
Fastlegers møte med covid-19-pandemien – en fokusgruppetudie

ORIGINALARTIKKEL

THERESE RENAA

therese.renaa@medisin.uio.no

Avdeling for allmennmedisin

Universitetet i Oslo

og

Otta legekantor

Sel kommune

Forfatterbidrag: studiedesign, intervjuer og transkribering av disse, analyse, litteratursøk samt utforming og revisjon av manus.

Therese Renaa er spesialist i allmennmedisin og i samfunnsmedisin, ph.d.-stipendiat, fastlege og kommuneoverlege.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

METTE BREKKE

Avdeling for allmennmedisin

Universitetet i Oslo

Forfatterbidrag: studiedesign, ett intervju, analyse samt utforming og revisjon av manus.

Mette Brekke er spesialist i allmennmedisin og professor.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

BAKGRUNN

Hverdagen til norske fastleger ble snudd på hodet under covid-19-pandemien da fastlegetjenesten ble satt under stort press over tid. Vi gjennomførte en kvalitativ studie av fastlegenes opplevelse av utfordringer og egen mestring under pandemien.

MATERIALE OG METODE

Fokusgruppeintervjuer ble gjennomført med 19 fastleger fra fire legekantor i Innlandet. Intervjuene ble analysert med systematisk tekstkondensering.

RESULTATER

Fastlegene beskrev at de har mestret en svært krevende oppgave. De uttrykte en forventning om rask omstillingsevne, og så dette som en grunnleggende egenskap ved fastlegerollen. De følte stort ansvar for egne pasienter, og i en beredskapssituasjon opplevde de at ansvaret ble utvidet til å omfatte hele befolkningen. De så seg selv som en viktig del av kommunens helseberedskap, selv om de i liten grad hadde reflektert rundt de praktiske konsekvensene av dette før pandemien.

FORTOLKNING

Fastlegeordningens omstillingsevne i krisesituasjoner hviler på fastlegenes sterke individuelle og kollektive ansvarsfølelse og forventning til egen mestring. Mestringsevnen er fastlegeordningens store styrke, men innebærer også en sårbarhet ved at overbelastning av fastlegetjenesten kamufleres. Det kan føre til at kommunene ikke tar sitt ansvar for lovpålagte oppgaver.

Hovedfunn

Fastlegene opplevde mestring under covid-19-pandemien, til tross for stort press.

Mestringsforventning er en typisk egenskap hos fastleger, men gjør fastlegeordningen sårbar for overbelastning.

Det var lite kunnskap om SARS-CoV-2-viruset i starten av pandemien. Man visste ikke nok om smitteveier, hvor alvorlig sykdom viruset kunne føre til, og hva som var hensiktsmessige smitteverntiltak. Nasjonale retningslinjer og veiledere var ikke på plass, og myndighetenes anbefalinger var i stadig endring. Innbyggerne tok kontakt med fastlegekontorene for å få råd, og de første månedene var preget av stor arbeidsinnsats fra fastlegetjenesten for å trygge pasientene.

Samtidig måtte fastlegene omorganisere kontorene for å håndtere befolkningens behov for helsehjelp (1, 2). Omleggingen av driften omfattet omdisponering av lokaler, med egne områder for mulig smittede pasienter. Faste morgenmøter ivaretok mange steder intern kommunikasjon på legekantorene. Mangel på personlig beskyttelsesutstyr for helsepersonell førte til bekymring. Ved flere legekantor delte man inn leger og hjelpepersonell i kohorter for å unngå at hele legekantoret skulle måtte stenge ved smitte. Mange fastleger brukte hjemmekontor, og antall videokonsultasjoner og telefonkonsultasjoner økte. Myndighetene fikk raskt på plass ordninger som honorerte digitale konsultasjoner og kompenserte for smitteverntiltak (3).

Primærhelsetjenesten spiller en sentral rolle i håndteringen av hendelser som påvirker folkehelsen over hele verden (4). Erfaringer fra tidligere kriser understreker nødvendigheten av planlegging for at tjenesten skal klare å løse oppgavene (5–7). Det foreligger studier fra primærhelsetjenesten under covid-19-pandemien i andre land (8–11), men vi har lite kunnskap om hvordan fastlegeordningen i Norge fungerer under kriser. I små og mellomstore kommuner utgjør fastlegene stammen i helseberedskapen, da de ivaretar akutt helsehjelp både på dagtid, kveld og helg (12). Som selvstendig næringsdrivende er fastleger ofte lite integrert i kommunens administrasjon, og kommuneledelsen kan mangle kunnskap om driften av et fastlegekontor. Kommunenes beredskapsplikt pålegger et planverk som ivaretar befolkningen i kriser og katastrofer (13). Likevel hadde få kommuner på plass planer og avtaler som sikret innbyggernes behov for legetjenester under en krise før covid-19-pandemien. Beredskap er heller ikke nevnt i fastlegeforskriften (14). Forfatterne observerte at fastlegetjenesten fungerte under pandemien og ble nysgjerrige på hva som gjorde at fastlegene mestret krisen. Vi har begge jobbet i primærhelsetjenesten i mange år. Derfor har vi en forventning om at fastleger har stor mestringssevne i kriser og at evnen til rask omstilling er en grunnleggende verdi ved fastlegerollen. Den amerikanske psykologen Albert Bandura har formulert en mye brukt teori om mestringsforventning (15). Ifølge denne teorien danner tidligere erfaringer og motivasjon utgangspunktet for hvordan man møter utfordringer, og forventningen til egen mestring er viktig for å lykkes. Bakgrunnen for denne kvalitative studien var at vi ville se hvordan krisehåndteringen på fastlegekontorer under covid-19-pandemien kunne forstås med utgangspunkt i teorien om mestringsforventning.

Materiale og metode

Studiematerialet ble samlet inn ved hjelp av fokusgruppeintervjuer som ble gjennomført ved fire legekontor i Innlandet i tidsrommet juni 2020 til september 2021. Legekantorene lå i én liten, to middels store og én stor kommune. Deltagerne ble rekruttert via forespørsel på e-post. Legekantorene som ble plukket ut, lå i kommuner som hadde opplevd store covid-19-utbrudd, og det ble tilstrebet variasjon i kommunestørrelse og geografisk spredning i regionen.

Alle leger ved legekantorene, totalt 19 leger i alderen 26–65 år, ble invitert og deltok i fokusgruppene. Ti av legene var kvinner, og ni av legene var spesialister i allmennmedisin. Ved tre av legekantorene dekket kommunen faste utgifter, mens det fjerde kontoret var privatfinansiert. 14 av legene var selvstendig næringsdrivende, mens fem var fastlønnede. De fastlønnede legene var i hovedsak LIS 1-leger og vikarer. Alle deltok aktivt i fokusgruppene, men vikarene deltok mindre enn andre i diskusjonen. Ett intervju ble gjennomført av annenforfatter, de tre andre av førsteforfatter. Intervjuene varte i litt over én time.

Den semistrukturerte samtalen ble gjennomført med utgangspunkt i tre hovedspørsmål:

1. Hvordan opplevde dere omleggingen av driften ved legekantoret i forbindelse med covid-19-pandemien?
2. Hvilke faktorer underlettet eller hindret omleggingen av driften?
3. Hvilken rolle mener dere fastlegene skal ha i en beredskapssituasjon?

Intervjuene ble spilt inn på lydopptaker og deretter transkribert og anonymisert. Respondentene fikk tildelt et nummer mellom L1 og L19. Vi brukte systematisk tekstkondensering i det videre arbeidet (16), og de transkriberte tekstene ble lest og analysert for å finne meningsbærende enheter. Første- og annenforfatter identifiserte meningsbærende enheter uavhengig av hverandre og sorterte dem i kodegrupper. Deretter ble funnene diskutert og kodegruppene justert i fellesskap. Essensen av de meningsbærende enhetene i hver kodegruppe ble kondensert til ett utsagn. Vi valgte ut sitater fra teksten som illustrerte hovedfunnene. Under analysen var vi mest opptatt av utsagn som uttrykte felles verdier blant deltagerne i studien, siden vi var interessert i å studere grunnlaget for kollektiv mestringsforventning.

Studien ble godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) og vurdert til å ikke trenge godkjenning i Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (Ref. 129162/20). Studien ble gjennomført med støtte fra Allmenmedisinsk forskningsutvalg.

Resultater

Stor belastning, men mestringsfølelse

Fastlegene beskrev pandemien som en stor belastning, men hadde samtidig en opplevelse av mestring og tilfredshet med hvordan de hadde klart å finne gode løsninger for å møte utfordringene. De beskrev at situasjonen var spesielt krevende i starten av pandemien, da fastlegekontorene ble overveldet av et stort antall henvendelser fra befolkningen og mange store omlegginger skjedde veldig fort. Trykket på fastlegekontorene kom i hovedsak gjennom telefonhenvendelser i starten av pandemien. Mange pasienter avbestilte timene sine, både i frykt for smitte og av hensyn til legene. Flere leger opplevde at timelistene var nesten tomme de første ukene. Etter hvert kom pasientene tilbake, men de fleste kontorene innførte smitteverntiltak som førte til færre fysiske pasientkontakter i løpet av en dag. Selv om antall direkte kontakter var lavere i perioder, økte aktiviteten totalt sett.

Noen leger var uenige i smitteverntiltakene og fryktet store inntektstap når de måtte redusere antall konsultasjoner. I tillegg genererte arbeidet med omlegging av legekantoret ikke inntekter for selvstendig næringsdrivende, da takstsystemet kun honorerer pasientkontakt.

Det tok tid å få pasientene til å akseptere de nye arbeidsformene, og flere av fastlegene syntes det var krevende. Fastlegene hadde ulike syn på nytteverdien av videokonsultasjoner. Det var enighet om at videokonsultasjon egnet seg best

for bestemte pasientgrupper, spesielt yngre som var erfarne digitale brukere. Noen pasienter så videokonsultasjon som et godt tilbud og etterspurte det videre.

Flere fastleger uttrykte bekymring for at mindre pasientkontakt ville føre til at alvorlig sykdom ikke ble oppdaget og behandlet. Noen gikk igjennom pasientlistene sine og oppsøkte egne pasienter hjemme for å sikre at de fikk den helsehjelpen de trengte:

«Vi har jo jobba på lista vår i mange år, vi har god kjennskap til pasienter og det er en stor styrke. Vi kontaktet dem som uteble. Det var viktig.» (L16)

Alle fastlegekontorene var presset til bristepunktet under den første fasen av pandemien. Presset avtok noe da kommunene organiserte prøvetaking og informasjonstelefoner utenom fastlegekontorene. Det frigjorde tid til at fastlegene i større grad kunne ivareta sine faste oppgaver. Fastlegekontorene hadde klart å fungere også i den første akutte fasen, men med stor slitasje på personalet.

Deltagerne i våre fokusgrupper så det som en selvfølge at fastlegene håndterte utfordringene under pandemien. For de fleste var følelsen av ansvar for pasientene og forventning til egen mestringssevne så underforstått at de i liten grad reflekterte rundt det. Flere av legene beskrev mestringssevne som en kjerneverdi i fastlegetjenesten.

«Vi føler som fastleger at vi har et stort ansvar. Vi har ikke noe valg i forhold til det som står i fastlegeforordningen. Vi er flinke til å snu oss rundt. Det er raskere å få ting gjort enn å klage til et høyere nivå. Der tror jeg vi er eksepsjonelle.» (L17)

Noen leger forklarte mestringsforventningen med fastlegens rolle i akutt helseberedskap og en følelse av eierskap til hendelser som rammer innbyggerne.

Driftsformen som selvstendig næringsdrivende og stor grad av selvbestemmelse ble fremhevet som viktig for evnen til rask omlegging av fastlegetjenesten under pandemien.

I tillegg til den individuelle ansvarsfølelsen for egen praksis la flere vekt på fellesskapet på legekontoret som en styrke. Legene fikk støtte og delte informasjon i regelmessige møter med kollegaer. Informasjonsskriv fra fagforeningen og diskusjoner i samtalegrupper på nettet forsterket den kollektive mestringsfølelsen.

Fastlegene opplevde også forventninger fra samfunnet om å mestre krisen. Noen leger oppfattet samfunnets forventninger som urimelige. De uttrykte at den akutte krisen kom på toppen av en kronisk krise, der fastlegetjenesten blir pålagt stadig nye oppgaver uten å få mer ressurser. De så at en av ulempene med fastlegenes mestringssevne er at den kamuflerte belastningen på tjenesten.

Selvbestemmelse

Fastlegene så selvbestemmelsen som en forutsetning for å raskt kunne treffe beslutninger og endre arbeidsmetoder ved legekontoret. Det var ingen tydelig forskjell mellom selvstendig næringsdrivende og fastlønnede i ønsket om selvbestemmelse i praksisen. Flere fastleger forhandlet frem avtaler med

kommunen om fastlønnede oppgaver for å dekke kommunens ekstra behov for legetjenester i pandemihåndteringen. Den kommunale fastlønnen var lavere enn inntekt fra praksis, og fastlegene opplevde dette som inntektstap, selv om det ga noe økonomisk trygghet. Ulempene ved den økonomiske sårbarheten var likevel underordnet betydningen av frihet og selvbestemmelse som selvstendig næringsdrivende, og selv om flere leger i en periode hadde større del av inntekten fra fastlønnede oppgaver, ønsket de ikke å endre driftsform.

«Kanskje kunne vi ha ønsket oss en bedre kompensasjon for inntektstapet en periode, men vi ville ikke ha gitt opp selvbestemmelsen, for den teller så mye, at vi bestemmer selv og har korte kommandolinjer. Jeg ville ikke ha gitt opp det for fastlønn. Ja til bedre kompensasjonsordninger, men vi vil beholde råderetten.» (L16)

Fastlegene la også vekt på andre egenskaper som samarbeidsevne og kreativitet:

«Vi har drevet i mange år, kjenner hverandre godt, har et godt team, og hadde gode rutiner på forhånd. Det har medført at det har vært lettere å innføre ting i pandemien, vi er samkjørte og gode venner.» (L16)

Fastlegene hadde en klar oppfatning av at større innblanding fra kommunen ville ha redusert effektiviteten i omleggingen. Kommunens administrasjon hadde ikke nødvendig kunnskap om driften av et fastlegekontor, og forsøk på detaljstyring skapte irritasjon. Kommunen bisto best ved å gi handlingsrom gjennom å sørge for at legekontorene hadde nødvendige ressurser og gjennom å avlaste legekontorene for covid-19-relaterte oppgaver.

Forpliktelse overfor befolkningen

Fastlegene uttrykte at det var deres oppgave å hjelpe pasientene på fastlegelisten gjennom pandemien:

«Jeg satte opp ei liste, alle pasienter over en viss alder, og haket av dem som ikke hadde vært her. De ringte jeg til. Mine eldre turte ikke komme hit, de var knapt på butikken. Jeg var hjemme hos de aller dårligste.» (L18)

Fastlegene var seg bevisste at de hadde en viktig rolle i førstelinjen for å dempe konsekvensene av pandemien. I tillegg til ansvaret for listepasientene opplevde de at de hadde et felles ansvar for hele befolkningen. Legene så det som en selvfølge at de måtte overta ansvaret for pasienter fra andre fastleger med stengt praksis. Egen arbeidsform ble tilpasset for å gjøre en tjeneste for samfunnet og ivareta helseberedskapen under en krise.

Intervjuobjektene hadde ulike meninger om fastlegenes rolle i en beredskapssituasjon. De fleste mente at en sterk rolle er naturlig og at fastlegene er best egnet til å ivareta oppgavene også i en krise. Noen fastleger var kritiske til at kommunen forventet at de skulle ta på seg oppgaver uten at dette var klart definert i eksisterende avtaler.

«Jeg føler at det ofte er sånn – fastlegen får oppgaven, så er det ikke noe mer snakket om. Fordi fastlegen kjenner pasienten, og ferdig, da var vi ferdig snakket, det var ditt ansvar. Det er jo en av tingene føler jeg som ligger i fastlegekrisen.» (L14)

Det var også forskjell i samtalene med vikarleger på fastlønn og fastleger som hadde jobbet lenge med sine lister og følte sterkt eierskap til praksisen. Vikarene som var leid inn for å dekke kommunens midlertidige behov for leger, beskrev ikke samme følelse av ansvar for situasjonen.

Diskusjon

Fastlegene som deltok i studien, beskrev et krevende møte med covid-19-pandemien, men også en opplevelse av mestring. Dette er i samsvar med hva vi forventet å finne. Studien er den første norske beskrivelsen av fastlegenes opplevelse av covid-19-pandemien. Studien ble gjennomført under en pågående pandemi, og fastlegene hadde erfaringene friskt i minne. Intervjuene ble gjennomført over et tidsrom på 13 måneder, og vi traff fastleger i ulike faser av pandemien, noe som naturlig påvirket deres opplevelse av situasjonen. Vi tror at våre informanter har gitt uttrykk for erfaringer og meninger som kan gjenkjennes av andre fastleger.

Førsteforfatter er selv fastlege og kommuneoverlege, annenforfatter har jobbet mange år som fastlege og i noen år som kommuneoverlege. Dette gjør at vi analyserte materialet med samme referansebakgrunn som deltagerne i studien. Bildet av fastlegene som løsningsorienterte praktikere med en sterk lojalitet til pasientene og klar forventning til egen mestring, vekket gjenklang hos oss.

Sett i lys av Banduras teori om mestringsforventning gjenkjente vi både en individuell og en kollektiv mestringsforventning (15). Fastleger føler stort ansvar for pasientene og eierskap til fastlegeoppgaven. De er vant til praktisk problemløsning og å løse utfordringer under tidspress. Det kollegiale fellesskapet gir styrke til å stå i krisen, og følelsen av kontroll over egen arbeidshverdag og selvbestemmelse gir motivasjon og handlingsrom. Studien utdyper forståelsen av hvordan fastleger håndterer en krise og tydeliggjør faktorer som underletter og hindrer effektiv omlegging av fastlegetjenesten. Funnene bekreftet i stor grad vår forforståelse.

Vi hadde derimot ikke forventet at analysen av materialet skulle vise at mestringsevnen også har en klart negativ side. Våre informanter og vi var enige om at fastlegeordningens største styrke er ansvarsfølelsen og mestringsevnen, men dette fremsto samtidig som ordningens største sårbarhet. Selv om mange kommuner bisto med ressurser og praktisk hjelp, hadde de for liten kompetanse til å støtte fastlegetjenesten tilstrekkelig og til å forebygge overbelastning. Sammenhengen mellom mestringsforventningen og overbelastning var tydeligst observert og formulert av de legene som ikke hadde en tett og langvarig relasjon til pasientlisten, som LIS1-leger og vikarer.

Ansvar for at innbyggerne skal få helsehjelp, ligger hos kommunene, men overlates i stor grad til fastlegene. Fastlegene leverer en tjeneste til innbyggerne på vegne av kommunen, og kommunen bør være en viktig partner i utviklingen av en legetjeneste med høy kvalitet, godt integrert i lokalt helsetilbud. Vellykket ledelse av legetjenesten i kommunen forutsetter at legene er villige til å la seg lede (17). Fra kommunens side krever det interesse og forståelse for kompleksitetene i fastlegenes arbeidshverdag og respekt for deres behov for

autonomi. Kommunene bør etter vår mening øke sin kompetanse på fastlegetjenesten og sørge for at fastlegenes behov inkluderes i beredskapsplanene. Slik kan befolkningen være sikret et fungerende helsetilbud i krisesituasjoner.

Artikkelen er fagfellevurdert.

REFERENCES

1. Alsnes IV, Munkvik M, Flanders WD et al. How well did Norwegian general practice prepare to address the COVID-19 pandemic? *Fam Med Community Health* 2020; 8: e000512. [PubMed][CrossRef]
2. Renaa T, Brekke M. Driftsomlegging ved et fastlegekontor under covid-19-pandemien – en fokusgruppestudie. *Tidsskr Nor Legeforen* 2021; 141. doi: 10.4045/tidsskr.20.0713. [CrossRef]
3. Helsedirektoratet. Endringer i aktivitet i helsetjenester mars 2020. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/endringer-i-aktivitet-i-helsetjenester-mars-2020-forelopige-tall/Endringer%20i%20aktivitet%20mars%202020.pdf/_/attachment/inline/141e3918-b031-4f27-bcoe-5ee14d442bff:c5b96929e18ad492foa3a20c3a30fdc93fb31a18/IS-2927%20Endringer%20i%20aktivitet%20mars%202020.pdf Lest 5.8.2022.
4. WHO. Primary health care and health emergencies, 2018. Technical series On primary health care. WHO/HIS/SDS/ 2018.52. <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/emergencies.pdf?sfvrsn=687d4d8d> Lest 5.8.2022.
5. Wynn A, Moore KM. Integration of primary health care and public health during a public health emergency. *Am J Public Health* 2012; 102: e9–12. [PubMed][CrossRef]
6. Hsu CE, Mas FS, Jacobson HE et al. Public health preparedness of health providers: meeting the needs of diverse, rural communities. *J Natl Med Assoc* 2006; 98: 1784–91. [PubMed]
7. Phillips CB, Patel MS, Glasgow N et al. Australian general practice and pandemic influenza: models of clinical practice in an established pandemic. *Med J Aust* 2007; 186: 355–8. [PubMed][CrossRef]
8. Sutherland K, Chessman J, Zhao J et al. Impact of COVID-19 on healthcare activity in NSW, Australia. *Public Health Res Pract* 2020; 30: 3042030. [PubMed][CrossRef]
9. Rybarczyk-Szwajkowska A, Staszewska A, Timler M et al. Organizational and financial changes in the work of primary health care workers during the COVID-19 pandemic in Poland. *Med Pr* 2021; 72: 591–604. [PubMed][CrossRef]

10. Garg S, Basu S, Rustagi R et al. Primary Health Care Facility Preparedness for Outpatient Service Provision During the COVID-19 Pandemic in India: Cross-Sectional Study. *JMIR Public Health Surveill* 2020; 6: e19927. [PubMed][CrossRef]
11. Leslie M, Fadaak R, Pinto N et al. Achieving Resilience in Primary Care during the COVID-19 Pandemic: Competing Visions and Lessons from Alberta. *Healthc Policy* 2021; 17: 54–71. [PubMed][CrossRef]
12. Zakariassen E, Hunskaar S. Involvement in emergency situations by primary care doctors on-call in Norway—a prospective population-based observational study. *BMC Emerg Med* 2010; 10: 5. [PubMed][CrossRef]
13. FOR-2011-08-22-894. Forskrift om kommunal beredskap. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-08-22-894> Lest 5.8.2022.
14. FOR-2012-08-29-842. Forskrift om fastlegeordning i kommunene. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842> Lest 5.8.2022.
15. Bandura A. Self-efficacy. The exercise of control. New York, NY: W.H. Freeman and Company, 1997.
16. Malterud K. Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. *Scand J Public Health* 2012; 40: 795–805. [PubMed][CrossRef]
17. Lyngroth S, Schanche P. Kommunal legetjeneste – kan den ledes? Agenda Kaupang, 2016. https://www.agendakaupang.no/wp-content/uploads/2018/11/Rapport_KS_Kommunal-legetjeneste-kan-den-ledes_AK.pdf Lest 5.8.2022.

Publisert: 1. september 2022. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.22.0069
Mottatt 24.1.2022, første revisjon innsendt 27.4.2022, godkjent 5.8.2022.
Publisert under åpen tilgang CC BY-ND. Lastet ned fra tidsskriftet.no 11. juni 2026.