuner i sørlig del av landet. Studien er en case som har som formål å få fram profesjonsaktørens forståelse av egen rolle og deres forståelse av faktorer som hemmer og fremmer samhandling med spesialisthelsetjeneste. Metoden forutsetter at datasamling foregår i informantens naturlige omgivelser der problemstillingen utspiller seg og at forskeren samler dybdeinformasjon fra relativt få informanter. (Cozby & Bates, 2015)

Datainnsamlingsprosedyren krever hensiktsmessig valgte informanter som bidrar til beste forståelse av forskningsspørsmålet og derfor er data samlet gjennom intervjuene med fastleger og deres samhandlingspartnere. Selv om jeg hadde fått samtykke fra 20 informanter som var villig til å delta i intervjuet, har jeg valgt å stoppe datainnsamlingen etter intervjuet med 8 informanter da jeg vurderte at metningspunktet var nådd. Datainnsamling stopper når nye data ikke bringer mer innsikt om problemstillingen og metningspunktet er nådd (Polit & Beck, 2018) Jeg har en fortolkende tilnærming til data med fokus på deltakernes individuelle meninger i kontekst, og på viktigheten av å gjengi kompleksiteten av situasjonen (Creswell, 2014). Dataanalyse i min studie bygges på en induktiv måte (Creswell, 2014) Denne studien har som hensikt å få frem primærhelsetjenestens syn på samhandling om implementering av prosessorienterte modeller og å analysere og tolke både manifest og latent innhold som fremkommer fra profesjonsutøvernes egne uttalelser om samhandlingen. Derfor er det foretatt et individuelt intervju av aktører i primærhelsetjeneste som har vesentlig funksjon i oppfølging av gynekreftoverlevende. Intervjuet er semistrukturert og innebærer en kombinasjon av «struktur» og «flyt». Intervjusamtalene er gjennomført «ansikt-til-ansikt» på informantens arbeidsplass. De er bygget rundt en intervjuguide bestående av hovedspørsmål som dekket tematikken jeg ønsket å snakke med informantene om, men de stod fri til å fortelle om sine personlige erfaringer om hvert tema. Den semistrukturerte tilnærmingen lot informantene snakke fritt rundt temaene i intervjuguiden, samtidig som jeg med oppfølgingsspørsmål styrte samtalen mot de elementene som er mest relevante, som for eksempel informantens egne erfaringer og refleksjoner rundt ulike sider ved samhandling

mellom profesjonsaktørene som deltar i oppfølging av gynkreftoverlever og hvilke faktorer etter informantenes mening fremmer eller hemmer samhandlingen. Intervjuguide består av en kombinasjon av introduksjons-, oppfølgings- og inngående spørsmål. Den inneholder spesifiserende, både direkte og indirekte spørsmål samt strukturerende og fortolkende spørsmål. Intervjuguiden er utarbeidet etter inspirasjon fra litteratur på området. (Kvale & Brinkmann, 2017). Intervjuene er tatt opp på bånd og transkribert. Hele teksten med yrkesutøvernes egne synspunkter representerer en analyseenhet. Teksten deles i meningsenheter som er innholdsmessig knyttet sammen og består av informantenes uttalelser som gjenspeiler deres erfaringer og refleksjoner rundt egen rolle i kontekst av en tendens til økende oppgaveoverføring til primærhelsetjeneste i kommunene. Meningsenheter kondenseres og ytterligere forkortes slik at de inneholder den sublimerte essensen av informantenes mening. Slik kondenserte meningsenheter abstraheres og gis koder. Hele kontekst tas i betraktning når meningsenheter kondenseres og kodes. Koder sammenlignes på bakgrunn av likheter og ulikheter og sorteres i subkategorier og kategorier som utgjør manifest innhold. Latent innhold i kategoriene formulerer temaet analysert ved bruk av kvalitativ innholdsanalyse som betraktes i litteratur som en selvstendig metode (Graneheim, Lindgren, & Lundman, 2017). Ut av denne beskrivende analysen tegnet det seg, tematisk sett flere utfordringer som jeg diskuterer.

4.2.1 Kvalitativt intervju som metode

Data for denne studien er innhentet gjennom et kvalitativt forskningsintervju med profesjonsutøvere i primærhelsetjeneste som intervjuobjekter. Kvalitativ forskningsintervju er metode som kan gi oss velfundert kunnskap om vår samtalevirkelighet og er således en kunnskapsproduserende virksomhet (Kvale & Brinkmann, 2017). Kvalitative intervjuer kan fenomenologisk betraktes som både et forskningsverktøy og som sosial praksis (Kvale & Brinkmann, 2017). I en tilnærming til intervju som forskningsverktøy, betraktes data samlet fra intervjupersonene som en beskrivelse av deres opplevelser med analytisk fokus på levd erfaring av relevante informanter og på det de har opplevd (Polit & Beck, 2018) Hvis man primært ser på intervjuet som en sosial praksis, betraktes det som sies i intervjuet som en diskursiv redegjørelse. Her er analytisk fokus på situert interaksjon og hvordan intervjupersonene uttrykker seg gjennom intervjuet og gir redegjørelser preget av den situasjon de befinner seg i (Kvale & Brinkmann, 2017). Datamaterialet baseres på forholdsvis få informanter og fokuset rettes mot det som den enkelte informant legger av mening i

samhandlingsprosessen. Under disse forutsetningene vil det individuelle intervjuet være best egnet (Jacobsen, 2015). Det kvalitative forskningsintervjuet er spesielt godt egnet når formålet er å finne ut informantenes egen forståelse og refleksjoner om det undersøkte temaet (Kvale & Brinkmann, 2017). En slik kvalitativ metode er særlig velegnet for å gi «rike» beskrivelser av et fenomen og vise variasjon i oppfatning av fenomenet. Metoden gir innsikt i forskningsspørsmål som handler om å få svar på spørsmål «hvorfor» og «hvordan» et forhold eller fenomen oppstår og hvordan dette oppleves (Kvale & Brinkmann, 2017).

Fordeler med kvalitativt forskningsintervju som gjennomføres i kontekst der fenomenet oppstår, er at den er basert på direkte og åpen kontakt med få føringer slik at informantenes svar gir et mer detaljert bilde av deres syn på fenomenet og deres refleksjoner og utdypninger kan komme fullt fram (Jacobsen, 2015). Jeg gjennomfører intervjuet på informantenes arbeidsplass der samhandlingen foregår. En face-to-face intervju som foregår i arenaen der fenomenet oppstår, gir intervjueren god innsikt i samhandlingskontekst og mulighet til å fange opp informantens kroppsspråk og oppklare eventuelle misforståelser underveis (Kvale & Brinkmann, 2017).

Metodenes ulempe er at den er resurskrevende ettersom intervjuene og transkriberinger tar mye tid og et kvalitativt forskningsintervju med eliten krever at intervjueren på forhånd besitter betydelig informasjon om intervjutemaet. Når man bruker et slikt kvalitativt intervju som metode må man være oppmerksom på ubalansen i maktforholdet som kan oppstå i intervjusituasjon. Ethvert forskningsintervju er en profesjonell samtale som medfører et asymmetrisk maktforhold mellom informant og intervjuer (Kvale & Brinkmann, 2017). I denne studien intervjuer jeg fastleger, psykolog og fysioterapeut. Disse profesjonsutøvere er godt vant til å argumentere for sine synspunkter og i stand til å aktivt forsvare egne roller og handlinger. Et annet aspekt ved intervjuet med slike profesjonsutøvere er at deres kunnskap om intervjuemnet og evne til å fremstille egne synspunkter og argumentere for dem, kan medføre at forskeren mister kontroll over intervjusituasjon slik at maktforhold blir asymmetrisk i informantenes favør. Jeg har arbeidet som fastlege i primærhelsetjeneste i mange år helt til 2014 og har inngående kunnskap om intervjutemaet ettersom jeg nødvendigvis har vært med på praktisk implementering av samhandlingsreformen i primærhelsetjeneste. Derfor mener jeg at dette asymmetriske maktforholdet er utlignet i aktuelle intervjusituasjon. Studiens intervjustil er tilpasset til formålet og informantenes nivå. Jeg har imidlertid hele tiden foretatt en kritisk vurdering av observasjoner og fortolkninger slik de kommer fram i intervjuene.

I forarbeid til intervjuene har jeg utarbeidet en intervjuguide som jeg skulle bruke som hjelp i å strukturere intervjuforløp. Jeg har bestemt meg for et semistrukturert intervju som består av en kombinasjon av «struktur» og «flyt». Derfor består intervjuguiden av en kombinasjon av flere typer åpne spørsmål som dekker tematikken jeg ønsket å snakke med informantene om, men de stod fri til å fortelle om sine personlige erfaringer om hvert tema.

Min semistrukturerte tilnærmingen lot informantene snakke fritt rundt temaene i intervjuguiden, samtidig som jeg med mine oppfølgingsspørsmål styrte samtalen mot elementene som er mest relevante som informantenes egne erfaringer og refleksjoner om samhandling med spesialisthelsetjeneste i oppfølging av gynekreftpasientene. Hovedtemaene jeg spurte om var hvordan de vurderer forutsetninger til å overta ansvar for nye oppgaver, hva mener de om kravene som kommer fra politiske føringer og om forventninger fra pasienter, hvordan fungerer tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid og samhandling i praksis og hvilke faktorene etter deres mening hemmer, og hvilke som fremmer samhandling med spesialisthelsetjeneste om oppfølging av kreftoverlevende.

4.3 Datainnsamlingsprosessen

Datainnsamlingen er basert på individuelle intervjuer med seks fastleger, en psykolog og en fysioterapeut. De jobber i primærhelsetjenesten i utvalgte kommuner i Sør-Norge.

Informantenes kommunetilhørighet er fordelt på storkommuner (over 80 000 innbyggere) mellomstorkommune (over 8000 innbyggere) og småkommune (1000 innbyggere).

Intervjuene er gjort på deres respektive kontor. Det er brukt en semistrukturert intervjuguide (se vedlegg) der spørsmålene er delt i temaer. Temaene omfatter spørsmål om informantenes mening om forutsetninger for oppfølging, refleksjoner om krav og forventninger fra myndighetene, refleksjoner om forventninger fra pasienter og allmennhet, om informantenes syn på hvordan fungerer tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid i praksis og om deres syn på samhandling i oppfølging av kreftoverlevende og hva er etter deres mening det som hemmer og hva som fremmer samhandlingen. Intervjuenes varighet var i gjennomsnitt en time.

Intervjueren er kjent med denne datainnsamlingsmetoden og har god kunnskap om organisering av helsetjenesten slik at intervjutiden var tilstrekkelig til å opprette en god og nær kontakt med informantene. Datainnsamlingsmetoden gir intervjueren mulighet til å forstå

samhandlingsaktørenes virkelighet i kontekst. Intervjuerens uavhengighet medfører at han kan beholde den kritiske avstanden som er nødvendig for en objektiv analyse.

4.3.1 Begrunnelse for utvalg og rekruttering av informanter

Fastleger er juridisk forpliktet til å sørge for at alle innbyggere på deres pasientliste få en adekvat og forsvarlig helsetjeneste. Forpliktelsen innebærer at fastlegene yter helsehjelp på primærhelsetjenestenivå og koordinerer helsetiltak foreskrevet fra spesialisthelsetjeneste. Dette helhetlige ansvaret for koordinert helsetilbud gjør fastleger til de viktigste profesjonsutøvere i primærhelsetjenesten. Fastlegene har også en viktig rolle som «portvakter» for velferdstjenester. Disse rollene gjør fastlegene til de mest relevante informantene om samhandlingsprosessen mellom primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste. I den offentlige portalen helsenorger.no har jeg gått gjennom oversikt over fastleger i kommunene på Sørlandet og plukket ut fastlegene som kunne være potensielle informanter. Kriteria for utvalget var pasientlistestørrelse, ansiennitet, spesialitet, kjønn og alder. Deretter har jeg henvendt meg til potensielle informanter med forklaring om studien og forespørselen om deltakelse. De som viste interesse fikk tilsendt en detaljert skriftlig forklaring om studiens formål og rammer, forskningsetiske regler, personvern og forhåndsgodkjenninger samt om forslag til praktisk gjennomføring. Her presiserer jeg at jeg har fått positiv tilbakemelding og tilsagn til intervju fra 20 informanter men valgte å avslutte datainnsamling etter åttende intervju da dataene fra informantene var helt sammenfallende og metningspunktet var nådd.

4.4 Forskningsetiske overveielser

All helsefaglig forskning omfattes av Helseforskningsloven (HOD, 2008a). Den største etiske utfordringen for en intervjuer er å utforme et dyptgående intervju uten å krenke intervjupersonen. Forskingen bør tjene både vitenskapelige og menneskelige interesser og en intervjuundersøkelse er også en moralsk undersøkelse (Kvale & Brinkmann, 2017). Jeg har

valgt en fremgangsmåte som skaffer mer kunnskap om emnet og kan forbedre hverdagen til intervjupersonene. I mitt intervju stiller jeg inntrengende spørsmål for å få datamaterialet som kan gi dybdekunnskap om forskningsspørsmålet men samtidig gjør jeg intervjuet så respektfullt som mulig. Jeg vurderer hele tiden gevinstene av min tilnærming opp mot konsekvensene som en slik fremgangsmåte måtte medføre for intervjupersonene. Forskningsetikken i Norge stiller tre grunnleggende krav knyttet til forhold mellom forsker og forskningsobjekt. Kravene er: informert samtykke, krav på privatliv og krav på å bli korrekt gjengitt (Jacobsen, 2015). I neste kapitler beskriver jeg hvordan min fremgangsmåte fullt ut overholder etiske retningslinjene.

4.4.1 Informert samtykke

Deltakelse i studien baserer seg på frivillighet og informert samtykke. I planleggingsfasen har jeg sendt en utfyllende søknad til relevante forskningsetiske instanser som er Fakultetets etiske komité og Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste. Søknaden inneholdt prosjektbeskrivelse med en detaljert beskrivelse hvordan etiske regler skal overholdes gjennom hele studien. Prosjektet ble fulgt opp og godkjent av disse institusjonene. Prosjektbeskrivelsen ga grunnlag til informasjonsskriv som ble tilsendt til dem som var interessert i deltakelse. Potensielle informantene fikk skriftlig informasjon om studiens formål og fremgangsmåten som inneholdt inngående beskrivelse av hvordan konfidensialitet og anonymitet til deltakere skal forsikres. Det er klarert intervju rapportens konfidensialitet og forsikret at deltakerne kan trekke tilbake deres samtykke når som helst i studiens løp uten konsekvenser for dem. Denne informasjonen danner grunnlag for at deltakerne kunne underskrive sitt informert samtykke til å delta i undersøkelsen. Følsomhet av informasjon som samles i intervjuet er vurdert i forhold til Personopplysningsloven (JD, 2018). Antall informanter er liten og jeg har iverksatt anonymiseringstiltak og slettet data som kan kobles til enkeltpersoner i yrkesgruppe som deltar i studien. Sletting av data gjør at det ikke er mulig å identifisere deltakere og gjenværende opplysninger berører ikke deltakernes privatliv. Disse tiltakene ivaretar informantens rett på privatliv.

4.4.2 Hensynet til anonymitet

Hensynet til anonymitet tilsier at det skal være umulig å koble samlet datamaterialet med deltakernes identitet. Derfor har jeg, etter analysen slettet deltakernes personlige informasjon om kjønn og alder samt opplysninger om kommunetilhørighet, spesialitet og ansiennitet. Sletting av data som kan kobles til enkeltpersoner i deltakergruppe anser jeg som et effektivt anonymiseringstiltak som tilfredsstillere deres krav om konfidensialitet. Samtidig har jeg presentert en korrekt gjengivelse av deres uttalelser i konkret sammenheng. Studien er egen initiert og jeg har heller ingen interessekonflikter og ingen motiv for å forandre datamaterialet eller tillegge meninger som deltakerne ikke har og dermed anser jeg at studien har oppfylt informantenes krav om å bli riktig gjengitt.

4.4.3 Forskning på egen yrkesgruppe – om nærhet og avstand

Forfatteren er utdannet lege med spesialistutdanning og over tretti års ansiennitet i både primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste. Dette medfører en bred erfaring med praktisk gjennomføring av grunnleggende helsereformer i nyere tid. Forfatteren har gått ut av legepraksis for fem år siden og har nå ingen bindinger til helsetjenester. Kjennskap til yrket, organisasjonenes historie og uformelle strukturer ga ham fordeler i form av lettere tilgang til informasjon og gode forutsetninger for å kunne vurdere informasjonens kvalitet. Ulempe med å forske på egen yrkesgruppe er at man kan utvikle en forutinntatt holdning og det som i litteraturen omtales som «blinde flekker» (Jacobsen, 2015). Som mangeårige medlem i en organisasjon utvikler man en forståelse og aksept for arbeidsplassens yrkeskultur med faren for å registrere det som man forventet å se og å overse avvik som en utenforstående ville lettere har merket. Denne studien er selvinitiert og selvfinansiert av forfatteren uten noen form for støtte hverken fra offentlige eller private organisasjoner eller privatpersoner. Forfatteren er klar over faren for at utenforstående oppfatter ham å være fortsatt en del av helsetjenesten som han forsker på. Forfatteren har imidlertid forlatt kurativt legearbeid og er ikke interessert i å komme tilbake til primærhelsetjeneste. Derfor beholder han den nøytrale tilnærmingen til objektet av sin forskning og klarer å holde den nødvendige kritiske avstanden til forskningsemnet og egen uavhengighet fra andre som kunne ha interesse i resultater.

4.4.4 Oppbevaring og behandling av data

Prosjektbeskrivelse for studien er meldt til Fakultetets etiske komité (FEK) og Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD). Samling og behandling av data er gjort i samsvar med regler som disse institusjonene stiller for studien. Prosessen med datasamling, kryptering, oppbevaring og sletting er fulgt opp og godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD)

4.5 Analyseprosessen

4.5.1 Kategoriserbart analyse

I denne studien bruker jeg et temasentrert tilnærming hvor temaene i intervjuguiden danner utgangspunkt for analysen (Thagaard, 2013). Datamaterialet ble delt opp og inndelt i ulike temaene og meningsinnhold ble ytterligere kategorisert. Jeg avslutningsvis kunne sammenligne informasjon fra alle informantene om de samme temaene. Etersom jeg hadde stort datamateriale forsøkte jeg å forenkle og strukturere datamengden (Jacobsen, 2015). Som nevnt tidligere er det en utfordring at det foreligger få klare fremgangsmåter for analyse av kvalitative data. Jeg har brukt en temasentrert tilnærming i denne studien (Jacobsen, 2015). Temaene i intervjuguiden danner utgangspunktet for analysen (Thagaard, 2013). (Thagaard, Når datamaterialet ble delt opp og inndelt i de ulike temaene begynte jeg med ytterligere kategorisering av meningsinnhold. Samme prosedyre ble gjennomført for alle intervjuene slik at jeg til slutt kunne sammenligne informasjon fra alle deltakerne om det samme temaet og de samme kategoriene. Dette ga meg en god forståelse av sammenhenger og mønstre i datamaterialet (Thagaard, 2013). Metoden betegnes i litteraturen som kategoribasert analyse og består av koding av data, klassifisering i kategorier og prosessen fra kategorisering til identifisering av mønstre. Jeg leste først gjennom alle intervjuene i sin helhet for å få oversikt og for å danne en helhetlig forståelse av datamaterialet og dette ga meg grunnlag for å kunne lete etter mer overordnede sammenhenger senere i analyseprosessen (Thagaard, 2013).

Deretter lagde jeg en matrise for hvert spørsmål i intervjuguiden, en rad for hver kommune og en kolonne for utøver. På denne måten fortettet jeg meningsinnholdet og forsøkte å strukturere dataene (Jacobsen, 2015). Jeg gikk gjennom intervjuene flere ganger, med veksling mellom å fokusere på temaer, spørsmål og underkategorier, for deretter å lese intervjuet i sin helhet. På denne måten jobbet jeg med analyseprosessen som i den hermeneutiske sirkel, hvor jeg har vekslet mellom helhet til deler, meningskategorier og meningsenheter tilbake til helheten (Jacobsen, 2015). Spørsmålene i intervjuguiden var i utgangspunktet sortert under tema, og disse ble kategoriene jeg i denne delen av analysen jobbet ut fra. Kategoriene ble betegnet med begreper som reflekterer sentrale temaer i prosjektet (Thagaard, 2013). ”Kategoriene bidrar til at forskeren lettere kan identifisere sentrale temaer og mønstre i teksten.” (Thagaard, 2013). Under denne bearbeidingen av dataene så jeg mønstre i materialet som gjorde at jeg endrer kategoriene undervegs, og kategoriene ble sortert under hovedtema som knyttes opp mot forskningsspørsmålene. Den måten å jobbe på betraktes som en styrke fordi det viser at forskeren reflekterer undervegs i bearbeidingen av materialet (Thagaard, 2013). Siste fase av analyseprosessen var den fortolkende delen av analysen, hvor jeg har anlagt en deduktiv tilnærming og fortolket datamaterialet opp mot det teoretiske rammeverket som er utgangspunkt for studien. Det ble foretatt koding av data, klassifisering i kategorier og identifisering av mønstre etter inspirasjon fra Thagaard (Thagaard, 2013).

4.6 Kritiske sluttrefleksjoner – hensynet til reliabilitet og validitet

Jeg har evaluert resultater i forhold til kvalitetskriteriene for valgt kvalitativ metode. Funnene utgår fra direkte avskrivning av informantenes uttalelser og er en korrekt interpretasjon av deltakernes egen erfaring i oppfølgingen. Deltagernes egne meninger, egne handlingsstrategier og samhandlingsutfordringer i denne konteksten er gjengitt og sitert. Det er pekt ut de mest relevante utfordringer i oppfølgingsprosessen. Data er triangulert ved å bruke forskjellige profesjonsaktører som informanter. Disse har sine egne synspunkter på samme problemstilling. Jeg har på denne måten tilstrebet å forsikre kredibilitet som tilsvarer intern validitetsbegrepet i kvantitativ forskning. Mitt funn er i samsvar med forskning- og utviklingsarbeid foretatt av forskere ved Norsk forening for allmenntidmedisin (NFA) sin faggruppe. Data og tolkning kan også bekreftes av andre uavhengige forskere. Mine resultater belyser en generell utfordring i primærhelsetjeneste. Profesjonsaktører påpeker i intervjuene at de møter samme utfordringer i oppfølging av andre pasienter og derfor kan funnene mine ha en viss overførbarhets verdi. I denne studien benytter jeg casestudie som forskningsstrategi for å studere hvordan de viktigste profesjonsutøvere i primærhelsetjenesten fortolker styringssignaler som kommer fra de sentrale politiske føringer og hvordan profesjonsutøvere tilpasser disse signalene til bruk i egen praksis. Jeg benytter et eksplorativt design med fokus på profesjonsutøvernes opplevelser og deres arbeidshverdag for å kunne forstå og forklare deres oppfatninger og handlinger (Andersen, 2013). En case- studie som forskningsstrategi gir mulighet for en grundig undersøkelse av de få utvalgte enhetene men har en ulempe at et slik redusert utvalg reduserer overføringsverdien da det er vanskelig å generalisere fra en case til andre lignende caser (Jacobsen, 2015). (valg ormmålet er da å fange inn mest mulig av den kompleksiteten som er mulig å få frem gjennom caset og enhetene som velges (Thagaard, 2013, s.56). I denne studien er det nettopp det som er formålet. Ulempen ved å velge få enheter vil redusere overføringsverdien, ved at Casestudier egner seg derfor ikke til å kartlegge det empiriske omfanget av et fenomen (Andersen, 2013, s.25). Det er heller ikke dette som er intensjonen med denne studien.) Hovedutfordring i kvalitative case-studier er å oppnå balansen mellom et ønske om å tilegne seg mangfoldig og rik kunnskap og ønsket om en analytisk forenkling som gjør kunnskapen som tilegnes gjennom caset håndterbart. I eksplorative studier trekkes det gjerne frem at det er en utfordring å avklare spørsmålet: «hva denne studien er et case av». Andersen omtaler dette som å etablere en eksplisitt referanseramme for arbeidet (Andersen, 2013). Samhandling mellom primærhelsetjeneste og

spesialisthelsetjeneste en lovpålagt oppgave (HOD, 2011b). Med innføringen av Pakkeforløp for kreft er fastlegenes ansvar og arbeidsområde innenfor primærhelsetjeneste betydelig utvidet (Helsedirektoratet, 2019). Det er derfor interessant å undersøke hvordan disse viktigste profesjonsutøvere i tjenesten forstår de overordnede føringer og hvilke faktorer etter profesjonsaktørens syn fremmer eller hemmer omsetting av overordnede føringer til utøvernes praksis. I denne studien er det derfor en kommunehelsetjeneste kontekst mens det selve studien er en case av hvordan er profesjonsutøvernes oppfatning av faktorer som påvirker tverrfaglig og tverrsektorielt samhandling og hvilke faktorer etter den utøvernes personlig erfaring fremmer, og hvilke faktorer som hemmer samhandlingen.

Jeg mener at jeg har utvist en kritisk selvrefleksjon om mine egne erfaringer i relasjon til faglige og organisatoriske utfordringer knyttet til oppgavens tema og problemstillingen.

Jeg har gjort reliabilitetskontroll ved å kontrollere transkripsjoner for eventuelle feil ved transkribering. Jeg har også kontrollert at kodene har samme betydning gjennom hele analyseprosessen og at det ikke er tilkommet forandring i forståelsen av kodenenes betydning. Ved innsamling av empiri, uansett metode, stilles det krav til at empirien må være valid og reliabel (Jacobsen, 2015). En valid empiri er den som er gyldig og relevant. Denne empirien svarer på det stilte spørsmålet og sier noe om metoden egner seg til å undersøke det vi vil vite. Reliabilitet betyr at resultatene er pålitelig og troverdig, at de er til å stole på og hvorvidt de kan fremstilles senere av andre forskere (Kvale & Brinkmann, 2017). Validitet deles opp i intern og ekstern validitet. Intern validitet er gyldigheten i vår konklusjon, om vi har belegg i våre data for vår slutning. Ekstern validitet sier noe om et funn kan generaliseres, om det kan overføres til andre sammenhenger (Jacobsen, 2015). Validitet og reliabilitet vil prege alle fasene i intervjuundersøkelsen, og av den grunn vil den systematiske tilnærmingen med kritiske spørsmål fungere som kvalitetskontroll til alle valg i hele forskningsprosessen (Jacobsen, 2015, ; Kvale & Brinkmann, 2012.). I all forskning stilles det krav til at metodevalgene kan etterprøves og det er særlig viktig å gjøre grundig rede for fremgangsmåten i hele undersøkelsesprosessen, fra datainnsamling til analyse og tolkning av resultater (Thagaard, 2013) Jeg mener at den valgte metoden gir rom for å gå i dybden av spørsmålene, noe som igjen maksimerer validiteten.

I kvalitative forskningsintervju er det intervjueren selv som innhenter kunnskap, og betraktes av den grunn som selve forskningsverktøyet og følgelig blir kvalitet av verktøyet avhengig av intervjuerens kvalifikasjoner. Intervjueren bør ha oversikt over metodologiske muligheter og være god på menneskelig samspill (Kvale & Brinkmann, 2017). Det stilles store krav til forskeren som forskningsverktøy og jeg har forsøkt å være bevisst de aspekter som må tas hensyn til ved meg som forskningsverktøy.

Analyse og fortolkning av data fra empirien kan gi viktige metodologiske utfordringer i den kvalitative metode (Thagaard, 2013). Den teoretiske bakgrunnen til forsker er en del av forskers forforståelse og jeg har tidligere fremhevet hvor avgjørende forskerens vitenskapsteoretiske ståsted er for hva en søker informasjon om, samt hvordan dette igjen fortolkes. Den hermeneutiske tilnærmingen tillates et fortolkingsmangfold, noe som avviker kravet om utvetydighet, at en tekst kun har én betydning. Forskerens analyse er avhengig av de spørsmål som stilles, og gjennom ulike perspektiver stilles forskjellige spørsmål som vil gi hver sin fortolkning og konklusjoner (Kvale & Brinkmann, 2017).

Jeg har bestrebet meg på å være åpen og formulert eksplisitt mine valg, spørsmål og argumenter i fortolkningen av materialet. I tillegg har jeg forsøkt å beskrive alt hva jeg har gjort i alle faser av forskningsprosessen. Dette for at studien skal være mest mulig transparent, slik at undersøkelsen kan testes og etterprøves av andre.

5. Presentasjon og diskusjon av funn

Hovedansvar for primærhelsetjenestens funksjon i en kommune er tillagt fastleger. I dette kapitlet presenteres resultatene fra analysen av intervjuene med disse nøkkelaktører og de profesjonsutøvere som fastlegene betrakter som deres viktigste samhandlingspartnere i oppfølging av gynekreftoverlevende i kommunehelsetjeneste. Funnene presenteres opp til spørsmålene som ble stilt i løpet av intervjuene og temaene som ble formet ut ifra analyseprosessen.

5.1 Forutsetninger for oppfølging av gynekologiske kreftpasienter

I løpet av intervjuet har informantene kommet med egne beskrivelser av utfordringer i deres daglige arbeid. De uttrykker en god del bekymringer som er knyttet til organisering av arbeids- og ansvarsfordeling i den myndighetsregulerte samhandlingen i pasientoppfølging mellom spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste. Kreft er en meget sammensatt sykdom og behandling- og oppfølgingsopplegg forandres og utvides veldig fort i takt med utvikling av kunnskap og evidensbasert praksis på området. Kreftbehandling utføres på høyspesialiserte sykehusavdelinger. Spesialisthelsetjenestens kreftavdelinger besitter dyp og til enhver tid oppdatert kunnskap om den aktuelle krefttype i sitt fagområde og sentraliserte sykehusavdelinger har god tilgang til ressurser som er nødvendige for å utføre oppgavene knyttet til behandling og oppfølging av kreftsyke pasienter. Spesialisthelsetjeneste har en høy fagekspertise som er sentralisert og tjenesten har den beste tilgangen til de materielle og tekniske ressurser som er nødvendige for å gi den beste medisinske behandlingen til kreftsyke. Spesialisthelsetjeneste er direkte knyttet til et robust forskningsmiljø og de oppdager stadig nye årsakssammenhenger og individuelle variasjoner i sykdommens art og grad. Kreftforskning har skutt fart i de siste tiårene slik at diagnostikk av kreftsykdommer er blitt bedre. Ny viten gjør det mulig at sykdommen kan oppdages tidligere enn det var tilfelle tidligere. Den intensive forskningen på kreftområdet har ført til oppdagelse av nye medikamenter og nye måter å behandle sykdommen på. Det hele resulterer i bedre effekt av behandlingen slik at pasienter som behandles for kreftsykdommen har i dag en vesentlig bedre prognoser med henblikk på overlevelse og akseptabel restitusjon av funksjonsevne

sammenlignet med hva deres utsikter for det samme behandlingseffekten var for bare noen få år tilbake. Kreft medfører store konsekvenser for de som er rammet av sykdommen. Den etterlater dype spor og påvirker de rammede på mange forskjellige måter. De som har overlevd denne alvorlige sykdommen med høy dødelighetspotensial, kan oppleve store konsekvenser både på egen fysisk og psykisk helse. De konsekvensene kan ytre seg i form av nedsatt funksjon av kroppens organer og systemer eller i form av svekket eller forringet funksjon av fysiologiske prosesser i kroppen. Mange pasienter som har overlevd kreft lyder av en generell funksjonsnedsettelse såkalt Fatigue, Tretthets syndrom. Tilstand kjennetegnes av en generell funksjonsnedsettelse og har negativt påvirkning både på pasientenes fysiske og psykiske helse og manifesterer seg ofte i form av nedsatt utholdenhet, svekket arbeidsevne, nedsatt konsentrasjon og større eller mindre psykiske og psykologiske forstyrrelser. Det å ha en kreftlidelse er en stor påkjenning for menneskenes psykiske helse. Selv med den beste behandling og oppfølging foreligger det fare for tilbakefall av denne alvorlige og i mange tilfeller arvelige sykdommen. Mange av overlevende sliter med tanken at kreft kan komme tilbake igjen når som helst. Når en person som har overlevd en så alvorlig sykdom mistenker eller oppdager en forandring i sin kroppsfunksjon, er dens første tanke knyttet til bekymring for tilbakefall. Det er mange som har denne bekymring i bakhodet selv mange år etter at kreftbehandling er overstått. Mange sliter med den bekymring resten av sitt liv. En del av disse funksjonsforandringer og nedsettelser som kreftoverlevende opplever skyldes selve kreftsykdommen mens andre er en uønsket bivirkning og en konsekvens av behandling som de har fått. Disse bivirkningene er avhengige av type kreft og utviklingsstadiet på oppdagelsestidspunkt og av hvor stor del av kroppen kreftsykdommen har spredt se på. Hvis kreften har spredt seg til flere kroppsorganer, må større del av kroppen behandles. Bivirkningene er også avhengig av behandlingsmetodene og anvendte medisiner og utstyr. En god del av disse bivirkningene er per dags dato dessverre ikke mulig å unngå. Til tross for en helhetlig sett vellykket resultat av behandling kan disse bivirkningene i større eller mindre grad forårsake negative konsekvenser på kroppsfunksjon og psykisk og fysisk helse til kreftoverlevende og forringe deres livskvalitet. Levetid i befolkningen i Norge blir stadig lengre. Forlengt levetid og økende antall av livsstilssykdommer medfører at generell risiko for kreftsykdom i befolkningen øker. Dette fører til et høyere antall kreftsyke og pasientgruppa blir stadig større. Behandling av kreft er blitt vesentlig forbedret i de siste årene og det er flere som overlever sykdommen. Kreftoverlevende trenger en kompleks rehabilitering etter behandlingen. Målet med rehabilitering er å restituere deres restfunksjonsevne med tanke på tilbakeføring til samfunns- og arbeidslivet og dermed

forbedring av deres livskvalitet. En god oppfølging innebærer alle disse elementene. En sentralisert behandling og oppfølging av kreftsyke pasienter i Norge medførte at spesialisthelsetjeneste har samlet en betydelig mengde av evidensbasert erfaring i bruk av avanserte metoder, medikamenter og nødvendig utstyr som brukes i behandling og oppfølging av kreftsyke. Besittelse av konsentrert og avansert fagkunnskap, tilgang til beste ressurser og optimal mulighet for å implementere den beste viten i behandling og oppfølging av kreftsyke pasienter gjør at spesialisthelsetjeneste er best egnet til å håndtere disse dynamiske prosessene. Når man tar utgangspunkt i rene faglige kriteriene fremgår det at spesialisthelsetjeneste har de beste forutsetningene for å gi den beste mulige helsetjeneste til kreftsyke pasienter og derfor har oppfølging etter behandling av kreftsyke hittil foregått i regi av spesialisthelsetjeneste etter bestemte prosedyrer. Ansvar for oppfølging av enkelte typer kreftsykdom har i den senere tid vært overført til primærhelsetjeneste. Oppfølgingsprosedyrer forutsetter kontinuerlig oppdatering av dypere kunnskap om den aktuelle typen av kreft og bruk av avanserte apparater og utstyr. Informantene mener at de ikke har de nødvendige forutsetninger for å ivareta oppfølging av alle typer kreftpasienter, særlig når det gjelder oppfølging av gynkreftoverlevende og peker på flere praktiske utfordringer knyttet til utføring av oppgavene.

De etterlyser tydelige retningslinjer:

«For eksempel for koloncancer, det er jo nå kommet klare regler, i forhold til malignt melanom er det kommet *relativ* klare retningslinjer om hva og når vi skal gjøre og hva vi skal eventuelt gjøre ved positive funn, så er det jo ikke i seg selv et problem. Men når alle spesialistfaggrupper skal overføre de oppgavene til fastlegene, *så drukner vi. Ja*»

(Fastlege i en stor kommune)

«Hvis jeg skal følge opp kreftpasienter, så må jeg ha en prosedyre å gå etter, altså må det jo være en mal». (Fastlege i en mellomstor kommune)

Det er en gjennomgående oppfatning at primærhelsetjeneste ikke er rygget til for en optimal oppfølging av kreftpasienter.

«Det kan jo hende at jeg, kanskje ikke har den kompetansen til å vurdere det sånn som en spesialist i fagfeltet». (Fastlege i en mellomstor kommune)

Informantene ser for seg at konsekvensene av eventuelt utvidet ansvar for oppfølging av gynekraftoverleverer bli at de må foreta større nyinvesteringer i både utstyr og i spesialopplæring for å kunne utføre de nye oppgavene på en forsvarlig måte. Alle informantene er enige at det ikke foreligger rent faglige forhindringer for at fastlegene overtar nye oppgaver. Fastlegene er allerede overbelastet med mange oppgaver slik at de i nåværende organisatoriske modellen i primærhelsetjeneste ikke ser rom for nye oppgaver. Her må det ses nærmere på organisering av arbeidet i primærhelsetjeneste i norske kommuner. Kommuner er forpliktet til å forsikre sine innbyggere en forsvarlig primærhelsetjeneste. Primærhelsetjeneste omfatter preventiv og kurativ allmenntilleggsmedisinsk virksomhet og virksomhet som hører under arbeidsområdet til den kommunale omsorgstjenesten. For å ivareta disse pliktene må hver kommune opprette såkalte fastlegehjemler i den omfang som skulle være nødvendig i forhold til kommunens innbyggertall og helse- og omsorgsbehov. En fastlegehjemmel er knyttet til en kommune og det er lovmessig regulert hvor mange pasienter skal stå på en liste over pasienter som skal høre under fastlegeansvar. En gjennomsiktig listestørrelse for en fastlege er ett tusen fem hundre pasienter. Disse pasientene velger fritt den fastlege som de ønsker seg. De melder seg på liste til en navngitt fastlege og skulle som hovedregel henvende seg til samme fastlegen når de har helsebehov som omfattes av primærhelsetjenestens arbeidsområde. Etter innføring av samhandlingsreformen og fastlegereformen har norske kommuner gjennom trepartssamarbeid mellom Staten, Kommunalsentralforbund (KS) og Legeforening inngått et kontraktfestet samarbeid med fastleger. Det er fastleger som skal sørge for at lovpålagte kommunale forpliktelser innenfor primærhelsetjenestens arbeidsområde blir oppfylt. Derfor inngår kommuner og fastlegene en individuell kontrakt, såkalt fastlegeavtale. I denne kontrakten plasseres partenes ansvar for at tjeneste skal fungere i samsvar til de enhver tid gjeldende lover og forskrifter samt at det avtales detaljer som handler om partenes faglige, økonomiske og juridiske ansvar. I fastlegeavtale presiseres det at fastlegene må inneha lovpålagte fagkompetanse og at de må sørge for optimal funksjon av primærhelsetjeneste i samsvar med Lov om kommunehelsetjeneste og gjeldende forskrifter. Fastlegene har ansvar for å være tilgjengelig for pasienter, primærhelsetjenestens samhandlingspartnere og kommunale etater og ledelse både fysisk og på telefon og andre egnede kommunikasjonsplattformer. Når det gjelder tilgjengelighet og kommunikasjon med pasienter er fastlegene pålagt til å tilstrebe å overholde den forskriftsmessig normerte akutte responstid for uttrykning ved akutt sykdom og ulykker. Det er fastlegenes ansvar for å forsikre

døgnkontinuerlig legevaktstjeneste for kommunenes innbyggere og de er også ansvarlig for å holde åpningstid til legekantorene i samsvar med normert størrelse på egen fastlegestilling. Fastlegenes henvisningsplikt til pakkeforløp ved mistanke om kreft er gjenstand for regulering på landsbasis. Tilgjengelighet for pasienter og kontakt med dem i forbindelse med tilstander som ikke haster hører også under daglige arbeidsoppgaver til fastlegene. Hvis pasienter har en mistanke om sykdom eller har andre helserelaterte behov eller spørsmål, har de krav på å få raskt kontakt med sin fastlege på telefon eller andre kommunikasjonsplattformer. Ut ifra denne kommunikasjon avgjøres det om pasient trenger time til undersøkelse eller bare skriftlig eller muntlig rådgiving. Ved behov for time til undersøkelse har pasienten krav på å få denne timen innen rimelig tid. Skriftlige eller muntlige oppgaver som rådgiving, skriving av resepter og diverse henvisninger, rekvisisjoner og attester hører under fastlegens daglige arbeidsoppgaver. Dette gjelder skriving av henvisninger til undersøkelser og prøvetaking ved både offentlige og private laboratorier, poliklinikker og institutter og skriving eller forlengelse av resepter og rekvisisjoner som rekvisisjoner til pasienttransport, rekvisisjoner for bestilling av hjelpemidler og legeattester til pasienter som private personer. Samhandling med spesialisthelsetjeneste er også en oppgave som primærhelsetjeneste er pålagt til å utføre. Administrative oppgaver som utferdigelse av legeattester til diverse kommunale eller statlige etater, forsikringsselskap, arbeidsgivere, sykmeldinger og andre erklæringer og rapporter til Norsk arbeid- og velferdsetat (NAV) er også forskriftsmessig regulert. Fastlegeavtale mellom kommune og fastlegene regulerer hvem av partene som har ansvar for at virksomhetene foregår i egnede lokaler, hvem er ansvarlig for at virksomhetene til enhver tid har utstyr og bemanning som er nødvendig for at tjeneste skal fungere optimalt og hvem som har arbeidsgiveransvar for hjelpepersonell. Fastlegenes økonomiske grunnlag for drift deles i tre deler. Fastlegen for et årlig tilskudd fra staten, såkalt per capita- tilskudd. Dette er midler som fastlegen får fra Staten via kommunen etter antall pasienter på sin liste. Per capita- tilskudd er for tiden tre hundre åtti kroner per pasient per år. Andre del av fastlegenes inntekt er egenandel som legen mottar fra pasienten. Størrelsen på egenandel som pasient betaler for konsultasjon hos en fastlege som er spesialist i allmennmedisin er for tiden to hundre og fire kroner. Når en pasient betaler for over to tusen tre hundre og sekstini kroner i løpet av kalenderåret for fastlegetjeneste og offentlig transport til den tjeneste, er denne pasienten fritatt fra betaling for fastlegetjeneste i samme året. Ordningen kalles egenandelstak. Egenandeler fastsettes på årlig basis etter trepartsforhandlinger mellom Staten, Legeforeningen og Kommunal Sentralforbund (KS). Egenandelstak fastsettes av staten i forbindelse med arbeidet med

budsjett. Den tredje delen av fastlegenes inntekt består av honorar som fastlegene får av HELFO. HELFO er statens organ for forvaltning av helseøkonomi. Behandlinger som fastlegene utfører honoreres etter satsene for slike prosedyrer som er nærmere fastsatt i normaltariffen. Hovedmodellen for drift av fastlegevirksomhet i kommunen er at fastlegen driver sin virksomhet som selvstendig næringsdrivende som har avtale med kommunen. Modellen innebærer at fastlegevirke er underlagt både det fagmedisinske regelverket og regelverket som regulerer næringsvirksomhet. Konsekvensen av modellen er at fastlegene i tillegg til sine faglige oppgaver får også de samme administrative oppgavene og ansvaret som påhviler alle næringsdrivende. Når det gjelder fastlegenes faglige kvalifikasjoner har fastlegene selvstendig ansvar for egen videre- og etterutdanning. Videreutdanning til spesialistgrad i allmenntidisin varer i en periode på fem år. I løpet av denne perioden må deltakende fastleger bestå fastsatte prøver, delta på bestemte kurs og seminarer og tilegne seg praktiske ferdigheter som er nærmere beskrevet i utdanningsplan. Videreutdanningsplan krever også at de i løpet av denne femårs periode må arbeide ett år på et sykehus med sentralisert funksjon. Arbeidet må utføres på avdelinger som er godkjent fra staten for utdanningsformålet. Her er det viktig å bemerke at denne videreutdanning i den bestemte fem års periode må gjøres parallelt med fastlegenes daglige arbeid. For å oppfylle forpliktelser som fremgår fra avtale med kommunen må fastlegene skaffe vikar når de har fravær fra jobben på grunn av utdanning eller sykdom. Ordning med finansiering av vikar ved utdanningsfravær og andre økonomiske konsekvenser som følge av fraværet er noe som fastlegen må gjøre selv. For å beholde den oppnådde spesialistgrad i allmenntidisin må fastlegen delta i etterutdanningsløp som også består av detaljert fastsatte prøver og kurs. For at fastlegene kunne forsikre den beste kvaliteten i primærhelsetjenesten er de nødt til å delta i etterutdanning i tråd med prinsipper om livslang læring. De må oppfriske sin kunnskap, lære ny og tilegne seg nye ferdigheter. Etterutdanningsløp kalles for resertifisering av spesialisering og gjennomføres i løpet av ny femårsperiode. Etterutdanningsløp gjennomføres som videreutdanning, samtidig som fastlegen utfører sitt daglige arbeid.

Når man oppsummerer informantenes beskrivelse av alle forpliktelser som fastlegene må overholde og alle oppgavene som de må utføre får man en dypere forståelse av deres bekymringer i forhold til ytterligere utvidelsen av fastlegenes ansvarsområde. De mener at de ikke er rustet til å overta oppfølgingsopplegget av gynekraftoverlevende som per i dag følges opp av spesialisthelsetjeneste.

«Fastlege stadig får nye utvidede ansvarsområder og stadig nye oppgaver uten at det får med noen ressurser». (Fastlege i en mellomstor kommune)

«Konsekvensene blir jo at man må prioritere på å tilegne seg kunnskap og erfaring om denne pasientgruppa. Det kommer stadig nye og bedre behandlingsmetoder». (Fastlege i en mellomstor kommune)

Fastlegene er pliktig til å utføre mange forskjellige oppgaver innen normert tid. Organisering av arbeidsdagen er allerede en stor utfordring for fastlegene. Noen av disse oppgavene krever spesielt utstyr og ferdigheter. Pasienter velger fastlege fritt og kan skifte fastlegen to ganger i løpet av kalenderåret. Derfor er det umulig for fastlegene å foreta prioriteringer ved innkjøp av utstyr og ved planlegging av utdanning og opplæring. Grunnet en så dynamisk pasientgrunnlag i en situasjon med raskt skiftende samfunnsprioritering er det ikke mulig for fastlegene å kartlegge behovet for tjenesten på forhånd. Derfor mener fastlegene at det ikke er forsvarlig at de overtar oppfølging av gynekraftoverlevende da forutsetninger for å ta et selvstendig ansvar for disse ressurskrevende oppgaver ikke er til stede:

«Jeg er ikke gynekolog, må i så fall investere i innkjøp av ultralyd og jeg kan ikke håndtere den». (Fastlege i en mellomstor kommune)

«Man må prioritere på å tilegne seg kunnskap og utstyr til det, men hvor mange undersøkelser blir det? Kanskje 2-3 i året, det som man ikke gjør ofte blir man ikke god av, gynekologene er spesialister på det, gjør det på daglig basis». (Fastlege i en stor kommune)

«Pasienten kommer jo til meg på eget initiativ og hvis de ikke gjør det, så lurer man på om det er nødvendig med vaginal ultralyd på alle og plutselig kommer det en med langkommet cancer, og da har jeg dårlig samvittighet og tenker om jeg kunne har gjort

noe annerledes men du kan ikke forvente at fastlegen har spisskompetanse på vaginal ultralyd». (Fastlege i en mellomstor kommune)

Oppsummering:

Informantene utpeker mangel på flere forutsetninger som må være på plass for at primærhelsetjeneste kan overta utvidet ansvar som eksempelvis selvstendig ansvar for kontroller av pasienter som har overlevd gynekologisk kreft. De oppfatter retningslinjene for sammensatte oppgaver som tvetydige. Primærhelsetjeneste er allerede belastet med mange oppgaver. Informantene er ikke tilfredse med at de må ta næringsdrivende hensyn som tar oppmerksomheten fra pasientbehandling over til økonomi. Alle informantene mener at tvetydige retningslinjer og allerede høyt nivå av arbeidsbelastning gjør at primærhelsetjeneste per dags dato ikke har forutsetninger for å ta ansvar for nye ressurskrevende oppgaver.

5.2 Økte krav og forventninger fra myndighetene

Demografiske forandringer, dramatisk økning av livsstilssykdommer og økende utgifter til helsetjenester har medført at behovet for omfattende endring og omorganisering av helsetjeneste kom høyt på politisk agenda. Disse nye helsepolitiske utfordringer krevde nye reformer. Fra to tusen tallet begynte omfattende reformarbeid. I 1999 ble det innført en fastlegereform, såkalt Fastlegeordning og i 2012 en retningsreform såkalt Samhandlingsreformen. Reformene har radikalt endret organisering av helsetjeneste. Formålet med samhandlingsreform var å få en kostnadseffektiv og bedre koordinert helsetjeneste mens formålet med fastlegereform var å forsikre innbyggere en bedre organisert og mer tilgjengelig primærhelsetjeneste der alle uansett bosted skal få samme helserettigheter og en fastlege å forholde seg til. Helsepolitiske føringer hadde som intensjon at fastlegereform skal forbedre kvaliteten i primærhelsetjeneste og samtidig regulere det helsepolitiske markedet der fastlegevirksomheten foregår. Med forskriftmessig regulert fastlegeordning skal myndighetene sikre at alle innbyggere bosatt i en kommune får nødvendige

allmennlegetjenester av god kvalitet og til rett tid. Kommuner plikter til å sørge for forsvarlig og likeverdig primærhelsetjeneste for sine innbyggere uansett kommunestørrelse. Det kommunale ansvaret omfatter kommunal legevakt, fastlegetjeneste på dagtid, kommunal akutt døgnenhet (KAD) eller (KØH), primær svangerskapsomsorg, skolehelsetjeneste, fysioterapitjeneste med habilitering, kommunal psykiatritjeneste, sykehjemstjeneste, hjemmesykepleie og miljørettet helsevern. Det er opp til den enkelte kommune å finne organisasjonsmodellen som er best egnet for å tilfredsstille innbyggernes behov og for å få oppfylt lovenes krav for disse tjenestene. De aller fleste kommuner har valgt å inngå en fastlegeavtale med fastlegen som selvstendig næringsdrivende. Dermed er det fastlegenes ansvar å sørge for at primærhelsetjeneste oppfyller krav og forpliktelser etter kommunehelsetjenesteloven. Fastlegeavtale synliggjør både kommunens ansvar og fastlegenes ansvar i forhold til lovens krav. Det er krevende for den enkelte kommune å styre fastlegene via avtaleverket og forskrift om fastlegeordning i kommunene. Alle kommunene plikter til å ha ansatt en rådgiver, såkalt Kommuneoverlege. Kommuneoverlegen er kommunens rådgivende instans i samfunnsmedisinske spørsmål og denne instansen vurderer kvalitet av primærhelsetjenesten i problemstillinger som er knyttet til relasjoner mellom primærhelsetjeneste og juss. Kommuneoverlegen er den første klageinstans som vurderer alle klager på helse- og omsorgstjeneste i en kommune. Denne kommunale rådgiveren er også et middel som kommunen bruker for å kontrollere om primærhelsetjeneste i kommunen fungerer etter gjeldende lovverk. En høyere instans som vurderer klager på kommunal helse- og omsorgstjeneste er Fylkeslegen ved Fylkesmannsembete. Fylkeslegen representerer statens interesser i juridiskfaglige problemstillinger og fungerer som statens forlenget arm i disse spørsmålene og er en av statens kontrollmekanismer som sikrer riktig lovanvendelse i primærhelsetjenesten. Statlig kontroll og koordinering av implementering og gjennomføring utøves både direkte gjennom bevilninger og gjennom behandlingslinjer og pasientforløp. Helsepolitiske føringer etterlyser virkemidler som skal sikre kostnadseffektivitet og bedre tverrfaglig og tverrsektoriell samhandling. Myndighetene anser at pasientforløp er ett av disse virkemidlene og pålegger primærhelsetjeneste å sørge for at helhetlig pasientforløp, fra tidlig innsats til oppfølging etter spesialistbehandling blir ivaretatt. Pakkeforløp for gynekologisk kreft omtaler hovedsakelig rutine for henvisning, utredning og diagnostikk ved mistanke om malign sykdom mens intensiv kreftbehandling etterfulgt av kontrollopplegg i perioden på fem år etter at kreftbehandling ble avsluttet, har hittil vært en spesialistoppgave. Ansvaret for oppfølging av pasienter som er behandlet for enkelte typer maligne sykdommer er i de siste

årene overført til primærhelsetjeneste. Alle intervjuede fastlegene mener at de er allerede overbelastet:

«En gjengs fastlegeproblematikk over det ganske land er at fastlegene nedlesses med mange, mange oppgaver». (Fastlege i en mellomstor kommune)

«Krav, krav og forventninger fra myndighetene, NAV, de bare øker. Jeg kan skrive en bok om det. Det ligger jo i kortene at fastlege stadig får utvidede ansvarsområder i forhold til mange pasientgrupper og rammebetingelsene bedres jo IKKE noe for oss, vi får jo år for år stadig nye oppgaver, vi skal ta hånd om uten at det får med noen ressurser og tiden er jo en begrensende faktor, men hvis jeg skal si noe om det så tror jeg at det blir nødt med ressurser hvis en fastlege skal kunne gjøre det vi egentlig er satt til å gjøre». (Fastlege i en mellomstor kommune)

«Hvis du spør om rammebetingelse så er det overhodet ikke på plass. Per i dag regnes det for full praksis, sånn 1500 pasienter og vår gjennomsnittlig arbeidsuke er 55,6 timer i uka, så hvis vi skal få så mange flere oppgaver per pasient det henger ikke på greip». (Fastlege i en storkommune)

Fastlegene er veldig bekymret overfor den økende trenden at oppgaver som tidligere ble gjort ved spesialisthelsetjeneste i økende grad overføres til primærhelsetjeneste. En fastlege uttaler den gjennomgående bekymringen slik:

«En ser jo den trenden at sjukehuset overfører til fastlege mer og mer og jeg synes at det er allerede såpass mye å gjøre at det er ubehagelig. En kjenner at det blir økt stress for meg som yrkesutøver og for pasientene så blir det jo ofte lengre ventetid på time fordi jeg må ta inn de kontrollene». (Fastlege i en mellomstor kommune)

«Hadde dette bare gjaldt kun en krefttype hadde det ikke vært et stort problem men det gjelder det IKKE, det skal gjelde alle krefttyper og da er det enormt. Myndighetene legger overhodet ikke til rette i forhold til den totale arbeidsbyrden». (Fastlege i en storkommune)

Fastleger har over lengre tid i forskjellige arenaer uttrykket bekymringer over forverrelse av egen arbeidssituasjon. De har gitt uttrykk for sitt ståsted i forskjellige høringsinstanser. Det er en felles forståelse at fastlegenes arbeidsforhold blir forverret hvis fastlegenes arbeidsbyrde blir økt ved at myndighetene legger til nye oppgaver. Informantene beskriver detaljert sine sammensatte oppgaver som de må utføre i en allerede meget travel fastlegepraksis. De må vesentlig forlenge sin arbeidsdag for å kunne innfri de kravene som de er pålagt fra myndighetene. Informantene beskriver sin arbeidshverdag slik:

«Jeg sitter med følelsen av at jeg ikke får gjort alt, og det er i alle fall helt sikkert at det blir stadig mer og mer å gjøre, ventetida på time hos meg blir lengre, dagene mine blir lengre, man må jo sette av noe av tiden til kontorarbeid fordi det må man gjøre etter at man er ferdig med pasientene for dagen» (Fastlege i en mellomstor kommune)

Myndighetene stiller store krav foran fastlegene. Intensjonene fra politiske føringer fortolkes og bearbeides av forskjellige sentrale myndigheter som vurderer dem i forhold til juridiske, økonomiske og faglige elementer. De kommer til fastlegene i form av forskrifter og retningslinjene som må følges. Det er ofte en utfordring for fastlegene å tolke disse retningslinjene og omsette dem i praksis i en travel hverdag. Disse utfordringene er beskrevet slik:

«Det er klart at det finnes retningslinjer men de er ikke alltid presente, de må letes etter». (Fastlege i en mellomstor kommune)

«Som fastlege, det er jo ekstremt mange forskjellige retningslinjer og veiledere som skal følges og de er ikke alltid synlige, ja selv lokalsjukehuset og kan ha problemer med å vite hva skal de gjøre i dette tilfelle og ringer kanskje tredjelinjetjeneste,

Radiumhospitalet. Så jeg synes at rammebetingelsene er ikke klare nok». (Fastlege i en mellomstor kommune)

Intensjoner og krav fra politiske føringer bearbejdes av sentrale statlige instanser i samsvar med økonomiske, juridiske og faglige hensyn. Deretter starter en høringsprosess der alle partene som berøres av konsekvensene skal uttrykke sine meninger om hvilke konsekvenser en eventuell implementering av sluttresultater medfører for dem selv. Etter at prosessen er avsluttet, omsettes resultater som regel til mange forskjellige forskrifter og retningslinjer. Helsetjenestene må implementere disse retningslinjene og følge dem i sin praksis. Alle informantene er enige om at det er en utfordring å følge dem:

«De er ikke tydelige nok, ikke klare nok og selv lokale sykehus er noen ganger usikre». (Fastlege i en mellomstor kommune)

«Fagutvikling går fortere en retningslinjene». (Fastlege i en mellomstor kommune)

Samhandlingsreformen stiller forventninger til at fastlegene i større grad skal integreres både horisontalt og vertikalt i helsetjenesten. Informantene mener at avtalesystemet ikke inneholder strukturer og mekanismer som sikrer vertikal og horisontal integrasjon. Alle intervjuede fastleger er enige om at fastlegereformen fungerer etter intensjonen og har bidratt til bedre helsetjeneste til pasientene. De utfører gledelig de kurative og preventive oppgaver som de mener hører naturlig til primærhelsetjenestens kjernevirksomhet men mener at mange administrative oppgaver tar fokus fra pasientbehandling. Fastlegen er behandler og koordinator av kommunale helse- og omsorgstjeneste og har koordinerende funksjon i forhold til NAV. Hovedmodellen for drift av fastlegeordningen er at fastlegene er selvstendig næringsdrivende med avtale med kommunen. Denne modellen innebærer at fastlegen er underlagt både det fagmedisinske regelverket for legevirkosomhet og regelverket til næringsvirksomhet. Alle fastlegene opplever at de må bruke stadig mer tid på å administrere sin kommunale fastlegepraksis og at de i tillegg beskjefliges med stadig nye administrative og koordinerende oppgaver i tillegg til det som de betrakter som sin kjernevirksomhet. En felles oppfatning at administrative oppgaver konkurrerer med medisinske oppgaver uttrykkes slik:

«Så må det til en omorganisering slik at en god del av de oppgavene vi driver med, det må delegeres til, kanskje andre helsefagarbeidere for eksempel sykepleiere og en god del av den tida vi bruker på administrasjon og da mener jeg NAV- rettet arbeid og erklæringer og «Så må det til en omorganisering slik at en god del av de oppgavene vi driver med, det må delegeres til, kanskje andre helsefagarbeidere for eksempel sykepleiere og en god del av den tida vi bruker på administrasjon og da mener jeg NAV- rettet arbeid og erklæringer og dokumentasjon, det må man prøve å gjøre noe med i framtida for det eser altså ut over alle grenser, synes jeg. Det er min mening». (Fastlege i en mellomstor kommune)

Et utvidet arbeidsområde forutsetter tilførsel av nye ressurser eller en omorganisering av primærhelsetjeneste. En fastlege i storkommune gir uttrykk for en oppfatning som er felles for alle profesjonsutøvere i primærhelsetjeneste. Et felles budskap fra primærhelsetjeneste lyder:

«Hvis vi skal få ytterligere nye oppgaver så må noen oppgaver tas vekk». (Fastlege i en storkommune)

«Jeg er jo helt fortvilet over det fordi det er jo nye ting og mer tiden så vi har egentlig ikke mulighet til å klare dette lenger. Det går ikke». (Fastlege i en mellomstor kommune)

Alle intervjuede uttrykker at den intensive oppgaveoverføring til primærhelsetjeneste i de siste tiårene sammen med økte krav fra myndighetene medfører en betydelig belastning for fastlegene i primærhelsetjeneste. Fastlegene har formidlet det faktiske forholdet og advart om mulige konsekvenser for primærhelsetjeneste hvis trendene fortsetter. Deres synspunkter er

formidlet gjennom forskjellige kanaler og samarbeidsorganer som i høringer, og via legeförening. Primærhelsetjeneste savner fortsatt en dypere forståelse hos myndighetene for de utfordringer de møter i sin hverdag. En ytterlig utvidelse av krav- og ansvarsforhold vil kunne gjøre arbeidsbyrde til fastlegene uhandterlig. Fastlegene advarer mot ansvarsutvidelse slik:

«Smertegrensa i forhold til utvidet ansvar er nådd». (Fastlege i en mellomstorkommune)

Oppsummering:

Fastlegene i primærhelsetjeneste har et helhetlig pasientansvar og er underlagt de kravene som fremgår av lover som regulerer yrkesutøvelse og medisinsk virksomhet. De fleste yrkesutøvere er selvstendig næringsdrivende og følgelig underlagt regelverket for næringsvirksomhet. Informantene har full forståelse for myndighetenes ønske om sterkere effektivisering og koordinering av primærhelsetjeneste. Fastlegene har høy profesjonell integritet og samtidig savner forståelse for sin situasjon hos myndighetene og er av den grunn noe distanserte i forhold til sentrale føringer og dens virkemidler. Informantene mener at avtalesystemet ikke inneholder strukturer og mekanismer som sikrer vertikal og horisontal integrasjon. Når nye oppgaver, som for eksempel oppfølging av gynekraftoverlevende, skal overføres fra spesialisthelsetjeneste til primærhelsetjeneste må det tas i betraktning tjenestenes forskjellige utgangspunkt. Fastlegene er generalister med solid og bred medisinsk kunnskap mens spesialisthelsetjeneste har dybdekompetanse på sitt spesialområde. Det betyr at det i praksis er for mye å forvente at fastlegene som driver en åpen, uselektert allmennlegevirksomhet holder seg til enhver tid oppdatert på alle aspekter av de nye oppgavene særlig når det kommer til sammensatte og såpass spesialiserte problemstillinger som kreftkontroll. Intervjuede mener at de beskjefliges med mange administrative oppgaver som det burde være mulig å delegere til andre helsearbeidere. Kunnskap og evidensbasert praksis i det medisinske faget er i en rask utvikling. Medisinske prosedyrer forandres og justeres underveis som en konsekvens av denne utviklingen. Økende krav som stilles foran primærhelsetjeneste krever økende investering i tjenestens faglige og materielle ressurser. Fastlegene presiserer at det ikke er faglige eller økonomiske årsak som ligger til grunn for at

de utrykker motstand i forhold til overføring av nye oppgaver. Hovedårsak til at fastlegene mener at de per dags dato ikke har alle nødvendige ressursene for å innfri en eventuell ansvarsutvidelse er arbeidsbelastning. Store krav fra myndighetene og knapphet på tid gjør deres arbeidssituasjon uforutsigbar og fører til frustrasjon som kan gå utøver pasienter og rekruttering til faget.

5.3 Forventninger fra pasientene og samfunnet for øvrig

Samhandlingsreform sammen med fastlegereform har som mål å skape en sømløs, effektiv og helhetlig helse- og omsorgstjeneste. Fastlegene er de viktigste profesjonsaktører i primærhelsetjeneste som sørger for at alle i norske kommuner får den helhetlig helse- og omsorgstjeneste. Alle intervjuede fastleger er enige om at fastlegereformen fungerer etter intensjonen og har bidratt til bedre helsetjeneste til pasientene. De utfører gledelig de kurative og preventive oppgaver som de mener hører naturlig til primærhelsetjenestens domene. Oppfølging av pasienter som lyder av kroniske sykdommer som for eksempel hjerte-kar sykdommer, diabetes psykiske lidelser og maligne lidelser som er ferdig med spesialistbehandling utføres per dags dato av fastlegene i primærhelsetjeneste. Politiske føringer bruker prosessbaserte virksomhetsmodeller som behandlingslinjer og pasientforløp som virkemidler for å oppnå målet om sømløs, effektiv og helhetlig helsetjeneste. Statens utgangspunkt er at pasientforløp er en hensiktsmessig måte å oppnå disse samhandlingsreformens mål uansett hvem som har ansvar for de enkelte delene av helse – og omsorgstjeneste. Det forventes at overføring av ansvaret for gjennomføring av slike prosessbaserte modeller til primærhelsetjeneste skal føre til en generelt sett bedre og mer kostnadseffektiv helsetjeneste til kommunenes innbyggere. Derfor stimulerer staten innføring av de pasientforløp som forutsetter at flere pasienter skal tas hånd om i primærhelsetjeneste. Helsereformene åpnet til at allmenhet og brukere av primærhelsetjeneste får store forventninger med henblikk på de rettigheter som helsereformene gir til brukere av

primærhelsetjeneste. De forventninger øker i takt med generelle utviklingstendenser i samfunnet. Primærhelsetjenestens aktører bemerker økende forventninger til pasienter og allmennhet:

«De generelle forventninger har økt, absolutt». (Fastlege i en mellomstor kommune)

«Det er store variasjoner i forventningene fra person til person. Det går veldig mye på personlighet og grad av informasjon hvordan helsevesenet fungerer». (Fastlege i en mellomstor kommune)

«Vi lever i en tid hvor den enkeltes rettigheter er veldig i fokus. Jeg opplever at mange, kanskje oppfatter at de har en masse rettigheter som i praksis ikke er mulig å innfri fordi det er ikke ressurser i systemet til å innfri de rettighetene». (Fastlege i en mellomstor kommune)

Nyere tids helsereformer som fastlegereform og samhandlingsreform har intensivert innføring av kunnskapsbaserte prosedyrer som skal forbedre diagnostisering, behandling og oppfølging av pasienter som er rammet av kroniske og sammensatte sykdommer. Disse prosedyrene kalles for pakkeforløp og er særlig godt egnet for å håndtere maligne sykdommer. I et pakkeforløp er fastlegen i primærhelsetjeneste ansvarlig for å utrede pasienter som viser sykdomstegn eller på annen måte mistenkes å kunne ha en malign lidelse. Forløpet begynner med at fastlege starter utredningen med de grunnleggende undersøkelser og prøvetakinger som er vanlig å gjøre i primærhelsetjeneste ved mistanke om malign sykdom og det er fastlegens oppgave å henvise pasienten uten opphold videre til andrelinje tjeneste som er spesialisert til behandling av den mistenkte krefttype. Som i andre pakkeforløp har pasientens fastlege ansvar for å henvise pasienten til behandling ved spesialisthelsetjeneste og har ansvar for å koordinere helhetlig helse- og omsorgstjeneste for pasienten etter avsluttet spesialistbehandling. Etter behandling for gynekologisk kreft innkalles pasienten med jevne mellomrom til kontroll ved spesialisthelsetjeneste. Kontrollopplegget varer i fem år etter avsluttet kreftbehandling. Mange pasienter som har overlevd kreft lever i uvisshet og frykter tilbakefall. Mange gynekreftoverlevende som henvender seg til sin fastlege med helseplager forventer en spesialistundersøkelse hos en gynekolog men forventninger er i stor grad avhengig av tillitsforhold mellom pasient og lege. Fastlegene tar sine pasienter på alvor og

foretar en grundig undersøkelse og en helhetsvurdering men med en så alvorlig diagnose i bakgrunn blir slike pasienter som regel henvist til en undersøkelse hos spesialist. I vår tid rettes oppmerksomhet på fallgruver ved overdiagnostisering. Det finnes interessegrupper som stimulerer overdreven bruk av avansert diagnostisk utstyr og kostbare prosedyrer. Analysene viser at mange av disse prosedyrene som ofte er mer begrunnet med frykt en fakta og som gjøres mer for sikkerhets skyld er egentlig unødvendige. Når det gjelder sammensatte og alvorlige sykdommer er det vanskelig å finne balansen og gjøre riktige prioriteringer.

«Man må ha tid, kunnskap og ressurser for å ta hånd om denne pasientgruppen. Kunnskap om sykdom, kunnskap om hva behandlingen gjør med pasienten både psykisk og fysisk og om psykiske konsekvenser av sykdom som man kanskje må hjelpe pasienten å håndtere men noen må henvises til spesialist hvis det er mistanke om recidiv» (Fastlege i en mellomstor kommune)

Fastlegene mener at pasientens forventninger i forhold til kreftsykdom og især gynekologisk kreft er rimelige:

«Vi må prøve å bidra til å skape realistiske forventninger men det er klart: det som haster, det skal man ha forventninger at det skal gå fort». (Fastlege i en mellomstor kommune)

«Det viktigste er å lytte til », (Fastlege i en mellomstor kommune)

«De har jo krav på det». (Fastlege i en mellomstor kommune)

Fastlegene mener at samfunnsutvikling og mediaoppmerksomhet kan være med på å skape urealistiske forventninger. Det er påfallende at disse forventningene er mer uttalte hos de som ikke er kreftsyke og ikke ofte bruker helsetjeneste.

«Det er nok en tendens at mange har nok urealistiske forventninger, dette er mediaskap». (Fastlege i en mellomstor kommune)

«Det er ingen som skriker høyere hvor dårlig er helsetjeneste enn de som ikke bruker den». (Fastlege i en storkommune)

«Dette med tillit er kanskje det beste ved å være fastlege fordi folk har tillit til oss. Da må man bare være ærlig, jeg er ikke gynekolog eller kirurg men jeg kan noe om og de fleste har forventning om at man er ærlig og det jeg ikke kan fikse forventer de å bli sendt videre til spesialisthelsetjenesten. Men det som kan være tyngdenes hvis du selv tillegger pasientene at de har forventninger som de faktisk ikke har. Det eneste som har forandret seg veldig mye over tid er tidsaspekter når de skal få hjelp. Før aksepterte folk at det var ventetid, nå aksepterer ikke folk det på samme måte». (Fastlege i en storkommune)

Fastlegene kjenner godt egne pasientenes sykehistorie og personlige forhold og uttrykker at de er best egnet til å tilpasse oppfølgingen til den enkelte pasient. Denne erkjennelsen oppsummeres slik:

«Vi er kanskje de beste til dette men rammebetingelsene er overhodet ikke på plass, men myndighetene legger overhodet ikke til rette i forhold til den totale arbeidsbyrden». (Fastlege i en stor kommune)

Oppsummering:

Forventninger fra pasienter og allmennhet har økt i samsvar med generell utvikling i samfunnet. Informantene bemerker at dagens pasienter er mye mer opplyst. Vitenskapsutvikling og kunnskap om forskjellige muligheter innenfor medisinsk fag førte til økende forventninger til medisinsk behandling. Informantene bemerker at dagens pasienter ikke aksepterer at det er ventetid på helsetjenester og sier seg enige i dette særlig når det gjelder akutte tilstander og kreftsykdom. Profesjonsutøverne i primærhelsetjeneste er ansvarlige for helhetlig helse og har ofte store utfordringer når de grunnet knapphet på ressurser må gjøre vanskelige prioriteringer. Informantene opplever at pasientene verdsetter deres innsats for å sikre en god og bærekraftig primærhelsetjeneste til dem. Det er informantenes mening at pasientforventninger er i

grunnen rimeligere enn forventninger fra samfunnet for øvrig som kan resultat av mediapåvirkning.

5.4 Tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid i oppfølging av gynekologisk kreftoverlevende

Alle fastlegene verdsetter faglig kommunikasjon og samhandling med spesialisthelsetjeneste og anser at det er nødvendig å styrke den. De peker på flere utfordringer som står i veien for bedre og mer effektiv samhandling mellom disse tjenester. Legene i begge tjenestene har en hektisk og ofte uforutsigbar hverdag slik at det er vanskelig å formalisere samhandlingen i hvert tilfelle. Politiske føringer stiller store krav om effektivisering og kostnadsregulering til både spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste. Fastleger i primærhelsetjeneste har stor forståelse for denne sammensatte stillingen som særlig den offentlige spesialisthelsetjeneste befinner seg i. Offentlige sykehus drives under store og ressurskrevende organisasjoner såkalte helseforetak. Konsekvensen av denne organisasjonsmodellen er at den offentlige spesialisthelsetjeneste er utsatt for streng statlig regulering. Foretaksmodellen krever meget stor kostnadseffektivitet som er vanskelig å oppnå nå foretakets produksjon er avansert medisinsk behandling. Den private spesialisthelsetjeneste er et godt supplement til den offentlige spesialisthelsetjenesten. Private spesialistinstitusjoner har imidlertid bedre grunnlag til planlegging av drift. De består av mindre spesialenheter med mulighet til å opprette ad hoc team bestående av spesialister som på kort varsel kan legge ut anbud på den spesialisthelsetjeneste som er etterlyst på tidspunkter når det oppstår lang ventetid på ett av behandlingsoppleggene hos den offentlige helsetjeneste. Alle pasienter som fastlegene henviser til de private spesialister får rask og god behandling og fastlegene setter stor pris på godt samhandling med privat spesialisthelsetjeneste og uttaler seg slik:

«Vi har jo et godt samarbeid med det lokale sykehuset og gynekologiske miljøet der og også med private gynekologer». (Fastlege i en mellomstor kommune)

«Private gynekologer er veldig ekspeditte, det er bare å henvise eller det er nok at pasienten bare stiller spørsmål så blir pasienten kalt inn». (Fastlege i en storkommune)

Private spesialisthelsetjenester fremstår ofte som faglig og økonomisk mer effektive. Når man sammenligner tjenestenes produksjonseffektivitet må man være oppmerksom på faktumet at disse spesialisthelsetjenestene har forskjellige utgangspunkt og forskjellige målsettinger. Profitt er en viktig drivfaktor for private aktører. Gode resultater på effektivitet og kostnadskontroll som privat spesialisthelsetjeneste viser til, skaper større forventninger og gir føringer til drift av den offentlige spesialisthelsetjeneste. Staten som eier et helseforetak forventer samme effektivitet i drift av spesialisthelsetjeneste. Fastlegene har forståelse at spesialisthelsetjenestens er i en utsatt posisjon. Informantene formulerer denne slik:

«Det er mange som oppfatter at alt skal gå umiddelbart men det er ikke ressurser til det, sykehuset må kutte og spare. Det kan jeg bekrefte til å ta telefon til hvilken som helst avdeling». (Fastlege i en mellomstor kommune)

Foretakets eier setter press på spesialisthelsetjeneste og påvirker den til å komme med faglig begrunnelse for oppgaveoverføring til primærhelsetjeneste. Det kan tenkes at det ligger et krav om kostnadsreduksjoner bak dette. Det råder en fellesoppfatning blant primærhelsetjenestens profesjonsutøvere at den offentlige spesialisthelsetjeneste er lett for å gi etter dette presset og begrunner oppgaveoverføring i samsvar med disse politiske intensjoner. Fastlegene er imidlertid bekymret over konsekvensene av organisatoriske forandringer i helsetjenestene i den senere tid. Forandringer går i retning av massiv overføring av oppgaver til primærhelsetjeneste uten at de ser at myndighetene ta hensyn til tjenestens totale arbeidsbyrde Informantene har forståelse for at spesialisthelsetjenesten er også overbelastet. Fastlegene erfarer at samhandling med spesialisthelsetjeneste fungerer bra. I nyere tid er det tatt i bruk flere nettverksbaserte samhandlingsløsninger. spesialisthelsetjenestens posisjon og at det også tar tid å utarbeide og samstemme prosedyrene da den medisinske viten utvikler seg i meget raskt tempo.

«Det tar tid å samstemme og godkjenne prosedyrene» (Fastlege i en mellomstor kommune)

«De forskjellige gynekologiske enhetene har ikke vært helt samstemte hvordan det skal være, hvem skal følge opp og andre fag har nok kommet lengre med å på et vis utarbeide spesifikke kontrollopplegg med hva som skal gjøres men det kan også bli veldig spesifikk for eksempel så kom det inn nye teknikker som jo gjør at et opplegg som er satt i 2010 er kanskje allerede utgått. Vi ser for eksempel at nye teknikker som bruk av PET skanning som kommer ganske raskt nå og vil snu opp ned på en god del. Så teknisk utvikling går raskere enn retningslinjene». (Fastlege i en mellomstor kommune)

Det er fortsatt en god del utfordringer i samhandling mellom spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste. Utfordringer knyttes til vansker i kommunikasjonsflyt. Innføring av et felles digitalt kommunikasjonsnettverk, såkalt Norsk Helsenett (NHN) har vært en millepall og har vesentlig forbedret samhandling mellom profesjonsutøvere. Profesjonsutøvere i primærhelsetjenesten mener at høy arbeidsbelastning av profesjonsutøvere i begge tjenestene, ustabilitet i drift av det digitale kommunikasjonsnettverket og et ujevnt nivå i nettverksutbygging i forskjellige tjenestene er hovedårsakene som skaper frustrasjon i det daglige arbeidet og står i veien for enda bedre samhandling mellom helsetjenestene. Informantenes oppfatning om hvordan samhandling med profesjonsaktører i spesialisthelsetjeneste fungerer i praksis oppsummeres slik:

«Det er ikke lett å få tak i sykehusspesialister og det skjønner man fordi begge har det travelt men når man får kontakt, særlig hvis du får kontakt med en som er dreven og kjenner meg og det lokale fasiliteter og det som kan gjøres da blir det sånn, vi gjør sånn og det går veldig bra. Men hvis du får kontakt med en vikar som ikke er så kjent så blir det fort usikkert, så må de sjekke hvordan det praktiseres. Så blir det ofte en henvisning». (Fastlege i en mellomstor kommune)

«Jeg skulle ønske at vi har en slags PLO (pleie-omsorgsmelding) direkte i sykehusjournalen der jeg kan skrive notat direkte til sykehus og se hva som var gjort tidligere». (Fastlege i en mellomstor kommune)

«Vi har jo i mange år ventet på fellesjournalen så vi får se hva skjer». (Fastlege i en mellomstor kommune)

Oppsummering:

Informantene er enige om at Fastlegereformen og Samhandlingsreformen har gode intensjoner og at de har betydelig forbedret pasientbehandlingen og fremmet helsetilstanden i befolkningen men i praksis opplever de ofte en kløft mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Tjenestene har forskjellige målsettinger fordi spesialisthelsetjeneste fokuserer på behandling av pasientgruppe i sitt spesialitetsområde mens primærhelsetjeneste har ansvar for helhetlig helse og velvære for innbyggere på sin fastlegeliste. Informantene har stor forståelse for spesialisthelsetjenestens posisjon og mener at politiske føringer stiller store krav om kostnadseffektivitet foran begge helsetjenestene. Etter informantenes mening er samhandling blitt bedre og mer koordinert etter innføring av elektroniske samhandlingsløsninger som dialogmeldinger, PLO-meldinger, Multidose i E-resept og Pasientens legemiddelliste men at det er nødvendig å arbeide med forbedring av funksjonalitet til disse løsningene og utvikling av felles journalsystem som skal sikre at en integrert pasientinformasjon befinner seg på ett sted tilgjengelig for begge helsetjenestene. Informantene opplever at samhandling med spesialisthelsetjeneste fungerer stort sett bra men at overbelastning og tidspress i begge helsetjenestene er en begrensende faktor for mer effektiv samhandling.

5.5 Horisontal samhandling mellom profesjonsaktører i kommunene

Informantene har en positiv oppfatning av horisontal samhandling innenfor i kommunehelsetjeneste.

«Jeg synes jo at det er veldig godt samarbeid med kommunen sin hjemmesykepleie. Men når det gjelder kreftpasienter da er det mest lindrende team jeg samarbeider med ikke oppfølging av de som er «erklært friske» Jeg samarbeider også godt med fysioterapeuter men det er ofte vanskelig å få kontakt med dem, vi har det travelt begge to og noen har ikke PLO(pleie- omsorgsmelding) men det kan bli bedre. (Fastlege i en mellomstor kommune)

Oppsummering:

Fastleger oppgir at deres naturlige samhandlingspartnere er fysioterapeuter og den kommunale omsorgstjenesten. Noen pasienter har behov for henvisning til psykolog. Tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid og samhandling innenfor kommunale grenser dreier seg hovedsakelig om omsorgsoppgaver og tilrettelegging til den enkelte pasienten. Informant som er fysioterapeut i primærhelsetjeneste betegner fastleger som gode samhandlingspartnere i pasientarbeidet. Informanten opplever at samhandlingen er hevet på et høyere nivå etter etablering av et felles nettverk for kommunikasjon og innføring av nye elektroniske løsninger for samhandling som PLO-meldinger(pleie-omsorgsmelding) men etter informantens mening er det samlet arbeidsbelastning og knapphet på tid som er hovedfaktor som hemmer en bedre tverrsektoriell samhandling også innenfor kommunens helse- og omsorgstjeneste.

5.6 Faktorer som hemmer og fremmer samhandling med spesialisthelsetjenesten

Alle informantene er enige i at en god samhandling mellom spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste er nødvendig for å forsikre en god livskvalitet til befolkning. De opplever at samhandling med spesialisthelsetjeneste fungerer bra men innser at begge partene har en forbedringspotensialet på samhandlingsområde. Etter informantenes mening er de viktigste faktorene som påvirker samhandling mellom profesjonsaktørene tid og tilgjengelighet. Profesjonsutøvere i primærhelsetjenesten uttrykker sine synspunkter om påvirkningsfaktorene slik:

«Tid og tilgjengeligheten er viktig for godt samarbeid og trygghet for pasienten og det er vanskelig fordi vi er ofte opptatt». (Fastlege i en mellomstor kommune)

«Det er jo tid og tilgjengelighet da som er fremmer, ren fysisk tilgjengelighet at du kan få tak i dem og tid til å utføre og til å kunne diskutere dette. Og hemmer er det motsatte tegn. Mangler du tid, noe kan gå glipp på grunn av manglende tid». (Fastlege i en mellomstor kommune)

«Tid og den totale arbeidsbelastning som er avgjørende faktorer som fremmer eller hemmer. Hvis de overfører oppgaver uten å gjøre noe organisatorisk slik at vi får avlastning og tid så blir de krise. Da vil fastlegene sette seg på bakkben, da er vi ikke blitt hørt og kommer i skyttergravene. Tidligere så har vi jo hatt krum rygg og bøyd hode og det går ikke lenger». (Fastlege i en storkommune)

Oppsummering:

Alle informantene fremhever at en høy grad av total arbeidsbelastning og knapphet på immaterielle ressurser er de viktigste utfordringer i primærhelsetjenestens arbeid.

De mener at samhandling med spesialisthelsetjeneste fungerer bra til tross for at begge helsetjenestene tynges av krevende oppgaver. Det er en fellesoppfatning blant informantene at tid er en faktor som både kan fremme og hemme tverrfaglig og tverrsektoriell samhandling mellom profesjonsaktørene.

Intervjuene med profesjonsutøvere i primærhelsetjeneste som deltar i oppfølging av gynekroftoverlevende pekte på tre temaene som dominerer i alle intervjuene. Temaene er direkte relatert til informantenes utfordrende arbeidssituasjon. Alle informantene sender et kraftig signal om en høy grad av total arbeidsbelastning i primærhelsetjeneste. De mener at denne utfordringen sammen med utvidet myndighetenes krav som en konsekvens av et utvidet ansvarsområde kan føre til dårligere helsetjeneste til pasienter og negative konsekvenser for det primærmedisinske faget. Det er nødvendig med en helhetlig forståelse av profesjonsutøvernes arbeidssituasjon for å få en dypere forståelse av primærhelsetjenestens forutsetninger for en produktiv tverrfaglig og tverrsektoriell samhandling. Alle informantene fremhever at en høy grad av total arbeidsbelastning og knapphet på immaterielle ressurser som tid er de viktigste utfordringer i primærhelsetjenestens arbeid.

OPPSUMMERING AV RESULTATER

Informantene erfarer at samhandling med spesialisthelsetjeneste fungerer stort sett bra men at begge tjenestene har et stort forbedringspotensialet. Det er gjort et stort fremskritt i den nyere tid etter at det er tatt i bruk flere nettverksbaserte samhandlingsløsninger. Informantene opplever at både primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste er overbelastet. De har stor forståelse for spesialisthelsetjenestens posisjon. De mener at avtalesystemet ikke inneholder

strukturer og mekanismer som sikrer vertikal og horisontal integrasjon. Informanter i vårt materiale viser velvilje og interesse for å utvikle samhandling med spesialisthelsetjeneste i tråd med samhandlingsreformens ambisjoner. Samtidig uttrykkes skuffelse over myndighetenes manglende forståelse av primærhelsetjenestens behov. På dem virker det som at myndighetene langt på vei forventer at fastlegene må akseptere alt som kommer «ovenfra» Fastlegene mener at de i dagens organisatoriske system ikke har forutsetninger til å overta ansvar for ytterligere nye oppgaver som for eksempel kontroll av gynekraftoverleverer. Derfor er fastlegene i primærhelsetjeneste noe distanserte i forhold til myndighetenes reformer og dens virkemidler Alle intervjuede fastleger er enige om at fastlegereformen fungerer etter intensjonen og har bidratt til bedre helsetjeneste til pasientene. De utfører gledelig de kurative og preventive oppgaver som de mener hører naturlig til primærhelsetjenestens kjernevirksomhet men mener at mange administrative oppgaver tar fokus fra pasientbehandling. Horisontal samhandling innenfor kommuner fungerer bra særlig etter innføring av elektroniske løsninger som dialogmeldinger, PLO-meldinger og Multidose i E-resept.

Alle informantene fremhever knapphet på immaterielle ressurser som tid og tilgjengelighet som de viktigste faktorer som påvirker samhandling. Informantene understreker unisont at tiden er den viktigste faktor som både kan fremme og hemme tverrfaglig og tverrsektoriell samhandling mellom profesjonsutøvere. Studien viser at det er de samme faktorene som kan fremme eller hemme samhandling mellom profesjonsaktører.

New Public Governance kom som en reaksjon og erkjennelse på at New Public Management ikke fungerte etter intensjonene. Produksjon av helse – og velferdstjeneste har blitt mer sammensatt og kostbar og en økt horisontal fragmentering medførte samordningsproblemer. Spesialisering og desentralisering av organisasjonene gjorde det vanskeligere for dem å utforme og iverksette effektive tiltak alene. Det var nødvendig med tettere interorganisatorisk samarbeid mellom flere ulike nivåer og sektorer i offentlige, private og frivillige organisasjoner for å gi innbyggerne en helhetlig og sømløs helse. Behovet for flernivåstyring og samordning av dette grenseoverskridende nettverks- og partnerskapsorienterte samarbeidet medførte innføring av ny styringsmodell- New Public Governance. New Public Governance betegnes i norsk teoretisk litteratur som samstyring. Samstyring foregår gjennom strukturer hvor likeverdige, men gjensidig avhengige aktører samhandler om oppgaver på helse- og omsorgsområdet. Samstyring defineres som en ikke hierarkisk prosess som koordinerer offentlige og/eller private aktører og gir dem felles retning og mening (Røiseland & Vabo, 2016). Samarbeidet mellom spesialisthelsetjeneste ved sykehus/helseforetak, og primærhelsetjeneste i kommunene har gjennom samhandlingsreformen fått en formalisert juridisk form. Samhandlingsreformen bygger eksplisitt på en samstyringslogikk men den juridiske formen har medført at samhandlingspartnere er mer fokusert på ivaretagelse av egne interesser gjennom forhandlingen (Hanssen et al., 2014). Den teoretiske bakgrunnen for samstyring er hentet fra nettverksteori. Teorien forklarer hvordan et nettverk bestående av offentlige myndigheter, markedsaktører og sivilsamfunn utformer politikk på et område (E. Sørensen; J. Torfing, 2005). Nettverkets formål er å designe og kontrollere målene og oppnå resultater baserte på felles problemanalyse, felles verdier og konsensus. Samhandling mellom primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste i Sør-Norge som er undersøkt i denne studien er et eksempel på nettverksorganisering. En av de klareste funnene i nyere forvaltningsforskning er at nettverksstyring har blitt viktigere for offentlige byråkratier (Curry, 2015). Utfordringer for forvaltningspolitikken i Norge er felles for alle europeiske land og denne innebærer mer

nettverksstyring og evidensbasert politikktutvikling (Aspøy, 2014). Nettverksforskning stadfester både en relasjonell og strukturell utvikling av styringsnettverk. Utviklingen innebærer en økende verdi av andre aktører og deltakere i aktivitetene til offentlig forvaltning og økende aksept av styringsnettverk i tradisjonelle styringsinstitusjoner. Konsekvensen er at styringsnettverk befester sin rolle og funksjon som koordinator i lokal helsepolitikk (Tennås Holmen, 2011). Samstyringsteori har stadfestet at styringsnettverk spiller en vesentlig rolle i offentlige styringsprosesser, og at nettverk mellom offentlige og private aktører betraktes som et effektivt styringsredskap (Sørensen & Torfing, 2012).

Statens instrumenter for styring -og koordinering av samhandlingsreformen referer til tre ulike styringsmekanismer hierarki, marked og nettverk (Røiseland & Vabo, 2016) Gjennom samhandlingsreformen har staten lovpålagt helseforetak og kommuner til å samarbeide .En slik påtvunget partnerskap betegnes i litteraturen som koordineringsmandat (Torjessen & Vabo, 2014). Den offentlige spesialisthelsetjeneste som er en de av helseforetak inngår samarbeidsavtale med kommunene. Hensikten med samarbeidsavtale er å forsikre god pasientflyt mellom spesialisthelsetjeneste og fastlegene som er de viktigste profesjonsutøvere i primærhelsetjeneste i kommunene. Dette er et eksempel på styringsinstrument som påvirker styringsobjektene for å styre seg selv i tråd med statens ønske. Andre styringsinstrumenter som bruker hierarkiske mekanismer er tradisjonelle inputorienterte finansielle styringssystemer som øremerkede tilskudd fra Helsedirektoratet til Kommunal akutt døgntilbud. Resultatorienterte finansielle styringsinstrumenter som er fokusert på incentiver bruker markedet som styrings- og koordineringsmekanismen. Gjennom kommunalmedfinansiering deler kommuner utgifter til sykehusopphold for egne innbyggere og får incentiver til å redusere sykehusinnleggelse, bygge lokale medisinske sentre eller intensivere forebyggende tiltak. Hensikten med slike markedsbaserte styringsinstrumenter er at kommunene reduserer omfanget av sykehusinnleggelser ved å forebygge sykdom eller behandle pasienter hos fastlegen i primærhelsetjenesten i stedet på sykehus (Romøren, 2011). Det er nødvendig for kommunene å ha god kunnskap om emnet for å få en effektiv utnyttelse av incentivene. Dette stiller større krav til kommunal ledelse og fastlegene som sitter med ansvaret for pasientbehandling og koordinering av helse -og omsorgstjeneste i kommunen. Kommunene må også betale dagbøter for utskrivningsklare sykehuspasienter som kommunen ikke kan ta imot. Dette er et eksempel på styringsinstrument som i organisasjonsteori betegnes som resultatorientert finansiell styringssystem med fokus på incentiver (Torjessen & Vabo, 2014). Eksempel på styringsinstrumenter som bruker nettverksmekanismer i strategisk styring er nasjonal koordineringsgruppe for samhandlingsreformen. Koordineringsgruppen

har en koordinerende funksjon mellom politisk ledelse i departementene og iverksettende virksomheter som er spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste. Dette er et eksempel på statens virkemidler som i organisasjonslitteratur betegnes som bottom-up og interaktiv strategisk styring (Torjessen & Vabo, 2014). Kommunene har ansvar for den helhetlig primærhelsetjeneste for sine innbyggere og de inngår avtale med fastlegene som sørger for at kommunene oppfyller sine lovpålagte plikter innenfor den kommunale helse- og omsorgstjeneste. Avtale som plasserer ansvar for alle aspekter av primærhelsetjeneste i kommunene bygger på fastlegereformen, såkalt fastlegeordning. Fastlegeordningen bygger på fastleger som private næringsdrivende og ideologien hentet fra New Public Management om fritt valg av lege men er samtidig et sterkt reguleringsinstrument som staten bruker for å regulere allmennlegevirksomhet i kommunene (Veggeland, 2018). Samhandlingsreform har som mål å skape en helhetlig, sømløs og kostnadseffektiv helse- og omsorgstjeneste. Prosessbaserte virksomhetsmodeller som behandlingslinjer og pasientforløp anses av staten som gode instrumenter for å oppnå disse målene og derfor stimulerer staten innføring av slike standardiserte forløp i samhandlingsrelasjoner mellom ulike organisatoriske enheter. Prosesstenkning og prosessbaserte virksomhetsmodeller er forankret i organisasjonsteori (Fineide & Ramsdal, 2014). Kommunene skulle sørge for at helhetlige pasientforløp blir ivaretatt. Dermed har fastlegene som allerede har ansvar for mange viktige og tunge oppgaver fått utvidet sitt ansvarsområde. Politiske føringer etterlyser bedre koordinering og kostnadseffektivitet og derfor innføres stadig nye prosedyrer, såkalte pakkeforløp. Faglig begrunnelse for pakkeforløp viste til at det gir effekt i optimalisering av pasientbehandling og reduksjon av komplikasjoner (Rotter et al, 2010). Slike behandlingslinjer og evidens basert medisin former standardprogrammer for medisinskfaglig arbeid og øker ledelsens kontrollpotensialet (Fineide & Ramsdal, 2014). Etablering av sømløse helsetjenester gjennom standardiserte prosedyrer for samhandling mellom ulike tjenester betegnes i organisasjonslitteratur som «collaborative management» (Fineide & Ramsdal, 2014). Etter innføring av pakkeforløp for flere kroniske sykdommer har både fastlegene i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjeneste fått en bedre mulighet for å håndtere slike sykdommer. Pakkeforløp har bidratt til bedre samhandling mellom helsetjenestene. Pakkeforløp for gynekologisk kreft er en av mer ressurskrevende prosedyrer og derfor har behandling og kontroll i 5 års periode hittil vært spesialisthelsetjenestens oppgave. Denne studien har som formål å få frem hvordan profesjonsutøvere i primærhelsetjenesten opplever vertikal og horisontal samhandling og hvilke faktorer etter deres mening fremmer og hemmer denne samhandlingen i lys av tendenser til en massiv oppgaveoverføring fra

spesialisthelsetjeneste til primærhelsetjeneste.. Myndighetene stiller store krav foran fastlegene. Fastlegene er allerede belastet med mange tunge oppgaver. Intensjonene fra politiske føringer fortolkes og bearbeides av forskjellige sentrale myndigheter som vurderer dem i forhold til juridiske, økonomiske og faglige elementer. De kommer til fastlegene i form av forskrifter og retningslinjene som må følges. Det er ofte en utfordring for fastlegene å tolke disse retningslinjene og omsette dem i praksis i en travel hverdag. Fastlegene mener at det er praktisk sett umulig å forvente at fastlegene som driver en åpen, uselektert allmennlegevirksomhet holder seg til enhver tid oppdatert på oppfølging av alle såpass spesialiserte problemstillinger. Kontrolloppfølging av gynkreftoverlevende forutsi bruk av gynekologisk ultralyd. Hvis oppfølging overføres til fastlegene må de investere i kostbar utstyr og opplæring. De kan ikke vite på forhånd pasientgrunnlag for en såpass stor investering. Likevel understreker fastlegene at det ikke ligger økonomiske årsaker bak deres motstand til nye oppgaveoverføring. Hovedårsaken for deres motstand er tidspress. De er allerede overbelastet og frykter at de ikke skal være i stand til å gjøre arbeidet de er satt til å gjøre hvis de får enda flere tunge oppgaver. Ut ifra helhetsvurdering av sin nåværende arbeidssituasjon uttrykker fastlegene i primærhelsetjeneste bekymring for at deres arbeidsbelastning blir u håndterlig hvis tendensen med oppgaveoverføring fortsetter. Fastlegene har tidligere signalisert sine bekymringer i faglige fora og overfor myndighetene gjennom flere høringer. De føler ikke at de blir hørt i tilstrekkelig grad da tendensene fortsetter. De føler at de ikke har mye innflytelse på sin egen arbeidssituasjon. Hvis tendensene med oppgaveoverføring og utvidelse av ansvarsområdet skal fortsette i samme tempo, frykter fastlegene for negative konsekvenser for egen profesjon. De negative konsekvensene av overbelastningen er utbrenthet blant fastlegene og rekrutteringssvikt til yrket som medfører kvalitetsforringelse og dårligere helsetjeneste i kommunene. Forverrelse i fastlegenes vilkår er direkte relatert til dårligere primærhelsetjeneste (Panagioti et al., 2018).Overbelastning av fastlegene og rekrutteringskrise er bekreftet i evaluering av fastlegereform (Analyse, 2019). Viktighet av legenes jobbtfredshet for en god helsetjeneste er også bekreftet i flere norske studier (Bååthe, 2019)

6. Konklusjon

6.1 Oppsummerende konklusjon

Studien viser at profesjonsaktører i primærhelsetjeneste erfarer at samhandling med spesialisthelsetjeneste fungerer på en tilfredsstillende måte men at det er fortsatt en betydelig forbedringspotensialet særlig når det gjelder samhandling om oppfølging av gynekreftoverlevende med henblikk på signaler fra politiske føringer om oppgaveoverføring. Studien fremhever at det er de samme faktorene som kan fremme eller hemme vertikal og horisontal samhandling mellom profesjonsaktører som deltar i oppfølging av gynekologisk kreftoverlevende. Alle informantene fremhever knapphet på immaterielle ressurser som tid og tilgjengelighet som de viktigste faktorer som kan både fremme og hemme tverrfaglig og tverrsektoriell samhandling mellom profesjonsutøvere. Den viktigste enkeltfaktor som kan både fremme og hemme tverrfaglig og tverrsektorielt samhandling mellom profesjonsaktører er knapphet på tid.

6.2 Veien videre

Denne studien slår fast at tid og tilgjengelighet er de viktigste faktorene som kan fremme eller hemme tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid mellom profesjonsaktører i primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste som deltar i oppfølging av gynekreftpasienter.

Noe av funnene i denne studien er bekreftet i nylig publiserte studier av andre forskere som to kohortstudier av norske leger, publisert nylig i TNL (Hertzberg, Tyssen, Skirbekk, & Rø, 2019) og rapporten «Evaluering av fastlegeordningen» (Analyse, 2019). Det bemerkes at i disse studiene er brukt andre metoder enn i min studie.

Selv om min metode og utvalget ikke har stor overforbarhetsverdi, håper jeg at studiens resultater skal inspirere til videre forskning på dette høyt aktuelle feltet. Det trengs mer kunnskap om emnet for at man kunne trekke konklusjoner som skal fremme tverrfaglig og tverrsektoriell samhandling i helsetjeneste. Det er behov for videre forskning for å kunne komme til konklusjoner som kan bidra til bedre organisering av helsetjeneste i fremtiden.

Vedlegg

Vedlegg 1: Intervjuguide

Forutsetninger for oppfølging:

(egne, faglige, materielle, organisatoriske)

Vi ser at mange oppgaver er overført til primær helsetjenesten og trenden er økende. Profesjonsutøvere får utvidet ansvarsområde og det kommer stadig nye krav og pålegg fra myndighetene.

1. Hva gjør dette med din praksis?
2. Hvordan opplever du at de faglige forutsetningene for oppfølging av kreftpasienter?
3. Har du vært involvert i oppfølging av pasienter med gynekologisk kreft? (V/svar ikke/sjelden: Hvorfor?)
4. Hva vil etter din mening bli konsekvensene av et utvidet ansvar for denne pasientgruppe?
5. Hva slags fagmiljø har du tilgang til? Er du del av en større fagstab, deltar du i faste fagmøter eller andre arenaer hvor du kan diskutere faglige problemstillinger?

Refleksjoner om krav/forventninger fra myndighetene:

Pasienter som lider av flere sammensatte, kroniske sykdommer følges opp i primær helsetjeneste. Når det gjelder oppfølging av pasienter som har fullført behandling for gynekologisk kreft er ansvarsområdet noe uklart

1. Kan du si noe mer konkret om hvilke krav og forventninger som stilles til deg i oppfølgingen av denne pasientgruppen?
2. Med utgangspunkt i myndighetenes krav og forventninger, hvordan opplever du rammebetingelsene for oppfølging av denne pasientgruppen?
3. Synes du at myndighetene legger til rette for en optimal oppfølging av kreftpasienter i allmennpraksis

Refleksjoner om forventninger fra pasientene/allmennhet:

1. Hva er inntrykket ditt at pasienter/ brukere forventer av deg som fagperson? Har forventningene endret seg over tid, opplever du store variasjoner i forventninger, er de realistiske?
2. Hvordan håndterer du slike forventninger?

Hvordan fungerer tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid om denne pasientgruppen i praksis:

Kommunikasjon og informasjon

1. Hvor oppsøker du selv faglig informasjon/støtte dersom du trenger denne i oppfølging av pasientene?

2. I hvilken grad opplever du at dine erfaringer/synspunkter blir hørt i oppfølgingsprosessen?
3. Hva slags muligheter har du til å påvirke selve opplegget for oppfølging rundt pasienten?
4. Hvordan vil du beskrive kommunikasjonen/informasjonsflyten mellom helsemyndighetene, spesialisthelsetjenesten og **deg** (profesjonsaktør i 1.linje tjenesten)?

Samhandling

1. Hvilke aktører har du hyppigst kontakt med eller hvilke aktører vil du trekke frem som de viktigste i oppfølgingsprosessen?
2. Hvilke aktører henter du faglig oppbakking/veiledning fra?
3. Etter din oppfatning, hvor det overordnet ansvar bør være plassert, hos hvem?
4. Hvordan opplever du samarbeid og samhandlingen mellom ulike aktørene som deltar i oppfølgingen?
5. Hvordan opplever du aksessen/ tilgjengeligheten til de andre aktørene i oppfølgingsprosessen?

Barrierer og fremmere for samhandling og samarbeid:

(Opplevelse av egen rolle, tilfredshet m/denne, å utpeke faktorer som fremmer og faktorer som er barriere)

1. Hvilke faktorer anser du som avgjørende (fremmere) for godt samarbeid og samhandling i oppfølgingen av disse pasientene?
2. Hvilke faktorer anser du som barrierer for godt samarbeid og samhandling i oppfølgingen?

Vedlegg 2: Meldeskjema NSD

- [Norsk](#)
- [Jadranko Kudra](#)

Meldeskjema 146930

Skriv ut

Sist oppdatert

23.08.2019

Hvilke personopplysninger skal du behandle?

- Navn (også ved signatur/samtykke)
- Adresse eller telefonnummer
- E-postadresse, IP-adresse eller annen nettidentifikator
- Lydopptak av personer
- Andre opplysninger som vil kunne identifisere en fysisk person

Type opplysninger

Du har svart ja til at du behandler andre opplysninger som vil kunne identifisere en person, beskriv hvilke

Opplysninger om stilling/funksjon og tilhørighet til kommune/helseforetak/frivillig organisasjon vil gjøre det vanskelig å fullt ut ivareta anonymitet

Skal du behandle særlige kategorier personopplysninger eller personopplysninger om straffedommer eller lovovertridelser?

Nei

Prosjektinformasjon

Prosjekttittel

«Kartlegging av samhandlings faktorer knyttet til oppfølging av pasienter med gynekologisk kreft»

Dersom opplysningene skal behandles til andre formål enn behandlingen for dette prosjektet, beskriv hvilke

Nei

Begrunn behovet for å behandle personopplysningene

Opplysninger om stilling/funksjon og geografisk tilhørighet er relevant informasjon i dette prosjektet.

Prosjektbeskrivelse

Prosjektbeskrivelse master2018.docx

Ekstern finansiering

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Jadranko Kudra, jakud@online.no, tlf: 91195620

Behandlingsansvar

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Agder / Fakultet for helse- og idrettsvitenskap / Institutt for folkehelse, idrett og ernæring

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Charlotte Kiland, charlotte.kiland@uia.no, tlf: 38141689

Skal behandlingsansvaret deles med andre institusjoner (felles behandlingsansvarlige)?

Nei

Utvalg 1

Beskriv utvalget

Informanter som representerer ulike helseaktører i samhandlingen rundt den aktuelle pasientgruppen: Fastleger, spesialister i helseforetaket, fysioterapeuter, sykepleiere, kreftkoordinatorer i kommunal helse-og omsorgstjenesten, helseaktører fra privat sektor og frivillige organisjoner

Rekruttering eller trekking av utvalget

Det vil tas direkte kontakt per telefon og e-post med aktuelle Informanter

Alder

18 - 67

Inngår det voksne (18 år +) i utvalget som ikke kan samtykke selv?

Nei

Personopplysninger for utvalg 1

- Navn (også ved signatur/samtykke)
- Adresse eller telefonnummer
- E-postadresse, IP-adresse eller annen nettidentifikator
- Lydopptak av personer
- Andre opplysninger som vil kunne identifisere en fysisk person

Hvordan samler du inn data fra utvalg 1?

Personlig intervju

Vedlegg

Intervjuguide.docx

Grunnlag for å behandle alminnelige kategorier av personopplysninger

Samtykke (art. 6 nr. 1 bokstav a)

Informasjon for utvalg 1

Informerer du utvalget om behandlingen av opplysningene?

Ja

Hvordan?

Skriftlig informasjon (papir eller elektronisk)

Informasjonsskriv

Samtykkeskjema Jadranko.docx

Tredjepersoner

Skal du behandle personopplysninger om tredjepersoner?

Nei

Dokumentasjon

Hvordan dokumenteres samtykkene?

- Manuelt (papir)

Hvordan kan samtykket trekkes tilbake?

Som opplyst i samtykkeskjemaet kan deltakere når som helst trekke sitt samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Dette gjøres muntlig eller skriftlig til masterstudent, Jadranko Kudra eller til prosjektleder 1. Amanuensis Charlotte Kiland. Våre kontaktopplysninger finnes i samtykkeskjemaet.

Hvordan kan de registrerte få innsyn, rettet eller slettet opplysninger om seg selv?

Informantene vil få tilbud om sitatsjekk slik at de får mulighet til å komme med innspill og korrigere informasjon som er kommet frem i intervjuet og som skal benyttes som sitat i selve oppgaven/publikasjonen

Totalt antall registrerte i prosjektet

1-99

Tillatelser

Skal du innhente følgende godkjenninger eller tillatelser for prosjektet?

- Annen godkjenning

Annen godkjenning

Studien søkes godkjent i Fakultetets etiske komite ved Fakultet for helse -og idrettsvitenskap Universitetet i Agder. Jfr. regelverket ved Universitet i Agder ,kreves det innmelding til NSD før søknad sendes FEK

Behandling

Hvor behandles opplysningene?

- Maskinvare tilhørende behandlingsansvarlig institusjon
- Mobile enheter tilhørende behandlingsansvarlig institusjon
- Private enheter

Hvem behandler/har tilgang til opplysningene?

- Prosjektansvarlig
- Student (studentprosjekt)

Tilgjengeliggjøres opplysningene utenfor EU/EØS til en tredjestat eller internasjonal organisasjon?

Nei

Sikkerhet

Oppbevares personopplysningene atskilt fra øvrige data (kodenøkkel)?

Ja

Hvilke tekniske og fysiske tiltak sikrer personopplysningene?

- Opplysningene anonymiseres
- Andre sikkerhetstiltak

Hvilke

Opplysningene oppbevares på passord beskyttet PC og mobil ved sending av lydfil benyttes uninet filesender

Varighet

Prosjektperiode

01.08.2018 - 01.08.2019

Skal data med personopplysninger oppbevares utover prosjektperioden?

Nei, alle data slettes innen prosjektslutt

Vil de registrerte kunne identifiseres (direkte eller indirekte) i oppgave/avhandling/øvrige publikasjoner fra prosjektet?

Nei

Tilleggsopplysninger

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

«Kartlegging av samhandlings faktorer knyttet til oppfølging av pasienter med gynekologisk kreft»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en studie hvor hensikten er å studere samhandling om oppfølging av pasienter som har overlevd gynekologisk kreft.

Formål

Omtrent 1800 norske kvinner diagnostiseres med gynekologisk kreft årlig. Etter behandling følges de fleste kvinnene opp poliklinisk på sykehus i minst 5 år, uten god evidens for at overlevelse eller livskvalitet påvirkes. Undersøkelser viser dessuten at mange pasienter ikke fremskynder legekontroller ved tegn på tilbakefall av kreftsykdommen. Antall kreftoverlevende øker, og fra myndighetenes side rettes det økt fokus på å styrke oppfølging gjennom samhandling mellom ulike helseaktører rundt disse pasientene, uten økte utgifter. Fastlegene ønsker å ha større rolle i oppfølging av kreftpasienter forutsatt god tilgang på råd fra spesialisthelsetjenesten, slik at det kan rettes et sterkere fokus på informasjon, egenmestring og sunn livsstil hos denne pasientgruppen. Videre viser studier at kreftpasienter etterlyser mer informasjon om seneffekter og hvordan de kan forebygge residiv.

Hensikten med dette prosjektet er å undersøke og kartlegge faktorer av relevans for samhandling i oppfølging av pasienter som har overlevd gynekologisk kreft. I prosjektet vil vi undersøke ulike helseaktørers erfaringer med oppfølging og samhandling med denne pasientgruppen. Studien baseres på intervjuer med utvalgte helseaktører fra kommuner, helseforetak, frivillige organisasjoner og private aktører. Funnene fra studien vil bidra til å øke kunnskapen om faktorer som fremmer og hemmer samhandling om oppfølging av denne pasientgruppen, og vil være kunnskap som forhåpentligvis kan bidra til å gjøre korrigeringer eller forbedre oppfølgingen.

Ansvarlig for prosjektet

Universitetet i Agder er ansvarlig for prosjektet. Prosjektleder er Charlotte Kiland, førsteamanuensis ved Institutt for folkehelse, idrett og ernæring, Universitetet i Agder.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du blir spurt om å være med i studien fordi du i kraft av din rolle er sentral i oppfølging av den aktuelle pasientgruppen. Henvendelsen er sendt direkte til deg og basert på bestemte

utvalgskriterier som bl.a.; stilling/ funksjon, kommunestørrelse, størrelse på fastlegekontoret, Helseforetakets regionale tilhørighet.

Hva innebærer studien?

Intervjuet er beregnet til å ta om lag 45-50 minutter. Med unntak av tidsbruken, medfører deltakelse i studien ingen risiko eller ulemper for deg. Det følger ingen spesielle fordeler med å delta, men din deltakelse er et viktig bidrag til økt kunnskap om tematikken som undersøkes, der dine erfaringer og synspunkter vil være av stor betydning.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Det vil bli gjort lydopptak av hele intervjuet. Senere vil intervjuet bli skrevet ned i sin helhet (transkribert), men alle personidentifiserbare opplysninger anonymiseres.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det er kun deltakerne i forskningsprosjektet, Charlotte Kiland og Jadranko Kudra, som vil ha tilgang til intervjuet med deg. Utskriftene fra intervjuet vil anonymiseres, og vil sammen med lydopptaket oppbevares på passord-beskyttet PC. Navnet og kontaktopplysningene dine blir erstattet med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Lydfilene vil bli slettet når prosjektet avsluttes, innen 01.08.2019. I publikasjoner vil det ikke være mulig å identifisere deg når resultatene fra studien presenteres.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen under.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til å:

- få innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Agder har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Universitetet i Agder ved førsteamanuensis Charlotte Kiland: telefon 38 14 16 89 / 95811942, Charlotte.Kiland@uia.no eller masterstudent Jadranko Kudra: telefon 91195620, jakud@online.no
- Vårt personvernombud: Ina Danielsen, 452 54 401, ina.danielsen@uia.no.
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Charlotte Kiland
Prosjektansvarlig

Jadranko Kudra

Førsteamanuensis/ Veileder

Masterstudent

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

Referansliste

- Analyse, E. o. V. (2019). *Evaluering av fastlegeordningen*. Retrieved from Oslo: <https://www.regjeringen.no/contentassets/7cd212bf5f0642c1a5d0d480f0923e6d/evaluering-av-fastlegeordningen---sluttrapport-fra-ey-og-vista-analyse.pdf>
- Andersen, S. S. (2013). *Casestudier. Forskningsstrategi, generalisering og forklaring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Aspøy, A. (2014). Styring med nettverk og evidens. *Stat & Styring*(03), 52-53.
- Bjørkquist, C., & Fineide, M. J. (2018). *Organisasjonsperspektiv på samordning av helse- og velferdstjenester*. In.
- Bååthe, F. (2019). Legers jobbtilfredshet – utfordringer og muligheter. *Tidsskr Nor Legeforen*. doi:10.4045/tidsskr.19.0384
- Clarke, T., & Co-Researchers. (2015). Data on Ovarian Cancer Reported by T. Clarke and Co-Researchers (Evaluation of follow-up strategies for patients with epithelial ovarian cancer following completion of primary treatment). 308.
- Cozby, P., & Bates, S. (2015). *Methods in Behavioral Research* (12 ed.). New York: McGraw-Hill Education.
- Creswell, J. W. (2014). *Research Design* (4 ed.). Los Angeles: Sage Publications, Inc.
- Curry, D. (2015). *Network Approaches to Multi-Level Governance: Structures, Relations and Understanding Power Between Levels*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Elit, L., & Reade, C. (2015). Recommendations for Follow-up Care for Gynecologic Cancer Survivors. *Obstetrics & Gynecology*, 126(6),(Issue: Volume 126(6), December 2015, p 1207-1214), 1207-1214
doi:10.1097/AOG.0000000000001129
- ERC. (2014). *Cancer research*. Luxembourg: Luxembourg : Publications Office.
- Ezendam, N. P. M., de Rooij, B. H., Kruitwagen, R. F. P. M., Creutzberg, C. L., van Loon, I., Boll, D., . . . van de Poll-Franse, L. V. (2018). Endometrial cancer survivors' follow-up care (ENSURE): Less is more? Evaluating patient satisfaction and cost-effectiveness of a reduced follow-up schedule: study protocol of a randomized controlled trial. *Trials*, 19, urn:issn:1745-6215.
- FHI. (2017). *Indikatorer for ikke-smittsomme sykdommer*. Retrieved from Oslo: <https://www.fhi.no/nettpub/ncd/om-publ/om/>
- FHI. (2018). *Senter for sykdomsbyrde*. Retrieved from <https://www.fhi.no/div/forskningscentre/senter-sykdomsbyrde/>
- Fidjeland, H. L., Brekke, M., Stokstad, T., & Vistad, I. (2018). Gynecological cancer patients' attitudes toward follow - up care after cancer treatment: Do preferences reflect patients' experience? A cross - sectional questionnaire study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 97(11), 1325-1331.
doi:10.1111/aogs.13396
- Fidjeland, H. L., Brekke, M., & Vistad, I. (2015). General practitioners' attitudes toward follow-up after cancer treatment: A cross-sectional questionnaire study. *Scand J Prim Health Care*, 33(4), 223-232. doi:10.3109/02813432.2015.1118836
- Fineide, M. J., & Ramsdal, H. (2014). Prosesstenkning-utvikling av standardiserte pasientforløp og behandlingslinjer. In M. Vabo & S. I. Vabo (Eds.), *Velferdens organisering*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Forsythe, L., Alfano, C. M., Kent, E. E., Weaver, K., Bellizzi, K., Arora, N., . . . Rowland, J. (2014). Social support, self-efficacy for decision-making, and follow-up care use in long-term cancer survivors. *Psycho-Oncology*, Vol.23(7),, 788-796

doi:10.1002/pon.3480

- Fung-Kee-Fung, M., Dodge, J., Elit, L., Lukka, H., Chambers, A., & Oliver, T. (2006). Follow-up after primary therapy for endometrial cancer: A systematic review. *Gynecologic Oncology*, 101(3), 520-529. doi:10.1016/j.ygyno.2006.02.011
- Graneheim, U., Lindgren, B.-M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56, 29-34. doi:10.1016/j.nedt.2017.06.002
- Hanssen, G. S., Helgesen, M. K., & Holmen, A. K. T. (2014). Den forhandlende kommune i samhandlingsreformen- forhandlingspraksis og lederegenskaper. *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*(02), 109-130.
- Helsedepartement, S.-o. (1998-99). *Fastlegeordningen*. (OT. Prp. nr. 99). Oslo: Odelstinget
- Helsedepartement, S.-o. (1999). *Ot. prp. nr. 99*. Oslo
- Helsedirektoratet. (2016). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av gynekologisk kreft*. Oslo Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/tema/kreft/gynekologisk-kreft>
- Helsedirektoratet. (2019). *Fastlegens rolle ved kreft*. Oslo Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/tema/kreft/fastlegens-rolle-ved-kreft>
- Hertzberg, T. K., Tyssen, R., Skirbekk, H., & Rø, K. I. (2019). Jobb-hjem-balanse i to kohorter av norske leger. *Tidsskr Nor Legeforen*. doi:10.4045/tidsskr.18.0339
- HOD. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)*. Oslo Retrieved from <https://www.regjeringen.no>
- HOD. (2005). *St.meld. nr. 25 (2005-2006)*
- Mestring, muligheter og mening*. Oslo Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-25-2005-2006-/id200879/>
- HOD. (2008a). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning - Helseforskningsloven*. Oslo Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44?q=Helseforskningsloven>
- HOD. (2008b). *St.Meld. nr 47 2008-2009*. Oslo Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>
- HOD. (2011a). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. Oslo Retrieved from <https://www.regjeringen.no>
- HOD. (2011b). *Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak* Oslo Retrieved from <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/dokumenter-sam/nasjonal-veileder-samarbeidsavtaler-mellom-kommuner.pdf>
- HOD. (2011c). *Nasjonal helse og omsorgsplan 2011-2015*. Oslo Retrieved from <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Saker/Sak/?p=49361>
- HOD. (2012). *Forskrift om fastlegeordning i kommunene* Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842>
- HOD. (2013). *Meld. St. 10 God kvalitet- trygge tjenester -Kvalitet og pasientsikkerhet i helse -og omsorgstjenesten*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/?q=skal%20tjenester%20som%20out%C3%B8ves%20v%C3%A6re%20virkningsfulle,%20trygge%20og%20sikre%20og%20styrke%20bruerperspektivet>
- HOD. (2015a). *Meld. St. 19 (2014-2015) - Folkehelsemeldingen*

- Mestring og muligheter*,. Oslo Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-2014-2015/id2402807/?q=Meld.St.%2019>
- HOD. (2015b). *Meld. St. 26 (2014- 2015) Fremtidens primærhelsetjeneste-nærhet og helhet*. Oslo Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>
- HOD. (2018). *NOU 2018: 16*
Det viktigste først — Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester,. Oslo Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2018-16/id2622153/>
- HOD. (2019a). *Forskrift om utskrivningsklare pasienter*. Oslo Retrieved from <https://unn.no/fag-og-forskning/samhandling/forskriftsendringer-fra-1-januar-2019>
- HOD. (2019b). *Spesialistforskriften Spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger*. (1-2/2019). Oslo Retrieved from https://www.regjeringen.no/contentassets/296adc05dbee4ae1a1e015cbea31701e/rundskriv_i2-2019.pdf
- Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? : innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (3. utg. ed.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- JD. (2018). *Lov om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven)*. Oslo Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38?q=personopplysningsloven>
- Jeppesen, M., Jensen, P., Hansen, D., Christensen, R., & Mogensen, O. (2018). Patient-initiated follow up affects fear of recurrence and healthcare use: a randomised trial in early-stage endometrial cancer. *125*(13), 1705-1714. doi:10.1111/1471-0528.15396
- Kreftregisteret. (2017). Kreftregisterets statistikk. <https://www.kreftregisteret.no/Registrene/data-og-statistikk/>
- Kreftregisteret. (2018). *Kreftregisteret- Gynekologisk kreft*. Retrieved from <https://www.kreftregisteret.no/>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2017). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. ed. Vol. 3.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Laurie, E., & Clare, R. (2015). Recommendations for Follow-up Care for Gynecologic Cancer Survivors. *Obstetrics & Gynecology*, *126*(6), 1207-1214. doi:10.1097/AOG.0000000000001129
- NFA, & samhandling, F. f. (2017). *Anbefalinger om samarbeid mellom fastleger og sykehus*. Retrieved from <https://legeforeningen.no/contentassets/0fe7c1a3e4d347718f31a8c8a5f1120e/anbefalinger-om-samarbeid-mellom-fastleger-og-sykehus-faggruppe-samhandling.pdf>
- NFR, Grimsmo, A., & Løhre, A. (2015). *Samhandling og pasientforløp i støpeskjeen (SPIS)*. Retrieved from NTNU: <https://samforsk.no/Sider/Prosjekter/SPIS---Samhandling-og-pasientforlo%C3%B8p-i-st%C3%B8peskjeen.aspx>
- Panagioti, M., Geraghty, K., Johnson, J., Zhou, A., Panagopoulou, E., Chew-Graham, C., . . . Esmail, A. (2018). *Association Between Physician Burnout and Patient Safety, Professionalism, and Patient Satisfaction: A Systematic Review and Meta-analysis* (Vol. 178).
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2018). *Essentials of Nursing Research : appraising evidence for nursing practice* (Ninth ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

- Rebnord, Eikeland, Hunskår, & Marken. (2018). *Fastlegenes tidsbruk*. Retrieved from Bergen:
https://www.regjeringen.no/contentassets/e65a3259728c4d7a966ae53664c74da6/fastlegers_tidsbruk_180306.pdf
- Regjeringen. (2009). *Samhandlingsreformen*. Oslo Retrieved from
<https://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen>
- Regjeringen. (2019). *Granavolden- plattformen*. Oslo Retrieved from
<https://www.regjeringen.no/contentassets/7b0b7f0fcf0f4d93bb6705838248749b/plattform.pdf>
- Romøren, T. I. (2011). Samhandlingsreformen. *NORDISK SYGEPLEJEFORSKNING*, 1(1), 82-88.
- Røiseland, A., & Vabo, S. (2016). *Styring og samstyring- governance på norsk* (2 ed.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Salani, R., Backes, F. J., Fung Kee Fung, M., Holschneider, C. H., Parker, L. P., Bristow, R. E., & Goff, B. A. (2011). Posttreatment surveillance and diagnosis of recurrence in women with gynecologic malignancies: Society of Gynecologic Oncologists recommendations. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 204(6), 466-478. doi:10.1016/j.ajog.2011.03.008
- Sørensen, E., & Torfing, J. (2012). Hvor effektive og demokratiske er styrings-netværk? På jagt efter relevante evalueringskriterier og metastyringsteknikker. *Offentlig Förvaltning: Scandinavian Journal of Public Administration*, 15(2), 3-23.
- Tennås Holmen, A. K. (2011). Fra løse kontakter til formaliserte kontrakter: Utvikling av byregionale styringsnettverk. *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*(02), 87-111.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Torjessen, D. O., & Vabo, S. I. (2014). Samhandlingsreformen- virkemidler for koordinering. In M. Vabo & S. I. Vabo (Eds.), *Velferdsorganisering*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Urquhart, R., Folkes, A., Babineau, J., & Grunfeld, E. (2012). Views of breast and colorectal cancer survivors on their routine follow-up care. *Current oncology (Toronto, Ont.)*, 19(6), 294. doi:10.3747/co.19.1051
- Veggeland, N. (2018). Fastlegeordningen og reformer. *Tidsskrift for velferdsforskning*(01), 59-68. doi:10.18261/issn.2464-3076-2018-01-04