



Problemer, taushet og tiltak. Om hvordan fastleger og regjeringen fremstiller problemene med fastlegeordningen for eldre pasienter med rusproblemer og psykiske lidelser

Problems, silence, and measures. About how GPs and the government portray the problems with the GP scheme for elderly patients with substance abuse problems and mental disorders

Kristin Margrete Briseid

Postdoktor, Institutt for helse- og sykepleievitenskap, Universitetet i Agder

Kristin Briseid er postdoktor ved Senter for omsorgsforskning, sør ved Universitetet i Agder (UiA). Hun har doktorgrad i personorientert helsearbeid fra Universitetet i Sørøst-Norge, er statsviter og har blant annet jobbet ved et statsforvalterembete. Som forsker interesserer hun seg for velferdsstats-ændring, universalisme og velferdsstatens ivaretagelse av mennesker med svak stemme i samfunnet.

kristin.briseid@uia.no

Linda Madsen

Førsteamanuensis, Institutt for sykepleie- og helsevitenskap, Universitetet i Sørøst-Norge

Linda Madsen er førsteamanuensis i omsorgsforskning ved Senter for omsorgsforskning, sør ved Universitetet i Sørøst-Norge (USN). Hun har en PhD fra Universitetet i Oslo innen samfunnsvitenskapelige studier av teknologi og vitenskap (STS) og erfaring fra forskning og feltarbeid i Tyrkia, Tyskland og Norge på områder som pandemier, sivil sikkerhet, bedriftenes samfunnsansvar (CSR), ansvarlig forskning og innovasjon (RRI) samt helse-, omsorgs- arbeidslivs- og velferdsforskning.

linda.madsen@usn.no

Sammendrag

Fastlegeordningen er verdsatt og har bred oppslutning, men en anerkjent svakhet er at den ikke ivaretar personer med rusproblemer og psykiske lidelser godt nok. Dette gjelder særlig de eldre pasientene. Regjeringens handlingsplan for allmennlegetjenesten skal bidra til at blant andre disse pasientgruppene får bedre tjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Denne artikkelen utforsker hvordan handlingsplanen og femten fastleger fremstiller problemene med fastlegeordningen for eldre pasienter med rusproblemer og dårlig psykisk helse. Med utgangspunkt i Annemarie Mols (2002) praksisografiske tilnærming og Carol Bacchis (2009) rammeverk for policy-analyse viser vi hvordan problemer fremstilles på ulike måter i handlingsplanen og hos fastlegene. Vi viser også hvordan handlingsplanen er taus om problemer som ifølge fastleger er sentrale. Planens tause felt og måten den fremstiller problemene på får følger for tiltakene den foreslår – og for hva den mangler tiltak for. Handlingsplanen er taus om at takstsystemet kan stimulere til nedprioritering av pasientgruppene, at myndighetenes oppfølging av fastlegers arbeid kan svekke pasientgruppens tilgang til allmennlegetjenesten, at organiseringsformen åpner for å «løse» arbeidspress gjennom utdefinering av helseproblematikk pasientene ikke selv verbaliserer, om hvordan fastleger i noen tilfeller kompensere for aldersdiskriminering og kontinuitetsproblemer i hjelpeapparatet utenfor fastlegeordningen og om hvordan arbeidspress truer mulighetene til å utnytte personlig kontinuitet til det beste for disse pasientene. Denne

studien viser hvordan handlingsplanens taushet om disse problemene bidrar til at den mangler tiltak for å løse dem. Studien belyser også hvordan tiltakene planen fremmer kan få uheldige følger for disse pasientene. Det siste kan gjelde både for planens sentrale tiltak om å gjøre allmennlegetjenesten teamorganisert og for satsningen på kvalitetsarbeid basert på sammenligning av utslag på standardiserte indikatorer og på brukerundersøkelser.

Nøkkelord

fastlegeordningen, allmennmedisin, eldre, psykisk helse, rus

Abstract

The Norwegian Regular General Practitioner (GP) Scheme is valued and has broad support, but a recognized weakness is that it does not take care of people with substance abuse problems and mental disorders sufficiently well. This applies particularly to the elderly patients. An aim with the government's action plan for the general practitioner service is to promote better services for, among others, these patient groups (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). This article explores how the action plan and fifteen GPs portray the problems with the Regular General Practitioner Scheme for older patients with substance abuse problems and poor mental health. Based on Annemarie Mol's (2002) praxiographic approach and Carol Bacchi's (2009) framework for policy analysis, we show how problems are presented in different ways in the action plan and the GPs' accounts. We also show how the action plan is silent on problems which, according to GPs, are central. The plan's "silent fields" and the way it presents the problems have consequences for the measures it proposes – and for what it lacks measures for. The action plan is silent on the fact that the tariff system may stimulate low prioritization of the patient groups, on how the authorities' follow-up of GPs' work may weaken the patient groups' access to the general practitioner service, on ways of organizing GPs' work that allow for "resolving" work pressure through the exclusion of health problems the patients do not verbalize, on how GPs in some cases compensate for age discrimination and continuity problems in the healthcare system outside the Regular General Practitioner Scheme, and about how work pressure threatens the opportunities to utilize personal continuity to the best of these patients. This study shows how the action plan's silence about these problems contributes to its lack of measures to solve them. The study also sheds light on how the measures promoted by the plan may have adverse consequences for these patients. This may apply both to the plan's central measures to make the GP service team-organized and to its investment in quality work based on comparison of scores on standardized indicators and on user surveys.

Keywords

the Norwegian Regular General Practitioner Scheme, older adults, mental health, substance abuse

Innledning

Fastlegeordningen er verdsatt og har bred oppslutning, men evalueringer har vist at den ivaretar enkelte pasientgrupper, deriblant pasienter med rusproblemer og psykiske lidelser, for dårlig (EY&Vista analyse, 2019; Norges Forskningsråd, 2006). De minst fornøyde pasientene er i dag dem med omfattende og sammensatte lidelser. Disse, «pasienter med langvarige og sammensatte behov, og «(...) pasienter med psykiske plager og ruslidelser», adresseres eksplisitt i regjeringens *Handlingsplan for allmennlegetjenesten: Attraktiv, kvalitetssikker og teambasert* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 9-10), som gir politisk retning for utviklingen av allmennlegetjenesten i perioden 2020-2024. Ettersom eldre ofte har omfattende og sammensatte lidelser, kan vi anta at pasientgruppene denne artikkelen omhandler – eldre som i tillegg har rusproblemer og/eller dårlig psykisk helse – er blant dem fastlegeordningen ivaretar dårligst. Allikevel finnes det lite nyere forskning som kan hjelpe oss å forstå hvordan organisatoriske rammebetingelser bidrar til dette. Med denne artikkelen utforsker vi nettopp betydningen av organisatoriske rammebetingelser for fastlegetjenestene til eldre med rusproblemer og dårlig psykisk helse.

Studien bygger på analyser av intervjuer med 15 fastleger og av regjeringens handlingsplan for allmennlegetjenesten. Fastlegeordningen har en sentral plass i handlingsplanen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020), som inneholder flere langsiktige tiltak innrettet mot pasienter med «kroniske», «sammensatte» og «omfattende» behov (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 3 og 5).

Artikkelen trekker på Annemarie Mols (2002) praxiografiske tilnærming og Carol Bacchis (2009) metodikk for kritisk policy-analyse eller såkalt «WPR-analyse» når den for

det første utforsker hvordan regjeringens handlingsplan for allmennlegetjenesten fremstiller pasientgruppens problemer: Fanger fremstillingen opp de forholdene som vi, ut fra fastlegenes beskrivelser, kan anta er problematiske for pasientene? For det andre utforsker artikkelen noe av det som ikke adresseres: Hvilke følger har planens tause felt for forslagene til tiltak den lanserer for bedre allmennlegetjenester til pasientgruppene?

Vi viser at handlingsplanen er taus om at fastlegeordningens takstsystem stimulerer til nedprioritering av pasientgruppene, om effekter av myndighetenes oppfølging av fastlegers arbeid, om en organiseringsform som åpner for å «løse» arbeidspress gjennom utdefinering av helseproblematikk pasientene ikke verbaliserer, om aldersdiskriminering og kontinuitetsproblemer i hjelpeapparatet utenfor fastlegeordningen – og om arbeidspress som kan hindre utnyttelse av personlig kontinuitet til det beste for pasientgruppene. Tausheten om disse problemene medfører at handlingsplanen ikke lanserer tiltak for dem. Den medfører også at tiltakene den foreslår kan ha uheldige virkninger for pasientgruppene. Det siste gjelder for to av planens sentrale tiltak: å gjøre allmennlegetjenesten teamorganisert og satsningen på kvalitetsarbeidsformer basert på brukerundersøkelser og sammenligning av uttelling på standardiserte indikatorer.

Handlingsplanens viktigste langsiktige tiltak er å gjøre allmennlegetjenesten *teambasert*. Fastlegene skal gjøres til *ledere av tverrfaglige team*. Andre yrkesgrupper skal overta visse av fastlegens tradisjonelle kliniske og administrative oppgaver. Flere fastlegekontor prøver nå ut såkalte «primærhelseteam» med statlig prosjektfinansiering som ledd i handlingsplanen. I forsøk med primærhelseteam i Norge samarbeider sykepleiere, helsesekretærer og fastleger. Regjeringens mål er at teamorganisering både skal gi målgruppene bedre allmennlegetjenester og redusere helse- og sosialtjenestens ressursbruk (Abelsen et al., 2021, s. 7).

Blant planens langsiktige tiltak finner vi dessuten en ny satsning på kvalitetsarbeid i og for allmennlegetjenesten. Kompetansen og ledelsen skal styrkes, og ny teknologi og flere digitale løsninger skal gi målgruppene bedre allmennlegetjenester. Handlingsplanen forklarer:

«Vi skal utforme allmennlegetjenesten slik at alle innbyggere, uavhengig av helsetilstand, geografi, sosioøkonomiske forhold og etnisk bakgrunn opplever en tilgjengelig tjeneste av god kvalitet» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 25).

Målet er altså allmennlegetjenester av høy kvalitet til alle. En evaluering viser imidlertid at et flertall fastleger sa seg «helt uenig» eller «litt uenig» i at handlingsplanen ville gi allmennlegetjenester av høy kvalitet til alle innbyggere (Pedersen et al., 2022, s. 129). Dette kan tyde på at handlingsplanen kanskje ikke har fanget opp hva fastleger flest regner som viktige problemer og/eller gode løsninger for utsatte pasienter. Denne artikkelen belyser hva et slikt misforhold kan bunne i. Det gjør den med utgangspunkt i Carol Bacchis (2009) poeng om at politikk omfatter mer enn problemløsning: Det innebærer også å etablere og utbre forestillinger om at samfunnsfenomener utgjør «problemer» av en bestemt art, slik at bestemte politiske grep virker nødvendige for å løse dem. Slik blir det taust om andre problemer – som ingen tar politiske grep for å løse. Problemfremstilling er derfor maktutøvelse. Artikkelen utforsker slik maktutøvelse gjennom handlingsplan for allmennlegetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020).

Vi skal snart redegjøre for hvordan vi har gått frem for å belyse spørsmålene, og dernest for funnene. Aller først følger noen sentrale poeng om fastlegeordningen, og om særtrekk ved pasientgruppenes møte med helsevesenet.

Om fastlegeordningen og pasientgruppens møte med helsevesenet

Fastlegeordningen ble innført i 2001. Nå skulle alle som ønsket det få en fast lege, lange ventetider skulle unngås og en stabil pasient/lege-relasjon skulle gi bedre og mer helhetlige tjenester, særlig til eldre og kronisk syke. Samfunnets legeressurser skulle utnyttes bedre, og markedet fastlegene opererte i reguleres bedre (Pedersen et al., 2022; Schiøtz, 2017, s. 306; Veggeland, 2018).

Fastlegeordningen har tre organisatoriske hovedelementer (Lian, 2007, s. 111-113): For det første består den av en *organisasjonsmodell* der legetjenester vanligvis ytes innenfor en kontrakt mellom kommunen og en selvstendig næringsdrivende lege. For det andre har den et *avlønningssystem* der noen inntekter kommer fra pasient-egenandeler og noen fra det offentlige. Offentlige inntekter kommer dels fra et tilskudd per pasient på fastlegens liste. Dels kommer de fra et takstsystem som gir folketrygdrefusjon i henhold til en forskrift, Normaltariffen, per utførte oppgave. Årlig forhandler Legeforeningen, Kommunesektorens organisasjon (KS) og Helse- og omsorgsdepartementet om Normaltariffens innhold (KS/Legeforeningen/Oslo kommune/Helsedirektoratet, 2019). For det tredje består fastlegeordningen av et *listepasientsystem* der leger har individuelt ansvar for navngitte pasienter. Listepasientsystemet skal sikre personlig kontinuitet, altså «en vedvarende terapeutisk relasjon mellom pasient og helsearbeider, og som strekker seg over ulike sykdomsperioder» (Hjortdahl, 2015, s. 3).

Trass kritikken mot fastlegeordningens ivaretagelse av rus og psykiatri ble den lenge beskrevet som vellykket og populær (se bl.a. Janbu, 2009; Pedersen et al., 2022, s. 10). I det siste har ordbruken endret seg, og betegnelser som «død» (se bl.a. Eliassen, 2022) og «krise» (se bl.a. Svensson, 2021) har blitt vanligere. Krisebeskrivelsene adresserer gjerne fastlegers arbeidspress og kommunenes utfordringer med å rekruttere og beholde fastleger. Arbeidspresset forklares med flere trekk ved samfunnsutviklingen, blant annet med *Samhandlingsreformen* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Her ble oppgaver som den statlige spesialisthelsetjenesten og sykehusene tidligere hadde hatt ansvar for, overført til kommunene. Konsekvensen ble nye oppgaver for fastlegene.

I denne konteksten har regjeringen utarbeidet og iverksatt en handlingsplan for allmennlegetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Planen inneholder flere kortsiktige tiltak for en tjeneste legene skal finne mer «attraktiv» – og langsiktige tiltak for bedre allmennlegetjenester til pasientene med store og sammensatte helsebehov.

Forskningslitteraturen om eldre pasienter med rusproblemer og dårlig psykisk helse fremhever noen typiske trekk ved pasientenes møte med helsevesenet: Pasientene presenterer sjelden disse helseproblemene, men maskerer dem bak annen helseproblematikk (Frydenlund, 2011, s. 71; Kvalbein-Olsen et al., 2022). Lidelsene er skambelagte (Eklund et al., 2014; Frydenlund, 2011), underbehandlet (Oslin, 2004) og underdiagnostisert (Kvalbein-Olsen et al., 2022). Eldre har dessuten gjerne flere lidelser og bruker flere medisiner på en gang (se bl.a. Holvast et al., 2017), noe fastleger bør være seg bevisst fordi samtidig bruk av alkohol og visse medikamenter kan være alvorlig (Holton et al., 2020). Samtidighet i sykdommer og medisinbruk hos eldre kompliserer mulighetene for å kvalitetssikre allmennlegetjenester ved hjelp av standardiserte retningslinjer (Austad et al., 2015). Eldre med disse lidelsene regnes også ofte for å få dårligere helsehjelp enn yngre med tilsvarende problemer (Briseid, 2017).

Fremgangsmåter

Artikkelen bygger på en studie som springer ut av forfatterens interesse for sammenhenger mellom «bakkeplanet» i velferdsstaten og overordnet politikk, særlig innenfor eldreomsorgsfeltet. Vi har gjennomført et flerstedlig, praksiografisk feltarbeid i tekst og tale (Madsen, 2016) med sikte på kritisk policyanalyse inspirert av Carol Bacchi (2009). Målet har vært å vise hvordan en «sak» (Asdal, 2008; 2015) om fastlegetilbudet til eldre med rusproblemer og dårlig psykisk helse fremstilles (Ibid.; Mol, 2002). Nedenfor redegjør vi kort for tilnæringsmåtene og for vår bruk av dem.

Flerstedlig praksiografisk feltarbeid

George Marcus (1995) poengterer at flere anerkjente antropologers feltarbeid har foregått uten binding til noe bestemt sted eller noen bestemt tid. Vår studie har på liknende vis utforsket en sak – fastlegeordningens ivaretagelse av eldre pasienter med rusproblemer og dårlig psykisk helse – på ulike, men relaterte steder der saken fremstilles (om hvordan dokumenter former andre saker, se Asdal, 2008; 2015). Stedene er noen utvalgte fastlegekontor og regjeringens handlingsplan (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020).

Førsteforfatter, heretter KB, gjennomførte høsten 2020 15 individuelle, kvalitative intervju med fem kvinnelige og ti mannlige tilfeldig valgte fastleger fra kommuner av ulik størrelse i ulike deler av landet. Tre var eller hadde vært kommunalt ansatt mens resten drev næringspraksis. Intervjuene foregikk ansikt til ansikt og varte vanligvis ca. en time.¹ Sammen med en samtykkeerklæring fikk fastlegene et informasjonsskriv som beskrev studiens formål: Å utvikle kunnskap om organisatoriske rammebetingelsers innvirkning på fastlegers arbeid med eldre pasienter med depresjon og alkoholproblemer.

Betegnelsen «rusproblemer og psykiske lidelser» ble altså ikke brukt i informasjonsskrivet. KB ønsket at intervjuene skulle omhandle rus- og psykiatriproblematikk fastlegene møtte ofte, men for å unngå at demens tok stor plass, spesifiserte hun slik. Vi er trygge på at intervjuene ville ha omhandlet omtrent de samme organisatoriske forholdene ved bruk av termen «rusproblemer og dårlig psykisk helse», som artikkelen benytter.

Intervjuene tok utgangspunkt i en intervjuguide med få, åpne spørsmål om fastlegers arbeid med pasientgruppene, og om organisatoriske rammebetingelsers innvirkning på dette. Intervjuene ble tatt opp på bånd, lydopptakene lyttet til gjentatte ganger og transkribert av KB, som deretter leste transkripsjonene flere ganger for å identifisere sentrale temaer.

Regjeringens handlingsplan var nylig lansert da intervjuene fant sted, men KB hadde ikke lest den. Etersom enkelte fastleger tematiserte pågående politiske prosesser, valgte KB å rekruttere og intervju to fastleger med prosjekterfaring fra primærhelseteam, og å ta for seg handlingsplan for allmennlegetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Handlingsplanen ble dermed et annet strategisk sted for å utforske fastlegeordningen og regjeringens planer for pasientgruppens allmennlegetjenestetilbud. Planen gir føringer for hvordan stat og kommuner kan «fortsette med påbegynt arbeid og etablere nye tiltak for å bygge en god allmennlegetjeneste for fremtiden, herunder fastlegeordning» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 5).

Et stykke inn i skriveprosessen ble andreforfatter, LM, invitert med. Hun leste tekstliggjorte, anonymiserte versjoner av intervjupassasjene KB betraktet som sentrale. Parallelt med vår lesning og drøfting av intervjutekstene ga KB utdypende informasjon om kontekst og øvrig intervjuinnhold. Begge har analysert handlingsplanens innhold i sammenheng

1. Med ett unntak, der fastlegen foretrakk telefonintervju.

med intervjutranskripsjonene. Målet har vært å identifisere hvordan hver kilde fremstiller pasientgruppens problemer med fastlegeordningen.

To delvis overlappende tematikker fremsto sentrale både i handlingsplanen og fastlegeintervjuene: 1) *tilgangen* til og 2) *kvaliteten* på allmennlegetjenestene for pasientgruppene. Vi har utforsket hvordan tilgangs- og kvalitetsproblemene *fremstilles* på hvert av stedene. Vi bruker «fremstille» som et analytisk konsept, fritt oversatt og tilpasset fra Annemarie Mols «enact» som hun introduserer idet hun utvikler en praktiografisk tilnærming for å utforske hvordan objekter «are enacted» gjennom praksiser (Mol, 2002, s. 33). Annemarie Mols praktiografiske tilnærming har vært nyttig i vår utforskning av hvordan virkeligheten – i dette tilfellet fastlegeordningen – formes gjennom pågående, relasjonelle prosesser eller praksiser (Op. cit.).

I likhet med *etnografi* dreier *praktiografi* seg om nedtegnelser, representasjon og skrift (*grafi*). Men der *etnografi* fokuserer på nasjonale, sosiale eller kulturelle grupper, fokuserer *praktiografi* på praksisen ved å studere og nedtegne praksiser i videre forstand: Praksiser vi studerer «ute i felten», i tekst og tale, i relasjon til vår egen forskings- og nedtegningspraksis.²

Denne studien gjelder altså hvordan en sak formes i fastlegeintervjuene og i handlingsplanen, og hvordan den omformes gjennom våre studier, analyser og formidling. Analysen har ikke søkt å avdekke intensjoner, årsaker eller meningen bak handlingsplanens eller fastlegenes fortellinger (Gilje, 2019). Den er ingen retorisk analyse eller diskursanalyse i tradisjonell forstand. Den utforsker simpelthen fremstillingen og formingen av saken slik den gjøres gjeldende – eller ikke – gjennom ytringene fremsatt i handlingsplanens tekst og fastlegenes tale (Asdal & Reinertsen, 2020).

Kritisk policyanalyse

I vår utforskning av hvordan saken formes, har vi samtidig søkt å spore hva som forblir taust. Her har vi latt oss inspirere av Carol Bacchis (2009) kritiske, feministiske policyanalyser, såkalt «What's the problem represented to be» (WPR)-tilnærming (Bacchi, 2009). Bacchi viser hvordan styring skjer gjennom «problematisering». Det å fremstille noe som et problem er derfor maktutøvelse. Med konseptene vi har introdusert ovenfor, kan vi også si at dette skjer ved aktiv fremstilling av et problem: Problemet med tilgang til og kvalitet på allmennlegetjenester for eldre med rusproblemer og dårlig psykisk helse. I likhet med Mol (2002) og Bacchi (2009) forstår vi problematisering og problemfremstilling som aktive, relasjonelle prosesser der visse aspekter fremheves mens andre forblir utematiserte og implisitte, *silenced* (Dahl, 2017). Det ligger makt i å formulere problemer, ettersom dette definerer – og dermed utdefinerer – utgangspunkt og mål for intervensjoner.

Idealtypisk WPR-analyse besvarer seks spørsmål som skal søke å avdekke politikkenes implisitte antakelser om at noe er et «problem» og implikasjonene av at «problemet» fremstilles slik. Vi har stilt noen av Bacchis (2009) spørsmål til handlingsplanen. Når vi også stiller dem til de transkriberte versjonene av fastlegenes fremstillinger, tar vi tilnærmingen et skritt videre. Vi forflytter tilnærmingen fra policy og policydokumenter til praksisfeltet «utenfor». Det er nettopp forflytningene mellom handlingsplanen og fastlegeintervjuene, via vår forforståelse, vårt pågående engasjement og vår læring, som har gjort oss i stand til å oppdage ting som skurrer, eller det Anna Tsing (2005) kaller *friksjon*, og som har fått oss til å spore det usagte, det fraværende så vel som aspekt som fremstilles påfallende tydelig.

2. Dette er i tråd med Bacchi (2009), som argumenterer for selv-problematisering og kritisk og eksplisitt bevissthet om vår egen subjektivitet og deltakelse i analysen.

På de neste sidene følger en lengre redegjørelse for hva vi har funnet ved å utforske og analysere fastlegenes og handlingsplanens fremstillinger på denne måten. Vi utforsker først hvordan de «fremstiller tilgang» som problem for disse pasientgruppene, og dernest hvordan «kvalitet» fremstilles som et problem for dem.

Problematisering av tilgang

Både fastlegene og handlingsplanen fremstiller mangelfull tilgang til allmennlegetjenester som et problem for pasientgruppene, men problemet fremkommer ulikt på hvert sted. Tilgangsproblematikken assosieres i fastlegeintervjuene med takstsystemet og myndighetenes oppfølging av fastlegers arbeid. Dessuten fremstilles den som utslag av kulturelle og etiske forhold som åpner for subtil utdefinering og hindrer tilgang til fastlegetjenester for eldre med rusproblemer og psykiske lidelser. I handlingsplanen assosieres tilgangsproblematikken med rekrutterings- og samhandlingsutfordringer. Når planen adresserer takstproblemer, knyttes disse til fastlegenes administrasjonsarbeid og ikke til pasientenes helsetilbud. Måten handlingsplanen fremstiller tilgangsproblematikken på, får følger for tiltakene den foreslår, noe som i sin tur kan innvirke på fremtidens allmennlegetjeneste til pasientgruppene.

Fastlegers lønn stammer altså delvis fra et takstsystem som gir folketrygdfinansiert inntekt per utførte oppgave. I intervjuene fremstiller fastlegene takstsystemet som en av grunnene til at pasientgruppens tilgang til allmennlegetjenester ofte er mangelfull. En kommunalt ansatt fastlege med bonusordning som gir takstbaserte inntekter, uttaler seg slik:

Takstene er myndighetenes måte å fortelle hva de vil at fastlegene skal satse på. Psykisk helse og rus, det ønsker de ikke at fastlegene skal satse på (...). Det er ikke noen fordel for fastlegene å bruke tid på rus og psykiatri, fordi at sånn økonomisk, så er det ikke noe incentiv for det.

Mangelfull tilgang fremstår altså her som resultat av takstenes størrelse som, ifølge denne fastlegen, uttrykker en villet nasjonal politikk. Pasientgruppens tilgangsproblem består ifølge fremstillingen i at myndighetene stimulerer fastlegene via takstsystemet til lav tidsbruk på rus- og psykiatriproblematikk. En følge kan bli at helseproblematikken ikke avdekkes.

Problemfremstillingen fremhever både myndighetenes makt til å fastsette takstene og hvordan takstsystemet påvirker fastlegenes prioriteringer. Den er imidlertid taus om andre aktører som påvirker takstene. Takstene spesifiseres i Normaltariffen, en forskrift Helse- og omsorgsdepartementet, Kommunesektorens organisasjon (KS), helseforetakene og Legeforeningen årlig forhandler om (Den norske legeforening, 2021a). Legene tar altså, gjennom profesjonsorganisasjonen, del i utformingen av det takstsystemet som her fremstilles som årsak til tilgangsproblemer for pasientgruppene.

De øvrige fastlegene går ikke like langt i å fremstille takstsystemets virkninger for pasientgruppene som resultat av villet politikk. Men i fastlegeintervjuene beskrives takstsystemets utforming og dimensjonering gjennomgående som bidragsyter til arbeidsformer som er dårlig egnet for å avdekke og behandle eldre pasienters rusproblemer og psykiske lidelser. Slikt arbeid er tidkrevende, forklarer flere. Særlig to takster, «samtaletakst ved psykiatri» og «tidstakst», er ifølge fastlegene aktuelle i møte med pasientgruppene.³ Tidstakst kan kreves for konsultasjoner som varer utover tjue minutter, men fremstilles som lite inn-

3. Takst 615 gjelder ifølge Normaltariffen Samtaletterapi med allmennlege med minst 15 minutters varighet med pasienter med psykiske lidelser. Samtalen må avvike fra en vanlig samtale om medisinske problemstillinger, og være av terapeutisk karakter. Normaltariff for fastleger og legevakt 2021-2022, (2021). Takst 2cd, 2cdd og 2ck gjelder ifølge Normaltariffen Tillegg for tidsbruk ved konsultasjonsvarighet utover 20 min. per påbegynt 15 min (ibid).

bringende: «Du tjener ikke mest på å ha tidstakster», sier en kvinnelig fastlege fra en større bykommune. «Økonomisk (...) lønner det seg å ha mange, og kjøpe, konsultasjoner», forklarer hun. Flere formidler at de begrenser bruken av tidstakst for at legekontorøkonomien skal gå rundt.

Fastlegene assosierer altså takstsystemet med utfordringer med tilgang for pasientgruppene. Handlingsplanen adresserer også problemer med takstsystemet, men da i forbindelse med brukervennligheten for fastlegene:

Flere fastleger opplever at takstene ikke samsvarer med oppgavene de har i dag. Det er viktig at takstsystemet understøtter god faglig praksis og er lett å forstå og benytte. Regjeringen vil derfor gjennomgå takstsystemet. Takstsystemet skal være faglig oppdatert, enkelt og forståelig. Målet er færre og treffsikre takster som speiler det som forventes av allmennlegene i dag (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 28).

Handlingsplanen anerkjenner altså et takstproblem i allmennlegetjenesten. Men der fastlegene fremstilte takstproblemet som økonomisk, er det i handlingsplanen taksonomisk. Fastlegene beskrev et misforhold mellom arbeidsinnsats og økonomisk kompensasjon – og dette misforholdets negative følger for pasientgruppene. Handlingsplanen beskriver et misforhold mellom takstsystemets klassifisering av oppgaver (for mange, for kompliserte og lite treffsikre takster) og fastlegenes faktiske oppgaver – og om negative følger for *fastlegenes* administrative arbeid. Handlingsplanens fremstilling av takstproblemet bidrar til at det naturlige tiltaket blir å forenkle og aktualisere takstene. Planen er taus om takstsystemets innvirkning på tilbudet til målgruppene. Dermed lanserer den heller ikke tiltak for endringer i takstsystemet som spesifikt kan gi bedre allmennlegetjenester til disse.

Ellers fremstiller fastlegene både myndighetenes oppfølging og mangel på oppfølging av fastlegenes arbeid som årsaker til tilgangsproblemer for pasientgruppene. En fastlege fra en stor kommune sier for eksempel:

Jeg hører noen kolleger som sier: «Jeg har nesten ikke psykiatri. Det bryr jeg meg ikke noe om». (...) Og det synes jo en del er blodig urettferdig, da: At du (...) kan ta vekk de dårligste pasientene av lista di, og jobbe helt bra og legalt.

Problemframstillingen betoner at myndighetene,⁴ i tillegg til å utforme et takstsystem som fremmer eksklusjon av pasientgruppene, unnlater å iverksette tiltak for å motvirke slik eksklusjon. Den typen eksklusjon som omtales her, er av det subtile, usynlige slaget. Poenget er altså ikke at visse pasientkategorier nektes plass på visse fastlegers liste, men at fastleger opptrer slik at pasienter med rusproblemer og dårlig psykisk helse velger å unngå fastlegen eller søker seg vekk.

Samtidig som fastlegen over fremstiller myndighetene som tilbakeholdne med å følge opp at alle fastleger tar ansvar for all helseproblematikk, fremstilles myndighetene som pågående i oppfølging på andre områder. Helseinspektatets underliggende etat Helseøkonomiforvaltningen (Helfo) følger opp fastlegers takstbruk. Oppfølgingen ble bredt tematisert i intervjuene, delvis fordi KB etter hvert etterspurte den. Formålet med oppfølgingen er å sikre at Folketrygdens midler brukes i tråd med formålet (Helfo, 2023). Dialogen nedenfor, mellom KB og en fastlege i en liten distriktskommune, synliggjør hvordan den kan bidra til tilgangsproblemer for pasientgruppene:

4. Myndighetene er her dels representert ved Helfo, dels er det vi som tolker sitatets referanse til legalitet som en henvisning til de nasjonale myndighetene og deres oppfølging. Det er jo de som har ansvaret for å vedta og håndheve lovverket.

Fastlege: En gang har jeg fått brev fra Helfo om at jeg bruker en (...) takst som går på samtaleterapi for mye. (...) Jeg hadde visst brukt den mer enn gjennomsnittet, da, over tid. (...) De lurte på om jeg brukte den taksten rett. Og det var en sånn takst som (...) jo er viktig for akkurat de folka som vi snakker om nå (...). Konsekvensen av det ble nok at jeg brukte den taksten mindre (...) Det var vel hele hensikten, tror jeg, med Helfo sitt brev (...) Hvis ikke, så fikk det konsekvenser, stod det i brevet (...).

KB: Ja. (...) Er det også sånn at (...) du gjør den oppgaven du tok takst for mindre?

Fastlege: Ja, kanskje litt.

Oppfølgingen av takstbruken kan altså stimulere til færre og kortere samtaler blant annet om psykisk helse, og dermed bidra til redusert tilgang til fastlegetjenester for noen pasientgrupper.

Fastlegene forklarer at oppfølgingen foregår ved at Helfo jevnlig sender dem statistikk der takstbruken deres sammenlignes med gjennomsnittet blant fastleger. Beskrivelsene vitner om styringsmetodikken *benchmarking* eller målestokk-konkurransen, som har vært utbredt i offentlige tjenester i Norge de siste tiårene som resultat av New Public Management-bølgen (se bl.a. Djupvik & Eikås, 2016 om dette). Benchmarking innebærer at myndighetene eller andre med lederansvar søker å stimulere til bedre resultater hos underordnede ved å tilrettelegge for å sammenligne uttellingen deres på felles indikatorer. Sammenligningene antas å skulle stimulere til forbedringer. Forskere (se bl.a. Haukelien, 2013; Power, 1997) har poengtert at slik styringsmetodikk kan ha sine problematiske sider når den brukes i helsevesenet, og på felt der skjønnsutøvelse og håndtering av det uforutsette er viktig.

Slik fastlegene fremstiller Helfos oppfølging, eller benchmarking-praksis, foregår den slik at Helfo ber fastlegen om en forklaring dersom takstbruken avviker mye fra gjennomsnittet. Fastlegen får en «advarsel» hvis forklaringen er utilstrekkelig, og i ytterste konsekvens kan prosessen medføre tilbakebetalingskrav eller innrapportering av fastlegen til Helsetilsynet. Én fastlege forteller om hvordan oppfølgingen påvirker motivasjonen hennes om å forbli i fastlege-yrket:

Jeg tenker: Åh, får jeg et brev snart? Får jeg kjeft? Og så har jeg bestemt meg nå: Hvis jeg får advarsel på takst, da slutter jeg. Da gidder jeg faktisk ikke å være her mer. For jeg føler jeg legger så mye ned i jobben. Og prøver liksom så hardt. Og hvis jeg (...) får kritikk for at: «Det er ikke sånn vi vil du skal jobbe økonomisk» ..., da kjenner jeg at: Vet du hva, da...da...da... gidder jeg faktisk ikke å være her mer.

Oppfølgingen kan altså gi fastleger opplevelsen av å mangle tillit og støtte fra myndighetene, noe som avler tanker eller planer om å slutte. Hvis dette fører til at fastleger faktisk slutter, kan det gi ytterligere tilgangsproblemer og dessuten ha konsekvenser for kontinuiteten i tjenesten, noe vi kommer nærmere inn på nedenfor.

Ikke alle leger formidler at de lar seg begrense faglig, verken av takstsystemet eller Helfo-oppfølgingen. En nylig pensjonert fastlege forteller slik om sine siste år i arbeidslivet:

Fastlege: Studielånet er ferdig og ungene er ute av reiret og sånt noe. Så kunne jeg jobbe sånn som jeg hadde lyst til å jobbe – uten å skjele til takstene (...).

KB: Og det her brevet som dere får fra Helfo (...). Hva slags forhold har du hatt til det?

Fastlege: Jeg tror aldri ... Jeg har bare sett om summen passet var riktig, jeg. (...) Jeg vet at noen (...) følte det litt som kritikk hvis de lå over gjennomsnittet på en takst. Og det har jeg ikke brydd meg om. Nei, vet du hva? Jeg har vært så trygg på at (...) hvis jeg ikke jukser på den taksten, så tar jeg den.

Her synliggjøres det at fastleger *kan* bruke den tida de vil på Eldres rusproblemer og psykiske problemer, uavhengig av takstsystemet og Helfo-oppfølgingen. Muligheten fremstilles allikevel som betinget av en erfaringsbasert trygghet, livssituasjon og økonomi som fastleger ikke nødvendigvis har. Dersom pasientgruppene tilgang beror på fastlegens personlige situasjon, virker tilgangen tilfeldig – noe som fremstår som et problem for pasientgruppene i lys av den norske velferdsstatens likhetsidealer.

Flere fastleger problematiserer altså Helfos rolle i en oppfølging av takstbruken som kan ha uheldige virkninger for pasientgruppene. Slik blir de imidlertid tause om Legeforeningens rolle i å skape og vedlikeholde takstoppfølgingsregimet. På forespørsel fra oss har en representant for Helfo og en med erfaring fra Legeforeningen bekreftet at det historisk er Legeforeningen som har ønsket den benchmarking-baserte oppfølgingen fra Helfo.

Handlingsplanen setter verken pasientgruppene manglende tilgang til fastlegetjenester i sammenheng med takstsystemet eller Helfo-oppfølgingen. En naturlig følge blir at planen mangler tiltak for å styrke tilgangen gjennom eksempelvis endringer i takstsystemet, i takstoppfølgingsregimet og i andre oppfølgingsrutiner som ville kunne sikre at flere fastleger tok reelt ansvar for all slags helseproblematikk. Slike tiltak kunne hatt som formål at fastleger i større grad skulle ta seg nødvendig tid til tidkrevende samtaler uten ubegrunnet frykt for negative konsekvenser.

I intervjuene kom det også frem hvordan det er problematisk for fastlegene å få tilgang til pasientene. Ifølge Normtariffens § 1 kan fastlegene kreve refusjon fra Folketrygden der «lege er søkt» (Den norske legeforening, 2021b). Initiativet til kontakt skal i utgangspunktet altså komme fra pasienten. En fastlege i en mellomstor kommune uttaler seg slik om dette:

Fastlegeordninga er jo organisert sånn som den har vært organisert i uminnelige tider: At pasienten definerer et problem, vi prøver å løse det problemet. Og den oppsøkende biten er jo helt underordna egentlig. Man tenker at vi burde ikke jobbe sånn, men det er sånn vi jobber mest. Det er veldig sjelden at vi prøver å oppsøke utsatte grupper.

Organiseringsformer fundert i en blanding av formelle normer og sedvane kan altså hindre fastleger i å tematisere helseproblematikk pasientene ikke tar opp selv. Flere kommer med lignende utsagn, og fremstiller i denne forbindelse eldre pasienter med rusproblemer og dårlig psykisk helse som lite verbalt selvhevdende.

Dette organisatoriske aspektet utgjør ifølge fastlegene et tilgangspå problem for disse pasientene. Noen forklarer denne delen av organiseringen med idealet om at Folketrygdens midler skal brukes i tråd med loven, og med fastlegers etiske forpliktelse til respekt for pasientenes autonomi. Samlet vanskeligjør slike hensyn det noen fastleger kaller en «proaktiv» – eller aktivt oppsøkende – tilnærming til pasientene. Slik fratras fastleger informasjon om blant annet rusproblemer og psykiske problemer blant eldre.

Manglende organisering for «proaktivitet» kan ifølge fastlegene også bidra til dårligere allmennlegetjenester til eldre enn yngre. På spørsmål om hvorvidt en pasient på 20 og én på 80 ville likebehandles på fastlegekontoret,⁵ gitt tegn til depresjon og/eller alkoholproblemer hos begge, svarer en fastlege fra en mellomstor kommune:

Jeg tror den på 20, eller den på 40, eller eventuelt kanskje femti, seksti, i større grad tar det opp selv som et problem. (...) Da skaper det (...) en større trygghet i å løse dette problemet enn [med] en eldre som

5. Helse- og omsorgstjenesteloven forutsetter at eldre og yngre skal behandles likt ved tildeling av både somatisk og psykisk helsehjelp i kommunal regi.

kanskje ikke tar det opp. Eller det kommer maskert som noe annet, og så (...): «Åja, du har så vondt i ryggen, ja. (...) Så får vi prøve litt smertestillende, da (...).» Kanskje ikke det er (...) løsningen i det hele tatt.

Sitatet synliggjør altså at det blir opp til pasienten å fremme sitt problem og å skape den tryggheten hos fastlegen som gir grunnlag for behandling. Selv om legen kjenner til at eldre gjerne maskerer depresjon, kan det innenfor dagens organisering oppleves utrygt å adressere helseproblematikk pasienten ikke selv nevner. Prinsippet om å vente på pasientens initiativ fremstilles altså som et gjensidig tilgangspåproblem i lege-pasientrelasjonen.

Manglende tilgang kan også være beleilig. Både handlingsplanen og fastlegene fremstiller dagens arbeidspress som stort, og en annen fastlege forklarer hvordan arbeidspresset kan løses ved å unnlate å bidra til at visse helseproblemer avdekkes:

Vi skviser ut de som ikke roper. (...) Hun gamle mor på 78, (..) hun får seg ikke til å komme hit. Og (...) jeg orker ikke spørre henne en gang: «Hvordan gikk det etter at mannen din døde?». (...) Fordi at jeg blir så pressa.

En organiseringsform som bygger på en viss form for respekt for pasientautonomi og for skattebetalernes penger, stenger samtidig for å «se» visse lidelser og åpner for å løse arbeidspress. Subtil utdefinering av helseproblematikk pasientene ikke verbaliserer, bidrar til at fastlegen unngår å bruke tid. I praksis rammer dette blant andre eldre pasienter med dårlig psykisk helse. Tilsynelatende fremstilles ikke denne muligheten som betinget av at helsebehovet er mindre alvorlig enn hos pasienter som er mer uttalt om egne lidelser. Situasjonen er snarere at legen ikke prioriterer å la seg utsette for «press» når det er «mor på 78» det gjelder.

En organiseringsform som bygger på at pasienten skal ta initiativet, fremstilles altså som et problem for fastlegers tilgang til eldre pasienter med rusproblemer og psykiske lidelser. Handlingsplanen er taus om dette aspektet ved organiseringen. Dermed lanserer den heller ikke noe tiltak for å endre fastlegerollen eller Normaltariffen på dette punktet. Vi kommer imidlertid snart tilbake til andre tiltak den lanserer (teamorganisering), og som implisitt og til en viss grad problematiserer organiseringsformen.

I fastlegeintervjuene stilte KB åpne spørsmål om organisatoriske rammebetingelsers innvirkning på arbeidet med pasientgruppene. Fastlegene fremstilte det da ikke som noe problem at kommunene sliter med å rekruttere og beholde nok fastleger, at fastleger arbeider for mye alene eller at de samarbeider for lite med andre yrkesgrupper. I handlingsplanen fremstår imidlertid dette som viktige problemer for pasientenes tilgang til fastlegene. Om rekrutteringsproblemene som tilgangspåproblem sier planen:

(...) færre vil bli fastleger. Konsekvensen er svekket kvalitet på de tjenestene fastlegene leverer. Innbyggerne opplever at tilgjengeligheten til fastlegen går ned. Det er vanskelig å finne en ny lege med åpen liste når det er behov for å bytte fastlege. Flere må forholde seg til vikarer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 18).

Her dreier tilgangspåproblemet seg altså hovedsakelig om å finne en ledig fastlege, og om å kunne velge en annen ved behov. Problemstillingen får det til å fremstå naturlig å søke den typen løsninger på tilgangspåproblemet som handlingsplanen foreslår, og som skal gjøre allmennlegetjenesten mer attraktiv for leger.

Handlingsplanen behandler det som nevnt ikke som noe tilgangspåproblem at fastlegeordningen er organisert med utgangspunkt i prinsippet om at legen venter på pasientens initiativ. Ett sted omtaler den allikevel sitt eget forslag om en teambasert allmennlegetjeneste

som et bidrag til at «sårbare grupper som ikke har lett for å oppsøke fastlegen, får bedre oppfølging enn i dag» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 45). En underliggende forestilling her synes å være at fastlegers tradisjon for å avvente pasientens initiativ er vanskelig å endre. Dermed blir det en naturlig slutning at bedre tilgang til allmennlegetjenester for disse pasientene vil kreve at allmennlegetjenesten tilføres andre yrkesgrupper, med sterkere tradisjoner for «proaktivitet». Teamorganisering fremstår som et naturlig tiltak som følge av problempresentasjonen.

Planen er dermed taus om at pasientgruppens svake tilbøyelighet til å oppsøke og formidle informasjon til fastlegen også kunne ha vært møtt med tiltak for endring av fastlegerollen og/eller av Normaltariffen, eller med å utdanne og ansette flere leger, for å minske arbeidspresset og slik støtte en mer «proaktiv» fastlegerolle.

Problematisering av kvalitet

Både fastlegene og handlingsplanen fremstiller problemer knyttet til kvalitet på allmennlegetjenestene til disse pasientgruppene. I handlingsplanen figurerer ordet «kvalitet» hele 96 ganger – deriblant i undertittelen *Attraktiv, kvalitetssikker og teambasert*.⁶ I fastlegeintervjuene forekommer det sporadisk og mindre hyppig, antakelig fordi KB ikke etterspurte det eksplisitt. I ettertid ser vi at flere forhold fastlegene tematiserte allikevel omhandler kvalitet.

Nedenfor utforsker vi hvorvidt og hvordan fastlegene og handlingsplanen behandler kvalitet som problem for pasientgruppene. Problemet fremstilles slik at det gjelder manglende kompetanse, mangel på kontinuitet og mangel på kvalitetsarbeidsarbeid. Vi undersøker også hvorvidt og eventuelt hvordan viktige poenger fra fastlegene fanges opp i handlingsplanens tiltak for bedre kvalitet.

Flere fastleger forteller om problemer med å skaffe de eldre pasientene med rusproblemer og psykiske lidelser et tilpasset tilbud. En fastlege forklarer at hun sjelden henviser eldre pasienter videre:

Av en eller annen grunn, så får du ikke inn eldre folk. Det er nesten sånn at jeg ikke henviser lenger. Det er nesten sånn at jeg sier det: At «det er ikke vits i». Fordi at jeg har erfaring med at jeg aldri har fått noen inn.

Her ser vi at fastlegen har åpnet for å henvise videre eldre pasienter som hun mener har behov utenfor hennes eget kompetanseområde som allmennlege. Andre deler av helsevesenet avviser imidlertid henvisninger som gjelder eldre. Flere fastleger fremstilte liknende erfaringer. Resultatet ble at de selv endte med å behandle rusproblemer og psykiske problemer hos eldre. Få problematiserte kompetanse- og kvalitetsaspektene ved dette, men det gjorde denne fastlegen:

Vi er jo ikke utdanna til det. Vi er «gode» til det fordi at vi jobber så mye med pasientene med det, med samtaler. Men det stopper jo der (...). Vi har jo ingen (...) formell utdanning til å ivareta det på en god måte (...). Vi kan fange opp ting. Også burde vi fått lov å gi det videre.

Det fremstilles altså som et kompetanse- og dermed kvalitetsproblem at tilgangen til tjenester med adekvat kompetanse er enda dårligere enn til allmennlegetjenester for disse pasientene. Resultatet av avvisningen blir, både ifølge denne og andre, at fastlegene kompensere.

6. Inkludert som del av sammensatt ord, deriblant kvalitetsarbeid, kvalitetssystem, kvalitetsindikatorer, kvalitetsforbedring, kvalitetshevende og livskvalitet.

Sitatet tilsier at følgene blir at de eldre pasientene får hjelp på et for lavt eller upassende kompetansenivå, innenfor fastlegeordningen.

Gjennomgående fremstiller fastlegene det som vanligst at de behandler disse pasientene selv. Det er uvanlig at instanser med spesialisert rus- eller psykiatrikompetanse involveres for eldre (unntatt ved demens). Fastlegenes behandling består, ifølge beskrivelsene deres, av støttesamtaler, kognitiv terapi og medisinerer. De tematiserer i svært liten grad at slik praksis kan gjenspeile aldersdiskriminering. Flere fremstiller den tvert om som positiv for pasientene. Dette forklarer de med at andre tilbud kan virke stigmatiserende, og med at fastlegerelasjonen oftere preges av personlig kontinuitet mens personellutskiftningen er høy i spesialisthelsetjenesten. Fastlegen foretrekkes derfor, ifølge fastlegene, ofte fremfor tilbud på høyere formelt kompetansenivå.

For utenforstående er det selvsagt allikevel mulig å se dette som uttrykk for et kompetanse- og dermed kvalitetsproblem. At fastlegene selv behandler disse pasientene kan ses som eksempel på uheldig tilpasning til samfunnsforhold – aldersdiskriminering og kontinuitetsproblemer – som, dersom de problematiseres, kan utløse handling med utgangspunkt i Allmennlegeforeningens manifest «Sju teser for allmennmedisin». Her heter det blant annet: «Å forebygge sykdom og uhelse er ofte et spørsmål om å endre samfunnsforhold. Legen skal systematisere og dele sin kunnskap med forvaltning og politikere om sykdoms- og lidelsespanoramaet i sin populasjon» (Allmennlegeforeningen, 2023). Når slike samfunnsforhold i stedet møtes ved kompenserende tilpasning fra fastlegers side, kan det ses som et kompetanse- og kvalitetsproblem for pasientgruppene.

Handlingsplanens fremstilling av kompetanseproblemer i tjenesten er annerledes enn den vi har utledet fra fastlegeintervjuene. Planen fokuserer ikke på konkrete kompetanserelaterte implikasjoner av fastlegers kompenserende tilpasning til aldersdiskriminering og kontinuitetsproblemer ellers i helsevesenet. I stedet vektlegger den et generelt problem der «[d]e stadig mer komplekse oppgavene krever høyere kompetanse tilpasset kommunens behov» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s.9).⁷ Planen fremhever generelle kompetanseproblemer som følge av en pågående utvikling. Slik blir den taus om mer konkrete kompetanseproblemer av relevans for planens målgrupper. Den blir også taus om aldersdiskriminering og kompetanseproblemer relatert til dette, som ikke nødvendigvis er av nyere dato. Ved at kompetanseproblemer implisitt knyttes til nye utviklingstrekk, flytter planen oppmerksomheten vekk fra aldersdiskrimineringens og kompetanseproblemenes dype historiske røtter.

Måten planen fremstiller kompetanseproblemer på gjør det til et naturlig tiltak å sikre at fastleger blir spesialister i allmennmedisin (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020): Generell kompetanseheving blir tilstrekkelig siden kompetanseproblemet ikke har blitt fremstilt som spesifikt for planens målgrupper.

Et annet tiltak er at «[a]nnet helsepersonell vil kunne bidra til større bredde i tilbudet legekantoret kan levere» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 19). Tiltaket begrunnes blant annet med at andelen annet personell er lav i norske legekantor (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 19) sammenlignet med i andre land. Planen lanserer i tråd med dette ulike former for teamorganisering, først og fremst primærhelseteam. Sykepleiere spiller en sentral rolle i disse teamene, og et nyetablert masterstudium i avansert klinisk allmennsykepleie skal bidra til å heve kompetansen deres (Ibid.).

Handlingsplanen fremstiller det altså som et kompetansehevingstiltak å innlemme sykepleiere i allmennlegetjenesten gjennom primærhelseteamene. Det kan imidlertid diskutere-

7. Med referanse til Primærhelsetjenestemeldingen.

res om det delvis er tausheten om fastlegers «kompenserende» behandling av pasientgruppene som får dette til å fremstå som et kompetansehevingstiltak. Fastlegeintervjuene kan indikere at noen av disse pasientene behandles i allmennlegetjenesten selv om de hadde trengt tilgang til spesialisthelsetjenestens kompetanse. Ved at planen er taus om dette, blir det mulig å løfte frem, som uttrykk for kompetanseheving, et tiltak *innenfor* allmennlegetjenesten der noen av pasientene flyttes – i hvert fall i konvensjonell tankegang – to trinn ned i kompetansehierarkiet: fra spesialisthelsetjenesten eller andre spesialiserte via allmennlegelege til sykepleier i primærhelseteam.

Når planen er taus om verdien av personlig kontinuitet relatert til rus- og psykiske problemer slik det fremkom i fastlegeintervjuene, fremstår det mer uproblematisk å «flytte» fastlegene ut i en ny teamlederrolle, og å la sykepleiere i primærhelseteamet overta noe av pasientkontakten.

Personlig kontinuitet har vært, og er fortsatt, regnet som et kvalitetstegn i allmennmedisin og et mål med fastlegeordningen. En fastlege fra en mellomstor norsk by synliggjør hvorfor personlig kontinuitet er så viktig for disse pasientgruppene:

Hvis vi fastleger er gode til noe, så er det kanskje å kjenne folk. (...) Der den ene dama aldri har sagt noe ... Men når hun sier noe, så tenker jeg: «Nei, men, altså det er veldig lite. Men hun bruker aldri å si noe». Så da hører jeg etter. Vi kjenner jo folk over tid, og vi ser jo at den samme sykdommen, samme sorgen, det samme problemet kan jo gi veldig stor forskjell i hvordan folk oppfatter det.

Personlig kontinuitet kan, ifølge denne fastlegen, bidra til at endringer i helsetilstanden hos verbalt lite selvhevdende pasienter fanges opp. På *sine* kjente pasienter vil legen lettere enn andre kunne se at en stillferdig, forsiktig ordbruk vitner om alvorlige tilstander eller lidelse. Slik kan de som «ikke roper», lettere bli hørt.

Kjennskap og gjensidig respekt kan også gi grunnlag for å tematisere sensitive temaer, slik denne andre fastlegen får frem:

Hvis man kjenner folk, og det gjør man ofte hvis man har jobba som fastlege i noen år, så har man kanskje opparbeida (...) gjensidig respekt og tillit. Og da er det jo lettere, for da skjønner kanskje folk at (...): Man spør i en sammenheng. Det er ikke for å (...) krafse i folks privatliv, men det er fordi man tenker at dette er nyttig å forholde seg til hvis [pasienten] faktisk skal kunne ha hjelp.

Her ser vi hvordan personlig kontinuitet kan trygge fastleger i å tematisere eldres ofte skambelagte rusproblemer og psykiske problemer uten å risikere å støte pasientene.

Personlig kontinuitet fremstilles allikevel ikke bare som kvalitetsgaranti for pasientgruppene. Intervjumaterialet inneholder også historier om at organiseringsendringer åpenbarte problematiske forskrivningspraksiser hos fastleger med lang fartstid på samme sted, og om fastlegebytter som fikk pasienter til å åpne seg om rus- eller psykiatrirelatert problematikk. En fastlege som har arbeidet i primærhelseteam forteller hvordan møtet med en (for pasientene ny) sykepleier fikk pasienter til å åpne seg om rus og psykiske problemer:

Det som er så pussig, (...) er det at det her, det forteller de heller ikke på DPS-en [Distriktpsikiatrisk poliklinikk, en del av den statlige spesialisthelsetjenesten] (...). Det er noe med denne settingen som gjør at pasienter lettere åpner seg for disse tingene (...). Vi har diskutert om det er lokalitetene som gjør det: At ... døra bortenfor sitter fastlegen. De får en føling med at: Ja, fastlegen kommer til å få beskjed om dette.

Fastlegen uttrykker her undring over hva fysisk nærhet til fastlegen betyr. Både denne og den andre intervjuede fastlegen med erfaring fra primærhelseteam fremstiller primærhelseteam som fordelaktig for pasientgruppene. Undringen fra sitatet over gjelder tilsynel-

tende om én av primærhelseteamets fordeler kan være at teamet utnytter den personlige kontinuiteten fra fastlege/pasient-forholdet. Det at man innenfor forsøk med primærhelseteam har flere lange pasientsamtaler om rus og psykiske problemer enn tidligere, forklares med den nye ressurstilførselen fra statlige prosjektmidler. Sykepleiere kan nå gjennomføre lengre samtaler fastlegen ikke har hatt tid til før. Fremstillingen kan dermed tilsi at det normalt utgjør et kvalitetsproblem for pasientgruppene at ressursproblemer og tidspress i fastlegeordningen hindrer god utnyttelse av personlig kontinuitet.

Andre fastleger er skeptiske til planens tiltak om innføring av primærhelseteam, og fremstiller planene som et kvalitetsproblem for pasientgruppene. En advarer slik:

Da er du på vei ut i noe som (...) en del andre land har valgt, da, som blir veldig fragmenterende for pasientens helse (...): Vi deler opp den, da: Sier at psykisk helse og rus, det skal den sykepleieren drive med. Det er jo óg en retning der diabetes skal følges opp av egen sykepleier, KOLS skal følges opp av egen sykepleier. ... Folk med ordentlig skylapper, med... kanskje for lite totalkunnskap til å se de store sammenhengene.

En underliggende forestilling her er at helsetjenesten blir sammenhengende og helhetlig for disse pasientene dersom én fagperson – fastlegen – ivaretar problemer innenfor både psykisk og somatisk helse hos samme pasient. Planene om en «teambasert» tjeneste fremstilles som et potensielt kvalitetsproblem fordi betydningen av fastlege/pasient-relasjonen blir mindre.

De intervjuede fastlegene er splittet i synet på primærhelseteam. Noen fremstiller planene som en kvalitetstrussel for de eldre pasientene med rusproblemer og psykiske lidelser. Andre – særlig de som har prøvd primærhelseteam – fremstiller det som et kvalitetsfortrinn for de samme pasientene.

Oppsummert så fremstilles personlig kontinuitet gjennomgående som en viktig kvalitet ved tjenestene til de eldre pasientene med rusproblemer og psykiske lidelser, men ikke som noen kvalitetsgaranti. Flere fremstiller det som et kvalitetsproblem at arbeidspress vanskeliggjør god utnyttelse av de særlige fordelene som personlig kontinuitet representerer for disse pasientene.

I handlingsplanen, derimot, får vi ved ordsøk ingen treff på «kontinu*». Planen nevner kort at det for fastleger kan oppleves givende å følge pasienter gjennom livet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 16). Men den tematiserer ikke fastlegenes poeng om at personlig kontinuitet kan gjøre verbalt lite selvhevdende pasienters stemmer mer hørbare eller åpne for tematisering av skambelagt problematikk. Tausheten er påfallende siden personlig kontinuitet var et hovedformål med fastlegeordningen ved innføringen i 2001. Den gjør det naturlig for planen å ikke inkludere tiltak eksplisitt begrunnet i hensynet til personlig kontinuitet og/eller i hensynet til god utnyttelse av personlig kontinuitet.⁸ Den gjør det også naturlig å lansere tiltak i forbindelse med innføringen av primærhelseteam som innebærer at fastlegearbeid skal handle mer om å lede, koordinere og sikre sammenheng mellom tjenester.

I intervjuene fikk fastlegene åpne spørsmål om organisatoriske rammebetingelsers innvirkning på ivaretagelsen av pasientgruppene. Fastlegene snakket da om arbeidspress, personlig kontinuitet, om å vente på pasientens initiativ, om takster, Helfo-oppfølging og legekontorøkonomi. Begrepet «kvalitetsarbeid» forekom ikke. Allikevel beskrev de mange eksempler på at de hadde gjennomgått egen praksis for å forbedre den for pasientene. En

8. Her skal det allikevel nevnes at ett av planens kvalitetstiltak – utvikling av kvalitetsindikatorer – i praksis er operasjonalisert i tråd med en forståelse der personlig kontinuitet er viktig.

fortalte hvordan han hadde utviklet avtalesystemer for å sikre god ivaretagelse av sårbare pasienter. En beskrev et flerkommunalt samarbeid som ga drastisk reduksjon i problematisk medikamentforskrivning. En beskrev et veiledningsopplegg som gjør at hun nå systematisk spør alle pasienter om alkoholbruk på måter hun finner naturlige og gode. Noen fortalte om utprøving av en særegen, lokal samarbeidsmetodikk mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten – med gode resultater for disse pasientgruppene. «Kvalitetsarbeid» kan virke som en dekkende betegnelse for slike arbeidsformer.

Det kom også frem at noen brukte de tidligere nevnte brevene Helfo sender for oppfølging av fastlegers takstbruk i kvalitetsarbeidet: Fastleger deltar i såkalte «smågrupper» i regi av Legeforeningen, som ledd i spesialiseringen og etterutdanningen i allmennmedisin. Her drøftes kliniske problemstillinger (Den norske legeforening, 2023). Slik skildrer én fastlege en type dialog om Helfos brev som preger smågruppemøtene han har deltatt i: «Hva gjør du? Hvordan er profilen din?», spør legene hverandre, forteller han. Bakgrunnen fremstiller han slik: «Fordi at hvis noen blir tatt for en ting (...). Med tilbakebetalingsvedtak og sånt (...). Dette skaper ganske mye angst».

Smågruppearbeidet må antakelig regnes som et eksempel på kvalitetsarbeid, sett fra myndighetenes og Legeforeningens side. Beskrivelsene over vitner om en forståelse der «kvalitet» i noen sammenhenger behandles som ensbetydende med «en profil på takstbruken som får en fastlegepraksis til å fremstå gjennomsnittlig, slik at fastlegen slipper å frykte myndighetenes represalier». Dette er tankevekkende i lys av det vi tidligere har sett om innvirkningen av Helfos oppfølging på pasientgruppene tilgang til allmennlegetjenester.

Fremstillingen tyder på at visse typer kvalitetsarbeid har problematiske implikasjoner for pasientgruppene, uten at dette nødvendigvis trenger å være intendert verken fra myndighetenes, Legeforeningens eller fastlegenes side. Den kan også tolkes som en beskrivelse av en praksis som representerer et unntak eller et uttrykk for tilfeldigheter eller misforståelser. Endelig kan den tolkes som uttrykk for et generelt problem som benchmarking-orientert kvalitetsarbeid kan utgjøre for utsatte pasientgrupper: Benchmarkingen kan oppfattes som en usynlig konkurranse fastleger imellom, der målet er å ligge nær et statistisk «idealnivå». Benchmarking-basert kvalitetsarbeid kan i så fall ha uintenderte virkninger. Ytre, konkurransebasert motivasjon for fastlegevirksomheten kan styrkes på bekostning av indre verdiorientert eller sosialt forankret motivasjon. I sin tur kan dette påvirke fastlegers opplevelse av å ha kollegial støtte for en praksis i tråd med etiske prinsipper som tidligere kan ha gitt pasientgruppene en viss beskyttelse. Det allmennmedisinske prinsippet om å «gi mest til dem som har størst behov» kan være ett slikt prinsipp (Se Allmennlegeforeningen, 2023).

Oppsummert så forteller fastlegene altså om flere arbeidsformer de har deltatt i, og som betegnelsen «kvalitetsarbeid» virker dekkende for. De forteller også om benchmarking-basert kvalitetsarbeid innenfor rammen av spesialiseringsarbeidet i allmennmedisin. Selv om både spesialiseringsarbeidet og Helfos benchmarking-regime har kvalitet i allmennlegetjenesten som formål, kan begge også betraktes som kilder til kvalitetsproblemer for pasientgruppene.

Handlingsplanen behandler «kvalitetsarbeid» annerledes. Ordet forekommer 18 ganger, og kvalitetsarbeid lanseres som ett av de viktigste langsiktige tiltakene, som altså skal tjene planens målgrupper. Ifølge handlingsplanen foregår det i dag lite systematisk kvalitetsarbeid i og for allmennlegetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 18). En tolkning av denne fremstillingen er at de eksemplene på lokalt kvalitetsarbeid fastlegene beskrev i intervju, ikke antas å være så utbredt. En annen er at dette ikke regnes som «kvalitetsarbeid» i den forstand regjeringen bruker begrepet, eventuelt at arbeidet ikke regnes

som «systematisk». Det kan være mange årsaker til at slikt arbeid ikke betraktes som «systematisk kvalitetsarbeid». Sitatet nedenfor, fra handlingsplanen, vitner om én viktig forklaring:

(...) det er et stort behov for tiltak som tilrettelegger for systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Nasjonale myndigheter og kommuner trenger data og indikatorer. Fastlegene trenger kunnskap, ferdigheter, verktøy og virkemidler for å drive kvalitetsarbeid. Det er behov for videreutdanning for allmennlegene som gjør det mulig å drive og lede kvalitetsarbeidet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 36).

Vektleggingen av «data og indikatorer» kan tyde på at problemet, slik handlingsplanen ser det, er at rammebetingelsene for benchmarking-orientert kvalitetsarbeid er mangelfulle. Inntrykket styrkes ved at denne mangelen på «data og indikatorer» andre steder i planen fremstilles som alvorlig nok til å være nær lovstridig. Det henvises til Helsedirektoratets lovfestede forpliktelse til å utvikle nasjonale kvalitetsindikatorer for allmennlegetjenesten (se Helsedirektoratet, 2023), noe som ifølge Helsedirektoratet trengs for å gi de sentrale helsemyndighetene grunnlag for å prioritere og styre. Indikatorene trengs også fordi helsetjenestens ledere ifølge direktoratet må ha et grunnlag for kvalitetsarbeid, og fordi pasienter og pårørende bør kunne ta informerte valg. Åpenhet om variasjon i helse- og omsorgstjenestene er også et viktig hensyn som kvalitetsindikatorer kan ivareta (Helsedirektoratet, 2023).

Når det gjelder eldre pasienter med rusproblemer og dårlig psykisk helse, tilsier altså denne fremstillingen følgende: Allmennlegetjenestetilbudet deres er mangelfullt i dag fordi nasjonale og lokale ledere mangler verktøy for benchmarking-orientert kvalitetsarbeid av relevans for dem. Denne fremstillingen er taus om at kvalitetsarbeid basert på sammenligning av skårer på standardiserte indikatorer kan påvirke fastlegers opplevelse av indre motivasjon for og gjensidig støtte overfor verdier som kan beskytte pasientgruppene. Den er taus om et poeng fra forskningslitteraturen om at eldres helse- og medisineringsbehov gjerne er sammensatt på individuelt særegne måter, noe som kompliserer forsøk på kvalitetssikring av allmennlegetjenestene deres ved hjelp av standardiserte retningslinjer (Austad et.al., 2015). Noe tilsvarende kan tenkes å gjelde for egnetheten av standardiserte kvalitetsindikatorer som vei til kvalitetssikring for disse. Endelig blir planen taus om at nytteverdien av verktøy for «informerte valg» basert på sammenligninger av fastlegers skår på statistiske indikatorer, kan være lavere for de minst verbalt selvhevdende pasientene.

Planen fremstiller også dagens mangel på brukerundersøkelser om allmennlegetjenesten som et kvalitetsarbeidsproblem. Den er imidlertid taus om at disse pasientene ofte er verbalt lite selvhevdende, noe som kan bety at de ikke nødvendigvis uttrykker egne behov og interesser i en slik form at brukerundersøkelser egner seg til å få dem frem. Hvis disse pasientenes muligheter for å bli hørt og tatt hensyn til skulle være bedre sikret gjennom en relasjon basert på personlig kontinuitet, slik noen fastleger fremstiller situasjonen, så utgjør ikke nødvendigvis mangel på brukerundersøkelser noe kvalitetsproblem.

Når handlingsplanen er taus om dette, fremstår det også naturlig at den ikke inkluderer tiltak for å styrke rammebetingelsene for god utnytting av personlig kontinuitet. Det blir naturlig at den ikke inneholder tiltak for å støtte de lokale, spontane og benchmarking-frie kvalitetsarbeidsformene som ble beskrevet i intervjuene. Derimot blir det et viktig tiltak å styrke data- og indikatorgrunnlaget for benchmarking-basert kvalitetsarbeid og brukerundersøkelser. Nyttteverdien av dette for pasientgruppene kan altså være diskutabel ifølge fastlegenes fremstillinger.

Avsluttende betraktninger

Politikk er mer enn problemløsning. Det innebærer også å skape og utbre forestillinger om at samfunnsfenomener utgjør problemer av en bestemt art som påkaller bestemte politiske grep. En følge blir at andre problemer blir liggende i skyggen, uproblematiskert og uten politiske grep for å løse dem. Problemfremstilling er derfor maktutøvelse. Ofte vil mennesker med de svakeste samfunnsstemmene merke dette best.

Denne studien har omfattet pasientgrupper hvis stemme i samfunnet ofte fremstilles som svak: eldre med rusproblemer og dårlig psykisk helse. Det er allikevel ikke helt urimelig å anta at noen av funnene denne artikkelen har presentert, også har relevans for andre grupper med svak stemme.

Det analytiske perspektivet vi har brukt i utforskningen av fastlegeordningens ivaretagelse av pasientgruppene har bidratt med viktig innsikt både empirisk og analytisk:

Empirisk har vi sett hvordan handlingsplanen fremstiller problemene for eldre pasienter med rusproblemer og psykiske lidelser på måter som får visse politiske grep til å fremstå nødvendige. Grepene innebærer blant annet at allmennlegetjenesten skal bli teambasert, og at visse typer kompetanse og kvalitetsarbeid skal styrkes.

Femten fastlegers fremstilling av sin arbeidshverdag med pasientgruppene har synliggjort hva som dermed har blitt liggende i skyggen. Dette er problemer relatert til takstsystemet og myndighetenes oppfølging av fastlegers arbeid. Det er organiseringsformer som åpner for å «løse» arbeidspress ved utdefinering av tematikk pasienten ikke verbaliserer. Det er aldersdiskriminering og kontinuitetsproblemer i hjelpeapparatet utenfor fastlegeordningen og innvirkningen av arbeidspress på mulighetene til å utnytte personlig kontinuitet til det beste for disse pasientene.

Handlingsplanen er altså taus om dette. Dermed lanserer den for det første ikke politiske grep for å løse problemene. For det andre lanserer den tiltak som, ut fra noen av de intervjuede fastlegenes fremstilling, kan gi utilsiktede negative konsekvenser for pasientgruppene planen søker å hjelpe.

Analytisk har det vært nyttig å kombinere Mols (2002) praksisografiske tilnærming og Bacchis (2009) WPR-rammeverk i en studie om «stille» samfunnsmedlemmers plass i politiske endringsprosesser. En fordel ved Anne Marie Mols praksisografiske tilnærming er at den skjærper blikket for hvordan virkeligheten – «fastlegeordningen», for eksempel – stadig formes av menneskers omtale og behandling av den. Dette kan gjøre det lettere å se hvordan «fastlegeordningen» (og andre versjoner av denne virkeligheten) kunne ha vært fremstilt annerledes. Bacchis WPR-tilnærming utfyller Mols ved å rette oppmerksomheten dels mot de politiske implikasjonene av denne virkelighetsfremstillingen. Gjennom fokuset på politikkens taushet og dens underliggende forestillinger, bidrar den dessuten til å synliggjøre aspekter ved virkeligheten som samfunnsmedlemmer med svake stemmer kan trenge at blir sett og tatt hensyn til i politikk.

Mol betoner dessuten at virkeligheten er relasjonell og prosessuell, omskiftelig og i stadig bevegelse. Dette kan inspirere oss til å designe og utvikle samfunnsforskning slik at den kan ha betydning i samtiden: Kunnskapen vi utvikler kan bidra til at virkeligheten trer frem på andre måter – *på tidspunkter der de politiske retningsvalgene og endringsprosessene ennå ikke er fullført.*

For vår studie av fastlegeordningens ivaretagelse av eldre pasienter med rusproblemer og psykiske lidelser har akkurat dette siste vært viktig. Regjeringen presenterer nemlig handlingsplanen som et bevegelig dokument. Mot slutten av planen heter det: «Det kan bli nødvendig å gjøre tilpasninger og justeringer, både i innretningen av tiltakene og i fordelingen av ressurser mellom dem» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 55). Det heter

også: «Enkelte av tiltakene i planen er i sin form tiltak som skal utvikles over tid» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 55). Fremtidens allmennlegetjeneste er med andre ord fortsatt en vei som blir til mens vi alle går den.

Takk til kolleger i det forskningsrådsfinansierte ROMEO-prosjektet (Rus Og Mental helse og Eldreomsorgens Organisering) ved Senter for omsorgsforskning, sør (ved UiA og USN). Takk til det forskningsrådsfinansierte prosjektet The politics of a changing institutional ecology: coordinating and prioritizing healthcare and welfare services in the municipal landscape: Et institusjonsforankret strategisk forskningsprosjekt (ISP). Takk til to anonyme fagfeller for gode innspill til et tidligere artikkelutkast.

Referanser

- Abelsen, B., Gaski, M., Godager, G., Iversen, T., Løyland, H. I., Pedersen, K., Snilsberg, Ø., Sten Gahmberg, S., & Sæther, E. M. (2021). Evaluering av pilotprosjekt med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger: Statusrapport III. <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/90541/1/PHT%2Bstatusrapport%2B2020%2B12.01.21.pdf>
- Allmennlegeforeningen. (2023). *Allmennmedisinens kjerneverdier og 7 teser til allmennmedisin*. Hentet 24. februar 2023 fra <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/yf/allmennlegeforeningen/alis/oppstartshandbok/Artikler-om-oppstartshandbok-i-ALIS/allmennmedisinens-kjerneverdier-og-7-teser-til-allmennmedisin/>
- Asdal, K. (2008). Saken. I K. Asdal, K.L. Berge, K. Gammelgaard, T. R. Gundersen, H. Jordheim, T. Rem & J. L. Tønneson (Red.) *Tekst og historie. Å lese tekster historisk*, (s. 107-134), Universitetsforlaget
- Asdal, K. (2015). What is the issue? The transformative capacity of documents. *Distinction: Journal of Social Theory*, 16(1), 74-90
- Asdal, K. & Reinertsen, H. (2020): *Hvordan gjøre dokumentanalyse. En praksisorientert metode*. Cappelen Damm Akademisk.
- Austad, B., Hetlevik, I., Mjølstad, B. P. & Helvik, A. S. (2015). General practitioners' experiences with multiple clinical guidelines: A qualitative study from Norway. *Quality in Primary Care*, 23(2). <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0490-3>
- Bacchi, C. L. (2009). *Analysing policy: what's the problem represented to be?* Pearson Australia.
- Briseid, K. M. (2017). On the old and the new: An ethnographic study of older people's mental health services in a changing welfare state. [Doktorgradsavhandling]. Høgskolen i Sørøst-Norge.
- Dahl, H. M. (2017). Silences that matter. I H. M. Dahl (Red.), *Struggles in elderly care* (s. 89-114). Pelgrave MacMillan. https://doi.org/10.1057/978-1-137-57761-0_4
- Den norske legeforening. (2021a). Enighet om normaltarifforhandlingene 2021. Hentet 20. februar 2023 fra <https://www.legeforeningen.no/jus-og-arbeidsliv/tillitsvalgt/artikler-for-nyhetsbrev/naringsdrivende-leger/enighet-om-normaltarifforhandlingene-2021/>
- Den norske legeforening. (2021b). Normaltariff for fastleger og legevakt 2021-2022. <https://normaltariffen.legeforeningen.no/asset/pdf/Fastlegetariffen-2021-2022.pdf>
- Den norske legeforening. (2023). *Smågrupper*. Hentet 09. mars 2023 fra <https://www.legeforeningen.no/fag/spesialiteter/Allmennmedisin/smagrupeer/#25969>
- Djupvik, A. R. & Eikås, M. (2016). *Organisert velferd: organisasjonskunnskap for helse- og sosialarbeidarar* (3. utg.). Samlaget.
- Eklund, M. L., Jensen, L. H., & Daykin, J. S. (2014). Samhandling på tvers kan styrke tjenestene til eldre med rusavhengighet. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 11(1), 65-74. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2014-01-08>
- EY&Vista analyse. (2019). *Evaluering av fastlegeordningen*. <https://vista-analyse.no/site/assets/files/6663/evaluering-av-fastlegeordningen---sluttrapport-fra-ey-og-vista-analyse.pdf>
- Eliassen, Knut Eirik. (2022, 16. mai). Fastlegeordningen dør. *Dagsavisen*. <https://www.dagsavisen.no/debatt/2022/05/16/fastlegeordningen-dor/>

- Frydenlund, R. (2011). Eldre, alkohol og legemiddelbruk. En kunnskapsoppsummering. *Kompetansesenter rus–Oslo*, Rusmiddeletaten, Oslo kommune. https://www.forebygging.no/globalassets/eldre_kunnskapsoppsummering_web.pdf
- Gilje, N. (2019). *Hermeneutikk som metode: ein historisk introduksjon*. Samlaget.
- Haukelien, H. (2013). *Omsorg og styring. Kjønn, arbeid og makt i velferdskommunen*. [Doktoravhandling]. Universitetet i Bergen.
- HELFO. (2023). *Kontroll i HELFO*. HELFO. Hentet 21. februar 2023 fra <https://www.helfo.no/om-helfo/Kontroll-i-Helfo>
- Helsedirektoratet. (2023). *Nasjonalt kvalitetsindikatorssystem (NKI) – årsrapport 2021*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/nasjonalt-kvalitetsindikatorssystem-nki-arsrapport-2021>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020b). *Handlingsplan for allmennlegetjenesten. Attraktiv, kvalitetssikker og teambasert. 2020-2024*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/handlingsplan-for-allmennlegetjenesten/id2701926/>
- Hjortdahl, P. (2015). Personlig kontinuitet: Det handler om kunnskap, tillit og koordinering! <https://www.nsd.mn.no/wp-content/uploads/2018/02/Kontinuitet20utredning20Per20H.pdf>
- Holton, A. E., Keeney, C., Ryan, B. & Cousins, G. (2020). Prevalence of potentially serious alcohol-medication interactions in older adults in a community pharmacy setting: a cross-sectional study. *BMJ open*, 10(8), e035212. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-035212>
- Holvast, F., Massoudi, B., Oude Voshaar, R. C. & Verhaak, P. F. (2017). Non-pharmacological treatment for depressed older patients in primary care: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 12(9), e0184666. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184666>
- Janbu, T. (2009). Fra presidenten: Fastlegeordningen en suksess – hva nå? *Tidsskriftet den norske legeforening*, 129(20), 253.
- KS/Legeforeningen/Oslo kommune/Helsedirektoratet. (2019). En vurdering av alternative finansieringsmodeller for fastlegeordningen. Rapport fra arbeidsgruppe med deltagere fra KS, Den norske legeforening, Oslo kommune og helsedirektoratet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/37d11c51c35b4379aacb1fcffed5e388/alternative-finansieringsmodeller-for-fastlegeordningen.pdf>
- Kvalbein-Olsen, L. C., Aakhus, E., Haavet, O. & Werner, E. L. (2022). Unrecognized depression among the elderly: a cross-sectional study from norwegian general practice. *BJGP open*. <https://doi.org/10.3399/bjgpopen.2022.0135>
- Lian, O. S. (2007). Når helse blir en vare: Medikalisering og markedsorientering i helsetjenesten (2. utg.). Høyskoleforlaget.
- Madsen, L. (2016). *Translocal Connections of Bioinsecurity: Avian Influenza in Turkey and the Becoming of a Global Threat*. LIT Verlag.
- Marcus, G. E. (1995). Ethnography in/of the World System: The Emergence of Multi-Sited Ethnography. *Annual Review of Anthropology*, 24(1), 95–117. <http://www.jstor.org/stable/2155931>
- Mol, Annemarie (2002). *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*. Duke University Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctv1220nc1>
- Norges Forskningsråd. (2006). *Evaluering av fastlegereformen (2001-2005). Sammenfatning og analyse av evalueringens delprosjekter*. <https://www.forskningsradet.no/siteassets/publikasjoner/1144144503427.pdf>
- Oslin, D. W. (2004). Late-life alcoholism: issues relevant to the geriatric psychiatrist. *The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 12(6), 571-583. <https://doi.org/10.1176/appi.ajgp.12.6.571>
- Pedersen, K., Godager, G., Rognlien, H. D., Tyrihjel, J. B., Værnø, S. G., Iversen, T., Holte, J. H., Abelsen, B., Pahle, A., & Augestad, L. A. (2022). Evaluering av handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020–2024: Evalueringsrapport I. <https://osloeconomics.no/wp-content/uploads/2022/05/HPA-evalueringsrapport-2022.pdf>
- Power, M. (1997). *The audit society. Rituals of verification*. Oxford university press.
- Schiøtz, A. (2017). *Viljen til liv: medisin- og helsehistorie frå antikken til vår tid*. Samlaget.
- Svensson, A. F., Anette. (2021, 11. oktober). Fastlegeordningen må håndteres som den krisen den er. *Dagens medisin*. <https://www.dagensmedisin.no/debatt-og-kronikk/fastlegekrisen-ma-handteres-som-den-krisen-den-er/464288>

Tsing, A. L. (2005). *Friction: An Ethnography of Global Connection*. Princeton University Press.

<https://doi.org/10.2307/j.ctt7s1xk>

Veggeland, N. (2018). «Fastlegeordningen og reformer: Innspill om fast offentlig ansettelse.» *Tidsskrift for velferdsforskning* 21(1): 59-68.