

Mellom barken og veden...

En praxeologisk studie av norske fastlegers
helsevurdering i førerkortsaker

Lena Gjevik Knudsen



Masteroppgave

Masterprogram for helsevitenskap - Studieretning for sykepleievitenskap

Forskningsgruppen Praxeologi

Institutt for global helse og samfunnsmedisin

Det medisinske fakultet

Universitetet i Bergen

Våren 2020

Forord

Denne oppgaven markerer slutten på en flott studietid ved Universitetet i Bergen, og en ydmyk takk går til alle som har vært med meg på veien.

Først vil jeg takke de flotte menneskene som lot seg intervjuer i forbindelse med prosjektet. Dere har delt deres erfaringer og tanker med meg og lot meg få innsikt i deres yrkespraktikk. Uten dere, ingen studie. Tusen takk!

En stor takk til mine to veiledere, førsteamanuensis i pedagogikk Kjersti Lea og professor i sykepleievitenskap Karin Anna Petersen for innføring i det praxeologiske universet, for deres kyndige og faglige veiledning, deres tålmodighet, engasjement og uvurderlige tro på meg. Tusen takk for at dere alltid har vært tilgjengelige, tidlig som sent. Takk for samarbeidet!

Takk til Cato Innerdal, kommuneoverlege i Molde og seniorrådgiver i Helsedirektoratet, som hadde tro på prosjektet mitt og inviterte meg til PMU (Primærmedisinsk uke) for å ta del i trafikkmedisinkurs for allmennleger og la meg rekruttere intervjupersoner. Du var min døråpner!

Takk til min arbeidsgiver, spesielt leder Rikke Mo Veie og faggruppetleder Ståle Lødemel for støtte og tilrettelegging slik at det har vært mulig å kombinere dette prosjektet med arbeid. Og til mine kolleger ved Nord universitet; takk for ubetinget støtte og alt dere har lært meg.

En spesiell takk går også til mine medstudenter som gjorde en krøkkete tilværelse, bokstavelig talt, på krykker til et raust og fint møte med Bergen og masterlivet. Takk for faglige og mindre faglige diskusjoner og opplevelser jeg har hatt sammen med dere – dere har vært utrolig gode å ha!

Mitt arbeid hadde heller ikke blitt noe uten forskningsgruppen i Praxeologi ved UIB, som professor Karin Anna Petersen inviterte meg inn i. Dere har hatt stor betydning for min læring og inspirasjon. Sammen med dere har Bourdieus kronglete teoriunivers blitt til et spennende bekjentskap. Takk for at dere har delt av deres kompetanse og innsikt, lyttet, gitt tilbakemeldinger og gode råd. Dere har gjort studietilværelsen til en god opplevelse.

En spesiell takk går til mine tre hjemme, Peter, Jonas og Isak. Takk for deres tålmodighet og for at dere har synliggjort at det viktigste i livet ligger utenfor masterbobla. Peter: takk for strålende samarbeid! Jonas og Isak: takk for all oppmuntring og glede. Dere er verdens beste heilagjeng! Jeg gleder meg til å få bedre tid til dere igjen!

En stor takk til mine foreldre som har lært meg å jobbe hardt og målbevisst for det jeg ønsker å oppnå i livet. Takk for at dere er positivt innstilt til mine ideer og alltid har trua på meg.

Venner og øvrige familie, tusen takk for støtte, oppmuntring og positive ord underveis. Der vet hvem dere er.

Lena Gjevik Knudsen

Stjørdal, februar 2020

Preface

This assignment marks the end of a great study period at the University of Bergen. I would like to humbly thank to everyone who has supported me during this period.

First of all, I would like to thank each one of the general practitioners who accepted to be interviewed in connection with the project. You have shared your experiences and thoughts with me and allowed me to gain insight into your professional practice. Without you, I would not have been able to go through with this study. Thank you!

My special thanks go to my two supervisors, Kjersti Lea, associate professor in pedagogy and Karin Anna Petersen, professor of nursing science. I am very grateful to them for introducing me to the praxeological universe, for their knowledgeable and professional guidance, their patience, dedication and priceless faith in me. Thank you so much for always being available and for your valuable cooperation!

Thank you to Cato Innerdal, Molde municipal consultant and senior advisor to the Norwegian Directorate of Health, who had faith in my project and invited me to PMU (Primary Medicine Week) to attend traffic medicine courses for general practitioners and let me recruit interviewers there. You helped me a lot by creating these opportunities for me.

Thanks to my employers, especially manager Rikke Mo Veie and study program leader Ståle Lødemel for their support and facilitation that made it possible to combine this project with work. Also I would like to thank to my colleagues at Nord University for their unconditional support and for everything that I learned from them.

A special thank also goes to my fellow master students for the professional and less professional discussions and experiences I have had with you - you have been invaluable!

My work would not have been anything without the research group in Praxeologi at UIB, to which Karin Anna Petersen invited me. The members of the group have had a great impact on my learning process and inspiration. With you, Bourdieu's twisted theory universe has become an exciting acquaintance. Thank you for sharing your expertise and insights, listening to me, for giving feedback and good advice. You have helped me turn the study life into a good experience.

A special thank goes to family, Peter, Jonas and Isak. Thank you for your patience and for showing me that the most important thing in life is beyond the master bubble. Peter: Thank

you for your brilliant cooperation! Jonas and Isak: thank you for all the encouragement and joy. You are the best hello gang/cheerleaders in the world! I look forward to sharing more time with you again!

I am also very grateful to my parents who have taught me to work hard and purposefully for what I want to achieve in life. Thank you for being positive about my ideas and always believing in me.

Friends and other family, thank you for your support, encouragement and positive words along the way. You know who you are.

Lena Gjevik Knudsen

Stjørdal, February 2020

Sammendrag

Masteroppgavens tittel er:

Mellom barken og veden ...

En praxeologisk studie av norske fastlegers helsevurdering i førerkortsaker.

Mitt utgangspunkt er de nye helsekravene til førerkort som trådte i kraft 01.10.2016. Med disse kravene fikk fastlegene ansvaret for å vurdere om pasientene er i helsemessig stand til å kjøre trafikk sikkert ved bruk av legemiddelassistert behandling med benzo-preparater. Fastlegene fikk dermed en todelt rolle i møte med pasientene, de er både behandlere og sakkyndige. Det fikk meg til å undre meg over hvordan håndterer fastlegene det motsigelsesfylte oppdraget de har overfor pasienter som bruker benzo-preparater. Utfordrer denne motsetningen i deres oppgave relasjonen mellom pasient og lege, og hvilke strategier benytter legene i møte med pasientene?

Formålet med oppgaven er å frembringe kunnskap som kan bidra til å forklare og forstå vurderingspraktikken hos fastlegen, og i hvilken grad denne kan bidra til at den enkelte bruker av benzo-preparater får hjelp til å vurdere sin kjøreevne i samsvar med lovverket som legger ansvaret for å gjøre denne vurderingen hos sjåføren. Fastlegen har likevel et ansvar for å følge opp medikamentbruken og vurdere om den er forenlig med bilkjøring hos pasienter som har førerkort, samtidig som de har andre omsorgsoppgaver overfor pasientene.

Undringen rundt temaet har ledet frem til forskningsspørsmålet:

Hvordan håndterer fastlegene det motsigelsesfylte oppdraget de har overfor pasienter som bruker benzo-preparater?

Forskningsspørsmålet sikter seg inn på å beskrive praktikkene med henblikk på å forklare og forstå hvilke subjektive faktorer (disposisjoner og posisjoneringer) ved fastlegenes bakgrunn, fastlegenes sosiale posisjon og objektive faktorer ved deres virksomhet, som faglige retningslinjer og samfunnsstrukturer, som påvirker vurderingspraktikken deres. Studien anvender en praxeologisk optikk og jeg bruker Bourdieus teoretiske begreper habitus, felt, sosialt rom og doxa som analytiske verktøy. Det empiriske jeg analyserer for å kunne besvare forskningsspørsmålet er hentet fra intervju med seks fastleger mellom 35-62 år, samt dokumenter om fastlegeordningen, stortingsmeldinger og lovverk som regulerer bruk av kjøretøy.

I studien kommer det frem at flere faktorer, både subjektive og objektive, kan være medvirkende betingelser for fastlegenes vurderingspraktikk. Det viser seg i intervjuene at legene opplever behandling med benzo-preparater som svært utfordrende både for lege-pasientforholdet og kapasiteten i en travel hverdag, og resultatet blir ofte langvarige foreskrivninger av benzo-preparater. Fastlegefeltets doxa, «pasientsentrert medisin» der pasientene selv er deltagende i egen behandling, fremstår offisielt som ønsket, men i det empiriske materialet er denne typen praksis fraværende. Derimot fremstår den juridiske stemmen, helsekravene i førerkortforskriften, som sterk og strukturerende, og den later til å være styrende for legenes praktikk. Helsekravene i forskriften fremgår som et forhandlingskort der agentene bruker kravene som en motivasjon og regulering av forbruket av benzodiazepiner.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Studiens bakgrunn	1
1.1.1	Trafikksikkerhet og medikamentbruk	1
1.1.2	Posisjonen temaet betraktes fra	3
2	Studiens hensikt og presentasjon av problemstilling	4
3	Forskning av relevans for studien	7
3.1	Tidligere studier med kjøreevne og legemidler som tema	8
3.2	Tidligere studier med bilkjøring og legemidler som tema.....	9
3.3	Tidligere studier av det medisinske feltet i praxeologisk perspektiv	9
3.4	Funn etter systematisk litteratursøk	10
4	Teoretisk forankring	11
4.1	Praxeologi.....	11
4.2	Studiens plassering i et teoretisk og metodologisk rom	12
4.3	Agent	13
4.4	Felt	13
4.5	Symbolsk kapital	15
4.6	Doxa, heterodoxa og ortodoxa.....	17
4.7	Usynlig makt og symbolsk vold	18
4.8	Den praktiske sans	19
4.9	Legenes praktiske sans og yrkeshabitus	20
4.10	Posisjon, posisjoneringer og disposisjoner	21
5	Avklaringer og avgrensninger	23
5.1	Fastlege.....	23
5.2	Lovverket som gir føringer for praksis – Vegtrafikkloven og førerkortforskriften... 24	
5.3	Førerkort og helsekrav	27
5.3.1	Egenerklæring	27

5.3.2	Helseattest	27
5.3.3	Helsevurdering	28
5.3.4	Meldeplikt	28
5.3.5	Muntlig kjøreforbud	28
5.4	Trafikkfarlige legemidler.....	28
5.4.1	Benzodiazepiner	29
5.4.2	Benzodiazepiner til hjelp eller besvær?.....	32
6	Metodologiske overveielser og metodisk fremgangsmåte	34
6.1	Intervju.....	35
6.2	Intervjuguiden.....	37
6.3	Rekruttering av intervjupersoner	37
6.4	Gjennomføring av forskningsintervju	39
6.5	Etiske retningslinjer	39
7	Auto-sosioanalyse	40
7.1	Min sosiale bakgrunn.....	42
7.2	Veien inn i det medisinske feltet	44
7.3	Mine disposisjoner.....	45
8	Utviklingen av helsekrav og vurderingspraksis	46
8.1	Historiens betydning i praxeologisk forskningstradisjon	46
8.2	Styrende maktposisjoner.....	46
8.2.1	Trafikksikkerhetsarbeid i Norge – planverk og fagansvar	46
8.2.2	Ruspåvirket kjøring – (Første, andre og tredje brudd)	47
8.2.3	Nasjonal transportplan.....	48
8.2.4	Nullvisjonen	49
8.2.5	Statens regulering av kjøring ved bruk av benzodiazepiner	50
8.2.6	Førerkortforskriften	51
8.3	Fastlegefagets utvikling i Norge.....	51

8.3.1	Fastlegeordningen	51
8.3.2	Samhandlingsreformen.....	53
8.3.3	Fastlegeforskriften.....	53
8.3.4	Helsepersonelloven	54
9	Analyse.....	55
9.1	Forholdet mellom fastlegens praksis, posisjonering og disposisjoner	56
9.2	Arne	56
9.2.1	Arnes posisjoneringer.....	56
9.2.2	Arne om oppgaven som sakkyndig	57
9.2.3	Relasjonen mellom posisjon, posisjoneringer og kulturell kapital	60
9.2.4	Relasjonen mellom posisjon, posisjoneringer og økonomisk kapital	64
9.2.5	Relasjonen mellom posisjon, posisjoneringer og sosial kapital.....	65
9.3	Erik	65
9.3.1	Eriks posisjoneringer.....	66
9.3.2	Erik om oppgaven som sakkyndig	66
9.3.3	Relasjonen mellom posisjon, posisjoneringer og kulturell kapital	69
9.3.4	Relasjonen mellom posisjon, posisjoneringer og økonomisk kapital	71
9.3.5	Relasjonen mellom posisjon, posisjoneringer og sosial kapital.....	72
9.4	Trine.....	72
9.4.1	Trines posisjoneringer	72
9.4.2	Trine om rollen som sakkyndig.....	73
9.4.3	Relasjonen mellom posisjon, posisjoneringer og kulturell kapital	76
9.4.4	Relasjonen mellom posisjon, posisjonering og økonomisk kapital	80
9.4.5	Relasjonen mellom posisjon, posisjoneringer og sosial kapital.....	80
9.5	Anne.....	81
9.5.1	Annes posisjoneringer	81
9.5.2	Anne om rollen som sakkyndig.....	81

9.5.3	Relasjonen mellom posisjon, posisjoneringer og kulturell kapital	84
9.5.4	Relasjonen mellom posisjon, posisjoneringer og økonomisk kapital	86
9.5.5	Relasjonen mellom posisjon, posisjoneringer og sosial kapital	86
9.6	Hege.....	86
9.6.1	Heges posisjonering	86
9.6.2	Hege om rollen som sakkyndig	87
9.6.3	Relasjonen mellom posisjon, posisjoneringer og kulturell kapital	89
9.6.4	Relasjonen mellom posisjon, posisjonering og økonomisk kapital	92
9.6.5	Relasjoner mellom posisjon, posisjoneringer og sosial kapital.....	92
10	Forholdet mellom fastlegens praksis, posisjonering og disposisjoner	93
10.1	Arne.....	93
10.2	Erik.....	94
10.3	Trine	96
10.4	Anne	97
10.5	Hege	99
10.6	Sammenfatning av relasjonen mellom agentenes disposisjoner, posisjoneringer og praksis	100
11	Forhold i feltet som kan medvirke til vurderingspraksisen til fastlegen i førerkortsaker	103
11.1	Legenes benzodiazepiner	103
11.2	Agentenes opplevelse av å være mellom barken og veden.....	106
11.3	Informasjon og tydelig avklaring om ulike oppgaver er viktig for å skape tillitt og redusere misforståelser	107
11.4	Pasientsentrert medisin	107
11.5	Det faglige fellesskapets betydning	111
11.6	Ulik kompetanse	113
11.7	Ulik organisering av fastlegepraksisen	114
12	Drøfting av analysen	116

12.1	Forhold i juridiske feltet.....	116
12.2	Vurderingspraksis og medisinsk habitus.....	118
13	Avslutning	120
14	Referanser.....	124
	Vedlegg	131

1 Innledning

Denne masteroppgaven har fått tittelen:

Mellom barken og veden ...

En praxeologisk studie av norske fastlegers helsevurdering i førerkortsaker.

Tittelen angir oppgavens tema, kontekst og vitenskapsteoretiske plassering. En overordnet hensikt med studien har vært å se nærmere på fastlegers vurdering av helsekravene i førerkortsaker ved utskrivning og behandling med benzodiazepiner. I tillegg har det vært et mål for meg å gjøre meg kjent med ulike agenter som spiller en rolle for de strukturene man ser på vurderingsfeltet i dag.

Praxeologi som begrep er hentet fra sosiologen Pierre Bourdieu og anses som en vitenskapsteoretisk posisjon der man er opptatt av å studere sosiale praktikker. Bourdieu hører til den franske historisk-epistemologiske tradisjonen, der hverdagens forklaringer utgjør et grunnlag for å forstå og forklare sosiale fenomener, men ikke representerer forklaringen alene (Petersen & Callewaert, 2013, s. 12). Den sosiale verden forstås som historisk og sosialt konstruert, og forskeren må avdekke skjulte objektive strukturer i den for å kunne forklare den (Prieur & Sestoft, 2006). Siden dette er det analytiske perspektivet i denne oppgaven, benytter jeg også Bourdieus begreper som metodologisk og teoretisk verktøy i analysen av det empiriske materialet.

1.1 Studiens bakgrunn

1.1.1 Trafikksikkerhet og medikamentbruk

I Norge legges det betydelig vekt på trafikksikkerhetsarbeid, og i det ligger det blant annet en klar forventning om at alle bilister skal være i tilfredsstillende helsemessig stand. I nasjonal tiltaksplan (NTP)¹ (Samferdselsdepartementet, 2008-2009) står det at alle trafikanter skal være aktsomme og unngå regelbrudd, og Vegtrafikklovens §21 slår fast at:

Ingen må føre eller forsøke å føre kjøretøy når han er i en slik tilstand at han ikke kan anses skikket til å kjøre på trygg måte, hva enten dette har sin årsak i at han er påvirket

¹ NTP, Nasjonal tiltaksplan for trafikksikkerhet på veg 2018–2021 er en fireårig plan for trafikksikkerhetsarbeidet i Norge. Planen er et samarbeid mellom Statens vegvesen, politiet, Helsedirektoratet, Utdanningsdirektoratet, Trygg Trafikk, fylkeskommunene og sju storbykommuner. I tillegg har en rekke øvrige offentlige aktører på nasjonalt nivå og om lag 20 interesseorganisasjoner bidratt til planen.

av alkohol eller annet berusende eller bedøvende middel, eller i at han er syk, svekket, sliten eller trett, eller skyldes andre omstendigheter. (Vegtrafikkloven, 1965)

Det heter videre, i lovens §22 b), at de «som fører motorvogn i stilling eller yrke som medfører befordring av personer eller gods, må i tjenestetiden ikke nyte alkohol eller ta annet berusende eller bedøvende middel i tjenestetiden.» (Vegtrafikkloven, 1965). Forbudet gjelder mens man er i tjeneste og de siste 8 timene før tjenestetiden begynner.

Trafikksikkerhet omfatter blant annet tiltak for å fremme ansvarsfull atferd og forebygge skader og i verste fall død i de ulike trafikantgrupper i befolkningen. Å støtte opp under de tiltak som gjøres på dette feltet er et viktig steg i det forebyggende arbeidet, fastslår Samferdselsdepartementet (Samferdselsdepartementet, 2015-2016)².

Trafikantene har likevel ikke de samme forutsetninger for å være aktsomme og unngå regelbrudd. La meg gi et eksempel: Selv om det å ha tilstrekkelig god nok helse i trafikken er en selvfølge for mange, er det erfaringsmessig likevel mange trafikanter som kjører med en helsetilstand som ikke tilfredsstillende helsekravene (Førerkortforskriften, 2004), og det er mange trafikanter, også førere av motoriserte kjøretøy, som krever legemiddelassistert behandling og oppfølging.

På lik linje med promillegrensen for alkohol, eksisterer det for enkelte andre berusende og bedøvende midler (det vi kaller A-preparater (narkotiske stoffer) og B-preparater (avhengighetsskapende og vanedannende stoffer) faste grenser for hvilke konsentrasjoner som er tillatt å ha i blodet ved føring av kjøretøy. Dette er legemidler som er merket med varseltrekant (rød trekant). Når det gjelder markedsførte (godkjente) legemidler i Norge, gjelder dette for eksempel angstdempende, beroligende og hypnotiske (søvndyssende) legemidler som benzodiazepiner (eksempelvis diazepam (Valium®), Stesolid®) og enkelte sterke smertestillende legemidler som morfin og lignende preparater, samt det sentralstimulerende stoffet metylfenidat.

De faste grensene gjelder imidlertid «ikke hvis legemidlet er inntatt i henhold til gjeldende foreskrivninger fra lege eller tannlege» (Forskrift om påvirkning av andre rusmidler enn alkohol, 2016). Dette betyr at hvis pasienten har fått legemidlet på resept fra lege og har tatt legemidlet i henhold til foreskrivning, kan han, hvis han selv føler seg i stand til det, føre kjøretøy til tross for bruk av legemidler med varseltrekant. For at den enkelte bilfører skal

²Samferdselsdepartementet har det overordnede ansvaret for rammevilkår for postvirksomheten, for luftfarts-, vei- og jernbanesektoren, for riksvegferjene, kystforvaltninga og havne- og sjøtransportpolitikken.

kunne vurdere om han er kjørbar under påvirkning av legemidler kreves det både at han er bevisst hvilke legemidler som kan påvirke kjøreevnen og at han kan vurdere om man er kjørbar (Legemiddelindustrien (LMI), 2002).

1.1.2 Posisjonen temaet betraktes fra

Jeg har i dette masterprosjektet fulgt en praxeologisk tilnærming av forskningsspørsmålet som Pierre Bourdieu omtaler som sin vitenskapsteoretisk metodologiske tilgang til studier av sosiale praktikker for å konstruere en teori om praksis (Bourdieu, Callewaert, Munk, Nørholm & Petersen, 1994: 1-2) og som kan bidra til en evt. senere intervensjon, altså en beskrivelse og analyse av praktikken som utøves og ikke praktisk kunnskap som praktikerer anvender.

Bakgrunnen for valg av tema kommer av min bakgrunn fra sykepleiepraksis fra Barn 2, kirurgisk avdeling ved St Olavs hospital gjennom 7 år og min nåværende stilling som trafikkpedagog ved Nord universitet i Stjørdal. Dette har gitt meg en tilnærming til temaet gjennom to ulike posisjoner: Nå arbeider jeg med den forebyggende delen, tidligere har jeg sett hvilke konsekvenser det å føre kjøretøy uten å tilfredsstillende helsekravene i førerkortforskriften med tanke på benyttelse av legemidler kan få. Ifølge førerkortforskriften §2 er førerkortinnehaver pliktig til å ta kontakt med lege om han på grunn av sin helsemessige stand, hva gjelder sykdom, bruk av midler som gir svekket kjøreevne, eller annen helsesvekkelse har grunn til å tvile på om føring av motorvogn kan skje på trafikksikker måte (Samferdselsdepartementet, 2017). I hvilken grad dette blir gjort og hvilke forutsetninger en fører har for å gjøre denne vurderingen har jeg ikke lyktes å finne eksisterende informasjon om. Ved å se nærmere på fastlegenes vurderingspraktikk kan jeg imidlertid kanskje frembringe ny kunnskap.

2 Studiens hensikt og presentasjon av problemstilling

Jeg ser stadig oppslag i media om økende bruk av legemidler og hvor det hevdes at kjøring i ruspåvirket tilstand representerer en betydelig utfordring for trafikksikkerheten på norske veier (Samferdselsdepartementet, 2018). Samtidig har det etter at de nye helsekravene i førerkortforskriften trådte i kraft 1. oktober 2016 kommet mange reaksjoner i form av kommentarer fra personer med sterke meninger, både bilførere og helsepersonell. Det sies lite om hva som står på spill omkring vurderingspraktikken fastlegene er satt til, noe jeg har valgt å se nærmere på i mitt mastergradsarbeid.

I denne masterstudien forsøker jeg å belyse fastlegers praksis i lys av deres rolle i vurdering av helsekrav til førerkort ved medikamentell behandling med benzo-preparater. Jeg ønsker å belyse både bevisste og sosialt ikke-beviste sider av deres praksis.

Å studere fastlegenes vurderingspraksis er viktig av flere grunner. For det første er det av interesse da det så vidt jeg kan se ikke finnes tidligere studier som har sett på hvordan fastlegefeltet arter seg for agentene i feltet. For det andre har endringene i førerkortforskriften fra 1. oktober 2016 bydd på en radikal omlegging av hele systemet for helsekrav til førerkort som innebærer markante endringer i regelverket, og dermed også i praksis, særlig omkring legemiddelbruk.

Gjennom å studere vurderingspraksis på dette feltet har jeg søkt å beskrive og forklare hva som foregår i denne særegne praksisen for å forstå hvorfor den fremstår som nokså utfordrende for både fastlegene og pasientene. Når studien nå er fullført, har jeg muligheten til å fortelle de som står utenfor feltet om hva som foregår, samt å bidra til å gjøre agentene i vurderingsfeltet oppmerksomme på hvordan historien bak helsekravene har lagt føringer for praksis og de forhold som strukturerer nåtiden, uten at agentene er det bevisst i sitt daglige arbeid.

På bakgrunn av dette og med utgangspunkt i den praxeologiske forskningstradisjonen har jeg kommet frem til følgende forskningsspørsmål:

Hvordan håndterer fastlegene det motsigelsesfylte oppdraget de har overfor pasienter som bruker benzo-preparater?

Følgende spørsmålene jeg har brukt for å svare på det overordnede forskningsspørsmålet er:

- 1) *Hvor kommer det fra at fastlegene håndterer oppgavene som behandler og sakkyndig slik de gjør i vurderingen av helsekrav til førerkort?*

2) *Hvorfor strukturerer vurderingspraktikken til fastlegene seg slik den gjør?*

Det første følgespørsmålet blir behandlet i del 1 (Kap. 8.2) og det andre blir behandlet i del 2 (Kap. 8.3)

Alle tre spørsmålene, forskningsspørsmålet og de to følgespørsmålene, -løftes frem og sees i lys av hverandre i drøftingsdelen (Kap. 12).

I samsvar med det som er vanlig i den bourdieuske tradisjonen vil jeg arbeide med forskningsspørsmålet og følgespørsmålene i to faser. Først vil jeg gi en beskrivelse av hva legene sier de gjør når de gjør en vurdering av helsekrav for førerkort ved legemiddelassistert behandling, deretter vil jeg ved hjelp av Bourdieus verktøy analysere det empiriske materialet med tanke på å konstruere en forklaring på den praksis som beskrives der.

Intensjonen med denne masteravhandlingen er ikke å levere et resultat som skal maksimere praktikernes praktikk. Håpet mitt er at studien kan være et bidrag til å beskrive og forklare de profesjonelles intensjoner og handlinger i et gitt tidsrom, i en gitt fastlegepraksis i det medisinske felt med henblikk på å forstå hvordan fastlegene agerer som de gjør. Alle funn i studien vil derfor bli forstått som tendenser som ikke nødvendigvis kan oversettes til andre lignende praktikker i det medisinske felt.

Funnene i studien kan, om man følger Annick Prieur og Carsten Sestofts argumentasjon (2006), imidlertid stå som en kommentar til verden utenfor. De hevder at sosiale praktikker som studeres kan forstås som speil av det større samfunnet de inngår i. I min studie er den sosiale praktikken allmennlegers håndtering av oppgaven med å gjøre sakkyndige helsevurderinger (med tanke på føring av kjøretøy) pasienter de også er behandlere for, og det større samfunnet er Norge. Selv om utvalget av agenter (allmennleger) er svært begrenset, kan man ifølge Prieur og Sestoft se den studerte praktikken som en kommentar til forhold i det større sosiale feltet, samfunnet Norge, fordi legene som arbeider i de aktuelle praksisene, bærer med seg en kulturell ballast som de har inkorporert gjennom å være en del av det norske samfunnet (Prieur & Sestoft, 2006). I samsvar med tankegangen hos Prieur (1993, s. 25) kan man si at praktikkene som kan observeres i fastlegefeltet er et fortettet uttrykk for en større kultur. Allmennlegene på fastlegefeltet har med seg ulik ballast fra andre sosiale felt og det de representerer sammen på feltet kan si noe om det større sosiale rommet.

Ved hjelp av homologi-begrepet, teorien om at det er homologe (parallelle) logikker mellom ulike felt i et samfunn, ser man på dette med representativitet på en annen måte i den

praxeologiske tradisjonen enn i mange andre samfunnsvitenskapelige tradisjoner. Man tenker på en måte at tenkemåter og praktikker parallellforskyves fra et nivå eller et (sub)felt til et annet. Dermed kan selv en liten studie tjene som «vindu mot verden» og faktisk gi informasjon om mye større sammenhenger enn den studerte.

3 Forskning av relevans for studien

Som utgangspunkt for å studere et felt, bør man skaffe seg et bilde av tidligere forskning og studier på feltet (Forskningsråd, 2000). Dette kan være studier som belyser samme empiri, men ved bruk av annen vitenskapsteori og metodisk tilnærming enn den man selv anvender (Larsen, 2009).

Da jeg skulle orientere meg i forskning av relevans for min studie, valgte jeg å søke tematisk. Jeg har lett etter tidligere studier om kjøreevne hos sjåførere som har fått foreskrevet såkalte b-preparater, egenvurdering og bruk av benzodiazepiner, uavhengig av hvilken teori som var anvendt for å analysere empirien. Jeg har dermed også valgt å se etter tidligere forskning på fastlegers vurderingspraksis av helsekrav for førerkort, uavhengig av skillet mellom teori *for* og teori *om* praksis, et skille jeg forstår som teori som har til hensikt å forandre og forbedre praksis på den ene siden og forskning som har til hensikt å forstå og forklare praksis på den annen. Praxeologisk forskning, som forholder seg reflektivt til det man gjør som praktiker (Petersen, 1995), er forskning av sistnevnte slag.

I dette kapittelet vil jeg redegjøre for hvilke fremgangsmåter som er brukt for å skaffe oversikt over tidligere forskning på kjøreevne og bruk av legemidler, og videre vil jeg gi en presentasjon av relevante funn for å gi en oversikt over hva som allerede eksisterer av kunnskap på området. På den måten vil det samtidig tegnes et bilde av hva som mangler av kunnskap om temaet. I tillegg til å søke på egenhånd har jeg også hatt hjelp av bibliotekar i søkearbeidet for å sikre at søkene er gjort systematisk og korrekt. Da jeg har foretatt søk i både engelske, nordiske og norske databaser har jeg benyttet søkeord på alle de aktuelle språkene. Litteratursøket er gjennomført på dokumentasjon på registrerte legemidler og bilkjøring. Søkene er gjort i to omganger, først tidlig høsten 2018 og på nytt i starten av februar 2019 for å sikre at jeg fikk med de nyeste resultatene. Jeg har gjort søk i anerkjente databaser for helse. Søkeordene jeg har benyttet favner ikke alle kategoriene innenfor temaet, men ved å foreta kombinasjonssøk har jeg fått med det meste av relevant litteratur.

Søkeord:

benzodiazepines (Diazepam), bilkjøring, legemidler (registrerte), kjøreevne, medisiner, egenvurdering, overvåkenhet, helse, Vocational habitus, medic, medicin, pharmacy, «Benzodiazepines OR Driving» og «medic OR medicin OR pharmacy» + MeSH

Søkebasen:

Oria, Pubmed, Cinahl, Medline, Embase, Norart

Senere ble også søkeordene: Pierre Bourdieu, praxeologi og sosiologi inkludert. Likeså ble de utvalgte søkeordene anvendt i ulike kombinasjoner for å se om det gav flere aktuelle funn. Jeg benyttet her kombinasjonssøk med boolske operatører 'og', 'eller', 'ikke'. For å sikre at alle aktuelle artikler ble fanget opp, ble alle databasene systematisk gjennomført med de samme aktuelle søkeordene. På grunn av lite relevante treff på søkeord tilknyttet praxeologisk perspektiv, har jeg benyttet meg av «snowball sampling» hvor man leter i litteraturlister for å finne nye artikler, som igjen har en litteraturliste som er interessant osv.

Inklusjonskriterier som ble satt var at litteraturen skulle være fra de siste 10 år. Siden retningslinjer og dermed praksis har vært endret de siste årene virket det fornuftig å bruke dagsaktuell forskning. Litteraturen er både skandinavisk og/eller engelskspråklig. Kvalitative og/eller kvantitative forskningsdesign er inkludert, samt at den er funnet i anerkjente helsefaglige databaser/nettsteder.

I tillegg til litteratursøk i databaser er det benyttet tidsskrifter, aviser og internettkilder, for eksempel lover og forskrifter, meldinger fra stortinget og diverse relevante nettsider.

I starten av prosessen vurderte jeg å søke utelukkende på tidligere nasjonale studier, eller om internasjonale studier også skulle inkluderes. I søkeprosessen kom det tydelig frem relevante og interessant undersøkelser både nasjonalt og internasjonalt, og i og med at helsekravene er utarbeidet fra et styrende EU-direktiv (Vegvesen, 2016) vil det være naturlig å inkludere studier fra EU området.

3.1 Tidligere studier med kjøreevne og legemidler som tema

Jeg fant ingen tidligere studier som tar for seg forskning om bilkjøring og legemidler som har til hensikt å beskrive, forstå og forklare fastlegens vurderingspraksis i førerkortsaker ved bruk av Bourdieus teori eller i praxeologisk perspektiv. Jeg fant heller ingen studier som ser på fastlegene og helsevurderinger i førerkortsaker i en annen teoretisk optikk eller med bruk av annen metode. Derimot fant jeg en del oversiktsartikler med intervensjonsforskning (teori *for*) som fokuserer blant annet på utfordringer knyttet til legemidlene, deres påvirkning på kjøreevnen, samt risiko for trafikkulykker som jeg har funnet relevant.

3.2 Tidligere studier med bilkjøring og legemidler som tema

Det er forsket lite på egenvurdering av kjøreevne og medikamentbruk i Europa det siste tiåret, særlig om en sammenligner med studier hvor en ser på virkningsmekanismene og bivirkningene ved bruk av benzodiazepiner forbundet med økt risiko for trafikkulykker. Når det gjelder forskning og undersøkelser i direkte forbindelse mellom førerens egenvurdering og reell kjøreevne ved påvirkning av legemidler, er det eksempelvis rapportert fra Nederland at førerens vurdering av egen oppmerksomhet ved kjøring ikke i særlig grad kunne relateres til faktisk kjøreevne (Verster, 2012). I Norge er det gjort studier både i laboratorie- og kjøresimulator som viser at effekten av benzodiazepiner påvirker kjøreevnen (blant annet reaksjonstiden). I tillegg er det gjennomført studier som viser en dobling av risiko for trafikkulykker ved bruk av benzodiazepiner (Hetland A., 2014). En metaanalyse fra 2011, basert på kasus-kontroll- og kohortstudier viste at risikoen for ulykker økte med 60-80 %. Her fant man også en økt risiko for ansvarlighet for trafikkulykker på 40% (Dassanayake, Michie, Carter & Jones, 2011).

Selv om det er gjort en del spredt forskning på effektene ved bruk av medikamenter som påvirker sentralnervesystemet, er det ikke gjort funn i forskning som sier noe om hvilken kunnskap den enkelte bilfører har om sin egen helsetilstand og effekten av inntatte legemidler. Det sies heller ikke noe om hvilken informasjon de har mottatt fra helsepersonell som grunnlag for egenvurderingen den enkelte bilfører gjør av sine kjøreegenskaper og kjøreferdigheter når han eller hun setter seg bak rattet. Det er et tydelig kunnskapsgap når det gjelder hvordan den enkelte fører ved bruk av benzodiazepiner er i stand til å vurdere sin kjøreevne og hvordan kan det ha seg at lovverket legger ansvaret for å gjøre denne vurderingen hos sjåføren?

3.3 Tidligere studier av det medisinske feltet i praxeologisk perspektiv

Studier i den praxeologiske optikk med søkelys på det medisinske feltet har vært til stor nytte. De fleste av disse studiene handler om sykepleierpraktikker, ikke om medisinerpraktikker. Selv om de altså har et annet empirisk fokus enn min studie, men det har vært nyttig å se hvordan den teoretiske forankringen har vært brukt i sammenhenger som er sammenlignbare med den jeg studerer. Dette er studier i hovedsak hentet fra forskningsgruppa praxeologi ved UiB (Universitetet i Bergen, 2020).

Jeg vil i det følgende kort presentere de studiene jeg ser som relevante og som er lagt til grunn.

3.4 Funn etter systematisk litteratursøk

Det har vært utført studier som ser på legemidlers effekt på kjøreevnen. I en studie gjennomgikk 96 friske frivillige, som inntok ulike legemidler med effekt på sentralnervesystemet, en standardisert 100 km kjøretest mens kjøretøyets laterale posisjon i forhold til vegskulderen ble registrert med et kamera. Avviket fra veiskulderen ble målt. Før kjøreturen vurderte førerne sin subjektive oppmerksomhet på en 21-punkt visuell analog skala (VAS) (Malt, 2019). Etter kjøreturen oppga de og hvordan de vurderte egen kjørekvalitet.

I studien fant man at spesielt vurderingen av hvor oppmerksomme førerne anså seg selv som før de startet, ikke i særlig grad kunne relateres til faktisk kjøreevne (Verster, 2012). Studien viser også at denne vurderingen ikke i særlig grad kunne relateres til faktisk kjøreevne (Verster, 2012).

Til tross for klare retningslinjer om vurdering av egen tilstand før man kjører (Vegtrafikkloven, 1965) og kunnskap om inntatte legemidler som kan påvirke kjøreevnen, viser de studier som er gjort (Hetland A., 2014; Verster, 2012) at egenvurderingen som blir utført i liten grad er i samsvar med de helsekravene som stilles i førerkortforskriften. Det antas at de som kjører bil under påvirkning av legemidler er kjent med virkningsmekanismen av midlene, men at vurderingen om helsekravene er oppfylt blir en individuell skjønnsmessig vurdering.

Fastlegen har etter innføring av de nye helsekravene i førerkortforskriften (Førerkortforskriften, 2004) fått ansvar for å vurdere hvorvidt den enkelte pasient ved utskrivning av legemidler som kan påvirke kjøreevnen tilfredsstillende oppfyller kravene. Fastlegen møter mange bilførere med helseutfordringer som krever medikamentell behandling, og har plikt til å gi disse pasientene informasjon og veiledning om hvorvidt og i så fall hvordan behandlingen er forenlig med bilkjøring. Men hvordan håndterer fastlegen denne plikten, og hva vet pasientene egentlig om medisinene de tar og effektene de har eller kan ha på bilkjøring? Jeg har ikke funnet forskning som sier noe om hvilken kunnskap den enkelte bilfører har om sin egen helsetilstand og effekten av inntatte legemidler eller om hvilken informasjon førerne har mottatt fra helsepersonell som grunnlag for den egenvurdering den enkelte bilfører er satt til å gjøre av sine kjøreegenskaper og -ferdigheter når han setter seg bak rattet.

De foreligger heller ikke studier som ser på hvordan denne praksis strukturerer seg for de profesjonelle agentene som utfører vurderingen, det vil si allmennlegene, hverken i Norge eller andre steder. Jeg finner derfor dette interessant å se nærmere på.

4 Teoretisk forankring

4.1 Praxeologi

Praxeologi er definert som empiriske og teoretiske studier av sosiale praktikker; som kan forklares som det den enkelte gjør innenfor en kontekst som vi i dagligtalen kaller praksis. Slike kontekster betegnes i praxeologisk forskning som et *felt*.

Praxeologens hensikt er å beskrive og forklare det relasjonelle som foregår i det sosiale feltet, der agentenes bakgrunn og erfaringer anses som betydningsfulle for å kunne konstruere frem en teori om deres praktikk. Ambisjonen er en kunnskap om sosiale praktikker, ikke først og fremst handlingsanvisninger for praksis, men grunnlag for refleksjon over sosiale praktikker (K. A. Petersen, Callewaert, S., 2013).

Bourdieu, den praxeologiske tenkningens far, anser vitenskapelig sosiologisk tenkning som en forklaring av studier av sosiale praksiser hvor vi både har en subjektiv og objektiv side og som alltid må sees i sammenheng med sin kontekst innenfor for et felt.

Praxeologiske studier søker å beskrive og forklare med henblikk på at forstå hverdagslige problemstillinger på en kritisk-analytisk måte. Dette forutsetter at forskeren tar det mennesker gjør, oppfatter og mener på dypt alvor, samtidig som forskeren ved bruk av teoretiske og metodologiske verktøy, skaper distanse til og objektiviserer det som undersøkes (Universitetet i Bergen, «praxeologi»). Derfor må både den subjektive og den objektive dimensjonen ved den praktikken man studerer objektiviseres gjennom det Bourdieu kaller et dobbelt brudd.

Forskeren må både bryte med sunn fornuft gjennom å studere den gitte praktikkens oppkomst og historiske utvikling og ved å objektivere sitt eget forhold til objektet (Prieur & Sestoft, 2006). Det vil si at en praksis aldri kan forklares på stedet der den utøves og det som kommer frem som resultat av observasjon er aldri det endelige resultatet, men derimot det som skal studeres og analyseres. Gjennom å utforske dette resultatet som en gåte, ved bruk av delvis strukturerte spørsmål, kan det være mulig å utvikle en teori om den sosiale praksisen man studerer.

Verden er ikke noe objektiv gitt, men en har også en subjektiv side, samt den enkeltes livsbaner (Nørholm, 2008, s. 110). For å kunne generere kunnskap må vi foreta to epistemologiske brudd, et objektiviserende brudd som avdekker objektive sosiale strukturer og fremstiller de eksplisitt som sosiale mulighetsbetingelser. Samt et subjektivistisk brudd som innebærer å fremheve og inkludere agenten, uten å fremme livsverdenens erfaringer som sanne. Til slutt skal de objektive sosiale strukturene og den kompetente agenten forenes i

likevekt. Bruddet blir dobbelt når Bourdieu sier at forskeren må bryte med egen primær oppfattelse og objektivitet og betrakte seg selv med samme refleksivitet (Prieur & Sestoft, 2006) (Bourdieu & Wacquant, 1996) dvs. at man benytter de samme verktøy på seg selv som forsker, som på det man utforsker.

4.2 Studiens plassering i et teoretisk og metodologisk rom

Masteravhandlingen er forankret i forskergruppen Praxeologi ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin ved Universitetet i Bergen. Praxeologi som vitenskap og Pierre Bourdieus teorier og begrepssett har følgelig formet måten jeg har arbeidet med det valgte temaet og forskningsspørsmålet på.

Det er krevende å bruke Bourdieus kompliserte teoretiske byggverk på eget forskningsmateriale. Den praxeologiske arbeidsmåten krever kompleksitet for at man kan kategorisere et prosjekt som empirisk teoretisk forskning.

Bourdieu selv mente at et kritisk refleksivt blikk ikke kan oppnås alene gjennom et kvalitativt intervju *sui generis*, men at dialogen mellom to agenter må sees som en del av en større kontekst. Hvis vi gjør empirisk forskning og ikke orienterer oss teoretisk, famler vi etter dette synet i blinde. Dvs. at intervjuet betraktes som data som må beskrives og analyseres før man kan konstruere en teori om saken som står på spill.

Med dette som bakteppe, har jeg gjennom samtaler undersøkt den enkelte fastleges sosiale historie i relasjon til yrkeshistorien, samt gjort en studie av andre samfunnsagenter som er med på å påvirke de strukturene som viser seg i feltene (Petersen, Glasdam & Lorentzen, 2007). I kapittel 6 er det gjort utfyllende rede for metodologien som studien er fundert i.

For å ha mulighet til å generere kunnskap om fastlegenes vurderingspraksis i førerkortsaker er kunnskap om feltet fastlegene arbeider i av betydning (Petersen et al., 2007). Et felt er en del av de objektive strukturene som omgir individet; en avgrenset arena i samfunnet hvor individets posisjon, og dermed påvirkning, er basert på ens mengde «gangbare valuta», eller kapital, som Bourdieu kaller det, innen akkurat det feltet. Hvert felt har en feltspesifikk logikk og en herskende doxa, dvs. en allmenn mening om hva saken gjelder nettopp her; denne logikken kjempes det om. Noen oppfatninger er dominante og definerer feltet. Det viser seg for eksempel i intervjuene jeg gjorde med deltakerne i denne studien at oppfatningen om at leger primært er behandlere, ikke kontrollører på statens vegne, er en dominerende oppfatning på fastlegefeltet.

Denne studiens felt er det medisinske, som omgir rammene rundt fastlegen. Fastlegene er en del av fastlegeordningen i kommunene og jobber vanligvis på legekantor enten som kommunalt ansatt eller privatpraktiserende med kommunalt driftstilskudd (Sundby, 2018), i en spesialisert del i det medisinske feltet kalt allmennmedisin. Med den hensikt å skulle frembringe ny kunnskap om fastlegenes vurderingspraksis i førerkortsaker ved legemiddelassistert behandling er det videre i oppgaven fokus på de deler av feltet som påvirker fastlegen, selv om det medisinske feltet og helsevurderinger i førerkortsaker er langt mer omfattende enn det som presenteres her.

4.3 Agent

Begrepet agent er sentralt i Bourdieus teoriunivers. Bourdieu bruker begrepet som et analytisk begrep for å betegne enkeltpersoner. Når det i praxeologisk sammenheng er tale om agent og ikke person, markerer man nettopp ved å bryte med hverdagsspråket at man er på et analytisk nivå og forsøker å objektivere det umiddelbart observerte. Ifølge Bourdieu er en sosial agent en som samhandler innenfor sosiale felt gjennom sin habitus (inkludert disposisjon og kulturell kapital - verdier, tro, smak osv.). Agenten har en spesiell sosial posisjon i feltet, og agentens posisjon står alltid i en dynamisk relasjon til andre agenter både på og utenfor feltet (Reed-Danahay, 2005).

Jeg omtaler deltakerne i studien Mellom barken og veden ... gjennomgående som agenter, i tråd med praxeologisk tenkning, selv om jeg også omtaler dem som deltakere, leger, allmennleger, fastleger og spesialister i allmennmedisin.

4.4 Felt

Sammen med habitusbegrepet er feltbegrepet Bourdieus mest kjente begrep. I følge Bourdieu er et felt: «Et nettverk av objektive relasjoner mellom posisjoner» (Prieur & Sestoft, 2006). Et felt er konstruert på en slik måte at agentene eller gruppene fordeler seg ut fra hvor stor økonomisk, kulturell og sosial kapital de har. Bourdieu er særlig kjent for sine studier av det kulturelle og det litterære felt, men han har også undersøkt oppkomsten av andre felt i det franske samfunn: filosofi, vitenskap, juss, religion og politikk (Prieur & Sestoft, 2006).

Å delta i et felt innebærer at man gjennom sin posisjon handler meningsfullt i forhold til feltets struktur. Det vil si at feltet er relativt autonomt, med sin egen logikk og handlingsnormer. Det blir som et sosialt mikrokosmos der sosiale praksiser utøves, og agentene på feltet må inneha et visst minimum av feltspesifikke kapitalformer som definerer området for å kunne delta i feltets praktikker (Prieur & Sestoft, 2006).

Felles for alle felt er deres likhet som sosiale strukturer av posisjoner som defineres av en kapitalform. Det som skiller feltene fra hverandre er det som forgår på feltet, med sin spesielle praksis som utføres (Prieur & Sestoft, 2006). Hvis vi ser på det medisinske feltet, er det posisjonen lege med ansvar for diagnostisering og behandling og denne posisjonens særegne kapitaltyper (for eksempel, stille diagnoser, skrive ut resepter), som disponerer til at legene kan innta den posisjonen i feltet som de gjør. Det medisinske feltet differensierer seg fra andre felt med sin relative autonomi og egenlogikk hva angår helse og sykdom.

Hvert felt har sine egne felles interesser, eller sin egen *illusio*, som Bourdieu kaller det, med sine egne regler, som agentene anerkjenner og aksepterer ved å delta i spillet (Bourdieu & Waquant, 2009, s. 101-103). *Illusio* betegner den (underforstått) enighet blant feltets agenter om at praksisen som utøves på feltet er så viktig at den er verdt å kjempe for, og som gir dem en felles drivkraft for å spille spillet. På feltet for vurdering av helsekrav til førerkort, kan man si at *illusio* er en felles forståelse av at det er viktig å gjøre god og forsvarlig helsevurdering i førerkortsaker ved legemiddelassistert behandling. Her kan det være uenighet om hva som betegnes som forsvarlig, og hvordan behandlingen best skal gjennomføres (Prieur & Sestoft, 2006, 165-166)

I denne masteravhandlingen ser jeg på vurderingspraktikken til fastlegene i førerkortsaker som er en del av allmennlegefeltet. Deltakerne i allmennlegefeltet er alle agentene som er involvert i vurderingspraksisen i førerkortsaker. Det er i hovedsak fastlegene som er satt til å gjøre vurderingen, men også pasienten som får behandling med benzodiazepiner, samt den norske stat som har lagt føringene for vurderingsfeltet for førerkort gjennom vegtrafikkloven, førerkortforskriften og deres retningslinjer for agentene på feltet. Deltakerne på vurderingsfeltet for førerkort består derfor av ulike agenter som med sine ulike ressurser inntar ulike posisjoner, og som derfor har ulike oppgaver..

Et felt tilbyr agentene som befinner seg der et rom av muligheter for å delta i spillet som utspiller seg på feltet. Agentene kjemper om posisjoner og innflytelse ved å akkumulere den spesifikke kapitalen som har verdi på angjeldende felt, det vil si den kapitalen som anerkjennes og gjenkjennes av agentene på feltet. Desto større kapital en agent besitter, desto bedre kan han hevde seg i de maktkampene om hva som er den rette praksis (*doxa*) på et felt som ifølge Bourdieu stadig kjempes på ethvert sosialt felt.

Kampen står om hva som er gjeldende betingelser på feltet. Bourdieu kaller disse betingelsene feltets *doxa* og hevder at *doxa* fremstår som feltets indiskutable premisser (se kapittel 4.). Den

stadige konkurranse i feltet skaper mobilitet og forandringer, der de ulike agentene og strukturene i feltet påvirker hverandre. Når en skal foreta en feltanalyse er det ifølge Bourdieu vesentlig å redegjøre for feltets strategier over tid. Det er nødvendig å avdekke både strukturene som strukturerer disse strategiene, feltets historie og nåtidige strukturer for å få hele bildet og for at man skal kunne forstå hva som styrer og har ført frem til den strukturen vi har i dag (Wilken, 2008, s. 40-43; Prieur & Sestoft, 2006, s. 164- 171).

4.5 Symbolsk kapital

For å forstå Bourdieu sitt samfunnssyn og hans forståelse av hvordan sosialt liv utspiller seg er det nødvendig å forstå hva han legger i begrepet kapital. Bourdieu beskriver begrepet kapital som ressursene og mulighetene agentene på et felt konkurrerer om. Ifølge Bourdieu gir kapitalen agenter makt fordi den kan brukes til å oppnå fordeler, og dette skaper grunnlaget for makt og dominans ettersom kapitalen er ulikt fordelt (Bourdieu, 1995). Det er feltet spesifikke kapital og praksis som er ressursen. Det er kamper om ulik kapital på de ulike feltene. Kampene handler om ulike ting, og de foregår på ulike premisser.

Objektivt sett er et sosialt system en hierarkisk struktur av ulike sosiale posisjoner, som er relasjonelle, og basert på kapitalmengde (Aakvaag, 2008) der kapitaler som gir tilgang til makt innenfor dette systemet har større verdi enn kapitalformer som kun gir prestisje, anerkjennelse og makt i ett enkelt felt eller subfelt (Hammerslev, Hansen & Willig, 2009).

Bourdieu hevder at det finnes fire overordnede kapitalformer som kan bidra til makt på et sosialt felt: kulturell, økonomisk, sosial og symbolsk kapital (Prieur & Sestoft, 2006). Om man for eksempel ser på fastlegepraksisen kan man si at medisinsk kunnskap kan veksles inn i økonomisk kapital. Legen tar seg betalt for å utføre en vurdering av helsekravene i førerkortsaker, samt at det kan være en samfunnsøkonomisk gevinst ved at det gjøres riktige vurderinger. Derfor er samfunnet også villig til å verdsette den medisinske kunnskapen høyt.

Mengden kapital en agent har vil i stor grad avgjøre agentens innflytelse og påvirkningsmulighet, men kapitalen vil ikke automatisk ha samme verdi på et annet felt. En kapitalform vil imidlertid kunne «veksles» ved at man kan bruke en form for kapital til å oppnå en annen (Wilken, 2008).

En agent kan ha flere ulike sosiale posisjoner og besitte en sammensetning av generelle kapitaltyper. En lege kan ha mye kulturell kapital i kraft av å ha en prestisjefyllt utdanning, men kan likevel ha lite sosial kapital, for eksempel på treningsfeltet. Eller, for å ta et annet eksempel, en kan være politisk aktiv og slik opparbeide mye både kulturell og sosial kapital,

men likevel ha lite økonomisk kapital. Tillit til legen er en kapital for pasienten, og for så vidt virker det også motsatt, der legen får anerkjennelse for at pasienten føler seg ivaretatt, vil legens symbolske kapital vokse.

Bourdieu har gjennom empiriske undersøkelser vist hvordan for eksempel estetiske preferanser dannes gjennom klassetilhørighet og sosial plassering. Han peker på hvordan smakskriterier som oppfattes som universelle for en sosial gruppe, kan fremstå som fremmede for en annen (Bourdieu, 1995).

Symbolsk kapital er et samlebegrep for all kapital og det mest grunnleggende begrep i Bourdieus sosiologi. Hva som anses som symbolsk kapital bestemmes av de sosiale felt agenten tilhører. At kapitalen kalles symbolsk, henger sammen med at verdien av kapitalen er relativ – ikke all kapital tillegges like stor verdi på alle felter. Dersom det man kan og vet tillegges stor verdi, har man større symbolsk kapital enn om man befinner seg på et annet felt, der det man kan og vet ikke tillegges særlig stor verdi. Samtidig eksisterer symbolsk kapital i menneskers kropp i form av disposisjoner og måten disse, sammen med agentens posisjon og posisjoneringer, kommer til uttrykk i det som analytisk kan konstrueres frem som agentens habitus. På samme måte kan ikke habitus forstås uavhengig av det sosiale feltet og den symbolske kapitalen ettersom habitus er betinget av de sosiale felt agenten beveger seg innenfor, som derfor vil være avgjørende for hva slags symbolsk kapital agenten forvalter.

Det avgjørende for hva som anses som verdifullt på et felt er i hvilken grad kapital kan skape forskjeller eller omsettes til anerkjennelse og prestisje i en sosial kontekst. Symbolsk kapital er ikke bare noe man skaffer seg. For eksempel kan sosial kapital til en viss grad arves eller erverves gjennom anerkjente familienavn eller medlemskap i en forening. Sosial kapital kan åpne dører som hverken penger eller utdanning alene kan åpne, selv om den som besitter den kan underkjenne eller benekte at det forholder seg slik (Hammerslev et al., 2009), og det er dét som i det hverdagslige tillegges styrke og betydning som avgjør den symbolske verdi.

På fastlegefeltet vil man kunne oppnå en symbolsk kapital ved å ha høy utdanning som gir medisinsk kunnskap om diagnoser og medikamenter og myndighet til å fatte lovregulerte vedtak. Dette er en særegen kapital som utkrystalliserer seg som verdifull innenfor både det medisinske feltet og det man kanskje kan kalle et overordnet helsefelt der vi alle er agenter som aktuelle eller potensielle pasienter.

4.6 Doxa, heterodoxa og ortodoxa

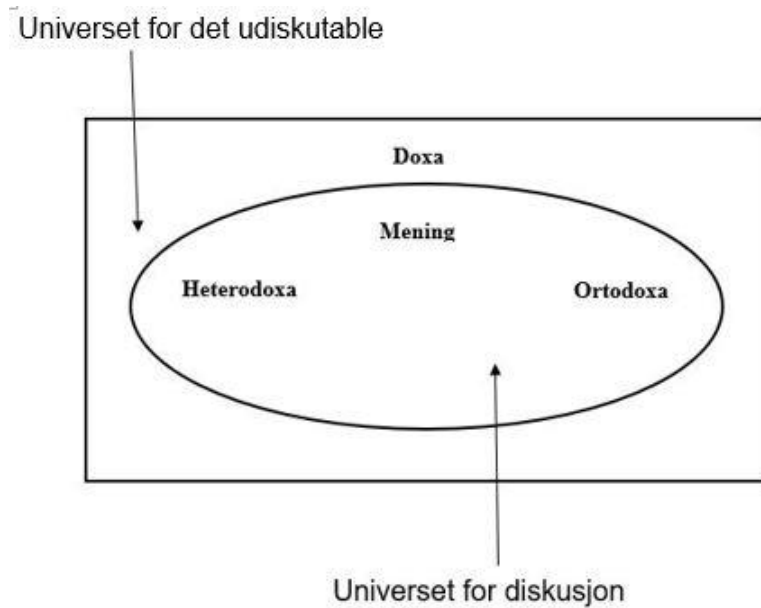
Alle felt er definert ut fra noen grunnleggende regler som spillerne i feltet må akseptere. Disse reglene omtales av Bourdieu som doxa. Doxa er det som gjør kampene på feltet meningsfull. Doxa kan forstås som forestillinger om rett og urett, normalt og unormalt, kvalifisert og ikke kvalifisert innad i feltet. Disse atferdsreglene er før-refleksive og til dels kroppsliggjorte (Järvinen, 2005). Med doxa menes at det innad i feltet finnes noen udiskutable premisser som gjelder, men det betyr ikke at andre felt ikke kan diskutere dem (Wilken, 2008). Det er for eksempel sannsynlig at man som fastlege på et legesenter fremmer feltets syn på god medisinsk behandling, med riktige medisiner, god tid og pleie. Dette er forutsetninger man må anerkjenne for å kunne delta i feltet. En alternativ behandler vil muligens stille spørsmål til doxa på fastlegefeltet fordi han er deltaker innenfor et annet felt. Men den alternative behandleren vil ha begrenset symbolsk anerkjennelse innen det medisinske feltet fordi hans doxa er en annen.

At det finnes en doxa på et felt betyr ikke at agentene ikke utkjemper kamper om posisjoner, men at der hersker en enighet om at feltets praksis er så viktig at den er verdt å være uenig om og det ikke settes spørsmål ved spillereglene (Prieur & Sestoft, 2006). Doxa er med på å bestemme feltets grunnleggende regler, men doxa kan utfordres gjennom diskusjoner og konflikter fra deltakerne. Bourdieu bruker begrepene heterodoxa og ortodoxa for å forklare dette forholdet.

Doxa er den «riktige» (allment aksepterte) oppfatning eller praktikk. Den fremstår som «naturlig» og selvsagt så lenge den bare får virke i praksis og ikke gjøres eksplisitt. Men deltakere på feltet kan ha kritisk eller avvikende mening og uttrykke denne ved å tale, skrive eller handle på en måte som ikke slutter seg til den herskende doxa (heterodoxa). Når noen på denne måten lar være å slutte seg til den feltmessige orden er det sannsynlig at personer med makt og styrke i feltet tar til motmæle og forfekter den eksisterende doxa og bliver orthodoxa dvs. går tilbake til de 'opprinnelige' meninger om saken (Petersen, 1989). *Figur 1.*

I boken *Outline of a Theory of Practice* (1977, s.168) illustrerer Bourdieu doxas påvirkning på et felt som vist i figuren nedenfor.

Figur 1. Doxa i feltet



4.7 Usynlig makt og symbolsk vold

Bourdieu var opptatt av utdanningssystemet - ikke av hvordan vi utdanner, men hva utdanning er og gjør. Han hevder at sosiale dominansrelasjoner reproduseres gjennom ervervelse av kunnskap og kompetanse i utdanning, og at den generelle aksepten for ulikheter derigjennom skapes og vedlikeholdes.

Bourdieu legger ikke til grunn at dominerende klasser bevisst undertrykker de dominerte klasser, og bevisst hindrer dem i sosial mobilitet, men han bruker studiene av utdanningssystemet til å vise hvordan ulikheter og skjevfordeling gir ulike muligheter i et sosialt system (Bourdieu & Wacquant, 1996; Wilken, 2008), og at det gjelder også for systemer og ordninger som fremstilles som «like for alle». Utdanningssystemet er et slikt system. Gjennom utdanningssystemet er det angivelig mulig å tilegne seg kapital og sosial status for alle klasser. Men Bourdieu har vist at systemet har en innebygget skjevhet. Vi vet at et barn som vokser opp i en familie med liten oppfølging og støtte til skolearbeid fra voksne, ikke vil ha de samme forutsetningene for å klare seg godt på skolen som et barn som vokser opp med voksne som er velutdannet, samarbeider godt med skolen, støtter barnet og følger opp skolearbeidet. Skolebarn vil ha ulike forutsetninger, betinget av de rammer og sosiale ulikehetsfaktorer (kultur) de vokser opp med. Bourdieu forklarer dette med de underliggende strukturene som regulerer den sosiale orden (Priour & Sestoft, 2006).

Ved siden av symbolsk kapital er symbolsk makt et sentralt omgrep i Bourdieus teoretiske univers. Relasjoner der denne formen for makt er den dominerende, har Bourdieu ofte omtalt som symbolske voldsrelasjoner. Det er ikke snakk om fysisk vold, men en slags strukturell vold, innebygget i relasjoner og strukturer. Slike relasjoner er tufta på størrelser som tillit, plikt, ære, prestisje, anerkjennning og renommé, og de er kjennetegnet av at den dominerte selv bidrar til dominansen gjennom ikke å kunne gjøre annet enn å gi sin tilslutning til de prinsippene, klassifikasjonsskjemaene og vurderingskriteriene som favoriserer den dominante i relasjonen.

Det er nærliggende å vise til pasient-lege relasjonen som et klassisk eksempel på en symbolsk voldsrelasjon. I de fleste tilfeller vil pasienten ikke kunne annet enn å gi sin tilslutning til de persepsjonskategoriene eller kunnskapsredskapene som utøveren av den symbolske makta, legen, kan tilby, og som den underordna, pasienten selv, vanskelig kan stille spørsmål ved. I bourdieusk forstand vil lege-pasient-forholdet derfor per definisjon være et maktforhold, der legen er i dominant posisjon og pasienten i dominert posisjon.

4.8 Den praktiske sans

Hvordan bestemmer den enkelte person seg for å handle på en bestemt måte? Bourdieu fant i sine empirisk-teoretiske studier at agents praksis veiledes av «den praktiske sans». Den praktiske sans er den måten vi forholder oss til praktikken på, og den er regulert av de objektive strukturene rundt oss, uten at vi er bevisst om det. I en pasient-lege situasjon finnes det ikke noe entydig svar på hva som generelt vil være riktig å gjøre. En lege må treffe sine avgjørelser på grunnlag av alle relevante forhold i saken og utøve situasjonsbetinget skjønn. Han må altså bruke sin praktiske sans (Wilken, 2008).

Den praktiske sans kan forstås som en kroppslig kunnskap eller sunn fornuft, som viser seg i agentenes praksis. Det er sosialt ikke-bevisst kunnskap som ligger i oss og er innlært med bakgrunn i vår livshistorie, som har utfoldet seg i en bestemt kontekst, og denne sansen bidrar til å forme hvordan vi forstår våre handlingsmuligheter og meninger. Sansen har blitt formet sosialt gjennom årenes løp, og man kan si at agents handlinger og valg på nåtidsplanet slik sett også rommer deres historie (Bourdieu & Wacquant, 1996, s. 106-107). Det som avgjør hva legen oppfatter som riktig praksis blir i stor grad formet gjennom legestudiet, både i form av teoretisk og praktisk kunnskap. Men det dukker opp situasjoner hvor spørsmål om hva som er den riktige avgjørelsen melder seg, hvor legen må reflektere over hva som vil være best å gjøre. For eksempel sier Erik 35 år: «Jeg tenker sånn generelt altså, at det er jo

ikke noen eksakt vitenskap, det er jo, jeg er sikkert i tvil hver dag om det jeg har gjort.» Denne måten å resonnerer på stemmer med det Henrik Wulff skriver i boken *Rationel klinik*, kap.1 om hvordan man fatter fornuftige beslutninger i praktisk klinisk arbeid (Wulff, 1987).

Her vil teoretisk og praktisk kunnskap ikke være nok. Legen trenger også dømmekraft for å omsette kunnskapen til vurderinger og behandling som kommer pasienten til gode.

Dømmekraften er langt på vei en situasjonsbetinget kunnskap som ikke er medfødt, men som utvikles gjennom omfattende og variert erfaring. Som Aristoteles skrev: «Det gode jeg må lære før jeg kan gjøre det, det lærer jeg ved at jeg gjør det». Det er dømmekraften som gir oss en fingerspissfornemmelse for det vi kan godt, og som setter oss i stand til å ta gode avgjørelser i enkeltsituasjoner (Hjørleifsson & Lea, 2017). Og hva vi vurderer som godt, vil etter Bourdieus syn ikke bare være bestemt av «skolelærdom», men også av en rekke sosiale og historiske forhold som vi bare delvis er oss bevisste.

4.9 Legenes praktiske sans og yrkeshabitus

I boka *Medical Education and Sociology of Medical Habitus: «It's not about the Stethoscope!»* bruker Haida Luke Bourdieus sosiologiske rammeverk, og habitusbegrepet er særlig sentralt i hennes analyse. Hun legger frem Bourdieus habitusteori rekonseptualisert og bruker den for å studere medisinske praktikker.

Ved hjelp av intervjuer i to omganger med 12 måneders mellomrom og videoanalyse fra medisinsk og kirurgisk praksis har Luke undersøkt nyutdannede legers faglige og profesjonelle utvikling. Hun konstruerer frem innholdskomponentene i det hun kaller en medisinsk habitus som hun finner at nyutdannede leger utvikler i løpet av de to første årene etter at de er ferdige på medisinstudiet. Denne forståelsen av habitus er i samsvar med Simon Sinclairs forståelse av begrepet i boka *Making Doctors* (1997).

Tom Rice skriver, med referanse til Bourdieus *The Logic of Practice* (1990), at habitus

could be regarded as a subjective but non-individual system of internalised structures, common schemes of perception, conception and action' (p. 60). Habitus is the realization and reproduction of a particular set of 'dispositions', attitudes that determine the practical and ideological approach which a group, and the individuals within that group, take towards reality (p. 54). (Rice, 2010)

Jeg bruker habitusbegrepet i overensstemmelse med den forståelsen som her er skissert.

Videre i oppgaven vil habitusbegrepet være knyttet til agentenes virke som profesjonsutøvere,

til deres yrke og yrkesutøvelse, og vekselvis bli omtalt som «medisinernes yrkeshabitus» og «medisinsk habitus» (jf. Luke, 2003, s.126). Jeg bruker disse begrepene synonymt.

Prosessen med faglig utvikling er avgjørende for å forstå hvordan endring skjer gjennom legenes mange nivåer og sammensatte erfaringer, slik Luke ser det. Hun mener at det er: «Through their practice and junior doctor experiences they develop further the existing habitus and begin to transform it into a medical habitus» (Luke, 2003, s. 126). Det som analytisk kan konstrueres frem som en slik medisinsk habitus er altså bl.a. et resultat av at nyutdannede leger gjennom sine praksiserfaringer har «lært å spille spillet». De har knekket noen adferdskoder og tilpasset seg strukturene i det medisinske feltet og har dermed lært å handle formåltjenelig. Den medisinske habitus utvikles ved at de spesifikke disposisjoner tilpasses den sosiale konteksten og bidrar i utformingen av en bestemt type medisinsk fagperson (Luke, 2003, s. 126). Ved å konstruere frem feltet agentene befinner seg på, samt agentenes posisjon, disposisjoner og posisjoneringer, kan vi analysere frem legenes yrkeshabitus.

Luke mener at vekten av den medisinske kulturen og de strukturerende sosiale praktikker som utvikles gjennom institusjonell og medisinsk praksis og adferdskoder er gjensidig forsterkende i konstruksjonen og utformingen av en bestemt type medisinsk fagperson. De praktikker «den praktiske sans» frembringer gjennom profesjonelle og personlige erfaringer og sosial dynamikk på arbeidsplassen og som forskeren kan konstruere frem som en habitus, har særlig innflytelse på hvordan legene utvikler profesjonalitet og hvordan de blir i stand til å møte ulike og uforutsette situasjoner (Callewaert, 2019, s.3).

4.10 Posisjon, posisjoneringer og disposisjoner

Et felt rommer alltid flere posisjoner, og alle mennesker har disposisjoner som gjør at vi posisjoneres oss som vi gjør i de posisjonene vi har. I den praxeologiske forskningstradisjonen studerer man hvordan det kan ha seg at de ulike sosiale feltene har den hierarkiske fordeling av posisjonene som de har, og hvilke posisjoner agentene tar i feltet. Ifølge Bourdieu bør en sosial posisjon forstås som noe man er en del av og som er underkastet et felts virkemåte (*effet de champ*). Bourdieu ser på samfunnet som et system av relasjoner mellom posisjoner innenfor ulike felt. Det er dette systemet han konstruerer frem og kaller for sosialt rom. Individene vil innta en posisjon der mulighetene i stor grad er forhåndsbestemt av relasjonene til andre posisjoner. Det vil alltid eksistere ulikheter mellom agentene i form av å inneha ulike ressurser; kulturelt, sosialt og økonomisk.

Habitus er både et teoretisk begrep og et analytisk verktøy, som fanger inn at menneskers samlede erfaringer lagres som taus, kroppsliggjort kunnskap over tid. Kunnskapen kommer til uttrykk i menneskers disposisjoner, som kan forklares som tilbøyeligheter, som genererer deres sosiale praktikker, holdninger og meninger (Callewaert, 1992, s. 23; Engström, 2012, s. 48).

5 Avklaringer og avgrensninger

For å gi en oversikt over hvordan vurderingspraksisen ved medikamentell behandling for førerkort klasse B (Førerkortgruppe 1 ifølge Førerkortforskriften) i praksis fungerer i Norge i dag, vil jeg i dette kapittelet gi en kort innføring i lovverket, retningslinjer for praksis og kunnskap om agentene som utøver denne praksisen. I denne studien sees det utelukkende på legemiddelassistert behandling med benzodiazepiner. Jeg omtaler dem vekselvis som benzodiazepiner, benzoer, benzo-preparater, legemidler, medisiner og medikamenter. Benzodiazepiner er B-preparater³ med sederende virkning, noen mer enn andre, og de har stor påvirkning på kjøreevnen. Eksempler er sovemedisiner og angstdempende medisiner.

Grunnen til at jeg har valgt å ta for meg benzodiazepiner i dette prosjektet er at dette er viktige og gode medisiner for en stor, men ikke ensartet pasientgruppe. Det er stor fare for tilvenning. Hvilke typer benzoer og hvilke doser som er lov å innta før vi setter oss bak rattet er tydelig regulert i førerkortforskriften. Benzodiazepiner kan gi en uheldig ruseffekt, noe som gjør dem attraktive på det illegale markedet. Dette prosjektet vil imidlertid ikke berøre illegal bruk av benzodiazepiner. Jeg ser bare på praktikken for legal medikamentell behandling med benzodiazepiner.

5.1 Fastlege

Å være fastlege er et yrke, allmennmedisin er deres fag. Derfor blir fastlegene også omtalt som allmennleger. Fastleger er en mangfoldig yrkesgruppe, med variasjon i alder, erfaring og bakgrunn. Felles for alle er at de er underlagt fastlegeordningen som trådte i kraft 1. juni 2001 for å sikre at alle innbyggere i kommunene får nødvendig helsehjelp og en fast lege å forholde seg til. De inngår i en ordning med ansvar for allmennlegeoppgaver innen somatikk, psykisk helse og rus for innbyggerne på listen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). Deres praksis er tuftet på en visjon om «Kontinuerlig-Omfattende-Personlig-Forpliktende», det såkalte «KOPF-idealet» for god allmennpraksis og hvor samtalen med pasienten er det viktigste diagnostiske hjelpemiddel, der symptomer og tegn skal tolkes og settes inn i en sammenheng (Sundby, 2018).

³ B-preparatene er de såkalt vanedannende medisinene, hvorav benzodiazepinene utgjør den største gruppen. I praksis handler det om innsovningsmedisiner, angstdempende medisiner og smertestillende medisiner, gjerne i opiatgruppen. Felles for dem er at de påvirker sentralnervesystemet og kan gi en uheldig ruseffekt John, N. (2016). "Når pasienten vil ha B-preparater.", lastet ned 01.09, 2019 fra <https://beta.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-forening-for-allmennmedisin/Kurs-og-kvalitetsarbeid/legkunst-i-praksis/nar-pasienten-vil-ha-b-preparater/>.

For å ivareta denne krevende oppgaven kreves det at fastlegene har tid. Fastlegen har flere og til dels motsetningsfylte oppgaver og etter Ethiske regler for leger, kapittel 1 §2 (Legeforeningen, 2015) kan han/hun være både behandler, sakkyndig og forvalter av velferdsgoder. I samme paragraf står det at legen skal ivareta den enkelte pasients interesse og integritet. Oppgaven som sakkyndig skiller seg vesentlig fra oppgaven som behandler. Når legene skriver erklæringer og attester av ulike slag, er de sakkyndige og arbeider ut fra et mandat og et konkret oppdrag. Som sakkyndig for helsevurderinger i førerkortsaker må leger innrette seg etter den lovgivningen som regulerer oppgaven og kun informasjon som er innhentet i forbindelse med dette oppdraget kan utleveres til oppdragsgiver. Ved utstedelse av helseattest gir legen en sakkyndig uttalelse til vegmyndighetene om at helsekravene er oppfylt, noe som er vesensforskjellig fra å være behandler.

Om legen er behandler eller sakkyndig har betydning for hvordan hun opptrer og for behandling av sensitiv informasjon. Utydelighet og misforståelser om hvilken rolle man inntar kan gi grobunn for misnøye og ubehagelige situasjoner. På bakgrunn av dette ble det i 2016 vedtatt en endring i etiske regler for leger, hvor det fremgår at det må skilles tydelig mellom oppgaven som behandler og oppgaven som sakkyndig, og at legen skal gi nødvendig og tilpasset informasjon om sin oppgave og formålet med kontakten (Skipenes, 2018).

5.2 Lovverket som gir føringer for praksis – Vegtrafikkloven og førerkortforskriften
Formålet med helsekravene er begrunnet i behovet for å sikre at personer som får eller har rett til å føre motorvogn har en helsetilstand som gjør at de kan gjøre dette på en trygg måte. De enkelte helsekrav er fastsatt etter vurdering av forholdet mellom helsetilstand og trafiksikkerhet, og i dialog med sentrale fagmyndigheter og fagmiljøer på de enkelte felt. Bestemmelsene er nødvendige for å oppnå formålet om trafiksikker føring av motorvogn, blant annet fordi de setter en grense som både den enkelte fører, helsepersonell og myndigheter kan forholde seg til i vurderingen av om helsen er tilstrekkelig for trafiksikker kjøring (Statens Vegvesen, 2014).

Helsekravene er et supplement til den enkeltes plikt til selv å vurdere egen skikkethet til å kjøre, jf. vegtrafikkloven § 21 første ledd (Vegtrafikkloven, 1965). Norge er for øvrig pålagt å implementere minstekravene i EUs førerkortdirektiv, og de nye helsekravene som tidligere kun fremgikk av veileder. Helsedirektoratet ser at bestemmelser om helsekrav ved førerrett kan innebære en indirekte forskjellsbehandling etter diskriminerings- og tilgjengelighetsloven § 5, andre ledd. Helsedirektoratet vurderer at forskjellsbehandlingen er lovlig, jf.

diskriminerings- og tilgjengelighetsloven § 6, så lenge de favner sitt formål (Barne og likestillingsdepartementet, 2013).

Forskrift om førerkort angir dagens helsekrav for førerkort i klasse A/B (små kjøretøy) og klasse C/D (store kjøretøy). Helt generelt heter det at man ikke skal føre kjøretøy når man på grunn av sykdom, annen helsesvekkelse eller bruk av medikamenter ikke kan føre kjøretøyet på en trygg måte. Hvis du er i tvil om du kan kjøre trygt på grunn av helseproblemer eller medisinbruk, har du plikt til å oppsøke lege. Hvis en lege, psykolog eller optiker mener at helsekravene til å ha førerkort ikke er oppfylt, skal han eller hun melde fra om dette til Fylkesmannen dersom helsekravene ikke vil være oppfylt innen seks måneder. Fylkesmannen informerer politiet dersom førerkortet bør tilbakekalles helt eller delvis. Politiet har også myndighet til å gi tilbake førerretten. Ifølge pasientrettighetsloven §2-3 kan sjåføren om han skulle være uenig i legens vurdering be om en ny vurdering hos en annen lege. Er denne legen tilknyttet fastlegeordningen skal han sende kopi av journalnotatet til sjåførens fastlege. Blir lege i privat regime (dvs. utenfor fastlegeordningen) benyttet er det imidlertid ikke krav om at kopi av journalnotatet sendes pasientens fastlege (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999).

Veilederen for førerkortsaker angir mer detaljert hvilke legemidler som er problematiske ved bilkjøring (se tabell 1).

Tabellen nedenfor gir oversikt over maks tillatte doser for de vanedannende legemidlene som, under en del forutsetninger, er tillatt ved føring av motorvogn. I tillegg listes benzodiazepiner som tidligere var tillatt, men som ikke lenger ansees forenlig med kjøring. Med de nye kravene vil det være svært begrenset mulighet for å få innvilget dispensasjon ved høyt forbruk av vanedannende medikamenter.

Tabell 1. Oversikt over maks tillatte doser for vanedannende legemidler som, under en del forutsetninger, er tillatt ved føring av motorvogn

Legemiddelgruppe	Legemiddel (t1/2)	Dose som vanligvis oppfyller helsekravene for gruppe 1	Dose som vanligvis oppfyller helsekravene for gruppe 2 og 3	Tid fra inntak til kjøring
Benzodiazepiner og benzodiazepin-lignende legemidler	Diazepam (20-50 t)	≤ 10 mg/døgn	0	Ingen minimumskrav. Kjøring er forbudt dersom bruk gir helsesvekkelse med økt sikkerhetsrisiko i trafikken (f.eks. søvnighet)
	Oksazepam (10-15 t)	≤ 30 mg/døgn	0	Ingen minimumskrav. Kjøring er forbudt dersom bruk gir helsesvekkelse med økt sikkerhetsrisiko i trafikken (f.eks. søvnighet)
	Alprazolam (12 t)	0	0	Kjøring ikke tillatt
	Klonazepam (30-40 t)	0	0	Kjøring ikke tillatt
	Nitrazepam (21-28 t)	≤ 10 mg/døgn	≤ 10 mg/døgn. Sporadisk bruk max 5 døgn pr mnd	8 t
	Zopiklon (4-6 t)	≤ 7,5 mg/døgn	≤ 7,5 mg/døgn. Sporadisk bruk max 5 døgn pr mnd	8 t
	Zolpidem (0,8-4 t)	≤ 10 mg/døgn	≤ 10 mg/døgn. Sporadisk bruk max 5 døgn pr mnd	8 t
Opioider (alle)	Enkelt-/ekstradose	Skal være anbefalt av lege	Skal være anbefalt av lege	8 t (16 t v/langtidsvirkende)
	Fast ≤ 7 døgn	0	0	Kjøring ikke tillatt
	Fast > 7 døgn	≤ 300 mg morfin-ekvivalenter	0	Se tekst om opioider under
Antihistamin som sedativum	Alimemazin (5 t)	≤ 30 mg/døgn	0	8 t
	Prometazin (13 t)	≤ 25 mg/døgn	0	8 t
	Hydroksyzin (15-25 t)	≤ 30 mg/døgn	0	8 t

For alle legemidlene opplistet over som brukes fast, gjelder det at man skal ha oppnådd «stabil legemiddelbehandling». Dette innebærer at legemiddeldose og doseringsintervall har vært uendret i minst 7 døgn og at søker følger legens anbefaling om legemiddelbehandlingen for å kunne kjøre. En som jevnlig bruker samme dose av et bestemt legemiddel, vil etter en tid utvikle toleranse. Da er ulykkesrisikoen mindre enn hvis et legemiddel brukes bare sporadisk.

I mange tilfeller blir vurderingen av om helsekravene er oppfylt ved bruk av legemidler som kan påvirke kjøreevnen en skjønnsmessig vurdering. For eksempel henger grad av påvirkning sammen med vekt, alder, sykdom og omfang av legemiddelbehandling. For øvrig vil det for eksempel for sterke smertestillende (opioider som morfin) skje en toleranseutvikling (tilvenning) ved lang tids bruk, men ved behandlingsstart og ved hver doseøkning, vil det gå minst to uker før førerretten er oppfylt. For andre legemidler, som trisykliske antidepressiva⁴, bør man unnlate å kjøre bil til man vet hvordan man reagerer på legemidlet. Ved kombinasjon av flere trafikkfarlige legemidler er faren for påvirkning høy, og førerkortforskriftens helsekrav er ikke oppfylt (Helsedirektoratet, 2015).

I fastlegens rolle av å vurdere om en pasient fyller helsekravene til førerrett, er det rettsreglene i førerkortforskriften, vedlegg 1 som skal anvendes.

5.3 Førerkort og helsekrav

5.3.1 Egenerklæring

Alle som skal fornye eller søke om førerkort må fylle ut en egenerklæring om helse på trafikkstasjonen. Egenerklæringen skal bekrefte at du er frisk nok til å kjøre. Dersom en fører av motorvogn er i tvil om kjøring kan skje på trafikksikker måte, plikter han å avstå fra å kjøre og kontakte lege for legeundersøkelse før videre kjøring finner sted. For førerkortgruppe 1 er det tilstrekkelig med egenerklæring om helse når man ikke har spesielle helsesvekkelser. Hvis man har en sykdom eller tilstand som kan virke inn på kjøreevnen, må man i tillegg få helseattest fra lege.

5.3.2 Helseattest

En helseattest er helseerklæring utfylt av lege på standardisert skjema fastsatt av Helsedirektoratet og som inkluderer egenerklæring om helse. Der vurdering av

⁴ Trisykliske antidepressiver (TCA), er en gruppe legemidler som først og fremst brukes mot depresjoner og andre psykiske lidelser.

synsfunksjoner må gjøres av optiker eller øyelege leveres egen Helseattest førerrett – SYN (Helsedirektoratet, 2017).

5.3.3 Helsevurdering

Helsevurdering vil i denne sammenheng si en vurdering av om førerkortforskriftens helsekrav er oppfylt og inkluderer risikovurdering. Legen skal ved all legemiddelbehandling vurdere behandlingen opp imot kravene i førerkortforskriftens vedlegg 1 – Helsekrav (Samferdselsdepartementet, 2017). Den generelle bestemmelsen om legemiddelbehandling og helsekrav til førerkort framgår av § 35. For noen legemidler/legemiddelgrupper er det i en tabell i § 36 gitt mer spesifikke krav. Disse skal ses i sammenheng med hovedregelen i § 35. Ved bruk av to eller flere legemidler skal legemiddelbehandlingen vurderes i samsvar med reglene i § 37.

5.3.4 Meldeplikt

Dersom optiker, lege eller psykolog vurderer det slik at helsesvekkelsen gjør at pasienten ikke kan føre motorvogn på trafikksikker måte og denne helsesvekkelsen vil vare mer enn seks måneder, skal samme optiker, lege eller psykolog sende melding til fylkesmannen om at fylkesmannen skal vurdere å be politiet inndra førerkortet. Den som er ansvarlig for vurderingen skal samtidig gi skriftlig advarsel mot å føre motorvogn med notat i journalen om sin vurdering.

5.3.5 Muntlig kjøreforbud

Der optiker, lege eller psykolog finner at helsekravene for trafikksikker kjøring ved tiltak kan gjøre at helsekravene er oppfylt før det er gått seks måneder, skal optiker, lege eller psykolog advare førerkortinnehaver mot føring av motorvogn inntil det er forsvarlig å føre motorvogn. Slik advarsel bør også fortrinnsvis skje skriftlig og med journalnotat om vurderingen (Helsedirektoratet, 2016b). Dette er en oppfølging av meldepliktbestemmelsen i helsepersonellovens § 34.

Det er gitt en egen meldepliktforskrift med detaljerte regler om når og hvordan det skal meldes at innehaver av førerkort ikke lenger tilfredsstillende helsekravene (Helsedirektoratet, 2016a).

5.4 Trafikkfarlige legemidler

Med trafikkfarlige legemidler menes i dette prosjektet legemidler som kan påvirke evnen til å føre kjøretøy og som er merket med varseltrekant. Blant disse legemidlene finner vi legemidlene i gruppen benzodiazepiner (angstdempende og sovemedisiner) og

benzodiazepinlignende legemidler (sovemedisiner) (Felleskatalogen, 2010).

Varseltrekantmerkingen av legemidler er veiledende, og det er mange legemidler som kan påvirke kjøreevnen som ikke er merket med varseltrekant (Helsedirektoratet, 2017).

Legemidlers effekter på kjøreevnen kan skyldes påvirkning på blant annet syn, kognitiv funksjon og psykomotorikk (Hetland A., 2014).

Det er godt dokumentert at risikoen for trafikkulykker øker ved bruk av benzodiazepiner (Dassanayake et al., 2011; Leung, 2011) og at risikoen øker ved økende doser (Hetland A., 2014). Dokumentasjonen er motstridende når det gjelder benzodiazepinlignende midler, z-hypnotika (Hetland A., 2014), men i en oversiktsartikkel fra 2013 hevdes det at bruk av zopiklon og høye doser zolpidem kan påvirke kjøreferdighetene (Gunja, 2013).

Sjåførere som bruker noen typer vanedannende legemidler, for eksempel beroligende midler i gruppen benzodiazepiner i store doser eller fast bruk flere ganger daglig, må enten slutte, trappe ned til lavere dose eller gå over til et annet legemiddel hvis de fortsatt skal kunne kjøre bil.

5.4.1 Benzodiazepiner

Benzodiazepiner er angstdempende, beroligende og søvnfremkallende midler, og har også antiepileptiske egenskaper. Disse virker ved å øke effekten av den hemmende neurotransmitteren gamma-aminosmørsyre i hjernen. Hemmingen gjør at det blir vanskeligere for nervecellene å formidle nervesignaler. Ved angst, søvnløshet og epilepsi vil bruk av benzodiazepiner ha henholdsvis angstdempende, søvnfremkallende og antiepileptisk effekt. I tillegg reduseres muskeltonus og legemidlene kan medføre hukommelsestap for opplevelser som er gjennomgått under påvirkning av legemidlene. Benzodiazepiner forårsaker sløvhet, forvirring, svekket koordinasjon og har betydelig effekt på kjøreevnen. I kombinasjon med alkohol, økes disse effektene. Ved vedvarende bruk av benzodiazepiner utvikles det toleranse, som betyr at man gradvis må øke dosene for å opprettholde effekten. Langvarig bruk fører ofte til at du ikke føler deg påvirket, men studier viser at egenskapene som er viktige ved bilkjøring likevel er tydelig svekket.

Legemidlene zopiklon (Imovan) og zolpidem (Stilnoct) er såkalte benzodiazepinlignende legemidler (kalles også z-hypnotika) som brukes som sovemedisiner. Disse har trolig tilsvarende virkningsmekanisme som benzodiazepiner, men en annen kjemisk oppbygning, og i mindre grad (spesielt zolpidem) angstdempende effekt (Rang, 2015).

Hetland et al. peker til studier som har vist at 48% økt risiko for trafikkulykker ved bruk av z-hypnotika. Risikoen har trolig sammenheng med dose, og kan ha sammenheng med hvor vidt pasienten tidligere har brukt legemidlet (Hetland A., 2014). Disse legemidlene har langt kortere halveringstid⁵ enn mange av benzodiazepinene (se tabell 2), hvilket skulle tilsi at risikoen for hangover er mindre. Halveringstiden øker med alder. Residualeffekten (Hangover) opptrer sjelden 12-16 timer etter inntak for zopiklon 7,5 mg og 8-12 timer etter inntak av 10 mg zolpidem. Det er enda uklart om det utvikles toleranse for effektene av z-hypnotika, men det er rapportert om avhengighet, og legemidlene har misbrukspotensialet.

⁵ Halveringstiden er den tiden det tar før konsentrasjonen av et legemiddel i blod er halvert (Roar Dyrkorn, Spesialist i allmenmedisin og klinisk farmakologi, St Olavs hospital).

Tabell 2. Farmakologiske egenskaper til benzodiazepiner og benzodiazepinlignende medikamenter som ble solgt i Norge i 2017

Generiske navn (Salgsnavn i Norge)	Terminal eliminasjons- halveringstid	ATC-kode	DDD ⁶	Salg i DDD Norge i 2017
Diazepam (Stesolid, Valium, Vival)	12-60 t C)	N05BA01	5 mg	2 603 884 116
Oxazepam (Alopam, Sobril)	5-12 t	N05BA04	10 mg	8 835 401
Nitrazepam (Apodorm, Mogadon)	25-55 t	N05CD02	5 mg	4 259 872
Zopiklon (Imovane, Zopiclone, Zopiklon, Zopitin)	9-16 t	N05CF01	5 mg	45 957 516
Zolpidem (Stilnoct, Zolpidem)	0,8-4 t	N05CF02	5 mg	10 776 646

Helsekrav er oppfylt ved bruk av:

- Zopiklon inntil 7,5 mg /døgn
- Zolpidem inntil 10 mg/døgn eller
- Nitrazepam inntil 10 mg /døgn

dersom legemiddelet er inntatt minimum 8 timer før kjøring.

Dette er data hentet ut fra reseptregisteret som er en database som inneholder kun legemidler som er utlevert etter resept. I reseptregisteret registreres alle som henter legemidler på resept i Norge. Kjøp av reseptfrie legemidler på apotek eller i dagligvarehandel er ikke med i reseptregisteret. Legemiddelbruk i institusjon (sykehus/sykehjem) er ikke inkludert. Brukere defineres som personer som har hentet ut minst én resept i perioden.

⁶DDD (Definert døgndose) - Måleenheten DDD er definert som den antatt gjennomsnittlige døgndose ved preparatets hovedbruksområde (indikasjon) hos voksne. Det er viktig å være klar over at den dosen legen forskriver, i mange tilfeller avviker fra DDD som kun må betraktes som en teknisk måleenhet.

5.4.2 Benzodiazepiner til hjelp eller besvær?

Jørgen Bramness er leder for senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF) ved Universitetet i Oslo og han har forsket mye på rusmidler. Bramness mener at benzodiazepiner og z-hypnotika sannsynligvis er blant de legemidler fastlegen har det mest ambivalente forhold til. Han mener at mange fastleger opplever krav og forventninger fra pasientene og egen tvil om berettigelsen av forskrivningen. Som alltid må leger veie fordeler mot ulemper ved foreskrivning av medikamenter. Rett bruk av rett medisin er viktig for både samfunnet og den enkelte pasient. De foreskrivninger en fastlege gjør får ofte følger for befolkningen i lang tid og det er av stor betydning at legene har et reflektert forhold til sin foreskrivning og hvilken informasjon de gir til sine pasienter.

Som alle andre medisiner har også benzodiazepiner og z-hypnotika bivirkninger. De viktigste er psykomotoriske og kognitive effekter, toleranseutvikling, avhengighet og ruseffekt i høyere doser. De psykomotoriske bivirkningene gjør at man blir dårligere til å kjøre bil (Bramness, Skurtveit & Morland, 2002), noe som reflekteres i førerkortforskriften. I følge Bramness vil også bieffekter av preparatene øke med alderen (Foredrag PMU, 23. okt. 2018). Medisinene vil også i noen grad gi en økt tendens til fall og bruddskader hos eldre. I tillegg kompliseres bruken av ruseffekter ved høyere doser, og ved jevnlig bruk vil man alltid utvikle en toleranse for virkningene av benzodiazepiner og z-hypnotika. Ved inntak daglig eller flere ganger daglig over noen uker vil man etter hvert ha like mye angst eller søvnproblemer med legemidlene som man ville hatt uten. Ifølge kommunelegen i Molde, Cato Innerdal, beholder benzodiazepiner de objektive bivirkningene, men mister de subjektive (Foredrag, PMU, 22.okt. 2018).

Virkingen som pasientene opplever i begynnelsen av behandlingen, kan oppleves så positiv at de får stor tro på legemidlenes virkning også etter at virkingen sannsynligvis er borte. Via læringsmekanismer vil lindring av angst og søvnplager oppleves av pasienten som en belønning. Forverring av plagene ved seponering⁷ kan i motsetning oppleves som straff. Dette kan bidra til vedvarende bruk av benzodiazepiner og at frykten for avrusning/seponering opprettholdes. For personer med angst kan positive erfaringer med

⁷ Seponering er å avslutte en behandling, for eksempel et medikament (Vennerød, A. M., 2018). "Seponering». Lastet ned 21.09, 2018, fra <https://sml.snl.no/seponere>.

benzodiazepiner representere trygghet, og forankre seg som en ubevisst ide om hjelpeløshet og avhengighet⁸ for å fungere.

Benzodiazepiner og z-hypnotika brukt sammen med alkohol er en utfordring. Alkohol og benzodiazepiner forsterker hverandres dempende virkning og vil være en enda større risiko for dem som bruker begge deler. Alkoholforbruket i Norge har de siste par tiår økt betraktelig, spesielt for aldersgruppen 50 år og oppover. Dette er den aldersgruppen som også har høyest forbruk av benzodiazepiner og z-hypnotika (Bramness & Sexton, 2011).

⁸ Hva er legemiddelmisbruk? Hvis du tar medisin for å oppnå en rusvirkning eller for å få problemene på avstand, er det misbruk av medisin. De vanligste formene for legemiddelmisbruk er misbruk av morfinpreparater og benzodiazepiner. Du er avhengig når du har en uttalt trang til stoffene, når de inntar en vesentlig plass i din hverdag, eller når du får ubehagelige abstinenssymptomer når du forsøker å slutte

6 Metodologiske overveielser og metodisk fremgangsmåte

I dette kapitlet presenteres og utdypes de anvendte metoder og fremgangsmåter for oppgaven.

Studien har etter praxeologisk metode innhentet data av relevans for å besvare forskningsspørsmålene:

Hvordan håndterer fastlegene det motsigelsesfylte oppdraget de har overfor pasienter som bruker benzo-preparater?

Følgespørsmålene jeg har brukt for å svare på det overordnede forskningsspørsmålet er:

Hvor kommer det fra at fastlegene håndterer oppgavene som behandler og sakkyndig slik de gjør i vurderingen av helsekrav til førerkort?

Hvorfor strukturerer vurderingspraktikken til fastlegene seg slik den gjør?

Problemstillingen og hva jeg søker informasjon om, har vært retningsgivende for valg av metodisk tilnærming.

Studien har etter praxeologisk metode to sett data:

1) intervju med agentene på feltet

Dette er subjektive data som beskriver de intervjuede allmennlegenes (agentenes) erfaringer med vurdering av helsekrav, slik de selv opplever dem.

2) dokumenter og litteratur om den norske fastlegeordningen, helsekravene i førerkortforskriften og legemiddelbehandling med benzodiazepiner.

Dette er objektive data om feltet og det sosiale rom, dvs. data om de objektive strukturene.

Bourdieu anser forskningsintervju som en spesialvariant av hverdagskommunikasjon, der målet er den rene kunnskap, det vil si kunnskap som synliggjør materialiteten. Materialiteten er det folk gjør og det folk sier de gjør, slik dette fremstår gjennom den enkeltes beskrivelse, gjennom konstruksjonen av den sosiale kontekst som omslutter informantene, og gjennom forskningslitteraturen. Det er gjennom konstruksjonsarbeidet vi når frem til en forklaring, som er forskningens resultat i en bourdieusk optikk.

Objektet som studeres i denne avhandlingen er fastlegers vurdering av helsekrav i førerkortsaker. Prosjektet tar mål av seg til å gi et innblikk i praktikken slik den for tiden utfolder seg, samt å forklare utviklingen av den gjennom å belyse lovverkets, forskrifters og retningslinjers oppkomst og historie.

Hvis forskeren nøyer seg med å fokusere på forklaringen på resultatet, vil hun kunne overse viktige momenter som styrer de handlingene som fører til resultatet (Bourdieu, 1977). For ikke å risikere noe slikt, har jeg gått omhyggelig gjennom historiske dokumenter og lovtekster for å få en oversikt over relevante kilder til å skrive frem førerkortforskriftens helsekrav. Jeg bestemte meg for å starte historiseringen ved år 1959. Grunnen til at grensen ble trukket akkurat da er at det allerede i 1959 ble innført et lovforbud mot å føre motorvogn under påvirkning av «annet berusende eller bedøvende middel enn alkohol».

6.1 Intervju

I kvalitative praxeologiske studier, arbeider man ofte med intervjuer, og gjerne med livshistoriske intervjuer. Ifølge Petersen et al. er målet med et livshistorieintervju å avdekke agentenes habituelle disposisjoner (kapitaler) og deres holdninger, meninger og handlinger (posisjoneringer) for å konstruere habitus (Petersen et al., 2007). Livshistorieintervjuer gjennomføres oftest i form av semistrukturerte intervjuer. Semistrukturerte intervju er en systematisk forskningsmetode hvor bestemte temaer sirkles inn ved hjelp av en intervjuguide. Metoden gir en privilegert mulighet til å beskrive og forstå subjektivitet slik den fremstår og erfares av den enkelte (Kvale 2015).

Intervjuet omtales som en varsom spørre- og lyttetilnærming der målet er å frembringe grundig utprøvd kunnskap. Informantenes subjektivitet blir synlig i intervjuet gjennom hvordan de velger å beskrive og vektlegge sentrale temaer, og forskeren søker å forstå betydningen av det som beskrives (Kvale & Brinkmann, 2015).

Bourdieu fremhever at de objektive strukturene er inkorporert i agentene (Bourdieu et al., 1999). Det betyr at beskrivelser man får i et intervju er noe mer enn en subjektiv beskrivelse. Sett i et praxeologisk perspektiv er det vesentlig for forståelsen at man også tar med i beregningen at beskrivelsene kommer fra en bestemt posisjon (f.eks. dominant/dominert) og formuleres på grunnlag av den enkeltes agents bestemte posisjoneringer, bestemt bl.a. av agentens disposisjoner. Det er derfor avgjørende for forskeren å få tak i agentenes kulturelle, sosiale og økonomiske kapital, hvilken posisjon dette gir vedkommende, i dette tilfellet innen det medisinske feltet, og hvordan disposisjonene innvirker på agentene, i dette tilfelle

fastlegens, posisjonering. Med posisjonering forstår jeg det fastlegen sier og gjør og hvordan situasjoner erfares og håndteres, på bakgrunn av posisjon og disposisjoner.

Semistrukturerte intervjuer gjør det mulig å utforske meningsinnholdet som ligger til grunn for deltakernes sosiale praktikker, slik de oppleves og erfares for de involverte selv. Forskeren gjør siden dette meningsinnholdet til gjenstand for bearbeiding og analyse. En viktig forutsetning for å få tak i meningsinnholdet er å legge til rette for oppfølgingsspørsmål av typen «Kan du forklare mer om det?» og «Hvordan opplevde du det?». Slike oppfølgingsspørsmål kan også fungere som en «kommunikativ validering» der intervjueren får avklart om hun har forstått deltakerne riktig, mener Kvale og Brinkmann (Kvale & Brinkmann, 2015). Slik kan informantene komme med bekreftelse eller korrigeringer av intervjuerens forståelse. Oppfølgingsspørsmålene gir dessuten muligheter for å følge opp kunnskap som i utgangspunktet var ukjent for forskeren. I likhet med Bourdieu mener Kvale at forskeren til syvende og sist er den som sitter med fortolkningsmonopolet (Glasdam, 2005). Men i motsetning til Kvale mener Bourdieu at mennesket nettopp ikke kan gjennomskue sin egen praktikk, da det er mer som står på spill enn det enkelte menneske er i stand til å gjennomskue eller reflektere seg frem til.

Semistrukturerte intervjuer har vist seg å være egnet til å utforske områder hvor det finnes lite eller ingen tidligere forskning og hvor formålet er å få innsikt og dybdekunnskap om et emne (Jacobsen, 2015).

En måte å få innsikt i fastlegens praksis på er å snakke med legene. Ettersom jeg ønsker å finne ut mest mulig om fastlegens egen opplevelse av vurderingssamtaler, er målet å oppnå en kontakt som muliggjør en så naturlig samtale som mulig, slik at informantene kan komme med informasjon som er vesentlig for min studie (Bourdieu et al., 1999; Ågotnes, Lea & Petersen, 2019). Det handler om å få den som intervjues til å levere relevant informasjon, og om å få vite noe nytt eller bekrefte/avkrefte noe du er usikker på.

Intervjudata kan si noe om erfaringer, motiver og holdninger som det ikke er mulig å få fram i en observasjons studie. Det er naturlig at oppgaven krever en viss forståelse og fortolkning av de svarene informantene gir. Det er da nærliggende å tolke materialet ut fra egen forforståelse. Jeg jobber ved Nord Universitet, trafikkfag, og er preget av et fagmiljø der man er opptatt av forebyggende trafikksikkerhetsarbeid. Dette må jeg være oppmerksom på. Det er vanskelig å «hoppe ut av» egen virkelighetsoppfatning og være så objektiv som overhodet mulig. For å få til å «hoppe ut» og se på sine egne erfaringer og forståelse av virkeligheten må en studere

dette med det samme blikket som en ser på informasjonen fra agentene i analysen. Ved å utforme spørsmålene mine med tanke på min forforståelse har jeg forsøkt å unngå å lete etter informasjon som støtter opp under min egen forforståelse.

6.2 Intervjuguiden

Hovedspørsmålene i et praxeologisk intervju skal avdekke agents forståelse av egne erfaringer og opplevelser av praktikken. For å få tak i agentenes opplevelser, må det nødvendigvis stilles åpne spørsmål, ikke lukkede, spørrende/undersøkende og ikke forklarende, og man må ha fokus på holdning, meninger og oppfatning, og ikke på objektive årsaker eller konsekvenser.

Dybdeintervjuene i denne studien var semistrukturerte og hadde samme røde tråd i form av en intervjuguide utformet i samarbeid med veilederne. Intervjuguiden ble utformet med mål om å fungere både som en sjekklister og for å holde noe struktur under intervjuet, samtidig som den skulle gi rom for at informantene kunne trekke inn poeng eller eksempler de synes var vesentlig (Seale, 2004). Intervjuguiden er inndelt i tre hovedtematikker: Vurderingspraktikk, utdanning og erfaring (som allmennlege), samt de nye helsekravene i førerkortforskriften. Det var også viktig å avklare intensjonene med intervjuet og prosjektet ovenfor deltakerne: at jeg var ute etter deres erfaringer og meninger, at ingen svar var mer rett enn andre, og at det ikke var intensjon å hverken vurdere praksis eller deres mening.

Jeg har i intervjuguiden primært fokusert på den kulturelle kapital, men i selve intervjuet fikk jeg også informasjon om den økonomiske og sosiale kapital.

6.3 Rekruttering av intervjupersoner

I utvelgelsen av deltakere er det viktig at agentene deltar på frivillig basis, gjerne melder seg frivillig, at de har muntlige fremstillingsevner og at de har noe å si om temaet (Creswell, 2007; Van Manen, 1990). Det er essensielt at deltakerne faktisk har erfaring fra praktikken som undersøkes og er i stand til å uttale seg om den (Creswell, 2007). I tillegg til dette så hadde jeg et ønske om spredning i alder og geografisk variasjon fordi jeg da kunne få beskrivelser fra leger med ulike erfaring med helsekrav for førerkort.

Jeg presenterte mitt masterprosjekt ved UiB, studieretning for sykepleievitenskap i forskningsgruppa praxeologi. Jeg tok deretter kontakt per telefon med legekantor og legesenter i Trøndelag og Møre og Romsdal, med tanke på geografisk nærhet i forhold til gjennomføring av intervju. Jeg fikk positiv respons i forhold til å sende ytterligere informasjon om studien. Jeg delte informasjon om studien både per epost og ved personlig

oppmøte på flere legekantor. Litt som forventet var det dårlig respons. Jeg kontaktet fylkeslegen både i Trøndelag og Møre og Romsdal i håp om litt drahjelp. Utfordringen som gikk igjen var prioritering av tid til intervju. Legene jeg kontaktet sa at det var vanskelig å finne tid til noe som ikke direkte var en del av arbeidet fordi arbeidsdagene allerede var svært fulle.

I Møre og Romsdal var jeg så heldig at jeg ble satt i kontakt med kommuneoverlege og spesialist i samfunnsmedisin, Cato Innerdal. Han er seniorrådgiver i Helsedirektoratet og jobber med helsekrav til førerkort. I tillegg har han også i perioder vært ansatt som seniorrådgiver i Helsetilsynet. Han skulle holde kurs i trafikkmedisin under PMU (Primærmedisins uke) et arrangement som er et samarbeid mellom Norsk forening for allmennmedisin (NFA), Allmennlegeforeningen og Norsam (Fagmedisinsk forening for samfunnsmedisin) i Oslo H-18, og ble døråpneren da han inviterte meg med. Han så muligheten for meg til å verve informanter på denne konferansen. Jeg tok kontakt med ledelsen for Primærmedisinsk uke (PMU) som ga klarsignal for min deltagelse. Det skal også nevnes at jeg hadde en god samtale med Jan Egil Kristoffersen, fagsjef/lege i legeforeningen om problemstillingen i oppgaven, samt at han ga innspill og støtte til hvordan jeg kunne gå frem for å nå informanter, og det var slik ideen om PMU kom opp.

Ved deltagelse på trafikkmedisinkurset på PMU kom jeg i kontakt med fastleger som jeg anså som aktuelle ut fra kriteriene. Jeg valgte å kontakte de ut fra at de hadde noe å komme med. Jeg lot deretter tilfeldighetene råde i forhold til hvem jeg tok kontakt med eller hvem jeg fikk kontakt med først. Jeg kom også i kontakt med deltakere som ikke var med på trafikkmedisinkurset. Noen av dem er også blant mine informanter.

Når det gjelder antall deltagere skriver J.A. Smith et. Al (Smith, 2009) at de anbefaler nye forskere innen metoden, det vil si forskere som ikke har forsket med livsverden-intervju tidligere, å ha inntil seks deltakere, ikke flere. Det meldte seg totalt seks personer, to menn og fire kvinner. Et intervju ble ekskludert grunnet språkutfordringer. Samtidig understreker Bourdieu at antallet ikke er så viktig som det er å finne *de rette* informantene, de som vet hva saken gjelder og kan noe om den. Dette kan være en enkeltperson (Ågotnes, Lea & Petersen, 2019).

Jeg var veldig spent og egentlig litt redd med tanke på produksjon av data. Jeg var usikker på om temaet ville trigge noen av legene, om dette var noe de ville delta på. Bekymringen for dette var i alle fall ubegrunnet, for legene var svært villig til å bidra til mitt masterprosjekt.

Den ene informanten sa det ganske klart: «Så spennende at noen er interessert i å høre om vår opplevelse av jobben. Det du har spurt om gjør også at jeg våkner litt og det har gitt meg litt å tenke på» (Arne, intervju 1).

6.4 Gjennomføring av forskningsintervju

Ifølge Mason 2002 er det noen spørsmål som er åpenbare å stille seg før en velger å bruke kvalitative intervjuer i et forskningsopplegg, samt at det er noen klare grunner til å samle inn data ved hjelp av kvalitative intervjuer (Kvale & Brinkmann, 2015). Underliggende for den praktiske gjennomføringen tenker jeg det er flere fordeler ved semistrukturert intervju; det har særlig fokus på fastlegen og fastlegens subjektivitet, temaene blir definert gjennom en intervjuguide og disse springer ut fra problemstillingen jeg skal belyse, den har en veiledende struktur, og den gir samtidig rom for utdypende informasjon (Kvale & Brinkmann, 2015). I forkant av gjennomføringen av intervjuene ble det brukt en del tid på å få økt kunnskap om feltet (Ågotnes et al., 2019), praxeologisk metode og hvordan man kan anvende Bourdieus teoretiske verktøykasse. Jeg utarbeidet også intervjuguiden, som skulle tjene som hjelpemiddel for å favne ulike perspektiver ved temaet. Bare et par supplerende spørsmål ble lagt til i ettertid (se vedlegg 4).

Før intervjuet fikk deltakerne et informert samtykke til underskrift. Jeg påpekte også punktene i det informerte samtykke muntlig i den innledende avklaringen før intervjuet. Alle intervjuene ble gjennomført på et hotellrom. Det ble valgt av praktiske årsaker fordi det var her kursuken for 1400 allmennleger ble arrangert oktober 2018. Jeg var litt bekymret for hvordan dette eventuelt kunne prege mitt arbeid og legenes fokus før, under og etter intervjuet. Etter et par minutter var informantene så inne i temaet for mitt intervju at de forlot fokus på andre temaer og problemstillinger knyttet til deres kursinnhold. Deltakerne var veldig aktive og det tok jeg som et tegn på at temaet opptok dem (Van Manen, 1990). Jeg tok opp alle intervjuene på lydspor og transkriberte dem senere verbatim. Dette ble gjort etter samtykke fra informantene og lydfilene ble slettet fortløpende etter transkriberingen var ferdig. Etter alle intervjuene tok jeg en refleksjonsrunde med meg selv, der jeg skrev ned mine umiddelbare tanker og opplevelser.

6.5 Etiske retningslinjer

Studien ble gjennomført i forhold til de etiske retningslinjer gitt av Norsk senter for forskningsdata (NSD). Informanten fikk i forkant av intervjuet et skriftlig informert samtykke,

der de ble informert om hensikten med studien og hoveddelene i prosjektplanen, at deltagelsen er frivillig, slik at informantene når som helst kan trekke seg fra studien.

Jeg presiserte innledningsvis før intervjuet at jeg var interessert i legens opplevelse av vurdering av helsekrav for førerkort ved legemiddelassistert behandling. Studien er ingen evalueringstudie av den vurderingen som legen utøver, men jeg presiserte at jeg var ute etter deres personlige erfaringer og forståelse av temaet.

Når det gjelder den etiske vurderingen av eventuelle konsekvenser for informanten i en studie, kan jeg ikke se at studien hadde noen personlige konsekvenser for deltakerne. Alle deltakerne ga uttrykk for, etter intervjuene, at de opplevde det som positivt og nyttig å delta. Navnene på deltakerne ble endret før transkriberingen, slik at det finnes ikke noen transkriberinger med deltakernes opprinnelige navn, og heller ingen andre notater. Derfor er ingen av deltakerne mulig å spore på navn. Jeg mener slik at jeg gjennom mine valg har ivarettatt konfidensialiteten i studien.

7 Auto-sosioanalyse

Bourdieu's ideal for sosiologien er å avmystifisere verden, å bryte den herskende doxa med en drøftelse. Først da kan sosiologien gi muligheter for sosial forandring, frigjøring fra dominansforhold og ivaretagelse av stadig flere universelle interesser på samme tid. Og sosiologien kan bare bidra med dette hvis den kan analysere alt som hindrer dette fremskritt (Jacobsen, 2002). Sosiologisk vitenskap er betinget av at den kan se sosiale spill utenfra for å kunne forstå noe av dem. Forskeren må kunne «se de som ikke ser», men ifølge Bourdieu er det mye forskeren ikke ser også, hans sosiale posisjon har gitt ham bestemte «blindsoner». Et viktig poeng for Bourdieu er at forskeren også er en sosial aktør utstyrt med en habitus og forskjellige typer interesser. Forskeren er selv en agent med en posisjon i sosiale og vitenskapelige felt, og forskeren må derfor objektivere sin forforståelse i en såkalt sosioanalyse.

I sosioanalysen vil jeg objektivere min måte å forstå og handle på i forskningsfeltet, slik jeg objektiviserer agentenes måte. Hensikten med sosioanalysen er å bli klokere på hvordan min bakgrunn, utdanning og praksiser fra ulike sosiale felter har påvirket mitt forskningsblikk. Dette er gjort ut fra mitt nåværende ståsted, og ut fra denne studien (Wilken, 2008).

Bourdieu mener all forskningen må inkludere en «refleksjon over refleksjonen», eller med andre ord en refleksjon over både mulighetene for «objektive beskrivelser» og de forhold

slike «objektive» beskrivelser utelukker for å kunne definere seg som objektiv kunnskap (Broady & Callewaert, 1994). Ikke bare fordi måten vi ser ting på bestemmer hva vi ser, men også fordi vi først kan bli i stand til å se når vi forstår at det er noe vi ikke kan se.

Siden studieobjektet ikke ensidig er «de andres» habitusbaserte praksiser, men heller et konstruert objekt som oppstår i en dialektisk relasjon mellom forskningens subjekt og forskningens objekt, vil forskerens egen habitus nødvendigvis inngå i konstruksjonen av og fortolkningen av forskningsobjektet. Forskeren må derfor forsøke å frigjøre seg fra de kulturelt situerte dommene som knytter seg både til ens habitus og ens posisjon som forsker. Bourdieu argumenterer for at det bare er gjennom en slik «selvrefleksiv sosiologi» vitenskapen kan videreutvikles. Han skriver:

When research comes to study the very realm within which it operates, the results which it obtains can be immediately reinvested in scientific work as instruments of reflexive knowledge of the conditions and the social limits of this work, which is one of the principal weapons of epistemological vigilance. (Bourdieu 1996, s. 15)

For Bourdieu handler en slik selvrefleksivitet om at forskeren for det første må rette de teoretiske og metodologiske redskapene mot seg selv og de sosiale vilkårene for sitt eget arbeid. Med det mener Bourdieu at en som forsker må objektivere sin egen posisjon ved å objektivere det feltet som både definerer ens posisjon og ens forståelse for denne posisjonen. I tillegg må forskeren objektivere de posisjoner som står i et motsetningsforhold til hennes egne.

For det andre må forskeren være i stand til å objektivere sine egne intensjoner med å foreta slike objektiveringer samtidig som man må unngå fristelsen til å bruke det maktpotensialet som ligger i ens akademiske posisjon og vitenskapelige kunnskap. Forskeren bør derfor på den ene siden bestrebe seg på å få et metaperspektiv, «to take a sovereign, absolute view of the world, and especially of the world in which he belongs» (Bourdieu & Wacquant, 1996, s.167-168), samtidig som hun eller han må være nøye med å utelukke vitenskapens tradisjonelle måter å dominere på fra sitt eget forskningsarbeid.

For det tredje er forskerens mulighet til å avgrense seg fra sin egen forforståelse avhengig av i hvilken grad hun er i stand til å objektivere de interesser som har skapt hennes egen akademiske karriere, hennes posisjon innenfor academia og hennes forskningspraksis. En måte å kunne foreta denne objektiveringen på er å gjøre en auto-sosioanalyse: Hvordan kan det ha seg at jeg har valgt å studere fastlegenes vurderingspraktikk i førerkortsaker? Hvorfor finner jeg dette interessant, og hvordan kan det ha seg at jeg velger jeg å stille de spørsmålene

jeg gjør? Hvilke tidligere erfaringer påvirker måten jeg jobber på? Hvilken posisjon i sykepleierforskningsfeltet inntar jeg? Dette er aktuelle spørsmål til en sosioanalyse i mitt prosjekt, og de er utgangspunktet for min auto-sosioanalyse.

7.1 Min sosiale bakgrunn

Jeg er født og oppvokst i Trondheim, litt utenfor sentrumskjernen, men nokså sentralt i byen. Jeg bodde mine første 6 leveår i blokk i et nyetablert borettslag, før familien flyttet inn i et nybygd rekkehus i samme borettslag det året jeg fylte 7 år. Dette var et rolig område med mange nyetablerte småbarnsforeldre og et miljø preget av samhold. Familien består av mor, far og en tvillingbror.

Min far er trafikklærer og har viet mye av sin tid til jobb og trafikksikkerhetsarbeid. Han drev egen trafikkskole med ca. 8 ansatte frem til han var 69 år og har de siste 4 år jobbet deltid i et prosjekt med trafikkopplæring i en digitalisert verden med virtuelle virkemidler. Min mor var hjemmeværende med oss barna til vi var 15 år, og hun var samtidig dagmamma til i snitt 4 barn. Kjønnsmønsteret var tradisjonelt. Mor tok hovedansvaret i hjemmet og far den økonomisk ansvarlige. I tillegg til å være den som hadde hånden på rattet i hjemmet var mamma den som sørget for at vi barna var aktive i idrett og andre fritidsaktiviteter. Jeg kan huske det som at min mor alltid var til stede for oss barna og i tillegg var det alltid åpen dør for naboungene.

Selv om min far jobbet mye var vi en familie preget av godt samhold, der vi alltid har støttet og stilt opp for hverandre. Og ikke sjelden var vi både på besøk og med far på jobb. Min mor har ikke høyere utdanning, men min far er høyskoleutdannet. Mor holdt alltid orden i huset, både inne og ute. Hun var engasjert som frivillig i idrettslag og den som alltid stilte opp på frivillighetsarbeid. Hun sørget også for at vi fikk adgang til kulturelle tilbud ved å ta oss med på teater og konserter. Far er glad i å være ute i naturen og han tok oss ungene med ut på turer både ved sjøen og fjellet. Han har gitt meg mye glede og et nært forhold til naturen som jeg i dag setter stor pris på. Far er også politisk interessert og har alltid fulgt med på samfunnsdebatter, så alt i oppveksten lærte vi barn å følge med på aktuelle samfunnsproblemer.

Da vi unger var små måtte foreldrene mine gjøre viktige økonomiske prioriteringer. De kjøpte blokkleilighet i et nyetablert borettslag samtidig som min far etablerte firma. At min mor valgte å være hjemme var nok også økonomisk betinget. På den måten slapp de utgifter til barnehage (som i tillegg var et knapphetsgode på den tida), samt at det la til rette for at min

far kunne bruke den tiden som var nødvendig i oppstarten av firmaet. De spedde på familieøkonomien med at min mor var dagmamma.

Slik jeg husker det og har blitt fortalt så var det økonomiske prioriteringer, men en barndom preget av økonomisk trygghet. Det året vi begynte på skolen kjøpte foreldrene mine et nybygd rekkehus i samme borettslag og noen år senere kjøpte de tomt og bygde hytte ved sjøen. Vi reiste på ferieturer på sommeren, hovedsakelig i Norge og Sverige, men det ble også et par turer til Spania etter at vi ble 10 år.

Jeg begynte på barneskolen bare et steinkast fra hjemmet vårt, og etterpå fulgte tre år på ungdomsskolen som lå nesten vegg i vegg med barneskolen. Dette var år preget av trygt og stabilt skolemiljø. Da jeg startet på videregående skole ble det bussavstand, men i Trondheim, det også. Om sommeren jobbet jeg deler av ferien på kontoret hos min far, ikke for at foreldrene mine sa jeg måtte, men fordi jeg selv ønsket det. Her lærte jeg i møte med både ansatte og elever om trafikkopplæring og trafiksikkerhet. Året jeg fylt 16 år fikk jeg også tilbud om sommerjobb fra en nabodame. Det var rengjøringsjobb på sykehjemmet hvor hun jobbet. På sykehjemmet kom jeg tett innpå både pleiere og pasienter. Det var både sterke inntrykk og fine møter, og det skapte både engasjement og nysgjerrighet hos meg. Etter den sommeren gikk veien videre til pleien med jobb i ferier og enkelte helger, og det trivdes jeg godt med.

I tillegg til å gå på skole og ha deltidsjobb, var jeg aktiv i idrett og likte å bruke tid med venner. Jeg har alltid vært aktiv i idretten, både med turn, fotball og ski. Og jeg har alltid vært glad i å løpe. I dag er det spesielt løping og ski jeg finner tid til, gjerne sammen med mine to sønner.

Min tvillingbror er yrkesutdannet og jobber i dag offshore i en mellomlederstilling. Vi bor i samme by, riktignok i ulik del av byen, men vi treffes regelmessig. Begge mine foreldre lever. Mor er pensjonist og far er som sagt delvis yrkesaktiv.

Jeg har selv fått to gutter. Eldstemann er nitten og den yngste er fjorten. I tillegg har mannen min en sønn på tjuetre år fra et tidligere forhold som har bodd til oss i perioder. Min eldste sønn avtjener for tiden førstegangstjenesten parallelt med at han tar fag for å øke sine studiepoeng. Alle guttene har drevet med idrett, og den yngste gjør det fremdeles, og vi foreldre har alltid vært engasjerte i idrettslaget i nærmiljøet.

Jeg er gift med en mann som er åtte år eldre enn meg. Han er utdannet tømrer. Han har tatt mesterbrev og tilleggsfag innen økonomi. Han driver i dag et mellomstort bygg- og anleggssfirma. Vi møttes da jeg var i begynnelsen av tjuårene og giftet oss for 18 år siden. Vi bor i en tomannsbolig ved sjøen i Trondheim, vår samlede inntekt ligger noe over gjennomsnittet for familier i Norge pr. 2018 (statistisk sentralbyrå) og tilhører altså den økonomiske middelklassen.

7.2 Veien inn i det medisinske feltet

Allerede i mitt møte med helsevesenet som 16-åring spiret tanken om at en helsefaglig utdanning. Etter videregående skole hadde jeg et opphold i England og USA hvor jeg jobbet som aupair og tok språkfag. Jeg ville lære språket bedre og så et aupair-opphold som en fin mulighet å kombinere språklæring med nye opplevelser og menneskemøter.

Etter et år i utlandet var det litt tilfeldigheter som gjorde at jeg tok en økonomisk utdanning på Bedriftsøkonomisk Institutt (BI) og hadde noen yrkesaktive år som økonom. Etter at jeg fikk min førstefødte som 25 år gammel bestemte jeg meg for å begynne på sykepleierutdanningen. Grunnet graviditet og et barn til hadde jeg et års opphold i studiene. Jeg var ferdig sykepleier i 2007 og var dermed den første i min familie med helsefaglig utdanning. I siste året av studiet jobbet jeg i en bolig for fysisk funksjonsskadede, deriblant trafikkskadede. Min siste praksisperiode var medisinsk praksis ved barne- og ungdomsklinikken ved St. Olavs sykehus. Jeg tenkte på forhånd at det emosjonelt ville bli for vanskelig å jobbe med barn og at det var noe jeg ikke ønsket. Etter åtte uker i praksis på barne- og ungdomsklinikken hadde jeg endret syn. Det å få hjelpe barn og unge i utfordrende situasjoner og ivareta søsken og foreldre opplevdes meningsfylt. Dette i kombinasjon med et faglig sterkt og sosialt godt miljø på avdelingen gjorde at jeg takket ja til et jobbtilbud fra avdelingen etter praksisperioden. Her jobbet jeg syv fine år. I mitt arbeid her opplevde jeg skjellsettende møter med familier med hardt skadede barn som omkom etter trafikkulykker hvor legemidler var involvert.

Det siste året ved barne- og ungdomsavdelingen begynte jeg å kjenne på effektiviseringskravene. Det var også slitsomt at avdelingen var underbemannet og at sykefraværet var høyt. Tøffere belastning både fysisk og psykisk i kombinasjon med ønske om faglig påfyll gjorde at jeg søkte videreutdanning. Tanken var først videreutdanning til anestesisykepleier eller helsesøster, men da jeg fikk tilbud om studieplass på trafikkipedagogikk falt valget til slutt på det. Det virket interessant å kombinere pedagogikken

med sykepleien og jeg ville få en yrkesutdannelse med på kjøpet. Jeg jobbet 50% natt ved St Olavs samtidig som jeg tok studiet på fulltid over to år. Ved endt studie var jeg usikker på om jeg ønsket å praktisere som trafikkpedagog, men da jeg fikk permisjon fra barne- og ungdomsklinikken bestemte jeg meg for å prøve meg. Jeg jobbet tre år i feltet, samtidig med at jeg arbeidet i et trafiksikkerhetsprosjekt for gutter mellom 18-24 år og satt i styret i en bransjeorganisasjon.

I 2015 fikk jeg jobbtilbud fra det som den gang het Høgskolen i Nord-Trøndelag, avdeling for trafikk, og som i 2017 fusjonerte til Nord universitet. Siden har jeg jobbet med trafikkpedagogikk og helse ved Nord universitet, campus Stjørdal.

Jeg har gjennom årene hatt jevnlig påfyll av teoretisk kunnskap, noe som motiverer og inspirerer meg. Våren 2016 tok jeg 15 studiepoeng i veiledningspedagogikk ved Høgskolen i Nord-Trøndelag. Høsten 2016 startet jeg på masterutdanning i helsevitenskap ved Universitetet i Bergen, på deltid finansiert av Nord Universitet. I masterstudiet har jeg blitt kjent med praxeologisk sykepleievitenskap, og jeg har hatt gleden av å få ta del i praxeologisk forskningsgruppe som har veiledet og støttet meg gjennom prosjektet.

7.3 Mine disposisjoner

Hvordan vi erfarer verden er preget av nedarvet kapital. Min «grunnkapital» er en trygg og stabil oppvekst hvor familien har jobbet sammen for å erverve sosial og økonomisk kapital for å skape gode livsbetingelse og muligheter for det enkelte familiemedlem. Den kulturelle kapitalen min er i stor grad ervervet i oppveksten i fellesskap med familie og venner, men er også gradvis kommet til og endret gjennom utdanning og benyttelse av kulturelle tilbud.

Mine opplevelser og erfaringer gjennom livet har åpenbart betydning for mitt engasjement for trafiksikkerhetsarbeid. Via min far og hans drift av trafikkskole har jeg fått god kjennskap til trafikkfaget og trafiksikkerhetsarbeid. Det har trolig hatt betydning for at jeg begynte å interessere meg for dette feltet. Men min basisutdannelse som sykepleier, min yrkeserfaring som sykepleier er også av betydning. Samlet sett er det tydelig at min bakgrunn og mine ulike posisjoner i forhold til problemstillingen med kjøring og bruk av benzo-preparater påvirker mine meninger og min forståelse av feltet. Opplevelser med hardt skadde pasienter, tap av liv og familier som ble rammet av trafikkulykker hvor legemidler og rus har vært involvert har påvirket mitt ønske om å se nærmere på denne problemstillingen. Min yrkessituasjon i dag fører meg nærmere feltet som skal utforskes og det krever at jeg søker å frigjør meg fra den for-forståelse jeg bringer med meg inn i dette arbeidet.

8 Utviklingen av helsekrav og vurderingspraksis

8.1 Historiens betydning i praxeologisk forskningstradisjon

Den berømte tsjekkiske forfatteren Milan Kundera skrev: «Et folk uten fortid er et folk uten navn», noe som kan tolkes som: Et folk uten en fortid er ikke bare et folk uten et navn, men et folk uten en identitet. Dette er ord som ikke er direkte knyttet til denne studien, men kan likevel anvendes som et bakteppe til den videre lesning.

I praxeologisk vitenskap prøver en å forstå nåtidens praktikker i lys av feltets historie. Det vil si at undersøkelsesfeltet studeres over en gitt periode. Dermed vil det bli mulig å synliggjøre at doxa endres over tid, hvordan skifter skjer og hva som forårsaker dem. Historien skal være et verktøy til å forstå det menneskeskapte, som et resultat av menneskelige handlinger i et bestemt sosialt felt på et bestemt tidspunkt og under bestemte sosiale og politiske strukturer. Disse er kun synlige når de betraktes over tid (Wilken, 2008).

Våre nye erfaringer vil alltid stå i relasjon og være betinget tidligere erfaringer (Dewey, 1938/2005). Sett i et praxeologisk perspektiv vil man dessuten hevde at det å forstå erfaringer alltid innebære et element av tolkning (Bourdieu, 2007). Bourdieu fremhever viktigheten av å kjenne historien, ikke for å suge næring ut av den, men for å fristille seg fra den, dvs. unngå å adlyde den uten å vite det eller å gjenta den uten å ville det (Hammerslev et al., 2009).

Jeg vil i dette kapitlet gjøre rede for de formelle og strukturelle betingelsene på vurderingsfeltet for helsekrav til førerkort i Norge og den historiske bakgrunnen for dem, og jeg vil forsøke å synliggjøre grunnlaget for vurderings- og tolkningsmuligheter til fastlegene.

8.2 Styrende maktposisjoner

8.2.1 Trafikksikkerhetsarbeid i Norge – planverk og fagansvar

Fra 1950 til 1970 steg antall drepte i trafikken jevnt med økende trafikk, og i 1970 nådde vi en topp med 560 omkomne personer på norske veier. Allerede i 1954 oppnevnte samferdselsdepartementet et utvalg som skulle utrede hvordan trafikksikkerhetsarbeid burde drives. En ny vegtrafikklov trådte i kraft i 1967 og etter at det systematiske trafikksikkerhetsarbeidet kom i gang for alvor rundt 1970, har trenden hele tiden vært positiv. I 2016 omkom 135 personer i trafikkulykker på norske veier, en nedgang på 425 fra 1970, selv om vegtrafikken er mer enn tredoblet i samme periode. Vi må helt tilbake til 1950 for å finne et lavere tall.

Det organiserte trafikksikkerhetsarbeidet har vært tiltak innen lov- og forskriftsendringer, trafikkreguleringer, vegteknisk tiltak, informasjonskampanjer, kontrollformer og endrede krav til førerrett. Selv om antall dødsulykker har gått ned siden 1970, er omfanget av vegtrafikkulykker fortsatt for stort. Regjeringen og stortinget i Norge har i «Nasjonal transportplan 2010-2019» satt et langsiktig mål - i Norge skal vi ha redusert antall drepte i trafikken for perioden med en tredjedel innen 2020 (Samferdselsdepartementet, 2008-2009).

8.2.2 Ruspåvirket kjøring – (Første, andre og tredje brudd)

Risikoen ved kjøring i ruspåvirket tilstand er en av de største utfordringene for trafikksikkerheten på norske veier. I 42 % av blodprøver tatt fra omkomne førere av person- og varebiler ved trafikkulykker ble det i perioden 2001-2010 funnet ulovlig nivå av alkohol, narkotika og/eller legemidler. Ruspåvirket kjøring omfatter hovedsakelig kjøring under påvirkning av alkohol, illegale rusmidler, legemidler som nedsetter kjøreevnen eller blandingsrus.

Norge er likevel et foregangsland i arbeidet mot ruspåvirket kjøring og var det første landet i verden som innførte promillegrense for alkohol. Det skjedde allerede i 1936, og grensen var da 0,5 ‰ (Larsen, 2007). I 2001 ble promillegrensen ble satt ned til 0,2 promille. Og som første land i verden innførte Norge både faste lave straffbarhetsgrenser og straffeutmålingsgrenser for andre stoffer enn alkohol. Allerede i 1959 ble det innført et lovforbud mot å føre motorvogn under påvirkning av «annet berusende eller bedøvende middel enn alkohol». I motsetning til hva som gjaldt i promillesakene, var det førerens tilstand under kjøring og utviklet toleranse for rusmiddelet som ble avgjørende for skyldspørsmålet i saker som gjaldt andre rusmidler (Samferdselsdepartementet, 2016-2017).

I 2012 ble det innført nye regler relatert til ruspåvirket kjøring med formål om økt trafikksikkerhet og lik behandling av straffesaker som gjelder kjøring under påvirkning av alkohol og andre rusmidler. Fra 2016 ble denne forskriften utvidet med 8 nye stoffer, slik at forskriften nå omfatter 28 rusgivende stoffer, derav fem benzodiazepiner og benzodiazepinlignende legemidler. De nye helsekravene i førerkortforskriften, vedlegg 1, som trådte i kraft 01.10.2016 har blitt strengere og mer spesifikke enn tidligere (Samferdselsdepartementet, 2015-2016). Endringene har ført til en mer likeartet behandling av saker som gjelder ruspåvirket kjøring, og antas å ha en allmennpreventiv effekt. Endringene har også bidratt til mer effektiv ressursbruk for politi, påtalemyndighet og domstoler.

8.2.3 Nasjonal transportplan

Det nasjonale trafikksikkerhetsarbeidet er forankret i Nasjonal transportplan (NTP), som er det sentrale styringsdokumentet for hele transportsektoren i Norge. Med NTP ønsker regjeringen å oppnå et helhetlig og langsiktig arbeid for både veg, jernbane og luft- og kystfart (Samferdselsdepartementet, 2016-2017).

Første utgave av Nasjonal transportplan, NTP 2002-2011, kom gjennom Stortingsmelding nr. 46 (Samferdselsdepartementet, 2000). NTP videreutviklet og erstattet det planverket som vi til da hadde hatt for transportsektoren. Det er samferdselsdepartementet, Politidirektoratet, Trygg Trafikk og Sosial og Helsedepartementet som står bak planen. Som et vedlegg til NTP la regjeringen ved en egen strategiplan for vegtrafikk, Strategiplanen Trafikksikkerhet på veg 2002-2011.

NTP 2002-2011

Ved inngangen til denne perioden lå ulykkestallet på antall skadde og drepte på norske veier forholdsvis stabilt på 1200 pr. år. Man går inn i planperioden med en forventet virkning av redusert promillegrense som er justert kraftig ned til en promillegrense på 0,2 med virkning fra og med 2001. I denne perioden fremmes også dagens vegtrafikklov som har et klart forbud mot kjøring under påvirkning også av andre rusmidler enn alkohol, jf. § 22. Det blir også etablert et systematisk opplegg for avdekking av førere påvirket av andre rusmidler enn alkohol gjennom samarbeid mellom politi og legemyndigheter, og det blir i hvert enkelt tilfelle foretatt en grundig helhetsvurdering av påvirkningsspørsmålet. Statens rettsstoksikologiske institutt deltar aktivt i en arbeidsgruppe i EU vedrørende førers påvirkning av andre rusmidler enn alkohol. I dette arbeidet vurderes blant annet muligheten for å sette faste grenser for narkotiske stoffer og andre stoffer som innebærer alvorlig svekkelse av kjøreevnen (Samferdselsdepartementet, 2000).

NTP 2010-2019

Da denne planen trådte i kraft var antallet skadde og omkomne trafikanter på norske veier fremdeles nokså uforandret (ca. 250 liv går tapt hvert år og omtrent 1000 personer blir hardt skadde). I denne planen settes det ambisiøst, men realistisk mål om å redusere drepte og hardt skadde med en tredjedel, altså ca. 750 personer totalt. Fordi en økende andel førere kjører under påvirkning av andre rusmidler enn alkohol vil regjeringen i planperioden prioritere utarbeidelse av effektive tiltak og virkemidler for å redusere utbredelse av rus i trafikken. Vurderte tiltak er: lovhjemmel for kontroll av bilførere ved bruk av «narkometer», nulltoleransegrenser for kjøring under påvirkning av enkelte andre rusmidler enn alkohol, og

utvidelse av politiets fullmakter til å gjøre bruk av administrative reaksjoner til å hindre ruspåvirket kjøring (Samferdselsdepartementet, 2008-2009).

NTP 2018–2029

I denne planen viser tall fra 2015 en betydelig reduksjon i antall omkomne og hardt skadde. Til tross for en betydelig trafikkvekst er tallet kommet ned på 810. Ruspåvirket kjøring er fortsatt en vesentlig medvirkende faktor ved ulykker med betydning for ulykkenes alvorlighetsgrad.

Etter innføringen av de nye helsekravene gjennomførte folkehelseinstituttet i 2016–2017 i samarbeid med Statens vegvesen og politiet en vegkantundersøkelse for å avdekke omfanget av ruspåvirket kjøring. Prosjektet ble gjennomført for å vise om forekomsten av ruspåvirket kjøring har endret seg fra tidligere undersøkelser og fremskaffe data for å fastsette fremtidig mål om tilstandsutvikling. Regjeringen vil derfor fortsette satsingen på tiltak for å forhindre og redusere omfanget av ruspåvirket kjøring. Undersøkelsen avdekker at antall ruspåvirkede førere fremdeles er høyt. Regjeringen vil derfor fortsette satsingen på tiltak for å forhindre og redusere omfanget av ruspåvirket kjøring, deriblant aktiv kontroll og håndheving, samt evaluering og justeringer av regelverk, forskning og økt samarbeid mellom de statlige etatene innen samferdsels-, helse- og justissektoren (Samferdselsdepartementet, 2016-2017).

8.2.4 Nullvisjonen

I Stortingsmelding nr. 46 (Samferdselsdepartementet, 2000), som var vår første Nasjonale Transportplan (NTP) la Regjeringen og Stortinget en visjon på grunn for det videre trafiksikkerhetsarbeidet. Visjonen er at det ikke skal forekomme ulykker i transportsektoren som fører til at mennesker blir drept eller hardt skadd i trafikken, derav navnet Nullvisjonen (Samferdselsdepartementet, 2000). Helsekravene til førerkort er et viktig bidrag til nullvisjonen (se *Figur 2*).

Figur 2. Nullvisjonen



Nullvisjonen slår fast at det er moralsk og etisk uakseptabelt at folk blir drept eller hardt skadd i trafikkulykker. I tillegg utgjør ulykkene en kostnad ved trafikksystemet som vi ikke kan godta. Derfor må transportsystemet, transportmidlene og regelverket for atferd skal utformes på en måte som fremmer trafiksikker atferd hos trafikantene og i størst mulig grad medvirker til at menneskelige feilhandlinger ikke fører til alvorlige skader eller død.

8.2.5 Statens regulering av kjøring ved bruk av benzodiazepiner

Norsk markedstillatelse for de første benzodiazepiner ble gitt i 1960. Disse preparatene har blitt brukt som angstdempende og beroligende medisiner. Bruken økte raskt fordi man anså legemidlene for å være relativt ufarlige, med få bivirkninger. Senere ble man oppmerksom på forverring av symptomer etter seponering (rebound-effekt), toleranseutvikling og faren for misbruk og påvirkning av hjernen på måter som gir økt risiko for trafikkulykker ved bruk av denne type legemidler. Tidligere hadde vi flere hundre tusen brukere av benzodiazepiner i Norge. I dag er det så vidt over 100 000 brukere. Fra 1990-tallet av har det vært en klar nedgang i langvarig bruk av disse medisinene.

Ifølge Ole Bjørn Herland, prosjektleder for Helsedirektoratets utarbeidelse av ny forskrift om helsekrav til bilførere, er dette medisin som er ment for kortvarig bruk, men som tusenvis av pasienter bruker over lang tid. Når de da får beskjed om at dette er medisin man ikke får kjøre med, blir det oppstandelse. Mange hevder at medisinene ikke påvirker deres kjøring. Det finnes ikke gode undersøkelser på hvordan benzodiazepiner virker inn på kjøreevnen ved langvarig bruk, kun ved kortvarig bruk. I Danmark har de sagt nei til kjøring med benzodiazepiner - uansett medisindose (Norsk Helseinformatikk, 2016).

I Norge tilbakekalles førerretten i vel 10 000 tilfeller hvert år og om lag 2700 av disse skyldes rus/medikamenter (Norsk Helseinformatikk, 2016).

8.2.6 Førerkortforskriften

Helseutfordringer som ikke er forenelig med trafikksikker atferd reguleres i førerkortforskriften. Disse er tilpasset EUs førerkortdirektiv. Vegdirektoratet sendte i desember 2014 ut et forslag til endring av førerkortforskriften (Førerkortforskriften, 2004). 1. oktober 2016 trådte den nye førerkortforskrift i kraft. Den angir strengere og mer detaljerte krav til bruk av berusende og bedøvende legemidler ved bilkjøring (Norsk Helseinformatikk, 2016). Det har betydd en radikal omlegging av hele systemet for helsekrav til førerkort, inkludert markante endringer i regelverket, særlig omkring legemiddelbruk. Det ligger likevel mange skjønsmessige vurderinger bak når det gjelder føring av kjøretøy under påvirkning av legemidler: legen vurderer om helsekravene er oppfylt ved foreskrivning, Helsedirektoratet vurderer om dispensasjon kan gis ved slike søknader, og pasienten vurderer selv, hvis han har beholdt førerkortet – om han kan kjøre på et gitt tidspunkt.

I dag vurderes helsekravene for førerkort ved legemiddelassistertbehandling av benzodiazepiner etter kravene i førerkortforskriften, vedlegg 1. Helsedirektoratet gir utfyllende bestemmelser til helsekravene i veiledning for leger og annet helsepersonell, og i retningslinjer for fylkesmennene. Direktoratet behandler også klager på Fylkesmannens vedtak i dispensasjonssaker.

8.3 Fastlegefagets utvikling i Norge

8.3.1 Fastlegeordningen

Fastlegeordningen er hjemlet i Lov om helse- og omsorgstjenester i kommunene (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2012). Det er denne loven som forplikter kommunene til å ha en fastlegeordning (Den Norske Legeforening, 2013).

Fastlegeordningen i Norge strekker seg tilbake til 2001, og den ble innført for å bøte på den mangeårige legemangelen i kommunene. Men tankene om fastlegeordningen strekker seg helt tilbake til slutten av 70-tallet. Både Alment praktiserende lægers forening (Aplf) og Offentlige legers landsforening (Oll) foreslo i 1978 og 1982 et organisert system med pasienter på liste. I 1984 kom Lov om helsetjenesten i kommunene og innbyggerne fikk rett til nødvendig helsetjeneste fra kommunen.

Til tross for åpenbart behov for flere og stabile allmennleger forholdt kommunene seg lite aktivt til sin plikt til å tilby innbyggerne nødvendige allmennlegetjenester. Det ble fortsatt

mange år med legemangel, høy vaktbelastning og legefukt inn i sykehusene. I 1993-96 ble det derfor innført en prøveordning med listesystem i fire kommuner. Viktige erfaringer ble høstet og viktige sentrale prinsipper og krav ble forhandlet frem for legene for å sikre tilstrekkelig antall kontrakter med kommunene. Fra 2001 innføres så fastlegeordningen. I tillegg til pasientbehandling får fastlegene flere andre offentlige oppgaver, deriblant på sykehjem, helsestasjon og legevakt. Ordningen forpliktet fastlegen å prioritere innbyggere på egen liste. Mange leger gikk fra å være ansatte i kommunene til å drive egen bedrift i 2001. Men i motsetning til andre næringsdrivende kunne de ikke selv bestemme prisen på tjenestene. Det skulle være en fastsatt egenandel, lik for alle.

Helsemyndighetenes mål med fastlegeordningen var å gi pasienten en fast lege over tid, og som dermed kjente ham og historien hans. Det ble ansett som god medisin og god samfunnsøkonomi med et fast kontaktpunkt og kontinuitet, samtidig som «legeshopping» for sykemeldinger og forskrivning av vanedannende legemidler kunne begrenses (Sundby, 2018).

Målet til Norsk forening for allmennmedisin (NFA) er å sikre en god primærhelsetjeneste og en allmennlegetjeneste som er kontinuerlig, omfattende, forpliktende og personlig. Dette skulle sikres gjennom å gi befolkningen tilgang til en fast lege som kan tilby en kontinuerlig lege-pasient relasjon. Erttertiden har vist at dette var en god oppskrift (NFA, 2017).

Fastlegeordningen er blitt jevnlig evaluert og betraktet som vellykket reform. Til tross for dette har nye helseutfordringer og nye behandlingsmuligheter ført til endringer i helse- og omsorgstjenesten. Det dreier seg bl.a. om økt behov for koordinert samhandling mellom tjenestene i kommunene, både ut fra pasientenes behov og de samfunnsøkonomiske utfordringer, ref. *NOU 2005: 3 Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste* analysert av Wisløff-utvalget (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010-2011). Med forankring i dette fikk vi samhandlingsreformen og ny fastlegeforskrift. I dette lå det betydelig økning i pålagte krav og arbeidsoppgaver hos fastlegene, samt økt behov for legekapasitet i kommunene. Det var et mål å styrke fastlegeordningen generelt, samt å legge til rette for økt kompetanse hos den enkelte lege. Dette behovet ble adressert i et høringsnotat fra departementet om å forskriftsfeste at leger som tilknyttet en kommune etter 1. januar 2017 skal være spesialister i allmennmedisin eller være under spesialisering for å kunne ansettes i fast stilling. Endringer i kravet til kompetanse hos legene førte til betydelig økte utbetalinger fra folketrygden, ettersom spesialister i allmennmedisin får høyere refusjoner enn de som ikke har gjennomført spesialiseringen (Helse og omsorgsdepartementet, 2016). Fastlegeordningen skulle endres i tråd med utviklingen i helsetjenesten for at ansvaret ikke skulle bli for stort å

bære. Det har den ikke gjort og vi ser nå bivirkninger der kommunene sliter med å rekruttere fastleger og de erfarne sier de ikke orker mer.

8.3.2 Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen kom som et høringsforslag fra Stoltenberg II-regjeringen. Den ble vedtatt av helse – og omsorgsdepartementet i november 2011 og satt i virksomhet fra 1. januar 2012 (Samhandlingsreformen, 2008-2009). Reformen kom som et resultat av samhandlingsproblematikken mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og et ønske om å sikre et forsvarlig helhetlig tilbud til pasientene og økt utnyttelse av offentlige helsekroner pr person. Reformen utløste en lovpålagt samarbeidsavtale mellom kommunene og sykehus der målet var en noenlunde ensartet og god utøvelse av tjenester til pasientene. Reformen er en retningsreform og la til grunn at den forventede behovsveksten i helse- og omsorgssektoren i størst mulig grad måtte tas hånd om i kommunene. De viktigste økonomiske virkemidlene mente regjeringen var en kommunal medfinansiering for bruk av spesialisthelsetjenester og overføring av oppgaver til kommunene, herunder det økonomiske ansvaret for utskrivningsklare pasienter. Den har ført til mange tiltak, men det er usikkert hvilken effekt de har hatt.

8.3.3 Fastlegeforskriften

Ved innføring av fastlegeordningen i 2001 fikk vi en forskrift som skulle regulerte ordningen. I forbindelse med innføring av samhandlingsreformen la helse- og omsorgsdepartementet og helseminister Anne-Grete Strøm Erichsen frem et forslag til revidert fastlegeforskrift som ble vedtatt høsten 2012 og trådte i kraft 1. januar 2013 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Forskriften inneholder retningslinjer utarbeidet av helsedirektoratet som fastlegene er pålagt å følge. Noen av argumentene for å innføre en slik regulering var at den skulle bidra til å løse utfordringene med dårlig kontinuitet i pasient-lege forholdet, legemangel, ekstrem arbeidsbelastning, vikarstafetter og legefukt inn i sykehusene. Hovedintensjonen var å fremme god helse i befolkningen ved å gi god kvalitet på behandlingen (Den Norske Legeforening, 2013).

Fastlegene er en sentral del av kommunens helsetjeneste. For at kommunen også skal få dekket sine behov for andre typer legetjenester har kommunene helt siden fastlegeordningen ble vedtatt hatt en subsidiær mulighet til å pålegge fastlegene å utføre slike oppgaver, for eksempel i helsestasjons-, skolehelsetjenesten, sykehjem og fengsel, oppad begrenset til 7,5 t/u. Mer innsats på å begrense og forebygge sykdom der dette er effektivt – herunder aktiv oppfølging av kronikere og andre pasienter med særskilt risiko for sykdom og

behandlingsbehov i spesialisthelsetjenesten, samt tilstrekkelig oppfølging av sårbare grupper som ofte ikke selv oppsøker lege.

Frem til 2013 var denne forpliktelsen nedfelt i avtale. Det nye er at forpliktelsen tas inn i forskrift. Kommunen og legen kan si opp avtalen med en frist på seks måneder. Oppsigelse fra kommunens side må være saklig begrunnet. Ved vesentlig mislighold kan kommunen heve avtalen med øyeblikkelig virkning (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2012).

Da flere oppgaver ble lagt til kommunene og fastlegene skulle det vektlegges å etablere gode rammebetingelser for allmennlegetjenesten og fastlegeordningen som bidrag til god rekrutteringsutfordring og en god legefördeling. Legeforeningen i Norge har gjort en undersökelse av situasjonen for rekrutteringen av fastleger i kommunene fra høsten 2018 og frem til mars 2019. Kommunene har selv vurdert graden av situasjonen. Fra sommeren 2017 kan 128 av 385 kommuner melde om forverring av situasjonen, og 47 melder at de har store problemer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011; Wærnes, 2019).

8.3.4 Helsepersonelloven

Den gjeldende helsepersonelloven trådte i kraft i 1998. Den skulle bidra til sterkere samarbeid og mer rasjonell bruk av personell, til å sette brukernes behov foran yrkesfaglig prestisje og et styrket tverrfaglig samarbeid (Helse og omsorgsdepartementet, 1999). Bakgrunnen for lovrevisjonen var at helsevesenet hadde vært preget av sterke profesjonsinteresser og lite samarbeid. Man ønsket en lov som regulerte helsevesenet slik at kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenestene ble bedre og slik at yrkesfaglig profesjonskamp ble motvirket. Enhver som i sitt yrke undersöker, diagnostiserer, behandler eller på annen måte følger opp en pasient omfattes av lovens reguleringer.

Helsepersonell er gjennom helsepersonelloven pålagt informasjonsansvar overfor pasienter innenfor eget fagområde. Tilstrekkelig informasjon er en forutsetning for at pasienter skal kunne ivareta sine egne interesser. Dette omhandler innsikt i egen helsetilstand, men også medvirkning i behandlingstilbudet og å ta forhåndsregler for å kunne innrette livet slik de ønsker.

9 Analyse

Fastlegenes informasjonsansvar utløses ut fra hvilken posisjon legen har og tilpasses ut fra denne. Posisjonen har betydning for hvordan legen opptrer og for behandling av sensitiv informasjon. Det må således skilles tydelig mellom behandleroppgaven og sakkyndigoppgaven, og legen skal gi nødvendig og tilpasset informasjon om sin oppgave og formålet med kontakten.

Så langt har jeg introdusert fastlegenes vurderingspraktikk i førerkortsaker, ved medikamentell behandling med benzodiazepiner, det sosiale rom og det medisinske feltet som danner rammene rundt fastlegens arbeid. Med utgangspunkt i Bourdieus begreper doxa, felt og sosialt rom har jeg sett på offentlige styringsdokumenter og teoretiske begreper som kan forklare det jeg i dette kapitlet konstruerer frem som agentenes medisinske yrkeshabitus og posisjon.

Jeg finner at både subjektive og objektive forhold bidrar til at fastlegene praktiserer som de gjør, og jeg søker å forklare hvordan det kan ha seg at fastlegen vurderer helsekravene i førerkortsaker slik som de gjør ved å benytte praxeologisk metodologi, dvs. teorien om sosiale praktikker. Herfra har jeg hentet begrepene praktisk sans, felt, habitus og habitustrilogibegrepet som omfatter de tre begrepene posisjon, disposisjoner (kapitaler) og posisjoneringer. I tillegg bruker jeg begrepene doxa, heterodoxa og orthodoxa (se også kapittel 4).

Analysens første del handler i hovedsak om de subjektive forholdene som bidrar til at fastlegene utøver helsevurderingene slik de gjør. De analytiske begrepene som er mitt verktøy i denne delen av analysen er hentet fra Bourdieus habitustrilogi. I denne delen presenterer jeg resultater fra intervjuene med agentene og jeg diskuterer funnene mot studiens teoretiske grunnlag. Det er hovedsakelig funnene i dette kapitlet jeg bruker til å besvare forskningsspørsmålet:

Hvordan håndterer fastlegene det motsigelsesfylte oppdraget de har overfor pasienter som bruker benzo-preparater?

Studiens fem informanter er fastleger med ulik erfaringsbakgrunn fra allmennpraksis. De er alle anonymisert med fiktive navn både av hensyn til personvern og for å hjelpe leseren å skille mellom hvem som er hvem. Jeg har kalt dem Arne, Erik, Trine, Anne og Hege.

Legene er opptatt av ulike forhold ved allmennlegepraksis som arena for helsevurderinger for førerkort. De har noe ulike erfaringer med egen og bransjens faglige utvikling, men gjennom analysen kom det frem at de ulike erfaringene i stor grad gjaldt de samme temaområdene.

I andre del av analysen bruker jeg Bourdieus teoretiske begreper felt og sosialt rom. Det jeg analyserer, er det agentene sier i intervjuene om sin egen praksis, men jeg ser uttalelsene i lys av de objektive forholdene som påvirker praktikkene, forstått som at de bidrar til at agentene praktiserer slik de sier at de gjør. Det som for agentene selv ser ut som fritt valgte praksiser er meningsfullt organisert av underliggende strukturer.

9.1 Forholdet mellom fastlegens praksis, posisjonering og disposisjoner

Deltakerne i undersøkelsen, eller agentene, også omtalt som fastleger, leger og med bruk av deres fiktive navn, er fem fastleger mellom 35 og 62 år, med geografisk fordeling i hele Norge og de arbeider i kommuner av ulik størrelse. Agentene har ulike ansettelsesforhold, og er enten kommunalt ansatt eller privatpraktiserende med kommunalt driftstilskudd. Videre er det ulikt om de jobber i solopraksis eller i praksis med flere leger. Nedenfor presenterer jeg deres praktikker og posisjoneringer. Videre drøfter jeg samsvaret mellom legenes posisjon, posisjoneringer og deres disposisjoner.

9.2 Arne

Arne er 62 år og har arbeidet som fastlege i 34 år. Han ble ferdig utdannet spesialist i allmennmedisin for 9 år siden og driver solopraksis i en relativt stor kommune i Norge. I tillegg til lange arbeidsdager i uken jobber han ca. 10 timer i helgene.

9.2.1 Arnes posisjoneringer

Etter videregående jobbet Arne et år på sykehjem mens han tok opp noen fag for å komme inn på medisinstudiet. Etter endt studium var han i turnustjeneste, og han jobbet et halvt år i allmennmedisin før han reiste i militæret. Da han var ferdig i militæret jobbet han tre og et halvt år som allmennlege i en mindre kommune før han trådte inn i den stillingen han har i dag, og hvor han nå har vært i over 30 år.

Arne ventet mange år med å videreutdanne seg til spesialist i allmennmedisin. Han sier selv at han ikke likte at det var et krav om at alle måtte ta et praksisår på sykehus for å få spesialistgodkjenning. Han opplever dette som et pålegg fra fagforeninger og en urettferdig ordning for en del gamle distriktsleger som ikke har hatt mulighet til å ta fri for å gjennomføre dette sykehusåret, og han synes at denne gruppen har blitt dårlig behandlet i Norge. Arne hevder at han har tapt mye inntekt de årene han har praktisert uten spesialisttittelen, og at han

nå med spesialiseringen i allmennmedisin tjener opptil 400 000 kroner mer selv om han gjør den samme jobben som før.

Arne påpeker at det å være spesialist i allmennmedisin har blitt en forutsetning for å drive selvstendig praksis. Sertifiseringen må holdes ved like og det kreves at man tar et minimum av poenggivende kurs hvert år. Arne synes det er kjekt å gå på kurs, men at det tar mye tid. Han er ikke overbevist om at de formelle kravene til kurspoeng er en bedre forutsetning for bedre praksis og høyere lønn enn en lege som har 25-30 års erfaring.

9.2.2 Arne om oppgaven som sakkyndig

Arne anser jobben med å vurdere helsekravene i førerkortsaker ved behandling med benzodiazepiner som en til dels utfordrende oppgave. Det er en oppgave som han opplever kommer litt på siden av hans hovedoppgave som behandler, ikke fordi han ikke anser den som viktig, men fordi den kan oppleves belastende for forholdet til pasienten og kanskje ikke som den viktigste oppgaven når pasienten har andre utfordringer som han anser som større og mer alvorlige. Og da er det lett at vurderingene blir mangelfulle og til tider noe han så langt som mulig unnlater å gjøre. Følgende sitat fra Arnes refleksjoner om en pasient illustrerer de utfordringer og dilemmaer som Arne mener følger med denne oppgaven:

Jeg tror nok hun bruker mye ennå, så jeg må nok ta en ny runde med det her, men dette har vært et problem som har pågått i flere år og ... ja, jeg – regler er regler, men jeg tror jeg må prøve å løse dette på min egen måte og prøve å stoppe dette her, men jeg tror ikke man kan ta det på dagen dette her. Så jeg får ta en ny runde, for hun ble litt redd da jeg sa jeg ville ta fra henne sertifikatet og det, ... og ja det er en familie ...

Når Arne får spørsmål om hvor mange vurderinger han gjør av førerrett til denne pasientgruppen i måneden reflekterer han over sin manglende oppfølging: «Jeg har sikkert en tre, fire stykker som jeg burde vurdert etterpå, men om jeg gjør det er en annen sak.». Her blir muligheten for å ringe og fornye resepter over telefon også trukket frem som en utfordring, da det gir rom for å fortsette å skrive ut medikamenter uten å ha sett eller vurdert pasienten.

Arne sier at han stort sett ikke opplever noen store problemer i forhold til pasientgruppen, og at pasienter flest som behandles med benzodiazepiner og vurderes i forhold til helsekravene kjører med en dose som er lovmessig forsvarlig og fungerer godt for pasientene. Likevel viser han en viss usikkerhet:

Så tror jeg ikke det, jeg har ikke, det er ikke så mange som skal fornye av de eldre eller som skal fornye sertifikatene som, jeg tror ikke ... de har av og til en sobril og eventuelt en sovetablett, men det tror jeg sann stort sett er innenfor den normale, ...

Han forteller samtidig at han likevel opplever utfordrende pasienter i denne pasientkategorien - de pasientene som sirkulerer i fastlegesystemet, de som stadig bytter fastlege. De ønsker å fortsette behandlingen selv om fastlegen deres har besluttet full stopp i utskrivning av benzodiazepiner. De avslutter da gjerne eksisterende fastlegeforhold og søker etter ny lege: «og så skifter de lege og så kommer de og gråter til en annen lege». Det er en trend, mener han. Det blir på en måte en forflytning av problemet i systemet. Han ser at når listen hans åpnes for inntak av nye pasienter etter å ha blitt redusert, er det ofte de «vanskelige» pasientene som kommer til. Betegnelsen «vanskelig» relaterer han til at det også blir vanskelig å avslutte behandlingen: Arne opplever at han må overta stafettspinnen med å skrive ut benzodiazepin for så å få ansvaret for nedtrappingen. Og her kommer også utfordringen med å få pasienten til å forstå reglene med å kunne kjøre bil når bruken av benzodiazepiner er stabil i motsetning når bruken er sporadisk. Han uttrykker at han opplever bestemmelsene i førerkortveilederen som en inkonsekvens i systemet og at det vanskelig å nå frem til pasienten med:

nå er det ikke alle disse som har sertifikat, det er det ikke, men en del har nok sertifikat og jeg har tatt opp dette her med at det er lov, hvis du tar for mye tabletter jevnt, da er det lov å kjøre videre, men tar du en så må du ikke kjøre på åtte timer og der er ...

Her kan det virke som om Arne opplever lovverket uklart og vanskelig å tolke, da sitatet gir uttrykk for at han tolker det dit hen at det kan kjøres med for høyt inntak av medikamenter.

Arne innrømmer at informasjon og oppfølging angående bruk, effekt og bivirkninger av medikamentene er noe mangelfull fra hans side. Han mener dette kan skyldes flere faktorer. Først og fremst fremhever han tidspress og mange arbeidsoppgaver. Når pasienten kommer med sine helseutfordringer er det gjerne andre ting som vies mest oppmerksomhet og medikamentene blir nærmest en bisak: «de kommer for andre ting og sier tablett til slutt, når de går». Eller det kan være at de ringer eller melder inn at de trenger ny forsyning. Da fortsetter Arne stort sett å skrive ut medikamentene uten at det blir satt opp noen ny avtale. Som han selv sier det: «I hvert fall hvis jeg ikke er kjempevåken og tenker på at nå skal jeg gjøre en innsats for fedrelandet og alt, ja.»

På grunnlag av lang erfaring med denne pasientgruppen og seponeringsproblematikken som følger med mangeårig bruk av benzodiazepiner er det etter Arnes syn ingen enkel sak å avslutte foreskrivningen av legemidlene. Han vet at det ved bruk utover 3 måneder er usikkert hvilken effekt benzodiazepiner har og at det allerede etter noen få uker (2-4) ofte blir seponeringsvansker. Det finnes altså ingen god indikasjon for å fortsette å skrive ut

medikamentene, men han sier at han egentlig har gitt opp noen av disse kampene både fordi det krever ekstra tid som han egentlig ikke har og av bekvemmelighetshensyn.

En mulighet er å henvise til spesialisthelsetjenesten, rusmedisin, for å få en vurdering. Dette har han i liten grad benyttet, selv om tilbudet eksisterer. Dette begrunner han med at det fort tar 30-45 minutter å skrive en ordentlig henvisning og at det dessverre har blitt en nedprioriter oppgave i en ellers travel hverdag, selv om det gjerne er ting han skulle brukt mer tid på. Han trekker frem at dette spesielt gjelder nye og de «halvunge» pasientene, 30-50 år, de som han gjerne skulle klart å gi et annet behandlingstilbud enn benzodiazepiner, men hvor han ikke ser noen gode alternative tilbud. Dette gjør at han opplever en rollekonflikt som behandler:

... prøver jo å begrense dette her, men det er ... Når det ikke er noe annet som hjelper, tydeligvis, så får de jo, klart det er jeg som skriver ut og er langeren da, men likevel så, så er det ikke, jeg vet ikke helt hva som er rett.

Arne mener at etter de nye helsekravene trådte i kraft i 2016 så har arbeidsoppgavene på en måte blitt enklere siden man slipper en del henvisninger til spesialist og fylkeslegen. Der hvor han tidligere tok kontakt med fylkesmannen for å få råd i saker, har han i tilsvarende saker ikke trengt å sende en eneste forespørsel eller varsling til fylkesmannen etter at de nye kravene kom. Han synes at de nye helsekravene er klarere og tydeligere enn de gamle, men sier det kan være han ikke har lest dem grundig nok.

Arne reflekterer over at med de nye helsekravene og økt fokus på disse så har han blitt mer bevisst sitt ansvar og han er på det rene med at det stilles større krav til han. Han forteller at det ligger et grunnleggende krav til fastlegestillingen om at han skal oppdatere seg faglig, men at han ikke har deltatt på noen kurs angående de nye helsekravene tidligere. Men han går jevnlig i grupper med kolleger for faglig oppdatering (såkalt smågrupper), og her har de brukt mye tid på å gå igjennom de nye kravene. Likevel synes han at det er viktig med kurs også, fordi det gjør en tryggere på hvordan lovverket skal anvendes og en blir mer bevisst sin rolle og sitt ansvar som sakkyndig. I tillegg fremhever han at kursene gjør han mer våken på ansvaret en stund fremover.

Arne mener at pasientgruppen som anvender benzodiazepiner i hovedsak består av mennesker hvor livet har vært litt vanskelig, og at vi finner den største brukergruppen blant voksne kvinner over 50 år. Dette er ofte pasienter som har brukt legemidlene over mange år. Han skulle ønske at han hadde hatt bedre tid til denne gruppen, blant annet fordi han er klar over at legemidlene fører til avhengighet. Han tror likevel det største fokuset bør rettes mot nye og yngre brukere for å unngå nye langtidsbrukere, selv om han opplever at det er vanskelig å

finne gode behandlingsalternativer. En annen utfordring er at den yngre gruppen benzodiazepinbrukere som kommer til ham har mer rusrelatert problematikk utover bruken av disse preparatene. Her er fordelingen mellom kjønnene enn hos de noe eldre pasientene jevnere. Overfor de yngre pasientene prøver han å være strengere på foreskrivningen av benzo, noe som han relaterer til oftere bytte av lege og det som omtales som «legeshopping».

9.2.3 Relasjonen mellom posisjon, posisjoneringer og kulturell kapital

Med bakgrunn i Bourdieus begrepsapparat vil jeg belyse hvordan Arnes disposisjoner kan bidra til å forklare hans posisjonering og praksis. Diskusjonen er sortert etter de tre grunnformene for kapital, forstått etter Bourdieu, og deres relasjon til posisjoneringene presentert ovenfor.

Arne har en utdanning og et yrke med høy status i Norge. Han har utdanning fra den «gamle» doktorskolen, som han selv sier, med en formulering som setter «før» opp mot «nå». At utdannelsen er forandret, kan være riktig nok. Da Arne ble utdannet var legestudiet mer rettet mot å lære å løse medisinske oppgaver innenfor en fastlagt struktur. I dag legges større vekt på forebygging enn det den gang gjorde, samt på samfunnsmedisinske forhold (Det norske medisinske Selskab, 2014). Lege Audun Myskja tar opp denne tematikken i boken *Ungdomskilden*. «På doktorskolen lærte vi mest om hva som gjør folk syke», skriver han. Hans egen bok har et annet mål. Den handler ikke om hva som gjør folk syke, men om hva som gjør folk friske (Myskja, 2017). Dette er et eksempel på at medisinstudiet har endret fokus og i dag retter seg mer mot forebyggende arbeid i større grad enn tidligere.

Arne har mange års erfaring og er spesialist innen allmenntidmedisin. Holdningene til faget og praktiseringen av det som kommer til uttrykk hos Arne indikerer at han i utgangspunktet anser at det ligger mye kunnskap i den kliniske praksisen som krever en spesiell kunnskap som lekfolk ikke har.

Arne sier ikke noe om hvorfor han valgte å studere til lege. Da Arne tok sin medisinstudium ble praktiske ferdigheter utviklet gjennom en turnustjeneste først etter at alle teoretiske fag var godkjent i motsetning til i dag hvor det er praksisperioder underveis i utdanningen, forklarer han. I turnus ble mye faglig kompetanse utviklet og finpusset, og her fikk han innblikk i det medisinske feltet gjennom praksis på ulike avdelinger og utviklet en spesiell kompetanse i spørsmål om liv og død. Han hadde også arbeidet som ufaglært på sykehjem før han begynte på medisinstudiet mens han tok opp fag for å komme inn på studiet og kjente helsevesenet også fra denne siden.

Arne begynte å jobbe i allmenmedisin rett etter turnustjenesten før han hadde et avbrekk med militærtjeneste. Han jobbet i tre og et halvt år i en annen by som allmennlege før han startet sin solopraksis som han nå har drevet i 30 år. Han ble først spesialist i allmenmedisin for 8-9 år siden og uttrykker skepsis til ordningen med at spesialisering gjennom kursing skal gi bedre lønn for likt arbeid uavhengig praktisk erfaring. En må ikke undervurdere den praktiske kompetansen som er utviklet gjennom år med erfaring som fastlege, mener Arne.

Spørsmålet blir hva denne kontrasteringen, der Arne plasserer seg i et «før» som står i et spenningsforhold til «nå» både med hensyn til for eksempel utdanning og syn på betydningen av spesialistutdanning i allmenmedisin, forteller om ham som fastlege og om hans yrkeshabitus. Posisjoneringene med hensyn til utdanning og formell spesialistutdanning kan være et uttrykk for at Arne er uredd for å gå egne veier, har rettferdighetssans, og er uenig i måten systemet for spesialisering er organisert på i dag. Han synes for eksempel at systemet er urettferdig overfor fastleger som har vansker med å gjennomføre praksisåret på sykehus for å bli spesialist. Dette gjelder spesielt distriktsleger. Distriktsleger jobber ofte alene uten et kollegafellesskap slik Arne selv gjør og han kan nok lett relatere seg selv til det han uttrykker som deres utfordringer. Det kan tyde på at det egentlig er en form for selv-sympati og en beskrivelse av egen rolle. For en solopraktiserende lege kan det å ta et år «fri» være utfordrende både av økonomiske hensyn og pasientene vil måtte søke seg til en annen fastlege.

Arne påpeker at spesialisering i allmenmedisin har blitt et formelt krav for å opprettholde solopraksis og at spesialistgodkjenning gir et stort lønnshopp på ca. 400 000 kr. per år. Han sier at noe ved ordningen sikkert er bra, sånn som noen kurs, men det virker som han sier dette for at han vil prøve å vise litt positivitet, tross alt. Han synes ikke noe om at det er kommet et minstekrav om poenggivende kurs for å få lønnsøkning. Han mener at en fastlege som har jobbet i 25-30 år har såpass mye erfaring og kompetanse at dette må kunne veie opp for en relativt nyutdannet lege som tar spesialisering. Han sier også at han har tapt ca. 2-300 000 kr i året i 20 år på å ikke spesialisere seg og mener legene i dag tjener betydelig mer ved å ha tittelen spesialist, men fremdeles gjøre samme jobben. Han virker noe irritert over ordningen og trekker frem at han synes at de som ikke har hatt mulighet til å ta et praksisår på sykehuset har blitt dårlig behandlet i Norge. Han fremstår kritisk til at «et papir» utløser så stor lønnsøkning og det kan se ut som han kjenner på en nedvurdering av hans praktiske erfaring til fordel for formalkompetanse. I det hele tatt er det noe defensivt over Arnes

posisjoneringer, som om han ikke helt på høyden med «nå» og liksom må forsvare sitt eget med solopraksis og erfaring vs. formalkompetanse.

Arne deltok ikke på kurs om trafikkmedisin da de nye reglene i førerkortforskriften ble introdusert i 2016. Han har likevel deltatt på faggruppemøter med legekolleger hvor temaet er diskutert og gjennomgått. Dette har gitt han god innsikt i reglene, mener han.

For å opprettholde spesialisttittelen må man delta på et bestemt antall timer kurs hvert år. Dette er valgfrie kurs, med unntak av to obligatoriske. Han uttrykker ingen spesiell årsak til at han nå velger å delta på trafikkmedisinkurset på PMU (Primærmedisinsk uke), og han vektlegger heller ikke at dette er en oppgave eller en pasientgruppe han ser på med særlig interesse. Det fremstår som han i etterkant av kurset reflekterer over at dette har gitt han ny kunnskap og som kanskje kan komme pasientene til gode.

Arne har lang erfaring med pasienter som bruker benzodiazepiner og har et godt grunnlag til å si noe om de fordeler og ulemper bruken medfører, både på kort og lang sikt. Han er veldig klar over den vanedannende faren disse medikamentene medfører og han prøver gjennom bevisstgjøring av sitt ansvar og rolle å unngå rekruttering av nye brukere. Han har jobbet mye med vurderinger i forhold til de gamle helsekravene og fremhever at overgangen til de nye kravene har forenklet oppgaven da de er klarere og medfører langt færre henvisninger til spesialister. Det kan likevel se ut som det spriker litt mellom hans hovedintensjon om å hjelpe pasienten med problemene de kommer med, hans utsagn om å «gjøre det litt på sin måte» som omhandler at han handler ut fra det han mener er til det beste for pasienten, og det å ivare ta rollen som statens forlengede arm i helsevurderinger. Han jobber mye, ca. 60 timer i uka og sier han aldri blir a jour. Dette underbygger opplevelsen av tidspress og hans utsagn om manglende henvisninger til spesialister og informasjon som skulle vært gitt, men som drukner i andre oppgaver han prioriterer. Arne innehar rikelig med kunnskap og kompetanse om både medikamentene og helsekravene, men praktikken fremstår som kompromisser mellom de ulike oppgavene han har for å unngå å utfordre lege-pasient forholdet.

Han har også en opplevelse av arbeidet som beskriver utfordringene med motsetningsfylte oppgaver i pasientarbeidet:

De som har begynt å få disse tablettene og går på de, jeg har holdt på i 30 år nå i samme praksis, så da egentlig noen av disse kampene har jeg gitt opp. Dette er nok noe jeg skulle brukt mer tid på og henvist oftere, men det er nok litt bekvemmelighetshensyn.

Men om det er de gamle damene og mennene eller de halvunge som skal prioriteres er han usikker på.

Jeg har opplevd at et pasientforhold har blitt avsluttet på grunn av at jeg ikke kunne fornye førerretten. Når det gjelder informasjon om reglene rundt bruken av benzodiazepiner så skal jeg bli litt mer tydelig på en del ting. Og blir pasientene sure på meg, så er det kanskje greit også.

Ut fra disse utsagnene kan det identifiseres flere disposisjoner som kan forklare hans praktikk. Erfaringer opparbeidet over flere år og en innstilling til at arbeidet også innebærer ulike utfordrende oppgaver, tyder på at han ser denne pasientgruppen som krevende, og det kan forklare at han unnlater å bruke den ekstra tiden disse pasientene har behov for. Det fremstår som at Arne har et ønske om å hjelpe pasientene med deres problemer, men han opplever at de motsetningsfylte oppgavene utfordrer forholdet til pasientene og han virker unnlattende i sitt ansvar for å unngå ubehagelige situasjoner. Han mener at han bør bli tydeligere på kravene til bruk av benzo-preparater og det kan virke som at han støtter seg på regelverket for å gjøre det enklere å takle misnøye hos pasientene. I tillegg får vi via uttalelser et innblikk i at han anser behandlingstilbudet som en utfordring med tanke på avhengighet og usikkerhet rundt effekt utover 3 måneder, likevel fremstår han passiv i sine tiltak overfor benzo-brukerne (Helseinformatikk, 2018).

Han sier at han opplever en liten økning i forespørselen av benzo-preparater blant yngre pasienter der forbruket ofte er forbundet med avhengighet. I arbeidet sitt som fastlege er han opptatt å utføre en jobb som er forsvarlig og til det beste for pasientene, hvor de føler seg ivaretatt og har tillitt til han som fagperson. Gjennom mange år som fastlege har han opparbeidet seg mye kunnskap og han har jevnlig deltatt på månedlige fagmøter med andre fastleger for faglig oppdatering. Langvarig og bred erfaring med denne pasientgruppen gjør det mulig for Arne å se endringene i fastlegens oppdrag, men erfaringen gir ham kanskje også ballast til å foreta en kritisk vurdering.

Han har i sin posisjon og ut fra sin kunnskap ansvaret for å gi den best egnede behandlingen til pasienten. Han uttrykker et ambivalent forhold til behandling med benzodiazepiner utover en akutfase, men i mangel av gode alternativer og tilstrekkelig tid finner han det vanskelig å ikke tilby disse medikamentene. Det kan også være en forklaring på at han gir lite informasjon om medikamentene, virkning, bivirkning og at disse kan påvirke kjøreferdighetene. Han tilbyr heller ikke ingen oppfølgingskonsultasjon for støtte og henvisning til annen behandling som anbefales av Nasjonal faglig veileder vanedannende legemidler fra Helsedirektoratet. Gjennom kurs har han fått økt kompetanse om bruk av

benzodiazepiner og førerrett, noe som har økt hans bevissthet og gjort han mer våken på hans ansvar som sakkyndig overfor pasienter som behandles med benzodiazepiner. Arne opplyser heller ikke om at han gir nødvendig og tilpasset informasjon om oppdraget og formålet med kontakten til den som undersøkes eller vurderes.

Arne investerer mye tid i jobben sin og mye av «fritiden» går til jobb, noe som kan være et resultat av at han føler stort ansvar for pasientene og arbeidsoppgavene sine. Han uttrykker at han både kjenner på tvil angående behandlingen i forhold til vurderingene og at han gjerne skulle gjort en større innsats i enkelte saker. Det kan kanskje forklares med at han opplever at det er inkonsekvens i systemet og at dette utfordrer pasientforhold, samt at sakkyndigoppgaven kommer som ekstra i tillegg til behandleroppgavene som han opplever som sin hovedoppgave overfor pasientene.

Arne fremstår i vår samtale som en trygg og tydelig mann, med glimt i øyet og en god balanse i bruk av galgenhumor. Dette kommer frem når han prater om at han ikke har opprettet noen varslingsaker til fylkesmannen etter at de nye helsekravene tredde i kraft, samt når han sier han håper den nye kunnskapen han har fått gjennom kurset trafikkmedisin kommer pasientene til gode, med en undertone av at dette kan bli møtt med misnøye av pasientene som har førerrett.

9.2.4 Relasjonen mellom posisjon, posisjoneringer og økonomisk kapital

Økonomisk kapital er ikke uttrykt medvirkende til å kunne beskrive Arnes praksis. Gjennomsnittlig årslønn for fastleger med spesialitet i allmennmedisin med over 10 års ansiennitet kan vi anta en årlig inntekt på rundt 1,2 millioner kr. Dette tar utgangspunkt i at legen har ca. 1200 pasienter og inkluderer ikke legevakter og jobber i gjennomsnitt 55,6 timer i uka (Amundsen, 2019) (Statistisk sentralbyrå, 2019). Arne har 1350 pasienter på sin liste og vil derfor mest sannsynlig ligge en del høyere i inntekt. Dette er en relativt stor pasientliste og selv om vi ikke vet sammensetningen av pasienter eller hvor ofte de er i kontakt med han vil jeg anta han har mange konsultasjoner i løpet av en dag. Dette kan medvirke til at han opplever at presset om effektivitet er høyt og at han ikke har så mye tid til hver pasient, siden lange konsultasjoner ville bety færre konsultasjoner per dag, noe som etter Arnes syn ville gå ut over pasientbehandlingen, ettersom han da ville kunne tilby færre pasienter hjelp/legetime på en gjennomsnittsdag. Uttalelsen om å ha lite tid til oppfølging av benzo-pasientene kan tyde på at han tenker slik.

Lege er et yrke med både høy status og er høy lønn. Arne forteller at lønnen ikke var motivasjonen for at han spesialiserte seg, men at det ble en forutsetning for å opprettholde fastlegehjemmelen fra 1. januar 2017. Han jobber stort sett det samme antall timer som før spesialiseringen, men tjener omtrent 400 000 kr mer enn før spesialiseringen, etter eget utsagn. Han bor i en enebolig i nabokommunen til jobben, har arvet en hytte av enkel standard som hans far bygde i kommunen der han ble født og han reiser stort sett på ferie til varmere strøk hver sommer. Dette gir inntrykk av solid økonomisk kapital og økonomisk trygghet.

9.2.5 Relasjonen mellom posisjon, posisjoneringer og sosial kapital

Arne har vært samboer i 30 år, han har tre voksne barn fra et tidligere forhold som ikke bor hjemme lengre. Han har god kontakt med dem og omgås dem jevnlig. Han jobbet mye da de var små, men prioriterte å være hjemme sammen med dem på ettermiddagen for så å dra tilbake på jobb etter leggetid og sitte utover natten. I dag har han ingen barn som styrer eller begrenser når han skal jobbe og en kan tenke seg at det gir større frihet til å bruke mer tid på jobb, også til å delta på kurs og faglig tilstelninger. For å relatere denne disposisjonen til hans yrkesliv kan kompetanseheving og tid være et positivt bidrag for hans pasienter. Likevel er det ikke noe ved det han sier som tyder på at han bruker ekstra tid på de pasientene som trenger det mest, men derimot ser det ut som at han heller tar seg tid til flere pasienter. Stort sett arbeider han ikke mer i dag enn tidligere, men han legger opp arbeidsdagene slik at han får brukt fritiden i større grad slik han selv ønsker.

Arne forteller at han har begynt å spille litt tennis sammen med en kollega og at han spiller bridge en gang i uken fast. Dette gir han mulighet til å pleie samholdet med kolleger og venner også utenfor jobb. Dette gir rom for felles refleksjon og prat om arbeid med noen som har liknende erfaringer, samt å investere i helse og kropp for å få overskudd til krevende arbeidsdager. Det er rimelig å anta at Arne har et jobbnettverk som gir sosial kapital, til tross for at han jobber i solopraksis. I mange år har han hatt faste faglige møter med kolleger, og kollegaer kan ansees som en støtte i utfordrende arbeidsoppgaver selv om han selv ikke trekker frem dette som noe som er av betydning.

9.3 Erik

Erik er 35 år og fastlege med vel 7 års erfaring, deriblant med godkjenning som fly- og petroleumslege. Han fikk godkjenning som spesialist i allmennmedisin i 2017 og jobber i dag ved et legekantor i fellesskap med seks andre leger, samt to turnusleger. Legekantoret ligger i en mindre kommune i Norge og er et såkalt interkommunalt legekantor som dekker flere

småkommuner i området. Han bor selv i samme kommune. Her har legene pasientansvar i ulike deler eller kommuner.

9.3.1 Eriks posisjoneringer

Erik ble autorisert lege i 2011 og jobbet i tre år før han startet med spesialisering i allmennpraksis. Han gjennomførte spesialiseringen på normert tid, 4 år, med ett år sykehustjeneste og de poenggivende kurs som kreves. Kun to av kursene er obligatoriske for alle fastleger, utover dette har han valgt etter eget ønske og interesse. Spesialiseringen er ikke noe han har stilt spørsmål ved. Erik har det som et naturlig forløp og som noe som er kompetansegivende. Han deltok ikke på trafikkmedisinkurs da de nye helsekravene trådte i kraft i 2016, men har oppdatert seg på egen hånd ved å lese lovverket og diskutere med kolleger og mener han har satt seg godt inn i de nye kravene. Han betrakter jobben sin som viktig og givende, selv om han opplever det utfordrende å ha ulike roller.

9.3.2 Erik om oppgaven som sakkyndig

Når han prater om oppgaven som sakkyndig, omtaler han den selv som politi eller dommer:

Ja, det synes jeg fordi at, det er ikke, tror ikke pasientene helt er klar over den rollefordelingen, altså når de kommer og ber om en helseattest at vi da er sakkyndig. For, for dem så er jeg, altså er jeg fastlegen uansett.

Han poengterer at for å opprettholde gode relasjoner og tillitsforhold så bruker han å informere pasientene om at det ikke er han som har satt disse reglene, men at det bare er slik helsekravene er. Dette er stort sett ikke noe problem og pasientene godtar kravene som er satt. For noen virker det også motiverende for å trappe ned eller slutte med medikamentene for å kunne beholde førerretten. Vekslingen mellom å være behandler og sakkyndig er ikke den artigste delen av jobben, men mange andre spennende oppgaver veier opp for det som ikke er så artig, og Erik opplever det positivt at det er rom for å være syk og likevel fylle helsekravene. Ulike arbeidsoppgaver kan oppleves som et gode, da det gir variasjon og allsidighet i arbeidet, noe som han sier han trives med.

Pasientgruppen som behandles med benzoer er etter Eriks erfaring gjerne folk som ikke har hatt det så lett i livet, og hvor medikamentene blir en måte å løse utfordringene på. Han mener det kanskje kunne vært løst på andre måter, men kommer ikke opp med alternative behandlingstilbud eller tilbud om hyppigere konsultasjoner. Han opplever førerkortforskriften som veldig konkret med lite rom for tvil. Derimot tenker han ofte på om benzo er den riktige behandlingen og han er stadig i tvil om han har gjort nok for å motivere for andre behandlingsmuligheter. Han anser i flere tilfeller at bruk av spesialister er helt riktig, men han

er noe reservert når det er snakk om avrusningsklinikker med innleggelse for han er usikker på hvor bra det er å plassere likesinnede sammen i en slik behandlingssituasjon: «Det er jo der du, du treffer jo likesinnede og ... så er det jo like, like barn leker best, hvor, hvor bra er det egentlig å være på, ... nedtrapping der?»

I forlengelsen av dette forklarer Erik at i de tilfeller det er behov for nedtrapping vil han gjerne prøve selv først, og de gangene han har foreslått behandling på klinikk for pasienter har de ikke vært interessert. Dette har kanskje påvirket Erik til å bli mer tilbakeholden med å henvise pasienter og heller prøve å finne en løsning han selv finner riktig for dem. Han påpeker at endringene av forskriften har medført økt fokus på helsekravene og at han tenker oftere på førerkort i forbindelse med behandling med benzodiazepiner. Han sier at det kommer mer naturlig som en del av behandlingen, men at økt erfaring også kan være en medvirkende faktor og at det kanskje ikke utelukkende handler om endringen av forskriften. Han poengterer at mesteparten av førerkortvurderingene er veldig greie, kravene har blitt veldig konkrete og mye lettere å vurdere. Flere benzodiazepiner som har hatt størst påvirkning av førerevnen er dessuten fjernet fra listen over lovlige legemidler i førerkortforskriften for å ivareta trafikksikkerheten. Dette har forenklet vurderingene for legen: «Ja, og jeg tenker også at det er helt riktig. Jeg hadde, altså sånn personlig så tenker jeg det godt kunne være enda strengere, at det på en måte var nulltoleranse for medikamentbruk og bilkjøring.»

I forbindelse med dette trekker Erik frem at legene ikke har så stor myndighet og gjennomslagskraft til å påvirke kravene: «Men det skjønner jeg – det er jo kanskje ikke sånn politisk... hehehe, gjennomførbart.» Med dette indikerer han at det på helsevurderingsfeltet er hierarkiske skiller mellom de ulike agentene som deltar i utformingen av kravene, og at man jobber med utfordringer hvor det hersker ulike interesser og tilnærminger.

I det store og hele ser ikke Erik noen store svakheter ved de nye kravene i førerkortforskriften, men heller en positiv forandring med større bevissthet om medikamentbruk og bilkjøring i befolkningen generelt. Han opplever at pasientene stort sett ønsker å være loyde og følge reglene, noe som gir han mer ro i arbeidet som portner for myndighetene og han syns ikke denne delen av arbeidet påvirker forholdet til pasienten i negativ retning.

Erik mener han har god kjennskap til de nye helsekravene. Han har oppdatert seg ved å lese forskriften, prate med kolleger og delta på kurs. Likevel stiller han spørsmål til at det ikke foreligger et krav om at alle leger som er satt til å gjøre en helsevurdering skal ha en form for godkjenning som sikrer et hvis kunnskapsnivå:

Ehh, sånn som med, sånn som jeg sier for alle andre typer sertifikater du skal ha, altså flysertifikat, dykkersertifikat, hvis du skal jobbe offshore eller være sjømann, så på en måte må du gå til lege som har den godkjenningen i orden, mens skal du ha førerkortet så holder det å gå til en, altså hvilken som helst lege, det er ikke noe krav om at det må være fastlegen heller, du kan jo være, du kan jo være en annen lege som skriver ut.

I forlengelse av dette kommer han inn på nye utfordringer som er kommet til, konkurrerende privatleger og nettleger. Her kan pasientene fritt bestille konsultasjon hos leger som ikke kjenner dem og be om en helsevurdering. Nå er ikke Erik kjent med hvordan det fungerer med nettbaserte tilbud, men dette er leger som ikke har journalen til pasientene og ikke kjenner dere historie. Journalen er et internt dokument på legekantoret og må etterspørres for å få tilgang til den. Eneste felles oversikt alle leger har på pasienten er reseptregisteret hvor de kan se hvilke legemidler som er utskrevet til pasienten tidligere, hvis de tar seg tid til å logge seg inn. Erik tror det kan være en svakhet i systemet at vurderingen blir gjort ut fra hvilken kunnskap den enkelte lege selv har. En kobling mellom journalsystemet og førerkortsystemet hadde vært ønskelig slik at en kunne sett om pasienten hadde førerrett, mener han.

Han tenker at det kanskje kunne være en god løsning å ha egne leger, en form for førerkortleger som var spesialister på trafikkmedisin og som tok seg av helsevurderingene for førerrett, eller at det var et sertifiseringskrav med jevnlig krav om resertifisering for å holde kunnskapen oppdatert. Han sier det ikke finnes noen formell opplæring for hvordan en helsevurdering for førerkort skal gjøres eller hvilken informasjon som skal gis. og at det da blir litt ut fra den kunnskapen hver enkelt lege har. Selv posisjonerte han seg ganske tidlig i yrket ved å ta utdanning både som fly- og offshorelege. Dette kan også gi en antagelse om at Erik ser på videreutdanning og faglig oppdatering som viktig i tillegg til den kunnskapen som erverves i praksis.

Erik trekker frem at han ikke har veldig mange pasienter på sin liste, uten at det kommer frem hvorfor, men det kan antas at fritid er viktig for han. Han sier mye av hans fritid går med til å være sammen med barna etter jobb og i helgene, og han jobber ikke hjemmefra. Det ser ut til at han skiller tydelig mellom jobb og fritid og han setter tid med barna og samboer høyt på prioriteringslisten.

Den informasjonen han gir til pasientene som får utskrevet benzodiazepiner i forbindelse med en helsevurdering dreier seg i hovedsak om helsekravene og hva som er forenelig med bilkjøring, sier Erik. Han trekker også frem spørsmålet til pasientene om å slutte med medikamentene, men sier lite om virkning, bivirkning og risiko: «Nei altså det ... bruker jo å

spørre om altså, ehh, altså er det ... skal du fortsette å bruke det her eller er det ... skal du prøve å slutte eller ... prøve ...»

I denne sammenheng sier Erik at mange av brukerne av benzo har brukt disse såpass lenge at de ikke er motivert til å slutte så lenge de fyller helsekravene. Han mener at dette stort sett gjelder voksne pasienter, de over 40 år. Dette er pasienter han kjenner og opplever å ha god kontroll på forbruket til: «Så, så har jeg rimelig god kontroll på både forbruket og hvilken tid neste, neste resept tid for neste resept.»

Dette er pasienter han anser det greit å gjøre en avtale med mot at de ringer når de har behov for mer medisin. Pasienter som derimot får utskrevet benzo akutt eller som behovsmedisin ønsker han å ta inn for å gjøre en vurdering av ved eventuelt videre behov: «Da tenker jeg, da bruker jeg å ta dem inn.»

Ifølge pasientrettighetsloven skal pasienten informeres slik at de selv kan få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Å ta dem inn til konsultasjon gir en fin anledning til at pasienten selv skal ta del i behandlingsforløpet og ivareta egne interesser, sier Erik.

9.3.3 Relasjonen mellom posisjon, posisjoneringer og kulturell kapital

På samme måte som hos Arne kan Eriks disposisjoner bidra til å forklare hans praksis, hans posisjon og posisjoneringer. Dette kapitlet tar for seg en diskusjon om sammenhengen mellom «Eriks» posisjon, posisjoneringer og de tre grunnformene for kapital.

Det kommer ikke frem hvorvidt Erik valgte å utdanne seg til lege. Han er relativt nyutdannet med 6 års erfaring som fastlege, hvorav et år som spesialist i allmenntilleggsmedisin. Han har arbeidet ved det samme legekontoret hele tiden, med unntak av et år på sykehus som trengs for å få godkjenning som spesialist. Under spesialiseringsperioden tok han flere poenggivende kurs, deriblant trafikkmedisinkurset. I tillegg er han sertifisert som fly- og petroleumslege. Dette kan være en indikasjon på at han ser på god kjennskap til regelverket som viktig for å gjøre gode vurderinger, både for pasientene og i forhold til forsikringsselskapene som er interessert i om vurderingene er gjort på en tilfredsstillende måte ved en evt. ulykke. I tillegg kan det sees på som han har stor ansvarsfølelse både i sin rolle som behandler og sakkyndig.

Erik uttrykker selv at han opplever en viss form for overvåkning fra forsikringsselskapene og at dette har medført at han har blitt ekstra påpasselig med å skrive på resepten hvordan legemidlene skal brukes slik at han skal ha ryggen fri. Her må han kunne vise til at han har gitt pasientene tilstrekkelig informasjon om riktig bruk av legemidlene. Han påpeker også at

han gir tydelig informasjon om helsekravene til pasienten ved å vise frem veilederen i førerkortforskriften, samt muntlig kjøreforbud når det er behov for det. Han opplever dette som en fin måte å presentere kravene på for å unngå ubehaget han opplever med å inneha ulike roller overfor pasientene. Dette er roller han opplever står uklart for pasientene som alltid vil se på han som fastlegen sin som de kan komme til for å få kyndig medisinsk hjelp. Erik opplyser ikke om at han informerer pasientene sin om sine ulike roller. Han uttrykker at spørsmålet om helsekrav og førerkort er noe som blir tillagt oppmerksomhet hvis det blir tid til det, et utsagn som kan relateres til en arbeidshverdag med mange arbeidsoppgaver og at hovedfokuset i utdannelsen til legen er behandling av pasientene og ikke sakkyndigrollen.

Kunnskap om regelverket og hvordan en skal praktiser er helt avgjørende for at informasjonen blir gjennomført tilfredsstillende, understreker Erik. Han sier det ikke er noen retningslinjer for hva den enkelte skal informere om og hans ønske om å få egne spesialiserte leger til å foreta helsevurderingene kan nok relateres til dette

I det stor og hele sier Erik at han ikke opplever store utfordringer med de nye helsekravene, men heller noen svakheter med systemet. Han har god kjennskap til pasientene og deres historie og anser det som en god løsning at fastlegen gjør kjørevurderingen. Likevel ser han for seg at en kobling mellom journal og førerkortregisteret ville gjort det lettere å ha kontroll med hvem som har gyldig førerkort. Det at han omtaler oppgaven som sakkyndig litt lattermildt som politi og dommer, kan være en indikasjon på at han opplever den som kontrollerende og noe utfordrende i forhold til det han ser som sin hovedoppgave overfor pasientene, selv om han sier det går greit å håndtere de to rollene.

Erik sier han liker variasjon og har et yrke som består av mange ulike arbeidsoppgaver. Jobben er lite rutinepreget og den gir han mulighet til å styre litt selv hvordan dagen skal legges opp, noe som også gir han mulighet til å prioriter tid med barna og samboer. Denne posisjoneringen kan relateres til at han ikke bor sammen med mor til barna, at han vil ta sin del av ansvaret og ikke vil at jobben skal gå foran tiden sammen med dem.

Måten Erik posisjonerer seg på i forhold til sin vurderingspraktikk, som han også omtaler som en tildelt oppgave, kan stamme fra medisinstudiet hvor fokus er helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid, samt behandling ved sykdom og skade. Det innebærer et hovedfokus på verdier om å hjelpe og bidra med noe som forbedrer situasjonen til pasientene. Og for noen pasienter er fastlegen den viktigste støttespiller når livet byr på utfordringer. Han kjenner selv på utfordringen med at egne verdier settes opp mot opplevelsen av å påføre

pasientene noe negativt i posisjonen som sakkyndig. Synet på dagens praksis med helsevurderinger kan også relateres til Eriks arbeidserfaring med de gamle kravene før de nye tredde i kraft i 2016. Etter overgangen har fastlegene måtte gå inn i tydeligere rolle som sakkyndig og lojalitetsforholdet mellom pasient og lege har blitt satt på prøve. Dette dilemmaet er et etisk tema i legeforeningen, men berører også den enkelte leges verdigrunnlag og fastlegens rolle overfor pasientene. Erik tenker at brukergruppen av benzodiazepiner i hovedsak er mennesker som har hatt noe tøffe prøvelser i livet, noe som i seg selv kanskje kan forklare og muligens forsvare bruken. Han ser at dette er en behandlingsform som kan være til god hjelp i korte perioder og i krisesituasjoner, men er bevisst faren for tilvenning og avhengighet etter bare 3-4 uker daglig bruk. Han jobber bevisst for å unngå langtidsbruk og i de tilfellene han bruker benzo som behovsmedisin ser han det nyttig å ta inn pasientene til ny vurdering i de tilfellene der pasientene ber om mer medisin. Dette kan være et uttrykk for ansvarsfølelsen han føler overfor pasientene og står naturligvis ikke uten sammenheng med usikkerheten av at langvarig bruk kan påvirke kjøreevnen. Dette kan nok også forklare hans tanke om nulltoleranse for medikamentbruk og førerrett.

Det å ivareta pasienter på en god måte krever både refleksjon og selvstendighet av legen for at han skal kunne fatte riktige avgjørelser, mener Erik. Hans ønske om å hjelpe pasientene blir satt på prøve i forhold til hans kunnskap om problemene langvarig bruk kan gi. Han er ofte i tvil om han gir rett behandling og om han har bidratt nok til å finne alternative løsninger. I de tilfeller han ser det nyttig å henvise pasienter til spesialister er dette et forslag han lufter for pasienten. Det kan dreie seg om nedtrapping under kontrollerte former, men det er ikke pasientene interessert i. For dem står dette rimeligvis i sammenheng med erkjennelsen av å ha et problem og med riset bak speilet - faren for å miste førerretten.

9.3.4 Relasjonen mellom posisjon, posisjoneringer og økonomisk kapital

Erik uttaler seg ikke om økonomisk kapital på noen måte som kan forklare hans praksis og posisjoneringer. Men noen antagelse kan man kanskje likevel trekke ut fra inntektsnivået til fastleger og uttalelser om andre disposisjoner. Erik er spesialist i allmennmedisin og ut fra en gjennomsnittlig årslønn er inntekten hans blant den høyeste en i hans posisjon kan oppnå. Han har ingen stor pasientliste, 600 pasienter, knapt halvparten av hva som er anbefalt maksimum for en allmennleges pasientliste. Han sier ikke noe om hvorfor han ikke har flere pasienter på listen, men han har ansvar for to barn på 3 og 5 år som krever tid og oppfølging, noe som kan være avgjørende for at han velger færre pasienter på listen. I tillegg har han legevaktjeneste, det er en inntekt som kommer i tillegg til fastlegelønnen. Hans økonomiske situasjon gjør han

i stand til å ha enebolig, selv som eneforsørger. Han har også økonomisk frihet til å reise, selv om han ikke er noen initiativtaker til å organisere turer selv. Han har egen bil og benytter denne til jobb om dagene. Dette indikerer en solid økonomi, og kanskje nettopp derfor kan han velge å verdsette fritid mer enn å øke pasientlisten sine. På grunnlag av manglende utsagn og posisjoneringer knyttet til økonomi er det vanskelig å knytte noen forbindelse mellom hans økonomiske kapital og Eriks praksis, skjønt det kan tyde på at økonomisk kapital ikke er «det høyeste gode» for Erik og at tid til pasientene og grundig arbeid er viktigere for ham enn maksimalt økonomisk utbytte av jobben. Hadde det siste vært tilfelle, ville listen hans nok vært lengre.

9.3.5 Relasjonen mellom posisjon, posisjoneringer og sosial kapital

Erik har to barn på 3 og 5 år og gir uttrykk for at han er en hektisk fase i livet hvor barna krever mye av tiden utenfor jobb. Det eldste barnet er skolestarter av året og det byr på nye oppgaver. Erik bor ikke sammen med mor til barna, men har som han selv omtaler det startet på «nytt» med samboer. Han har ingen spesielle fritidsinteresser han trekker frem, fritiden blir prioritert med barna og samboer, og det blir mye hjemmesitting. Han skiller tydelig mellom jobb og fritid og tar ikke med seg jobben hjem. For å relatere denne disposisjonen til hans yrkesliv vil nok en som ser sitt ansvar og følger opp dette også ha med seg ansvarsfølelsen i jobbsammenheng. Hva Erik angår, er en slik tolkning i samsvar med analysen i det foregående underkapitlet.

Erik trekker også frem gode kolleger og godt samarbeid som viktig i hans arbeidsliv. Spørsmål som dukker opp i arbeidshverdagen er noe han snakker med kollegaer om og de er støtte for hverandre i krevende situasjoner. Dette kan ses som en del av hans sosiale kapital og kan være av betydning for hans spesifikke praksis.

9.4 Trine

Trine er 43 år gammel og jobber som fastlege ved et legesenter med 3 fastleger og 4 deltidsansatte helsesekretærer. Her jobber hun som selvstendig næringsdrivende med samarbeidsavtale med kommunen, en såkalt 0-avtale der støttepersonell er kommunalt ansatt. Hun er under spesialisering i allmennmedisin og skal etter planen være ferdig om litt over et år. Legesenteret ligger i en mindre kommune i Norge, og hun bor selv i kommunen.

9.4.1 Trines posisjoneringer

Trine har arbeidet som fastlege i 5 år og har i dag i et årsvikariat ved en medisinsk avdeling ved et større sykehus i Norge som et ledd i spesialiseringen i allmennmedisin. Hun betrakter

jobben som fastlege som nokså krevende og legger ned mange arbeidstimer gjennom en uke. Legevakt kommer i tillegg på ettermiddagen, helg og natt. Hun er av den oppfatning at spesialiseringen er en litt planløs ordning hvor legene sanker poenggivende kurs litt tilfeldig. Tanken om en viss faglig progresjon er god, men det er ingen oppfølging og kvalitetssikring av ordningen. Dette utsagnet gir inntrykk av at Trine ikke betrakter kravet som spesielt nyttig for hverken legene eller pasientene.

Da de nye helsekravene for førerkort trådte i kraft hadde ikke Trine mulighet til å delta på kurs. Hun har selv tatt ansvar for å oppdatere seg på egen hånd ved å lese, diskutere og dele erfaringer med kolleger omkring temaet.

Etter endt turnustjeneste på legestudiet var Trine så uheldig å brette foten. På grunn av komplikasjoner medførte bruddet lang rekonvalesenstid og det var usikkert hvilken type legejobb hun ville kunne fungere i. Da hun fikk tilbud om et 3 måneders vikariat som fastlege takket hun ja, og hun trivdes godt i jobben. Det var litt tilfeldighetene som brakte Trine til allmennmedisinen.

9.4.2 Trine om rollen som sakkyndig

Når Trine omtaler jobben som sakkyndig i førerkortsaker, er det med uttrykk av sterk opplevelse av rollekonflikt ovenfor pasientene. Hun sier:

Det er fryktelig, og det er veldig, veldig ubehagelig for det er kanskje folk som er også, vel syke, da, som trenger ... trenger førerkort, er mer avhengig av det og, og da si at det kan ta tre måneder før du får dette godkjent er jo veldig ubehagelig ...

Hun har ikke opplevd at benzodiazepiner har vært årsaken til at helsekravene ikke er oppfylt, det har vært andre helseutfordringer, men kan lett se at dette er overførbart også til denne gruppen. Til tross for ubehaget uttrykker hun at dette er noe hun må forholde seg til, og hun kan ikke annet enn å vise til lovverket og ansvaret til den enkelte fører. Det hun sier gir inntrykk av at hun er opptatt av å ivareta ansvaret sitt ovenfor myndighetene, samtidig som det er viktig for henne å bevare et godt forhold til pasientene sine. Trine uttrykker sin frustrasjon og dilemmaer ved det å gi muntlig kjøreforbud. «Jeg er jo ikke politi heller,» sier hun og bruker dermed samme metafor som Erik om sakkyndigvurderingene.

Når hun får spørsmål om hvor effektivt hun tror muntlig kjøreforbud er, svarer hun:

Jeg vet ikke, jeg aner ikke. Det blir litt sånn, altså jeg tenker det kan ikke vær mitt ansvar, det kan jo ikke det, altså man kan ikke gjøre mer ennå vise til lovverket og si at, ehh ... sånn det er nå så kan ikke du kjøre bil og det er ditt ansvar.

Trine sier at hun mistenker at noen pasienter kjører til tross for muntlig kjøreforbud. Så i hvilken grad muntlig forbud har effekt er hun usikker på. Dette gjelder både ved nedtrapping, tilvenning og justeringsperioder av benzodiazepiner. Men så lenge hun har formidlet forbudet til pasienten ligger ansvaret hos pasienten selv, presiserer hun, selv om det kan virke som hun føler på ansvaret. I tilfeller der en bilfører har grunn til å tvile på om føring av motorvogn kan skje på trafikksikker måte, plikter vedkommende å oppsøke lege for undersøkelse før videre kjøring finner sted, men i sin tid som fastlege har Trine foreløpig ikke opplevd at noen pasienter har tatt kontakt på bakgrunn av at de ikke har følt seg egnet til å kjøre.

Det er i fastlegesystemet en mulighet for å søke bytte av fastlege inntil to ganger i året, samt få en ny vurdering av sin helsetilstand hos en annen lege som har fastlegeavtale. Hvis det blir snakk om å frata en pasient førerretten er det en fare for at pasienten blir sint og ønsker å bytte fastlege. Om denne muligheten sier Trine: «Mange pasienter er jo veldig avhengige av fastlegen sin og hvis de da blir så sinte at de bytter så, ja det er jo også deres eget ansvar. Men jeg vil tro det, at for noen er det ganske uheldig.» Hun nevner muligheten for å henvise til en egen instans eller spesialiserte leger som kan ta seg av helsevurderingene i forhold til førerkort, slik at fastlegene slipper et tillitsbrudd.

Dette indikerer at hun opplever et paradoks i systemet der best mulig behandling og ivaretagelse av pasientene utfordres når legen har ulike roller. Dette relaterer hun til at fastlegene anser behandlerrollen som sin hovedoppgave, der det stadig kommer nye tilleggsoppgaver og legene opplever at de må tilpasse mye av konsultasjonstiden etter rammebetingelsene for sakkyndigrollen. Dette utfordrer også målbeskrivelsen og gjennomføringsplanen for spesialiteten i allmennmedisin: «Allmennlegen skal ha en forpliktende rolle i forhold til sin pasientgruppe og ta vare på pasienten over tid, slik at pasienten kan føle seg trygg» (Helse og omsorgsdepartementet, 2016).

Når det gjelder egne arbeidsoppgaver opplever ikke Trine at disse har økt vesentlig etter innføringen av de nye helsekravene, men at de i dag er mer orientert mot sakkyndig beskrivelse og behandling, noe Trine ser kan være årsaken til at dette arbeidet ikke får den prioritet det skulle hatt og at det kanskje kan være noe av grunnen til at dette er nedfelt i forskrift, som en del av deres plikter. Men hun berømmer samtidig de nye helsekravene, de har blitt tydeligere og mer rettfærdige og har forenklet hennes vurderingsarbeid. Hun mener også at hun selv er blitt mer oppmerksom på hva pasienter bruker av medisiner og kommenterer dette: «Litt med tanke på det, fordi det blir jo mer alvorlig hvis det skulle skje

noe og det viser seg at man har skrevet ut medisiner til pasienter og de ikke oppfyller helsekravene og det skulle skje noe.»

Dette utsagnet kan være et uttrykk for at hun er redd for «uønskede hendelser» eller det vi kan kalle feilvurderinger. Med en eventuell feilvurdering følger også faren for at hun kan bli klaget inn til fylkeslegen, hvor det blir reist tilsynssak. Og det som kanskje enda verre er, ansvaret og samvittigheten for pasienten som det evt. skulle ramme.

Trine tror at mange leger har et ambivalent forhold til utskrivning av og behandling med benzodiazepiner. Mange føler nok på usikkerhet og tvil på grunn av kontraindikasjonene, tror hun, samtidig som de mangler gode alternative tilbud å komme opp med. Trine gir på ulike måter uttrykk for en bevissthet rundt bruken av benzodiazepiner som behandlingstilbud.

Ehh, jeg synes at den type medisiner er veldig vanskelig, fordi alle leger vet jo at det er, det er ikke noe god, det er ikke noe god indikasjon for å bruke det og likevel er det mange som, som gjør det.

Hun vet benzodiazepinene kan gi uheldig ruseffekt og at det er fare for tilvenning, og hun er opptatt av å begrense bruken. Trine trekker frem en erfaring fra studietiden der hennes veileder som var psykiater sa at den eneste indikasjon for bruk av benzodiazepiner var hos pasienter som hadde angst på grunn av psykoser. Dette er noe som har festet seg hos henne og hun er ganske bevisst med tanke på egen praksis og valg for praksis.

Kanskje, hvis det er noen store tragedier eller samlivsbrudd, så kan de jo få noen tabletter, men jeg ville nærmes tenke at jeg kanskje skal ha, bare ha liggende her på kontoret så de kan få to tabletter i stedet for en resept, ikke sant?

Trines prøver å være forsiktig med å starte opp behandling med benzodiazepiner, spesielt for pasienter som ikke har brukt dette tidligere. I de tilfellene hun vurderer det som riktig å tilby denne behandlingen, der det er snakk om doser som er forenelig med bilkjøring, sier hun at informasjonen hun gir er noe tilfeldig og nok ikke oppfyller retningslinjene for informasjon. «Jeg tror nok ikke jeg (ler) oppfyller det man egentlig skal si i hvert fall,» sier hun.

I forbindelse med dette trekker Trine frem at det ikke foreligger noen fast oppfølgingsplan for de pasientene som har brukt disse medikamentene over lang tid problemfritt. De kan få fornyet resept uten å komme til konsultasjon på lik linje med en del andre legemidler. Selv har hun et forsett om at alle pasientene på listen hennes som får foreskrevet legemidler skal komme innom til en årlig gjennomgang av medisinlisten. Dette er ikke et krav, men hun tror det handler mye om hvor motivert den enkelte lege er, pasienten og tilgjengelig tid. Trine

deltok selv først på kurs i trafikkmedisin høsten 2018. Hun har selv tatt ansvar for å oppdatere seg om det nye lovverket og hun har diskutert temaet med kolleger. Hun påpeker at det ikke er pasienter med stabilt forbruk over lengre tid hun vier størst oppmerksomhet.

Jeg prøver jo å si at nå har det nok ingen effekt på deg lenger, altså, eller at sobril eller zopiclone er bare tenkt til kort ... korttidsbehandling og når man bruker det mer, så tror jeg ikke det er så veldig mange ukene (ler) man skal bruke det før effekten går ut og at man da går inn i en avhengighetsabstinens.

Trine føler hun prøver å gjøre en innsats for å forklare dette, men meddeler med litt oppgitt latter at hun ikke vet om det er så vellykket. Hun føler det er vanskelig å nå frem med budskapet til pasientene. Opplever hun en økende etterspørsel og forbruk, der det nærmer seg et bilde av rusproblematikk tar hun inn pasientene på hyppigere kontroller. Her prøver hun også å være streng i forhold til utskrivning av ny resept uten tilsyn.

Hun er stadig i tvil om sine vurderinger. Dette har sammenheng med at det ikke er gode indikasjoner for å bruke denne type medikamenter over lengre tid, og usikkerheten til bivirkninger av langvarig bruk. Hun påpeker også at begrenset kapasitet i en ellers travel hverdag som en avgjørende faktor.

Når det gjelder samarbeid med spesialisthelsetjenesten ved problematisk bruk av benzoer opplever Trine sakkyndigrollen som litt låst. I de tilfellene hun vurderer at det kunne være nyttig å henvise til spesialist skal problemene være betydelig før henvisningen blir vurdert i spesialisthelsetjenesten. Dessuten er pasientene ikke interesserte i et tilbud om hjelp hos spesialist. Hun blir sittende med behandlingsansvaret selv, og der hun eventuelt ikke lykkes må hun varsle inn til fylkesmannen.

9.4.3 Relasjonen mellom posisjon, posisjoneringer og kulturell kapital

I dette kapitlet vil jeg diskutere hvordan Trines praktikk og posisjoneringer kan forklares ut fra hennes disposisjoner. Inndelingen følger som ved tidligere nevnt de tre grunnformene for kapital: kulturell, økonomisk og sosial kapital som jeg gjorde rede for i kapittel 4.4.

Trine vokste opp i en storby i Norge i en familie med mor og far og en bror. Hun har mange leger i familien, mor er sykepleier, far er kjemiingeniør som har jobbet mye med vaksineproduksjon, men broren er ikke medisinsk utdannet. Hun har vært en del av et miljø med relativt høy medisinsk kapital, noe som kan forklare hennes valg av utdanning. Selv sier hun at valget om å studere medisin var en lang prosess og valget var styrt av mange faktorer.

Hun er utdannet i Norge og har jobbet som fastlege i 5 år. Hun har jobbet flere steder, men mest i legevakt og som allmennlege. De første 3 årene jobbet hun ved et legekantor i en storby i Norge, de siste 2 årene har hun jobbet ved et legesenter i en relativt liten kommune, med et innbyggertall som så vidt har tippet over 10 000 innbyggere. Hun er nå i et vikariat ved en medisinsk sykehuspost for å bli godkjent spesialist i allmenntillegisin.

Trine mener at spesialiseringen gir faglig progresjon, men sier hun er kritisk til at det ikke er et system som registrerer hvilke kurs den enkelte allmennlege deltar på og kvalitetssikrer ordningen. Utover 250 obligatoriske kurspoeng av de 400 poengene man totalt trenger (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018) kan man sette sammen deler av utdanningen sin etter faglige interesser og behov. Dette resulterer i et sprikende kunnskapsgrunnlag blant allmennlegene, hvor ulike verdier, ferdigheter og forventninger vil kunne komme til uttrykk i praktikk.

Gjennom legeutdannelsen innføres man i grunnleggende teoretisk og praktisk kunnskap som videreutvikles og tilpasses fastlegefelleskapet på arbeidsplassen. Man internaliseres inn i yrket og møter forventninger om en viss medisinsk kunnskapsbase, et sett med ferdigheter, god praksis og en anerkjent måte å gjøre vurderinger på. Valget om å delta på kurs i trafikkmedisin vil gi ny kunnskap som kan påvirke vurderingspraksisen. Trines uttrykk for at det oppleves utfordrende å kombinere rollene som behandler og sakkyndig i møtet med pasientene, kan derfor ses i sammenheng med at hun har utviklet og forankret kunnskap, ferdigheter og verdier som gjelder for god behandling og ivaretagelse av pasientene i allmenntillegisinen. Allmenntillegisinenes sentrum er lege-pasientforholdet hvor kunnskapen, ferdighetene og verdiene dreier seg om god pasientbehandling ut fra allmenntillegisinenes kjerneverdier, f.eks. å helbrede, lindre og trøste. Praktikken vil være ulik etter hvem som utfører den og hvilken kunnskap, ferdigheter og verdier som råder på den enkelte arbeidsplass. Likevel vil etiske regler for leger være rettesnor for faglige aktiviteter. Betingelsene for praktikken er i utgangspunktet relativt lik, der både yrkeshabitus og de objektive sosiale strukturer som legger rammer for vurderingsfeltet kommer til uttrykk i praktisk yrkesutøvelse.

Trine sier at hun kjenner på ubehag av å kombinere oppgavene behandler og sakkyndig. Det er tydelig at det skaper en konflikt og at det er noe som hun opplever belastende og utilfredsstillende for både pasientene og seg selv. Dette kan sees som uttrykk for at hun føler stort ansvar for pasientene sine, og at hun ser på fastlegene i behandlerrollen som en viktig støttespiller for pasientene. For henne er det viktig at pasienten skal føle seg sett og ivarettatt, da hun har en tett relasjon til pasientene sine. Hun er en del av en familie som har hatt

helserelaterte arbeid, hvor ivaretagelse av pasienten er idealet. Dette er noe hun ser ut til å leve opp til selv også. Hun snakker om lange arbeidsdager, om at hun lager seg egne ordninger for å følge opp pasientenes medikamentbruk og om at hun bekymrer seg for den interkommunale legevaksordningen i samkommunene som medfører opptil 2 timers reisevei til legevakt for noen av pasientene. Dette indikerer sterk ansvarsfølelse for pasientene, noe som kan spores i utsagnet: «Ja, jeg synes vel at det hadde vært fint å ha en instans å henvise vider til hvis det var snakk om å ta fra noen førerkortet sånn at man slapp et sånt relasjonsbrudd da (...) jeg synes jo det er uforsvarlig, egentlig».

Hun påpeker også at helsekravene til førerkort er et tema hun prater veldig mye med kollegene sin om. Det er mange spørsmål rundt disse og spesielt når det dreier seg om rus. Og benzodiazepiner er veldig ofte involvert i rusrelaterte problemer. «Mange mener at det burde vært egen instans for dette siden fastlegen ofte har en tett relasjon til pasientene sine og denne kan skades hvis man ikke gir helseattest». Hun har stor kunnskap om benzodiazepiner som behandlingstilbud og vet at det er en stor fare for toleranseutvikling etter kort tids bruk.

Trines posisjonering og praksikk er preget av et bevisst ønske om et lavgrads medisinsk tilbud av benzodiazepiner. Trines uttalelser om forsiktighet med å starte behandling med benzo, individuelle vurderinger av toleransegrense hos den enkelte pasient, bivirkninger og at det er få indikasjoner for å bruke disse medikamentene indikerer en holdning til vurderingsarbeidet som speiler yrkets idealer, slik disse er formulert for eksempel i *Oppstarthåndbok for allmennmedisin*. Disse idealene baserer hun praktikkene sine på. Holdningen kan ses i relasjon til hennes erfaringer fra utdanningen da hun hadde en veileder under sin praksistid som ble en viktig rollemodell og en viktig person i Trines egen utvikling. Hennes syn på tilbakeholdenhet med å rekruttere nye brukere og at alle må tåle å ikke få sove noen ganger kan ses i sammenheng med dette. Til tross for dette er det situasjoner hvor hun anser at det er klare indikasjoner for benzodiazepiner, men dette er en skjønnsmessig vurdering - «hvis det er noen store tragedier eller samlivsbrudd så kan de få noen tabletter».

Trine har større bevissthet omkring helsekravene etter innføring av de nye kravene. Hun ser det som positivt at de har blitt strengere. Det forenkler hennes vurdering og er et viktig bidrag til å unngå uaktsom kjøring på grunn av bruk av benzodiazepiner. Når hun snakker om muntlig kjøreforbud vektlegger hun at pasienten selv skal ta ansvar. Hun uttrykker at hun er usikker på hvor godt dette fungerer, og hun tror noen av pasienten kjører likevel. Men hun ser ikke det som sitt ansvar å følge opp og sier hun ikke gjør nye tiltak før etter 6 måneder hvis forbruket ikke er kommet ned på et nivå som er forenelig med å kjøre bil. Måten hun

forholder seg til den opplevde usikkerheten på kan være et uttrykk for at hun ønsker å finne en løsning på situasjonen i samarbeid med pasienten. Det å skape et godt samarbeid med pasienten fremhever hun som en viktig faktor i pasientbehandlingen, og ifølge etiske regler for leger bør samarbeidet baseres på gjensidig tillit. Hun opplever å være en viktig støttespiller for mange pasienter og ser et eventuelt brudd i lege-pasient forholdet som resultat av uenighet om hennes vurdering av helsekravene som uheldig for noen pasienter. Hun begrunner ikke hvorfor, men det kan antas å ses i sammenheng med intensjonene i fastlegeordningen om en helsetjeneste med kontinuitet og stabilitet mellom lege og pasient.

I situasjoner hvor det blir spørsmål om helsekravene i forhold til førerkort ved bruk av benzodiazepiner bruker Trine å henvide til veilederen i førerkortforskriften. Dette ser hun som et nyttig hjelpemiddel i situasjoner hvor pasienter etterspør mer medisiner eller hvor de bruker doser som ikke er forenelig med bilkjøring. Hun opplever at det å kunne vise til regelverket i forskriften fristiller henne noe fra utfordringene hun opplever ved å kombinere ulike roller og kan ses som disponerende for hennes ivaretagelsespraktikk overfor pasientene. I tillegg uttrykker hun at pasientmedvirkning og -deltakelse gir innsikt i regelverket med sine klare og tydelige krav, og som for noen virker motiverende for å beholde førerkortet, men hun tror også at hun iblant gir utilstrekkelig informasjon.

Samarbeid med pasientene har til hensikt å ivareta den enkelte pasients interesse og integritet, dette kan være et mulig insentiv for at hun ønsker der det er mulig gjennom informert samtykke med pasientene å styrke deres innsikt og ansvarsfølelse for sin egen helsesituasjon. På den måten kan hennes vurderingspraktikk av helsekrav for førerkort være et uttrykk for Trines yrkeshabituss, som selvsagt også, akkurat som praktikken hennes, er betinges av de objektive sosiale strukturer som rammer inn allmennlege feltet.

Etter innføringen av samhandlingsreformen har fastlegen fått en tydeligere definert koordineringsrolle i forhold til spesialisthelsetjenesten og myndighetene. De skal fungere som bindeledd mellom pasienten og spesialisthelsetjenesten. Legene arbeider ut fra et mandat gitt av myndighetene og de skal handle i forhold til oppdragsgiver formål. I hvilken grad pasientene er klar over de ulike oppgavene hun utøver er Trine usikker på.

Uttalelsen «Jeg tror nok ikke jeg oppfyller det man egentlig skal si i hvert fall» kan ses i relasjon til begrepet eksternalitet, ut fra at det til stillingen ligger klare retningslinjer om hva det skal informeres om og at det kan få negative konsekvenser for pasientene dersom man ikke gjør det. Som nevnt i kapittel 8.3.4 må fastlegen skille tydelig mellom det å være

behandler og sakkyndig, og legen må gi nødvendig og tilpasset informasjon om sin oppgave. Dette kan ses som en måte å forebygge misforståelser og misnøye som bunner i at legen har ulike roller. Det kommer ikke frem hvorvidt Trine avklarer sin oppgave overfor pasientene, gir informasjon om oppdraget eller at hun skiller tydelig mellom det å være behandler og sakkyndig. Hun uttrykker at hun gir informasjon om helsekravene i de tilfellene det er snakk om et forbruk som ikke er forenelig med kraven, men påpeker også at dette ikke er forankrete rutiner og at hun opplever at dette er noe som lett faller ut i hverdag med mange spørsmål, arbeidsoppgaver og begrenset tid til hver enkelt pasient. Ved å informere og vise til helsekravene legger hun indirekte noe ansvar over til pasienten gjennom medvirkning, samt at hun opplever at det gir gode rammer for en trygg dialog og reduserer risikoen for store uenigheter. Når det gjelder informasjon til pasienter med et stabilt forbruk av benzodiazepiner og gjerne over lengre tid er ikke dette noe som blir tillagt oppmerksomhet. Her vektlegger ikke Trine hverken helsekravene eller informasjon om selve medikamentene. Ved spørsmål om retningslinjer for informasjon uttrykker hun «det er det helt sikkert, det er det jo med alle medisiner, at man skal informere om indikasjon, doser, bivirkninger og varighet og ja» og at dette er kanskje noe hun oppfyller ved oppstart, men det er langt ifra noe som blir vektlagt så lenge det ikke er snakk om bekymringsverdig stort forbruk. Dette gir inntrykk av en utydelig rolleavklaring, en yrkeshabitus hvor lojalitetsforholdet til pasienten står sterkt og at informasjon om medikamentene og helsekravene først blir vektlagt når det er kommet til forbruk som er uforenelig med bilkjøring eller ruspreget.

9.4.4 Relasjonen mellom posisjon, posisjonering og økonomisk kapital

Trine uttaler seg ikke om økonomisk kapital. På bakgrunn av kjennskap til yrkets gjennomsnittlige årslønn for en fastlege med spesialisering med ca. 1100 pasienter på listen kan vi likevel gjøre noen antagelser. Spesialister i allmennmedisin tjener i gjennomsnitt 1,2 millioner årlig, og en fastlege uten spesialisering har rundt 400 000 kr. mindre utbetalt. I tillegg kommer inntekt fra legevaktsarbeid. Allerede før spesialiseringen er i boks kan Trine betegnes som høytlønnet i et yrke med høy status. Hun uttaler at hun jobber mye, uten å angi antall timer, og at det er en krevende jobb, både i forhold til arbeidstid og arbeidsoppgaver. Sånn sett kan man si at lønn står i forhold til ansvar og arbeidet hun utfører. Trine eier både bolig og bil og man kan anta at hun har en god og trygg økonomi.

9.4.5 Relasjonen mellom posisjon, posisjoneringer og sosial kapital

Trine har ingen barn og bor alene etter et samlivsbrudd for kort tid siden. Hun anser likevel å ha et rikt sosialt liv med nær relasjon til familie og venner. Jobben krever mye tid og krefter

og tilsvarende trenger hun tid til å slappe av og samle krefter. Håndarbeid, gå tur og tid sammen med venner og familie er det hun prioriterer i det som er av fritid. Det at hun ikke har familie hjemme som hun må tilpasse livet etter gjør at hun står friere til å tilpasse jobb og fritid etter egne behov, og det kan være en medvirkende faktor til at hun jobber mye, samtidig som det gir henne mulighet til å bruke fritiden til egne behov. Dette kan være en disposisjon som forklarer/bidrar til at hun bruker mye tid og viser stor ansvarsfølelse for sine pasienter. Hun uttaler også at kolleger er viktige støttespillere i faglige spørsmål og hennes daglige nettverk. Det er mulig at Trines sosiale relasjoner kan være et bidrag og av betydning for hennes vurderingspraksis.

9.5 Anne

Anne er 35 år gammel, hun ble autorisert lege i 2014 og har 4 års erfaring som fastlege. Hun er under spesialisering i allmenntmedisin. Hun arbeider ved et legekontor med 9 fastleger og en turnuslege i en kommune med et innbyggertall rett i overkant av 10 000. Hun bor selv i samme kommune.

9.5.1 Annes posisjoneringer

Anne er den av informantene med kortest tid i yrket og med minst erfaring. Hun begynte som fastlege bare få uker før de nye helsekravene i førerkortforskriften trådte i kraft og har derfor liten erfaring med å vurdere helsekravene før den tid. Hun er ikke godkjent spesialist i allmenntmedisin, men er under spesialisering. Tittelen utgjør ingen forskjell i arbeidsoppgavene til fastlegene, og Anne sitter med samme vurderingsansvar for helsekrav til førerkort som en spesialist i allmenntmedisin. Fastlegene fremstår med sammen posisjon overfor pasienten.

Anne deltok på kurs om førerkortforskriftens helsekrav rett etter at de kom og hun opplevde den gang kravene som uklare og lite gjennomarbeidet. Dette kan tyde på at hun er ansvarsbevisst og har et ønske om å være faglig oppdatert for å utføre gode vurderinger, både overfor pasientene og fylkesmannen. Arbeidet med pasienter i allmenntmedisin dekker interessen for faglig bredde og varierte problemstillinger. Anne liker kontinuitet, og hun fremhever det å få følge pasientene over lengre tid og bli godt kjent med dem som en givende del av jobben.

9.5.2 Anne om rollen som sakkyndig

Anne opplever ikke at de nye helsekravene påvirker hennes arbeidsoppgaver eller arbeidsbelastning vesentlig, men mener at dette kan ha sammenheng med at hun har en

pasientgruppe som i liten grad behandles med benzodiazepiner. Hun påpeker at om listen hadde sett annerledes ut, med flere pasienter med høyt forbruk av benzo som ikke var forenelig med førerrett, og hun måtte melde til fylkesmannen, ville hun nok opplevd dette vanskelig. Anne uttrykker likevel at hun kjenner på økt ansvar, noe hun opplever belastende i det hun omtaler som vanskelige tilfeller, uten at hun utdyper dette ytterligere. Hun fremhever måten det her er organisert på, hvor fastlegene har blitt tildelt større ansvar for helsekravene til førerkort. «Altså, jeg synes de kunne spurt oss først ... fordi det er så mange andre oppgaver som blir overført til fastleger uten egentlig å spørre om vi har kapasitet til det.» Hun opplever at det ikke er tenkt på økt ressursbehov, at de nye oppgavene stjeler tid fra andre viktige oppgaver, gir følelse av utilstrekkelighet, samt at det utfordrer lege-pasient-relasjonen. Dette indikerer at hun opplever det ubehagelig å skulle være den som fratrar pasienten førerkortet. Flere pasienter er redde for å miste førerkortet og Anne tror det kan være belastende for pasient-lege relasjonen at legen er den som sitter med dette ansvaret. Hun reflekterer over alternative løsninger, og løfter frem alternativet med tverrfaglig team med fastlegen som en del av det eller egne «trafikkmedisinere», spesialiserte leger på området: «Ja, også, men da ville det kanskje vært sånn at de ville kreve informasjon fra fastlegen likevel ... men det hadde vært lettere for den biten man, at den rollen med sakkyndig og pasientens fastlege, det ville vært lettere for oss da, så». Uten videre begrunnelse fra Anne kan det være lett å tenke at motivet for disse løsningene er å unngå utfordringer relatert til rollekonflikter, men det kan også vise evne til kritisk tenkning og vilje til å finne gode løsninger.

Anne blir spurt om hun tror pasientene er klar over at hun opptrer i flere posisjoner⁹. Hun tror de færreste er klar over dette, og når jeg spør om hun informerer om det ler hun og sier: «Det hadde kanskje vært en ide å gjøre det».

Anne vektlegger et trygt og godt forhold til sine pasienter. Det at hun når hun opptrer som sakkyndig skal avgjøre om pasienten får eller ikke får beholde førerretten tror hun kan utfordre tryggheten og opplevelsen av støtte fra fastlegen. Hun har opplevd at en pasient har byttet lege etter å ha blitt henvist til kjøretest på grunn av andre helseutfordringer enn legemiddelbruk.

Intensjonen med fastlegeordningen er best mulig behandling i allmennlegetjenesten, blant annet ved å gi alle et trygt og stabilt lege-pasient-forhold. Et brudd i relasjonen kan ødelegge

⁹ I intervjuet brukte jeg det hverdagslige begrepet 'roller', siden jeg ikke kunne forutsette at agentene var kjent med begrepet 'posisjon' i dets praxeologiske betydning.

langvarige lege-pasient-forhold og slå uheldig ut for pasienten. Men Anne ser også fordeler ved de nye helsekravene. De er tydelig og hun opplever dem som et konkret verktøy i vurderingene. Mens det tidligere ble gjort skjønnsmessig vurdering i samtale med pasienten er vurderingen nå blitt formalisert og det er et viktig bidrag til mer likeverdig og rettferdig vurdering, mener Anne.

Hun opplever det nyttig å inkludere pasientene i sin egen behandling der det er snakk om et forbruk som ikke er forenelig med kravene til førerrett. Her kan hun gjennom å vise til helsekravene i forskriften skape bevissthet og motivere for dosereduksjon eller avvenning. Pasienten får i samhandling med henne muligheten til innflytelse på videre behandling. Brukermedvirkning kan både ha egenverdi og terapeutisk verdi, samt initiere til mindre utfordring i lege-pasient-forholdet. Hun opplever også at førerkortet er av så stor verdi at flere pasienter selv velger å redusere bruken av benzo for å beholde førerretten:

Jeg hadde en pasient som ... hun spurte om en fornying litt for tidlig. Da ringte jeg til henne og informerte henne om at hvis jeg skal skrive ut den medisinen til deg nå, da kan du ikke kjøre. Så da informerte jeg henne om det, og da valgte hun faktisk å vente litt.

Anne er litt usikker på hvor godt pasientene kjenner helsekravene for førerkort. Men noen er kjent med dem, og Anne tror det særlig gjelder dem som er redd for at bruken av benzo kan påvirke førerretten. De er gjerne bevisste om valgene de gjør og omfanget i bruk av benzo begrenser seg lettere i tids- og dosebruk, sier hun. Hun husker imidlertid et tilfelle hvor hun oppdaget at en pasients medisinbruk var i strid med helsekrav til førerkort. Det var i forbindelse med fornyelse av resept for en kollegas pasient som hun fulgte opp på grunn av ferieavvikling. Hun tok pasienten inn til konsultasjon og informerte han om kravene. Denne pasienten ga inntrykk av å være ukjent med risikoen medisinene medførte og da kan det være betimelig å spørre seg hvilken informasjon som er gitt, hvordan den er gitt og om pasienten har mottatt og forstått innholdet, bemerket Anne. Dette kan tyde på at Anne virker litt overrasket over at hennes kollega ikke har tatt ansvar for å kalle inn denne pasienten til konsultasjon og hun fremstår med ansvarsfølelse for pasientene. Hun sier også at hun ville kalt inn pasienten til en oppfølgingskonsultasjon ved en eventuell ny foreskrivning, men det er noe hun overlater til sin kollega og det kan virke som hun er litt reservert til å påpeke kollegers praksis. Hun virker litt betenkt/kritisk til at denne pasienten ikke er «fanget opp» av kollegaen hennes tidligere, i forhold til den kompetansen og ansvaret de sitter med i sin rolle.

Når det gjelder informasjon og oppfølging av denne pasientgruppen påpeker Anne at dette er lite regulert og at det i stor grad tilpasses situasjonen og problemstillingen. Hun skiller selv mellom førstegangsforeskrivning og de som hun betegner som stabile, med et fast forbruk og som innfrir helsekravene for førerrett. Hun uttrykker usikkerhet rundt retningslinjer for informasjon som skal gis. «Det finnes nok, men det har jeg ikke lest,» sier hun og ler litt. Men når det gjelder kravene for førerkort så har hun førerkortveiledere som hun viser til. Når det gjelder medikamentene så prøver hun å informere om potensielle bivirkninger og hva en kan forvente av medisinen, men skyter inn at hun ikke går inn på benzodiazepinene, men generell bruk av medisiner. Er det til akutt bruk lager hun en avtale på en kort periode, helst. Og uttrykker pasienten behov for mer medisiner må de komme tilbake til ny kontroll. Ved fornyelse av resept til stabile brukere setter hun ikke opp kontroll så lenge det ikke er snakk om doseendring.

Anne har en pasientliste med relativt få brukere av benzodiazepiner. Men hun har et klart konfliktfylt forhold til benzo som behandlingstilbud og syns det er en kilde til bekymring.

Mmm ja, det blir jo liksom ikke alltid, det er ikke alltid like lett og man vet jo på en måte, spesielt de som bruker det over lang tid, vet man at man helst ikke skal gjøre det, eh men jeg synes det også er veldig vanskelig med tanke på når de har, ehh, brukt det en lang stund også har, vet jeg at vedkommende har diskutert dette mange ganger tidligere med fastlege, så da blir det ikke lett å, fordi man ønsker jo at de helst ikke står på disse medisinene (ler litt), og spesielt fast.

At medikament har bivirkninger er ikke nødvendigvis en kontraindikasjon mot forskrivning. Men når bruken blir fast og langvarig opplever Anne det utfordrende og det er ikke videre enkelt å slutte med dem. Seponering krever tid og tett samarbeid mellom pasient og lege. Gjennom å motivere pasientene opplever Anne å oppnå dosereduksjon, men full seponering er det vanskelig å få til. Anne anser imidlertid ikke pasienter med langvarig bruk av benzodiazepiner som en større risiko i trafikken. «Nei, de har ikke større risiko, fordi at da har de brukt det i såpass lang tid at kroppen har vent seg til medisinen,». Hun forklarer at pasientene da egentlig ikke lenger kjenner effekten av medikamentene på kroppen, eller de vet bedre hvordan de reagerer.

9.5.3 Relasjonen mellom posisjon, posisjoneringer og kulturell kapital

I følgende vil jeg diskutere hvordan Annes praksis og posisjoneringer kan forklares ut fra hennes disposisjoner. Som i analysen av intervjuene med de andre agentene, er diskusjonen forankret i Bourdieus kapitalbegrep.

Det kommer ikke frem hvorfor Anne valgte å studere medisin, men valget om å jobbe innen allmennmedisin begrunner hun med at det gir henne mulighet til å jobbe variert og med en helhetlig tilnærming til pasienten. Hun kan følge pasientene gjennom flere år og spesielt godt liker hun muligheten til å bli godt kjent med pasientene, og som hun sier, «det er det fine». Hun er å betrakte som fersk i faget med en fastlegehjemmel på litt over to år ved det samme legekantoret etter at hun ble autorisert lege. Hun er under spesialisering til allmennmedisin. Hun uttrykker ingen tanker om spesialiseringskravet, og det kan bety at hun ser spesialisering som et naturlig steg videre. Anne har tatt kurs i trafikkmedisin som et av de poenggivende kursene i spesialistutdanningen. Dette er blant de frivillige kursene man kan velge, og at Anne valgte dette kurset kan indikere at hun føler ansvar for at vurderingene av helsekrav til førerkort blir gjort på en tilfredsstillende måte.

Posisjoneringen og praktikken til Anne er preget av en uselvisk innstilling til jobben. Hun snakker om tilstedeværelse for pasientene, tett oppfølging etter behov, ryddighet og ansvarsfølelse for arbeidsoppgavene, og at hun opplever ambivalens både til ulike roller overfor pasientene og behandling med benzodiazepiner. Alt dette viser en holdning til vurderingspraksisen som er preget av en rekke kjerneverdier slik disse beskrives for eksempel i KOPF-idealet som er verdigrunnet for norsk allmennmedisin (Sundby, 2018). Verdierne skinner også gjennom i utsagn som: «Jeg synes det er litt vanskelig å reise veldig mye fordi, ehh, man har et visst ansvar for pasientene, og hvis man er bort veldig mye så da blir pasienten uten meg, hehehe.» Disse verdiene er hva hun organiserer praktikkene sine etter.

Som allmennlege møter Anne problemstillinger i hele bredden av medisinfaget. Det fordrer et våkent blikk. Hun må prøve å forstå pasientens plager og symptomer i kontekst. Dette kan ses i relasjon til hva hun verdsetter med jobben. «Ja, nei jeg liker egentlig at det er sånn bredt», «flere problemstillinger», «også må man like kontinuitet». Allmennmedisinens kjerneverdier er kontinuerlig, omfattende, personlig og forpliktende lege-pasient-relasjon. Dette er verdier som fastlegeordningen er organisert etter og som vi kan se kommer til uttrykk i Annes utsagn: «så blir man godt kjent med pasientene så det synes jeg er det fine». I hvilken grad fastlegene virkeliggjør disse verdiene i møtet og dialogen med pasientene avhenger både av den enkeltes egne verdier, og av kunnskapen og ferdighetene i spesialiteten og på arbeidsplassen. Praktikkene vil uansett bære preg av den rådende kapitalen på feltet. På denne måten kan vurderingspraksisen til fastlegene sies å være et resultat av både den enkelte leges praktiske handlingsferdigheter og de objektive sosiale strukturene som hersker på det medisinske felt.

9.5.4 Relasjonen mellom posisjon, posisjoneringer og økonomisk kapital

Anne sier ikke mye om sin økonomiske kapital. Ut fra kunnskap om fastlegers inntektsnivå og hennes uttalelser knyttet til andre disposisjoner er det likevel mulig å gjøre noen antakelser. Ferske tall fra SSB 2018 viser at en fastlege i gjennomsnitt har en årslønn på 1,2 millioner, gitt en liste på 1100 pasienter. Bruttoinntekten varierer i stor grad med lengden på pasientlisten, alder og kjønn. Mannlige fastleger tjener i snitt 300 000 kr. mer enn sine kvinnelige kolleger (Statistisk sentralbyrå, 2018).

Anne er relativt fersk i yrket og er ikke spesialist i allmennmedisin. Likevel kan hun betraktes som høytlønnet. Hun leier pr i dag bolig i samme kommune som hun jobber, men er på jakt etter nytt hus i nærområdet som hun kan kjøpe sammen med sin mann. Hun har også økonomisk frihet til å reise, men uttrykker at dette begrenser seg noe i forhold til ansvar og samvittighet med tilstedeværelse for pasientene. Hun later til å ha en sunn og trygg økonomi, men legger ikke vekt på økonomisk kapital i sin posisjonering.

9.5.5 Relasjonen mellom posisjon, posisjoneringer og sosial kapital

Anne er gift og bor sammen med sin mann. De har foreløpig ingen barn. Hun er tilflytter til Norge og har lite familie i geografisk nærhet. Hun har ingen store familiære forpliktelser utenfor jobb, og ingen spesielle hobbyer som hun bruker tid på. For å koble av fra jobb liker hun å gå tur og være ute i skog og mark. Hun pakker gjerne med seg teltet og på vinteren setter hun pris på skitur. Dette kan ses som en måte å holde seg i form på, men også en måte å koble av fra jobb. Et liv uten barn gir mindre ansvar og større frihet til egne valg, også med tanke på yrkesmuligheter, tiden man bruker på arbeidsrelaterte oppgaver.

9.6 Hege

Hege er 41 år gammel, hun ble autorisert lege i 2007 og har jobbet ved samme legesenter siden 2009. Hun er spesialist i allmennmedisin og uttrykker et glødende engasjement for jobben sin. Hun jobber ved et kommunalt legesenter med 6 fastleger, hvorav 3 er spesialister, og 4 helsesekretærer. Hun har fulltegnet pasientliste og mange som står på venteliste. Legesenteret ligger i en stor by i Norge og hun bor selv i samme by.

9.6.1 Heges posisjonering

I turnustiden jobbet Hege først ett år på sykehus og deretter et halvt år i allmennpraksis, slik det er vanlig å gjøre. Hun trivdes godt i allmennpraksis og da hun fikk tilbud om å fortsette i en vikariatstilling, takket hun ja. Etter et halvt år bestemte hun seg for å avslutte vikariatet av

praktiske årsaker og begynne i en LIS-stilling¹⁰ på et universitetssykehus. Der jobbet hun på nevrologisk avdeling i et stort og spennende fagmiljø. Hun trivdes godt med de varierte oppgavene den første tiden gav. Men spesialiseringen krevde stadig smalere fokus på læringsmål og spissing mot en helt spesifikk sykdomskompetanse. Dette var ikke forenelig med hennes ønske om variasjon og bredde i arbeidsoppgavene, og Hege fant veien tilbake til allmennpraksis. «De sier jo at på sykehus så jobber du med en sykdom og pasientene kommer og går, i allmennpraksis så jobber du med en pasient og sykdommene kommer og går, altså du får en relasjon til folk over tid,» sier Hege. For henne er kontinuitet og god relasjon til pasientene det som gjør jobben givende. Hun får mulighet til å bli godt kjent med pasientene fordi hun følger dem gjennom mange år, er der for dem over tid og får god kjennskap til deres livssituasjon.

Etter at hun vendte tilbake til jobben som fastlege fullførte hun spesialistutdanningen i allmennmedisin og har siden arbeidet ved det samme legesenteret. Som spesialist i allmennmedisin beholder man tittelen resten av livet, men for å beholde retten til å kreve spesialtakst må man gjennomføre en resertifisering hvert 5. år. Som en del av denne resertifiseringen tok Hege et kurs i trafikkmedisin.

9.6.2 Hege om rollen som sakkyndig

Hege opplever sakkyndigrollen i førerkortsaker som å være i en forhandlingssituasjon med pasienten. Hun ser det som et samarbeid med pasienten der de prøver å komme frem til en felles løsnings gjennom å se på alternativer, interesser og muligheter. Hun prøver gjennom å informere og motiver pasienten å begrense bruken av benzodiazepiner som et alternativ før hun melder de inn til fylkesmannen. Det er rom for å bruke 6 måneder på å få ned forbruket ved benyttelse av muntlig kjøreforbud, før det eventuelt meldes fylkesmannen. For noen er førerkortet en motivasjon i seg selv, men de som har havnet i en avhengighetsspiral bryr seg ikke. Denne sistnevnte pasientgruppen opplever hun mest utfordrende og det følger med både tvil og dårlig samvittighet i forhold til både behandlingstilbudet og det å ta fra de førerretten i en ellers vanskelig situasjon.

¹⁰ LIS, lege i spesialisering, er en stillingsbenevnelse for en lege som er under strukturert opplæring med sikte på å oppnå godkjenning som spesialist i et nærmere angitt medisinsk fagfelt, se <https://beta.legeforeningen.no/utdanning/spesialistutdanning/>.

Jeg prøvde alle, etter alle kunstens regler å få ned forbruket, men det bare økte, ikke sant, og, også kan en ikke bare ta en «cold turkey»¹¹ at nå skriver jeg ikke ut noe mer. Det går jo ikke det heller, og prøvde med førerkort som motivator, det gikk ikke, så da mistet hun det og da, det hjalp ikke hennes liv det heller da, fordi da ble hun mer isolert og kunne ikke komme seg rundt med bil og hun har angst så hun kan ikke ta buss ... også, ja veldig vanskelig situasjon for den pasienten, men hun ble jo rett og slett avhengig.

Etter at de nye helsekravene trådte i kraft opplever Hege at fastlegene har fått stort ansvar og står mye alene med ansvaret for å vurdere helsekravene til førerkort. Hun sier de ikke lenger kan støtte seg til fylkeslegen og be om en vurdering fra dem. Når det gjelder å henvise pasienter til spesialisthelsetjenesten er dette noe hun benytter seg av når hun opplever at brukerdosene av benzo begynner å bli bekymringsverdige høye og hun tror det kan være til hjelp for pasienten. Erfaringsmessig opplever hun at medikamentbruken ikke endres hos spesialistene, derimot ser hun at det gjerne kommer til nye legemidler som øker det totale forbruket. Dette kan tyde på at hun gjerne vil prøve å lykkes med behandlingen selv før hun henviser til en spesialist. Dette kan ses som at hun føler stort ansvar for pasientene gjennom å ha litt kontroll og hun nevner også aspektet med å ikke belaste spesialistene med oppgaver hun selv kan utføre. Hun minner om at fastlegene er de som sitter med størst kjennskap til pasientene og kanskje har det beste grunnlaget for å vurdere helsekravene. Likevel kjenner hun på at oppgaveglidningen fra fylkeslegen til fastlegene har ført til ekstra belastning, både i forhold til økt arbeidsmengde, ansvar og at det utfordrer lege-pasient relasjonen. Ved innføring av den nye forskriften kom det liten informasjon om de nye kravene eller ansvaret som ble tilført fastlegene fra myndighetenes side. Det kom ingen skriftlig informasjon og kunnskapen de fikk var gjennom faglige grupper på Facebook og kolleger. De ble tilført et betydelig ansvar uten å bli involvert. Men forandringer er noe man til en viss grad må forvente, sier Hege, og noe man gradvis gjennomfører som en del av arbeidsoppgavene.

Hun opplever et fint kollegialt fellesskap på jobb hvor de kan snakke og diskutere problemstillinger. I en travel hverdag er det ikke alltid lett å finne tid til den slags, men i lunsjene og på ukentlige møter med legene på legekantoret har spørsmål om de nye kravene i førerkortforskriften fått plass. I møte med pasientene kan oppgaven som behandler og sakkyndig gå parallelt selv om Hege forteller at behandleroppgaven er den hun ser som sin hovedoppgave mens helsekravene kan bli litt glemt blant andre arbeidsoppgaver. Hun snakker

¹¹ cold turkey - the unpleasant state that drug addicts experience when they suddenly stop taking a drug, or a way of treating addicts that makes them experience this state: The worst time was when he was going cold turkey

om dette i tredje person som om det hun sier gjelder alle fastleger: «Hovedfokuset vårt er jo pasientbehandling og så må en liksom tenke på andre ting og (ler) og da er det jo ikke alltid man, det er det første man tenker på da.»

Hun syns ikke det er spesielt vanskelig å inneha ulike oppgaver og ved å vise til forskriften og forklare sitt ansvar er hun tydelig på at dette er reglene vi må forholde oss til. «Enten så fyller man de eller ikke» Hun opplever de tydelige kravene som god hjelp og noen pasienter blir motivert til å redusere forbruket. I de tilfellene hun ser betydelig avhengighet hos pasientene er det medikamentene som er viktigst og hos disse pasientene opplever hun likegyldighet til kravene. Og da ser hun helsekravene som et godt verktøy.

I de tilfellene hun har pasienter som starter behandling med benzodiazepiner eller de som etterspør mer medisiner bruker hun å informere om faren for tilvenning og avhengighet etter kort tids bruk. Hun forteller også at de kun er anbefalt brukt en kort periode, men at pasienten tas med på råd. Kravene til førerkort er gjerne noe hun kommer på etter hvert og da opplyser hun om at det grenser for hva som er lovlig dose når en skal kjøre bil. Det kommer ikke frem at hun informerer om effekten og påvirkning av kjøreevnen. Og hun sier ikke noe om at hun gir muntlig kjøreforbud ved oppstart av behandling. Hun har heller ikke opplevd at noen pasienter selv har tatt kontakt på bakgrunn av at de er usikre på om de er i helsemessig stand til å kjøre.

Hege mener at benzodiazepiner som behandlingstilbud i stor grad er belemret med dilemmaer, og at det er medikamenter som gir opphav til dårlig samvittighet. På den ene siden kan de innimellom være til god hjelp, på den andre siden kan de påføre pasientene alvorlige problemer. I de aller fleste tilfeller brukes de uten store problemer, men i de tilfellene det utvikles et avhengighetsproblem hos pasienten opplever hun det veldig vanskelig. Det kan virke som behandlingstilbudet gir opphav til en indre konflikt hos legene.

9.6.3 Relasjonen mellom posisjon, posisjoneringer og kulturell kapital

På samme måte som de tidligere informantene kan Heges disposisjoner medvirke til å forklare hennes praksis og posisjoneringer. Og jeg vil i det følgende ta for meg relasjonen mellom Heges posisjoneringer og de tre grunnformene for kapital.

Hege har en posisjon med høy status og anerkjennelse. Hun har etter grunnutdanningen i medisin spesialisering og flere års erfaring innen allmenntilleggsmedisin. Det fremkommer ikke hvorfor hun valgte å studere medisin, men valget om å arbeide innen allmenntilleggsmedisin begrunner hun både med varierte arbeidsoppgaver og en helhetlig tilnærming til pasientene.

Måten hun beskriver sin rolle overfor pasientene på gir inntrykk av at hun ser seg selv som en samarbeidspartner og støttespiller. Hun sitter med en unik faglig kompetanse som gjør henne suveren i det enkelte pasientforholdet, men pasienten er den som kjenner seg selv og problemene sine best.

I løpet av studietiden har Hege opparbeidet seg kjennskap til ulike medisinske felt og utviklet en verdifull kompetanse til helse og sykdom hos både det friske og syke mennesket. Etter at hun ble autorisert lege var hun usikker på hvilken medisinsk retning hun ønsket å gå. Hun fikk litt arbeidserfaring fra både allmennpraksis og fra nevrologisk avdeling i sykehus. Det kan virke noe tilfeldig hvor man får jobbmuligheter etter endt utdanning, men erfaringene Hege fikk fra klinisk praksis ga henne bekreftelse på at hun ønsket å jobbe med en holistisk tilnærming til pasientene og å ha en langsiktig relasjon til dem. Hun ønsker kort sagt å være der for pasienten. Det kan indikere stort mot, moral og ansvarsfølelse for pasientene. Og det krever utholdenhet. Hennes ønske om et forhold med kontinuitet til pasientene trenger ikke tyde på større omsorgsfullhet hos fastlegene enn hos andre leger. Legene får dessuten også noe tilbake; de får også en plass hos pasientene, de blir sett og de får både mening og identitet fra pasientarbeidet. Det kan være en opplevelse av at lege-pasientforholdet anses som verdifullt også for fastlegen.

Da Hege startet på sin spesialisering i allmennmedisin var ikke spesialistutdanning noe krav for å få fastlegehjemmel. Det kan tyde på en indre motivasjon hos Hege for å lære mer og øke sin kompetanse.

Kunnskapen Hege har ervervet om den nye forskriften har hun selv lest seg til, fått gjennom samtaler, møter og veiledningsgrupper sammen med kolleger. Hun sier at hun opplevde de nye kraven veldig kaotiske den første tiden, men at dette nå har gått seg til. Likevel gir hun inntrykk av noen uklarheter rundt vurderingspraksisen av helsekrav som blant annet muntlig kjøreforbud. «Fått litt sånn råd i forhold til at det er lurt å gi det skriftlig også...», «Ehh, nå har jeg ikke gjort det siden da, men jeg tror det finnes noen maler for det – men det har jeg ikke søkt opp akkurat etter at jeg fikk høre om det». Dette kan tyde på ulik kompetanse og erfaringer blant fastlegene som kan gjøre seg utslag i praksis.

At Hege har valgt å delta på andre kurs enn trafikkmedisin betyr ikke at hun anser helsekravene for førerkort som mindre viktig, men kan ha sammenheng med både pasientgruppen og hvilke problemstillinger hun oftest møter. På spørsmål om hvor mange konsultasjoner som omhandler benzodiazepiner og helsekrav hun har hver måned sier hun:

«Altså, de fleste månedene er det ikke det». Dette kan være en medvirkende forklaring til at andre kurs er valgt – hun kan ha valgt kurs ut fra interesser og behov i arbeidshverdagen.

Hege anser det å være behandler som sin hovedoppgave, og hun anser en god relasjon til sine pasienter som viktig. Synet på dette kan nok relateres til at behandleroppgaven/posisjonen og god behandling av pasientene er det som vektlegges i utdanningen, mens legens posisjon som sakkyndig har tilkommet som et resultat av ulike reformer, lovendringer og andre mer økonomidrevne omorganiseringer i helseforetakene, endringer som i stor grad initieres fra andre felt enn det medisinske og som derfor i viss forstand er å forstå som «utvendige».

Til tross for økt ansvars- og arbeidsbelastning ser Hege de nye helsekravene som et positiv bidrag: «Jeg synes jo det er fornuftig å ha helsekrav til førerkort.» Gjennom flere år som fastlege har hun fått god kjennskap til benzodiazepiner som behandlingstilbud. Hun kjenner fordeler og ulemper og faren for toleranseutvikling. Hun forteller at hun ser en tendens til to forskjellige brukergrupper, de som har et bevisst forbruk forenelig med førerrett og de som har utviklet et avhengighetsforhold som ikke lar seg kombinere med førerkort. Synet på at dagens praksis med helsekrav for førerkort kan kanskje ses i sammenheng med at Hege har få pasienter med et avhengighetsrelatert forbruk på sin liste. I den sammenheng er det at hun må ta en vurdering om å bruke helsekravene som en motivasjon for å redusere bruken av benzo eller melde de inn til fylkesmannen - «enten var det oppfylling av helsekrav eller så skulle vi, var det liksom vårt ansvar å ta førerkortet på en måte». Dette kan utfordre Heges rolle som behandler, men ved å vise til helsekravene og at dette er regler bestemt av sentrale fagmyndigheter, vil det kunne bli færre misforståelser og klager.

Ved spørsmål om hvordan hun ser på denne delen av jobben, sier hun: «Jeg synes jo på en måte er det fastlegene som har oversikten over pasientene og som faktisk kan si noe om helsekravene er oppfylt». Hun ser utfordringen i muligheten av at pasientene kan oppsøke private legesenter eller nettleger: «For hvis det skulle vært, hvis de skulle gått på Aleris og gjort det så hadde de ingen bakgrunnskunnskap. Så det er jo vi som sitter med den informasjonen om pasienten». Dette kan være et uttrykk for at hun opplever at leger i private helseforetak som Aleris som står utenfor fastlegesamarbeidet utfordrer hennes yrkeshabituss og hovedintensjonen med fastlegeordningen om å gi pasienten best mulig behandling og oppfølging. Til tross for uttalelsen om at fastlegen er de som har best oversikt over hele pasienten opplever hun seg litt alene med ansvaret. Flere av pasientene følges også opp av andre spesialiteter. Det er stor variasjon i hvor stor grad hun opplever at de tar ansvar for å følge opp helsekravene. Hun trekker frem at et tettere samarbeid ville kunne styrke kvaliteten

på vurderingspraksisen. men ser at også de er utsatt for stort arbeidspress, slik hun selv opplever. «Men det er klart, det er en veldig travel hverdag», «Jeg merker jo selv at det ikke alltid er førerkortet som står øverst.»

9.6.4 Relasjonen mellom posisjon, posisjonering og økonomisk kapital

Økonomisk kapital virker ikke å kunne forklare Heges praktikk og posisjonering. Noen antagelser kan man likevel trekke ut ifra hennes uttalelser relatert til andre disposisjoner. Hun er spesialist i allmennmedisin, har en fulltregnet pasientliste, 1200 pasienter, som er tallet som er anbefalt fra allmennlegeforeningen, og hun har ti års ansiennitet som fastlege. I likhet med de andre agentene i studien, har Hege en posisjon med høy status og høy lønn (Jf. Kap. 9.2.4, 9.3.4, 9.4.4 og 9.5.4). Undersøkelse gjort av Statistisk sentralbyrå på fastlegers inntekt i 2018 viser at fastleger tjener i gjennomsnitt 1,2 millioner uten legevakt og jobber i gjennomsnitt 55,6 timer i uka (Amundsen, 2019).

Heges økonomiske situasjon gjør henne i stand til å bo alene i egen eid bolig, hun har bil som hun kjører til jobb hver dag og reiser så ofte muligheten byr seg. Hun ser ut til å ha økonomisk handlefrihet og det kan medvirke til hennes disposisjon til å bli i yrket som fastlege. På grunnlag av manglende utsagn og posisjoneringer knyttet til økonomi er det vanskelig å se hvordan økonomisk kapital har bidratt til Heges praktikk.

9.6.5 Relasjoner mellom posisjon, posisjoneringer og sosial kapital

Hege er singel og barnløs, og bor alene i eget hus. Hun har et stort nettverk av familie og venner rundt seg som hun prioriterer samvær med i fritiden. Hun har ingen særinteresser, men prøver å trene når det blir tid til det. Hun er leder for en stor nasjonal faglig kongress for leger og medarbeidere i primærhelsetjenesten, noe hun omtaler som en kombinasjon av fritid og jobb hvor hun får mulighet til å pleie sosialt fellesskap med venner og kolleger. Dette gir mulighet for kunnskapsdeling og erfaringsutveksling med andre fastleger på en uformell arena, samt spennende faglig utvikling. Dette krever mye tid, både kvelder og helger, og hun er derfor frikjøpt en kommunal bistilling for å gjøre det mulig å håndtere begge jobbene. Hege har et stort kollegialt nettverk og ser samarbeid som en viktig del av praksisen. Hennes sosiale kapital kan dermed sies å være et bidrag til hennes praktikk.

10 Forholdet mellom fastlegens praksis, posisjonering og disposisjoner

Intervjuene, studiens empiri, er med på å forklare hvordan fastlegene forholder seg i sin vurdering av helsekrav overfor benzo-brukere, og hvordan dette samsvarer med doxa på feltet. I dette kapitlet vil jeg presentere hvordan agentene posisjonerer seg overfor pasientgruppen og oppsummere disposisjoner som kan bidra til å forklare forholdet mellom posisjoner, disposisjoner, posisjoneringer og agentenes praksis.

10.1 Arne

Generelt ser det ut som Arne i liten grad tenker på arbeidet med benzo-pasienter som et samarbeid. Hverken i forhold til pasientene eller spesialisthelsetjenesten. Arne uttrykker at arbeidet med brukere av benzodiazepiner er utfordrende og posisjonerer seg med at det er problematisk, de er vanskelige å hjelpe, det er få gode alternativer. Han virker også noe avstandspreget i måten han snakker om pasientgruppen på og holdningene hans virker noe paternalistiske. Han virker praktisk rettet, mer enn omsorgsfull i måten han møter pasienten på, og viser ikke økt ønske om omsorg og ansvar overfor en gruppe som trenger ekstra oppfølging og hjelp fra hans side.

Arne ble utdannet ved det han selv omtaler som doktorskolen, som i større grad var en praksisrettet yrkesopplæring i forhold til dagens medisinstudier (Det norske medisinske Selskab, 2014). Der var faglig fokus rettet mot å løse medisinske oppgaver og i mindre grad mot kritisk refleksjon. Dette kan bidra til å forklare Arnes tilnærming til pasientene. Han sier at han gjerne vil prøve å løse oppgavene på sin måte før han evt. ber om hjelp fra andre fagpersoner. Det gir inntrykk av at han opplever å sitte på rikelig kompetanse selv.

Det er ikke noen enkle effektive løsninger og han vet det ikke er gode indikasjoner for bruk av benzo over lengre tid, men det virker ikke som han sympatiserer noe særlig med disse pasientene. Hans erfaring etter mange år i allmennpraksis er at pasientene ikke er så lett å hjelpe, og at de liksom holder fast i preparatene sine. Og siden de er «harmnløse», er det ingen grunn til å være alt for restriktiv overfor denne gruppen. Han uttrykker at det er mer problematisk med de yngre brukerne, de er ofte mer rusrelatert. Han prøver å unngå å få nye brukere av disse medikamentene –

prøver jo å begrense dette her, men det er ... ja, når det ikke er noe annet som hjelper tydeligvis så får de jo, klart det er jeg som skriver ut og er langeren da, men likevel så, så er det ikke, jeg vet ikke helt hva som er rett.

Det virker som han har en indre kamp med seg selv, der han vet at dette ikke er det beste for pasientene, men at alternativene krever for mye til at han velger å gjøre noe med det. Og det viser at hans praksis ikke er særlig forskjellig når det kommer til de yngre pasientene. Han omtaler ikke benzo-brukerne spesifikt i forhold til andre pasienter, men sier i et tilfelle «Nei, det vil alltid være noen som faller litt utenfor her og ikke passer inn i systemet av pasienter.» Dette gir inntrykk av at han ser på noen av disse pasientene som krevende og at de vekker lite empati hos han. Dette kan være pasientene som bytter lege for å fortsatt få medikamenter der den forrige legen har satt ned foten. Her kunne Arne også sagt nei til å skrive ut ny resept på benzo, i stedet velger han å skrive ut for en ny periode for så å bli sittende med ansvaret for å redusere eller seponere bruken.

Som solopraktiserende må Arne sørge for alle driftsutgiftene selv og han står uten et faglig fellesskap med kolleger. Det betyr et krav om økonomisk kapital i form av klingende mynt i kassa og eiendom. Effektivitet blir viktig, og det enkleste og raskeste for fastlegen er å skrive ut en sykemelding og en resept og si takk for i dag og velkommen igjen. Dette kan virke som et element i Arnes praksis.

10.2 Erik

Erik fremstår som en fastlege med omsorg og ansvarsfølelse for sine pasienter. Han opplever at arbeidet med førerkortvurderinger stort sett er variert og givende og i samsvar med sine verdier og erfaringer. Førerkortforskriften er veldig konkret og de fleste pasienten har et forbruk som er forenelig med kravene for førerrett. Dog opplever han at det kan være utfordrende å motivere brukere til å redusere eller seponere bruken, og han er noe oppgitt over pasienter som ikke velger å redusere bruken av benzo for å beholde førerkortet, og ler lett når han forteller om dem.

Han sier ikke noe om at han prøver å finne ut hvorfor pasientene velger preparatene fremfor førerretten. Det virker som han resignerer og fortsetter å skrive ut nye resepter til tross for at han vet at de bare er til hjelp en kort periode og langtidseffekten er usikker. Han synes det kunne vært egne spesialister som tok seg av førerkortvurderinger, både med tanke på kompetanse og det konfliktfylte som ligger i at fastlegen har motstridende oppgaver overfor pasientene. Det virker som han ønsker de beste for pasientene, men også som at han

distanserer seg noe fra dem. Når han beskriver pasientgruppen som bruker benzo-preparater er det de som ikke har hatt det så lett i livet, der medisinene blir en måte å løse utfordringene på, og han sier de kanskje kunne vært løst på andre måter. Forsøket på å komme opp med andre muligheter virker noe halvhjertet og han flytter forklaringen over på at pasientene ikke ønsker å bli henvist til annen helsehjelp og kommer ikke med alternative løsninger.

Erik er klar på at han ikke ønsker nye brukere av benzo, utover behovsmedisinering ved «livskriser». Dette prøver han å forebygge ved at pasienten må komme tilbake til konsultasjon hvis de uttrykker behov for mer etter en utskrivning. De pasientene som har hatt et stabilt forbruk av benzo over lengre tid og som ikke er motivet for å redusere lar han ringe inn ved behov for ny foreskrivning uten at de tas inn til konsultasjon. I følge nasjonal faglig veileder for vanedannende legemidler fra Helsedirektoratet bør annengangsresepter og eventuell senere fornyelse av resept på vanedannende legemidler skje ved konsultasjon hos fastlege. Dette gir mulighet til å diskutere fortsatt indikasjon, legemiddelbruk og avslutning av behandling. Å unnlate dette virker nokså ansvarsfraskrivende og han bruker forklaringer som at «dette er pasienter han har arvet». Denne praksisen fratrukker også pasientene muligheten til å ta del i egen behandling og pasientsentrert behandling blir mangelfull. Her kan man stille seg spørsmålet hvordan han tror dette vil hjelpe pasienten, og hvordan pasienten skal få medansvar både i vurdering av situasjonen og aksjon. At han fortsetter å foreskrive benzo kan få pasientene til å tro at disse ikke er så farlige, og man legitimerer til dels bruken. Og hva er det medisinene skrives ut for når legen vet den ikke lenger har effekt? Erik bruker helsekravene i førerkortforskriften som motivasjon til å kontrollere bruken av benzo, og han opplever dem som et godt verktøy å vise til for å unngå lojalitetskonflikt i lege-pasientforholdet.

Erik er opptatt av å informere pasientene og iverksette kravene i førerkortforskriften, og han sier han er blitt ekstra påpasselig med å informere også skriftlig på resepten ettersom forsikringsselskapene kan vise interesse for å undersøke legens praksis i forbindelse med en eventuell ulykke. Når det er behov for å redusere bruken av benzo for å beholde førerkortet, er dette noe han primært prøver å oppnå i samarbeid med pasienten, noe som kan tolkes til at han mener at han har rikelig med kompetanse til å gjøre denne jobben selv. Der pasienten har utviklet et avhengighetspreget forbruk prøver han å tilby hjelp hos spesialisthelsetjenesten, men opplever at pasienten ikke ønsker dette. Hans jobb er å være brobygger mellom pasienten og spesialisthelsetjenesten for å sikre god kvalitet på helsehjelpen, sier han. Siden pasientene er så lite villige til å motta hjelp fra spesialisthelsetjenesten, er det ikke nødvendigvis gunstig

å la pasienten selv bestemme fullt og helt, tror Erik. For på den måten kan pasienten gå glipp av et behandlingstilbud som kanskje faktisk kunne være til god hjelp for pasienten, slik han ser det. Erik ser i utgangspunktet positivt på et samarbeid med spesialisthelsetjenesten, men ut fra erfaringer er han samtidig noe reservert til institusjonsopphold på avrusningsklinikker.

Erik har en kommunal fastlegestilling med en relativt liten pasientliste. Dette betyr fast lønn, ingen driftsutgifter han står ansvarlig for, noe som igjen kan medføre mindre krav til effektivitet og igjen bidra til at han får bedre tid til den enkelte pasient. Får pasientene opplevelse av å bli sett og hørt kan man få bedre terapeutisk effekt. Likevel fremstår dette noe paradoksalt: en sannhet uttrykt, men som får skinne i selvmotsigelse.

10.3 Trine

Trine uttrykker at helsekravene i førerkortforskriften har blitt en forhandlingssituasjon med pasientene. De fleste pasientene har en foreskrivning som er forenelig med kravene, men der det er snakk om forbruk som ikke er forenelig med kravene må de velge mellom førerretten og preparatene. Hun opplever at det er et godt forhandlingskort, der hun informerer pasientene om kravene og de aller fleste finner motivasjon til reduksjon. Det virker ikke som hun ser på dette som et samarbeid med pasientene, og hun erkjenner manglende informasjon, inkludering og motivering av pasientene. Det fremstår som et pressmiddel med en trussel om at hun må sende melding til fylkesmannen hvis de ikke klarer å redusere forbruket. Hun posisjonerer seg noe praktisk og distansert i forhold til pasientene, der kravene blir et verktøy i relasjonen og hun tar ansvar i forhold til det som kreves av henne juridisk «Det blir litt sånn, altså jeg tenker det kan ikke være mitt ansvar, det kan jo ikke det, altså man kan ikke gjøre mer enn å vise til lovverket og si at, ehh, sånn det er nå så kan ikke du kjøre bil og det er ditt ansvar». Det fremstår lite omsorgsfullt overfor pasientene og til dels ansvarsfraskrivende. Hun uttrykker at dette er en oppgave hun opplever belastende i forhold til lege-pasient-forholdet og hun skulle gjerne sett at egne spesialister tok seg av den.

Hun har prøvd å henvise pasienter med rusrelatert forbruk til spesialisthelsetjenesten, men de er tilbakeholdne og ønsker det ikke selv. Det mener hun er gjennomgående for pasientgruppen. Samtidig uttrykker hun en tilbakeholdenhet med å henvise til spesialister for en avhengighet av sovemedisiner. Hun mener problemet vil bli sett på som for lite til at de vil ta imot pasienten, og hun velger i stedet å fortsette foreskrivningen av medikamentene til tross for at det snakk om et avhengighetsforhold. Dette gir inntrykk av at det er spesialistene som bestemmer og fastlegene bare må innrette seg. Det skaper en asymmetri mellom spesialister

og fastlegen som ikke er optimal for å løse oppgaver sammen. I de tilfellene det er snakk om doser som er uforenelige med helsekravene er hun ikke tilbakeholden med å melde fylkesmannen. Hun ønsker ikke at pasientene skal stå på preparatene over lengre tid, men kommer ikke opp med alternative metoder. Hun sier dette har noe med kapasitet, motivasjon og personlig innstilling i forhold til hva legen anser som viktig. Dette gir et inntrykk av at hun ikke anser problemene til pasienten som alvorlige og at preparatene ikke gir større ulemper enn at de kan fortsette å stå på disse. Hun legger ikke innsatsen sin i de pasientene som har et stabilt forbruk og som oppfyller helsekravene, men sympatiserer mer med de yngre hvor preparatene skaper store problemer i livet. De tar hun kanskje inn til jevnlig konsultasjon, men viser ikke klare strategier for å håndtere dette. De med stabilt forbruk plasser hun seg mer på avstand til og de fornyer hun resepter til uten konsultasjon så lenge det ikke er spørsmål om å økte doser. Det er ingen enkel løsning og hun opplever ofte tvil i vurderingene ved behandling med benzodiazepiner. Hun er opptatt av å prøve å unngå nye brukere, spesielt yngre. Samtidig uttrykker hun ingen problemer med å la de stå på en terapeutisk dose av vanedannende legemidler over lengre tid.

10.4 Anne

Anne virker opptatt av å bygge et lege-pasient-forhold på trygghet og tillit, men opplever at dette kan være utfordrende i forhold til benzo-pasienter. Utfordringene er knyttet til vurderinger av langvarig behandling med benzoer og det å inneha flere roller overfor pasienten. Hun har relativt få pasienter med et forbruk som går ut over kravene i førerkortforskriften og gir uttrykk for en positiv innstilling til samarbeid med denne gruppen. Hun har relativt kort erfaring som fastlege, men tror en liste med flere pasienter med høyt forbruk hvor hun måtte melde til fylkesmannen ville være en utfordring for lege-pasient-forholdet. Dette kan utløse sterke reaksjoner hos pasientene, noe hun ser som uheldig for et langvarig samarbeid. Derfor mener hun oppgaven fremdeles skulle vært plassert hos fylkeslegen, i samarbeid med fastlegen eller hatt egne spesialister for førerkortvurdering.

Anne er opptatt av å få benzo-pasientene til medvirke i egen behandling. Ved å gi informasjon om kravene i førerkortforskriften tilrettelegger hun for brukermedvirkning og bemyndigelse og hun opplever at det motiverer pasienter til å redusere forbruket. Kanskje bidrar det også til å gjøre pasientene mer bevisste på at medikamentene kan påvirke føreregenskapene. Det å la pasientene få innflytelse på egen behandling kan ha egenverdi og terapeutisk verdi, og samtidig kan det bidra til å ansvarliggjøre pasientene i forhold til førerkortforskriften. Anne fremstår noe styrt av hva hun formelt plikter å informere om, mer enn av omsorg for

pasientenes. Informasjonen bærer noe preg av å være et pliktløp der formålet er å innfri «kravene» som følger sakkyndigrollen. Informasjonen blir i hovedsak gitt ved oppstart av benzo-behandling. Anne sier hun prøver å gi pasienten generell informasjon om legemidlenes virkninger, bivirkninger og risiko for avhengighetsutvikling. Hun forteller også om faren for toleranseutvikling og at de først og fremst skal anvendes i korte perioder. Hvorvidt hun forklarer pasientene hva toleranseutvikling er kommer ikke frem. Ved akuttbehov skriver hun ut benzo bare for en kort periode, men hun forklarer ikke hva hun mener med en kort periode. Ved spørsmål om mer medisin tar hun pasienten tilbake til en konsultasjon for å kartlegge videre behov. Langtidsbrukerne, de pasientene hun omtaler som stabile, som har stått på benzo i lang tid og innfrir helsekravene i førerkortforskriften, trenger ikke å komme til en fysisk konsultasjon for ny foreskrivning. Hun synes det er vanskelig å motivere dem til nedtrapping så hun fortsetter bare å skrive ut benzoer til dem. De «uskyldige» pillene får hverdagen til å fungere, og som det minste av to onder er det ikke grunn til å stoppe foreskrivningen. Det skal foreligge en klar medisinsk indikasjon for behandling med vanedannende midler og en kan reise spørsmålet om hva hun foreskriver disse preparatene for og om dette er medisinsk forsvarlig.

For at en langtidsforeskrivning skal anses forsvarlig skal det ligge en rekke forutsetninger til grunn, deriblant skal ikke-medikamentell behandling være utprøvd og dokumentert. Anne uttrykker tvil angående langtidsforeskrivninger med benzoer på grunn av faren for avhengighet, men hun mangler behandlingsplan for pasientene ved langtidsforeskrivning og kommer ikke opp med alternative behandlingsmetoder til pasientene. Dette gir inntrykk av at hun tar noe avstand fra disse pasientene og hun viser heller ikke interesse for hva som ligger bak problemet til pasientene. Kunnskap om dette kunne kanskje vært en inngangsport til videre behandling. Ved spørsmål om risiko ved langtidsbruk av benzo og førerkort sier hun «Nei, de har ikke større risiko, fordi da har de brukt det i såpass lang tid at kroppen har vendt seg til medisinen. Og da kan de ikke kjenne på det, egentlig. Eller de vet hvordan reaksjonen deres er.». Hun vet dette dreier seg om et avhengighetsforhold til legemidlet der langvarig bruk ikke alltid har gode begrunnelser og det hele virker noe unntallende og ansvarsfraskrivende når hun også vet at benzo ikke har samme effekt over tid.

Ved avhengighet av benzodiazepiner er en gradvis nedtrapping med tett oppfølging fra behandler anbefalt. Der det er vanskelig å gjennomføre anbefales henvisning til spesialisthelsetjenesten. Dette krever å få pasienten med på laget og det må skapes god motivasjon. Men hvordan skal hun oppnå dette uten å ta de inn til konsultasjon? Det ser ut

som hun i liten grad tenker behandlingen som et samarbeid og det virker heller ikke som pasientene i særlig grad utløser Annes empati. Anne uttaler at hun ikke har hatt behov for å henvise pasienter til spesialist, men sier at om hun så det nødvendig så ville hun benyttet muligheten. Det er uklart hva hun anser som nødvendig, men det kan virke som hun trekker litt på skuldrene og sier seg fornøyd så lenge pasienten innfrir kravene til førerkortforskriften. Annes praksis i arbeidet med pasienter som behandles med benzodiazepiner og som også skal helsevurderes med tanke på bilkjøring kan i så fall ikke sies å være særlig pasientsentrert (Jf. Allmennlegeforeningen 2018 og 2019).

10.5 Hege

Hege gir uttrykk for at hun ser på arbeidet med benzo-pasientene som et samarbeid, både i forhold til pasientene og spesialisthelsetjenesten. Hun ser på arbeidet med denne pasientgruppen som utfordrende og posisjonerer seg med en ambivalens til behandlingstilbudet: det er vanskelig og det skaper dårlig samvittighet overfor pasientene som kommer inn i en avhengighets situasjon og i verste fall misbruk. Hege involverer pasientene i behandlingen ved å informere om medikamentene, farene ved bruk og at det ikke er ønskelig at de skal stå på de over tid. Hun ser det som en forhandlings situasjon med pasienten og det er både noe omsorgsfullt og ansvarliggjørende over denne pasientsentrerte tilnærmingen.

Det virker som om helsekravene i førerkortforskriften kommer litt i andre rekke for Hege. Hun føler at de pålegger henne stort ansvar, men hun plasserer dette som en sekundær oppgave og det virker noe avstandspreget i måten hun prater om dem på. Kravene brukes som et praktisk verktøy til å regulere forbruket mer enn informasjon om hvordan legemidlene påvirker kjøreevnen. Hun posisjonerer seg ved å vise til kravene for å motivere brukerne til et forbruket forenelig med førerrett, samt for å grensesette dem som har et forbruk uforenelig med kravene ved å melde dem til fylkesmannen. Konsultasjoner er noe hun setter opp ut fra pasientens behov og problemstilling. Hun synes det er mer problematisk med de yngre brukerne, de som har fått preparatene fra andre steder og ønsker mer, men det fremgår ikke at hun har annen praksis overfor disse enn andre i brukergruppen.

De som er langtidsbrukere, de som er stabile og ikke etterspør mer, ser Hege som uproblematiske og hun posisjonerer seg med å fortsette å skrive ut nye resepter uten å undersøke mer hva som ligger bak problemet. Det kan få medikamentene til å fremstå som uskyldige, i stedet for å erkjenne at dette er snakk om avhengighet og gjennom samarbeid med pasienten motivere for nedtrapping. Spørsmålene kan heller ikke unnlates her, hva er det

hun skriver ut disse preparatene for? Og har hun tro på at dette hjelper pasienten? Hege ser på benzoer som god hjelp brukt riktig i en begrenset tidsperiode, men som lite sikkert og effektivt behandlingstilbud over lengre tid. Hege tenker fastlegene er de med størst oversikt over pasientenes situasjon og de med best forutsetning for å gjøre disse vurderingene siden de har god kjennskap til pasientene, god kompetanse og kollegabasert støtte. Hun ser det verdifullt å kunne drøfte faglige spørsmål i kollegafelleskapet selv om dette utfordres av travle dager og mange arbeidsoppgaver.

I de tilfellene hun opplever at hun ikke klarer å hjelpe pasientene tilstrekkelig selv ser hun positivt på samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Hun henviser pasienter for at de skal kyndig hjelp og hun fremstår med omsorg for pasientgruppen. Erfaringsmessig fungerer dette stort sett fint, men dessverre har hun opplevd at pasienter har utviklet et avhengighetsforhold med økt forbruk etter behandling i spesialisthelsetjenesten og noen spesialister er svak på å følge opp helsekravene. Dette har kanskje gjort henne litt tilbakeholden med å henvise til spesialister. Hege tar avstand til muligheten pasientene har til å bytte eller oppsøke andre leger for å få helseattest, hun tror dette er en svakhet da disse legen sitter med begrenset informasjon om pasienten som kan svekke vurderingen. Selv om Hege mener fastlegen har gode forutsetninger for å utføre vurderingen av helsekravene for førerkort stiller hun seg kritisk til dobbeltposisjonen oppgaveoverføringen fra fylkeslegen har satt dem i. Hun tror dette kan påvirke kvaliteten på lege-pasient-relasjonen som er et viktig utgangspunkt for god behandling, samt at økt arbeidsbelastning kan gå utover kvaliteten på vurderingene.

10.6 Sammenfatning av relasjonen mellom agentenes disposisjoner, posisjoneringer og praktikk

Med utgangspunkt i at vurderingspraktikk av helsekrav for førerkort er felles for alle agentene vil jeg oppsummere disposisjoner som kan bidra til å forklare forholdet mellom posisjoner, disposisjoner, posisjoneringer og agentenes praktikk som til sammen viser agentenes yrkeshabitus. Jeg har lagt mindre vekt på forhold utenfor yrkeslivet og jeg vil se på disposisjoner for gruppen som helhet.

Videre vil jeg forsøke å finne frem til hva som er feltets doxa, og hva som eventuelt utfordrer feltets doxa med heterodoxa.

Alle fastlegene i oppgaven har relativt høy kapital. Gjennom utdannelsen har de alle et solid faglig fundament til å ta medisinske beslutninger på, samt kunnskap til å bidra til vegmyndighetene med en sakkyndig uttalelse om helsekravene er oppfylt. I tillegg har de

gjennom fastlegeordningen god kjennskap til sine pasienter, ulike problemstillinger og samarbeid med spesialisthelsetjenesten, som må sies å bidra til deres ønske om en relasjon til pasientene og variasjon i arbeidsoppgaver. Det er stor variasjon i agentenes alder og erfaringstid som allmennleger, som betyr at noen har mer erfaring med benzo-pasienter enn andre og at kunnskap fra studietiden er noe forskjellig, avhengig av hvor lenge det er siden de studerte. Ulik yrkeserfaring med benzo-pasienter og kunnskap fra både studier og praksis kan påvirke legenes vurderingspraktikk. Alle er de utdannet i Norge og godt kjent med allmennlege-praksisen, kulturen, kliniske ferdigheter og holdningene. Tre av legene er spesialister innen allmennmedisin og to er under spesialisering. Her følger de et veiledningsprogram hvor de tilegner seg ferdigheter og kunnskaper til å utvikle og styrke sin egen kompetanse i fellesskap med kolleger. Deres posisjoneringer tyder på at de er rustet til å håndtere stor belastning og stort ansvar i arbeidslivet som følge av solid kompetanse, trygghet på sine oppgaver og sitt eget faglige selvbilde og likevel viser analysen forskjeller med tanke på posisjon og dermed deres disposisjoner og posisjoneringer.

Det kollegiale fellesskapet gir gode kontakter til nytte og glede lenge etter at veiledningsgruppa er avsluttet. Faglige mentorer som under utdanningen bidrar med personlig veiledning, diskuterer etiske spørsmål og bygger sosiale nettverk fremstår som viktige modeller/ forbilder for fastlegene/allmennlegene. De bidrar med sin erfaring og kunnskap til personlig og profesjonell utvikling og representerer et viktig tilskudd til legenes selvforståelse og deres vurderingspraksis.

Agentenes økonomiske situasjon fremstår som solid, med bakgrunn i inntekt, eiendom og frihet til reiser. Agentene er ulikt organisert i sin fastlegepraksis, solopraksis, privatpraksis i fellesskap og kommunalt ansatt (fellesskap). Dette gir ulike økonomiske vilkår med hensyn til økonomisk ansvar for driften. En kommunalt ansatt med fastlønn vil ikke sitte med samme krav til inntjening som en lege i solopraksis som må dekke alle utgifter selv. Det fremkommer i intervjuene at legen som er kommunalt ansatt har betydelig færre pasienter på sin liste enn de andre legene, uten at det kommer frem hvor mange legevakt-timer han jobber eller hvilke andre kommunale oppdrag han utfører, men hans økonomiske situasjon virker ikke forskjellig fra kollegenes. Idealet om kontinuitet, god behandling og god tid til pasientene er en posisjonering som er fremtredende i intervjuene, men det er samtidig en posisjonering som kan bli påvirket av spørsmål om inntjening. Ytre forandringer, for eksempel endring av inntjeningen, kan bidra til svekket behandlingstilbud og vurdering, og det er tenkelig at slike

forandringer på lengre sikt vil kunne endre fastlegenes disposisjoner dersom de må prioritere deler av sine oppgaver på nye måter.

Alle de tre kvinnelige fastlegene er barnløse og bare ei er i fast forhold. Dette er ytre faktorer som kan ha betydning for deres praktikk og mulighetene til å imøtekomme kravene fastlegeyrket stiller. Deres ønske om å hjelpe og gi best mulig behandling til pasientene er posisjoneringer som virker inkorporerte og kan ses som kroppsliggjort disposisjoner som setter dem i stand til å handle i samsvar med de krav, regler og koder som gjelder på vurderingsfeltet og som er en grunnleggende del av deres medisinsk habitus. Alle har de rikelig sosialt kapital av familie og venner som de pleier tid med utenom jobb, og det kan sees som viktig bidrag til at de klarer å stå i en krevende jobb.

11 Forhold i feltet som kan medvirke til vurderingspraksisen til fastlegen i førerkortsaker

Strukturelt er praktikken som belyses i denne oppgaven den samme for alle agentene, men empirien viser likevel at det er ulike måter å løse de praktiske og pålagte oppgavene på. Gjennom å undersøke forholdet mellom feltet og praktikken kan man bidra til å forklare vurderingspraksisen til fastlegen i forbindelse med helsevurdering for førerkort. Forholdene i feltet vil påvirke utformingen av praktikken og hvordan fastlegene posisjonerer seg. Fastlegene i studien posisjonerer seg noe ulikt, men det er også fellesnevnerne. I det følgende vil jeg sammenfatte de posisjoneringer som er felles, samt den enkelte fastleges posisjonering hvis den viser seg å bryte vesentlig med de andre. Jeg vil også trekke frem posisjoneringer som det ikke tidligere er rettet oppmerksomhet mot der disse kan understøtte sider ved posisjoneringene som allerede er gjort kjent og forhold i feltet.

11.1 Legenes benzodiazepiner

Alle de fem fastlegene uttaler at de opplever benzodiazepiner som et utfordrende behandlingstilbud som er opphav til både tvil og dårlig samvittighet. Riktignok ser de benzoer som et godt tilbud som behovsmedisin i krisesituasjoner og korte perioder med angst, uro og søvnproblemer. På den annen side er de godt kjent med at medikamentene kan medføre avhengighet og at de også benyttes i formål om å oppnå rus, og da ikke uvanlig i kombinasjon med alkohol og ulovlige rusmidler. De har usikker virkning ved bruk over lengre tid og flere av agentene er i tvil om at det blir gitt adekvat behandling på grunn av vanskene med å skille grunnlidelse fra seponeringsvansker, noe som gjenspeiler seg i deres erfaringer. Trine mener at det skulle vært en mulighet for å gi noen få tabletter til pasienten i stedet for en hel resept, noe som springer ut av hennes ønske om å ikke skape nye brukere av benzo. Ifølge felleskatalogen er minste forpakning med benzoer lovlig i førerkortforskriften på 10 tabletter, likevel viser det seg at det er pakninger med benzo for 30 dager eller mer som foreskrives hyppigst.

Fastlegene står stadig overfor situasjoner der de må vurdere oppstart og for og imot videre foreskrivning av vanedannende benzoer. Alle agentene mener man bør være restriktiv i forskrivningen av vanedannende medikamenter og både Arne, Trine, Anne og Hege uttrykker at det er særlig overfor de yngre de legger sin innsats for å forebygge nye langtidsbrukere av benzoer. De har alle pasienter på sin liste som bruker benzoer på en slik måte at doseringer og/eller varighet avviker fra anbefalte retningslinjer. Forskrivning av vanedannende

legemidler til bruk som avviker fra anbefalte retningslinjer kan forsvares, men en slik foreskrivning skal være et resultat av en grundig vurdering og en lang prosess. Når det er snakk om nedtrapping eller seponering er dette både et medisinsk og etisk spørsmål og fastlegene vet det er en tidskrevende prosess. Arne sier han egentlig har gitt opp noen av disse kampene når det tydeligvis ikke er annet som virker, Trine sier det handler om motivasjon både hos legen og pasienten, og samtlige trekker frem at de opplever at det er et spørsmål om kapasitet i en eller travel hverdag. Arbeidet med nedtrapping krever tid, både i konsultasjoner og varighet og et tett samarbeid der tillit er lagt til grunn (Aarseth, 2018). Gjennomgående dårlig oppfølging av pasienter som er langtidsbrukere av benzoer, med foreskrivning av nye resepter uten fysisk konsultasjon, manglende alternativ behandling eller nedtrappingsplan understøtter det faktum at agentene i studien i stor grad resignerer overfor denne pasientgruppen. Trine er den eneste av legene som formidler en oppfølgingsplan hvor hun en gang i året innkaller pasienten til gjennomgang av medisinformbruket der de sammen vurderer videre behandling. Agentene etablerer en langvarig eller varig foreskrivning av benzoer med svak eller fraværende faglig indikasjon for behandlingen uten å reflektere over hva de skriver dem ut for. Denne posisjoneringen kan gi et signal til pasientene om at dette er «uskyldige» legemidler å benytte og fremstå som en indirekte legitimering av bruken. Dette strider imot retningslinjene fra Helsedirektoratet for vanedannende legemidler (Helsedirektoratet, 2015).

Legene sier det er utfordrende for lege-pasient-forholdet at de har blitt tildelt oppgaven med å vurdere helsekravene ved bruk av benzoer. Bare Hege uttrykker at fastlegen er den som har best kjennskap til pasientenes situasjon og er den som kan si noe om deres helse i forhold til helsekravene. Dette ser hun i sammenheng med at pasientene kan gå til private leger uten bakgrunnskunnskap om deres helsesituasjon og få utskrevet en helseattest og nye legemidler. Noen av agentene i studien har opplevd at pasientene skifter over til annen lege når de begynner å sette krav om nedtrapping. Ifølge retningslinjer fra helsedirektoratet skal leger som opplever å få nye pasienter med et avhengighetsforhold til vanedannende legemidler, være raske med å ta dette opp med pasienten og be om tillatelse til å innhente opplysninger fra tidligere leger. I denne sammenheng poengterer Arne problemstillingen med pasientene som «sirkulerer» i systemet. Han posisjonerer seg med at de er vanskelige pasienter og de kommer til han for å få mer medisiner. Han fortsetter å skrive ut og bidrar til at de får opprettholde forbruket, men i noen situasjoner opplever han det etisk vanskelig å forsvare og karakteriserer det som noe inkonsekvens i hele systemet

Alle agentene i studien prøver å motivere pasientene til å trappe ned eller seponere bruken, men de har ingen faste rutiner på dette. Erik sier han bruker å spørre pasientene om de skal prøve å slutte med medikamentene, men opplever at avhengigheten er sterkere enn motivasjonen til å slutte. Her opplever alle fastlegene i studien at helsekravene i førerkortforskriften er en motivasjon for mange pasienter til å begrense eller redusere bruken av benzoer, med mindre de har utviklet en avhengighet, da er det medikamentene som er viktigst.

Det kan virke som at det først er når en pasient nærmer seg et forbruk som er rusrelatert og det påvirker deres sosiale liv at legene ser behov for ytterligere tiltak. Ifølge helsedirektoratet kan pasienter som har en avhengighet av vanedannende legemidler henvises til spesialisthelsetjenesten for behandling når en ikke når målet med intervensjon i primærhelsetjenesten. Etter innføringen av samhandlingsreformen skulle det bli tettere samarbeid mellom allmennlegene og spesialisthelsetjenesten, som sammen skulle løse oppgavene rundt pasientene. Likevel har både Erik og Hege erfart at behandling i spesialisthelsetjenesten har medført større forbruk av vanedannende medikamenter og vanskeligere situasjon for pasienten på grunn av utilstrekkelig samarbeid. Trine uttrykker også opplevelse av å belaste spesialisthelsetjenesten med henvisninger ved at forbruket ikke ansees som alvorlig nok.

I lys av dette kan man anta at det er spesialisthelsetjenesten som bestemmer, og at allmennlegene bare må innrette seg. Det ser ut til å være en asymmetri mellom spesialisthelsetjenesten og fastlegene som slett ikke er gunstig for pasientene. Nedtrapping forutsetter at der hvor fastlegen ikke lykkes med intervensjon med pasienten har hun/han tilgang til faglig rådgivning og støtte i kolleger og spesialisthelsetjenesten. Slik det fremstår utfordres dette av motstand fra pasientene, store mengder arbeidsoppgaver, mangel på en klar behandlingsplan i anvendelse av benzodiazepiner som behandling og mangel på samarbeid mellom førstelinje- og andrelinjetjenestene. Fastlegen har uansett det medisinske ansvaret og må i de tilfeller hvor hun/han ikke anser foreskrivningen å være forenelig med retningslinjene for ansvarlig helsehjelp ta ansvar for dette. Det kan derfor sies å være samsvar mellom agentenes posisjonering i opplevelsen av benzodiazepiner som et krevende behandlingstilbud både i forhold til lege-pasient-forholdet, at bruken av medisinene ikke er det mest påtrengende helseproblem for pasienten og opplevelsen av å sitte med stort ansvar alene uten det hjelp de forventet å få fra spesialisthelsetjenesten.

11.2 Agentenes opplevelse av å være mellom barken og veden

Legen skal verne om menneskets helse. Samarbeidet med pasienten skal baseres på gjensidig tillit. På hver sin måte inntar agentene i studien en posisjon i yrket sitt og som kommer til uttrykk når de snakker om arbeidsoppgavene og den arbeidsbelastning de opplever. Etter at fastlegene ble pålagt å være sakkyndige i forhold til helsekravene i førerkortforskriften har de nå fått ansvaret for både de medisinskfaglige spørsmålene og for å vurdere om helsekravene for å ha førerkort er oppfylt. De skal altså løse to oppgaver i møte med pasienten - behandler og sakkyndig. Trine og Erik benytter begge begreper som dommer og politi i sammenheng med sakkyndighetsrollen, og fremhever at for pasientene så er de uansett deres fastlege. Hege forklarer at vurderingen av helsekravene for førerkort er en sekundæroppgave, det er andre problemstillinger som er hovedsaken og til tider kommer førerkortet langt bak i rekka. Agentene understreker at deres hovedoppgave å være pasientens behandler.

Ut fra de sju teser for allmenntilleggsmedisin (Allmennlegeforeningen, 2018) skal fastlegene diagnostisere, hjelpe, ledsage og veilede ut fra pasientenes opplevde problemer. Pasientene kommer til fastlegen med sine helt spesielle hjelpebehov der de i all sin sårbarhet legger frem sine problemer, lidelser og sykdommer. Dette krever trygghet og tillit. At legen samtidig skal være den som vurderer om en pasient skal få beholde førerkortet er noe alle agentene i studien synes er utfordrende. Trine uttrykker at hun opplever stort ubehag med ansvaret for å si til en pasient at han/hun ikke oppfyller helsekravene for førerkort. Agentene opplever at det å ta førerkortet fra en pasient som å påføre de en ekstra belastning utover problemene de allerede har, at det kan forstyrre tillitten i relasjonen og det er lite forenelig med deres stramme tidsskjema. Trine påpeker at et brudd i lege-pasient relasjonen nok vil være et større tap for pasienten enn for legen, nettopp med bakgrunn i at en del av denne pasientgruppen har komplekse problemstillinger som krever langvarig oppfølging.

Gjennom en kontinuerlig lege-pasient relasjon gir det mulighet for personlig oppfølging og tillitsfullt samarbeid over tid. Det er noe paradoksalt når fastlegen blir tildelt en forvaltningsoppgave fra myndighetene som kan utfordre den tanken bak fastlegeordningen, som er at den skal bygge på verdier som kan «oppsummeres av akronymet KOPF, som står for kontinuerlig, omfattende, personlig og forpliktende» (Sundby, 2018).

At de på en og samme tid må opptre som pasientens «advokat» og som hans «dommer» kan også medvirke til at leger i noen grad unnlater å ta fatt i disse problemstillingene. Arne posisjonerer seg noe distansert fra rollen ved å omtale oppgaven som et visst ansvar, Hege

sier hun kjenner på stort ansvar, men at hun ser pasientbehandling som deres hovedoppgave. På bakgrunn av disse uttalelsene kan man anta at denne rollen ikke er en naturlig del av deres arbeidsoppgaver og at de ikke har inkorporert denne oppgaven som en del av sin yrkeshabitus. Både Hege, Trine og Erik posisjonerer seg med tvil til at pasientene kjenner til fastlegens motsetningsfylte oppdrag. Ingen av de har avklart dette overfor pasientene, og de uttrykker at det er noe de åpenbart ser kan skape uklarheter, misforståelse og gi misnøye.

11.3 Informasjon og tydelig avklaring om ulike oppgaver er viktig for å skape tillitt og redusere misforståelser

Samtidig som det ble innført nye helsekrav i 2016 ble legene gjennom yrkets etiske regler pålagt ansvar for å tydelig avklare sine ulike oppgaver. Dette ble gjort for å unngå klager og reaksjoner fra pasienter (og pårørende).

Både Erik og Trine mener det kunne vært fint å ha en instans eller egne spesialister på trafikkmedisin å henviser til når det var snakk om å ta førerkortet fra en pasient slik at pasientenes fastlege kunne slippe den utfordringen helsevurderinger av dette slaget kan innebære for lege-pasient-forholdet.

Legenes ansvar er etter gjeldende regelverk å tilse at foreskrivningen av benzoer er i samsvar med kravene i førerkortforskriften og at pasientene blir gjort kjent med disse. De posisjonerer seg med å ta helt eller delvis avstand fra helsevurderingsoppgaven; dette er krav som ikke er bestemt av dem, legene, men at det er noe de like fullt må forholde seg til.

Informasjonen som blir gitt til pasientene ser ut til å omhandle kravene i førerkortforskriften, muntlig kjøreforbud for en midlertidig periode og i mindre grad effekt og bivirkninger av medikamentene. Trine sier hun journalfører hva hun har informerer om og Erik skriver det på reseptene for å kunne vise til denne dokumentasjonen ved et eventuelt tilsyn fra fylkesmannen eller forsikringsselskap. Agentene i studien vet at det til syvende og sist er pasienten som sitter med ansvaret for å vurdere om de er i helsemessig stand til å kjøre ved bruk av benzoer, men det er betimelig å stille seg spørsmålet i hvilken grad informasjonen som blir gitt gjør pasienten i stand til å gjøre denne vurderingen?

11.4 Pasientsentrert medisin

Pasientsentrert medisin er en behandlingsmetode og en måte å tenke om behandling som er basert på et behandlings-, pasient- og menneskesyn hvor en ser nødvendigheten av å bringe inn personlige og relasjonelle aspekter i behandlingen (klinisk medisin) (Schei, 2016). I

pasientsentrert behandling, som det også kalles tillegges pasientens bekymringer, forventninger og oppfatninger stor vekt både i diagnostisering og behandling. Dette gjør pasienten delaktig og medansvarlig i egen situasjon og behandling (Meland, Schei & Bærheim, 2000)

Pasientsentrert medisin blir ikke omtalt av noen av agentene i studien. Det gir til en viss grad signal om at det ikke er en metode som har fått fotfeste i deres praksis og/eller noe som ikke helt passer inn i forholdet til denne pasientgruppen. Pasientsentrert medisin står sentralt i behandlingen hvor man ser pasientenes autonomi som viktig, men like mye handler det om fastlegenes mulighet til å til å utvikle bedre forståelse og kompetanse om pasientenes problemer (Malterud, 1990). Ifølge etiske regler for leger bør samarbeidet med pasienten baseres på gjensidig tillit og skal, der det er mulig, bygge på informert samtykke (Legeforeningen, 2015). Dette betyr at god informasjon er en forutsetning for at pasienter skal få innsikt og ivareta egne interesser og at fastlegen gjennom dialog og informasjon må gjøre pasienten delaktig i prosessen. Arne og Erik beskriver at de prøver å snakke med pasientene som har brukt benzoer i lengre tid om de tenker å slutte med medisinene, hvor de opplever liten vilje til nedtrappingsforsøk. Det kan virke som at de fremstiller dette som en form for å involvere pasienten i behandlingen, men det er noe veldig lite dialogpreget og støttende over måten de gjør dette på. De vet at en pasient som har et avhengighetsforhold til benzodiazepiner opplever et reelt behov for medikamentene og seponering av disse vil kreve motivasjon og en plan for nedtrapping.

Motivasjon til seponering kan ta tid og det må legges til rette for jevnlig konsultasjoner hvor de kan informere godt om fordelene reduksjon og seponering kan gi. Ved å rette spørsmålet om videre forbruk over til pasientene uten gi tilstrekkelig informasjon, motivasjon og støtte vil være å fraskrive seg det faglige ansvaret som følger med foreskrivning av benzodiazepiner til noen som ikke har forutsetning til å ta denne avgjørelsen. Det vil kunne forklare hvorfor pasientene avslår et seponeringsforsøk. Skulle pasienten til tross for informasjon om utfordringer og risiko ønske å stå på terapeutiske doser av benzoer, vil det bli legens ansvar å utrede og vurdere om videre foreskrivning vil være forsvarlig. Jevnlige konsultasjoner gir mulighet til å diskutere indikasjon, medikamentbruken, motivere, forhandle og gi råd. Indikasjonen kan ha forandret seg og da må informasjonen tilpasses deretter. Anne forklarer at hun ved spørsmål om annengangsresepter bruker å ta pasienten inn til konsultasjon for å kunne diskutere videre behov for preparatene. Derimot har hun på lik linje med de andre legene ingen faste rutiner for å kalle inn de «stabile» brukerne, de som har brukt benzoer over

lengre tid, som ikke etterspør høyere doser og innfrir kravene i førerkortforskriften. De får mulighet til å ringe inn behov for ny resept, noe som avviker fra retningslinjene. Det virker som de resignerer, aksepterer situasjonen ved å fortsette å fornye resepter og posisjonerer seg med å frata pasientene muligheten til aktiv deltagelse i egen behandling. Dette begrunner de med manglende kapasitet med mange andre oppgaver som må prioriteres, men man kan undre seg over hva det er de skriver ut benzo for når de vet effekten er borte? Ved å fortsette utskrivningen av benzoer som avhengighetsstyrt behandling, settes også pasienten i en underdanig situasjon i forhold til legen, og behandlingen fremstår sympatistyrkt. Det gir inntrykk av at dette er en pasientgruppe som ikke har høy prioritet hos fastlegene.

Pasientene, som også er agenter på feltet, vil tilhøre de dominerte klassene. Fastlegene som sitter med den faglige kompetansen innehar den største kapitalen i det sosiale rom. Både kulturelt, sosialt og økonomisk kapital. De går ikke inn med en bevisst dominerende holdning for å hensynsløst undertrykke pasientene, men dette er maktforhold som ligger skjult i strukturene på feltet og vil forstyrre et likeverdig samarbeid.

I en artikkel i *Tidsskrift for Den norske legeforening* om hvorvidt pasientsentrert metode gir bedre helse eller andre gunstige resultater er det vist til en studie om opplæring av leger til i større grad å spørre om pasientenes egne tanker og helseerfaringer. Studien viser at involvering av pasienten i egen behandling fremmer etterlevelse i forbindelse med medikamentbruk (Meland, Schei & Bærheim, 2000). Dette kan gi en antakelse om at økt interesse for pasientenes opplevelser vil kunne slå positivt ut for økt deltagelse i egen behandlingen ved bruk av benzoer. Trine og Erik trekker frem at en del av tilfellene hvor de foreskriver benzoer så dreier det seg om akutte livskriser. Det fremkommer hverken hva de eller pasientene betegner som livskrise, men det er etter retningslinjene til helsedirektoratet forenelig med foreskrivning i akutt situasjoner. Hvor lenge man kan betegne at en livskrise varer og tilsvarende skriver ut benzoer for er et spørsmål jeg stiller meg. Gjennom å ta seg tid og vise interesse for hva som er bakenforliggende årsak til pasientens plager vil det kunne gi legene en forutsetning til å forstå pasientens opplevelse av problemet, årsaksoppfatning og forventninger til hjelp. Hadde de hatt kunnskap om årsaken så hadde de mulig hatt løsningen på videre behandling, som kan være noe annet enn benzodiazepiner og som kanskje bedre behandlingsresultater? Det fremgår heller ikke at de reflekterer over hva som skal til for å motivere pasientene og hva er det som gjør seponeringen vanskelig? Dette hadde også vært verdifull kunnskap som kunne blitt besvart ved å tilrettelegge for et mer likeverdig-samarbeid med empati og forståelse.

Alle agentene i studien mener man bør være forsiktig i foreskrivningen av benzodiazepiner, men utfordringen er å sette grensen når foreskrivningen ikke lenger er forsvarlig. Etter anbefalinger fra helsedirektoratet bør det lages en behandlingsplan i fellesskap med pasienten der de setter et felles mål for nedtrappingen og eventuelt seponering av medikamentene. Planen er et godt verktøy for både pasienten og legen ved å holde behandlingen på et forsvarlig nivå og unngå ukritisk foreskrivning som opprettholder avhengighet. Ingen av agenten viser til å ha en slik plan for sine pasienter noe som bryter med retningslinjene for forsvarlig foreskrivning (Helsedirektoratet, 2015). Ved å unnlate å ta i bruk planen tar de bort et verktøy for seg selv til å hjelpe pasienten og som et heldig utfall kan gi pasienten verktøy til å hjelpe seg selv. Både Erik og Anne nevner at alternativ behandling, i noen tilfeller kanskje kunne vært et bedre tilbud enn benzoene, men de spesifiserer ikke hva slags behandling de har i tankene. Tettere oppfølging, motiverende samtaler, felles mål i en behandlingsplan er hva de kan benytte, men dette blir ikke tilbudt pasientene. Sett i et større bilde hvor en ønsker å styrke pasienten til deltagelse i egen behandling og handlekraft i eget liv blir ikke pasienten utstyrt med verktøyene til å klare dette. Dette kan se ut som et brudd med feltets doxa.

For at en pasient skal få innsikt i og forståelse av egen helsesituasjon ved bruk av benzoer er det viktig med tilstrekkelig informasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001). De tre kvinnelige agentene Trine, Anne og Hege sier i motsetning til mennene at de ved oppstart av behandling prøver å informere om preparatenes bruk, virkning, bivirkning, tilvenningsfare og abstinensreaksjoner som kan følge ved nedtrapping. De trekker frem at informasjonen nok til dels er mangelfull i forhold til hva de skal informere pasientene om og at de nok avviker fra retningslinjene. Det kan virke som informasjonen blir gitt etter hva de plikter å informere om, mer enn fordi det skal komme pasienten til nytte.

Om kjønn på fastlegene har betydning for informasjonen som blir gitt har jeg ikke stort nok datagrunnlag til å si noe om, men ulikhetene som her fremgår kan tyde på at mannlige fastleger er mer praktisk rettet i sine vurderinger enn kvinnelige. Men selv om det er interessant og påfallende at ulik praksis her faller sammen med kjønn i materialet, kan sammenfallet være tilfeldig siden materialet er så lite. Det er jo også fellestrekk på tvers av kjønn i gruppen – trekk som kan ses som fellestrekk knyttet til yrkesgruppen og som kan konstrueres fram som medisinsk yrkeshabitus. Hvordan informasjonen blir gitt, mottatt og forstått kunne vært interessant å se nærmere på, slik at jeg også kunne hatt mer solid grunnlag for diskusjonen av yrkeshabitus, men på grunn av studiens omfang får dette være et spørsmål til en senere anledning.

Kommunikasjonsferdigheter er også vesentlig for å lykkes og bør også tas med som et bakteppe i videre lesning. Når det gjelder informasjon om helsekravene for førerkort ved behandling med benzoer uttrykker alle agentene at de informerer om disse, men i varierende grad. Hege beskriver at det ikke er innarbeidet som en naturlig del av hennes praksis (dvs. praktikk på analytisk nivå), det er ikke den oppgaven hun ser som viktigst i forhold til pasientene. Flere av agentene gir uttrykk for lignende innstilling. De uttrykker også at de ser det nyttig å vise til kravene i førerkortforskriften hvor det er angitt klare grenser for hvilke doser benzoer som er forenelig med bilkjøring, og de informerer også om hvor ofte disse kan tas. Erik nevner at han også skriver informasjonen på resepten. Dette som et resultat av at forsikringsselskapene kan ønske innsyn ved en eventuell trafikkulykke hvor det viser seg at sjåføren har kjørt med benzoverdier uforenelig med kravene. De vil da se om informasjon er gitt til pasienten slik retningslinjen anmoder til. Dette er kuriøst: Informasjon skrevet på resepten vil ikke gå til pasienten siden resepter i dag sendes elektronisk direkte fra legen til apoteket. Dermed synes det klart at denne rutinen har med ytre, juridiske/formelle hensyn å gjøre og ikke med pasienten og det som er til hennes beste.

Ingen av legene fremmer hvordan benzo-preparatene kan påvirke kjøreevnen eller at de bør utvise forsiktighet med å kjøre bil den første tiden etter oppstart av behandling før de er kjent med virkningen. Informasjonen som gis fremstår alt i alt som regelstyrt, mer som et verktøy for å motivere og regulere forbruket mer enn som informasjon for å sette pasientene i stand til å ta ansvar for bruk og handle i samsvar med lovverket. Kanskje er det også et spørsmål om sikre seg selv juridisk – legene er formelt pålagt å informere og må gjøre det for ikke å risikere represalier, som eksempelet med Erik i avsnittet over viser.

11.5 Det faglige fellesskapets betydning

Måten legene vurderer på er sterkt knyttet til den enkeltes medisinske habitus, dvs. holdninger, meninger og erfaringer, som jeg har konstruert ved å avdekke deres posisjoner, gjennom å konstruere frem deres (økonomiske, sosiale og kulturelle) disposisjoner. Dette viser legene i studien til, der de begrunner noen holdninger i praksis ut fra egenopplevd læring og erfaring allerede fra studietiden. I utdannelsen står ordningen med veileder sentralt, en erfaren kliniker som veileder, diskuterer etiske og faglige spørsmål.

Birden et al påpeker i artikkelen «Teaching professionalism in medical education: a Best Evidence medical education (BEME) systematic review» (2013) at faglige forbilder er viktig for legers profesjonelle utvikling og viktigere enn fagene i studiet.

Anne viser til en av sine veiledere under utdannelsen, en psykiater som mente at eneste indikasjon for bruk av benzoer var ved psykotisk angst. Dette kan kanskje sees i relasjon til hennes uttalelse om at alle må tåle noen våkenetter innimellom, de skal ikke settes fast på sovemedisiner på grunn av det.

En endring av legenes oppgaver innebærer en endring av bevissthet og kunnskap rundt egen praksis. Ansvar for å vurdere helsekravene for førerkort har skapt behov for ny kunnskap og handler også om legenes mulighet til å utvikle kompetanse i vurderingsarbeid.

Kollegasamarbeid har etter hvert kommet sterkere til og blir sett som viktig, både for pasienten og fastlegen. I forskriften for fastlegeordningen §8 er det nedfelt at kommunen skal legge til rette for samarbeid mellom fastlegene samt mellom fastlegen og spesialisthelsetjenesten (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2012). Tanken bak kollegasamarbeid i allmennpraksis er at legenes involvering og drøftinger i team er viktig for at legene skal kunne utvikle sin vurderingskompetanse gjennom forskriftstolkning og dermed sin forståelse av forskriftens reguleringer.

Briten Andy Hargreaves, har i mange år forsket på samarbeidskultur. Han sier: «Samarbeid er en kraftfull kilde til læring og utvikling i yrket.» (Hargreaves, 1994). Slik ser det ut til å være også for agentene i min studie. Legene gir uttrykk for at de verdsetter denne type kollegasamarbeid. De trekker fram både kolleger i legefelleskapet, veiledergrupper for leger som utdanner seg til spesialister i allmennmedisin og månedlige faggruppemøter som viktige møtepunkt for erfaringsutveksling, faglig påfyll og oppdatering i forhold til spesialitetskravene. Dette har vært nyttige arenaer hvor de har gått igjennom kravene, diskutert spørsmål knyttet til de og sammen reflektert over utfordringer knyttet til disse i praksis. Med tilføring av oppgaven som sakkyndig har agentene også opplevd vurderingsarbeidet som noe nytt i møte med pasientene, og noe som representerer en annen måte å tenke tilrettelegging av praktikk på.

Et fagfelleskap har også betydning for den enkeltes utvikling av praktisk sans. Bourdieu bruker begrepet «den praktiske sans» om det at vi som mennesker handler per kropp, dvs. ikke-bevist, og ikke per ratio, altså ikke per fornuft, selv om våre handlinger er adekvate, tilpasset situasjonen vi befinner oss i. Den praktiske sans er inkorporerte subjektive disposisjoner og de objektive strukturer. Den er ikke-bevisst, men kan konstrueres frem som habitus. Bourdieu bruker uttrykket at mennesker har «sans for spillet», og at vi gjør en «dyd av nødvendighet» når vi handler (Bourdieu, 1977).

Den praktiske sans henger sammen med faglig skjønn. Faglig skjønn er ikke bare noe vi lærer gjennom utdanning, vi lærer det først og fremst gjennom praktisk utøvelse av yrket. I praksisfellesskap vil vi kunne utvikle faglig skjønn bedre, raskere og dypere enn om vi utvikler det individuelt. For leger som praktiserer i et legefellesskap vil det bli lettere å utvikle og opprettholde praksis som er i samsvar med den uformelle doxa og objektive strukturelle krav og på denne måten kunne åpne opp for å bidra til en utvikling, læring og opprettholdelse av tilfredsstillende praksis.

Både Hege og Erik trekker frem viktigheten av å ha noen å «spille ball» med i arbeidshverdagen selv om dette utfordres av travle hverdager. Som jeg har omtalt så har legene noe variert syn på vurdering av helsekravene. En positiv opplevelse av vurderingsoppgaven kan gi større sannsynlighet for en god implementering, men garanterer det ikke. En god implementeringsprosess betinger to forhold, at legene føler seg profesjonelt trygge og at de vet hva som forventes av dem (Gress, 1988). Som vi har sett så gir legene uttrykk for å ha følt på tvil i forhold til vurderingene i forholdet til behandling med benzoer. De stiller seg kritisk til egen praksis og uttrykker de er i en læringsprosess i forhold til vurdering av helsekravene. Her opplever legene at kollegafellesskapet fungerer som et godt rom for læring, dog noe varierende, men spesielt hvis vi ser på kollegafellesskapet som større felt enn legene på hvert enkelt legesenter.

11.6 Ulik kompetanse

Fastlegene opplever at vurderingsansvaret i førerkortsaker krever en ny «legerolle» og en endring av deres praksis. Dette opplever de at de har blitt utfordret på og de omtaler denne endringen som både krevende, utfordrende, vanskelig og ikke minst; ikke helt ferdig ennå, kanskje etter hvert. Fastlegen var ved innføring av de nye kravene nødt til å ta mer ansvar for å utvikle sin kjennskap og forståelse av helsekravene i førerkortforskriften. Legene i studien ser sitt ansvar i varierende grad og på forskjellig måte. De opplever likevel alle at dagens vurderingspraksis har endret arbeidet med pasienter som får foreskrevet benzodiazepiner. Da vurderingsoppgaven ble flyttet fra fylkesmannen til fastlegene, begrunnet i deres kjennskap til pasientene og den medisinske kompetanse, fulgte det ikke med et obligatorisk krav om opplæring knyttet til kravene og vurderingsarbeidet. Oppgaven ble også tildelt fastlegen uten at dette ble informert direkte fra myndighetene. De opplevde å få tilført en ny oppgave fra myndighetene uten støtte til faglig oppdatering.

Legene i studien fremmer selv ønske og savn om mer opplæring i vurderingsarbeidet. Trafikkmedisinkurset er et av kursene som inngår blant de valgfrie kursene i spesialiseringen i allmennpraksis og legene som velger å delta på dette kan oppleve dette som en faglig positiv utvikling og nytte til å bli tryggere i yrkesutøvelsen. Dette må de dekke selv, samt oppdatere seg selv. Denne form for kursing er vist å kunne øke bevisstheten rundt arbeidet, styrker selvtilliten og tryggheten rundt praksisen (Cohen, Kahn, Allen & Sparrow, 2012). Imidlertid viser ikke uttalelsene fra legene vesentlige forskjeller i vurderingene eller ulike opplevelser av vurderingen. Og de gir uttrykk for mye usikkerhet knyttet til vurderingspraksisen. Allikevel fremgår det kanskje noe større bevissthet til oppgaven og helsekravene til Erik, Trine og Hege som tidligere har deltatt på kurs, og det kan ha sammenheng med at de i større grad forstår hva som forventes av de, som er en betingelse for god implementering. Arne som ikke har deltatt på kurs før i forbindelse med PMU (Primærmedisinsk uke), to år etter kravene trådte i kraft, opplever Arne, at det var viktig for han med kurs nå. Han omtaler at det fikk han til å «våkne» opp og det ga han ny og utvidet forståelse for vurderingsjobben.

Dette gir inntrykk av at ny kunnskap kan bidra til økt refleksjon og forståelse av ansvarsforholdet i vurderingspraksisen, uten noen garanti for omsetting av teori til praksis. Uten systematisert tilrettelegging fra myndighetenes side vil det kunne gi ulikt grunnlag for kunnskap og forståelse av legens posisjon, samt ansvaret som følger vurderingen. Det reflekteres også uttalelser fra legene om at hvilken som helst lege kan foreta vurderingene. At legene har ulik interesse og mulighet til å velge faglig oppdatering, kan skape ulik bevissthet og forståelse for egen praksis. Dette kan igjen medføre ulik kompetanse og utøvelse av vurderingspraksis hos den enkelte lege og gir mulighet for ulik kvalitet på praksisen. Jeg vil derfor hevde at vi innen vurderingsfeltet i dag må jobbe for en likere forståelse for vurdering av helsekravene, og i dette bør legene få støtte til å jobbe med økt forståelse og profesjonsutvikling.

11.7 Ulik organisering av fastlegepraksisen

Blant fastlegene i studien er deres praksis organisert i ulike virksomheter. Som tidligere omtalt finner vi her både solopraksis, privatpraktiserende i fellesskap og kommunalt ansatt, noe som fordrer ulike formelle krav som påvirker praksisen. Tanken bak valg av legepraksis er et godt og effektivt pasienttilbud med minst mulig tid til administrasjon og byråkrat. Legen skal selv kunne velge selskapsform på sin virksomhet så lenge forpliktelser, lover, forskrifter og avtaler overholdes (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2012). Samfunnsutviklingen viser en økning i andel leger som jobber i legefellesskap og solopraksis er en organisasjonsform

som gradvis feides ut. Dette kan sees i sammenheng med kravet i Fastlegeforskriften §24, «Fastlegen skal tilby helsehjelp samme dag innen avtalt åpningstid til listeinnbyggerne ved øyeblikkelig hjelp og dersom det medisinske behov tilsier det». For å regulere dette oppretter kommunene i større grad fastlegehjemler i legefelleskap når det er behov for dette. Ellers er det grunn til å tro at praksisstørrelse er bestemt av behovet for faglig fellesskap, vaktbelastning og tilgjengelighet gjennom uken. Tanken med å samle flere leger under samme tak kan være at man blir mindre sårbar og igjen bidra til at det gir bedre tjenester til pasientene. Det vil kunne gi fordeler både for legene og pasientene. I tillegg kan økonomiske insentiver ligge til grunn. Større økonomisk ansvar å bære alene vil legge press på legen til inntjening. det være lettere å investere i medisinsk utstyr da de kan dele på økonomiske utgifter.

Leger i solopraksis og i små praksiser har flere konsultasjoner og flere behandlende timer enn leger i større praksisfellesskap (Grytten, Skau & Sørensen, 2005). Leger i større gruppepraksis bærer en lavere risiko for uforutsette utgifter til pasientbehandling ved at de deler på fellesutgifter. Derimot viser undersøkelser ingen store forskjeller på driftsfordeler med store gruppepraksiser (Grytten, 2004). De er krevende administrativt da de involverer mye personell og koordineringsutgiftene korrelerer ofte med størrelsen på gruppepraksisen. Fordelen er å arbeide i et fagfellesskap betyr at man i hverdagen har kolleger å diskutere med, ventilere med og støtte seg på. Det gir andre disposisjoner enn hos en solopraktiserende lege og de ulike arbeidsforholdene vil kunne påvirke den enkeltes praksis og slik at den utvikles i ulik retning.

Fastlegene skal utøve vurderingspraktikker som ivaretar hensikten med helsekravene på en best mulig måte. Profesjonell praksis er i konstant utvikling, og profesjonelle må alltid være på søken etter god praksis (Boud, 1999). Fastlegenes respons på tildeling av vurderingsansvar for helsekrav i førerkortsaker viser at de ikke har svart med resignasjon, men heller med praktisk rasjonalitet der de jobber for å tilpasse praktikken for å mestre dette nye så godt som mulig. For å forklare sin egen vurderingspraktikk sier de at dette er en type praktisk kunnskap som ikke kan reduseres til en bestemt metode (Bourdieu, 2007).

12 Drøfting av analysen

12.1 Forhold i juridiske feltet

Myndighetene har satt legene til å vurdere helsekravene for førerkort hos pasienter som behandles med benzo-preparater, det vil si å vurdere om de er i helsemessig stand til å kjøre ved bruk av disse preparatene. I denne studien har jeg vist hvordan førerkortforskriften står sentralt i praktikken til fastlegene i arbeid med pasienter som behandles med benzodiazepiner, noe som kan ses i sammenheng med det formelle pålegget i førerkortforskriften. Det har jeg gjort ved å analysere fastlegenes oppfattelse av egen vurderingspraktikk. Jeg har konstruert en forklaring på den praktikken de beskriver gjennom å se på hvordan historien bak helsekravene har lagt føringer for praktikken og strukturerer praktikken.

På fastlegefeltet er vurdering av helsekrav for førerkort er en relativt ny praktikk og innebærer en ny måte å organisere praktikken på. Ved å fremme transparens til praktikken gjennom intervjuene knytter dette fastlegenes praktikk til mitt teoretiske rammeverk og forskningsspørsmål og beskriver noen hovedpunkter, overraskende funn, og praktiske implikasjoner.

Mine funn viser at fastlegene sier at helsekravene og oppgaven de er pålagt gjennom førerkortforskriften er viktig, men de peker også på at det medfører utfordringer å ha to roller (altså posisjoner) i møte med pasienten. Dette er ikke noe overraskende funn. Legenes praktikk er underlagt nasjonal styring gjennom lov, forskrifter og nasjonale avtaler som blir strukturelle betingelser for hvordan fastlegene tenker, snakker, reflekterer og utfører sitt arbeid.

Vurderingsarbeidet er blitt gjort til et ansvarsområde for legene, men er en oppgave som står i kontrast til agentenes plikt om å hjelpe, som er noe av fundamentet for hvordan agentene i denne studien posisjonerer seg, og som iflg. Luke (2003) etter hvert inkorporeres som en disposisjon som kan konstrueres frem som en del av legenes yrkeshabituss. Arbeidet er pålagt dem av myndighetene. Legene får økonomisk tilskudd for å gjøre jobben, samtidig som myndighetene både fører tilsyn og kan gi sanksjoner på praktikken som utøves.

Når jeg ser på datamaterialet som helhet, ser det ut som fastlegene først og fremst anser det å forebygge, diagnostisere og behandle sykdom og ha omsorg for pasienten som sin hovedoppgave. Det er slik de posisjonerer seg i intervjuene. Det ser ut til at de søker å bygge sin praktikk på KOPF-ideologien (Kontinuerlig-Omfattende-Personlig-Forpliktende) og selv om de sier at førerkortforskriften er viktig, havner de i konflikt med sin egen ideologi når de

blir satt til å gjøre helsevurdering for førerkort. De opplever at grunnleggende verdier som tillit og respekt utfordres av å få tillagt ansvar og forventninger knyttet til å løse sakkyndigoppgaven.

Alle legene sier at de ønsker å ha et nært og stabilt forhold til sine pasienter, og dette har innvirkning på sakkyndigrollen – den blir problematisk. Samtidig virker det som om fastlegene finner det hjelpsomt å bruke kravene i førerkortforskriften som et forhandlingskort overfor pasientene. De har 6 måneder til å redusere forbruket av benzo-preparater til det som er forenelig med helsekravene før de eventuelt må melde pasienten til fylkesmannen. Denne bestemmelsen kan virke både som pisk og gulrot i arbeidet med pasientene.

Det ser ut til at legene er fornøyde så lenge de greier å overholde kravene i forskriften. Ingen av agentene stiller større spørsmål til pasientenes benzo-bruk så lenge de kan forsvare forbruket med at helsekravene i førerkortforskriften er innfridd. Selv om noen av dem etter eget utsagn er kritiske til benzodiazepiner, viser beskrivelsene av det de faktisk gjør at ingen av dem i særlig grad går i rette med bruken av slike preparater. Det kan virke som posisjonen de inntar i sin håndtering av det motsetningsfulle oppdraget de har i arbeid med pasienter som går på benzo-preparater og som også har førerkort best kan beskrives som passiv motstand: De tar avstand fra preparatene, men gjør lite for å unngå at pasientene deres bruker dem, selv om de kjenner til bivirkningene ved benzo-bruk. Selv om det kanskje er et forhandlingskort, ser det likevel ikke ut til at trusselen om mulig tap av førerrett er noe trumfkort: Faren for å ødelegge tillitsforholdet de har opparbeidet til pasientene er reell og kanskje står det ikke nok på spill til at de ønsker å ta den risikoen, mer enn ved å gi noen relativt forsiktige råd. Det ser ikke ut til at informasjonsarbeidet i særlig grad følges opp.

Fastlegene er forskjellige og det kommer frem at det er ulikt hvor mye de vektlegger helsekravene i en konsultasjon. Alle opplever det utfordrende å ta førerkortet fra en pasient og det fremgår noe ulik evne og vilje til å ta en beslutning som ikke er i tråd med pasientens ønsker. Dette kan også gå på hva som vurderes som riktig behandlingsform. Dette påvirker hvilken informasjon som blir gitt. Det virker som måling og synlighet, der legene må dokumentere for hva de har gjort overfor myndighetene og forsikringsselskapene får mer oppmerksomhet enn utfordringene ved bruk av benzo-preparater ved føring av bil.

Fastlegene sier kravene har blitt enklere og tydeligere ved behandling med benzo-preparater. De prøver å informere pasientene om kravene, men de anser ikke vurderingsoppgaven som sin hovedoppgave og derfor bruker de lite tid på dem. Hege er den eneste som sier hun anser

fastlegene til å være de riktige til å gjøre denne vurderingen. Informasjonen som blir gitt ved en vurdering omhandler i hovedsak helsekravene i førerkortforskriften, muntlig kjøreforbud og i mindre grad effekten av benzo-preparatene og faren for toleranseutvikling. Dette fraviker fra pålagt ansvar om informasjon til pasienten og det svekker pasientenes mulighet til å medvirke i egen behandling eller ta forholdsregler slik de ønsker. For å unngå misforståelser og ubehagelige situasjoner på grunn av uklarheter om hvilken rolle legen har ble det i 2016 nedfelt i etiske regler for leger at legens rolle skal klargjøres for pasienten. Ingen av legene i studien sa det var kultur for å informere pasientene om dette, og bare en sa at det kunne nok vært lurt. Dette kan være et uttrykk for at posisjonen som behandler står så sterkt i deres yrkeshabitus at det ikke faller naturlig å informere om at de også har andre oppgaver. Det kan også være at de ikke har tenkt på at en avklaring av deres posisjon (legene snakker om roller) og oppgaver vil kunne redusere risiko for klager og misforståelser.

12.2 Vurderingspraksis og medisinsk habitus

Etter innføring av fastlegeordningen i 2001 ble det kommunenes ansvar å sørge for helsehjelp til den enkelte innbygger med tildeling av en fastlege. Allmennlegetilbudet til den som står på listen er plassert hos den navngitte lege. Den ansvarliggjøringen av enkeltleger som ligger i dette viser seg i funnene i mitt prosjekt der agentene tydelig ser behandleroppgaven som sin primæroppgave og enkeltpasientenes behov er det som står i sentrum. Dette faller innunder feltets eksisterende doxa, nemlig pasientsentrert medisin med involvering av pasienten i egen behandling og en ordning som er til for pasientens beste. Dette er den medisinske tenkningen i allmenntilleggsmedisin med KOPF som rådende verdigrunnlag for fastlegeordningen. I forbindelse med innføringen av fastlegeordningen ble det av Norsk forening for allmenntilleggsmedisin utarbeidet en beskrivelse av faget (Allmennlegeforeningen, 2019), de syv teser som legger klare føringer for allmenntilleggsmedisins ansvarsområder og skal fremme forsvarlig bruk av medikamenter. Fastlegene uttrykker en holdning som er utviklet i samsvar med dette tankesettet gjennom praksis og erfaring i den medisinske kulturen de er deltakende i, men selv om det agentene sier at de baserer sin praksis på samsvarer med KOPF-tenkningen, kan det se ut til at deres yrkeshabituelle praksis likevel ikke er helt i tråd med denne tenkningen. De sier for eksempel at de er opptatt av å lytte til pasientene, men når de beskriver sin egen praksis i arbeid med pasienter som bruker benzodiazepiner, ser det ut til at de ikke viser interesse for å undersøke hva som ligger bak ønsket om å fortsette å stå på benzoene. Kunnskap om årsaker og motiver kan være nøkkelen til å finne alternative behandlinger.

Ved forordning følger det også et ansvar for seponering. Og ved seponering har behandler ansvar for å tilby alternativ behandling ved behov. Noen av legene sier at annen behandling kunne vært et alternativ, men ingen kommer med konkrete forslag, foruten henvisning til spesialisthelsetjenesten i tilfeller der forbruket har utviklet seg til et tydelig ruspreget forbruk. Legene opplever å komme i press mellom pasientene, som ikke ønsker henvisning, og spesialisthelsetjenesten, som i større grad flytter oppgaver over til primærhelsetjenesten. Nedtrapping eller seponering vil også kreve tett oppfølging med samtaler og samarbeid mellom pasient og lege for å skape motivasjon og innsikt i situasjonen. Ingen av legene sier de følger opp med jevnlige konsultasjoner ved et stabilt forbruk eller med mindre det er økende etterspørsel utover det som er forenelig med kravene i førerkortforskriften.

Et overraskende funn er i hvor liten grad pasientsentrert medisin tematiseres i intervjuene. Pasientsentrert medisin nevnes praktisk talt ikke av noen av legene. Hvorfor er det ingen som snakker om dette? Jeg undrer meg særlig over hvorfor det er tilfelle i et felt der pasientsentrert medisin tydelig er fremholdt som faglig anbefaling.

Legene ønsker å opprettholde et trygt og tillitsfullt forhold til sine pasienter, og bli satt til å skulle vurdere om pasientene skal få beholde førerkortet eller ikke ser ut til å være en type oppgave som strider med legenes grunnleggende forestillinger om yrket. De sier generelt at de vil begrense bruk av benzo-preparater i behandling, at disse preparatene bare skal benyttes i krisesituasjoner og i korte perioder. Det virker underlig at legene, dersom de faktisk driver pasientsentrert behandling, ikke fokuserer mer på involvering av pasientene for å gjøre dem delaktige og medansvarlige i egen situasjon og behandling, og slik at lege og pasient i samarbeid kunne finne frem til det beste behandlingsalternativet. Det ligger muligheter her, men legene beretter at de ikke finner tid til dette i en travel hverdag (Svedahl et al., 2019). De opplever det utfordrer lege-pasient forholdet og de svarer med en passivitet.

Slik det fremgår er det regelstyrt informasjon som blir gitt der helsekravene blir brukt som motivasjon og regulator for utskrivning av benzoer. Det viser seg at legenes resonnementer i arbeidet med helsevurdering i liten grad er i tråd med generelle føringer for allmennmedisin, der det ideologiske fundamentet er pasientorientert behandling og de 7 teser som beskriver allmennlegenes ansvarsområder. Den herskende mening (doxa) utfordres og resultatet blir på en måte en kollaps. Resultatet blir en skurrende/uklar vurderingspraktikk der legene i mellom barken og veden som dels hjelper, dels sakkyndig «dommer» i en slags avmakt ignorerer videre oppfølging av pasientene så lenge de innfrir helsekravene i førerkortforskriften.

13 Avslutning

Mitt utgangspunkt for studien var en undring over hvordan fastlegene håndterer det motsigelsesfylte oppdraget de har overfor pasienter som bruker benzo-preparater etter at de ved innføring av nye helsekrav i førerkortforskriften ble tildelt ansvaret for å vurdere helsekravene til førerkort hos disse pasientene. Fastlegen er nå den som både foreskriver medikamentene og samtidig vurderer om pasientene innfrir helsekravene til førerkort. Fastlegen er altså både behandler og sakkyndig vurderer.

Jeg har undersøkt hva som kan være grunnen til at fastlegene handler som de gjør og på hvilket sosialt grunnlag de handler som de gjør, altså hva som bidrar til at fastlegene gjennomfører og vektlegger slik de gjør i sin vurderingspraktikk. Jeg har arbeidet med følgende forskningsspørsmål:

Hvordan håndterer fastlegene det motsigelsesfylte oppdraget de har overfor pasienter som bruker benzo-preparater?

Følgespørsmålene jeg har brukt for å svare på det overordnede forskningsspørsmålet er:

Hvor kommer det fra at fastlegene håndterer oppgavene som behandler og sakkyndig slik de gjør i vurderingen av helsekrav til førerkort?

Hvorfor strukturerer vurderingspraktikken til fastlegene seg slik den gjør?

Jeg har forsøkt å besvare forskningsspørsmålene ved å analysere forholdet mellom vurderingspraktikker og fastlegenes individuelle posisjon, disposisjoner og posisjoneringer ved å konstruere frem habitus. Samtidig har jeg søkt etter fellestrekk som kan innsirkles som legenes yrkeshabitus og jeg har forsøkt å kartlegge handlingsbetingelse i feltet og det sosiale rommet for fastleger, med førerkortvurderingspraktikk som eksempler og analyseobjekt.

Funnene i studien viser at en rekke betingelser er av betydning for vurderingspraktikken til fastlegene og at det er vanskelig å peke på en enkeltstående faktor som kan medvirke til å forklare hvordan de håndterer denne dobbeltrollen. Jeg vil likevel prøve å peke noen forhold som peker seg ut i en sammenfatning av analysen av fastlegenes vurderingspraktikk og valgt teori, samt peke på aktuelle forskningsområder fremover.

Forholdet mellom vurderingspraktikken og fastlegenes posisjon, disposisjoner og posisjoneringer er at agenten har mye kapital i det sosiale rom, men stiller svakere i fastlegfeltet der spesialisthelsetjenesten, fylkesmannen og myndighetene har en høyere

posisjon i feltet. I agentenes kapital inngår spesifikke allmennmedisinske kunnskaper, teknikker, teorier og tenkemåter av stor verdi i møte med pasientene, der de i en langsiktig relasjon bygd på tillit skal finne den beste behandlingen for pasientene. Agentene opplever arbeidet sitt som variert og meningsfylt, men samtlige gir uttrykk for at benzodiazepiner er et utfordrende behandlingstilbud. De har god kunnskap om legemidlene, likevel er det et behandlingstilbud de opplever som vanskelig å bruke til det beste for pasientene. De fremstiller et ønske om alternative behandlingsmetoder, men slik det fremstår i intervjuene blir det ikke gitt andre tilbud. Ved at oppgaven med å vurdere helsekrav til førerkort ble overført til fastlegene, opplever legene å være under press. Det kjennes konfliktfylt å ha motsetningsfylte oppgaver overfor pasientene, og det oppleves som en belastning for lege-pasient forholdet. På den ene siden skal de behandle pasientenes plager, og på den andre siden representerer de staten og skal forholde seg til lovverket. Konfrontasjoner kan skape negative følelser både hos pasientene og legen, og slike konfrontasjoner kan i uheldigste fall skade intensjonen med fastlegeordningen. De ønsker å unngå konflikter med pasientene sine og i noen tilfeller lar de pasientene få viljen sin ved at de fortsetter å skrive ut benzo-preparater over lengre tid til tross for at det strider mot anbefalingene. Det virker for øvrig som om agentene bruker kravene som en motivasjon og regulering av foreskriving av benzodiazepiner, og som om de benytter en «gi og ta»-strategi når de forhandler med pasienten om medikamentene.

Kolleger og smågrupper er av betydning for agentenes kompetanse og opplevelse av trygghet, og det kan virke som støtten og kunnskapsdeling kolleger imellom gjør dem bedre rustet til å håndtere ulike utfordringene med vurderingspraksisen. Hvordan agentenes legepraksis er organisert ser også ut til å kunne påvirke deres vurderingspraksis. Det ligger i sakens natur at det er mindre kollegastøtte og færre muligheter for faglige diskusjoner hos solopraktiserende, rett og slett fordi de ikke har noen kollegaer rundt seg i det daglige. Dette kan kanskje øke faren for at vurderingspraktikken utvikler seg i uheldig retning. Ellers ser økte krav om effektivitet for å dekke økonomiske utgifter ut til å gi mindre tid til den enkelt pasient. Henvisninger og andre oppgaver som tar tid utover konsultasjonene ser ut til å bli nedprioritert.

Pasientsentrert medisin der pasientene selv er deltagende i egen behandling er en eksplisitt ønsket praksis på fastlegefeltet (Meland, Schei & Bærheim, 2000). Tilsynelatende er dette feltets doxa. Dette utfordres av feltets heterodoxaer, som i denne studien tydeligst viser seg i krav pålagt av myndighetene. Kravene fra myndighetene om at allmennlegene skal opptre

som kontrollører (gjøre helsevurderinger) samsvarer dårlig med en doxa der pasientsentrert behandling er idealet, og de blir dermed en heterodoxa. Selv om pasientsentrert medisin i det ytre fremstår som feltets doxa, tydeliggjort ved at dette idealet er forankret i retningslinjene for allmennmedisin som spesialitet (Sundby, 2018), er det ingen av informantene i materialet mitt som snakker om pasientsentrert medisin. De juridisk nedfelte helsekravene i førerkortforskriften fremstår derimot som sterke og strukturerende, som en disiplinerende stemme som styrer deres praktikk, og dermed som den reelle doxa når det gjelder agentenes helsevurderingspraktikk.

Agentene i studien er et selektivt utvalg som ikke er representativt for alle fastleger, men studien åpner like fullt et vindu (Prieur & Sestoft, 2006) som gir innblikk i fastlegenes verden, som også er et speil av verden utenfor fastlegekontoret, eller med Bourdieus uttrykk er homologt til verden utenfor.

Legene har alle på ulike tidspunkt deltatt på kurs i trafikkmedisin. Samme hva årsaken eller motivet for å gå på kurset er så er funnet likt hos alle agentene, et faktum som kanskje kan tilskrives en felles medisinsk habitus hos agentene, som jo alle er fastleger. De har noe vesentlig til felles i kraft av å tilhøre samme yrke – samme felt – selv om de individuelle livshistoriene er forskjellige og selv om livserfaringene har ført til ulike disposisjoner, slik jeg har vist gjennom analyse og konstruksjon, noe som igjen gjør at de posisjonerer seg forskjellig når det gjelder måten de håndterer vurdering av førerkort på. Ingen av dem nevner pasientsentrert medisin i forbindelse med sin vurderingspraktikk, selv om en utfra Den norske legeforenings beskrivelser av spesialiteten allmennmedisin skulle tro dette var implementert som en tanke- og arbeidsmåte i feltet og at det derfor ville vært svært naturlig å nevne det på den ene eller andre måte.

Svaret på forskningsspørsmålet er at vurderingspraktikken til agenten ser ut til å bli drevet av de juridiske kravene i førerkortforskriften. Dette skaper et gap mellom den moralske siden ved medisinen der målet er å hjelpe pasientene, og den juridiske og regelstyrte siden ved medisinske praktikk i saker av typen som dem jeg har sett på. Undertrykkningen av moralske aspekter ved legers oppdrag synes ikke å oppfattes av fastlegene selv - de møter jo pasientene med profesjonell vennlighet i konsultasjonene.

Det er ingen grunn til å anta at vurderingspraktikken til fastlegen i denne studien kan bidra til at den enkelte fører ved bruk av benzo-preparater settes i stand til å vurdere sin kjøreevne i samsvar med lovverket. Dette samsvarer med at ingen av fastlegene i studien har opplevd at

pasienter har tatt kontakt på grunnlag av tvile om hvorvidt de er i stand til å kjøre på trafikksikker måte ved bruk av benzodiazepiner.

Ut fra det som kommer frem i intervjuene, kan det virke som agentene i studien strever med å balansere hensynet mellom pasienten, samfunnsoppdraget og seg selv. Overføring av vurderingsoppgaven fra fylkesmannen til fastlegene med begrunnelse i medisinsk kompetanse og effektivisering har medført at legene må manøvrere mellom to felt, fastlegefeltet og det juridiske feltet. Det blir også en manøvrering mellom å ivareta pasienters individuelle ønsker og behov og å følge samfunnets regelverk. Det kan virke som den pasientorienterte medisinen sakte, men sikkert har kommet i bakgrunnen som et resultat av at helsekravene blir den herskende doxa som får styre legenes praksis. Det er grunn til å anta at en mer pasientsentrert behandling ville styrket pasientene til økt deltakelse og større etterlevelse av legemiddelbruk (Inui, 1976), noe som ville vært av betydning for å ivareta kravet i førerkortforskriften om å vurdere egen kjøreevne.

For å frembringe teori om hva som kan styrke en pasients mulighet til å vurdere egen kjøreevne ved bruk av benzo-preparater, kunne et steg videre på veien være å undersøke i hvilken grad pasientsentrert medisin er av betydning for fastlegers praksis, det vil mer presist si at man kunne gjøre en observasjonsstudie av fastlegenes praksis for å se hva de faktisk gjør og ikke bare høre hva de har å si om sin egen praksis og hvordan de oppfatter den. Det ville også være interessant å gjennomføre en tilsvarende studie som den foreliggende, men blant pasienter som får utskrevet benzo-preparater for å undersøke *deres* posisjon, disposisjoner og posisjoneringer, for på den måten å finne ut hvordan pasientene håndterer for eksempel selvmedisinering, egenvurdering og informasjon gitt av legen, og hvilke forskjeller som kan avdekkes mellom posisjonene lege og pasient hva dette angår.

14 Referanser

- Aarseth, S. (2018). Legens benzodiazepiner. I (bd. 2019). Oslo: Sykepleien. Hentet fra <https://sykepleien.no/meninger/innsjikt/2018/02/legens-benzodiazepiner>
- Allmennlegeföreningen. (2018). *Oppstarthåndbok i allmennpraksis*. Oslo: Den Norske Legeforening.
- Allmennlegeföreningen. (2019). Oppstartshåndbok i allmennpraksis. Hentet fra <https://www.legeföreningen.no/foreningsledd/yf/allmennlegeföreningen/alis>
- Amundsen, B. (2019). Fastleger tjener i gjennomsnitt 1,2 millioner. Hentet 14.09 2019 fra <https://forskning.no/politikk/fastleger-tjener-i-gjennomsnitt-12-millioner/1324433>
- Barne og likestillingsdepartementet. (2013). Lov av 21.juni, Lov om forbud mot diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne (diskriminerings- og tilgjengelighetsloven) Hentet 07.03 2017 fra <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/F%C3%B8rerkortveilederen.pdf>
- Bergen, U. i. (2020). Praxeologi. Hentet fra <https://www.uib.no/fg/praxeologi>
- Boud, D. (1999). Avoiding the traps: seeking good practice in the use of self assessment and reflection in professional courses. *Social Work Education*, 18(2), 121-132. <https://doi.org/10.1080/02615479911220131>
- Bourdieu, P. (1977). *Outline of a Theory of Practice* Cambridge University Press.
- Bourdieu, P. (1995). *Distinksjonen - En sosiologisk kritikk av dømmekraften*. Oslo: Pax Forlag A/S.
- Bourdieu, P. (2007). *Den praktiske sans*. København: Hans Reitzels Forlag
- Bourdieu, P. (1990). *The Logic of Practice* (bd. 333)Stanford University Press.
- Bourdieu, P., Accardi, A., Balazs, G., Beaud, S., Bonvin, F., Bourdieu, E., ... Wacquant, L. J. D. (1999). *The weight of the world*. Stanford, California: Stanford University Press.
- Bourdieu, P., Callewaert, S., Munk, M., Nørholm, M. & Petersen, K. A. (1994). *De tre former for teoretisk viden, Pierre Bourdieu: centrale tekster inden for sociologi og kulturteori (s.72-108)*. København: Frydenlund.
- Bourdieu, P., Accardi, A., Balazs, G., Beaud, S., Bonvin, F., Bourdieu, E., ... Wacquant, L. J. D. (1999). *The weight of the world*. Stanford, California: Stanford University Press
- Bourdieu, P. & Wacquant, L. (1996). *Refleksiv sociologi*. København: Hans Reitzels Forlag A/S.
- Broady, D. & Callewaert, S. (1994). Sociologiens epistemologi eller sociologiens sociologi?
- Bramness, J. G. & Sexton, J. A. (2011). The basic pharmacoepi-demiology of benzodiazepine use in Norway 2004. Hentet 21.05 2019 fra https://uni.no/media/attachments/publications/Allmenmed_utf_Utposten_5_2017w_1.pdf
- Bramness, J. G., Skurtveit, S. & Morland, J. (2002). Clinical impairment of benzodiazepines – relation between benzodiazepine concentrations and impairment in apprehended drivers. *Drug and alcohol dependence*, 62. Hentet fra
- Callewaert, S. (1992). *Kultur, pædagogik og videnskab*. Danmark: Akademisk Forlag.
- Callewaert, S. (2019). Introduktion til Pierre Bourdieu: "De tre former for teoretisk viden". *Praxeologi - Et kritisk refleksivt blikk på sosiale praktikker, vol. 1, e2595*. Hentet fra <http://dx.doi.org/10.15845/praxeologi.v1i0.2595>
- Cohen, D., Kahn, S., Allen, J. & Sparrow, N. (2012). Shifting attitudes: the National Education Programme for work and health. *Occupational medicine*, 62. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqs081>
- Creswell, J. W. (2007). *Qualitative inquiry and research design (Second edition)* SAGE Publications.

- Dassanayake, T., Michie, P., Carter, G. & Jones, A. (2011). Effects of benzodiazepines, antidepressants and opioids on driving. *Drug safety*, 34.
- Den Norske Legeforening. (2013). Fastlegeordningen Veileder og kommentarutgave Hentet 01.09 2019 fra <https://legeforeningen.no/PageFiles/131649/Fastlegeforskriften%202013.pdf>
- Det norske medicinske Selskab. (2014). Doktorskole eller medisinstudium? *Michael Journal*. Hentet fra <http://www.michaeljournal.no/i/2014/01/38-Doktorskole-eller-medisinstudium->
- Dewey, J. (1938/2005). *Erfaring og oppdragelse*. København: Christian Ejlers` Forlag.
- Engström, L. (2012). Kliniken flyttar hem - Sjuksköterskans institutionella praktik inom specialiserad palliativ hemsjukvård Hentet 10.11 2019
- Felleskatalogen, A. (2010). *Felleskatalogen*. Hentet fra www.felleskatalogen.no/medisin/om-felleskatalogen
- Forskningsråd, N. (2000). Kvalitet i norsk forskning, En oversikt over begreper, metoder og virkemidler. Hentet 15.12 2019
- Fører kortforskriften. (2004). Forskrift om fører kort av 23 februar 1979 - m.m. FOR-2004-01-19-298 Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2004-01-19-298?q=f%C3%B8rer%20kortforskriften>
- Glasdam, S. (2005). Interview: En diskussion af ligheder og forskelle i Pierre Bourdieus og Steinar Kvaales metodeovervejelser. *Sage Journals*, 25, 36-41. Hentet fra <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/010740830502500208>
- Gress, J. R., Purple, D. E. . (1988). *Curriculum. An introduction to the Field*. McCutchan Publishing Corporation.
- Grytten, N. (2004). Samarbeidsavtaler i privat praksis. *Tidsskriftet den Norske legeforening*, 15. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2004/08/rett-og-urett/samarbeidsavtaler-i-privat-praksis>
- Grytten, J., Skau, I. & Sørensen, R. (2005). Kjennetegn ved solo- og gruppepraksiser i norsk allmennmedisin. *Tidsskriftet den norske legeforening*, (125). Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2005/05/om-helsetjenesten/kjennetegn-ved-solo-og-gruppepraksiser-i-norsk-allmennmedisin>
- Gunja, N. (2013). In the Zzz zone: the effects of Z-drugs on human performance and driving. *Journal of Medical Toxicology*, 9, 163-171. <https://doi.org/10.1007/s13181-013-0294-y>
- Hammerslev, O., Hansen, J. A. & Willig, I. (2009). *Refleksiv sosiologi i praksis*. København: Hans Reitzel Forlag.
- Hargreaves, A. (1994). *Lærerarbeid og skolekultur*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1999, 21.06.2019). Lov om pasient- og brukerrettigheter Hentet 16.09 2019 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2010-2011). *Meld. St. 16 (2010–2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)* Bergen: Fagbokforlaget. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/f17befe0cb4c48d68c744bce3673413d/no/pdfs/stm201020110016000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). Høringsnotat om revidert fastlegeforskrift m.m. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/e683123127ec414ca71b73a776a8f532/fastlegeforskrift.pdf>
- Helse- og Omsorgsdepartementet. (2012). Lov av 1.jan. 2013 - Forskrift om fastlegeordning i kommunene (2019). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842?q=fastlegeforskriften>

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Forskrift om fastlegeordning i kommunene*.
https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842/KAPITTEL_2#KAPITTEL_. Hentet fra
https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2
- Helsedirektoratet. (2017). Helseattest førerrett – syn - Blankett IS-2571. Hentet 20.09 2019 fra
https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/forerkortveilederen/dokumenter-forerkortveileder/Helseattest%20f%C3%B8rerrett%20syn.pdf/_/attachment/inline/50edf910-b389-4e3b-85da-3b0f2a691308:498fa8c60ee97d2f5a8906a6b62a597020f5b124/Helseattest%20f%C3%B8rerrett%20syn.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). Høringsnotat - Forslag til regulering av spesialistutdanning i allmennmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin. Hentet 24.09 2019 fra
https://www.regjeringen.no/contentassets/d13e326b00f740c19cd7e264ea778e35/hoeringsnotat_spesialistutdanning_s.pdf
- Helse og omsorgsdepartementet. (1999, LOV-2018-06-15-38). Lov om helsepersonell m.v - Lov-1999-07-02-64. Hentet 05.05 2019 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Helse og omsorgsdepartementet. (2016). Høringsnotat - Krav om at leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal være spesialist i allmennmedisin eller under spesialisering. Hentet 23.08 2019 fra
<https://dfo.no/filer/Fagomr%C3%A5der/Utredninger/Eksempel/HOD-spesialist-i-allmennmedisin.pdf>
- Helsedirektoratet. (2015). *Vanedannende legemidler* Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2016a). Førerkortveilederen. Hentet 02.10 2019 fra
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/forerkortveilederen>
- Helsedirektoratet. (2016b). Veileder ved behandling av førerkortsaker - Veileder IS-2070. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/forerkortveilederen>
- Helsedirektoratet. (2017). Legemidler som kan påvirke kjøreevnen (helsekrav til førerkort). Hentet 20.08 2019 fra
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/forerkortveilederen/midler-alkohol-rusmidler-og-legemidler-som-kan-pavirke-kjoreevnen-35-37-helsekrav-til-forerkort/legemidler-helsekrav-til-forerkort/legemidler-som-kan-pavirke-kjoreevnen-helsekrav-til-forerkort>
- Helseinformatikk, N. (2018). Benzodiazepiner. Hentet fra <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/legemidler/benzodiazepiner/>
- Hetland A., C. D. (2014). Medications and impaired driving: A review of the literature. *Ann Pharmacother*, 48(495-506). <https://doi.org/10.1177/1060028014520882>
- Hjørleifsson, S. & Lea, K. (2017). *God praksis, om medisin og etikk* (bd. 301). Bergen: Fagbokforlaget.
- Inui, T. S., Yourtee, Edward. L., Williamson, John. W., . (1976). Improved Outcomes in Hypertension After Physician Tutorials: A Controlled Trial. *Annals of Internal Medicine*, 84, 646-651. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-84-6-646>
- Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Jacobsen, M., H., Kristiansen, S., Prieur, A. (2002). *Liv, fortelling, tekst- Streiftog i kvalitativ sociologi*. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag.
- Järvinen, M. (2005). *Klassisk og moderne samfundsteori*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative intervju*. Oslo.

- Larsen, K. (2009). *Observasjoner i et felt. Refleksiv sosiologi i praksis : empiriske undersøgelser inspireret af Pierre Bourdieu*. København: Hans Reitzels
- Larsen, Ø. (2007). Bilkjøring og alkohol – nyttig bok, 2007, 598-599. Hentet fra <https://www.michaeljournal.no/i/2007/10/Bilkj%C3%B8ring-og-alkohol-nyttig-bok>
- Legeforeningen. (2015). Ethiske regler for leger. Hentet 23.11 2019 fra <https://beta.legeforeningen.no/om-oss/Styrende-dokumenter/legeforeningens-lover-og-andre-organisatoriske-regler/etiske-regler-for-leger/>
- Legemiddelindustrien (LMI). (2002). Felleskatalogen. Hentet 01.09 2019 fra <https://www.felleskatalogen.no/medisin/sidekart>
- Leung, S. Y. (2011). Benzodiazepines, opioids and driving: An overview of the experimental research. *Drug and Alcohol Review*, 30, 281-286. <https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2011.00311.x>
- Luke, H. (2003). *Medical Education and Sociology of Medical Habitus: "It's not about the Stethoscope!"*. New York, Boston, Dordrecht, London, Moscow: Kluwer Academic Publishers.
- Malt, U. (2019). VAS. Hentet fra <https://sml.sn.no/VAS>
- Malterud, K. (1990). *Allmennpraktikerserien* Tano Aschehoug.
- Meland, E., Schei, E. & Bærheim, A. (2000). Pasientsentrert medisin – en oversikt med vekt på bakgrunn og dokumentasjon. *Tidsskriftet den Norske legeforening*, 120, 2253-2256.
- Myskja, A. (2017). *Ungdoms-kilden*. Oslo: J.M.Stenersen Forlag.
- Norsk Helseinformatikk. (2016). Strengere krav til bruk av vanedannende medisiner ved bilkjøring. Hentet fra <http://nhi.no/forside/strengere-krav-til-bruk-av-vanedannende-medisiner-ved-bilkjoring-47662.html>
- Nørholm, M. (2008). "det dobbelte brudd" , in: *Pierre Bourdieu. Centrale tekster indenfor sociologi og kulturteori* Oslo: Frydenlund.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter - LOV-1999-07-02-63*. Oslo: Lovdata.no. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Petersen, K. A. (1989). *Den praktiske sans. Sygepleijens skjulte prinsipper*. Danmark: Dansk institut for Sunheds- og Sygepleieforskning.
- Petersen, K. A. (1995). *Praktikteori i sunhetsvitenskap*. København: Akademisk forlag.
- Petersen, K. A. & Callewaert, S. (2013). *Praxeologisk sykeplejeforskning: Hva er det?* København: Forlaget HEXIS.
- Petersen, K. A., Glasdam, S. & Lorentzen, V. (2007). *LIVSHISTORIEFORSKNING OG KVALITATIVE INTERVIEW*. Viborg, Danmark: Forlaget PUC.
- Prieur, A. (1993). *Iscenesettelse av kjønn - Transvesitter og macho-menn i Mexico By* (35). Oslo: University of Oslo.
- Prieur, A. & Sestoft, C. (2006). *Pierre Bourdieu En introduktion* (bd. 238). Denmark: forfatterne og Hans Reitzels Forlag.
- Rang, H. P., Ritter, J.M., Flower, R.J. and Henderson, G. . (2015). *Rang & Dale's Pharmacology* London UK: Churchill Livingstone
- Reed-Danahay, D. (2005). *Locating Bourdieu*. Bloomington: Indiana University Press.
- Samferdselsdepartementet. (2000). St.meld. nr. 46, Nasjonal transportplan 2002-2011. Hentet 25.08 2019 fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/2f9ae96cfe2d47dc8edaf0e7eddb1317/no/pdf/a/stm199920000046000dddpdfa.pdf>
- Samferdselsdepartementet. (2008-2009). Nasjonal transportplan 2010–2019. Hentet 02.09 2019 fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/76ebed1a5cb741e780ad1bdb21513ae5/no/pdfs/stm200820090016000dddpdfs.pdf>

- Samferdselsdepartementet. (2015-2016). Meld. St. 40 (2015-2016) Trafikksikkerhetsarbeid - samordning og organisering. Hentet 03.03 2017 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-40-20152016/id2513038/sec3>
- Samferdselsdepartementet. (2016-2017). Meld. St. 33, Nasjonal transportplan 2018–2029. Hentet 25.08 2019 fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/7c52fd2938ca42209e4286fe86bb28bd/no/pdfs/stm201620170033000dddpdfs.pdf>
- Samferdselsdepartementet. (2017, 01.03. 2017). Lov av 19 jan. 2004 - Forskrift om førerkort m.m. Hentet 01.03.2017 2017 fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2004-01-19-298>
- Samferdselsdepartementet. (2018). *Nasjonal tiltaksplan for trafikksikkerhet på veg 2018-2021*. Oslo. Hentet fra https://www.vegvesen.no/_attachment/2188830/
- Samhandlingsreformen. (2008-2009). St.meld.nr. 47 - Samhandlingsreformen. Hentet 11.11 2019 fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Schei, E. (2016). *Dannelse til lege - Pasientkontakt og profesjonalitet i første fase av medisinstudiet*.
- Seale, C., Gobo, Giampietro., Gubrium, Jaber F., Silverman, David (2004). *Qualitative Research Practice*. London, California, New Delhi: SAGE Publications.
- Sinclair, S. (1997). *Making Doctors* University of Michigan: Berg Publishers.
- Skipenes, G. (2018, 22.01.2018). Når legen er sakkyndig. Hentet 11.03 2019 fra <https://tidsskriftet.no/2018/01/medisinsk-etikk/nar-legen-er-sakkyndig>
- Smith, J. A., Flowers, P. & Larkin, M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis* SAGE Publications.
- Statens Vegvesen. (2014). Forslag til nytt vedlegg 1 til førerkortforskriften – Helsekrav. Hentet 06.03 2017 fra <http://www.vegvesen.no/Fag/Publikasjoner/Offentlige-hoeringer/Hoering?key=748839>
- Statistisk sentralbyrå. (2019). Fastlegers inntekter og kostnader - Om etablering av et datamateriale. Hentet 16.09 2019 fra https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/artikler-og-publikasjoner/_attachment/382743?_ts=169d880e218
- Sundby, H., Elgsæter, I S., Bakke H.K., Brelin, B., Mjølstad B. m.fl. (2018). *Håndbok om fastlegeordningen Fastlegeordningen 2.0, Trønderopprøret*. Trondheim.
- Svedahl, E. R., Pape, K., Toch-Marquardt, M., Skarhaug, L. J., Kaspersen, S.-L., Bjørngaard, J. H. & Austad, B. (2019). Increasing workload in Norwegian general practice – a qualitative study. *BMC Family Practice*. Hentet fra <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-019-0952-5>
- Uniped, 39, 357-365. Hentet fra https://www.idunn.no/file/pdf/66905519/dannelse_til_lege_-_pasientkontakt_og_profesjonalitet_i_foer.pdf
- Van Manen, M. (1990). *Researching Lived Experience*. Albany: State University of New York Press.
- Vegtrafikkloven. (1965). *Lov om vegtrafikk. LOV-1965-06-18-4. Sist endret 2019* (bd. §21). Oslo.
- Vegvesen, S. (2016). Forslag til nytt vedlegg 1 til førerkortforskriften – Helsekrav. Hentet 12.10 2019 fra <https://www.vegvesen.no/Fag/Publikasjoner/Offentlige-hoeringer/Hoering?key=748839>
- Verster, J., Roth T. . (2012). Drivers can poorly predict their own driving impairment. a comparison between measurements of subjective and objective driving quality. *Psychopharmacol*, 219. <https://doi.org/10.1007/s00213-011-2400-7>
- Wilken, L. (2008). *Pierre Bourdieu* (bd. 5. utgave). Bergen: Fagbokforlaget.

- Wulff, H. R. (1987). *Rationel klinik*. København: Munksgaard.
- Wærnes, D. (2019). Fastlegesituasjonen forverret, viser ny kartlegging. Hentet 05.09 2019 fra <https://beta.legeforeningen.no/nyheter/2019/fastlegesituasjonen-forverret-viser-ny-kartlegging/>
- Ågotnes, G., Lea, K. & Petersen, K. A. (2019). Reflections on interviews: Official accounts and social asymmetry. *Praktiske grunde*. Hentet fra [http://praktiskegrunde.dk/2019/praktiskegrunde\(2019-1+2n\)aagotnes-lea-petersen.pdf](http://praktiskegrunde.dk/2019/praktiskegrunde(2019-1+2n)aagotnes-lea-petersen.pdf)
- Aakvaag, Gunnar C (2008): *Moderne sosiologisk teori*. Oslo: Abstrakt forlag

Forkortelser

Aplf- Alment praktiserende lægers forening

Bi- Bedriftsøkonomisk Institutt

KOPF- Kontinuerlig-Omfattende-Personlig-Forpliktende

LIS- Lege i spesialisering

LMI- Legemiddelindustrien

NAF- Norsk Forening for allmenntmedisin

NORSAM- Fagmedisinsk forening for samfunnsmedisin

NSD- Norsk senter for forskningsdata

NTP- Nasjonal tiltaksplan

Oll- Offentlige legers landsforening

PMU- Primærmedisinsk uke

SERAF- Senter for rus- og avhengighetsforskning

UIB- Universitetet i Bergen

VAS- Visuell analog skala

Vedlegg

Oversikt over tabeller, figurer og vedlegg

Tabeller:

Tabell 1: Oversikt over maks tillatte doser for vanedannende legemidler som, under en del forutsetninger, er tillatt ved føring av motorvogn, s. 24

Tabell 2: Farmakologiske egenskaper til benzodiazepiner og benzodiazepinlignende medikamenter som ble solgt i Norge i 2017, s. 29

Figurer:

Figur 1: Doxa i feltet, s. 17

Figur 2: Nullvisjonen, s. 47

Vedlegg:

Vedlegg nr.1: Skjematisk oversikt over agentenes yrkeshabitus

Vedlegg nr.2: Skjematisk fremstilt konstruksjon av agentenes habitus

Vedlegg nr.3: Samtykkeerklæring til deltakerne

Vedlegg nr 4: Intervjuguide

Vedlegg 1. Skjematisk oversikt over agentenes yrkeshabitus

Deltaker	Kjønn og alias	Alder	Faglig ståsted	Antall år i allmennpraksis
1	mann, Arne	62 år	Autorisert i 1984. Spesialist i allmennpraksis. Driver solopraksis. Han bor ikke i samme kommune som han jobber. Har en pasientliste på 1350 pasienter. 16 på venteliste.	34 år
2	mann, Erik	35 år	Autorisert i 2011. Spesialist i allmennpraksis. Jobber ved et legekantor med 6 fastleger, 2 i turnus. Legekantoret dekker 4 mindre kommuner. Han bor selv i kommunen hvor han jobber. Har en pasientliste på 600 pasienter. 26 på venteliste.	17 år
3	kvinne, Trine	43 år	Autorisert i 2013. Jobber som fastlege ved et kommunalt legesenter med 3 leger og 4 helsesekretærer. Legesenteret har en såkalt 0-avtale. Hun bor selv i kommunen hvor hun jobber.	5 år
4	kvinne, Anne	35 år	Autorisert i 2014. Under spesialisering. Jobber på legekantor med 9 leger + 1 turnuslege. Hun bor selv i kommunen hvor hun jobber. Har en pasientliste på 950 pasienter. 30 på venteliste.	4 år
5	kvinne, Hege	41 år	Autorisert i 2007. Spesialist i allmennpraksis. Leder i fagorganisasjon. Jobber på legekantor med 6 leger og 4 helsesekretærer. Hun bor selv i kommunen hvor hun jobber. Har pasientliste på 1200 pasienter. 55 på venteliste.	10 år

Vedlegg 2: : Skjematisk fremstilt konstruksjon av agentenes habitus

Arne

<i>Posisjon</i>	<i>Disposisjoner</i>			<i>Posisjonering</i>
<p>Autorisert i 1984.</p> <p>Spesialist i allmennmedisin. Har drevet solopraksis på samme sted siden han var ferdigutdannet.</p> <p>Jobber ikke i samme kommune som han bor.</p> <p>Deltar jevnlig i faggruppemøter med andre legekolleger.</p>	<i>Økonomisk kapital</i>	<i>Kulturell kapital</i> (formell/uformell?)	<i>Sosial kapital</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Ser benzo-pasienten som en utfordrende pasientgruppe • Ser på de som har utviklet et avhengighetsforhold som vanskelige pasienter. • Sier han prøver å unngå nye brukere av benzo-preparater, men viser ingen ulik praksis hos disse i forhold til andre brukere på pasientlisten • Han fortsetter bare å skrive ut nye resepter til de pasientene som kommer til han fra andre leger som har sagt nei til å skrive ut mer benzo-preparater. • Han skriver ut nye resepter og ser seg ikke ansvarlig for annet enn behandlingen, det er utenfor hans styring. • Ser kritisk på kravet om spesialisering i allmennmedisin for å beholde fastlegehjemmelen • Ser det urettferdig for de legene som driver solopraksis som sitter med alt økonomisk ansvar selv.
	<p>Bor i enebolig på et tettsted nært knyttet til en større by. Har arvet hytte av enkel standard. Har 1350 pasienter på sin liste, over 10 års ansiennitet, og ligger nok en del over gjennomsnittslønnen på kr. 1 200 000. Reiser årlig på ferie til varmere strøk.</p>	<p>Født på slutten av 50-tallet. Har erfaring fra sykehjem som ufaglært før oppstart av medisinstudiet. Avtjent førstegangstjenesten. Ferdigutdannet lege på 80-tallet og har jobbet som solopraktiserende fastlege siden. Møter andre kolleger jevnlig for å spille tennis og bridge.</p>	<p>Samboer, tre voksne barn fra et tidligere forhold som han har god kontakt med.</p>	

Erik

Posisjon	Disposisjoner			Posisjoneringer
<p>Autorisert i 2011.</p> <p>Spesialist i allmennmedisin. Jobber ved et legekantor med 6 fastleger, 2 i turnus. Legekantoret dekker 4 mindre kommuner.</p> <p>Han bor selv i kommunen.</p> <p>Utdannet fly- og offshorelege.</p>	<p><i>Økonomisk kapital</i></p>	<p><i>Kulturell kapital (formell/uformell?)</i></p>	<p><i>Sosial kapital</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluerer de nye helsekravene som konkrete og med lite rom for tvil. • Opplever det positivt at det er mulig å være syk og samtidig oppfylle helsekravene. • Uttrykker at noen problemene kanskje kunne vært løst med andre måter enn med benzoer, men kommer ikke opp med alternative behandlingstilbud. • Stiller seg litt reservert til avrusningsklinikker da han opplever at det kan påvirke negativt med å samle flere med samme problematikk. • Syns det kan være utfordrende å ha ulike (motstridende) roller, men at mange andre spennende arbeidsoppgaver veier opp for dette og synes ikke det har påvirket forholdet til pasientene negativt. • Har en relativt kort pasientliste som gjør at arbeidsbelastningen fint lar seg kombinere med små barn hjemme. • Skiller jobb og fritid. Tar i liten grad med seg jobben hjem. • Tenker at egne spesialister på trafikkmedisin kunne tatt vurderingene av helsekravene evt. at det
	<p>Bor i enebolig i samme kommune som han jobber. Har bil som han benytter til jobb. Har 600 pasienter på sin liste som er vel halv liste i forhold til anbefalt antall pasienter. Gjennomsnittslønn for en lege med 1200 pasienter er 1,2 mill. så vi kan anta ca. halvparten av dette. Han jobber i tillegg en del legevakter som gir ekstra inntekt.</p>	<p>Født på 80-tallet. Legeutdannet i Norge. Sertifisert fly- og offshorelege. Liker å reise.</p>	<p>Samboer, to barn på 3 og 5 år. Gode kolleger på jobb.</p>	

				<p>hadde vært et sertifiseringskrav med krav om resertifisering etter noen år.</p> <ul style="list-style-type: none">• Jobber bevisst for å ikke skape nye langtidsbrukere av benzoer ved å kalle inn førstegangsbrukere til en vurdering i de tilfellene de etterspør mer.• Ser i hovedsak på seg selv som pasientenes behandler
--	--	--	--	--

Trine

Posisjon	Disposisjon			Posisjoneringer
<p>Autorisert i 2013.</p> <p>Er under spesialisering. Jobber som fastlege ved et kommunalt legesenter med 3 leger og 4 helsesekretærer. Legesenteret har en såkalt 0-avtale.</p> <p>Bor i kommunen hun jobber.</p>	<p><i>Økonomisk kapital</i></p> <p>Jobber 100% stilling som fastlege + legevakt. Er ikke ferdig spesialist i allmennmedisin, men kan antas å ha en lønn opp mot 1 mill. Hun eier både bolig og bil.</p>	<p><i>Kulturell kapital (formell og uformell?)</i></p> <p>Født på 70-tallet. Oppvokst i en bydel i en større by sammen med foreldrene og en bror. Mor er sykepleier, far er kjemiingeniør. Har flere leger i familien. Opplever jobben krevende og liker å koble av med håndarbeid, gå turer og tid med familie og venner.</p>	<p><i>Sosial kapital</i></p> <p>Ugift, ingen barn. Har stor familie rundt seg som hun har tett kontakt med. Mange gode venner. Kolleger på arbeidsplassen, samt i faggrupper.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Opplever jobben som sakkyndig som krevende for relasjonen til pasientene. • Håndterer helsekravene som noe hun bare er pålagt fra myndighetene ved å informere om dem, men ser ikke at hun kan ha noe ansvar utover dette • Tviler på nytten av muntlig kjøreforbud og tror mange kjører til tross for denne beskjeden. • Ser det uheldig og belastende for pasienten om de bytter lege på grunn av uenighet om førerretten. • Betrakter spesialiseringen av allmennlegene som litt tilfeldig sankning av poenggivende kurs uten noen form for oppfølging av kompetanseutbyttet. (Betrakter det ikke særlig nyttig for pasientene.) • Hun har et bevisst forhold til bruk av benzodiazepiner som behandlingstilbud og prøver å begrense bruken av dem. • Hun har årlig gjennomgang av medisinalistene til pasientene

				<ul style="list-style-type: none">• I de tilfellene hun finner det riktig å skriver ut benzo-preparater er det doser forenelig med kravene i førerkortforskriften.• Uttrykker at informasjonen som hun gir ved oppstart av benzo-behandling er litt tilfeldig og fraviker nok fra retningslinjene• Har ingen fast oppfølgingsplan for pasienter som har brukt benzo-preparater problemfritt over lengre tid og skriver ut nye resepter uten at de må komme til konsultasjon.• Hun prøver å informere pasientene om at preparatene har kortvarig virkning, men hun opplever det er vanskelig å nå frem• Mener dette påvirkes av en travel hverdag• Ser seg ikke ansvarlig for annet enn behandlingen så lenge de innfrir helsekravene.• Ser det som viktig med hyppigere kontroller der det er økende etterspørsel av benzoer og der det grenser mot rusproblematikk.• Opplever ambivalens til benzoer som et behandlingstilbud
--	--	--	--	---

Anne

<i>Posisjon</i>	<i>Disposisjoner</i>			<i>Posisjoneringer</i>
<p>Autorisert i 2014.</p> <p>Er under spesialisering. Jobber på legekantor med 9 leger + 1 turnuslege.</p> <p>Bor i samme kommune som hun jobber.</p>	<p><i>Økonomisk kapital</i></p> <p>Hun jobber 100% stilling som fastlege, samt legevakt. Hun er under spesialisering i allmennmedisin. Hun har 950 pasienter på sin liste og kan ut fra gjennomsnittlig inntekt antas å ha en inntekt på rundt 1 mill. Leier bolig, men er på utkikk etter noe å kjøpe.</p>	<p><i>Kulturell kapital (formell og uformell?)</i></p> <p>Født på 80-tallet. Jobber som allmennlege på grunn av mulighet til variasjon i arbeidsoppgaver og helhetlig oppfølging av pasienten. Ser behandleroppgaven som sin hovedoppgave og er opptatt av tilstedeværelse og god oppfølging av sine pasienter. Har en tilnærming til jobben som samsvarer med kjerneverdiene i allmennmedisin, KOPF-idealet. Har gjennomført kurs i trafikkmedisin som et ledd i spesialiseringen. Liker å gå turer og kobler av fra jobb med å være ute i skog og mark.</p>	<p><i>Sosial kapital</i></p> <p>Ugift, samboer, ingen barn. Tilflytter til Norge og har lite familie i geografisk nærhet.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fullførte tidlig kurs i trafikkmedisin etter at de nye helsekravene kom. • Betrakter arbeidet som givende ved at hun får følge pasientene over tid. • Allmennmedisinen dekker interessen hennes for faglig bredde og varierte problemstillinger. • Opplever det problematisk å reise mye med tanke på å ikke være tilstede for pasientene. • Anser benzodiazepiner som kilde til bekymring på grunn av faren for avhengighet, men ser det som et nyttig behandlingstilbud ved kortvarig bruk. • Betrakter langvarig bruk som utfordrende, nedtrapping krever tid og tett oppfølging. • Anser ikke langvarig bruk av benzo-preparater som en større risiko i trafikken. • Ser et samarbeid med pasientene som nyttig for større bevissthet og motivasjon for nedtrapping og seponering

Hege

<i>Posisjon</i>	<i>Disposisjoner</i>			<i>Posisjoneringer</i>
<p>Autorisert i 2007.</p> <p>Spesialist i allmennmedisin. Jobber på legekontor med 6 leger og 4 helsesekretærer.</p> <p>Leder for en stor nasjonal fagsamling for allmennleger i Norge.</p> <p>Ingen ledige plasser på pasientlisten av 1200 plasser. 55 på venteliste.</p>	<p><i>Økonomisk kapital</i></p> <p>Spesialist i allmennmedisin. Hun har fulltegnet pasientliste på 1200 pasienter. Over 10 års ansiennitet. Hun eier bolig og bil. Reiser så ofte muligheten byr seg. Ut fra listelengden og ansiennitet kan vi anta at hun har en inntekt på over 1,2 mill.</p>	<p><i>Kulturell kapital (formell/uformell?)</i></p> <p>Født på 80-tallet. Valgte spesialisering i allmennmedisin fordi den byr på varierte arbeidsoppgaver og helhetlig tilnærming til pasientene. Jobbet ved nevrologisk avdeling på sykehus før hun startet som fastlege. Hun har en sosial fritid. Bistilling i en fagorganisasjon for primærlegefeltet.</p>	<p><i>Sosial kapital</i></p> <p>Enslig, ingen barn. Har et stort nettverk av familie og venner rundt seg. Dette gjelder også kolleger som hun ser som viktig for samarbeid.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Anser fastlegene til å være de rette til å foreta vurderingene av helsekravene. • Betrakter oppgaven som behandler som sin hovedoppgave • Opplever at muligheten til å få helsevurdering hos private leger utfordrer hovedintensjonen med god kjennskap til pasientenes tilstand. • Tror tettere samarbeid med spesialisthelse-tjenesten ville styrket kvaliteten på vurderingspraksisen. • Ser vurderingsjobben som en forhandlings-situasjon med pasientene der kravene kan være en motivasjon, samt grensesette et forbruk uforenelig med førerrett • Skiller brukerne i to grupper, de som innfrir helsekravene og

				<p>de som er blitt avhengig.</p> <ul style="list-style-type: none">• Opplever både tvil og dårlig samvittighet i forhold til behandlingstilbudet hos dem som har utviklet avhengighet.• Hun prøver å lykkes med behandlingstilbudet selv med informasjon og motivasjon før hun evt. melde til fylkesmannen eller spesialisthelsetjenesten.• Ser vurderingsjobben som et stort og ensomt ansvar• Anser ikke samarbeid med spesialisthelsetjenesten som utelukkende positivt for pasientene• Opplever de nye helsekravene som utfordrende på flere områder, arbeidsmengde, ansvar og lege-pasient forholdet.• Ser helsekravene som nyttig, men samtidig utfordrende for pasienter som allerede er i en vanskelig situasjon• Involverer pasientene ved å informere om
--	--	--	--	--

				<p>medikamentene, farene ved bruk Setter ikke opp konsultasjon hvis forbruket er stabilt og innfri helsekravene.</p>
--	--	--	--	--



FORSPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET

FASTLEGEPRAKSIS I FORBINDELSE MED BEHANDLING MED BENZODIAZEPINER OG VURDERINGER SOM HER BLIR GJORT I FORBINDELSE MED BRUK I FØRERKORTGRUPPE 1

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt for å undersøke praksisen til fastlegene ved benzodiazepinbehandling og deres vurderinger opp imot helsekravene i førerkortforskriften til førerkortgruppe 1 i Norge. Formålet med studien er å avklare hvordan helsevurderinger for førerkort til førerkortklasse 1 gjennomføres hos fastlegen.

Du er invitert til å delta i studien på bakgrunn av din erfaring fra vurderinger i din fastlegepraksis. Dette forskningsprosjektet er en del av en masterutdanning i helsevitenskap ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin ved Universitetet i Bergen.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET?

I dette forskningsprosjektet vil du bli intervjuet om dine erfaringer fra fastlegepraksisen og ditt arbeid med helsevurderinger opp imot kravene i førerkortforskriften. Intervjuene vil bli tatt opp med hjelp av en båndopptaker. Intervjuet vil enten være mellom bare deg og meg, eller i en gruppe sammen med andre fastleger.

Intervjuene vil ta ca. 35-45 min. Intervjuene skal brukes som grunnlag for en masteroppgave. I prosjektet vil jeg innhente og registrere opplysninger om deg. De opplysningene som skal innhentes er alder, arbeidserfaring og kjønn. Alder og arbeidserfaring vil kategoriseres i klasser, for å sikre din anonymitet. For eksempel alder: 30-35 år eller arbeidserfaring 5-10 år. Det vil også bli spurt spørsmål om din bakgrunn, og hva som førte fram til at du har valgt å jobbe som fastlege.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Fordeler din deltagelse kan ha for deg er at du får muligheten til å bidra til å dele fastlegers erfaringer med å jobbe med helsevurderinger opp imot førerkort ved benzodiazepinbehandling. Førerrett el tap av førerrett er et sensitivt tema, og det kan oppleves ubehagelig å måtte dele sine erfaringer med andre.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst i prosjektperioden trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i

analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte Lena Gjevik Knudsen på telefon: 92610529 eller e-post: lena.knudsen@nord.no.

HVA SKJER MED INFORMASJONEN OM DEG?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det er kun jeg som har tilgang til ditt navn, da all annen informasjon rundt dataene vil inneholde en kode som representerer ditt navn. Koblingen mellom ditt navn og kode vil oppbevares utilgjengelig for andre enn meg på serveren til Nord universitet.

Ingen deltakere vil kunne gjenkjennes i publikasjoner.

Prosjektet skal etter planen avsluttes i løpet av 2019. Da anonymiseres datamaterialet.

FORSIKRING

Denne studien vil rette seg etter Forskningsetikkloven (2007) og Personopplysningsloven (1978).

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD – Norsk senter for forskningsdata AS.

SAMTYKKE TIL DELTAKELSE I PROSJEKTET

JEG HAR MOTTATT INFORMASJON OM STUDIEN OG ER VILLIG TIL Å DELTA

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med blokkbokstaver

Intervjuguide

Dato, klokkeslett, sted:

Kort om meg

Uformell prat:

- Hvilket legekontor jobber du på?
- Hvor mange ansatte er det der?
- Bor du i kommunen?

Innledende informasjon: Når jeg intervjuer deg, vil jeg du skal vite at jeg ikke har noen intensjon om å «avsløre» din praksis. Ikke hold tilbake noe fordi du tenker at dette er noe «jeg allerede vet». Tenk på meg som en utenforstående som ikke kjenner ditt arbeid.

Jeg ønsker å intervjuer deg fordi jeg er interessert i hva du har å fortelle og få kunnskap om fastlegene sin daglige yrkesutøvelse i helsevurderinger av sjåførere som bruker benzodiazepiner.

Jeg tenker å ta opp samtalen vår, hvis du synes det er greit?

Hovedspørsmål 1: Kan du fortelle og beskrive en typisk konsultasjon som omhandler benzodiazepinbehandling og førerkortvurdering?

- Hvor mange slike konsultasjoner har du i løpet av en måned?
- Hva snakker du med pasientene dine om? Hvilken informasjon gir du..
- Er du forpliktet til å informere?
- Er det retningslinjer for dette?
- Inngår der nye avtaler?
- (Hvordan følges dette opp?)
- Opplever du noen ganger tvil i din vurdering? Kan du gi eks.....
- Når vurderer du evt. å henvise til annet fagpersonell, spesialist? Evt. når er du tilbakeholden?
- Hvor mange varslinger sender du til fylkesmannen i løpet av året?
- Har du opplevd at pasientforhold har blitt avsluttet etter å ha varslet han/henne inn til fylkesmannen?
- Hvordan ser du på denne delen av jobben din?

Hovedspørsmål 2: Hva kreves for å få den jobben du har? (utdannelse, personlighet, egenskaper)

- Hvor lenge har du jobbet som fastlege?
- Hvor lenge har du jobbet ved dette legekantoret?
- Hvorfor falt valget på allmennmedisin?
- Har du noen etterutdannelse? Spesialfelt? Andre erfaringer...
- Kan du fortelle litt om hva du gjør utenom jobb? (sivilstatus, barn, bolig, hytte, fritidsaktiviteter, utdannelse, hvordan reiser du til jobb, bil evt. sykkel, deltar du i noe frivillig arbeid)

Hovedspørsmål 3: 01.10.16 fikk vi nye helsekrav til førerkort, har disse på noen måte påvirket din arbeidsdag el arbeidsoppgaver?

- Evt. hvordan? (Arbeidsmengde, pasientforhold)
- Har det påvirket arbeidet ditt med denne pasientgruppen?
- Kan du si noe om hvilke styrker evt. svakheter du ser de nye kravene?
- Kan du se spesielle utviklingstrekk som følge av de?
- Hva tenker du om helsekravene i den nye førerkortforskriften?
- Har du fått kursing om det nye lovverket?
- Er det et krav eller forventes det at du oppdaterer deg selv om nye lover eller forskrifter?
- Er det noen pasienter som tar kontakt på eget initiativ med bakgrunn i at de er usikker eller ikke føler seg i stand til å føre bilen på en trygg og sikker måte?
- Hvordan forholder du deg hvis pårørende tar kontakt på grunn av bekymring om tilstrekkelig god nok helse til å føre bil?
- Har de nye helsekravene bidratt til å forenkle vurderingen?
- (ser du noen fellestrekk hos denne pasientgruppen?)
- (Hvordan er kjønnsfordelingen hos denne gruppe?)
- Hva synes du om måten dette er organisert på?

Utdypende spørsmål:

- Kan du fortelle mer om det?
- Er det noe mer du vil legge til?
- Hvordan føler du da?

Oppsummering:

- Er det noe du vil legge til?
- Oppsummere funn
- Har jeg forstått deg riktig?