

# Leder kommunen fastlegeordningen?

*En kvalitativ studie av kommunens ledelse  
av fastlegeordningen*

Bente Bjørnhaug og Hilde Skyvulstad



Masteroppgave i helseadministrasjon, Institutt for helse  
og samfunn, Det medisinske fakultet.

UNIVERSITETET I OSLO

Mai 2018

# Leder kommunen fastlegeordningen?

En kvalitativ studie av kommunens ledelse av  
fastlegeordningen

**«Vi er underadministrerte, og de (fastlegene) klarer seg  
jo i veldig stor grad selv, og leder seg jo selv heldigvis.»  
(Sitat fra en kommunalt ansatt informant)**

© Forfattere Bente Bjørnhaug og Hilde Skyvulstad

2018

Leder kommunen fastlegeordningen?

En kvalitativ studie av kommunens ledelse av fastlegeordningen

Bente Bjørnhaug og Hilde Skyvulstad

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

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

# Sammendrag

Fastlegeordningen ble innført i 2001 og har vært ansett som en vellykket helsereform. Vi har tatt for oss ledelse av denne ordningen sett fra kommunenes og fastlegenes ståsted, inspirert av en rapport fra Agenda Kaupang som i 2016 konkluderte med at *«kommunen i liten grad benytter seg av dagens tilgjengelige virkemidler»* for å lede legetjenesten, og at det å lede den kommunale legetjenesten til en viss grad handler *«om at legene selv vil la seg lede»*.

## Problemstilling

Leder kommunen fastlegeordningen og er fastlegene vanskelige å lede?

## Bakgrunn

Samhandlingsreformen har ført til at oppgaver er overført fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Dette sammen med et økt fokus på koordinerte og helhetlige pasientforløp har satt større krav til kommunene og en velfungerende primærhelsetjeneste. Kommunen skal sørge for en forsvarlig fastlegeordning og legge til rette for samarbeid og integrering av fastlegen i den øvrige helse og omsorgstjeneste. Kommunen har utfordring med å få til denne integreringen og ta i bruk nødvendige virkemidler for å få dette til. Flere har dessuten tatt til orde for at fastlegeordning er i krise. Arbeidsmengden for legene har økt, det er rekrutteringsproblemer i flere kommuner og det forventes frafall fra ordningen dersom rammebetingelsene forblir uendret. Dette gjør det utfordrende for kommunene å lede fastlegeordningen. Vi har intervjuet fastleger og kommunerepresentanter for å finne ut hvordan kommunen leder fastlegene, hvordan de integrerer fastlegene i kommunens helse- og omsorgstjenester, hvilken rolle kommuneoverlegen spiller i ledelse av fastlegene og til slutt hva som skal til for at fastlegene lar seg lede.

## Metode

Studien ble gjennomført med kvalitativ metode. Fokusgruppeintervjuene ble gjort i lokale samarbeidsutvalg, LSU, i 4 kommuner med over 15 000 innbyggere. utvalget faste representanter var informanter, det vil si fastlegerepresentanter, kommuneoverleger og kommunens lederrepresentanter, til sammen 20 deltagere. Vi har brukt LSU som en arena for å få innsikt i hvordan kommunene leder fastlegeordningen. Kommunene ble rekruttert via vårt kommuneoverlegenettverk og intervjuene ble gjennomført fra september 2017 til februar 2018. Intervjuene ble transkribert, kodet og analysert etter systematisk

tekstkondenseringsmetode.

## Hovedresultater

### 1. Hvordan utøver kommunen sitt ledelsesansvar for fastlegeordningen?

Innretningen av fastlegeordningen, med relativt sterk statlig styring og fastlegenes selvstendige faglige ansvar og driftere av egne kontorer, reduserer kommunens ledelsesansvar og handlingsrom. Tradisjonelt sett har fastlegene styrt seg selv, men flere kommuner har nå utarbeidet en plan for legetjenesten, er bedre til å involvere legene i planprosesser og etterspør legenes etterlevelse av fastlegeforskriften. Det er imidlertid satt av lite ressurser til dette arbeidet. Vår undersøkelse viser at det er flere områder der kommunen med fordel kunne ha tatt et større lederansvar for fastlegeordningen. Kommunene utøver sitt lederskap på ulike måter. Vi har sett på kommunens samhandlingsarenaer med fastlegene, hvordan kommunene bruker rammeverket i dialogen med fastlegene og hvilken styringsinformasjon som innhentes.

Kommunene i vårt materiale, vektlegger lokalt samarbeidsutvalg, LSU, som rådgivende organ ulikt. Tre av kommunene ser på LSU som en viktig arena for ledelse, mens i en av kommunene prioriterer ikke leder av fastlegeordningen å delta i LSU. Kommunen er avhengig av at legenes representanter i LSU er bevist sin rolle som bindeledd mellom fastlegene og kommunen. Dette er ikke alltid tilfelle.

Vårt materiale viser at en stor andel av fastlegene ikke møter i allmenlegeutvalget, ALU, og har dermed liten påvirkningsmulighet i kommunen. Samtidig blir legene lite tilgjengelig for innspill fra kommunens ledelse. De kommunene i vårt materiale som integrerer legene mest, registrer oppmøte i ALU og arbeider aktivt for å øke deltagelsen. En av kommunene har høy deltagelse på ALU fordi kommunen kombinerer møtene med «smågruppe» som gir legene kurstimer. Kommunen får samtidig en viktig dialogarena mellom fastlegene og kommunen. Hvor mye kommuneoverlegen er invitert av legene til å delta i ALU, varierer fra kommune til kommune.

Kommunene har lite ressurser til årlig dialog med den enkelte fastlege. To av kommunene har hatt individuelle samtaler med leger eller legekantor og har positive erfaringer med dette. De fleste av legene er i utgangspunktet skeptiske til at kommunen skal blande seg inn i driften av kontoret og peker på at det ikke er rom for nye oppgaver og pålegg. Vi finner likevel at legene

i en av kommune ser det som en fordel å få hjelp av kommunen til å klargjøre rammene for driften av legekantoret.

Kommunene bruker i varierende grad avtaleverket som rammer for ledelsesdialogen med fastlegene. I en av kommunene som vi har intervjuet, har både legene og kommuneledelsen god kunnskap om regelverk og avtaler. Denne kommunen benytter avtaleverket i større grad i ledelsesdialogen enn de andre kommunene. To av kommune i vårt materiale uttrykker frustrasjon over uklart regelverk. Alle, både legene og kommunene, peker på at det faktum at legene ikke er fast ansatt, men styres gjennom avtale med kommunen skaper distanse mellom fastlegene og kommunen.

Vårt materiale bekrefter at kommunene ikke systematisk innhenter styringsinformasjon om fastlegeordningen. Det synes som det er økende forståelse for at kommunene har nytten av slik informasjon hos legene i de kommunene som i utgangspunktet har tette dialog med sine fastleger.

## **2. Hvilken rolle har kommuneoverlegen i ledelsen av fastlegene?**

Kommuneoverlegen synes å ha en viktig rolle i ledelsen av fastlegeordningen. Vi har derfor sett nærmere på hvordan kommuneoverlegens posisjon i kommuneorganisasjonen påvirker ledelsen av fastlegene. Fastlegene i alle fire kommunene ser på kommuneoverlegen som leder av fastlegeordningen, dette til tross for at ingen av kommuneoverlegene har et tydelig definert lederansvar. Kommuneoverlegens medisinske kompetanse og kjennskap til fastlegeordningen fremheves og skaper tillit mellom kommunen og fastlegene. Det at kommuneoverlegen ikke sitter i kommunens ledergruppe, er trolig med på å hindre bedre integrering av fastlegene i kommunehelsetjenesten.

## **3. Hvordan arbeider kommunene for at fastlegene skal bli bedre integrert i de øvrige helse- og omsorgstjenestene?**

Kommunene arbeider til dels i ulik grad og på ulik måte med å integrere fastlegene. Det synes imidlertid som om kommunene i de senere årene har blitt mer bevisst på å integrere fastlegene, men kommunene påpeker at mangel på formelle møtearenaer er et hinder. En kommune arrangerer smågruppevirksomhet for sine fastleger og bruker denne arenaen til å få et tettere samarbeid mellom fastlegene og de øvrige tjenester i kommunen. En annen kommune peker på plan for legetjenesten som et godt verktøy for å bedre samarbeidet mellom fastlegene og

resten av kommunen. Legene på sin side, sier at høy arbeidsbelastning reduserer deres mulighet til å delta i samarbeidsarenaer med kommunen. I hvilken grad kostnadene ved å involvere fastlegene er et hinder, får vi ikke frem i vårt materiale.

#### **4. Hva gjør at legene lar seg lede?**

Legene er i utgangspunktet skeptiske til innblanding i egen praksis, men med økende kompleksitet og flere nye oppgaver i kommunens helsetjeneste, ser mange av fastlegene behov for å samarbeide med kommunen på et overordnet nivå. Fastlegene i vårt materiale uttrykker forskjellige holdninger til det å la seg lede av kommunen. Leger med lite kontakt med ledelsen er mer skeptiske til utøvelse av ledelse og redd for innblanding, enn leger som har tett oppfølging og er i dialog i vårt utvalg. Tillit og kompetanse er avgjørende for ledelse av fastlegeordningen og kommuneoverlegen er en viktig brobygger. Det er flere eksempler i materialet på hvordan kommuner kan engasjere fastleger. Kommunene forholder seg ulikt til fastlegeordningen, dette påvirker fastlegenes holdninger til kommunen. Det ser ut til at kommunen kan påvirke i hvilken grad fastlegene lar seg lede. Involvering, likeverdig dialog, at fastlegen har reel innflytelse og opplever seg som en viktig del av helheten er av betydning. Presset i dagens fastlegeordning gjør det vanskeligere for kommunen å motivere legene til å engasjere seg ut over egen praksis.

#### **Konklusjon**

Resultatene viser eksempler på god ledelse av fastlegeordningen, men også utfordringer og mangler ved kommunens ledelse. Det er til dels stor variasjon fra kommune til kommune på måten de forholder seg til fastlegene. Våre resultater viser at legene i ulik grad lar seg lede av kommunen og vi finner at dette delvis er en respons på kommunens måte å lede dem på.

- Kommunene må prioritere ledelse av fastlegeordninger høyere enn tilfellet er i dag og avsette flere ressurser til dette. Det må gjøres tydelig hvem som er leder(e) og hvilken plass i kommuneadministrasjonen denne(disse) skal ha.
- Den som skal lede fastlegeordningen bør ha medisinsk faglig kompetanse, god kjennskap til fastlegene hverdag og evne til å bygge gode relasjoner til fastlegene.
- Kommuneledelsen må ha god kjennskap til rammer og avtaleverk som regulerer fastlegeordningen og viser respekt for fastlegens selvstendige faglige ansvar.
- Kommunene bør i større grad enn i dag systematisk innhente styringsdata til bruk i ledelse og utvikling av fastlegeordningen.

- Organiseringen av ordningen bør innrettes slik at fastlegene får reell innflytelse og har en stemme inn i kommuneledelsen. Avtaleverket rundt ALU og LSU bør endres for å sikre fastlegene reell innflytelse og kommunen reel styringsmulighet.
- Kommunen som leder av fastlegeordningen bør i større grad ta på seg rollen med å ivareta fastlegene interesse i offentlige fora som samhandlingsutvalg med helseforetakene.
- Kommunen bør etablere dialog- og samhandlingsarenaer som både legene og kommunen opplever som nyttige. Møteserie som gir tellende kurstimer for fastlegene er et eksempel på en arena som kan benyttes av kommunen.
- Endringer i rammebetingelsen som gir redusert arbeidsbelastning for fastlegene, vil øke kommunens mulighet til å engasjere fastlegene i kommunens plan og utviklingsarbeid.



# Forord

Masteroppgaven er punktum for det erfaringsbaserte masterstudiet i helseadministrasjon som fra 2016 ble omorganisert til å være en samlingsbasert studiemodell. Vi som gikk på kull 30 var det første ut i denne nye modellen- et fulltidsstudium, men tatt ved siden av full jobb. Det har vært spennende og lærerikt å få et teoretisk perspektiv på våre egne erfaringer samt nyttig å få anledning til å erverve seg flere nye verktøy og tenkemåter rundt oppgaven som ledere. Det har vært travle to år og vi har familier som fortjener en stor takk.

Takk også til vår veileder Sverre Vigeland Lerum for gode diskusjoner, viktige korreksjoner og god oppmuntring underveis i prosessen mot en ferdig oppgave.

Takk til arbeidsgiverne våre for tilrettelegging med overlegepermisjon våren 2018, som muliggjorde at masteroppgaven kunne skrives.

Takk til informantene i våre 4 kommuner. Uten dere ville det ikke blitt en slik oppgave.

Til slutt vil vi takke hverandre for samarbeidet, og for at vi klarte å gjennomføre dette sammen på en god og konstruktiv måte.

Sarpsborg og Hamar, 27.april 2018

Hilde Skyvulstad og Bente Bjørnhaug



# Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Motivasjon for oppgaven.....	2
2	Bakgrunn .....	4
2.1	Nasjonale føringer og rammebetingelser.....	4
2.1.1	Historikk.....	4
2.1.2	Fastlegeordningen .....	5
2.1.3	Samhandlingsreformen.....	5
2.1.4	Fastlegeforskriften.....	6
2.1.5	Kommunens sørge- for ansvar for fastlegeordningen .....	6
2.1.6	Fastlegeavtalen .....	7
2.1.7	Rammeavtalen .....	7
2.1.8	Styringslinjer gjennom ALU/LSU .....	7
2.1.9	Plan for legetjenesten .....	8
2.1.10	Finansiering .....	8
2.1.11	Primærhelsemeldingen og fastlegeordningen .....	9
2.1.12	Ny forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten .....	9
2.2	Kommuneoverlegefunksjonen.....	9
2.2.1	Forholdet mellom kommuneoverleger og fastleger .....	10
2.3	Status for fastlegeordningen- en brytningstid?.....	10
2.3.1	Vellykket ordning.....	10
2.3.2	Rekrutteringsproblemer.....	11
2.3.3	Flere oppgaver for fastlegene .....	11
2.3.4	Organisering og ledelse av legetjenesten i kommunen .....	12
2.3.5	Uro i fastlegekorpset .....	15
2.3.6	Fastlegeordningen på den politiske agendaen .....	15
3	Hva sier litteraturen om ledelse.....	16
3.1	Lederrollen.....	16
3.2	Ledelse av kompetansepersoner .....	18

3.3	Motivasjon.....	19
3.4	Lederspenn.....	20
4	Metode.....	22
4.1	Kvalitative intervju/metode .....	22
4.2	Utvalg. Rekruttering av informanter .....	23
4.3	Datainnsamling.....	24
4.3.1	Praktisk gjennomføring .....	24
4.3.2	Intervjuguiden .....	24
4.4	Analyse .....	25
4.5	Opplevelser under intervjuene.....	26
4.6	Endringer i forskningsspørsmålene .....	27
5	Resultatkapitel 1 .....	28
5.1	Hvordan utøver kommunen sitt ledelsesansvar for fastlegeordningen? .....	31
5.1.1	LSU og ALU som arena for ledelse .....	31
5.1.2	ALU, legens arena for medvirkning.....	31
5.1.3	LSU, samhandlingsarena og et rådgivende organ .....	34
5.1.4	Ledelse gjennom dialog .....	35
5.1.5	Avtaler og regelverk som rammer for ledelse .....	37
5.1.6	Styringsinformasjon som ledelsesverktøy.....	40
5.2	Hvilken rolle har kommuneoverlegens for ledelsen av fastlegene? .....	42
5.3	Hvordan arbeider kommunene for at fastlegene skal bli bedre integrert i de øvrige helse- og omsorgstjenestene? .....	45
5.3.1	Ikke tradisjon for samhandling.....	45
5.3.2	Mangler egnede samhandlingsfora.....	45
5.3.3	Travle fastleger.....	47
5.3.4	Oppmerksomhet ved jubileer og julebord .....	48
5.4	Hva gjør at fastlegene lar seg lede? .....	48
5.4.1	Kompetanse og tillit, kommuneoverlegen er viktig .....	49
5.4.2	Respekt for legenes selvstendige faglige ansvar. ....	49
5.4.3	Til nytte for egen del og for ordningen. ....	49

5.4.4	Gode arenaer for samhandling .....	50
5.4.5	Travle leger hindrer ledelse .....	50
6	Resultatkapittel 2 .....	52
7	Diskusjon og begrensninger .....	57
7.1	Innledning .....	57
7.2	Hvilke lederroller inntar kommunen av Mintzberg 10 lederroller? .....	57
7.2.1	Den relasjonelle lederrollen .....	57
7.2.2	Informasjonsrollen .....	59
7.2.3	Beslutningstagerrollen .....	61
7.2.4	Drøfting .....	62
7.3	Fastlegenes holdninger, et svar på (ulik) ledelse? .....	64
7.4	Begrensninger i studien- en metodediskusjon .....	66
7.4.1	Styrker og svakheter ved rekruttering .....	66
7.4.2	Styrker og svakheter ved fokusgrupper .....	67
7.4.3	Begrensninger ved studien .....	68
7.4.4	Refleksivitet- egen forståelse- bias .....	68
7.4.5	Validitet .....	69
7.4.6	Transparens .....	70
8	Konklusjon/anbefaling .....	71
9	Referanseliste .....	74
10	Vedlegg .....	77

**Fant ingen figurlisteoppføringer.**



# 1 Innledning

Agenda Kaupang kom i 2016 ut med en rapport på vegne av KS for å belyse ledelse av kommunens legetjeneste(1). Rapporten- "Kommunens legetjeneste- kan den ledes?" konkluderte blant annet med at «kommunene i liten grad benytter seg av dagens tilgjengelige virkemidler og handlingsrom for å utøve god ledelse av sin legetjeneste». Vi har i denne masteroppgaven ønsket å se på hvordan noen kommuner i praksis utøver sin ledelse av fastlegene. Vi ønsker at oppgaven skal bidra til en bredere forståelse av hva som kan være hemmende eller fremmende elementer i kommunens ledelse av legetjenesten. Det er behov for å få mer kunnskap om kommunenes og legenes ambisjoner for ledelse av legetjenesten og eventuelt hva som er til hinder for at tjenesten kan ledes hensiktsmessig. Kaupangsrapporten viser store forskjeller i ledelsesressurser for oppfølging av legetjenesten i kommunen, og at det i mange kommuner er lite fokus på hvordan legetjenesten kan ledes.

Vi har valgt å intervju lokale samarbeidsutvalg(LSU) i 4 kommuner, begrunnet i at LSU kanskje er det viktigste samarbeidsorganet mellom fastlegene og kommunen. Representert i utvalget er fastlegene, kommuneledelsen og kommuneoverlegen. Relasjonen mellom fastlegene og kommunen er regulert både i fastlegeforskriften, rammeavtalen ASA4310, særavtalen SFS 2305, helse- og omsorgstjenesteloven, helsepersonelloven og i individuelle avtaler(2-6). LSU i hver enkelt kommune, spiller en sentral rolle i den lokale håndteringen av dette omfattende avtaleverket. Regelverk gir rammene for styring og ledelse, med det er ikke et tilstrekkelig virkemiddel for ledelse alene. Det må bygges kultur for samhandling og gjensidig respekt mellom legene og kommunens ledelse. Ved å bruke LSU som intervjuobjekt, har vi brukt det organet i kommunen som vi anser best kan hjelpe oss til å få innsikt i hvordan kommunen leder fastlegeordningen.

Ledelsen av legetjenesten i kommunen er omtalt som komplisert og vanskelig i rapporten til Agenda Kaupang. På spørsmålet om legetjenesten kan ledes konkluderer rapporten med at det kan være «fristende å svare nei», men «at det er mulig å styre og lede den kommunale legetjenesten, men det handler til en viss grad om legene selv vil la seg lede(1s.12)».

Vårt dypdykk i noen utvalgte kommuner har gitt oss bekreftelser på mange av funnene i Kaupangrapporten, men vi har også fått ny detaljkunnskap om viktige faktorer som øker muligheten for bedre samarbeid og integrering av legene i kommunens helse- og omsorgstjenester. I intervjuene med deltagerne i LSU har vi fått innsikt i hvordan kommunen

utøver ledelse både i samarbeidsutvalget og ut mot fastlegene i kommunen. Vi har forsøkt å belyse ulike problemstillinger rundt hvorvidt fastlegeordningen blir ledet eller bare administrert. Vi har undret oss på om legene lar seg lede, om kommunen har noen ambisjoner for ledelse av legetjenesten og om de bruker vanlige ledelsesprinsipper mot denne tjenesten. Vi har funnet gode eksempler på at ledelse handler om tid, ressurser og riktige folk til å lede. Vi har funnet at fastlegene lar seg lede, men at det ser ut til å være et resultat av hvordan ledelse utøves mot legegruppen. Vi har identifisert faktorer som kan gjøre ledelse av fastlegeordningen bedre og vi har funnet svakheter i avtaleverket som ikke fremmer samarbeid. For å finne ut av vårt hovedspørsmål «Leder kommunen fastlegeordning?» har vi tatt utgangspunkt i følgende forskningsspørsmål:

- 1 Hvordan utøver kommunen sitt ledelsesansvar for fastlegeordningen?
- 2 Hvilken rolle har kommuneoverlegen i ledelsen av fastlegene?
- 3 Hvordan arbeider kommunene for at fastlegene skal bli bedre integrert i de øvrige helse- og omsorgstjenestene?
- 4 Hva gjør at legene lar seg lede?

## **1.1 Motivasjon for oppgaven**

Vårt valg av problemstilling til denne masteroppgaven er farget av egne erfaringer i møtet med fastlegeordningen. Vi er begge ansatt som kommuneoverleger og har begge erfaringer fra å være fastleger i over 10 år hver.

I Stortingsmeldingen nr 47 (2008-2009) om Samhandlingsreformen la man opp til en sterkere kommunal styring av fastlegene(7). Som en del av reformen ble fastlegeforskriften revidert i 2011(2). Den ene av forfatterne arbeidet da i Helsedirektoratet ga faglige innspill til den nye fastlegeforskriften etter oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Senere skrev hun Helsedirektoratets høringsuttalelse til departementets høringsutkast. Den andre forfatteren var med i ledelsen av grasrotoppgjøret mot det nye forskriftsforslaget og overleverte protestskriv fra over 2600 fastleger til helseministeren Anne-Grethe Strøm- Eriksen, deltok i debattprogrammer på TV og radio og ble intervjuet av aviser og nyhetsmagasiner. Landets fastleger truet kollektivt med å si opp sine fastlegeavtaler. Engasjementet var stort og Helse- og omsorgsdepartementet fikk mye motstand- ikke bare fra leger, men også befolkning, politikere og andre fagfolk. Den endelige fastlegeforskriften kom ut betydelig revidert noen



måneder senere etter gode innspill fra både Helsedirektoratet og andre viktige høringsinstanser.

Da vi valgte tema for vår masteroppgave var ledelse av fastlegeordningen et enkelt valg. Vi er begge opptatt av utviklingen av fastlegeordningen, en ordning som vi mener har potensiale til å være grunnmuren i en godt fungerende og helhetlig primærhelsetjeneste. Tilgjengelighet, kontinuitet i lege-pasientforholdet og fastlegens koordinerende rolle er sentrale faktorer. Utviklingen de senere årene har dessverre gått i feil retning og mange er bekymret for ordningens fremtid.

I forbindelse med innføring av samhandlingsreformen og ny fastlegeforskrift var spørsmålet om hvordan man kunne tydeliggjøre kommunens plikt til å sørge for en fungerende fastlegeordning, sentralt. Den ene av oss deltok i dette arbeidet, og det var med undring hun konstaterte at også før innføring av reformen hadde kommunen flere virkemidler for ledelse og styring av fastlegeordningen som mange kommuner ikke kjente til eller benyttet seg av. Fortsatt er dette en utfordring i flere kommuner. Hva er det som gjør at kommunene ikke benytter tilgjengelige virkemidler for å integrere og gjøre fastlegene til en naturlig del av kommunehelsetjenesten? Kommunen som pliktsubjekt for fastlegeordningen, har opptatt den ene av oss helt siden hun deltok i forarbeidet til fastlegeforskriften.

Den andre var fastlege da den nye forskriften kom og hadde sammen med mange andre kollegaer følt på hvordan nye krav og oppgaver til jobben som fastlege hadde strømmet på årene forut for ny forskrift. Arbeidsdagene ble lengre og mange av oss legene opplevde at vi forsaket både fritid og familier. Da forslag om ny fastlegeforskrift kom i 2011 ble det på mange måter opplevd som en krenkelse og en mistillit mot jobben vi gjorde. Kravene økte, det ble ikke tilført nye ressurser og det ble rett og slett ikke mulig å være flinke jenter og gutter lenger. Dette ble for den andre forfatterens del starten på en avslutning i å jobbe i fastlegeordningen. Fra 2014 ble en naturlig endring å starte i en nyopprettet samfunnsmedisinsk enhet som skulle ha ansvar som medisinskfaglig rådgiver i 4 kommuner sammen med flere andre leger. Forfatteren har ikke selv hatt noe som helst ønske om å være leder eller bindeledd mellom fastlegene og kommuneledelsen utover det å være medisinskfaglig rådgiver i kommunen. Denne masteroppgaven har likevel gitt forfatteren innsikt i hvor betydningsfull kommuneoverlegen ser ut til å være i mange kommuner i forholdet til fastlegene og at den rollen kanskje bør videreutvikles i en eller annen form.

## 2 Bakgrunn

Samhandlingsreformen har ført til at oppgaver er overført fra spesialisthelsetjenesten til kommunene, fordi en større andel av befolkningen er eldre og flere lever med kroniske sykdommer. Dette sammen med et økt fokus på koordinerte og helhetlige pasientforløp har satt større krav til kommunene og en velfungerende primærhelsetjeneste. Kommunens ansvar for fastlegeordningen ble tydeliggjort gjennom samhandlingsreformen. Kommunen skal sørge for en forsvarlig fastlegeordning og legge til rette for samarbeid og integrering av fastlegen i den øvrige helse og omsorgstjeneste. Samtidig har fastlegenes arbeidsoppgaver og ansvar økt, mange kommuner har utfordringer med å skaffe fastleger og flere har tatt til orde for at fastlegeordningen er i en krise.

Vi vil i dette kapittelet gjøre rede for nasjonale føringer og avtaler som utgjør rammene for dagens fastlegeordning og dermed fundamentet for våre resultater og analyse.

Kommuneoverlegen er sentral i ledelsen av fastlegeordningen, vi har derfor valgt å omtale kommuneoverlegenrollen spesielt. Siste del av kapittelet er viet status for dagens fastlegeordning som vi opplever er i en brytningstid.

### 2.1 Nasjonale føringer og rammebetingelser.

De nasjonale føringene danner rammer for styringen av fastlegeordningen. Ordningen er styrt gjennom lover, forskrifter samt sentrale og lokale avtaler. Noen av disse vil omtales kort her.

Vi har lagt vekt på å belyse kommunens ansvar for fastlegeordningen siden fokus i vår oppgave er å se på hvordan kommunene leder fastlegeordningen.

#### 2.1.1 Historikk

Før 1984 ble allmennlegetjenesten ivaretatt gjennom et statlig distriktslegevesen som var legestyrt fra helsedirektør via fylkeslege til distriktslegen. I 1984 ble en ny Kommunehelseslov iverksatt. Loven var tenkt å skape en mer helhetlig helse- og sosialtjeneste.

Primærhelsetjenesten skulle være kommunens ansvar og som en følge av dette skulle distriktslegene heller ikke lenger være ansatt i staten, men ble kommuneleger. Allmennlegene som hadde hatt en helt fri stilling, måtte inngå driftsavtaler med kommunen(8).

Fastlegeordningen ble innført i 2001. Hensikten var primært å bedre kvaliteten av

primærhelsetjenesten, men den ble også et virkemiddel for legefordeling og bedre styring av helsetjenesten (9). Samhandlingsreformen ble innført i 2012(10), kommunehelseloven ble da opphevet, men bestemmelsene ble i hovedsak videreført i Helse- og omsorgstjenesteloven.

### **2.1.2 Fastlegeordningen**

Innføring av fastlegeordningen i 2001 ga alle en rett til å stå på en liste hos en fastlege. Ordningen skulle også bidra til å bedre kvaliteten i allmennlegetjenesten gjennom kontinuitet i lege-pasientforholdet, bedre legetilgjengelighet for pasientene og gi en mer rasjonell bruk av de samlede ressursene(11). Fastlegen har et definert ansvar for pasientene på sin liste såkalte listepasienter.

Fastlegeordningen har vært vellykket ifølge en evaluering gjort av Norges forskningsråd(12). Evalueringen konkluderer med at ordningen har ført til bedre og mer stabil legedekning, bedre tilgjengelighet for befolkningen til allmennlegetjenester og kortere ventetider. Klart definert ansvar for pasientene fremheves av fastleger og samarbeidspartnere som positivt i evalueringsrapporten. Kommunene er stort sett fornøyd med fastlegene, men har lite ønske om å styre dem. Evalueringen viser imidlertid på at det er utfordringer knyttet til samarbeid mellom fastlegen og andre tjenester, dette gjelder også innad i kommunen.

### **2.1.3 Samhandlingsreformen**

St. meld nr. 47 (2008-2009) «*Samhandlingsreformen; Rett behandling- på rett sted – til rett tid*» ble innført 1.1. 2012(10). Ny Lov om Folkehelse, ny Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og Nasjonal helse og omsorgsplan 2011-15 var virkemidler i reformen (5, 13, 14).

Utgangspunktet for samhandlingsreformen er den demografiske utviklingen med økende antall eldre og flere kronisk syke. For å være i stand til å møte det økte behovet for helsetjenester som vil komme, må helsetjenesten endres. Videre peker reformen på hvilken retning utvikling av tjenestene må ta for å møte utfordringene med manglende samhandling mellom ulike helsetjenester slik de er beskrevet i NOU fra 2005: «*Fra stykkevis til helt- en sammenhengende helsetjeneste*» (15). Helhetlige og koordinerte pasientforløp og bedre samhandling mellom de ulike tjenestene samt mer forebygging og tydeligere fokus på kvalitet i tjenestene, er sentralt i reformen.

Etter innføringen av reformen har kommunene fått flere nye oppgaver overført fra

spesialisthelsetjenesten. Flere pasienter skal behandles i kommunehelsetjenesten i tråd med målet om at helsetjenestene skal gis på lavest mulig nivå. Dette har ført til at kommunens rolle i å sørge for nødvendige helse og omsorgstjenester til befolkningen, har blitt utvidet. Kommunen har dermed måtte styrke seg både med hensyn på kompetanse og kapasitet.

#### **2.1.4 Fastlegeforskriften**

Som en del av Samhandlingsreformen ble fastlegeforskriften revidert i 2012(2). I St.melding 16 (2010-2011) – *Nasjonal helse- og omsorgsplan* heter det at «kommuner opplever at fastlegene ikke er tilstrekkelig integrert med det kommunale tjenesteapparatet, dette til tross for at fastlegene har en sentral rolle for å sikre helhetlige og koordinerte tjenester (14, kap 5)». Dette er utfordringer som sammenfaller med funnene ved evalueringen av fastlegeordningen som ble publisert i 2006 (12). Videre pekes det på i samme stortingsmelding at vi mangler kunnskap om kvaliteten i helsehjelpen fastlegen leverer og at det er behov for systematisk kvalitetsarbeid og tilgjengelig styringsdata fra tjenesten. I fastlegeforskriften ble fastlegens listeansvar presisert og det ble stilt nasjonale kvalitets- og funksjonskrav til legens arbeid. Deltagelse i tverrfaglig samarbeid, medisinsk faglig koordinering og plikt til rapportering ble blant mere forskriftsfestet. Kommunens ansvar for fastlegeordningen ble også presisert.

#### **2.1.5 Kommunens sørge- for ansvar for fastlegeordningen**

Samhandlingsreformen la opp til en sterkere kommunal styring av fastlegene og kommunens ansvar for fastlegeordningen ble presisert i kapittel 2 i den reviderte fastlegeforskriften (2, 10). Det er kommunen og ikke den enkelte fastlege som har det overordnede ansvaret for at innbyggerne tilbys fastlegetjenester i tråd med nasjonale krav. Kommunen har også ansvar for å tilrettelegge og organisere fastlegeordningen på en slik måte at kommunen og fastlegene kan samarbeide. Kommunen skal også sørge for et fastlegene blir integrert med de øvrige kommunale helse- og omsorgstjenestene ved å legge til rette for samarbeid mellom fastlegene og andre tjenesteytere i kommunen. Kommunen plikter dessuten å holde fastlegene informert om forhold som har betydning for fastlegenes praksis og sørge for at det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring. I fastlegeforskriften gis kommunen anledning til å holde tilbake hele eller deler av basistilskuddet dersom fastlegen ikke oppfyller sine krav og forpliktelser.

### **2.1.6 Fastlegeavtalen**

Kapittel 5 i fastlegeforskriften omhandler fastlegeavtalen (4). Dette er en individuell avtale som kommunen inngår med den enkelte fastlege i fastlegeordningen om å utføre en bestemt tjeneste. Avtalen beskriver rammene for den tjenesten fastlegen skal gi og er utgangspunktet for kommunens dialog med fastlegen. Den regulerer åpningstid, listetak, lokalisering, deltagelse i andre allmennlegeoppgaver i kommunen med mer. Den kan også regulere fastlegens bidrag i kommunens folkehelsearbeid, herunder bidrag til oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer etter folkehelseloven. Avtalen kan tilpasses regulering av lokale forhold i den enkelte kommune.

### **2.1.7 Rammeavtalen**

Rammeavtalen, ASA 4310, er en avtale som inngås mellom KS og legeföreningen om fastlegeordningen(3). Denne skal sammen med fastlegeavtalen sikre at kommunen og legene fyller kravene til fastlegeordningen i helse- og omsorgstjenesteloven og fastlegeforskriften. Avtalen beskriver kommunens oppgaver med administrasjon av avtalehjemler og kommunens plikt til å organisere fastlegeordningen slik at legen kan oppfylle sin del av avtalen. Avtalen beskriver også økonomiske forhold. Legens oppgaver inkludert legens samarbeid med kommunen omtales; *«Legen må minst en gang pr år delta i møte med kommunen med det formål å drøfte legens virksomhet i forhold til kommunale mål, retningslinjer, planer og vedtak»*. Rammeavtalen regulerer dessuten de utvalgene i fastlegeordningen som skal ivareta samarbeidet mellom kommunen og legene i kommunen; Allmennlegeutvalg(ALU) og Lokalt samarbeidsutvalg(LSU).

### **2.1.8 Styringslinjer gjennom ALU/LSU**

Lokalt samarbeidsutvalg, LSU, er en viktig arena for ledelse av legetjenestene i kommunen og er et formalisert samarbeid mellom allmennlegene og kommunen regulert i rammeavtalen (3). LSU skal bestå av to eller flere representanter fra hver av partene (leger og kommune). Kommunen skal sørge for at LSU opprettes. Kommuneoverlegen har møteplikt i LSU, er ansvarlig for å tilrettelegge møtene og følge opp saker når det er nødvendig. Formålet med LSU er å *«legge til rette for at driften av allmennlegetjenesten skjer på en hensiktsmessig måte gjennom samarbeid mellom kommunen og allmennlegene. Allmennlegene skal sikres innflytelse over drift og organisering av egen praksis og eget listeansvar»*. LSUs oppgaver er

å gi råd til kommunen i saker som berører kommunens allmennlegetjenester, inkludert fastlegeordningen og legevakten samt drøfte temaer som tilgjengelighet, kvalitetsarbeid og kommunens legebemanning.. Møtene skal holdes ved behov, men som minimum hvert halvår. LSU har en rådgivende funksjon overfor kommunen og fastlegene.

Allmennlegeutvalget, ALU, skal ifølge rammeavtalen, bidra til nødvendig samarbeid mellom allmennlegene og kommunen for å ivareta legens oppgaver i fastlegeordningen. ALU velger representanter fra legene til LSU. Kommunen har plikt til å opprette ALU og stå for møtelokaler, mens legene har møteplikt. ALU kan gjennom sine representanter, fremme saker for LSU.

### **2.1.9 Plan for legetjenesten**

Rammeavtalen pålegger kommunen å utarbeide en plan for legetjenesten i kommunen som skal omfatte drift og utvikling av legetjenesten(3). Planen skal utarbeides i samarbeid med allmennlegene og legges frem for lokalt samarbeidsutvalg. Den skal danne grunnlag for nødvendige prosesser og tiltak for å sikre tilstrekkelig legedekning, fordeling av oppgaver, samt gi forutsigbarhet for legene i sin praksis. Det er fortsatt mange kommuner som ikke har utarbeidet en slik plan(1).

### **2.1.10 Finansiering**

Hovedtrekkene i finansieringen av fastlegeordningen har vært uendret siden ordningen ble innført. De fleste fastleger er næringsdrivende. Deres inntekt er dels fra basistilskuddet fra kommunen, dels egenandeler fra pasientene og dels refusjon fra trygden ut fra fastsatte takster. Basistilskuddets størrelse bestemmes ut fra antall pasienter på fastlegen liste. Takstene er basert på aktivitet (kurativ) og er et resultat av forhandlinger mellom myndighetene, legeforeningen og KS.

Kommunen har ifølge fastlegeforskriften anledning til å engasjere fastlegen inntil 7,5 t/uke til å ivareta offentlige legeoppgaver i kommunen som sykehjemslege, helsestasjonslege og fengselslege(2). Utviklingsarbeid, planprosesser og prosedyreutvikling kan inngå i de 7,5 timene. Staten har etter 1984 finansiert den kurative delen av fastlegens arbeid, mens forebyggende arbeid og annet kommunalt arbeid er finansiert av kommunene. Rekruttering av leger til kommunalt legearbeid og utviklingsarbeid vil således være en kostnad for kommunen.

### **2.1.11 Primærhelsemeldingen og fastlegeordningen**

St.meld. 26 (2014-2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste* peker på at kommunehelsetjenesten må styrkes ytterligere for å kunne nå samhandlingsreformens målsettinger (7). Meldingen peker på at kommunene har fått et utvidet samfunnsoppdrag og det er kommunens ansvar å «*endre arbeidsformer og arbeidsdeling, samhandle mer og møte brukerne på en ny måte*». Meldingen slår fast at fastlegene fortsatt er for dårlig integrert i øvrige helse- og omsorgstjenester, og selv om ny fastlegeforskrift kom i 2012, så «*tyder bilde på at kommuner og fastleger fortsetter som før*». Primærhelseteam ble lansert i 2017 som et tiltak for å få til bedre samhandling. Teamet er en tverrfaglig gruppe av fastleger, sykepleier og helsesekretær, formålet er å kunne gi et bedre helsetilbud til enkeltpasienter som per i dag ikke får god nok oppfølging. Fra 2018 og i 3 år er dette et pilotprosjekt i 8 kommuner.

### **2.1.12 Ny forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten**

Fra 1. januar 2017 ble kommunens ansvar for kvaliteten i tjenestene ytterligere presisert gjennom *forskrift om ledelse og kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstjenesten*(16). Den slår tydelig fast at det er toppledelsen som har ansvaret for at virksomheten planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres. Forskriften stiller krav til styring og ledelse i helse- og omsorgssektoren. Forskriften stiller også krav til fastlegekontoret som virksomhet, systematisk kvalitetsarbeid skal inngå i arbeidet med å lede kontoret. Hvorvidt kommunene som del av sitt lederansvar etterspør om fastlegekontorene har slikt kvalitetsarbeid, har vi spurt særskilt etter i vårt arbeid.

## **2.2 Kommuneoverlegefunksjonen**

Kommuneoverlegen har en sentral rolle i mange kommuners ledelse av fastlegeordningen. Kommunene er pliktig etter blant annet §5-5 i helse- og omsorgstjenesteloven å ansette en kommuneoverlege(5). Kommuneoverlegens rolle er beskrevet i kapittel 18 i forarbeidet til både helse- og omsorgstjenesteloven og folkehelseloven. Hovedfunksjonen er å være medisinskfaglig rådgiver for helsetjenesten, øvrig administrasjon og politiske organer i kommunen(17, 18).

Det er ikke gitt noen føringer på hvilken formell plassering kommuneoverlegen skal ha i kommunens administrasjon, men i forarbeidet til folkehelseloven antyder man at en plassering i tilknytning til rådmannens stab er klokt(17).

I noen få kommuner benyttes kommuneoverlegen til ledelse av kommunale avdelinger eller enheter som for eksempel å ha linjeansvar for fastlegeordningen.

### **2.2.1 Forholdet mellom kommuneoverleger og fastleger**

I rapporten om *Utvikling av kommuneoverlegefunksjonen* fra 2008 til Helsedirektoratet, antydes det at kommuneoverlegen ofte er det viktigste bindeleddet for fastlegene inn i den kommunale forvaltningen(19 kap3.5.3). Kommuneoverlegen gir dem kunnskap om kommunale prosesser og er et sted hvor de kan fremme sine synspunkter. Dette skjer ofte ved avtalefestede møtepunkt som ALU og LSU. Kommuneoverlegen har en koordinerende funksjon i LSU mellom kommunen og fastlegene, mens det i ALU er opp til hvert utvalg å invitere kommuneoverlegen inn.

Kommuneoverlegen er for mange fastleger en viktig medspiller i å avklare spørsmål rundt regelverk og lokale vedtak. Ved behov for å fatte enkeltvedtak om tvungen legeundersøkelse i lov om psykisk helsevern, så gjør kommuneoverlegene det ofte i nært samarbeid med fastlegen.

For kommuneoverlegen vil fastlegene kunne være den viktigste kilde til oversikt over helsetilstanden i kommunen og faktorer som virker inn på denne. Fastlegene er også derfor ifølge rapporten, en viktig premissgivende gruppe for kommuneoverlegen som medisinskfaglig rådgiver (19).

## **2.3 Status for fastlegeordningen- en brytningstid?**

Vi vil nå omtale hvordan fastlegeordning fungerer med i dag med fokus på organisering og ledelse av ordningen. Flere hevder at fastlegeordningen er i en krise og at den vil kollapse dersom rammevilkårene ikke endres.

### **2.3.1 Vellykket ordning**

Fastlegeordningen må sies å være vellykket med høy score for tilfredshet hos befolkningen.



Fastlegen skårer 88 av 100 poeng på spørsmålet «*hvor stor eller liten tillit har du til tjenesten?*» i en innbyggerundersøkelse i 2017 fra Direktoratet for forvaltning og IKT(20). I undersøkelsen var det kun folkebiblioteket som kom bedre ut med 90 poeng. Evaluering av fastlegeordningen som ble utført i 2006, viste god kontinuitet i lege-pasientforholdet og bedre tilgjengelighet til allmennlege(12). Likevel, som nevnt i kapittel 2.1.11 om primærhelsemeldingen, har ordningen forbedringspotensialer, fastlegene er for dårlig integrert i kommunens helse- og omsorgstjenester.

### **2.3.2 Rekrutteringsproblemer**

Sommeren 2017 utførte VG en omfattende undersøkelse i alle landets kommuner om rekrutteringen av fastleger. Undersøkelsen viste at kommuner over hele landet hadde problem med å få tak i leger (21); 162 av 425 kommuner slet med å skaffe leger til ledige stillinger og 36 andre fryktet legemangel. Selv sentrale østlandskommuner som tradisjonelt har hatt god legedekning, var bekymret for om de ville få kvalifiserte søkere. En ny artikkel i VG et halvt år senere, hevder at fastlegesituasjonen har blitt merkbart vanskeligere for kommunene på den korte tiden(22). Flere leger har gått ut offentlig med sin frustrasjon den siste tiden, slik som Cathrine Elde Isaksen i en kronikk i Aftenposten med tittelen «*Kjære allmennpraksis, jeg slår opp!* (23)». Hun beskriver frustrasjon rundt næringsdrift, arbeidspress, manglende sosiale rettigheter og stort arbeidspress, og hun er et eksempel blant flere som opplever situasjonen som utfordrende. Dagens Medisin publiserte nylig resultater fra en undersøkelse utført blant fastleger. Nær 6 av 10 fastleger rapporterte at de vurderer å slutte de nærmeste 5 årene pga arbeidspresset (24). Fastlegeordningen har dermed problemer med både manglende rekruttering og økende mistriivsel fra flere fastleger som vil slutte i jobben dersom ikke arbeidssituasjonen endrer seg betydelig.

### **2.3.3 Flere oppgaver for fastlegene**

Ved innføringen av samhandlingsreformen varslet Bjarne Håkon Hansen behov for flere fastlegestillinger og en omlegging av finansieringsordningen. Fastlegens ansvar for sine listepasienter ble presisert og flere oppgaver som før ble løst på sykehus, ble overført til kommunene ved innføring av reformen. Helsedirektoratet anslo i 2009 at det ville være behov for 2000 flere fastlegehjemler i perioden 2009-2015 for å møte det økte behovet for fastlegetjenester(25). Dette tallet ble gjentatt i Stortingsmeldingen om samhandlingsreformen. Til tross for økt arbeidsmengde, har ikke antall fastlegepraksiser økt utover det den hadde

gjort før reformen ble innført. Økningen som har vært, har bare gått med til å dekke opp for befolkningsveksten(26, 27).

For å understøtte intensjonene med reformen, ble det varslet en helhetlig gjennomgang av finansieringssystemet for fastlegeordningen(10). Gjennomgangen er ikke blitt gjennomført og finansieringsordningen er uendret.

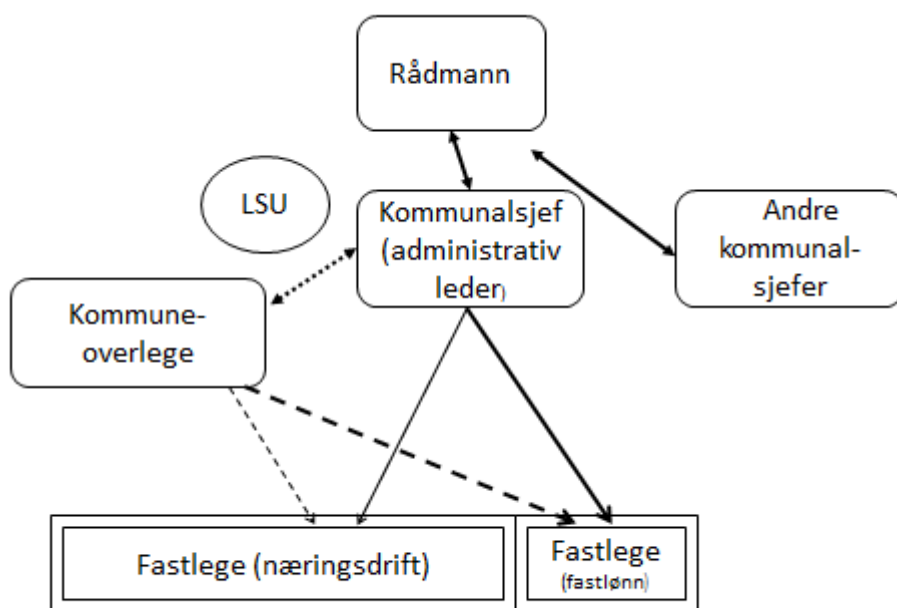
I februar 2018 utkom en rapport om *Fastlegers tidsbruk*(28). Rapporten baserer seg på en kartlegging av hvordan fastleger fordeler sin arbeidstid. Den ble utført etter oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Bakgrunnen for rapporten var blant annet signaler fra fastlegene om økende arbeidsmengde etter innføring av samhandlingsreformen og vanskeligheter med å rekruttere fastleger flere steder. Konklusjonen var at de fleste fastlegene har svært lang totalarbeidstid, i gjennomsnitt 55,6 timer pr uke. Arbeidstiden har øket mye selv om gjennomsnittlig listestørrelse har blitt noe redusert.

### **2.3.4 Organisering og ledelse av legetjenesten i kommunen**

Kaupangrapporten tar for seg ledelsen av kommunens legetjeneste og viser at det er store forskjeller på hvilke systemer kommunene har for oppfølging av legetjenestene i kommunene(1). Ledelsen i kommunen er gjerne delt i en administrativ og en faglig ledelse, Kommuneoverlegen er ansvarlig for den faglige ledelsen, mens leder for helse- og omsorgstjenestene er administrativ leder.

Figuren 1 er en kombinert utgave av Agenda Kaupang og legeforeningens skisser over hvordan styringslinjer i kommunen kan se ut(1, 8). Vi har, som legeforeningen, lagt inn LSU mellom kommuneoverlege, kommunalsjef og rådmann fordi det er et rådgivende organ både overfor kommunens ledelse og fastlegene. Den funksjonen er ikke tatt med i Agenda Kaupang sin skisse over styringslinjer.

Den ekstra klamma rundt fastlegene symboliserer legenes selvstendige faglige autonomi. De heltrukne linjene viser styringslinjene ned til fastlegene i kommunen. Styringslinjene fra kommunalsjef ned til legene er heltrukket, men markert noe tynnere til næringsdrivende leger enn til de fast ansatte fastlegene, siden styringen går gjennom avtaleverket og ikke gjennom arbeidsgivers styringsrett. Kommuneoverlegen har ingen direkte styringslinje mot fastlegene, men er rådgiver både mot kommune og fastleger, noe som er symbolisert med stiplede linjer.



Figur 1

Kaupangrapporten fant at fast ansatte leger ofte er mer integrert i kommunens helse- og omsorgstjenester enn næringsdrivende leger. Næringsdrivende leger styres gjennom avtaleverket. Det ble antydnet at ledelse av næringsdrivende leger setter store krav til kommunens ledelse.

I rapporten ble det fremhevet at kommuneoverlegens rolle og funksjon er viktig i helhetlig ledelse av legene. Gjennomgående anbefalinger fra informantene i Kaupangrapporten var å «*prioritere kommuneoverlegerollen, både faglig og ressursmessig for å følge opp og lede legetjenesten i ønsket retning* (1 s.26)». I mange kommuner er kommuneoverlegeressursen betydelig underdimensjonert og det er avsatt betydelig mindre ressurser til ledelse og oppfølging av fastlegeordningen/legetjenesten enn til ledelse av andre kommunale tjenester. Kommunene som deltok i Agenda Kaupangrapporten ønsket flere virkemidler i ledelsen av fastlegene. Det ble imidlertid avdekket at flere kommuner i liten grad kjente til lovverket og sentrale føringer som er knyttet til fastlegetjenesten. Kommuneledelsen ble beskrevet å ha lite fokus på hvordan legetjenesten kunnen styres, og manglet dessuten styringsinformasjon.

Agenda kaupang konkluderte med at kommunene må avsette tilstrekkelig ressurser til ledelse og prioritere hva som må gjøres i oppfølgingen av den enkelte lege. Det bør utarbeides planer og strategier for styring og ledelse av legene i samarbeid med legene i LSU og ALU. Videre

peker de på manglende styringsdata som en utfordring.

Legeforeningen har også konkludert i sin rapport om ledelse som kom ut sist høst, og finner at det er behov for bedre ledelseskompetanse og flere leger i lederposisjoner i kommunene(8). Rapporten beskriver at kommunen i praksis har todelt ledelse. Kommunalsjef med ansvar for helse- og omsorgstjenestene er administrativt leder. Kommuneoverlegen som er beskrevet å «representere potensialet for faglig ledelse i allmennt medisinsk virksomhet» er rådgivende i sin funksjon.

Rapporten omtaler de to ulike ledelseslinjene kommunen man har til sine leger, en til ansatte leger (ansattlinjen) og en annen til leger med næringsdrift (avtalelinjen). Styringsvirkemidlene i de to linjene er i noen grad forankret i ulike regel- og avtaleverk og kan prinsipielt sett oppleves som ulike. Det er flere styringsvirkemidler som ikke gjelder eller bare berører i svakere grad ansattlinjen enn avtalelinjen. Pliktene i avtalelinjen ligger både på legene og kommunen, mens i ansattlinjen ligger pliktene i hovedsak på kommunen som arbeidsgiver. En viktig forskjell er at arbeidsmiljøloven kun gjelder i ansattlinjen, mens avtaleleger ikke er omfattet av lovens verneregler om for eksempel arbeidstid. I avtalelinjen er det styringsverktøy gjennom forskrift, rammeavtale og den individuelle avtalen.

Legeforeningen vurderer i rapporten at styringsvirkemidlene for avtalelinjen er minst like gode som i ansattlinjen, men at årsaken til at kommunen i liten grad leder avtaleleger først og fremst skyldes manglende vilje til bruk av lederressurser og manglende kunnskap om ledelsesmulighetene. Dessuten pekes det også her på manglende kompetanse og mangel på aktivitets og -kvalitetsdata som særlige utfordringer ved ledelse av fastlegeordningen.

Manglende inkludering av legene og fragmentering av tjenestene blir også nevnt i ulike rapporter og av sentrale personer. I en rapport til Helsedirektoratet i 2008 om «Utvikling av kommunelegefunksjonen» heter det «i mange kommuner synes situasjonen å være at helsetjenesten planlegges, administreres, utvikles og drives med praktisk talt totalt fravær av fastlegene» (19 s.11). Kaupang agendas rapport(1) fra 2016 peker på at dette er fortsatt er tilfelle flere steder.

Ekspedisjonssjef Petter Øgar i Helse- og omsorgsdepartementet siteres i festskriftet «15 år med Fastlege» (29). Han sier at regjeringen ser behov for å integrere fastlegen bedre i den øvrige helse- og omsorgstjenesten. «Tjenestene er for fragmenterte, for lite helhetlige og for dårlig koordinerte. Visse pasientgrupper får dermed for dårlig tilbud.» Han peker også på et

forbedringspotensial når det kommer til ledelse: *«Det er et stort ubenyttet rom for ledelse av legene. Dels fordi kommunene ikke prioriterer det, og del fordi man mangler kompetanse. Funnene i KS-rapporten (Kaupang Agendas rapport) er slik at man kan spørre seg om kommunen er de rette til å lede fastlegeordningen».*

### **2.3.5 Uro i fastlegekorpset**

Også på grasrotplan er det uro i fastlegekorpset. Fastlegeordningen er inne i en brytningstid med høylytte protester på innretningen av dagens ordning. Lange arbeidsdager og rammebetingelser som ikke er endret i takt med flere oppgaver og økte utgifter, sviktende rekruttering og økende frustrasjon i fastlegekorpset, har medført et opprør. *«Trønderopprøret - Fastlegeordningen 2.0»* er et grasrotopprør som består av fastleger og lektorer ved NTNU i Trondhjem som ønsker *«å stå opp for fastlegeordningen og arbeide for å bedre arbeidsvilkårene for fastlegene»*. Opprøret er pr nå støttet av over 2000 fastleger ifølge hjemmeside til opprøret på Facebook (30). Her informeres det om at *«Hovedårsaken til opprøret blant fastlegene er at myndighetene ikke har lagt til rette for at fastlegeordningen kunne utvikle seg i takt med den generelle utviklingen i samfunnet og helsepanoramaet. Flere eldre, stor utvikling i medisinsk teknologi med stadig flere utredningsalternativer, behandlingsalternativer osv har gitt økt arbeidsbelastning.»* Men også politiske føringer som medfører oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten og andre tilførte oppgaver, nevnes som årsak til mange leger er bekymret for ikke å strekke til i sin arbeidshverdag.

### **2.3.6 Fastlegeordningen på den politiske agendaen**

De siste månedene har det vokst frem en bred politisk enighet om at fastlegeordningen må styrkes. Politisk ledelse i Helse- og omsorgsdepartementet, KS og Legeforeningen har reetablert et trepartssamarbeid for å finne gode løsninger. Første møtet ble avholdt i februar 2018. Videre har Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet i oppdrag i et brev datert 26.1 2018, å evaluere fastlegeordningen. Hovedproblemstillingene som skal evalueres er brukernes erfaringer, fastlegenes arbeidssituasjon og rammebetingelser inkludert finansieringsmodellen og hvordan kommunene forvalter sitt sørge- for ansvar.

## 3 Hva sier litteraturen om ledelse

Ledelse av fastlegeordningen er avgjørende for at man skal få en helhetlig, god og effektiv primærhelsetjeneste til befolkningens beste, Vi vil i dette kapitlet redegjøre for ulike ledelsesteorier, som vi i kapittel 7 vil bruke i drøftingen av våre funn.

*Ledelse* er handlinger som utøves i den hensikt å få andre mennesker til å gjøre noe for å nå et mål. Det er et samspill mellom leder og medarbeider(1). Definisjoner av ledelse finnes det mange av. I boken *Hvordan organisasjoner fungerer* diskuteres begrepet(31 kap 12.2). Den sier at en leder er en person, men «*ledelse er derimot et sett handlinger, som dermed også kan utføres av andre enn dem som formelt sett kan benevnes som leder*». Ledelsen har til hensikt å påvirke til ønsket atferd og bidra til at det jobbes mot organisasjonens målsettinger.

*Styring* er indirekte ledelse(1), det vil si at man kan endre atferd og handlinger gjennom systemer, regler og kontroll. Eksempler på dette er regler, lover, forskrifter og tilsynsvirksomhet.

### 3.1 Lederrollen

Henry Mintzberg har definert 10 ulike roller som en leder bør ivareta for at en organisasjon skal fungere(32). Disse ti rollene er utgangspunkt når vi i kapittel 7 diskuterer kommunens ledelse av fastlegeordningen. Mintzberg beskriver at som leder får du autoritet. Autoritet gir status, noe som igjen fører til flere relasjoner og tilgang på informasjon. Informasjonen gjør det mulig å beslutte og legge strategier for enheten man er leder av. Ut fra dette har han definert 10 roller som igjen er delt inn i tre overordnede kategorier:

- Den relasjonelle
- Den informative
- Den beslutningstagende

*Den relasjonelle rollen* er den rollen som oppstår som en direkte følge av den formelle autoriteten man har som leder og inkluderer mange typer daglige beslutninger. Det er tre underroller i denne gruppen. Gjennom *personalledelse* har leder et overordnet ansvar for at organisasjonen fungerer i det daglige og at medarbeiderne er i stand til å gjøre jobben sin. Dette gjøres gjennom å ansette nye medarbeidere, gi opplæring, råd og å motivere. Den styrken av påvirkningen som en leder har på sine medarbeidere, sees oftest tydeligst i nettopp denne rollen ifølge Mintzberg. Lederen skal også være en *kontaktskaper* mot personer

utenfor ledelseslinja; eksterne samarbeidspartnere, befolkningen m.fl og bygge relasjoner som kan bidra med nødvendig informasjon til organisasjonen. Videre en det en oppgave for leder å være en *gallionsfigur* som utfører symbolske handlinger og seremonier ved gitte anledninger. Dette er en viktig jobb og kan dreie seg om alt fra å gi gull-klokke til trofaste medarbeidere, til å gå i begravelse til en av avdelingens pensjonister eller invitere en viktig kunde på lunsj.

*Den informative* rollen innebærer at lederen skal skaffe nyttig informasjon både fra medarbeidere og fra kontakter utenfor organisasjonen. Lederen fungerer som et nervesenter for sin organisasjon. Lederen vet ikke alt, men vet vanligvis mer enn dem han eller hun er leder for. Mintzberg skriver at en leder avslutter ikke et møte eller legger på telefonen for så å begynne å arbeide igjen; kommunikasjon ER hans eller hennes arbeid. Også her er rollen delt inn i tre; *overvåker, informasjonsspreder og talsperson*. I dette ligger at lederen skal oppsøke og motta informasjon, videre bringe informasjon og representere enheten utad. Mintzberg ser på informasjon som fundamentet for beslutninger som skal tas.

*Den beslutningstagende* rollen innebærer å ta de noe større beslutningene på bakgrunn av informasjonen som besittes. Lederen er den som har nødvendig informasjon og oversikt til å gjøre dette. Lederen skal her være *entreprenør* og sørge for å iverksette nye ideer, forandre organisasjonen så den stemmer overens med forventninger og krav og dermed styrke organisasjonen. Slik utvikling skjer ofte over tid, uten de store enkeltbestemmelsene, men med mange små bestemmelser som til sammen gir endringer. Ofte skjer mange slike prosesser parallelt. Lederen skal også være en *problemløser* og håndtere kriser, konflikter og nye ytre krav. Lederen skal også være en *ressursfordeler* og prioritere hvem som får ressurser. Mintzberg hevder at den kanskje viktigste ressursen er hvordan lederen bruker sin egen tid. Til slutt skal lederen skal være en *forhandler* og representere enheten i forhandlinger.

De 10 rollene former et hele og alle er nødvendige for ledelse. Rollene kan heller ikke uten videre deles mellom ulike personer – og utfordringen med delt lederskap sees ofte best i den informative rollen. Uten full deling av «ledelsesinformasjon», som ofte mottas muntlig, vil delt lederskap mislykkes ifølge Mintzberg.

## 3.2 Ledelse av kompetansepersoner

Legene er en av yrkesgruppene i kommunen med lengst utdanning, vi vil derfor belyse ulike teorier som omhandler ledelse av kompetansepersoner. Disse teoriene bruker vi i drøftingen av fastlegenes holdninger til ledelse.

Innen ledelsesteori er man opptatt av hvordan en leder kan oppnå høy ytelse hos sine medarbeidere gjennom ulike leder stiler. Jacobsen og Thorsvik tar i boken sin opp ulike teorier om leder stil (31 kap.12). Det har ifølge forfatterne blitt identifisert to grunnleggende leder stiler- nemlig den relasjonsorienterte (demokratiske) og den oppgaveorienterte (autoritære).

*Den relasjonsorienterte leder* jobber aktivt med å utvikle gode relasjoner til sin medarbeider, drøfter problemer og konsulterer den underordnede i vanskelige spørsmål. Her blir medarbeiderne oppmuntret til å ta del i utforming og ansvar for eget arbeid og arbeidsplass på en demokratisk måte. I organisasjoner med høy kompetanse hos de ansatte ser dette ut som en viktig faktor for å øke motivasjon, styrke selvfølelse og inngi tillit og respekt i form av å gi medarbeideren handlefrihet og myndighet til å fatte beslutninger.

*Den oppgaveorienterte leder* er mest opptatt av produksjon, effektivitet og struktur, og tar i liten grad medarbeiderne med i beslutningsprosesser. Dette er en mindre egnet metode for høykompetente medarbeidere.

Høyt utdannende og kompetente arbeidstakere gjør at enkelte hevder at den viktigste lederoppgaven i dag er å sette arbeidstakeren i stand til å lede seg selv, såkalt *selvledelse*. Man tenker at med mindre man delegerer handlefrihet til arbeidstakeren, så kan det bli vanskelig å utnytte det potensialet som den intellektuelle kapitalen arbeidstakeren innehar. Det kan sågar være vanskelig å rekruttere høyt kompetente medarbeidere uten å gi dem denne handlefriheten.

Teoriene til Hersley & Blanchard er også omtalt i overnevnte bok og deres teori om situasjonsbetinget ledelse beskrives i korthet der. Hersley & Blanchard deler inn medarbeiderne etter «modenhet» i forhold til kompetanse og villighet:



Medarbeidernes modenhet	Lederstil	Styrende	Støttende
Ikke kompetent, ikke villig	Instruerende	+	-
Ikke kompetent, men villig	Overtalende	+	+
Kompetent, men ikke villig	Deltagende	-	+
Kompetent og villig	Delegerende	-	-

Tabell 1

Antagelsen i teorien er at medarbeidere med høy modenhet, som er kompetente og villige, og er i stand til å jobbe på egenhånd, har mer behov for autonomi enn støtte og styring i arbeidet. Teorien går altså ut på at lederen må tilpasse sin leder stil etter underordnedes kompetanse og villighet.

### 3.3 Motivasjon

Motivasjon er avgjørende for at fastleger skal engasjere seg ut over egen praksis. Hva som fremmer en persons ytelse og motiverer til ekstra innsats er en problemstilling som har vært gjenstand for forskning og flere teorier er utviklet. Vi vil her gå gjennom noen av disse teoriene som vi i kapittel 6 bruker for å belyse hva som skaper motivasjon hos fastleger.

Frederick Herzbergs forskning om trivsel på arbeidsplassen er grunnlag for mye av den nyere tenkningen rundt motivasjonsbegrepet(31). Hans forskning prøver å forklare hvordan noen forhold skaper motivasjon og tilfredshet hos arbeidstakeren, mens andre forhold forebygger mistrivsel uten nødvendigvis å skape motivasjon. Trivselen er knyttet til to sett faktorer, motivasjonsfaktorer og hygiene faktorer.

I følge Herzbergs teorier er hygiene faktorer en type nødvendighetsfaktorer som må være der. De tas nærmest for gitt, og gir ved sin tilstedeværelse ingen motivasjon. Dersom slike faktorer ikke er til stede, vil resultatet kunne bli demotivasjon og misnøye. Disse faktorene må altså være på plass for å gi en form for trygghet og tilfredshet, men vi tenker ofte ikke over dem før de faktisk ikke er der. Eksempler kan være å få utbetalt lønn hver måned, at man har ordnet arbeidstid, at det er trygt å være på jobben og at man blir behandlet ordentlig og respektfullt. Eksempler på slike faktorer er listet opp i Jacobsen og Thorsvik sin bok *Hvordan*

*organisasjoner fungerer(31 kap.7). Flere slike faktorer kan være bedriftens personalpolitikk, lederens kompetanse og måter å lede på, arbeidsforhold, og forhold i arbeidet som påvirker fritid og privatliv.*

Motivasjonsfaktorer eller trivselsfaktorer er det ekstra som skal til for å gjøre arbeidet givende og interessant for den enkelte arbeidstaker. Slike faktorer kan gjøre jobben attraktiv for den enkelte medarbeider, men faktorene har ofte ulik betydning for forskjellige arbeidstakere. Faktorene kan gi trivsel hvis de er tilstede, men vil ikke nødvendigvis gi mistrivsel om de ikke er det. Eksempler på dette kan være at arbeidsoppgavene er utfordrende, interessante og varierte, det kan være å ha ansvar for eget arbeid og kontroll over egen arbeidssituasjon, det kan være å få anerkjennelse for vel utført arbeid, og det kan være vekst og forfremmelse i jobbsituasjonen.

Einar Thorsrud har i sin skandinaviske modell-som kalles sosioteknisk teori, sett på hva som skaper jobber som tilfredsstillende både medarbeidernes og bedriftenes ønsker(31,kap 7). Den ser på muligheten medarbeideren har til å påvirke og delta i beslutninger som ellers tas høyt oppe i organisasjonen. De ansattes påvirkningsmuligheter er vurdert langs hele skalaen fra full deltagelse med å ta beslutninger selv, til ikke noen deltagelse ved at ledelsen tar beslutninger uten engang å informere de ansatte. Å få lov til å delta i beslutninger direkte eller indirekte ser ut til å gi øket motivasjon og bedre ytelse både på individnivå og på organisasjonsnivå. I våre nordiske land er det mye samarbeid mellom ledelsen og de ansatte i mange bedrifter, ofte knyttet til representasjon fra fagforeninger eller ansatte-representanter inn i organisasjonens ledelse. Dette har gode effekter på motivasjon, effektivitet og omstillingsevne.

### **3.4 Lederspenn**

Vi har ikke vært i stand til å finne data for hva som er et hensiktsmessig lederspenn knyttet til det å lede en legetjeneste lik fastlegeordningen. Nesten alle kommunene i utvalget til Agenda Kaupang har en leder på fulltid til ledelse av mer enn 15-20 årsverk innen pleie- og omsorgstjenestene. (1, kap 1.2). Rapporten sier at det er bare et fåtall som stiller opp med tilsvarende ressurser i ledelsen av fastlegene.

En medarbeiderundersøkelse fra 2015; «*Kontrollspenn i sykehus- har antall ansatte per leder*

*betydning for de ansattes arbeidsmiljø»*- konkluderte med at det var signifikant lavere gjennomsnittscore på områder som medvirkning, faglig utvikling og kjennskap til enhetens mål i enheter på mer 34 ansatte enn med enheter som hadde 11-14 ansatte(33).

I en workshop 26.1.2017 med KS og Legeforeningen som forfatterne var invitert til, var det en rekke innlegg fra ulike representanter for fastlegeledelse i Norge. Et viktig budskap fra mange var at det er utilstrekkelige ressurser avsatt til ledelse, og det gjør at det ikke er tid til praksisbesøk og medarbeidersamtaler.

## 4 Metode

Våre resultater bygger på intervju av lokale samarbeidsutvalg i fire kommuner. Det var 5 personer til stede under hvert av intervjuene og vi intervjuet til sammen 20 personer.

Det var en god tone under alle intervjuene, deltagerne opptrådte med respekt overfor hverandre og ønsket at forholdet mellom kommunen og fastlegene skulle fremstå i et godt lys. Alle kommunene fortalte at i deres kommune fungerer fastlegeordningen godt og at det derfor er mindre behov for tett oppfølging/ ledelse av fastlegene. Under flere av intervjuene observerte vi at deltagerne gjennom å reflektere ut fra spørsmålene som ble stilt av oss mastestudentene, fikk et mer nyansert syn på ledelsen av fastlegeordningen i sin kommune. Vi observerte også at når det var temaer som ble tatt opp som var uavklarte eller det var kryssende interesser, hadde intervjudeltagerne en tendens til å snakke i munnen på hverandre.

I dette kapittelet skal vi kort ta for oss hvilken metode vi har brukt i undersøkelsen vår, se på hvordan vi har valgt ut informantene og håndtert datainnsamlingen. Vi skal vise hvordan vi har gjennomført analysene og hvilke endringer vi har gjort i de opprinnelige forskningsspørsmålene.

### 4.1 Kvalitative intervju/metode

Vi har vært opptatt av hvilke tanker, forventninger og erfaringer kommunens og fastlegenes representanter har til kommunens ledelse av legetjenesten. Vi har også ønsket å se på relasjonen mellom fastlegene og kommunens ledelse. Til dette egner kvalitative intervju seg som metode. Vi har prøvd å få tak i informantenes opplevelse av styrker og svakheter rundt samhandlingen i fastlegeordningen for å prøve å forstå hvorfor ting blir som de blir i kommunene. Kvalitativ forskningsmetode egner seg godt til dette fordi den *«kan bidra til å presentere mangfold, nyanser og subjektive erfaringer»*. *«Målet er forståelse snarere enn forklaring og metoden har sin styrke i å levere kunnskap om fenomeners egenart»*.(34 , s 30-35)

Intervjuene er gjort i fokusgrupper. Ifølge Malterud (35) er *«dette en godt egnet metode der man vil lære om erfaringer, holdninger eller synspunkter i et miljø der mange mennesker samhandler»*.

Som nybegynnere innenfor kvalitativ metode har vi tilstrebet å ta i bruk metoder som for

noviser som oss, er enkle, systematiske og overkommelige, slik Malterud har beskrevet i sin bok om kvalitative forskningsmetoder(34). Etter gjennomført intervju har vi transkribert disse og analysert intervjuene med systematisk tekstkondensering

## **4.2 Utvalg. Rekruttering av informanter**

Vi har valgt å gjøre fokusgruppeintervju av 4 kommuners lokale samarbeidsutvalg (LSU). Forfatterne har i sitt ordinære arbeid nært kjennskap til mange kommuner i områdene der vi jobber og vi deltar selv i slike LSUer. Vi valgte å rekruttere intervjukommunene utenfor egne områder, fordi vi ville unngå at vi som medisinskfaglige rådgivere i egne kommuner fikk en uønsket påvirkning på resultatet. Valgene er likevel gjort ut fra en geografisk nærhet, og en praktisk tilnærming. Vi har ikke noe budsjett til å dekke reise og opphold. Kommunene som er valgt er derfor i sentrale østlandsstrøk, inntil 2,5 timers kjøring fra Oslo.

Vi har rekruttert kommuner med over 15 000 innbyggere da vi antok at disse har et større kommunalt apparat enn de små kommunene til ledelse av fastlegeordningen. Kommunene i utvalget har mellom 20 000 – 70 000 innbyggere.

Rekruttering har skjedd ved direkte henvendelse til kommuneoverlegen i de ulike kommunene, både telefonisk og etterfulgt av skriftlig invitasjon (se vedlegg 3). Dette er kommuneoverleger vi har noe kjennskap til via samfunnsmedisinske nettverk, og som kunne formidle vår entusiasme og forespørsel til de andre medlemmene i LSU.

Under fokusgruppeintervjuene var det 5 informanter, 2 leger og 3 fra kommunen i 3 av intervjuene, mens det i det siste intervjuet var det 3 leger og 2 fra kommunen.

Kommuneoverlegen var til stede ved alle intervjuene. I alle LSU vi intervjuet var det både kvinner og menn. De fleste av kommunene hadde begge kjønn representert i alle posisjonene. Blant legedeltagerne var det både erfarne og mindre erfarne leger. Noen av legene var tillitsvalgte mens andre var valgte leger fra ALU- allmennlegeutvalget til LSUet.

Kommunens ansatte hadde varierende erfaring i arbeid med fastlegene. Kommunen var i alle kommunene representert ved kommuneoverlegen, virksomhetsledere med linjeledelse for fastlegene eller andre som hadde tilknytning til administrasjon av fastlegeordningen.

## 4.3 Datainnsamling

### 4.3.1 Praktisk gjennomføring

Fokusgruppeintervjuene ble gjennomført i perioden september 2017 til februar 2018.

I invitasjonen (vedlegg 3) var det en forutsetning om full konfidensialitet og at deltagerne ikke vil kunne gjenkjennes verken direkte eller indirekte i publikasjonen.

Intervjuene ble holdt i den enkelte kommunes lokaler og avholdt i etterkant av et planlagt ordinært LSU. Vi var ikke til stede under LSU-møtet, men begge forfatterne var tilstede under intervjuene. Deltagerne samtykket i at det ble gjort lydopptak.

Lydopptak ble gjort med en Sony PX4700 Voice Recorder samt en Iphone med opptaksmuligheter for dobbel sikkerhet av opptak dersom hovedopptaket skulle feile. Filene ble etter opptak opplastet til fil på PC hvor intervjuene ble transkribert og anonymisert i henhold til etiske retningslinjer.

Studien ble søkt godkjent gjennom NSD (Norsk senter for forskningsdata) med prosjektnummer 54931. Godkjenning ble mottatt 11.8.17 og det ble gitt tillatelse til oppstart (vedlegg 2).

### 4.3.2 Intervjuguiden

Intervjuene ble gjennomført med en på forhånd utarbeidet intervjuguide. Denne var gjennomgått med veileder. Intervjuguiden ble noe justert etter første intervju som vi brukte som et pilotintervju. Intervjuet fungerte bra, og det var lite vi ønsket å endre. Vi fjernet spørsmålet: om hvor og hvordan sentrale beslutninger som berører legetjenesten i kommunen ble tatt. Dette er et «unødvendig» spørsmål da det er kommunestyret som fattet slike beslutninger. LSU er kun et rådgivende organ. Endelig intervjuguide er vedlagt i vedlegg 1. En av forfatterne ledet intervjuet med supplement av den andre underveis. Det ble også tatt notater under intervjuene.

Intervjuene varte en knapp time. Intervjuerne presenterte seg først med informasjon om hva intervjuet skulle brukes til, videre at intervjuene ville bli anonymisert. Vi hadde forhåndsdefinerte tema, men lot intervjudeltagerne få fortelle fritt innenfor temaene. Vi stilte oppklarende, utforskende og åpne spørsmål.

## 4.4 Analyse

Datamaterialet ble analysert med systematisk tekstkondensering slik den presenteres av Malterud (34,kap.11).

Vi jobbet sammen i denne prosessen og startet med å lese overfladisk gjennom intervjuene for å danne oss oversikt over ulike temaer som ble følgende:

1. Kommunens forståelse av sin lederrolle
2. Kommunens forståelse/forventning av legens rolle i samhandling med kommunen
3. Legens forståelse av egen rolle i forhold til kommunen
4. Legens forståelse av kommunens rolle i ledelse av dem
5. Forventninger til hverandre
6. Hva skal ledes? Hva skal det samarbeides om, evt ikke samarbeides om.
7. Forståelse og funksjon av LSU og ALU i de ulike kommunene
8. Organisering av legetjenesten
9. Legenes motstand mot å bli ledet
10. Ledelsesbegrepet

Malterud anbefaler 3-5 temaer som skal brukes i kodingen. Vi valgte derfor å redusere antall tema, for eventuelt senere å kunne dele dem i nye undertema.

- I. Punkt 1 og 2, 8 ble til: Hva tenker kommunens ledelse om legetjenesten?
- II. Punkt 3, 4 og 9: Hva tenker legene om å bli ledet?
- III. Punkt 5, 6 og 10: Hva skal ledes? Hva skal det samarbeides om, hva skal det eventuelt ikke samarbeides om.
- IV. Punkt 7: Ledelse- muligheter og begrensninger gjennom LSU/ ALU i kommunene.

Ledelse er et sentralt begrep i materialet. I oppgaven definerer vi derfor ledelsesbegrepet og omtaler noen aktuelle ledelsesteorier som grunnlag for drøftinger av vårt materiale.

Videre har vi beskrevet hvor fastlegene og lederne er plassert i organisasjonskartet for å forstå utfordringer i fastlegeordningen.

## KODING

Gruppe I – IV ble førende for kodingen vår. Vi satt fysisk sammen, men jobbet både hver for oss og sammen med å definere meningsbærende enheter og putte dem inn i de 4 kategoriene. Enkelte meningsbærende enheter var vanskelig å bare plassere i en kode, så noen fikk plass i to.

Vi vurderte også å beskrive dette med inkludering i forhold til julebord og oppmerksomhet ved anledninger som en kuriositet på slutten av oppgaven. Dette valgte vi ikke å ta med inn i kodingen.

## KONDENSERING

Vi diskuterte sammen hvilke undergrupper vi så i kodegruppene. Deretter utarbeidet vi utkast til kondensat hver for oss og tok for oss to grupper hver som vi presenterte for hverandre. Funnene våre presenteres i resultatkapitel 1 som tekstoppsummeringer med noen illustrerende sitater og kategorisert etter våre forskningsspørsmål. I resultatkapitel 2 presenteres funnene i form av 2 fiktive kommuner for å illustrere variasjonen vi finner i kommunene. Den ene kommunen tillegges de gode eksemplene vi finner i vårt materiale på ledelse, mens den andre tillegges egenskaper som hindrer dette. Deretter drøftes funnene og forståelsen vi har fått av stoffet i begge kapitlene.

## **4.5 Opplevelser under intervjuene.**

Intervjuperioden strakk seg over 6 måneder fra september 2017 til februar 2018, fordi vi valgte å be om intervju i forbindelse med allerede planlagte LSU-møter. De fleste kommunene har ikke flere enn 2 møter pr halvår, og der vi fikk avtale om intervju, prioriterte vi dette høyt. Det har vært en utfordring å rekruttere kommuner der allerede travle leger skal sette av tid til enda mer arbeid- og uten at dette honoreres på noen måte. Selv med travle leger har vi opplevd at intervjusituasjonen har vært fylt av interesse og glede for temaene. Flere av informantene har gitt uttrykk for at det har vært nyttig for eget LSU å få lov til å bruke tid på å snakke om utfordringer rundt ledelse. Som forfattere har vi erfart at det i flere av kommunene skjedde en utvikling av forståelse og innsikt om ledelse i løpet av intervjuet; fra et individrettet og pasientrettet fokus til en øket systemforståelse. Flere uttrykte en øket lyst og behov til å starte forbedringstiltak i samarbeidet mellom kommunen og legene. Selv ble vi



også inspirert til å ta med oss gode tiltak vi fikk høre om, tilbake til egne kommuner.

## 4.6 Endringer i forskningsspørsmålene

Vi hadde i utgangspunktet formulert fire problemstillinger vi ønsket å belyse ved studien for å se nærmere på kommunens ledelse av fastlegeordning:

1. Hvilke rammebetingelser beskriver LSU at kommuneledelsen gir for samarbeidet?
2. Hvilke virkemidler ser LSU at kommunen har og kan ta i bruk i arbeidet?
3. Hvordan erfarer LSU fastlegenes engasjement og involvering i samarbeidet?
  - Hvordan arbeider LSU for å involvere fastlegene i samarbeid med kommunen?
4. Fra 1. januar 2017 kom ny "Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten"(16). Hvordan ser LSUene for seg at forskriften hemmer eller fremmer samarbeidet videre?

Det å bruke LSU som intervjuobjekt har for oss vært et verktøy for å finne ut hvordan kommuneledelsen tenker og utøver ledelse av fastlegene, hvordan fastlegene reagerer på ledelse samt hvordan samarbeidet mellom kommunen og fastlegene fungerer. I arbeidet med analyse materialet fant vi interessante aspekter; vi observerte hvordan legenes holdninger ser ut til å endre seg i forhold til hvordan ledelse utøves. I tillegg ble det tydeliggjort hvor stor betydning kommuneoverlegen har i samarbeidet mellom kommunen og legene. Dette har vi forfulgt i vår oppgave. Vi har derfor spisset og tydeliggjorde forskningsspørsmålene for å kunne se nærmere på blant annet dette, og endte opp med disse spørsmålene:

1. Hvordan utøver kommunen sitt ledelsesansvar for fastlegeordningen
2. Hvordan arbeider kommunene for at fastlegene skal bli bedre integrert i de øvrige helse- og omsorgstjenestene?
3. Hvordan brukes kommuneoverlegen i ledelsen av fastlegene?
4. Hvordan lar fastlegene seg lede?

# 5 Resultatkapitel 1

I dette kapitlet vil vi gi en deskriptiv beskrivelse av svarene vi har funnet på våre fire forskningsspørsmål gjennom å intervju lokalt samarbeidsutvalg i fire kommuner. Resultatene viser eksempler på god ledelse av fastlegeordningen, men også utfordringer og mangler ved kommunens ledelse. Det er til dels stor variasjon fra kommune til kommune på måten de forholder seg til fastlegene. Vi har valgt først å presentere noen parametere fra hver av kommunene i en egen tabell (tabell 2). Resultatene vil deretter bli presentert som svar på disse fire spørsmålene:

## 1. Hvordan utøver kommunen sitt ledelsesansvar for fastlegeordningen?

Kommunene utøver sitt lederskap på ulik måte og vi viser i vårt materiale eksempler på faktorer som fremmer og hemmer ledelse av fastlegene. Vi vil se nærmere på kommunens samhandlingsarenaer med fastlegene, hvordan kommunene bruker rammeverket i dialogen med fastlegene og hvilken styringsinformasjon som innhentes.

## 2. Hvilken rolle har kommuneoverlegen i ledelsen av fastlegene?

Kommuneoverlegen synes å ha en viktig rolle i ledelsen av fastlegeordningen. Vi har derfor sett nærmere på hvordan kommuneoverlegens posisjon i kommuneorganisasjonen påvirker ledelsen av fastlegene. Videre har vi sett på kommuneoverlegens relasjon til fastlegene.

## 3. Hvordan arbeider kommunene for at fastlegene skal bli bedre integrert i de øvrige helse- og omsorgstjenestene?

Kommunene arbeider til dels i ulik grad og på ulik måte med å integrere fastlegene. Vi kommer her med eksempler på hvilke tiltak de ulike kommunene har iverksatt.

## 4. Hva gjør at legene lar seg lede?

Fastlegene i vårt materiale uttrykker forskjellige holdninger til det å la seg lede av kommunen. Vi vil presentere noen forhold vi har identifisert som påvirker fastlegenes holdninger.

Tabell 2 er en sammenlignende oppstilling av de fire kommunene som vi har intervjuet.

	<b>Kommune 1</b>	<b>Kommune 2</b>	<b>Kommune 3</b>	<b>Kommune 4</b>
<b>Kommunestørrelse</b>	20-30 000	50-70 000	50-70 000	20-30 000
<b>Kunne kommunen gjøre rede for ledelsesressursen under intervjuet:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• hvem</li> <li>• hvor stor(e) %</li> </ul>	Ja Delvis	Ja Delvis	Ja Delvis	Ja Delvis
<b>ALU</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Oppmøteprosent</b></li> </ul>	Av og til opp mot 50 %	50 % +	Fra <10 % til 25-35 %	80 %
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Registreres oppmøte/fravær</b></li> </ul>	Ja, men ikke konsekvent	Nei	Nei	Ja
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Skrives referat</b></li> </ul>	Ja	Ja	Ja	Ja, kommuneoverlegen ber om lesebekreftelse
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Distribueres referat til andre enn fastlegene, f.eks kommuneoverlegen</b></li> </ul>	Ja	Nei (men legene er positive til å dele det)	Ja	Ja (kommuneoverlegen skriver referatet)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ber legerepr i ALU de andre legene om råd før de møter LSU i viktige saker</b></li> </ul>	Nei, ikke regelmessig. LSU avholdes uavhengig av ALU	Ja (ALU 2 uker før LSU)	Ja, men lavt oppmøte i ALU	Ja. (ALU 1 uke før LSU)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Møter kommuneoverlegen i ALU?</b></li> </ul>	Ja, i første del av møtet	Ja i en del av møtet	Ja, en del av møtet	Ja, hele møtet: Første 45 min: smågruppe Så 30 min til KOL Deretter 30 min til fastlegene.
<b>LSU</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Hyppighet av LSU pr år</b></li> </ul>	Ca. 4	5 + ved behov	6	4
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Noen med linjeansvar til stede?</b></li> </ul>	Ja	Ja	Nei	Ja
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Skrives referat</b></li> </ul>	Ja	?	Ja	Nei
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Distribueres referat fra LSU, til fastlegene?</b></li> </ul>	Nei, men skal starte med dette	?	Ja, kommuneoverlegen vektlegger referatet	Har tett kontakt om sakene i ALU



## **5.1 Hvordan utøver kommunen sitt ledelsesansvar for fastlegeordningen?**

Nasjonale føringer og reguleringer danner rammer for kommunens ledelse av fastlegeordningen. Hvordan dette gjøres i praksis varierer fra kommune til kommune i vår undersøkelse. Først ser vi på de ulike arenaer der kommunen og fastlegene møtes; formelle samhandlingsarenaer som allmennlegeutvalget (ALU) og lokalt samarbeidsutvalg (LSU) og andre arenaer som praksisbesøk og individuelle samtaler. Deretter belyses kommunenes bruk av avtaler og regelverk i oppfølgingen av fastlegene. Til slutt ser vi på kommunens ledelsesansvar gjennom i hvilken grad de innhenter informasjon om fastlegeordningen til bruk i styring, ledelse og utvikling av ordningen.

### **5.1.1 LSU og ALU som arena for ledelse**

Det er avtalefestet at kommunens ledelse skal utøves blant annet gjennom allmennlegeutvalget ALU og Lokalt samarbeidsutvalg, LSU. Alle kommunene vi har intervjuet har etablert ALU og LSU, men disse arenaene fungerer noe forskjellig i de ulike kommunene. Kommunene understreker at LSU og ALU er grunnleggende arenaer som de har behov for i kontaktflaten ut mot fastlegene. Møtehyppigheten som det er lagt opp til i avtaleverket, er nødvendigvis ikke tilstrekkelig, ifølge en av kommunene («minst halvårlig og for øvrig etter behov»). Kommunen er imidlertid usikker på hvor motiverte allmennlegene er til å ta hyppigere møter hvis kommunen opplever et behov som fastlegene ikke deler.

### **5.1.2 ALU, legens arena for medvirkning**

Den formelle linjen for fastlegene inn mot kommunen er fra Allmennlegeutvalget, ALU, der det velges representanter inn til Lokalt samarbeidsutvalg, LSU; legenes drøftingsarena med kommunen. Vårt materiale viser at legerepresentantene i LSU i varierende grad involverer sine kollegaer i ALU i sakene som er på agendaen.

Fastlegene og kommunene betrakter ALU som legenes møte. Kommunen har ansvar for å opprette et allmennlegeutvalg, men utvalget har selv ansvar for videre drift dvs. møteplan, innkallinger og organisering, (jfr. kommentarutgaven til rammeavtalen). Fastlegene har plikt til å delta, deltagelsen gir ingen rett til lønnskompensasjon. Kommuneoverlegen/ledelsen får ofte delta i en begrenset del av møtet. Det føres i varierende grad referat (se tabell 2) og disse gjøres ikke nødvendigvis tilgjengelig for kommuneoverlegen eller annen ledelse i kommunen.

Som vist i tabell 1 er oppmøte i ALU varierende, selv om det etter rammeavtalen er pliktig oppmøte. I en kommune (kommune 3) var det inntil nylig kun 10 % av allmennlegene som møtte og flere av kommunene forteller at det er enkelte leger de aldri har sett i disse møtene. I alle kommuner er det imidlertid økende oppmøte den siste tiden og det arbeides aktivt for å øke deltagelsen. Noen av kommunene registrerer ikke fravær systematisk, da de mener at det vil virke mot sin hensikt. Å oppfordre legene til å møte i ALU er et av punktene på agendaen ved årlige praksisbesøk som gjennomføres i en av kommunene (kommune 2). En av våre fastlegeinformanter forteller at ved å gjøre møtene så interessante og relevante som mulig, håper de at deltagelsen øker.

*«Vi vet det er pliktig oppmøte på det, men det er ikke noe særlig reklame for møtene om vi flagger det veldig sterkt. Da gidder folk i hvert fall ikke å komme».* (Fastlege kommune 3)

Med bare 10-50 % av fastlegene som deltar i ALU er det begrenset hvilket samarbeid fastlegene har med kommunen og deres mulighet til medvirkning blir dermed begrenset.

*«Altså hvis man ikke deltar i ALU så kan man heller ikke klage på ikke å ha stemmerett».* (Tillitsvalgt for legene i kommune 3).

De to kommunene (2 og 4) som synes å involvere allmennlegene mest i arbeidet, jobber bevist for å få folk til å møte, teller hvor mange som møter og minner legene på deres møteplikt i individuelle møter.

I kommune 2 har de opplevd et økende oppmøte i ALU. Legene i denne kommunen antar at dette har noe med at «den allmenntillegene søppelkassen er full» og at legene derfor er opptatt av at en del saker som oppgaveoverføring, samhandling osv skal ivaretas på et systemnivå.

Den kommunen (kommune 4) som har høyest fremmøte (ca. 80 %) i ALU, arrangerer møter med tellende kurstimer (smågruppe) i forkant av hvert allmennlegeutvalg. Det er kommuneoverlegen som har ansvar for møtene, men setter opp tema i samråd med fastlegene i LSU. Kommunen benytter interne krefter på disse møtene og bruker denne arenaen aktivt til å skape samarbeidsarenaer mellom ulike tjenester i kommunen. Samtidig med at legene får viktig informasjon, blir ulike tema drøftet og fastlegene får anledning til å komme med

innspill i ulike utviklingsprosesser. En av fastlegene i denne kommunen sier:

*Fagbiten er viktig, vi får små-gruppetimer og det er veldig relevante tema fra kommunen. Smart å være der. Det letter arbeidsmengden for oss senere. (fastlege kommune 4)*

Fastlegene i kommune 4 ser kommuneoverlegen som en støttespiller og inviterer kommuneoverlegen til å delta på hele ALU. Kommuneoverlegen registrerer fravær og skriver referat fra kursene inkludert selve ALU møte. Hun har lagt inn lesebekreftelse på referatene og hvis hun ser at det er en lege som ikke leser referatene, tar hun kontakt med vedkommende. Kommunen bruker ALU og referatet bevist som en arena for kompetanseoverføring og informasjonsutveksling.

I kommune 3 er tilnærmingen en helt annen, der sier kommuneoverlegen og fastlegene at det er riktigst at ALU overlates helt til legene «*det er jo deres møte*», og at det øker deltagelsen. Når det var kommunen som sto for innkallingen i kommune 3, manglet legene et eierforhold til ALU og oppmøtet var svært lavt (under 10 %). Etter at legene selv nå har tatt over styringen av møtet, har deltagelsen økt.

*Legene som ikke møter i ALU sier på spørsmål fra kommunen, at det bare har med tidsmangel å gjøre, men at de prøvde å sørge for at en på legesenteret er til stede. (kommuneadministrasjon kommune 3)*

Kommuneoverlegen opplever å ha liten påvirkningsmulighet over deltagelse og innhold i ALU, og møtearenaen er på legenes premisser. Kommunen ønsker heller ikke å ha ansvar for å registrere deltagelsen i møtet.

*«Det er mye som er rart med organiseringen av fastlegene.. og en av de er at det er pliktig oppmøte ovenfor kommunen, men det er ikke kommunens møte, det er fastlegenes møte, så hvorfor skal kommunen stå å føre oppmøte på at fastlegene har sitt eget møte? Det henger jo ikke sammen! Så det er en merkelig konstellasjon.» (Kommuneoverlege kommune 3)*

I denne kommunen (kommune 3) får kommunelegen 15 minutter av ALU til å gi informasjon

og diskutere saker før vedkommende må forlate møtet. Denne kommuneoverlegen prioriterer å skrive gode referat fra LSU, for at legene som er interessert, kan holde seg orientert.

**Oppsummering:** Vårt materiale viser at en stor andel av fastlegene ikke møter i ALU og har dermed liten påvirkningsmulighet og er samtidig lite tilgjengelig for innspill fra kommunens ledelse. Kommunene som integrerer legene mest (2 og 4), registrer oppmøte i ALU og arbeider aktivt for å øke deltagelsen. Kommune 4 har høy deltagelse på ALU. Legene her opplever arenaen som nyttig fordi kommunen kombinerer møtene med «smågruppe» som gir legene kurstimer samtidig som dette er en viktig dialogarena mellom fastlegene og kommunen. Det varierer mellom kommunene om kommunen, her ved kommuneoverlegen, er til stede i ALU. I kommune 4 er kommuneoverlegen til stede hele tiden, mens i kommune 3 der kommunen involverer seg minst, får kommunelegen «lov» til å delta i 15 minutter.

### 5.1.3 LSU, samhandlingsarena og et rådgivende organ

Kommunene anerkjenner LSU som et faglig rådgivningsorgan, som gir grunnlag for beslutninger i kommunen.

*«LSU har styrke gjennom at det representerer også allmennlegetjenesten i kommunen. Det er jo en form for ledelse det også i dette forumet her (LSU) som er med å legge føringer. Og da tenker jeg at det er en faglig tung anbefaling fra det medisinskfaglige miljøet i kommunen som selvfølgelig både rådmannen og politikerne må vektlegge.»*  
(Virksomhetsleder kommune 1)

Kommunene i vårt materiale har ulik representasjon i LSU. En kommune (kommune 2) poengterer at LSU bør ha kommunalsjef representert for at fastlegene som gruppe skal ha kontakt opp mot øvrig ledelse. Denne kommunen involverer legene i større grad enn noen av de andre. I en annen kommune (kommune 3) har ingen av fastlegenes linjeledere prioritert å sitte i LSU. Denne kommunen har lite systematisk ledelse av fastlegeordningen ut over at kommuneoverlegen har dialog med fastlegene. Denne kommunens representant i LSU uttaler:

*«det er også litt tilfeldig at jeg havnet her, men jeg hjelper å administrere fastlegeordningen og sånn sett....." (kommuneansatt kommune 3)*

Kommune 2 sier at sammenhengen mellom LSU og ALU er viktig for kommunen. De ønsker



å drøfte sakene med fastlegekorpset, men erkjenner at det er opp til legerepresentantene i LSU om de bringer sakene videre til fastlegene i ALU. Legene forteller at det stort sett er gjennom ALU de viderefremidler informasjon etter møter med kommunen, men de er i ulik grad bevisste på at de sitter i LSU på vegne av de andre legene, og sørger for å ha med seg et mandat inn i LSU.

*«Vi har fast punkt på LSU som sier «til og fra ALU». Hvis ALU har tilbakemeldinger til kommunen så bringer vi det videre hit. Og omvendt»*

(Fastlegerepresentant kommune 2)

En annen av informantkommunene (kommune 1) har til nå ikke skrevet referat fra LSU og sendt dette til fastlegene. I løpet av intervjuet anerkjente de at fastlegene vil ha nytte av å få informasjon om sakene som behandles i møtene og ville derfor starte med å sende ut referatene.

**Oppsummering:** Kommunene vektlegger LSU som rådgivende organ ulikt. Kommune 3 har ikke prioritert å ha linjeleder i LSU, mens kommune 1,2 og 4 anerkjenner LSU som en viktig arena for ledelse av fastlegeordningen. Kommunens ledelse er imidlertid avhengig av at legenes representanter i LSU er bevist sin rolle som bindeledd mellom fastlegene og kommunen og forankrer beslutningene i legegruppen, noe som ikke alltid er tilfelle.

#### **5.1.4 Ledelse gjennom dialog**

Rammeavtalen regulerer legens plikt til å ha samtaler med kommunen minst en gang i året om fastlegepraksisen og de forhold som fremgår av fastlegeavtalen mellom legen og kommunen.

I hvilken grad benytter kommunene seg av denne ledelsesmuligheten?

Alle kommuneoverlegene som vi har intervjuet vektlegger betydningen av å ha god relasjon til fastlegene, men det er ulikt hvilke rammer som settes for dialogen og hvilken myndighet de opplever å ha i ledelsen av ordningen.

Tre av våre informantkommuner (kommune 1,2 og 3) har eller ønsker å innføre årlig dialog eller dialog hvert annet år med hver enkelt fastlege og/eller fastlegekontor. En kommune (kommune 3) har hatt en runde med dialog med alle sine leger, mens en annen har vært på besøk på alle fastlegekontorene (kommune 2). Både administrativ leder og kommuneoverlegen har deltatt i møtene fra kommunens side i kommune 2.

Kommunene ønsker et tettere samarbeid med fastlegene enn det som er tilfellet i dag, men det er avsatt lite ressurser til dette og en av kommuneoverlegene sier:

*«Vi er underadministrerte, og de (fastlegene) klarer seg jo i veldig stor grad selv, og leder seg jo selv heldigvis.»* (kommuneoverlege kommune 3)

Hos de kommunene som har etablert en regelmessig dialog med sine fastleger enkeltvis eller på kontornivå, så er denne praksisen relativt ny.

Kommuneoverlegen i kommune 4 har god dialog med de fleste av fastlegene gjennom oppmøte i ALU og ser ikke behov for individuell oppfølging av legene. Kommuneoverlegen her tar imidlertid kontakt med fastleger som ikke bruker møtearenaene rundt ALU godt. Legetjenesten har tradisjonelt styrt seg selv og flere av legene vi har intervjuet er enige om at de ikke har behov for eller ønsker at kommunen skal blande seg inn i deres daglige fastlegejobb.

*Ovenfor våre egne pasienter trenger jeg ikke noen innblanding fra kommunen.. Vi styrer butikken vår sjæl... Vi har ikke behov for alle disse arenaene... vi har ikke så mye å prate om ..Fint om kommunen var mer involvert, men ikke i driften ....Hyggelig om kommunelegen kommer å lunsj, men vi vil ikke detaljstyres.* (Lege kommune 1)

Legen i kommune 1 begrunner behovet for lite innblanding og kontakt fra kommunen blant annet med at *«ting er på stell»*.

Legene gir også uttrykk for at de opplever å bli mer og mer styrt inn i et spor fra mange aktører, ikke bare kommunen. Det pekes på samhandlingsreformen, dokumentasjonsplikten, mye administrasjon osv. Dette er med å skape motstand mot at kommunen skal blande seg inn i deres fastlegevirksomhet. En av legene i kommune 1 peker på «det store svarteper-spillet» i norsk helsevesen; der aktører prøver å dytte ting ut av sitt eget budsjettområde og over i andres. Han viser til oppgaveoverføringen som har skjedd de siste årene, der oppgaver blir flyttet fra andre aktører og over til fastlegen.

Fastlegekorpset er bekymret for ikke å klare å fylle alle kravene som stilles. En lege i kommune 2 uttrykker uro for hva som vil skje dersom hun blir kikket i kortene og ikke har alt «på stell».

Mens legene i de andre kommunene ikke ønsker tett innblanding fra kommunen i driften av

kontoret, ser legene i kommune 4 annerledes på dette. De ser at nettopp alle kravene, gjør det ekstra nyttig for dem med støtte fra kommunen og peker på at tilliten som er bygd opp mellom kommuneoverlegen og fastlegene gjør at de vil oppleve det som en støtte og ikke som en kontroll.

*«Jeg er så fersk, ..det hadde vært en hjelp at kommunen sa noe om hvilke rammer og krav vi skal forholde oss til. Vi har brukt mye tid på å for oversikt over kravene som stilles til fastlegekontoret. Det er overveldende. Det hadde vært fint om kommunen hjalp oss med det. I studiet lærte vi ingenting om driften av kontoret. Vi tenker at kommunen kan være en god støtte spiller, men spesielt fordi vi har den gode dialogen vi har det fra før». (Lege kommune 4).*

Motstanden hos fastlegene mot innblanding fra kommunen oppleves som utfordrende for kommunene.

*«Det er litt av utfordringen her når vi snakker om ledelse av legetjenesten, så oppfatter en fastlege det som innblanding, og da er man allerede sånn litt på skeiva. Da møter vi hverandre ikke helt, og det er jo ikke det jeg tenker på når jeg snakker om ledelse av legetjenesten. Da handler det om å etablere dialog- at kommunen må få forståelse for hvordan hverdagen er ute på fastlegekontorene....og samtidig har jo også fastlegene viktig kompetanse og kunnskap om hvordan ting kan håndteres. ...det å få nyttiggjorte den kompetansen er veldig viktig ..» Kommuneoverlege kommune 1*

**Oppsummering:** Kommunene har lite ressurser til årlig dialog med den enkelte fastlege. Kommune 3 har positive erfaringer etter en runde med individuelle samtaler med legene og kommune 2 etter besøk ved alle legekantor. Legene er i utgangspunktet skeptiske til at kommunen skal blande seg inn i driften av kontoret og peker på at det ikke er rom for nye oppgaver og pålegg. Legene i kommune 4 ser det imidlertid som en fordel å få hjelp av kommunen til å klargjøre rammene for driften av legekantoret.

### **5.1.5 Avtaler og regelverk som rammer for ledelse**

Avtaler og regelverk skal danne en ramme for ledelsesdialogen mellom fastlegene og

kommunen. Rammene for ledelse av fastlegeordningen er fastlegeforskriften, rammeavtalen mellom KS og legeforeningen og den individuelle avtalen den enkelte fastlege har med kommunen. Legeforeningen hevder i sin rapport «*Pasientens primærhelsetjeneste må ledes*» (8) at «*kommunene i sum har minst like sterke styringsmidler*» for næringsdrivende leger med fastlegeavtale som hos fast ansatte fastleger. Videre heter det i rapporten at det er «*uttrykk for manglende kunnskap og vilje til bruk av ledelsesressurser samt manglende medisinskfaglig kompetanse*» som gjør at kommunene i liten grad leder næringsdrivende fastleger. I vårt materiale bekreftes dette til dels. Det er en viss usikkerhet både fra kommuneledelsen og fastlegenes side hvor langt inn i legens virksomhet kommunens ansvar strekker seg og hvilket mulighetsrom kommunene har til å lede fastlegene.

Kommune 2 er klare på at de etter fastlegeforskriften har ansvar for en fungerende fastlegeordning, mens den enkelte lege har et selvstendig ansvar for egen fagutøvelse.

Kommunen er bevist på hvor grensen mellom kommunens og fylkesmannen tilsynsansvar går. Virksomhetsleder i denne kommunen poengterer nettopp dette.

*«Så vi må være tydelige på hvor skillet går hen, på jussen her. Det er viktig for oss at holder oss på vår side av bordet, vi skal ikke trampe inn i deres praksis.» .. «Vi har brukt avtaleverk og forskrift til å finne ut av og forankre spørsmålene våre.( ved praksisbesøk). Vi spør også «Hvordan er det hos dere nå». Vi gir også tips underveis. Tidligere har vi ikke brukt forskriften like bevist som en styringsting».*

(Virksomhetsleder kommune 2)

Kommune 2 utviser allikevel i likhet med de andre kommunene, forsiktighet i dialogen og går gradvis frem. De tar opp forhold ved rammeavtalen og den individuelle avtalen i møter med fastlegekontorene. Dialog og veiledning brukes som virkemidler, der målet er å gjøre fastlegene bevist på hvilke krav som ligger der. Kommunene ønsker en dialog for å få til endring og det skal mye til før «*det rasles med sablene i forhold til hjemmel osv*»

Avtaleverket er ikke like godt kjent for alle kommunene, og hva som er kommunens ansvar i forhold til fastlegeordningen er ikke like tydelig for alle:

*«Akkurat i forhold til fastlegeordningen så har jo fastlegene medisinskfaglige ansvaret for sin egen virksomhet, også er jo kommuneoverlegen rådgiver. Men så har jo kommunen igjen noe slags tilsynsfunksjon kanskje eller. Det er et landskap her må vi*

*utforske underveis i tiden fremover». (Kommuneoverlege kommune 1)*

I kommune 3 er de usikre på hvordan avtaleverket kan brukes dersom fastlegekontoret har en praksis som ikke er i tråd med avtaleverket;

*«Når det går over til å ha ansvar for kvalitet i fastlegeordningen, og det skjønner ikke jeg at vi fullt ut kan ha, etterspør vi kvalitetssystemer. Men hvis noen svarer at nei, vi har ikke noe veldig godt system, så har vi ikke kommet så langt med hva gjør vi med det». (Kommuneoverlege kommune 3)*

Kommune 4 understreker at god dialog med fastlegene er viktig og når kommunen må sette foten ned, må dette gjøres med tillit og respekt.

Både legene og kommunerepresentantene peker på at avtaleinstituttet, med fastleger som har individuell avtale med kommunen og driver med privat næringsvirksomhet, fører til en distanse mellom disse fastlegene og fast ansatte i kommunen.

*«Den organisasjonsformen vi har valgt med bare privatpraktiserende leger, skaper større distanse.. modellen i seg selv genererer litt avstand.»*

(Kommuneoverlege kommune 1)

*«Vi er litt utenfor. Vi er selvstendig næringsdrivende og utfører enn tjeneste for kommunen. Jeg tror det hadde vært annerledes om jeg var fast ansatt. Mitt tankesett ville vært annerledes, mer kommunal. Jeg ville ikke gjort jobben annerledes, men når det er så mye annet enn pasienter vi driver med; vi har medarbeidersamtaler, driften av kontoret tar stor plass., det hadde tatt så mye mindre plass om vi var ansatt og det ville blitt en forskyvning vedr min tanke om hvor integrert jeg er».*

(Fastlege kommune 4)

Kommune 2 har også her et mer bevist forhold til avtaleverket og gir ikke det samme inntrykk av uklarhet, i tillegg prioriterer de tid til å følge opp sine ledelsesforpliktelser:

*«Vi bruker fastlegeavtalen (individuell avtale) aktiv i ledelsen av fastlegeordningen...*

*er bevisste på at det er den (individuell avtale) som regulerer samarbeidet mellom den enkelte fastlegen og oss som kommune, og det betyr at vi som kommune må sette av tilstrekkelige ressurser til at vi kan ha møter med de enkelte fastlegene, ofte nok og jevnlig nok.»*

(Virksomhetsleder kommune 2)

Kommune 2 er i ferd med å utarbeide en ny fastlegeavtale i samråd med legene i LSU, der de løfter kravene i fastlegeforskriften tydeligere og kommune 4 har allerede fått underskrevet nye avtaler.

**Oppsummering:** Kommunene bruker i varierende grad avtaleverket som rammer for ledelsesdialogen med fastlegene. I kommunene 2 har både legene og kommuneledelsen god kunnskap om regelverk og avtaler. Denne kommunen benytter avtaleverket i større grad i ledelsesdialogen enn de andre kommunene. Kommune 3 og til dels også kommune 1, uttrykker frustrasjon over uklart regelverk. Kommune 4 poengterer at det er viktig å ha bygd en god relasjon til fastlegene dersom det blir behov for å «sette foten ned» og fastslå legens plikter etter avtaleverket. Alle, både legene og kommunene, peker på at det faktisk at legene ikke er fast ansatt, men styres gjennom avtale med kommunen skaper distanse mellom fastlegene og kommunen.

## **5.1.6 Styringsinformasjon som ledelsesverktøy**

Legeforeningen fremhever i sin rapport «*pasientens primærhelsetjeneste må ledes*» (8) at «*mangel på kvalitet og aktivitetsdata, bremser fag og tjenesteutviklingen i fastlegetjenesten*». I rammeavtalen mellom KS og Dnlf (3) står det at «*kommunen kan kreve at legen avgir grunnlagsdata som er nødvendig for kommunens planlegging og administrasjon av helsetjenesten*». Det samme kravet finnes i § 29 i fastlegeforskriften men denne paragrafen er imidlertid ikke trådt i kraft ennå.

Ingen av kommunene som er intervjuet innhenter systematisk styringsinformasjon fra fastlegene. På spørsmål vedgår kommunene at de ikke vet om fastlegeordningen i deres kommune fungerer etter intensjonen. Ingen av de fire kommunene i vårt utvalg vet altså om de oppfyller sine forpliktelser om å ha en fungerende fastlegeordning til befolkningen. Flere av kommunene sier at ordningen fungerer hos dem og at legene styrer seg selv.

Lege i kommune 1 peker på at systemet som kommunen har i forhold til fastlegeordningen er

ekstremt tillitsbasert. Det er sårbart når det «*ikke fungerer et sted*» fordi man mangler systematisk rapportering eller oppfølging av fastlegene fra kommunens side.

Den informasjonen kommunene har om fastlegeordningen er fra innkomne klager og gjennom dialogen med fastlegene. Kommune 4 forteller at de mottar årsrapport fra den private fysioterapitjenesten, men at dette er ikke noe som kreves av legetjenesten.

Brukerundersøkelser blir nevnt som mulig styringsinformasjon, men kommunene uttrykker at det ikke er utarbeidet gode kvalitetsparametere for ordningen.

Kommunene forstår at deres plikt etter Forskrift om ledelse og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten, er å etterspørre om fastlegekontorene har et fungerende kvalitetssystem. Ingen av kommunene gjør dette systematisk.

*Jeg opplever jo gjennom den forskriften - nå har vi et ansvar her –Sånn sett er jo kommunens ansvar å sørge for at å sjekke ut: Har dere kål på dette, og minne om, evt veilede i den grad det er behov for det. ..vi har heller ikke en fleksibilitet i forhold til kunne å fange opp når ett legesenter får trøbbel. Og det er jo litt av problemet, vi har ensidig satset på private legesentra og at vi tar det for gitt at de klarer seg selv.*

(Virksomhetsleder i Kommune 1)

Kommune 2 bruker praksisbesøk til å innhente informasjon. De har laget en sjekklister med tematikk som de skal ha dialog om. Avtaleverk og forskrift er brukt for å finne tematikken og forankre spørsmålene. Men de har ikke noen rapporteringsordning mellom fastlegene og kommunen i forhold til hvordan det i praksis faktisk fungerer.

Fastlegenes holdning til rapportering varierer fra skepsis til å ha en viss forståelse for at kommunen trenger å kjenne til forhold ved deres praksis. Det er legene i kommune 2 som uttrykker størst forståelse for kommunens behov for å vite om fastlegekontoret opererer innenfor de avtalte rammene og at de har behov for informasjon for å kunne ivareta det overordnede.

*«Det at kommunen etterspør, bevisstgjør oss i forhold til det ansvaret vi har.. så kartlegger de hvorvidt det er en aktiv kvalitetsforbedring på det enkelte legekontor. Det tenker jeg jo er greit at de gjør, så har de god oversikt over det.» «Ja, det er jo en kontroll, men det tåler vi. Vi skal jo ha en gjennomslagskraftig virksomhet».*

(lege kommune 2)

Kommune 3 har også brukt praksisbesøk til å få mer informasjon om hvordan den enkelte fastlege har det. Legene i kommune 3 forteller om en viss uro, «*Paranoid beredskap*», i fastlegekorpset før dialogmøtene med kommunen, men at i etterkant av møtene var legene stort sett positive til møtet med kommunen.

I kommune 4 er det heller ingen systematisk rapportering fra fastlegekontoret til kommunen, men legene her sa at de ville sett på det som nyttig benchmarking. De savnet kjennskap til hvordan deres legekantor fungerer i forhold til andre og nevnte i hvilken grad deres pasienter bruker legevakten, som et eksempel.

Legene gir uttrykk for gjennom intervjuene at de er opptatt av å bli sett og har behov for å få gode tilbakemeldinger fra kommunen.

**Oppsummering:** Vårt materiale bekrefter at kommunene ikke systematisk innhenter styringsinformasjon om fastlegeordningen i sin kommune. Det synes som det er økende forståelse for at kommunene har nytten av slik informasjon hos legene i de kommunene (kommune 2 og 4) som i utgangspunktet har tette dialog med sine fastleger.

## **5.2 Hvilken rolle har kommuneoverlegens for ledelsen av fastlegene?**

Kaupang agenda (1) pekte på kommuneoverlegen som en viktig aktør i ledelsen av fastlegeordningen. Har kommuneoverlegene i våre informantkommuner den myndighet og tillit som skal til for å lede fastlegeordningen og sørge for at fastlegene er godt integrert i kommunehelsetjenesten?

Kommunene i vårt utvalg skiller mellom administrativ og medisinskfaglig ledelse. Den administrative ledelsen ligger i linjen og ledes av en virksomhetsleder/kommunalsjef som ikke er lege. Kommuneoverlegen har en rolle som medisinskfaglig leder/rådgiver.

Kommunene gir uttrykk for at ansvarsdelingen og rolleavklaringen mellom administrativ ledelse og den medisinskfaglige ledelse, til tider er uklar. Kommunens administrative ledelse synes å ha ansvar for rene administrative forhold som rekruttering, finansiering, underskrive



avtaler osv og har lite direkte samarbeidsrelasjoner med fastlegene. Dette gjelder for alle kommunene vi har intervjuet, mens samarbeidsrelasjonen med fastlegene overlates til kommuneoverlegen.

Kommuneoverlegen oppfattes av fastlegene og til del også av kommuneadministrasjonen som den som leder fastlegeordningen.

*«Det er kommuneoverlegen som leder fastlegene. I alle praktiske forhold, kommunelegen er vår nærmeste leder.» (Fastlege kommune 4)*

Kommunelegene har imidlertid ikke linjeansvar og sitter som oftest ikke i kommunens lederfora. Ledelsen av fastlegeordningen blir derfor ikke integrert og samkjørt med ledelsen av de andre kommunale tjenestene og forsterker problemet med at fastlegeordningen er «på siden av» den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette gjør også at fastlegene, til tross for de de har en viktig rolle i kommunehelsetjenesten, ikke har en stemme inn i kommunens ledelse og dermed kan deres perspektiv bli uteglemt når saker behandles.

*«Jeg kunne ønske meg inn i ledermøtene for å ivareta tjenestene på en mer helhetlig måte, det hadde vært nyttig å få mer oversikt over sakene og være en god oversetter. Veldig mye gjelder fastlegene og jeg ønsker å bruke min medisinskfaglige rådgivning inn i beslutningsprosessene». (Kommunelege kommune 4)*

Alle kommunene poengterer viktigheten av medisinskfaglig kompetanse i ledelsen av fastlegene, dette er kommuneledelsen og fastlegene enige om. Fastlegene er tydelig på at de ikke kan ha en leder som ikke kjenner deres virksomhet godt og som ikke har medisinskfaglig kompetanse. Det at kommuneoverlegen tidligere har vært fastlege fremheves som et suksesskriterium av fastlegene i kommune 4.

Det synes som om fastlegens forhold til kommuneoverlegen er viktig for om fastlegene ønsker ledelse fra kommunen. Legene i kommunene 1, 3 og 4 påpeker at de har et godt forhold til kommuneoverlegen. I kommune 2 fremhever de som positivt at kommuneoverlegen er tilgjengelig for rådgivning.

*«Jeg har god dialog med spesielt med kommuneoverlegen som forstår oss fastleger*

*godt, så det har ikke vært så stort savn at jeg ikke har snakket med kommunen.»*  
(Lege kommune 1)

*«Vi er på samme lag .. det er lav terskel for å ta kontakt.»*  
(lege i kommune 4 om kommuneoverlegen)

Virksomhetsleder i kommune 1 anerkjenner i løpet av intervjuet, betydningen av i større grad å ansette medisinskfaglig kompetanse i ledelseslinja som en forutsetning for å øke samarbeidet med fastlegene.

*«Skal vi bli gode samarbeidspartnere i kommunen, må vi også stille med kompetanse som matcher da, for å si det sånn.»* (Virksomhetsleder kommune 1)

Kommuneoverlegen i samme kommune (kommune 1) understreker det samme.

*«Et tiltak i forhold til det å bedre samhandlingen tror jeg helt åpenbart er –etter hvert som utfordringene blir bare større og større også den faglige kompleksiteten- så er det en oppvåkning i den kommunale organisasjonen å styrke seg. Jeg tror det er ganske viktig bit at kommunen selv må styrke sin medisinskfaglige kompetanse, også på ledersida.»* (kommuneoverlege kommune 1)

**Oppsummering:** Fastlegene i alle fire kommunene ser på kommuneoverlegen som leder av fastlegeordningen, dette til tross for at ingen av kommuneoverlegene har et tydelig definert lederansvar. Kommuneoverlegens medisinske kompetanse og kjennskap til fastlegeordningen fremheves og skaper tillit mellom kommunen og fastlegene. Det at kommuneoverlegen ikke sitter i kommunens ledergruppe, er med på å hindre bedre integrering av fastlegene i kommunehelsetjenesten.

## **5.3 Hvordan arbeider kommunene for at fastlegene skal bli bedre integrert i de øvrige helse- og omsorgstjenestene?**

Som beskrevet i bakgrunnskapittelet, har det vært en nasjonal føring over flere år at fastlegene skal integreres tettere med de øvrige kommunale helsetjenestene. Tidligere i dette kapittelet har vi omtalt det faktum at fastlegene ikke er ansatt i kommunen og at kommunelegen ikke sitter i kommunens lederfora, gjør det vanskeligere å integrere fastlegene. Fastlegene har en nøkkelrolle i en velfungerende kommunehelsetjeneste og kommunene ser på legene som en betydelig kompetanseressurs.

### **5.3.1 Ikke tradisjon for samhandling**

Alle våre informantkommuner forteller at det tidligere har vært manglende samarbeid mellom leger og kommuner. Legene har ofte ikke blitt invitert til å delta i viktige utviklingsprosesser i kommunen og heller ikke fått betalt for eventuell deltagelse.

*«Hovedproblemet tradisjonelt er at kommunen ikke inviterte fastlegene med på denne slags arbeid og at fastlegene ikke var interessert i å gjøre det gratis». (fastlege kommune 1)*

Dette har bedret seg de siste årene og alle kommuner i vårt materiale har inngått avtaler med fastlegene på overordnet nivå om avlønning og tidsbruk. Legene honoreres for arbeid for kommunen som ikke dekkes av normaltariiffen. Det betyr at når legene involveres ut over den pasientrettede aktiviteten, er dette en utgiftspost for kommunene.

### **5.3.2 Mangler egnede samhandlingsfora.**

Både legene og kommunerepresentantene mener imidlertid at det fortsatt er en vei å gå før involvering av fastlegene i ulike prosesser i kommunen er selvsagt. Selv om det er enighet om at det er viktig å få etablert samarbeid mellom fastlegene og de øvrige kommunale tjenestene, er ikke dette satt i system. Kontakten med fastlegene er ofte rettet mot den enkelte fastlege på bakgrunn av enkelt hendelser og pasientrettede enkeltsaker.

Kommuneoverlegen i kommune 4 peker på det at hun ikke sitter i kommunens lederfora, som en av årsakene til dette. De andre kommunale tjenestene har ingen etablerte dialogarenaer

med fastlegene enn den som går gjennom kommuneoverlegen og LSU. Kommuneoverlegen i kommune 1 peker på at kommunen har manglet de formelle møtearenaene og at dette har ført til at fastlegene som fagmiljø ikke har blitt involvert i ulike prosesser. Kommunens ansatte tenker ikke automatisk at det er naturlig å ha med fastlegene. Han viser til et eksempel med utvikling av retningslinjer i kommunen for pleie- og omsorgsmeldinger (PLO meldinger). Fastlegene ble ikke invitert inn i prosessen til tross for at fastlegene har mange utfordringer med PLO meldinger i sin hverdag og vil ha gode innspill til hvordan et slikt kommunikasjonsverktøy kan bli brukt hensiktsmessig.

Flere av kommunene kommer med eksempler på at utredninger og avgjørelser som berører fastlegene og deres hverdag der beslutninger er tatt uten råd eller konsekvensutredning fra verken kommuneoverlege eller samarbeidsutvalg. Kommune 1 fortalte om et kommunestyrevedtak der en oppgave (sårstell) ble vedtatt flyttet fra hjemmesykepleien til fastlegene. Vedtaket ble gjort av økonomiske årsaker og legene var ikke hørt i saken. Legene i kommune 3 tydeliggjør med sin kommentar at de nesten ble glemt når det skulle lages en plan for legetjenesten i kommunen.

*«Jeg og en annen fastlege var med å utarbeide legeplanen for kommunen og det ville jo vært helt merkelig hvis ikke legene i kommunen hadde vært med på å utarbeide planen for leger i kommunen» (Fastlege kommune 3)*

Kommentar fra annen tilstedeværende lege:

*«Men det var bare på nippet.....»*  
(Fastlege kommune 3)

Kommune 4 har etablert en arena for samhandling mellom fastlegene og kommunen gjennom å arrangere smågruppevirksomhet. Her inviteres andre aktører i kommunen inn for å utvikle samarbeidet med fastlegene.

Kommunene 2 synes å ha kommet lengst i arbeidet med å integrere legene på systemnivå. De har invitert fastlegene inn i arbeidsgrupper og til samarbeidsmøter med andre tjenester som hjemmesykepleien eller helsestasjonene.

*«Det er kjempekonstruktivt at de blir involvert, og da kommer kompetansen på banen, engasjement og interesse hvis de blir involvert.» Virksomhetsleder kommune 2*

*«Forventningsavklaring er kanskje det viktigste som skjer i arbeidsgruppene, og så er det å få opp rutiner for hvordan samarbeidet kan foregå..» (kommuneoverlege kommune 2)*

God informasjon om og kjennskap til ulike tjenester i kommunen er et viktig grunnlag for samhandling og inkludering. Kommunene har plikt til å informere fastlegene om forhold som angår deres praksis. For å kunne nå legene med informasjon, har kommune 3 laget fastlegesider på kommunens hjemmesider. Dette for at fastlegene skal finne informasjon om kommunens ulike tilbud, nødvendige skjemaer og nyttig informasjon.

### **5.3.3 Travle fastleger**

Kommunene arbeider med å finne samarbeidsmåter som tar hensyn til legenes travle hverdag, men til tross for dette påpeker legene at det fortsatt er vanskelig å delta, selv om forholdene er lagt til rette fra kommunens side.

*«Hvis vi hadde hatt masse tid til overs, skulle vi gjerne vært med, ikke sant, i planarbeid og sitte i komiteer osv. Men hverdagen er så heavy som fastlege at: gløm det (Fastlege kommune 1)*

En av legene uttaler det slik:

*«Det er jo en balansegang. Vi er jo ikke med på hele prosessen og det ønsker vi egentlig heller ikke..... så må det nok være sånn at vi kommer inn med jevne mellomrom, og kunne komme med noen justeringer underveis, i stedet for å bare få det presentert på slutten da.» (fastlege kommune 2)*

Kommune 2 fortalte at etter at de utarbeidet plan for sin legetjeneste, er det blitt enklere å rekruttere fastleger til ulike arbeidsgrupper. De mener at det har skjedd noe i prosessen med utarbeidelse av planen og med implementeringen av denne. Fastlegene beskriver dette som *«følelsen av å være delaktig»*. I forbindelse med legeplanarbeidet har deltagelsen i ALU økt, det er et ønske om i fellesskap å få til noe sammen med kommunen.

### 5.3.4 Oppmerksomhet ved jubileer og julebord

Vi spurte alle fire kommunene om fastlegene får en oppmerksomhet for eksempel en blomst for eksempel ved 50års- / 60 års dager eller når de går av med pensjon og om fastlegene blir invitert på kommunens julebord. Spørsmålet ble møtt med uro og fnising rundt bordet, deretter litt hektisk ordveksling. Ingen av kommunene har tradisjon for systematisk å inkludere fastlegene i sosiale aktiviteter eller å gi dem oppmerksomheter ved større anledninger. Når det av og til blir gjort, er det tilfeldigheter som spiller inn.

**Oppsummering:** Det synes som om kommunene i de senere årene har blitt mer bevisst på å integrere fastlegene, men kommunene peker på mangel på formelle møtearenaer som et hinder. Kommune 4 arrangerer smågruppe for sine fastleger og bruker denne arenaen til å få et tettere samarbeid mellom fastlegene og de øvrige tjenester i kommunen. Kommune 2 peker på plan for legetjenesten som et godt verktøy for å bedre samarbeidet mellom fastlegene og resten av kommunen. Legene på sin side, sier at høy arbeidsbelastning reduserer deres mulighet til å delta i samarbeidsarenaer med kommunen. I hvilken grad kostnadene ved å involvere fastlegene er et hinder, får vi ikke frem i vårt materiale.

## 5.4 Hva gjør at fastlegene lar seg lede?

Kaupang Agenda konkluderte i sin rapport (1) at *«det er mulig å styre og lede legetjenesten, men det handler til en viss grad om at legene vil la seg lede»*. Legene i våre kommuner lar seg i ulik grad lede av kommunen, men som vi har beskrevet integrerer og leder kommunene fastlegene også forskjellig. Hva er det som gjør at fastlegene i våre kommuner lar seg lede? Til tross for at legene i flere av kommunene initialt uttrykker at de ikke ønsker kommunens innblanding i driften av kontoret, uttrykker legene i alle kommuner, når de har reflektert rundt problemstillingene i intervjusituasjonen, at det vil være en fordel med tettere ledelse av fastlegeordningen. De ser behovet for en ramme for driften av legekantorene. Kompleksiteten i primærhelsetjenesten øker og det er mange fasetter som skal ivaretas, dette gir behov for ledelse på et overordnet nivå.

*«Kanskje er det slik at vi bør møtes noe mere nå som det skjer så mye med press på fastlegene» (Lege kommune 1)*

#### **5.4.1 Kompetanse og tillit, kommuneoverlegen er viktig**

Legene i alle kommunene fremhever kommuneoverlegen som viktig i samarbeidet mellom fastlegene og kommunen. Legene uttrykker at medisinskfagligkompetanse og at kommuneoverlegen kjenner fastlegens arbeidshverdag som viktige faktorer. Kommuneoverlegene synes å ha tillit i fastlegegruppen. Tillit er en viktig faktor for at fastlegene skal la seg lede.

*Det er en veldig fordel at kommuneoverlegen har vært fastlege før i mange år. Det er fint for fastlegene, hun forsvarer fastlegene. Det er brobyggende, kommuneoverlegen skjønner hvordan fastlegene har det. (lege kommune 4)*

#### **5.4.2 Respekt for legenes selvstendige faglige ansvar.**

Legene uttrykker tydelig at de ikke ønsker innblanding fra kommunen i egen praksis. «overfor pasientene trenger vi ingen innblanding fra kommunen» (lege kommune 1). Men de ønsker at rammene for driften skal være definerte. God kunnskap om avtaleverk og reguleringer og respekt for grensen opp mot fastlegenes selvstendige faglige ansvar, viser vårt materiale er en forutsetning for god ledelse av fastlegeordningen.

#### **5.4.3 Til nytte for egen del og for ordningen.**

Legene opplever å stå litt alene i en travel hverdag og ønsker støtte fra kommunen på områder som kan gjøre fastlegehverdagen enklere. Det å kunne ringe kommunelegen og be om råd fremheves som viktig (Lege kommune 2 og kommune 4) Fastlegene ønsker også hjelp til oppgaver som ikke har med medisin å gjøre, som kan håndteres på andre arenaer enn fastlegekontoret, som for eksempel å få mer bistand når det gjelder rekruttering, å skaffe vikar ved egen sykdom eller fravær av annen årsak.

*«Man blir jo veldig alene med alle de tingene i forhold til sykdom og alt det når alt vi må fikse selv Det hadde vært en fordel om kommunen var mer involvert tenker jeg.» (Lege i kommune 3)*

Legene ønsker også at kommunen skal ta et større grep om oppgaver som kommunen og

fastlegene har felles. Legene i kommune 2 og 3 nevner begge at nye oppgaver som overføres til kommunen fra spesialisthelsetjenesten og rutiner rundt utskrivningsklare pasienter, som eksempel på hva de ønsker at kommunen og fastlegene skal arbeide mer sammen om og der de ønsker at kommunen skal være et tydeligere talerør for fastlegene.

Legevakt er et annet område der fastleger ønsker at kommunen skal ta en tydelig ledelse.

Legene sier også at dersom de skal delta i tjenesteutvikling i regi av kommunen, må de få reel innflytelse og ikke bare involveres etter at de fleste avgjørelser er tatt.

#### **5.4.4 Gode arenaer for samhandling**

Eksempel fra kommune 4 viser at legene møter opp i ALU når de opplever at dette er nyttig og at de har noe igjen for å møte. Kommune 3 har fått et økende oppmøte i ALU etter at legene har tatt større ansvar for møtet, mens kommune 2 har sett at plan for legetjenester, involvering av legene i utvikling av tjenestene og større press på fastlegeordningen utenfra har ført til større engasjement hos fastlegene. Leger i kommune 2 forteller at arbeidet med å utarbeide en plan for legetjenesten har skapt en dugnadsånd og engasjement blant legene og at planarbeidet har gjort at de lettere ser seg som en del av hele kommunehelsetjenesten.

Alle legene i vårt materiale forteller at det tidligere ikke systematisk har blitt involvert i ulike prosesser. De har ofte kommet for seint inn i arbeidet eller kun blitt informert, ikke involvert. Legene er vant til å styre seg selv og sin egen praksis, og manglende integrering i øvrig tjenester i kommunen gjør at de ikke i nødvendigvis ser seg selv som en del av helheten.

#### **5.4.5 Travle leger hindrer ledelse**

Premissene for fastlegeordningen er i stor grad statlig styrt. Når fastlegeordningen er «*på strekk*» og «*fastlegebøtta er full*» vil dette også påvirke samarbeidet med kommunen. Stort arbeidspress gjør at det er vanskeligere for fastlegene å engasjere seg ut over egen praksis. Legene uttrykker også bekymring for ikke å makte å møte alle kravene som settes til dem. Flere av legene i kommune 4 vil gjerne være fast ansatt med fast lønn, slik at de kan konsentrere seg mer om pasientrettete oppgaver fremfor oppgaver rundt drift av kontoret. De peker på at det er så mange krav til driften av praksisen. Ingen av de andre legene vi har intervjuet har uttrykt det samme, men de er heller ikke spurt om dette under intervjuet.

**Oppsummering:** Tillit og kompetanse er avgjørende for ledelse av fastlegeordningen og



kommuneoverlegen er en viktig brobygger. Det er flere eksempler i materialet på hvordan kommuner kan engasjere fastleger. Kommunene forholder seg ulikt til fastlegeordningen, dette påvirker fastlegenes holdninger til kommunen. Det ser ut til at kommunen kan påvirke i hvilken grad fastlegene lar seg lede.

## 6 Resultatkapittel 2

I dette resultatkapittelet har vi i tabellform laget to fiktive kommuner for å illustrere variasjonen vi finner mellom kommunenes måte å lede fastlegeordningen. Den ene kommunen tillegges de gode eksemplene vi finner i vårt materiale på kommunenes ledelse og integrering av fastlegeordningen. Den andre kommunen tillegges egenskaper som hindrer ledelse og integrering av fastlegene. Deretter vil vi drøfte i hvilken grad de fire kommunene i vårt materiale plasserer seg i dette kontinuumet.

*Der det åpenbart er en motsats til eksempler fra vårt materiale, vil denne størrelsen angis som empiriske data og skrives i kursiv.*

MINST<----->MEST  
**INTEGRERT** **INTEGRERT**  
**KOMMUNE** **KOMMUNE**

<b>Hvordan utøver kommunen sitt ledelsesansvar for fastlegeordningen?</b>		
• Ikke avsatt nok tid eller definert personer	❖ <b>Ledelse-ressurs</b>	• <i>Avsatt nok tid og personer</i>
• Nei	❖ <b>Linjeleder representert i LSU?</b>	• Ja
• Minimumsantall pr år	❖ <b>LSU-møter- antall</b>	• Ved behov (utover minimumsantall)
• Kun til utvalget selv	❖ <b>Referat fra LSU</b>	• Til fastlegene og utvalget selv
• <i>Råd eller diskusjoner ikke tilgjengelig for noen pga manglende referat eller ingen som rapporterer fra møtene</i>	❖ <b>LSU som rådgivningsorgan?</b>	• Ja. Legenes stemmer høres inn i kommuneledelsen
• Nei	❖ <b>Møtepunkt med fastlegene utover administrative oppgaver?</b>	• Medarbeidersamtaler • Praksisbesøk • Dialogmøter
• Nei	❖ <b>Tilbakemeldinger om legenes praksis?</b>	• Ja, gir tilbakemeldinger og gir råd ved behov
• Nei	❖ <b>Etterspør systematisk kvalitetsarbeid?</b>	• Ja
• Nei	❖ <b>Innhenter rapporter/styringsinformasjon</b>	• <i>Ja, bruker informasjonen til å planlegge og utvikle tjenesten</i>
• Nei • Ja, men følger den ikke	❖ <b>Har plan for legetjenesten?</b>	• Ja, og følger den. • Legene er aktivt med i utvikling og oppfølging

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Har liten tro muligheten om ikke legene selv ønsker det</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Har tro på at ledelse og styring av legene er mulig?</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja, og ser at det er mulig gjennom samarbeid og tillit</li> <li>• Kan styre med avtaleverket om nødvendig</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Brukes standard Individuell avtale?</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Har utarbeidet nye lokalt tilpassede individuell avtaler sammen med legene</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nei</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Er aktiv i forhold til oppgaveoverføring til fastlegene</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Sørger for at oppgaveoverføring fra andre tjenester/etater er avtalt og ikke skjer uten prosesser sammen med legene</i></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nei</li> <li>• Eller bare tilfeldig</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Gir oppmerksomhet ved åremålsdager</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Ja</i></li> </ul>
<b>Hvilken rolle har kommuneoverlegen i ledelsen av fastlegene</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nei</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Har lederansvar for fastlegene</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Ja</i></li> <li>• Ja, men uformelt og uten linjeansvar</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lite, utover å være tilrettelegger for LSU</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Har etablert kontakt til fastlegene?</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tilrettelegger i LSU</li> <li>• Fungerer som faglig <ul style="list-style-type: none"> <li>○ tillitsperson og rådgiver</li> </ul> </li> <li>• Deltar i <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dialogmøter</li> <li>○ Praksisbesøk</li> <li>○ Medarbeidersamtaler</li> </ul> </li> <li>• Er initiativtaker til ulike <ul style="list-style-type: none"> <li>○ samarbeidsformer med legen; for eksempel faglige møter</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nei</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Har fast sete i kommunens lederfora?</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja, og kan med det være fungerende talsperson mellom kommunen og fastlegene</li> </ul>
<b>Hvordan arbeider kommunene for at fastlegene skal bli bedre integrert i de øvrige helse- og omsorgstjenestene?</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Har lite system på</li> <li>• informasjonsutveksling</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Informasjon</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sørger for nødvendig informasjon til legene om <ul style="list-style-type: none"> <li>○ kommunens tilbud,</li> <li>○ nyheter i kommunen</li> <li>○ forventinger til engasjement</li> <li>○ eksterne forhold som påvirker legene</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Kun gjennom fastlege-representanter i LSU</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ <b>Arenaer for informasjonsutveksling</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Via fastlegerepresentanter i LSU</li> <li>• Tilbyr kommunal representasjon på ALU</li> <li>• <i>Informasjonsbrev/referater</i></li> <li>• Nettsider</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Nei</i></li> <li>• Nei, glemmer å involvere</li> </ul>	❖ <b>Inkludering/ involvering i prosesser</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Ja systematisk involvering</i></li> <li>• Ja, men ikke systematisk</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Ikke avklart</i></li> </ul>	❖ <b>Honorering for deltagelse i utviklingsarbeid</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nei, lite kontakt med administrasjonen</li> </ul>	❖ <b>Har talsperson inn i kommunens lederarenaer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja, kommuneoverlegen og linjeleder som er i regelmessig kontakt med fastlegene kan ivareta deres perspektiv</li> </ul>
<b>Hva gjør at legene lar seg lede?</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lavt</li> <li>• Ingen fraværsregistrering</li> <li>• Ingen oppfølging av fravær</li> </ul>	❖ <b>Oppmøte i ALU</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Høyt oppmøte</li> <li>• Fraværsregistrering</li> <li>• Kommunen følger opp ved fravær</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Uengasjerte</i></li> <li>• ALU med lavt oppmøte gir ikke nødvendigvis representative råd</li> </ul>	❖ <b>Legerepresentantene i LSU</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Engasjerte</li> <li>• Bruker ALU (med høyt oppmøte) som rådgivingsorgan</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sporadisk kontakt</li> <li>• <i>Kommunens ledelse respekterer ikke legens autonomi</i></li> <li>• <i>Skaper dårlig tillit og redde leger ved utidig innblanding</i></li> <li>• <i>Utøver mye kontrollfunksjon</i></li> </ul>	❖ <b>Ledelsen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Synlig ledelse</li> <li>• Kommunen er positivt engasjert, viser forståelse og bidrar inn med råd om lov, forskrift og avtaleverk mv</li> <li>• Bidrar til at legene utvikler egen praksis</li> <li>• Bidrar til utvikling av samarbeid med de øvrige tjenestene</li> <li>• Respekterer legens selvstendige faglige ansvar og skaper tillit</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Lite tilgjengelig</i></li> </ul>	❖ <b>Kommuneoverlegen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Er synlig og tilgjengelig</li> <li>• Representerer medisinskfaglig kompetanse</li> <li>• Fungerer som rådgiver og informasjons-utveksler</li> </ul>
<p>Kommunen klarer IKKE;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Å motivere legene til utviklingsarbeid</li> <li>○ Å tilpasse arbeidet til legens arbeidssituasjon</li> <li>○ Å sørge for nok legekapasitet for utviklingsarbeid (eks legemangel)</li> <li>○ Å ha honorering på plass</li> </ul>	❖ <b>Involvering</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kommunen <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ønsker legens kompetanse inn i utvikling av kommunens helse- og omsorgstjenester</li> <li>○ Tilpasser deltagelsen til legenes arbeidssituasjon</li> <li>○ <i>Sørger for å ha nok legekapasitetet</i></li> <li>○ Har avtalt honorering</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Deltagelse gir ingen synlig endring i rutiner/samarbeid</i></li> </ul>	❖ <b>Meningsfull deltagelse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deltagelse gir positive resultater for rutiner/samarbeid</li> <li>• Opplevelse av å ha betydning</li> </ul>

Tabell 3

## Hvor er så de ulike kommunene på denne linja?

Minst <-----3-----1-----2og 4-----> Mest  
Integrert Integrert

### Figur 2

Vi rangerer kommune 3 som minst integrert hovedsakelig fordi det ikke er noen i ledelseslinja som møter fastlegene. Kommuneoverlegen gjør en solid jobb, spesielt på informasjonssiden. Det er avsatt få ressurser til ledelse, og linjeleder sitter ikke i LSU. Det er mye usikkerhet her i forhold til ledelse, avtaleverk, sanksjoner etc. Det er lavt oppmøte i ALU blant legene, og vi får inntrykk av at det er vanskelig å få rekruttert leger til utvikling- og forbedringsarbeid i forhold til samarbeid i kommunen.

Kommune 1 har relativt nyansatt kommuneoverlege og det er mye som ikke er på plass, som samarbeid og involvering. Men de har tanker om hvordan få til ledelse bedre.

Kommuneoverlegen er engasjert og ser mye av problemene. Fastlegene er fortsatt umodne i å betrakte kommunen som en god samarbeidspartner og er redd for innblanding i egen praksis, men kommunen møter dem med velvilje og forståelse og ønsker øket dialog og samarbeid.

Kommune 2 og 4 er vanskelig å skille og plasseres likt selv om de har veldig forskjellig tilnærming til fastlegene.

Kommune 2 har god kunnskap om avtaleverket. De er også opptatt av kontakt og dialog, men begrunner mye av det de gjør rundt avtaleverket. De har som mål å ha regelmessige individuelle møter med fastlegene. Legene er positive til at kommunen bringer inn tema som kan være med på å påvirke legenes arbeid i egen praksis. På samme måte er de positive til å være med i utviklingen av samarbeid med kommunens tjenester. De har fått til gode samarbeidsarenaer gjennom ALU og fått til øket deltagelse i utvikling av og samarbeid om kommunale tjenester, spesielt etter at de utarbeidet en plan for legetjenesten.

I kommune 4, som er en mindre kommune, er kommuneoverlegen opptatt av å ha en god relasjon til fastlegene bygget på tillit og respekt. Dette gjør det enklere å løse eventuelle problemer som oppstår. Kommunen har gode dialogarenaer med fastlegene og samarbeidsarenaer mellom fastlegene og andre kommunale tjenester er etablert. Her er det hyppig kontakt med alle legene og kommuneoverlegen, og de som ikke møter i ALU og

smågruppe følges opp.

Legenes opplevelse av kommunens ledelse synes å utvikle seg i takt med at kommunene utvikler sin ledelse og tar et større ledelsesansvar.

Legene i kommune 1 og 3 har større skepsis til «innblanding» fra kommunen enn legene i kommune 2 og 4. I kommune 2 og 4 ser vi en høyere prioritering av ledelse av fastlegene fra kommunens side. I disse kommunene møter flere leger på ALU, og det synes som om det er lettere å rekruttere leger i kommune 2 og 4 til ulike samhandlingsarenaer med kommunen. Skepsisen til ledelsen er i stor grad borte i disse kommunene og legene i kommune 4 uttrykker i tillegg at de har en gevinst ved sin kontakt med kommunens ledelse

De forskjellene i reaksjon vi ser på ledelse i våre 4 kommuner, drøfter vi videre i neste kapittel og knytter disse opp mot aktuelle ledelsesteorier.

# 7 Diskusjon og begrensninger

## 7.1 Innledning

Vi vil først i dette kapittelet se på hvilken ledelse kommunene tar gjennom Mintzbergs 10 lederroller. Vi har også beskrevet flere teorier på hva som fremmer trivsel og motiverer til en ekstra innsats i kapittelet om ledelse. Med bakgrunn i disse teoriene vil vi deretter se på hvilke faktorer som kan være med å skape det nødvendige engasjementet hos legene ut over legens egen fastlegepraksis. Vi kommer ikke til å belyse legenes forhold til egen fastlegepraksis, da det ikke er en del av vår oppgave. Til slutt vil vi beskrive begrensninger og svakheter ved vår undersøkelse.

## 7.2 Hvilke lederroller inntar kommunen av Mintzberg 10 lederroller?

Som omtalt i bakgrunns-kapitlet har Henry Mintzberg identifisert ti roller som en leder skal ivareta. Mintzberg hevder at rollene er felles for alle ledere, uavhengig av område eller nivå. De ti rollene henger sammen. Dersom en av rollene fjernes vil ikke organisasjonen fungere og produktiviteten reduseres. Dersom rollene skal deles på flere, må de som skal utøve rollene fungere som en enhet, hvor den største utfordringen er utveksling av informasjon..

Selv om fastleger med kommunal avtale om å levere fastlegetjenester, ikke er i et vanlig ansettelsesforhold, ønsker vi å se på kommunens ledelse av fastlegeordningen i relasjon til Mintzbergs ti roller for lederskap. Dette for å ha en beskrivelse av lederskap å sammenlikne med.

De forskjellige lederroller er kategorisert under tre overordnede kategorier; den relasjonelle lederrollen, den informative og den beslutningstagende. Disse er nøyere beskrevet i kapittel 3 i rapporten.

### 7.2.1 Den relasjonelle lederrollen

**Personalledelse.** Ledere utøver personalledelse blant annet ved at de tar ansvar for ansettelse, utbetalinger, opplæring og motivasjon av sine medarbeidere.

I fastlegeordningen ser vi at den formelle lederen tar ansvar for utbetalinger av basistilskudd, ansettelse, underskriving av avtaler osv. Ledelsen tar mindre ansvar for den relasjonelle delen av kontakten, og overlater denne i stor grad til kommuneoverlegen. Kommuneoverlegen i vårt materiale er ikke linjeleder for fastlegene og har ofte ikke sete i kommunens lederfora. I vårt materiale finner vi at dette kan føre til uklar fordeling av roller og ansvar. For å ivareta legene som medarbeidere, og kommunens behov for informasjon, har noen av kommunene vi har intervjuet startet opp med (eller planlagt) medarbeidersamtaler med fastlegene. Det ser ut som at mer kontakt mellom ledelsen og legene, gir øket trygghet hos fastlegene og bedre dialog mellom kommunen og fastlegene. Kommunene uttrykker imidlertid at det er avsatt for lite ressurser til dette. Det er i vårt materiale stort lederspenn med opptil 60 leger i lederens portefølje. Dersom man sammenlikner med lederspennet i helse- og omsorgssektoren, så finner man gjerne en fulltidsleder der det er mer enn 15-20 ansatte(1).

Personalledelse innebærer å legge til rette for at de ansatte klarer å gjøre jobben sin. Dette innebærer for eksempel tiltak ved fravær fra praksis. Etter rammeavtalen har ikke kommunen ansvar for å skaffe vikar ved ordinært fravær som kurs, ferier og kortere sykefravær. Legene i vårt materiale ønsker at kommunen tar et større ansvar ved sykdom og fravær.

Når det gjelder opplæring har ledelsen et ansvar for å sørge for at fastlegeordningen er forsvarlig og at kontoret har et system for kvalitetsforbedring. Dette er oppgaver som kommunene i vårt materiale ikke hadde et tydelig forhold til.

Fastlegene har etter helsepersonell-loven, et selvstendig faglig ansvar for den medisinske behandlingen. Daglig drift av legekantoret er fastlegens ansvarsområde. Noen av legene vi har intervjuet synes at de bruker for mye tid på dette og ønsker et fast ansettelsesforhold.

**Kontaktsskaper.** Kommunen har plikt etter fastlegeforskriften å legge til rette for at fastlegene kan samarbeide med andre kommunale tjenester. Det beskrevet i kapittel 2.3 Status for fastlegeordningen- en brytningstid, om stadige utfordringer på dette området. Fastlegene er lite på arenaer der samhandling med andre aktører finner sted. For alle kommunene ser vi at det handler mye om manglende dialog mellom ledelsen, legene og andre tjenesteaktører. Et presset fastlegekorps med knappe tidsressurser, er hos flere en forsterkende faktor for manglende kontakt. ALU- møtet er en mulig dialogarena, men avtaleverket gir ingen rammer for det, utover at fastlegene selv kan invitere samarbeidspartnere inn.

Kommunens rolle som kontaktskaper mellom fastlegene og deres samarbeidsaktører utenfor



kommunen, som helseforetakene, er ikke tydelig definert. Det er samarbeidsavtaler som regulerer kommunenes samarbeid med Helseforetakene. I flere av regionene er ikke fastlegeordningen omtalt i samarbeidsavtalene selv om flere av dem berører fastleges arbeid. Som eksempel kan vi vise til Oslo kommunes forvaltningsrevisjon av samhandlingsreformens utskrivning og reinnleggelse av pasienter, 2015(36). I rapporten er ikke legetjenestene nevnt.

**Gallionsfigur.** Vårt materiale viser at kommunen sjelden tar rollen som gallionsfigur for fastlegene. Fastleger med bistillinger i helse- og omsorgssektoren blir glemt når avdelingen inviterer til julebord. Fastleger blir sjelden vist oppmerksomhet ved runde dager eller etter lang og tro tjeneste, slik andre ansatte i kommunen blir. Bedre integrering av fastlegene i kommunens tjenester er ønsket, og kan trolig med fordel også gjøres for festdager.

## 7.2.2 Informasjonsrollen

**Overvåker.** Ledelsen har behov for å vite hva som skjer eller hva som mangler i de kommunale tjenester for å ha et fundament for beslutninger. Ett av kommunens ansvarsområder er å sørge for at befolkningen får de fastlegetjenestene de har behov for, for eksempel om det er nok ledig listekapasitet. Kommunen kan be om at fastlegene oppgir grunnlagsdata som er nødvendig for å få informasjon om legesituasjonen i kommunen, og kan sammen med legene finne ut hvilke data som er hensiktsmessige å avgi for oversikt og planlegging og legetjenesten i kommunen. Som vist i vårt materiale har ingen av kommunene system for å innhente styringsinformasjon om fastlegeordningen eller kunnskap om den enkelte fastleges arbeidshverdag. Vi tror dette er en kombinasjon av at det fra nasjonalt hold ikke er tatt stilling til hvilke opplysninger som er nyttige for planlegging og ledelse av fastlegeordningen og hvordan disse dataene skal innhentes.

**Informasjonsspreder/ Videreformidler;** Kommunens plikt til å videreformidle informasjon er omtalt i Fastlegeforskriften § 6 «*Kommunen skal sørge for at innbyggerne i kommunen gis nødvendig informasjon om fastlegeordningen, herunder om hvilke leger som deltar i ordningen og hvem som har ledig plass på sin liste. Kommunen plikter å holde legen informert om planer og forhold i den kommunale helse- og omsorgstjenesten som kan ha betydning for legens virksomhet.*» Vårt materiale visert at kommunen mangler gode informasjonskanaler ut til fastleger som ikke møter i ALU. I ALU er det

fastlegerepresentanten i LSU som har hovedansvaret for å videreformidle informasjon. Det er opp til legene i ALU om de i tillegg ønsker å invitere inn kommunens ledelse eller andre inn i møtet for dialog og utveksling av informasjon. I vårt materiale har kommuneoverlegen fast møtetid i ALU i alle kommunene, men dette var nytt for en av kommunene vi intervjuet. De hadde tidligere ikke ønsket noe kommunal representasjon inn i møtet. En kommune har etablert en nettportal for å sikre informasjon til fastlegene og flere av kommuneoverlegene bruker referatene fra LSU som informasjonskanal. Tillitsvalgte sender vanligvis referat fra møtene i ALU til fastlegegruppen.

Mye tyder at fastlegene ikke har den informasjonen som er nødvendig for effektiv samhandling med andre kommunale tjenester. Hvordan kommunene ivaretar sitt ansvar for å informere om fastlegeordningen har vi ikke etterspurt i våre intervjuer, men andre offentlige instanser som Helfo og helsenorger.no ivaretar noe av denne funksjonen.

**Talsperson;** Kommuneoverlegene i vårt materiale ser seg som et bindeledd mellom fastlegene og kommunen. Hvem taler fastlegenes sak i kommunale fora? I vårt materiale gjør kommuneoverlegen dette til dels, men kommuneoverlegen kan ha flere kryssende hensyn og perspektiver å ivareta. LSU er det fora der fastlegene er direkte representert. LSU er et rådgivende organ og kommunene i vårt materiale vektlegger LSU i varierende grad. Kaupang Agenda fant at det var svært variabelt hvordan kommunene i deres materiale planlegger og følger opp LSU. Når kommuneoverlegen ikke har sete i kommunens ledermøter, kan informasjon om fastlegeordningen til øverste ledelse i kommunen og politisk nivå glippe. Kommunene uttaler seg tradisjonelt ikke på vegne av fastlegene i kommunen i media eller andre fora utenfor egen organisasjon. Ofte er det opp til den enkelte fastlege eventuelt fastlegens tillitsmann, å fronte saker utad. Det at fastlegegruppen ikke har en tydelig talmann inn i kommunen, men også i andre offentlige fora, fører sannsynligvis til at fastlegene som gruppe får mindre gjennomslagskraft når det er behov for kollektive endringer. I forbindelse med samhandlingsreformen, har helseforetakene overført en rekke arbeidsoppgaver til fastlegene uten at dette har vært avtalt. Legene i vårt materiale etterlyser at kommunene tydeligere ivaretar fastlegene i samhandlingen med helseforetakene.

### 7.2.3 Beslutningstagerrollen

**Entreprenør.** Fastlegeordningen er styrt av statlige rammer som begrenser kommunens handlingsrom i forhold til å endre for eksempel finansiering, organisering og fastlegens plikter. Kommunen har ansvar for kapasiteten i fastlegeordningen og skal sørge for at fastlegene er tilgjengelige for pasientene. Noen av kommunene i vårt materiale har laget en plan for legetjenesten, men i hvilken grad planen er brukt for å styrke og styre legetjenesten, inklusiv fastlegeordningen, varierer. Kommunene mangler nødvendig styringsinformasjon som skal ligge til grunn for beslutninger, planlegging og utvikling av fastlegeordningen. Kommunens økonomiske forpliktelser til fastlegeordningen er avhengig av antall innbyggere i kommunen som har en fastlege og ikke hvordan fastlegeordningen er drevet eller hvordan den enkelte fastlege utøver sin kurative virksomhet. I en hverdag hvor økonomi og budsjetter i helse -og omsorgssektoren har stort fokus, kan man dermed tenke seg at fokus på ledelse av fastlegene blir av mindre betydning. Det er dessuten en utgift for kommunen å engasjere næringsdrivende leger til planarbeid og lignende.

**Problemløser.** En leder skal forandre og tilpasse organisasjonen og håndtere kriser. Kommunen har en rolle i krisehåndtering og beredskap rettet mot befolkningen. Fastlegene har ingen plikt i å bistå i slikt arbeid utover å behandle pasienter, men stiller erfaringsmessig opp hvis det er bruk for dem. Et eksempel er ved pandemien i 2009, der legene bidro selv om det ikke var inngått formelle avtaler om det.

Kommunen går inn og håndterer til en viss grad kriser og problemer som oppstår rundt den enkelte fastlege/ fastlegekontor, spesielt i forhold til mislighold av avtaler eller akutte kriser som kan oppstå på et legekantor. Men i hvilken grad kommunene håndterer problemer i selve fastlegeordningen, ser vi varierer fra kommunen til kommune. Samarbeidskonflikter med de ulike helse- og omsorgstjenestene og fastlegene vil være i kommuneledelsens interesse å forsøke og løse. En del av problemene vi nå ser i fastlegeordningen med finansieringsordningen og oppgavemengden er imidlertid statlige styrt.

**Ressursfordeler;** Fastlegene bestemmer selv innenfor visse rammer, hvor mange pasienter de skal ha på sin liste. Selv om kommunen mener at fastlegene har for stor arbeidsbyrde, har de ingen myndighet til å be fastlegene redusere listelengden. Men vi har også eksempler på at fastleger ønsker reduksjon i listestørrelse, men kommunen avslår eller ber legene vente med

dette på grunn av legemangel. Fastlegene i vårt materiale ønsker at kommunen skal ta en aktiv rolle med rekruttering av flere leger før legeressursen blir for knapp.

Ressursfordeling handler også om hvor mye tid lederne prioriterer til ledelse av fastlegene, og er et ikke uvesentlig poeng i denne sammenhengen.

**Forhandler;** Kommuneadministrasjonen kan via råd fra LSU velge å anbefale kommunestyret om å øke ressurser til legetjenesten, flere stillinger eller økt stillingsprosent i kommunale bistillinger som fastlegene innehar. Dette er typisk problematikk som en plan for legetjenesten bør legge føringer for. Planen bør godkjennes i kommunestyret slik at politikerne vet mer om retningen legetjenesten i kommunen trenger og forventes å ta, samt konsekvensene ved ikke å følge den.

#### **7.2.4 Drøfting**

Kommunen ivaretar ikke alle ti rollene som Mintzbergs mener en leder skal ha, men hensyn på fastlegeordningen. Innretningen på fastlegeordningen, med relativt sterk statlig styring og fastlegenes selvstendige faglige ansvar og driftere av egne kontorer, reduserer kommunens ledelsesansvar og handlingsrom. Gjennomgangen av de ti rollene viser imidlertid at det er flere områder der kommunen med fordel kunne ha tatt et større lederansvar for fastlegeordningen.

Vi finner i våre data variasjon i legenes innstilling til ledelse og setter det først og fremst i sammenheng med kommunens forvaltning av den relasjonelle rollen som beskrives i Mintzberg. Leger med lite kontakt med ledelsen er mer skeptiske for utøvelse av ledelse og redd for innblanding, enn leger som har tett oppfølging og er i dialog i vårt utvalg. Det som er spesielt for ledelse av legene i våre kommuner er den rollen som kommuneoverlegen har fått som leder, uten å ha lederansvar. Kommuneoverlegen ivaretar den kontaktskapende lederrollen mot fastlegene. Spørsmålene for kommunen må være hvorvidt det er hensiktsmessig å sette inn mer personalressurser mot fastlegene eller ikke, samt hvorfor kommuneoverlegen ikke får eller ønsker å ha en formell rolle som leder, når hun allikevel innehar den rollen. Det kan synes urimelig å si at fastlegene ikke lar seg lede om ikke tilstrekkelig ressurser settes inn i ledelsen av dem.

Mintzberg peker også på andre roller som kommunen med fordel kunne ta mer i bruk; rollen som overvåker og entreprenør. Dette er omtalt flere ganger i vår oppgave og kan sammenfattes med; hvis kommunen ikke vet hvor de skal og hvor nøden er størst, ser det heller ikke mulig å styre skuta i riktig retning. Hva gjør at kommunen ikke tar disse rollene i sterkere grad? Motstand hos fastlegene til innblanding i deres praksis kan være en årsak. En annen kan være at pasientene stort sett er fornøyde, de får den behandlingen de skal ha og vet hvem som har det medisinske ansvaret for dem. Fastlegene har sitt definert ansvar for pasientene. På den måten fungerer fastlegeordningen bra. Det er enkelt for både helseforetak og andre kommunale tjenester å henvise pasientene til sin fastlege. Har dette blitt en sovepute? Er dette årsaken til at kommunen ikke er en tydeligere talsperson og kontaktperson for fastlegene overfor eksterne samarbeidsaktører eller innad i egen organisasjon og politiske ledelse? Kommunen har få eller ingen økonomiske insentiver til å videreutvikle fastlegeordningen i kommunen; fastlegenes involvering er en utgiftspost og kommunens økonomi påvirkes ikke av organiseringen av fastlegene.

Dette handler i første omgang om at ledelsen må ville ønske å ta grep, deretter må ledelsen sørge for at legene ha en praktisk mulighet til deltagelse i forhold til egen arbeidssituasjon og til sist må legene være villige. Rollen som gallionsfigur vil være enkel for kommunen å ta og sannsynligvis betyr mye for fastlegens opplevelse av å være integrert i kommunen.

Er det andre aktører som vil være bedre til å lede fastlegene enn kommunen? Er det behov for enda mer styring fra myndighetene? Slik vi ser det bør kommunen lede fastlegene, men det må settes av nok ressurser til dette. Kommunen er fastlegens nærmeste samarbeidspartner, og det er i kommunen fastlegene jobber. Kommunen har forutsetninger for å utvikle gode samarbeidsforhold lokalt. Med en ny kommunerolle, der mer og mer av den medisinske utredningen og behandlingen kan skje lokalt, er kommunen helt avhengig av en velfungerende fastlegeordning. Andre ledelsesaktører som for eksempel helseforetak, har en større avstand til det som skjer i kommunen, men har erfaring med ledelse av leger. Å ha en «fremmed» aktør inn i ledelse av en primærhelsetjeneste som fastlegeordningen, kan føre til enda mindre integrering av fastlegen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Strengere styring fra myndighetene vil gi mindre handlingsrom for lokal tilpasning både for kommunen og fastlegene. Dette kan dessuten redusere motivasjonen hos høykompetente arbeidstakere som fastlegene.

## 7.3 Fastlegenes holdninger, et svar på (ulik) ledelse?

Dersom fastlegene skal integreres bedre i kommunens helse- og omsorgstjeneste, fordrer dette en aktiv deltagelse fra legens side. Med bakgrunn i teorier som vi har beskrevet tidligere vil vi se på hvilke faktorer som skaper det nødvendige engasjement hos legene ut over legenes egen praksis.

**Kompetanse.** Fastlegeordningen kan sees på som en kompetansebedrift, fastlegene er en av de yrkesgruppene i kommunen som har høyest utdannelse. Som omtalt tidligere trenger en medarbeider i en kompetansebedrift handlefrihet og myndighet for å være en motivert arbeidstager. En relasjonsorientert lederstil der medarbeideren er med på å drøfte problemer, bli lyttet til og selv tar del i utforming og ansvar for eget arbeid og arbeidsplass, vil ut fra teorien fungere best hos yrkesgrupper med høy kompetanse. «*Kunnskapsorganisasjoner trenger ledere med autoritet som ikke er autoritære, og som aksepterer at de skal lede fagfolk som på sine fagområder er faglig sterkere enn lederne*»(37).

I vårt materiale ser vi at legenes relasjon til kommuneoverlegene er viktig. Fastlegene angir at kommuneoverlegens kompetanse og kjennskap til fastlegehverdagen er avgjørende for denne gode relasjonen Dette kan tyde på at ledere uten samme kompetanse, vil oppleves å mangle nødvendig autoritet og kunnskap. Det er mulig dette er årsaken til at både ledelsen i kommunen og fastlegene, ser det som hensiktsmessig at det er kommuneoverlegen som står for kontakten mellom fastlegene og kommunen.

**Autonomi.** Hersey & Blanchard teori om situasjonsbetinget ledelse antar at medarbeidere som er kompetente, villige eller ikke villige, vil fungere best med en deltagende leder stil og ikke med ledere som er overtalende eller instruerende(31). Videre angir teorien at kompetente medarbeider har behov for støtte mer enn styring. Fastlegene i vårt materiale er skeptiske til kommunens innblanding i deres daglige praksis, men ønsker klargjøring av rammene for driften og støtte fra kommunen til oppgaver som ikke gjelder den direkte pasientbehandlingen, som hjelp til å skaffe vikar, sørge for at legevakten fungerer bra og være aktive til når og hvordan nye oppgaver skal overføres til kommunen og fastlegene. De ønsker også at kommuneoverlegen skal være tilgjengelig, når fastlegene trenger noen å rådføre seg

med.

Autonomi og rett kompetanse er faktorer som er sterkt til stede i fastlegens daglige pasientrettede arbeid.

**Trekk ved arbeidsoppgavene.** Som omtalt i teorikapitlet er motivasjonen avhengig av trekk ved arbeidsoppgavene og hvordan disse er organisert, men også forhold ved den enkelte. I følge Hackman og Oldham avhenger trivsel av at arbeidsoppgavene oppleves meningsfulle, at arbeidstakeren føler ansvar for disse og kjenner resultatet av det han/hun gjør. I de ulike motivasjonsteoriene inkludert Herzbergs teorier, går flere faktorer igjen som viktige; autonomi, relevant kompetanse, behov for selvrealisering og annerkjennelse. Arbeidsoppgavene må oppleves som betydningsfulle og varierte samt at man føler en tilhørighet til organisasjonen.

I hvilken grad fastlegene engasjerer seg ut over egen praksis er avhengig av, som vi har vist i våre resultater, om deltagelsen oppleves nyttig for fastlegen eller for fastlegeordningen. Se kapittel 5.4.3. Eksempler på det kan være rutiner rundt elektronisk meldingsutveksling mellom hjemmebaserte tjenester og fastlegen, eller hvordan jordmor og fastlege skal samarbeide om de gravide. Videre ser vi at i de kommunene som involverer legene i plan- og utviklingsarbeid, øker engasjementet i legegruppen.

**Selvrealisering.** Vedrørende behov for selvrealisering og annerkjennelse; i vårt materiale viser legene at de er opptatt av tilbakemelding på hvordan kommunen opplever at de utfører sitt arbeid. Gjennom de tradisjonelle kanalene som ALU og LSU, opptrer legene som gruppe og den enkelte lege vil ikke i disse fora få oppfylt sitt behov for å bli sett og få anerkjennelse.

**Tilhørighet.** Dersom fastlegene skal bli godt integrert med øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester, vil det avhenge av om de opplever seg som en del av helheten og føler tilhørighet til organisasjonen. Gode samhandlingsarenaer gir mulighet til at aktører fra ulike tjenester møtes, bli kjent og anerkjenner felles målsettinger. Slike arenaer vil også gjøre at gevinsten av samhandling og samarbeid blir tydeligere for aktørene.

**Reell innflytelse.** Einar Thorsrud (31) har sett på ansattes påvirkningsmuligheter og vist at

mulighet til å delta i beslutninger direkte eller indirekte ser ut til å gi økt motivasjon og bedre ytelse både på individnivå og på organisasjonsnivå. Fastlegene påpeker at det å ha reell innflytelse er viktig. Å bli involvert eller informert først når en utredning nesten er ferdig og mange beslutninger er tatt, oppleves som demotiverende.

**Hygienefaktorene** som Herzberg påpeker, er faktorer som hvis de ikke er til stede kan skape misnøye og demotivere, men som i seg selv ikke øker motivasjonen. Lønn og arbeidsforhold er eksempler på dette. Det å få lønn for deltagelse i oppgaver for kommunen, må være på plass, men lønnen i seg selv gir ikke økt motivasjon. Stor arbeidsmengde og lange arbeidsdager, slik mange fastleger har i dag, kan virke demotiverende og skape misnøye. Dette er faktorer som kommunen ikke kan påvirke i større grad, men som fører til at det blir vanskeligere å motivere legene til å engasjere seg ut over egen praksis.

### **Oppsummering:**

Ved bruk av ledelsesteori kan vi vise at legens engasjement og motivasjon for å delta i arbeidsoppgaver ut over eget fastlegekontor, til dels er avhengig av hvordan kommunen forholder seg til fastlegene. Involvering, likeverdig dialog, at fastlegen har reel innflytelse og opplever seg som en viktig del av helheten er av betydning. Presset i dagens fastlegeordning, gjør det vanskeligere for kommunen å motivere legene til å engasjere seg ut over egen praksis.

## **7.4 Begrensninger i studien- en metodediskusjon**

Enhver studie har sine begrensninger og utfordringer. Utvalg av informanter, spørsmålene man stiller, holdninger man møter informantene med og forventninger til hva vi vil finne i materialet som møter oss, vil i en kvalitativ studie være med på å prege resultatet. Vi har i denne prosessen prøvd å være oss bevisste de ulike fallgruvene, og vil i dette kapitlet kort presentere våre refleksjoner rundt flere av disse.

### **7.4.1 Styrker og svakheter ved rekruttering**

Vi gjorde fokusgruppeintervju av deltagerne i LSU i fire ulike kommuner. Deltagerne er rekruttert som en følge av at de allerede er medlemmer i LSU. Hvem som er medlemmer i LSU og som er våre informanter, har vi dermed ikke hatt noen påvirkning på. I hvilken grad



legene som sitter i LSU er representative for fastlegegruppen er vanskelig å si. De er valgt av allmennlegeutvalget til å representere legegruppen, men man kan anta at de legene som er i LSU har et spesielt engasjement for driften av fastlegeordningen. Kommuneadministrasjonen bestemmer hvem som er sine representanter i LSUet.

Deltagerne har ikke mottatt noen form for kompensasjon for å la seg intervjues. Intervjuet foregikk etter et allerede planlagt LSU-møte, og alle stilte frivillig opp utover normal møtetid. At deltagerne viste et reelt engasjement for temaet, anser vi som positivt. Det er studier som viser at informanter, på grunnlag av belønning, kan trekkes mot fokusgrupper. Deres engasjement har *«tendens til å være mindre entusiastisk, mindre interessert i temaet og følte at fokusgruppen varte for lenge»*(38).

Rekruttering av kommuner skjedde ved at forfatterne tok kontakt med kommuneoverleger vi kjente til, med aktuelle kommunestørrelser. Vi informerte om studien muntlig og skriftlig og lot dem spørre deltagerne i sitt lokale samarbeidsutvalg om deltagelse i studien. Det at vi personlig kjente kommuneoverlegen og flere av deltagerne i LSUene, kan ha vært en svakhet ved undersøkelsen ved at deltagerne hadde behov for å fremstå mer fordelaktig mot oss enn møt nøytrale personer.

På grunn av tidsaspektet for oppgaven og hvor forfatterne bor, så har vi valgt kommuner i sentrale østlandsområder for å klare å gjennomføre oppdraget både praktisk og økonomisk. Det kan ha gitt et skjevt utvalg av kommuner, og representerer ikke gjennomsnittskommunene i Norge. Vi satt også en nedre begrensning på antall innbyggere i deltagerkommunene på 15-20 000, med tanke om at kommuner på denne størrelsen har stor nok administrasjon til å avsette nok ressurser til ledelse.

#### **7.4.2 Styrker og svakheter ved fokusgrupper**

Ved å intervju kommuneledelse og leger samtidig er det en fare at informantene ikke våger fremstå med sine egne meninger om samarbeidet når begge parter hører på. Vi har imidlertid tenkt at vi står ovenfor en gruppe med ressurssterke personer som er vant til å argumentere for eget syn i ulike sammenhenger. Samtidig har vi under intervjuet ant et behov fra mange av deltagerne om å stille sin egen kommune i et godt lys i forhold til oss som intervjuere. Vi hørte mye god «framsnakking» av hverandres funksjoner innad i kommunen og det uttrykkes lite misnøye med hverandre.

Vi tenker at det er en styrke at deltagerne ikke intervjues separat, men intervjues sammen i den konteksten der ledelse av legetjenesten i kommunen forventes å skje, jmf rammeverket

om LSU. Deltagerne kan da utfordre hverandre på hva som faktisk blir gjort av ledelse og samarbeid og hva som ikke blir gjort.

Entusiasmen vi har hatt over det vi ønsket å undersøke kan også ha påvirket deltagerne til å svare fordelaktig for seg og sin kommune, samt unngå å skuffe oss som intervjuere. Samtidig vil en intervjuform som dette inneholde så mye data. Eventuelle forsøk på å fremstå fordelaktig vil vi forvente at vi avkler i analysefasen, da mengden data er så stor at den trolig er bortimot umulig å kontrollere for den enkelte deltager.

Kitzinger sier at «allerede eksisterende grupper» har den fordel at konteksten stemmer bedre med dagliglivets rammebetingelser, og at deltagerne da kan trekke på et større repertoar av felles erfaringer enn når man møtes som fremmede(39).

### **7.4.3 Begrensninger ved studien**

Det ideelle når man forsker er at man gjennomfører datainnsamling til man oppnår datametning. Det vil si at man ikke oppnår nye funn ved flere intervjuer. Ved vår undersøkelse var tiden en begrensende faktor, og vi avsluttet datainnsamling etter de planlagte intervjuene. Vi kan ikke se bort ifra at flere fokusgruppeintervjuer kunne ha gitt tilleggs funn. Det som taler for at dette likevel gir gode resultater er at våre 4 intervjusubjekter var til dels veldig ulike, slik at vi opplever å ha fått et bredt utvalg av svar på våre spørsmål.

### **7.4.4 Refleksivitet- egen forståelse- bias**

Forskerens egen rolle og påvirkning av forskningsprosessen er holdt frem som en viktig faktor for både datainnhenting, analyse og tolkningsprosess. (40) Vi har forsøkt å gjøre våre roller tilgjengelig for leseren og for dem vi har intervjuet, både hvem vi er og hvorfor vi har valgt som vi har gjort i forhold til temaene våre.

Vi har vektlagt å ha fokus på egen rolle og egne holdninger i arbeidet med dette prosjektet. Vi har begge vært fastleger, og er nå kommuneoverleger og vi har besittet flere tilsvarende posisjoner som dem vi har intervjuet. Vi har prøvd å unngå forforståelse i den grad det er mulig, for ikke å «overdøve budskapet i det empiriske materialet» slik Malterud skriver(34, s 45).

Det at vi har et sterkt engasjement på feltet vi undersøker, kan være en utfordring i forhold til å sørge for at innsamlede data ikke bare blir en måte å hevde eller bekrefte våre egne meninger (34 ,s 42). Vi har vært opptatt av å skille mellom hva deltakerne sier og hva vi som intervjuere har som oppfatning. Våre resultater som vi presenterer i kapittel 5 og 6, bygger

utelukkende på den informasjonen vi innhentet gjennom intervjuene. I kapittel 6 har vi brukt våre funn til å fremheve det vi mener er eksempler på god ledelse av fastlegeordningen og eksempler på det motsatte.

Temaene har vært styrte, men vi har søkt å unngå å bruke ledende spørsmål og heller respondere på det som er sagt ved for eksempel å gjenta det siste som er sagt for å invitere til videre utdyping fra informantene. Vi har prøvd å stille åpne spørsmål, for å fremme refleksjon hos informantene og unngå at vi som intervjuere påvirker svarene. Vi har tilstrebet å få utdyping av temaene vi har ønsket å belyse både fra kommunerepresentanter og fastlegen. Vi ser likevel at vi har farget dataene med våre holdninger om å integrere fastlegene tettere i kommunene vi besøkte. Vi observerte blant annet at vi satte i gang refleksjoner hos både legene og kommunens representanter på hvilke mulighetsrom som finnes i ledelse og samhandling i fastlegeordningen. Legene fikk se muligheter i det å få en tydeligere ledelse fra kommunen som de ikke før hadde sett, og kommunen fikk i gang dialog rundt ledelse og samhandling som ikke før var tatt. Et eksempel på dette var blant annet hvorvidt legene inkluderes i dette med markering av åremålsdager og andre begivenheter som andre kommunalt ansatte får delta i.

Vi har vært 2 forfattere som har jobbet sammen om denne oppgaven, vi har derfor hatt gode muligheter hele veien til å diskutere ulike problemstillinger ved oppgaven. I tillegg har vi hatt noe ulike posisjoner i forhold til temaet i utgangspunktet, ved at den ene har representert myndighetene i utviklingen av samhandlingsreformen og fastlegeforskriften, mens den andre har vært representant for fastlegenes grasrotaksjon mot fastlegeforskriften som kom i 2012.

#### **7.4.5 Validitet**

Vår rekruttering av informanter opplever vi har gitt oss gode muligheter for å få oss svar på våre forskningsspørsmål. Utvalget på 4 kommuner viste oss svært ulike tilnærminger i sitt samarbeid med og sin ledelse av fastlegene. Vi fikk derfor et bredt utvalgt av data, og opplevde at våre spørsmål ble forstått og diskutert på gode måter i samarbeidsutvalgene.

Kan denne undersøkelsen gjentas med samme resultater? Vi tror det. Kommunene i vårt materiale fremstår ikke som spesielle på noen områder, og vi tror at de vil skille seg ut og gi uventede resultater ved nye studier. Selv om våre kommuner er ulike i ledelse av fastlegene, tror vi likevel at tilsvarende studier kan gjennomføres med funn nær dem vi har gjort.

Våre funn gir oss mulighet til å si noe om svakheter i samarbeidet mellom kommunen og legene som vi mener er generaliserbare for mange kommuner utover dem som er inkludert i

denne studien. Dette har vi gjort godt rede for i diskusjonskapitlet og det gir grunnlag for å komme med noen anbefalinger om hva vi ser kan være veien videre for å styrke samarbeidet i kommunene.

#### **7.4.6 Transparens**

Vi har vedlagt intervjuguiden (vedlegg 1) og beskrevet fremgangsmåten ved analysene våre i kap 4.5

## 8 Konklusjon/anbefaling

Leder kommunen fastlegeordningen? Ved å intervju fastleger og kommunens ledere av fastlegeordningen i fire norske kommuner, har vi funnet at svaret på dette ikke er et entydig ja. Rapporten fra Kaupang Agenda etterlot ett inntrykk av at legene er vanskelig å lede. Vi ønsket i vår oppgave å se nærmere på hvilke forhold som påvirker legenes holdninger til ledelse. Våre resultater viser at legene i ulik grad lar seg lede av kommunen og vi finner at dette er en respons på kommunens måte å lede dem på. En økende positivitet til ledelse utvikler seg tilsynelatende i takt med at kommunene utvikler sin ledelse og tar et større ledelsesansvar. Engasjement hos legene ut over egen praksis, synes i vårt materiale å være en forutsetning for at den nasjonale målsetting om å integrere legene bedre i øvrig kommunal helsetjeneste, kan nås. Legene må prioritere å delta aktivt i ALU og på andre samarbeidsarenaer og kommunen må prioritere ledelse av fastlegene.

Innretningen på fastlegeordningen med relativt sterk statlig styring gjennom fastlagte rammer, fastlegenes selvstendige faglige ansvar og at fastlegene selv drifter sine kontorer, reduserer kommunens ledelsesansvar og handlingsrom. Det er imidlertid stor variasjon i hvordan fastlegeordningen ledes mellom kommunene i vårt materiale, men alle kommunene synes å ha en økende bevissthet rundt sin lederrolle. Tradisjonelt sett har fastlegene styrt seg selv, men flere kommuner har nå utarbeidet en plan for legetjenesten, er bedre til å involvere legene i planprosesser og etterspør legenes etterlevelse av fastlegeforskriften. Det er imidlertid satt av lite ressurser til dette arbeidet. I tabell 3 i kapittel 6 har vi vist flere eksempler fra vårt materiale på god ledelse fra kommunens side. Men ut fra vår vurdering er det fortsatt mye kommunene kan gjøre for å sørge for en bedre integrering av fastlegene i den kommunale helse og omsorgstjenesten.

Fastlegene anser at det er kommuneoverlegen som er deres nærmeste leder. Dette til tross for at kommuneoverlegene vi har intervjuet, ikke har vært linjeleder for fastlegene.

Kommuneoverlegens medisinskfaglige kompetanse og kjennskap til fastlegeordningen synes å være viktig for å bygge gode relasjoner til fastlegene og for at fastlegene har tillit til kommunen.

Fastlegene har et definert ansvar for pasientene. På den måten fungerer fastlegeordningen bra.

Det er enkelt for både helseforetak og andre kommunale tjenester å henvise pasientene til sin fastlege. Kommunen har ikke i stor grad påtatt seg oppgaven med å være en tydeligere talsperson for fastlegene overfor eksterne samarbeidsaktører eller innad i egen organisasjon og politiske ledelse.

I vårt materiale er leger med lite kontakt med ledelsen mer skeptiske for utøvelse av ledelse og reddere for innblanding, enn leger som har tettere dialog oppfølging fra kommunen. Legene er i utgangspunktet skeptiske til innblanding i egen praksis, men med økende kompleksitet og flere nye oppgaver i kommunens helsetjeneste, ser mange av fastlegene behov for å samarbeide med kommunen på et overordnet nivå. De etterlyser at kommunen tar en tydeligere rolle når spesialisthelsetjenesten ønsker å overføre oppgaver til fastlegene samt i tilretteleggingen av fastlegenes arbeidshverdag. Her nevnes vikarordninger, kompetanseheving, samarbeid og kjennskap til andre aktører samt rekruttering til og utvikling av ordningen.

Legens engasjement og motivasjon for å delta i arbeidsoppgaver ut over eget fastlegekontor, er til dels avhengig av hvordan kommunen forholder seg til fastlegene. Involvering, likeverdig dialog, at fastlegen har reel innflytelse og opplever seg som en viktig del av helheten er av betydning. Presset i dagens fastlegeordning med mange oppgaver og lange arbeidsdager, gjør det imidlertid vanskeligere for kommunen å få til samarbeid.

Avtaleverket med LSU og ALU er utfordrende på flere måter. Gjennomgående rådgivning fra legene til kommuneadministrasjonen kan stoppe på flere nivå. Kommunens ledere er ikke alltid representert i LSU og kan dermed ikke løfte saken inn i kommuneadministrasjonen. Representasjonen av legene i ALU er for lav til at man kan hevde at legene taler med felles røst. Verken ALU eller andre møteplasser er definert i avtaleverket til å være en møteplass mellom kommunens tjenesteapparat, ledere og fastlegene. Slik vi ser det ligger det institusjonelt i avtaleverket ikke godt til rette for fastlegerepresentasjon.

### **Våre anbefalinger**

- Kommunene må prioritere ledelse av fastlegeordninger høyere enn tilfellet er i dag og avsette flere ressurser til dette. Det må gjøres tydelig hvem som er leder(e) og hvilken plass i kommuneadministrasjonen denne(disse) skal ha.

- Den som skal lede fastlegeordningen bør ha medisinsk faglig kompetanse, god kjennskap til fastlegene hverdag og evne til å bygge gode relasjoner til fastlegene.
- Kommuneledelsen må ha god kjennskap til rammer og avtaleverk som regulerer fastlegeordningen og viser respekt for fastlegens selvstendige faglige ansvar.
- Kommunene bør i større grad enn i dag systematisk innhente styringsdata til bruk i ledelse og utvikling av fastlegeordningen.
- Organiseringen av ordningen bør innrettes slik at fastlegene får reell innflytelse og har en stemme inn i kommuneledelsen. Avtaleverket rundt ALU og LSU bør endres for å sikre fastlegene reell innflytelse og kommunen reel styringsmulighet.
- Kommunen som leder av fastlegeordningen bør i større grad ta på seg rollen med å ivareta fastlegene interesse i offentlige fora som samhandlingsutvalg med helseforetakene.
- Kommunen bør etablere dialog- og samhandlingsarenaer som både legene og kommunen opplever som nyttige. Møteserie som gir tellende kurstimer for fastlegene er et eksempel på en arena som kan benyttes av kommunen.
- Endringer i rammebetingelsen som gir redusert arbeidsbelastning for fastlegene, vil øke kommunens mulighet til å engasjere fastlegene i kommunens plan- og utviklingsarbeid.

## 9 Referanseliste

1. Kaupang A. Kommunal legetjeneste–kan den ledes. Rapport R9010. Stabekk: Agenda Kaupang; 2016.
2. Forskrift om fastlegeordningen i kommunene.
3. ASA 4310 - Rammeavtale mellom KS og Den norske legeforening om allmennlegepraksis i fastlegeordningen i kommunene, (1.1.13-31.12.14 (prolongert frem til 31. desember 2018)).
4. SFS 2305 Sentral forbundsvis særavtale mellom KS og Den norske legeforening for leger og turnusleger i kommunehelsetjenesten med arbeidsavtale, herunder leger i fastlegeordningen, (2016).
5. Lov om kommunal helse- og omsorgstjenester mm (Helse-og omsorgstjenesteloven).
6. Lov om helsepersonell m.v (helsepersonelloven).
7. HOD H-oO. Om samhandlingsreformen Rett behandling - på rett sted - på rett tid. Helse- og Omsorgsdepartementet. Report No.: St.meld.nr 47 (2008-2009).
8. Legeforeningen. PASIENTENS PRIMÆR-HELSETJENESTE MÅ LEDES. 2017.
9. Hjortdahl P. LEDERE-Er fastlegeordningen vellykket? Tidsskrift for den Norske Lægeforening. 2004;124(3):310-.
10. HOD HoO. Samhandlingsreformen. Rettbehandling–på rett sted–til rett tid. Oslo: Helse-og omsorgsdepartementet. 2009.
11. HOD H-oO. Statusrapport om fastlegeordningen etter to og et halvt år. In: omsorgsdepartementet Ho, editor. oslo2004.
12. Forskningsrådet. Evaluering av fastlegereformen 2001-2005. Sammenfatning og analyse av evalueringens delprosjekter 2006. Oslo: Norges Forskningsråd; 2006.
13. Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven).
14. HOD H-oO. Nasjonal helse-og omsorgsplan (2011-2015). Helse- og Omsorgsdepartementet. Report No.: Meld.St.16 (2010-2011).
15. NOU Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste. Oslo; 2005. Contract No.: NOU 2005:3.
16. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse.og omsorgstjenesten.
17. HOD H-oO. Om lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven). Helse-og Omsorgsdepartementet. Report No.: Ot.prp.nr 90L (2010.2011).



18. HOD H-oO. Om lov om kommunale helse-og omsorgstjenester mm (helse-og omsorgstjenesteloven). Helse- og Omsorgsdepartementet. Report No.: Ot.prp.nr 91 L (2010-2011).
19. Utvikling av kommunelegefunksjonen. Sosial- og helsedirektoratet; 2008.
20. Direktoratet ffoi. Innbyggerundersøkelsen 2017: Direktoratet for forvaltning og IKT; 2017 [Available from: <https://www.difi.no/rapporter-og-statistikk/undersokelser/innbyggerundersokelsen-2017/hva-mener-brukerne>].
21. Nærø AF, Sæther AS. Kampen om fastlegene [Nettavis]. VG nettavis: VG; 2017 [Available from: <https://www.vg.no/spesial/2017/fastleger/>].
22. Sæther AS. Fastlegemangel i Tromsø og Bergen [Nettartikkel]. VG; 2018 [updated 05.febr 2018. Available from: <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/e1E1pR/fastlegemangel-i-tromsoe-og-bergen>].
23. Isaksen Ce. Kjære allmennpraksis, jeg slår opp! [Nettavis]. Aftenposten: Aftenposten; 2017 [updated 09.mai 2017. Available from: [https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/6Oy9e/Kjare-allmennpraksis\\_-jeg-slar-opp--Catherine-Elde-Isaksen](https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/6Oy9e/Kjare-allmennpraksis_-jeg-slar-opp--Catherine-Elde-Isaksen)].
24. Lisbeth N. 6 av 10 fastleger har vurdert å slutte på grunn av arbeidspress. Dagens Medisin. 2018 10.april 2018.
25. Helsedirektoratet. Utviklingsstrategi for legetjenestene i kommunene. Oslo: Helsedirektoratet, Helsedirektoratet; 2008 Desember 2008. Contract No.: IS-1652.
26. Forskningsrådet. Prosjekt 220804: Resultater av samhandlingsreformen: Bedre helse, bedre helsetjenester, bedre samfunnsøkonomi. Forskningsrådet; 2016.
27. Høringsuttalelse- Utkast til revidert forskrift om fastlegeordningen i kommunene. Brev til Helse-og omsorgsdepartementet(Mars 2012).
28. Nasjonalt, Kompetansesenter, for, Legevaktmedisin. Fastlegers tidsbruk. Rapport til Helsedirektoratet. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, Bergen; 2018.
29. 15 år med fastlege. Nasjonalt senter for distriktsmedisin. Tromsø: Nasjonalt senter for distriktsmedisin; 2016.
30. Trønderopprøret. FASTLEGEORDNINGEN 2.0 TRØNDEROPPFØRET [Nettside]. Facebook, Inc; 2018 [updated 20.03.2018. Available from: <https://www.facebook.com/Fastlegeordningen-20-Tr%C3%B8nderoppr%C3%B8ret-377894299313595/>].

31. Jacobsen, Thorsvik. Hvordan organisasjoner fungerer. 4. ed. Bergen: Fagbokforlaget; 2013.
32. Mintzberg H. Mintzberg on Management. New York, NY: The Free Press; 1989.
33. Morken MN. KONTROLLSPENN I SYKEHUS - Har antall ansatte per leder betydning for de ansattes arbeidsmiljø? [Master]. Oslo: Universitetet i Oslo; 2015.
34. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
35. Malterud K. Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. Scand J Public Health. 2012;40(8):795-805.
36. Kommunerevisjonen. Samhandlingsreformen - utskrivning av pasienter. Oslo: Oslo Kommune. ; 2015. Contract No.: 11/2015.
37. Grund J. Kunnskapsorganisasjoner - hva er ledelse- og styringsutfordringer [webpage]. Oslo: MAGMA - Econas Tidsskrift for økonomi og ledelse; 2006 [Available from: <https://www.magma.no/kunnskapsorganisasjoner-hva-er-ledelses-og-styringsutfordringene>].
38. Bjørklund O. Fokusgruppe–Noen metodiske betraktninger. Focus group, some methodological considerations] in Økonomisk Fiskeriforskning. 2005;15:42-50.
39. Kitzinger J. Qualitative research. Introducing focus groups. BMJ. 1995;311(7000):299-302.
40. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning-forutsetninger, muligheter og begrensninger. Tidsskrift for Den norske legeforening. 2002;122(25):2468-72.

# 10 Vedlegg

## Vedlegg 1 Intervjuguide

### Innledning:

- Hvorfor vil vi gjennomføre intervjuet (tar Master, ledd i masteroppgave)
- Bakgrunn for vår oppgave; (interessert i ledelse av legetjenesten, Kaupang Agenda, hva er suksesskriterier, hva er begrensninger)
- Hva vil vi bruke opplysningene til?

### Innledende spørsmål:

- Hvem sitter i LSU (funksjon)
- Hvordan er fastlegerepresentantene utvalgt?
- Hvor ofte er det LSU?
- Hvordan forholder ALU og LSU seg til hverandre?
- Hvor stor andel av fastlegene møter i ALU? Registreres fravær? Hvem innkaller til ALU og hvem leder møtene. Er kommuneoverlegene til stede?

### 1. Hvilke rammebetingelser beskriver LSU at kommuneledelsen gir for samarbeidet.

- Hvordan ledes fastlegeordningen og øvrig legetjeneste i kommunen?

Stikkord; organisatorisk plassering, praktisk gjennomføring, avsatte ressurser, medarbeidersamtaler, bruk av individuell avtale, samarbeid, ledelse, styring, tilfeldig, hendelsesbasert, organisert og regelmessig? Arenaer for samhandling?

(se notat fra KS/Dnlf workshop + notat)

### 2. Hvilke virkemidler ser LSU at kommunen har og kan ta i bruk i ledelsen av legetjenesten?

- Hvilke virkemidler brukes i kommunen og hvordan?
- Hvilke virkemidler mener LSU kommunen mangler for å kunne lede legetjenesten?

Stikkord: fastlegeforskrift, LSU, ALU, avtaleinstituttet, rapportering, sanksjoner?

### 3. Hvordan erfarer LSU fastlegene og andre leger i kommunen sitt engasjement og involvering i samarbeidet?

- Hvordan arbeider LSU-et for å involvere legene i samarbeid med kommunen?
- Hvordan påvirker legene kommunens løsninger på å ivareta helse- og omsorgsforpliktelsene til befolkningen?
- Hvordan jobber kommuneledelsen med å involvere fastlegen i utvikling av tjenestene i kommunen?
- 

### 4. Fra 1. jan 2017 kom ny «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten». Ledelsen har det overordnede ansvar for at det etableres et system som

**sikrer at planlegging av aktiviteter, gjennomføring, evaluering og korrigerende i henhold til krav om forsvarlige tjenester, kvalitetsforbedring og brukersikkerhet.**

- Hvordan oppfatter LSU forskriften og hvordan gjennomføres dette arbeidet i praksis?
- Hvilket ansvar tenker legene at kommunen skal ta i ledelse og kvalitetsforbedring?
- Hvilket ansvar tenker kommunene at legene skal ta i forhold til ledelse og kvalitetsforbedring- fastlegeordningen og i kommunens andre legetjenester?

**5. Hvilke muligheter og begrensninger har LSU til å ta viktige beslutninger?**

- Hvilke beslutninger tas i LSU?
- Hvor og hvordan tas sentrale beslutninger som berører legetjenestene i kommunen?

**6. Får legene noen oppmerksomhet ved åremålsdager, og inviteres leger med bistillinger til enhetenes julebord?**

## Vedlegg 2 Søknadssvar fra NSD



Sverre Vigeland Lerum  
Postboks 1130 Blindern  
0318 OSLO

Vår dato: 11.08.2017

Vår ref: 54931 / 3 / BGH

Deres dato:

Deres ref:

### Tilbakemelding på melding om behandling av personopplysninger

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 28.06.2017.

Meldingen gjelder prosjektet:

54931

*Hvordan samarbeider kommuneledelsen og fastlegekorpset om drift og utvikling av legetjenesten i ulike institusjoner i kommunen, inklusive fastlegeordningen.*

Behandlingsansvarlig

*Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder*

Daglig ansvarlig

*Sverre Vigeland Lerum*

Student

*Bente Bjørnhaug*

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

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

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.05.2018, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Dersom noe er uklart ta gjerne kontakt over telefon.

Vennlig hilsen

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

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS  
NSD – Norwegian Centre for Research Data

Harald Hårfagres gate 29  
NO-5007 Bergen, NORWAY

Tel: +47-55 58 21 17  
Faks: +47-55 58 96 50

nsd@nsd.no  
www.nsd.no

Org.nr. 985 321 884

Marianne Høgetveit Myhren

Belinda Gloppen Helle

Kontaktperson: Belinda Gloppen Helle tlf: 55 58 28 74 / [belinda.helle@nsd.no](mailto:belinda.helle@nsd.no)

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Bente Bjørnhaug, [bente.bjornhaug@hamar.kommune.no](mailto:bente.bjornhaug@hamar.kommune.no)

## Vedlegg 3 Invitasjon til å delta i prosjektet



Bente Bjørnhaug og Hilde Skyvulstad

Studenter ved Avdeling for helseledelse og økonomi, Universitetet i Oslo

xxxxxx kommune

### Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

#### *Hvordan samarbeider kommuneledelsen og fastlegekorpset om drift og utvikling av legetjenesten i kommunen, inklusive fastlegeordningen?*

Ønsker din kommune å være med i et forskningsprosjekt? Under følger en beskrivelse av et prosjekt vi ønsker at din kommune deltar i. Alle vi henvender oss til kan trekke seg når som helst i prosessen, uten å oppgi begrunnelse.

Enten dere ser dere i stand til å delta eller ikke, så er det fint å få tilbakemelding til oss på epost helst innen 15.juli. (evt så raskt det er mulig å få dette avklart). Se kontaktinformasjon nederst.

#### **Bakgrunn og formål**

Vi er Bente Bjørnhaug og Hilde Skyvulstad, begge spesialister i allmenntilleggsmedisin og samfunnsmedisin/utdanningskandidat i samfunnsmedisin. Vi har erfaring fra kommunal helsetjeneste samt sentral og kommunal helseforvaltning. For tiden skriver vi en masteroppgave ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo. Temaet vi ønsker å utforske er samarbeidet mellom fastlegene og kommunen.

Gjennom fokusgruppeintervjuer med lokalt samarbeidsutvalg, LSU, vil vi utforske hvordan kommuneledelsen og fastlegekorpset samarbeider. Dette gjør vi gjennom 5 underproblemstillinger:

- Hvilke rammebetingelser har kommuneledelsen gitt for samarbeidet?
- Hvilke virkemidler ser LSU at kommunen har og kan ta i bruk i arbeidet?
- Hvordan erfarer LSU fastlegenes engasjement og involvering i samarbeidet? Hvordan arbeider LSU for å involvere fastlegene i samarbeid med kommunen?
- Ift ny "Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten"; Hvordan oppfattes forskriften og hvordan gjennomføres dette arbeidet i praksis?
- Hvilke beslutninger tas i LSU? Tas sentrale beslutninger på andre arenaer?

## **Hva innebærer deltakelse i studien?**

Vi håper å kunne få delta ved et av de planlagte LSU-møtene høsten 2017 og gjennomføre et 45 minutters intervju med utvalget rett i etterkant av møtet. Spørsmålene vil omhandle de 5 problemstillingene som er beskrevet over. Intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd og vi vil ta notater underveis i møtet.

Det er planlagt å gjennomføre intervjuer med LSU i til sammen 4 kommuner. Kommunene som blir forespurt har et innbyggertall over 15 000.

## **Hva skjer med informasjonen som innhentes?**

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Ved transkribering vil navn og personopplysninger anonymiseres til Lege1, Lege 2, Kommunerepresentant 1, Kommunerepresentant 2 osv. Listen som kobler anonymiserte navn med de ekte navnene vil bli lagret i låst skap, og slettes når studien er ferdig. Etter transkriberingen vil lydbåndet slettes. Deltakerne vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjonen.

Prosjektet skal etter planen avsluttes i mai 2018.

## **Frivillig deltagelse**

Det er frivillig å delta i studien, og deltagere kan når som helst trekke sitt samtykke uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger vil bli anonymisert som beskrevet over.

Dersom xxxxxx kommune ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med

- Bente Bjørnhaug, Kommuneoverlege i Hamar, mobil 951 15 166, [Bente.bjornhaug@hamar.kommune.no](mailto:Bente.bjornhaug@hamar.kommune.no)
- Hilde Skyvulstad, Helsedirektoratet, mobil 97732314, [hildeskyvulstad@gmail.com](mailto:hildeskyvulstad@gmail.com)

Prosjektets faglige veileder er Sverre Vigeland Lerum som er tilknyttet Universitetet i Oslo, til daglig er han Rådgiver i Legeforeningen, [sverre.lerum@gmail.com](mailto:sverre.lerum@gmail.com).

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

Med hilsen fra  
Bente Bjørnhaug  
Hilde Skyvulstad



#### **Vedlegg 4 Arbeidsfordeling mellom forfatterne**

Vår masteroppgave er et samarbeid mellom 2 forfattere som begge har stor interesse for tematikken vi har undersøkt.

Vi har begge deltatt med innspill, diskusjoner og skrivearbeid i alle deler av oppgaven.

Intervjuene ble ledet av den ene, mens den andre noterte og kom med supplerende oppfølgingsspørsmål. Transkriberingen ble fordelt slik at vi tok 2 intervjuer hver.

Analysen av materialene gjorde vi sammen under et opphold på Hafjell. Disse ble senere omarbeidet i flere omganger etter gode innspill fra veileder.

Bakgrunns-kapitlene samt diskusjon og konklusjoner er utformet i fellesskap. Likevel har det vært slik at vi fordelte noen av oppgavene innledningsvis for å gi grunnlag for videre arbeid i fellesskap. Bente tok innledning, bakgrunn, teori og metode, mens Hilde konsentrerte seg om analyse og resultat. Etter initial jobbing, ble dette materialet presentert for den andre, som så etter diskusjon bidro inn med egne refleksjoner og tekster i det som til slutt har blitt det endelige resultatet.

Vi har jobbet på et felles dokument i *OneDrive for Business*, via Universitetet i Oslo. Muntlige diskusjoner om innhold og fremdrift har skjedd ved fysiske møter, hyppig telefonkontakt og mailutvekslinger.

Veileder har bidratt inn med gode og nyttige innspill på møter i Oslo, ved telefonmøter og i mail til oss.

Alle artikler og andre referanser er funnet og lest av begge