

# **En kvalitativ casestudie av fastlegeordningen og utfordringer mht. å rekruttere og beholde fastleger i Lister**

RENATE VERONICA HANSEN

VEILEDER

Dag Olaf Torjesen

**Universitetet i Agder, 2023**

Fakultet for samfunnsvitenskap

Institutt for statsvitenskap og ledelsesfag

## Forord

Masteroppgaven er den siste delen av deltidsstudiet Master i ledelse på Universitetet i Agder som har varer i 4,5 år. Gjennom studiet har jeg vokst mye og tilegnet med ny kunnskap innen ledelse. I løpet av masterstudiet fikk vi tilbud om en studietur til USA. Jeg reiste sammen med andre studenter fra UIA til U.C Berkeley og Stanford university. Det var en lærerik og inspirerende tur som gjorde store inntrykk.

Da jeg skulle velge tema til masteroppgaven var fastlegeordningen var mye omtalt i media. Inntrykket av fastlegeordningen og historier fra bekjente som ikke hadde fastleger, gjorde meg nysgjerrig på ordningen. Med bakgrunn i dette, ønsket jeg å vite mer om fastlegeordningen og hvordan den fungerte.

Det har vært krevende å skrive masteroppgave med fulltidsjobb. Mye av fritiden ble investert i oppgaven. Jeg har hatt gode støttespillere som har latt meg få tid til å fokusere på studiet.

Jeg ønsker å takke min veileder, Professor Dag Olaf Torjesen for god faglig veiledning. Takk til Nichole Makarena Silva Elgueta fra UIA for veiledning. Jeg ønsker å takke informantene som tok seg tid til å stille til intervju. Uten dere hadde det blitt vanskelig å få til denne oppgaven. Til slutt ønsker jeg å takke min samboer og familie som har vært meget tålmodige og gitt meg tid til å jobbe med oppgaven.

Farsund 12.06.2023

Renate Veronica Hansen

## Sammendrag

På landsbasis har fastlegeordningen blitt et økende problem. Antall innbyggere som står på ventelister øker, og det er vanskelig å rekruttere nye fastleger. Fastlegemangelen har hatt stort fokus blant annet i media. Problemene gjelder også for Lister, hvor flere av kommunene sliter med lav kapasitet.

**Problemstilling er: En kvalitativ casestudie av fastlegeordningen og utfordringer mht. å rekruttere og beholde fastleger i Lister.**

1. Hvordan varierer virkemiddelbruken i Lister mht. å rekruttere og beholde fastleger?
2. Hva slags virkemidler ser ut til å fungere best mht. å rekruttere og beholde fastleger i Listerregionen?

Hensikten med problemstillingen er å få en dypere forståelse av hva kommunene gjør mht. å rekruttere og beholde fastleger i Listerregionen.

Studien har en eksplorerende problemstilling hvor hensikten er å få en dypere forståelse av fastlegeordningen. Oppgaven er en casestudie hvor elleve personer fra seks kommuner har gjennomført individuelle kvalitative intervjuer. Studien har et intensivt undersøkelsesopplegg og en induktiv tilnærming.

Det teoretiske rammeverket for studien er basert på Leavitt-Ry-modellen som egner seg godt til beskrivelsesformål. I tillegg er det benyttet et kapittel fra boka Velferdens organisering (2014) av Torjesen & Vabo (2014) som omhandler styringsmekanismer.

I studien har jeg konkludert med at virkemiddelbruken varierer i stor grad.

Virkemiddelbruken som ser ut til å fungere best mht. å rekruttere og beholde fastleger, er økonomiske- og organisatoriske virkemidler.

## Innholdsfortegnelse

<b>FORORD</b> .....	<b>2</b>
<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>3</b>
<b>1.0 INNLEDNING</b> .....	<b>7</b>
1.1 TEMA OG RELEVANS .....	7
1.2 PROBLEMSTILLING .....	7
<b>2.0 BAKGRUNN</b> .....	<b>8</b>
2.1 FASTLEGEORDNINGEN .....	8
2.2 TIDLIGERE FORSKNING OG EVALUERING AV FASTLEGEORDNINGEN .....	9
2.3 UTFORDRINGER MED ORDNINGEN .....	9
2.4 FINANSIERING AV FASTLEGEORDNINGEN.....	10
2.4.1 HOVEDMODELLEN .....	10
2.4.2 ALTERNATIVE DRIFTSFORMER .....	11
2.4.3 KOMMUNERS EGENFINANSIERING AV FASTLEGEORDNINGEN .....	12
2.4.4 HVILKE TYPER EGENFINANSIERING/SUBSIDIERINGSLØSNINGER BENYTTET KOMMUNENE .....	12
2.4.4 OPPFØLGINGSUNDERSØKELSE 2022.....	13
2.4.5 EKSPERTUTVALG .....	13
<b>3.0 TEORI</b> .....	<b>14</b>
3.1 LEAVITT DIAMANT .....	14
3.2 LEAVITT-RY-MODELLEN.....	15
3.2 VIRKEMIDLER FOR KOORDINERING .....	16
<b>4.0 METODE</b> .....	<b>18</b>
4.1 UNDERSØKELSESDSIGN .....	18
4.2 CASESTUDIE – KOMMUNENE I LISTER .....	19
4.3 VALG AV METODE .....	19
4.4 UTVALGSKRITERIER .....	21
4.5 FORBEREDELSE TIL INTERVJU .....	21
4.6 GJENNOMFØRING AV INTERVJUENE OG DATAINNSAMLING .....	22
4.7 TRANSKRIBERING .....	22
4.8 INTERN OG EKSTERN GYLDIGHET.....	22
4.9 RELIABILITET .....	24
<b>5.0 ANALYSE</b> .....	<b>25</b>
5.1 DOKUMENTERE .....	25
5.1.1 ANNOTERING.....	25
5.2 UTFORSKING AV DATA .....	26
5.3 INNHOLDSANALYSE .....	26
5.3.1 KATEGORISERING OG SAMMENBINDING.....	27
<b>6.0 PRESENTASJON AV DATA</b> .....	<b>27</b>
6.1 ORGANISERING AV FASTLEGEORDNINGEN .....	28
6.2 ØKONOMISKE VIRKEMIDLER: .....	29
6.3 JURIDISKE VIRKEMIDLER: .....	29
6.4 ORGANISATORISKE VIRKEMIDLER .....	30
6.5 HVILKE VIRKEMIDLER FUNGERER BEST? .....	32

6.5.1 ØKONOMI .....	32
6.5.2 MILJØ .....	33
6.5.3 ARBEIDSTID .....	33
6.5.4 ORGANISERING .....	33
6.5.5 ANDRE VIRKEMIDLER .....	34
6.6 TILTAK FOR Å REKRUTTERE OG BEHOLDE FASTLEGER .....	34
6.6.1 REKRUTTERING .....	34
6.6.2 STABILISERING .....	35
6.7 AVTALER OG SUBSIDIERINGSLØSNINGER .....	36
6.8 FASTLEGEDEKNINGEN I KOMMUNEN .....	37
6.9 DAGENS FASTLEGEORDNINGEN .....	38
6.10 ER FASTLEGENE FORNØYDE MED KOMMUNENS TILTAK? .....	39
6.11 ANDRE MODELLER OG TILTAK .....	41
6.12 TILTAK SOM KAN LØSE DAGENS SITUASJON .....	42
6.13 VIKTIG FOR Å BELYSE PROBLEMSTILLINGEN .....	46
6.13.1 SITATER OM ARBEIDSMENGDE: .....	46
6.13.2 ANDRE SITATER .....	46
<b>7.0 FASTLEGETJENESTEN FRA ET TEORETISK ASPEKT .....</b>	<b>48</b>
7.1 OPPGAVER .....	48
7.1.1 INTERNE OPPGAVER .....	49
7.1.2 EKSTERNE OPPGAVER .....	49
7.1.3 DRIFT .....	49
7.1.4 PERSONALE .....	49
7.2 STRUKTUR .....	49
7.3 AKTØRER .....	50
7.4 TEKNOLOGI .....	50
7.5 FYSISKE RAMMER .....	51
7.6 VISJON/VERDIER/MÅL .....	51
7.7 BELØNNINGSSYSTEM .....	52
7.8 ORGANISASJONSKULTUR .....	53
7.8.1 ARTEFAKTER .....	53
7.8.2 VERDIER .....	54
7.8.3 GRUNNLEGGENDE ANTAKELSER .....	54
7.9 OMVERDENEN .....	54
7.10 HISTORIE .....	55
<b>8.0 DRØFTING .....</b>	<b>57</b>
8.1 DRØFTING AV RESULTAT OG FORSKNING .....	57
8.2 DRØFTING AV INFORMANTENES PERSPEKTIV .....	59
8.3 DRØFTING KNYTTET TIL TEORETISK PERSPEKTIV .....	60
<b>9.0 AVSLUTNING .....</b>	<b>62</b>
9.1 KONKLUSJON .....	62
<b>10.0 LITTERATURLISTE .....</b>	<b>63</b>

## **Figuroversikt**

Figur 3.2: Leavitt-Ry-modellen.....15

Figur 5.2: Ordteiling.....26

## **Tabelloversikt**

Tabell 1: Oversikt over kategorier med virkemidler som informantene mente fungert best..32

## 1.0 Innledning

### 1.1 Tema og relevans

Tema for denne masteroppgaven er fastlegeordningen og utfordringer mht. å beholde og rekruttere fastleger i Lister. På landsbasis har fastlegedekningen blitt et økende problem (Humstad et al., 2021). Antall innbyggere som står på ventelister øker og det er vanskelig å rekruttere nye fastleger. Temaet er relevant på grunn av den pågående fastlegemangelen i Norge og på grunn av fokuset den har i media. Både nettaviser og lokalaviser har gjentatte ganger skrevet om fastlegemangelen. Problemene gjelder også for Lister, hvor flere av kommunene sliter med kapasiteten.

Fastlegedekningen i Lister er varierende. Noen kommuner har dårlig kapasitet og lange ventelister, mens andre har god kapasitet. Ifølge Helse Norge (Helsenorge, u. å.) står flere personer i Lister uten fastlege.

Med denne studien ønsker jeg å se nærmere på hvordan virkemiddelbruken varierer mht. å rekruttere og beholde fastleger i Lister. Jeg ønsker også å se nærmere på hva slags virkemidler ser ut til å fungere best mht. å rekruttere og beholde fastleger. Oppgaven vil kunne ha nytteverdi for kommunene i Lister og bidra til ny forskning om fastlegeordningen og innsamlet data i regionen.

### 1.2 Problemstilling

Problemstilling for masteroppgaven er:

En kvalitativ casestudie av fastlegeordningen og utfordringer mht. å rekruttere og beholde fastleger i Lister.

1. Hvordan varierer virkemiddelbruken i Lister mht. å rekruttere og beholde fastleger?
2. Hva slags virkemidler ser ut til å fungere best mht. å rekruttere og beholde fastleger i Listerregionen?

Hensikten med problemstillingen er å få en dypere forståelse av hva kommunene gjør for å beholde og rekruttere nye fastleger i regionen.

## 2.0 Bakgrunn

### 2.1 Fastlegeordningen

Fra 1993-1996 gjennomførte Trondheim, Tromsø, Lillehammer og Åsnes kommune et forsøk på fastlegeordningen. Kommunene skulle prøve ut ordningen med fast lege og listepasientsystemet i kommunehelsetjenesten. De skulle undersøke hvordan dette ville fungere for pasientene, legene, samarbeidspartnere og kommunen. De skulle også avklare finansiering og hente inn kunnskap for å avgjøre om fastlegeordningen burde innføres i Norge (Veggeland, 2013, s. 114).

I 2001 ble Fastlegeordningen innført i Norge. Den ga alle som er bosatt i en norsk kommune rett til å ha en fastlege (Regjeringen, 2021). Forskrift om fastlegeordningen i kommunene (2012), sier at *«formålet med fastlegeordningen er å sikre at alle får nødvendige allmennlegetjenester av god kvalitet til rett tid, og at personer bosatt i Norge får en fast allmennlege å forholde seg til»* (Forskrift om fastlegeordning i kommunene, 2012, § 1). Ordningen ga befolkningen utvidede pasientrettigheter. Befolkningen hadde nå mulighet til å velge fastlege og bytte fastlege opptil to ganger i året. Alt av journaler og dokumenter skulle samles hos fastlegen og ordningen skulle bidra til kontinuitet mellom lege og pasientforholdet (Veggeland, 2013, s. 116). Kontinuitet var spesielt viktig for personer med kroniske sykdommer, personer under rehabilitering, personer med funksjonsnedsettelse og personer med psykiske lidelser (Veggeland, 2013, s. 116).

Det er kommunen som har ansvaret for å tilby nødvendig helse- og omsorgstjeneste for dem som bor i kommunen. Fastlegeavtaler er ikke regulerte ved lov eller av sentrale myndigheter. Det er kommunen selv som har ansvaret for å ansette personell eller inngå nødvendige driftsavtaler (Regjeringen, 2021).

Når det gjelder fastlegepraksiser i Norge, så har dette økt. Statistikk fra 4. kvartal 2020 viser at det var 4951 hjemler i Norge med fast tilknyttet lege (Helsedirektoratet, 2020). Antall fastlegepraksiser hadde i 2020 en vekst på 67 fastlegepraksiser. Gjennomsnittlig pasienter på pasientlistene har beveget seg nedover de siste årene. I siste kvartal 2020 var det i snitt 1068 pasienter på listene (Helsedirektoratet, 2020). Tallene er hentet fra Helsedirektoratet.



## 2.2 Tidligere forskning og evaluering av fastlegeordningen

I 2006 utførte Norges Forskningsråd en forskningsbasert evaluering hvor de la vekt på fire hovedtema om fastlegeordningens kvalitet. Hovedtemaene var legedekning, tilgjengelighet, kontinuitet og effektivitet (Sandvik, 2006, s. 9)

Norges Forskningsråd konkluderte med at legedekningen parallelt med fastlegeordningen hadde bedret seg og stabiliteten blant fastlegene var høy (Sandvik, 2006, s. 13). Det var fortsatt mangel på leger i enkelte kommuner fordi noen kommuner hadde vært for tilbakeholdne med å søke nye hjemler. Dette førte til at noen innbyggere ikke hadde mulighet til å bytte fastlege (Sandvik, 2006, s. 13).

Tilgjengeligheten var blitt bedre. Det var ikke noe som tydet på at listelengden hadde betydning for tilgjengeligheten (Sandvik, 2006, s. 13). Fastleger med for korte pasientlister hadde bedre tid til pasientene sine enn dem med lengre lister. Legene var ydmyke over å ha blitt valgt til fastlege, men de mente at pasientene hadde fått mer makt gjennom fastlegereformen, og at pasientene hadde blitt mer krevende (Sandvik, 2006, s. 13).

Legene og pasientene var fornøyde med kontinuiteten. Pasientene ønsket å ha en fastlege som de kjente fra før av. Kontinuitet var det viktigste kriteriet som folk ønsket seg ved legevalget (Sandvik, 2006, s. 13).

Når det gjelder effektiviteten, så var det et økende antall pasienter som ble henvist til andrelinjetjenesten. Den viktigste årsaken til dette, mente forskningsrådet, var på grunn av økt ledig kapasitet hos spesialisthelsetjenesten (Sandvik, 2006, s. 13).

Kort oppsummert ble evaluering av fastlegereformen 2001-2005 omtalt som vellykket med god måloppnåelse, men det ble påpekt at det var behov for videreutvikling av fastlegeordningen (Allmennlegeforeningen, 2014, s. 5).

## 2.3 utfordringer med ordningen

Fastlegeordningen har sine utfordringer, og de varierer fra kommune til kommune. Her er noen utdrag og eksempler på faktorer som påvirker fastlegedekningen i Lister:

- Nyutdannede leger velger å arbeide på sykehus som har regulerte arbeidstider og fast ansettelse enn å være selvstendig næringsdrivende med lange arbeidsdager (Støle, 2022b).
- Det ble økt arbeidspress etter samhandlingsreformen. Fastlegene overtok flere oppgaver som sykehusene hadde, og det er høyere krav fra NAV til dokumentasjon (Støle, 2022b).
- Mange fastleger arbeider over 50 timer i uka (Støle, 2022b)
- Det er behov for flere fastleger. Det betyr økte kostnader for kommunene som allerede sliter med å få budsjettet til å gå opp fra før av. Statlige midler må til (Støle, 2022b)
- Endringer i fastlegeordningen jobbes med, men det går for sent (Støle, 2022b).
- Det vil bli en omfattende utskiftingsprosess av leger de neste ti årene, fordi nærmere en tredjedel av fastlegene i Norge er 56 år eller eldre. (IPSOS, 2022, s. 9.)

## 2.4 Finansiering av fastlegeordningen

I 2018 utførte IPSOS og Samfunnsøkonomisk analyse en rapport på oppdrag fra KS. I rapporten ble kommunenes egenfinansiering og subsidiering av fastlegeordningen kartlagt, altså det kommunene bruker utover den ordinære hovedmodellen til fastlegeordningen (IPSOS, 2018, s. 3). Siden 2018 har IPSOS og Samfunnsøkonomisk analyse gjentatt undersøkelsen hvert år for å få oppdaterte tall og for å se om det har vært endringer over tid (IPSOS, 2022, s. 3).

### 2.4.1 Hovedmodellen

I den ordinære fastlegeordningen er ordningen basert på privat næringsdrift finansiert gjennom listepasienttilskudd, folketrygdrefusjon og egenandeler fra pasienter (IPSOS, 2018, s. 6). Listepasienttilskudd er det samme som basistilskudd per registrert person på fastlegens liste og utbetales av kommunen (IPSOS, 2018, s. 6). Fra og med mai 2020 inkluderer basistilskuddet et knektpunkttillegg som gir økt basistilskudd for de første 1000 listeinnbyggerne (IPSOS, 2022, s. 8). Formålet med knektpunkttillegget er å gi legene bedre rom for å gå ned på listelengden uten å gå ned i inntekt (IPSOS, 2022, s. 8).

I kommuner med færre enn 5000 innbyggere skal det i tillegg til basistilskudd gis et utjamningstilskudd til leger, hvis de har en gjennomsnittlig listelengde som er lavere er 1200 personer (IPSOS, 2018, s. 6).

Regjeringen ønsker å øke antall ALIS-avtaler (Allmennleger i spesialisering). Formålet med avtalene er å øke rekruttering av fastleger i aktuelle kommuner, redusere ledige fastlegeavtaler og øke stabiliteten rundt spesialiseringen (IPSOS, 2022, s. 8). De senere årene har det vært gitt ulike tilskudd til ALIS-avtaler og fra 2021 kunne kommunene igjen søke tilskudd til ALIS i kommunene (IPSOS, 2022, s. 9).

Kommunen finansierer fastlegeordningen gjennom rammetilskudd og skatteinntekter. Dersom ikke annet er avtalt, får kommunen innbetalingene av egenandeler og trygderefusjoner fra virksomheten til fastlønnede leger (IPSOS, 2018, s. 6). I tillegg får kommunen et særskilt tilskudd for turnusleger. Det finnes også en tilskuddsordning for rekruttering av fastleger i kommuner som har vanskeligheter med det (IPSOS, 2018, s. 6). Målet med hovedmodellen er at den skal dekke fastlegenes kostnader til investeringer og drift i praksis (IPSOS, 2018, s. 7).

#### **2.4.2 Alternative driftsformer**

I mange kommuner er det ikke mulig å ha kommersiell privat næringsdrift. Da kan kommunene tilby fast ansettelse eller andre økonomiske tiltak for å beholde og rekruttere fastleger. Andelen praksiser med fastlønn har økt jevnt siden 2016 (IPSOS, 2022, s. 9). Mange yngre leger ønsker fast ansettelse, og det er flere kommuner som ser at det er nødvendig å gjøre om hjemler fra selvstendig næringsdrift til fast ansettelse, selv om det gjør fastlegetjenesten dyrere (KS, 2021). Omgjøring av hjemler skaper også utfordringene siden kommunenes rammevilkår er tilpasset fastlegeordningens hovedmodell (IPSOS, 2022, s. 9.)

Hovedmodellen er å være selvstendig næringsdrivende fastlege, men det finnes andre former for drift som fastlegene benytter seg av. En form for drift er å være næringsdrivende fastlege hvor fastlegen selv har ansvar for drift, de ansatte, finansiering, kontor, utstyr m.m., men de har individuelle avtaler med kommunen i tillegg til rammeverket for fastlegeordningen (Den Norske Legeforening, 2022)

8.2 avtalen er en annen driftsform hvor fastlegen er selvstendig næringsdrivende, men de har inngått en avtale med kommunen om at de skal ansette medhjelpere og ha ansvar for hele eller deler av kontordriften (Den Norske Legeforening, 2022).

En tredje driftsform er å være en kommunalt ansatt fastlege. Dette gir fastlegen regulerte arbeidstider og fast lønn. En del kommuner gir fastlegen en andel av refusjonen fra folketrygden (Den Norske Legeforening, 2022).

Flere småkommuner sliter med å rekruttere og beholde fastleger. Dette har ført til at noen småkommuner har begynt å bruke nordsjøturnus i fastlegetjenesten. I Dagens Medisin kan vi lese om en allmennlege i spesialisering (ALIS) som jobber i denne turnusen i Loppa kommune (Dagens medisin, 2022). Da to av tre leger sluttet, slet kommunen med å få kvalifiserte søkere. Da kommunen utlyste stillingene som nordsjøturnus fikk de 22 kvalifiserte søkere (Dagens medisin, 2022). Nordsjøturnus vil si at man jobber 2 uker og har fri 4 uker. Når legene er på jobb, så jobber de fem dager i uka, 10-11 timer per dag, har 12 dager legevakt, og har fastlønn med incentiver (Dagens medisin, 2022).

### **2.4.3 Kommuners egenfinansiering av fastlegeordningen**

Undersøkelsen fra 2018 (IPSOS, 2018) viser at nesten 7 av 10 kommuner subsidierer fastlegeordningen utover den ordinære fastlegeordningen. Mindre sentrale kommuner og mindre kommuner målt i folkemengde er den største andelen som subsidierer fastlegeordningen (IPSOS, 2018, s. 13). Undersøkelsen anslår at 287 kommuner av den gang 422 kommuner subsidierer fastlegeordningen utover hovedmodellen, altså 68 % av landets kommuner (IPSOS, 2018, s. 14).

Nye tall fra 2022 viser at 81% av kommunene subsidierer fastlegeordningen utover hovedmodellen (IPSOS, 2022, s. 16). Det er altså en økning fra 2018. 8 av 10 kommuner subsidierer fastlegeordningen utover hovedmodellen (IPSOS, 2022, s. 33), og 8 av 10 av kommunene som subsidierer fastlegeordningen har også merkostnader på grunn av det (IPSOS, 2022, s. 33).

### **2.4.4 Hvilke typer egenfinansiering/subsidieringsløsninger benytter kommunene**

Undersøkelsen fra 2018 (IPSOS, 2018) viste at de fleste kommunene som subsidierte fastlegeordningen benyttet seg av gunstige avtaler som leie av praksislokaler/utstyr til næringsdrivende (58%), avtaler om dispensasjon av kommunale støttefunksjoner eller annet helsepersonell (57%), eller bruk av fastlønn (55%) (IPSOS, 2018, s. 15). Bruk av vikarer og vikarbyrå ble også noe brukt (31%). Ekstra lønn eller andre goder til fastleger ved pliktig legevaktjeneste (23%), ekstra fridager (21%) og bonusavtaler (15%) ble mindre benyttet av kommunene som subsidiering til fastlegeordningen (IPSOS, 2018, s. 15).

De nyeste tallene fra undersøkelsen fra 2022 (IPSOS, 2022) viser at de fleste kommunene benytter seg av fastlønn (70%) som subsidiering til fastlegeordningen (IPSOS, 2022, s. 18). Det er en økning fra 2018. Flere kommuner benytter seg også av avtaler om leie i praksislokaler og/eller utstyr til næringsdrivende (53%), avtale om disp. av kommunale støttefunksjoner eller annet helsepersonell (51%), og bruk av vikarer og vikarbyrå (50%) (IPSOS, 2022, s. 18). Ekstra lønn eller andre goder til fastleger ved pliktig legevaktjeneste (31%) blir noe brukt av kommunene. Bonusavtaler (21%), ekstra fridager (18%) og sykelønnsordninger eller andre velferdsgoder (16%) blir mindre brukt som subsidiering til fastlegeordningen (IPSOS, 2022, s. 18).

#### **2.4.4 Oppfølgingsundersøkelse 2022**

Resultater fra undersøkelsen 2022 viser at flere kommuner har utfordringer med å rekruttere og beholde fastleger. Dette gjelder ikke bare de mindre kommunene, men utfordringene øker også blant de mer sentrale kommunene (IPSOS, 2022, s. 8). Mange kommuner ser seg nødt til å subsidiere utover fastlegeordningens hovedmodell for å kunne gjøre det attraktivt for fastleger og beholde dem over tid (IPSOS, 2022, s. 8)

Det finnes flere årsaker til at kommunene egenfinansierer eller subsidierer fastlegeordningen. I IPSOS (2022) rapporten finner vi at 93 % av kommunene som egenfinansierer eller subsidierer den ordinære fastlegeordningen, gjør det for å beholde fastleger over tid, og 84% av kommunene gjør det med mål om å rekruttere fastleger (IPSOS, 2022, s. 22). Hovedårsaken til at kommunene velger å egenfinansiere eller subsidiere fastlegeordningen, er altså at de ønsker å rekruttere og beholde fastleger (IPSOS, 2022, s. 22).

Videre subsidierer 48 % av kommunene fastlegeordningen for å få bedre dekning til andre allmennoppgaver som øyeblikkelig-hjelp, døgnopphold, sykehjem, helsestasjon m.m. (IPSOS, 2022, s. 22).

#### **2.4.5 Ekspertutvalg**

I august 2022 dannet regjeringen et ekspertutvalg som skulle jobbe med forslag til tiltak for å få en bærekraftig ordning (Regjeringen, 2023). I rapporten kom det frem at utfordringene med allmennlegetjenesten har økt, flere kommuner sliter med rekruttering, færre unge leger søker jobb innen allmennlegetjenesten, og flere innbyggere står uten fastlege (Regjeringen, 2023). Ekspertutvalget listet opp flere forslag til endringer i rapporten, som blant annet økt

basistilskudd, flere LIS1-plasser, og etablere nye arbeidsformer og rammer i legevakttjenesten (Regjeringen, 2023).

Fra 1. mai 2023 økte rammen for basistilskuddet, ble pasienttilpasset og beregningen av basistilskuddet ble lagt om (Helfo, 2023). Det var ett av tiltakene ekspertutvalget hadde arbeidet med. Rapporten vil videre bli fulgt opp i arbeidet med statsbudsjettet for 2024, i Nasjonal helse- og samhandlingsplan som fremlegges mot slutten av 2023, og i meldingen om prehospitaltjenester som fremlegges mot slutten av 2024 (Regjeringen, 2023).

### 3.0 Teori

I dette kapittelet vil jeg presentere det teoretiske rammeverket for studien. Jeg vil bruke organisasjonsteori som teoretisk rammeverk og anvende Leavitt-Ry som hovedmodell. Jeg vil i tillegg anvende et kapittel i boka Velferdens organisering (2014) som teori. Kapitlet omhandler virkemidler for koordinering i samhandlingsreformen og styringsmekanismer.

#### 3.1 Leavitt diamant

I 1962 i Pittsburg, USA, ble modellen for første gang presentert på et seminar (Nielsen & Ry, 2014, s. 5) Innleggene ble i senere tid publisert i to bøker hvor Leavitt karakteriserte organisasjonsendringer ut fra fire variabler: *Oppgaver, struktur, aktører og teknologi* (Nielsen & Ry, 2014, s. 5-6).

Leavitt definerte de fire variablene slik: Oppgaver referer til organisasjonens hensikt og grunnlag i form av produksjon av varer og tjenester (Nielsen & Ry, 2014, s. 6). Struktur er autoritetssystemer, kommunikasjonssystemer og arbeidsfordeling (Nielsen & Ry, 2014, s. 6). Aktører referer til mennesker, og teknologi referer til maskiner, programmer og metoder (Nielsen & Ry, 2014, s. 6).

Leavitt påsto at man måtte se de forskjellige variablene i et dynamisk og systemorientert perspektiv (Nielsen & Ry, 2014, s. 4). Hvis vi endrer på en variabel så må vi se på hvilke konsekvenser dette vil ha for de andre variablene (Nielsen & Ry, 2014, s. 4).

I 1978 utvidet Leavitt-modellen og inkluderte en ny variabel kalt omverdenen. Ifølge Nielsen og Rye (2014) kan organisasjoner kun forstås i samspill med omverdenen og endringer i organisasjonen vil endre omgivelsene, og omvendt (Nielsen & Ry, 2014, s. 16). Omverden er en variabel som kan ha forskjellige betydninger for ulike organisasjoner, og må derfor tilpasses den enkelte organisasjon (Nielsen & Ry, 2014, s. 16-17). I den utvidete

Leavitt-modellen fra 1978 ble også variabelen som tidligere het teknologi, endret til informasjons- og styringssystemer (Nielsen & Ry, 2014, s. 16).

Opprinnelig var Leavitts diamantmodell ment til å analysere organisasjonsendringer, men den har vist seg å være svært anvendelig og å ha flere funksjoner. Modellen kan blant annet brukes til å analysere organisasjonsproblemer (Nielsen & Ry, 2014, s. 6). Den kan anvendes til å sammenligne to eller flere organisasjoner, eller sammenligne samme organisasjon på forskjellige tidspunkter (Nielsen & Ry, 2014, s. 7). Modellen har også vist seg å være god til beskrivelsesformål, og innenfor de fire variablene tilordne data fra en «komplisert verden» (Nielsen & Ry, 2014, s. 7). På bakgrunn av det sistnevnte, har jeg valgt jeg å bruke Leavitt-modellen til å beskrive fastlegetjenesten med formål om å få bedre oversikt over ordningen i Lister.

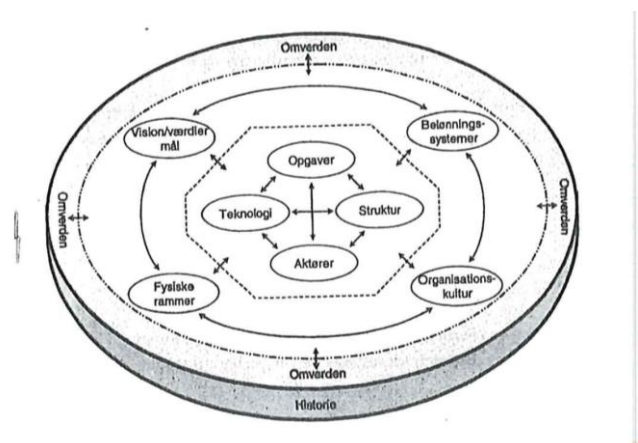
### 3.2 Leavitt-Ry-Modellen

Modellen er basert på Leavitts utvidete modell. Omverdenen er fortsatt inkludert i modellen, men informasjons- og styringssystemer har endret navn til teknologi slik som den gjorde i Leavitts simple modell.

Nielsen og Rye (2014) laget en egen variant av Leavitt-modellen. De mente at man burde ha kjennskap til flere teorier for å kunne utnytte alle mulighetene i de enkle Leavitt-modellen (Nielsen & Ry, 2014, s. 33). Derfor bygget de videre på modellen ved å tilføye nye variabler som visjon/verdier/mål, belønningssystemer, organisasjonskultur, fysiske rammer og historie. I avsnittet under finner vi en kort beskrivelse av de nye variablene:

#### Fysiske rammer

Fysiske rammer baserer seg på den fysiske strukturen, og referer til geografi, Lay-out og design/decor. Geografi omhandler lokalisering. Lay-out omhandler bygg- og innredningen, og design/decor omhandler stilen på bygget, både på innsiden og utsiden (Nielsen & Ry, 2014, s. 22).



Figur 3.2. Leavitt-Ry-modellen. (Nielsen & Ry, 2014, s. 21).

## **Organisasjonskultur**

Organisasjonskultur omhandler kulturen i organisasjonen. Nielsen og Rye (2014) har benyttet Scheins modell som skiller mellom tre kulturnivåer (Artefakter, synlige verdier og grunnleggende antakelser) for å analysere verdier og grunnleggende antakelser i en virksomhet (Nielsen & Ry, 2014, s. 23-24).

## **Belønningssystemer**

Når det gjelder belønningssystemer var Nielsen og Rye (2014) inspirert av Galbraiths stjernemodell, hvor belønningssystem inngår i modellen. Galbraith mente at det ikke bare handlet om lønn, men omfattet også innflytelse, videreutdanning, etterutdanning, deltakelse på viktige møter og prosjekter, forfremmelse, og diverse frynsegoder (Nielsen & Ry, 2014, s. 27).

## **Visjon/verdier/mål**

På bakgrunn av Nielsen og Rye (2014) sine drøftinger, diskusjoner og kommentarer fra studenter og kursdeltakere, valgte de å legge til variablene visjon, verdier og mål (Nielsen & Ry, 2014, s. 28). Visjon er et håp og et mål om hvor langt organisasjonen kan nå. Visjonen skal være realistisk og troverdig (Nielsen & Ry, 2014, s. 29). Verdier og verdibasert ledelse har fått mye fokus, de siste årene. Det er et emne som har blitt skrevet mye om (Nielsen & Ry, 2014, s. 29). Når det gjelder mål så kommer det før handling og blir beskrevet som en viktig ledelsesretorikk (Nielsen & Ry, 2014, s. 29).

## **Historie**

Historie fremstilles på bunnen av modellen, under de andre variablene. Historie beskriver fortiden, erfaringer og hendelser som organisasjonen har vært utsatt for, samt oppfattelser av den (Nielsen & Ry, 2014, s. 30-31).

## **3.2 Virkemidler for koordinering**

I samhandlingsreformen har staten pålagt kommunene og helseforetak å samarbeide om tjenester. Dette kalles koordineringsmandat (Torjesen & Vabo, 2014, s. 140). Det er tre ulike styringsmekanismer som kan bidra til koordinering og det er hierarki, nettverk og marked



(Torjesen & Vabo, 2014, s. 140).

I boka *Velferdens organisering* (2014) er det beskrevet hvilke virkemidler som ble brukt til å koordinere lokale helse- og omsorgstjenester i Samhandlingsreformen (Torjesen & Vabo, 2014, s. 139). Det ble tatt i bruk en forenklet typologi hvor det ble satt inn koordineringsvirkemidler som staten benyttet seg av og tiltak som staten, med sin virkemiddelbruk, satte i verk i kommunene og helseforetakene (Torjesen & Vabo, 2014, s. 140). Typologien skiller mellom styringsinstrumenter, organisatoriske virkemidler, og koordineringsmekanismer (hierarki, nettverk og marked) (Torjesen & Vabo, 2014, s. 140).

Koordineringsvirkemidlene som ble tatt i bruk i samhandlingsreformen var blant annet strategisk styring, finansiell styring, interorganisatorisk kultur- og kunnskapsadministrasjon, prosedurale instrumenter og organisatoriske virkemidler (Torjesen & Vabo, 2014, s. 141-142). Organisatoriske virkemidler består av flere underkategorier.

Koordinering i et hierarki skjer med autoritet, og samarbeidet styres gjennom oppmuntring, overtalelse eller pålegg (Torjesen & Vabo, 2014, s. 140). Kommunalt ansatte fastleger, er ansatte i kommunen. Fastlegene blir styrt av kommunen under hierarkiske styringsmekanismer.

I den ordinære fastlegeordningen er fastlegene selvstendig næringsdrivende. Til tross for at fastlegene er næringsdrivende så er de underlagt hierarkisk styring i kommunen og av kommuneoverlegen, Statens helsetilsyn og lovverket. Selvstendig næringsdrivende fastleger har en fastlegeavtale som de skal forholde seg til. Fastlegeavtalen er en individuell avtale mellom den enkelte fastlegen og kommunen (Helsetilsynet, 2023). Fastlegeavtalen er et viktig styringsverktøy for kommunen når det gjelder å oppfylle de lovpålagte pliktene og rammene for fastlegene (Helsetilsynet, 2023). Fastlegeavtalen er et eksempel på kommunen som bruker et hierarkisk basert styringsvirkemiddel.

I 2022 dannet kommunestyret i Farsund en arbeidsgruppe som skulle jobbe med utfordringer som rekruttering og ledige fastlegehjemler (Hoel, 2023). Gruppen bestod av kommunalsjef, tillitsvalgt fastlege, tillitsvalgt vararepresentant for fastlegene, politiker fra levekårsutvalget og leder i levekårsutvalget (Hoel, 2023). Arbeidsgruppen hadde jevnlig møter hvor de diskuterer synspunkter og kom med innspill. Koordineringen mellom de ulike aktørene skjer gjennom nettverk, som er et eksempel på styringsmekanismen i dette samarbeidet.

Koordinering i et marked skjer ved bytte og konkurranse, og styringen er basert på insentiver som gjør samarbeidet lønnsomt (Torjesen & Vabo, 2014, s. 140). I Lister er det få

fastleger på markedet. Dette gjør at kommunene konkurrer med andre kommuner om fastlegene. Kommunene bruker ulike incitament for å gjøre seg attraktive for fastlegene.

## 4.0 Metode

I dette kapitlet vil jeg gjøre rede for hvilken undersøkelsesdesign og metode jeg skal bruke. Jacobsen (2015) definerer metode på denne måten: «Metode er de teknikker som anvendes for å tilegne seg kunnskap om virkeligheten» (Jacobsen, 2015, s. 23). Ifølge Jacobsen (2015) vil dette i praksis innebære en konsentrasjon om hvordan vi kan samle inn empiri om virkeligheten på en god måte som overhodet mulig (Jacobsen, 2015, s. 16).

### 4.1 Undersøkelsesdesign

Jacobsen (2015) mener at vi bør velge et undersøkelsesopplegg som passer best til den spesielle problemstillingen (Jacobsen, 2015, s. 64). Det finnes ulike typer undersøkelsesopplegg som vi kan benytte oss av. De forskjellige undersøkelsesoppleggene har ulike styrker og svakheter, og valg av undersøkelsesopplegg vil ha store konsekvenser for undersøkelsens gyldighet (Jacobsen, 2015, s. 89).

Jeg har en eksplorerende problemstilling. Hensikten med en eksplorerende problemstilling er å få en dypere forståelse av hva et fenomen egentlig består av (Jacobsen, 2015, s. 80). For å finne ut hva fenomenet egentlig består av, må vi avdekke relevante variabler og finne ut hvilke verdier som finnes på de ulike variablene (Jacobsen, 2015, s. 79).

Jeg har valgt en casestudie i form av små N-studier som undersøkelsesopplegg. Med små N-studier, velges det ut et få antall, som vanligvis er knyttet til et område som er naturlig begrenset (Jacobsen, 2015, s. 106). I dette tilfellet vil studien være begrenset til Listerregionen. Små N-studier er godt egnet til denne oppgaven, siden jeg skal fokusere på et spesifikt fenomen, få frem ulike oppfatninger om fastlegeordningen og se fenomenet fra ulike ståsteder (Jacobsen, 2015, s. 106).

Studien har et intensivt undersøkelsesopplegg. Intensive opplegg undersøker dybden på et fenomen, og den gir en grundig forståelse av hvordan virkeligheten er, hvordan den oppfattes og hvordan det henger sammen (Jacobsen, 2015, s. 90). Intensive undersøkelser har mange variabler og få antall enheter. (Jacobsen, 2015, s. 91).

Videre har undersøkelsesopplegget en fortolkningsbasert, induktiv tilnærming. Det vil si at forskeren forsøker å legge til så lite føringer som mulig på informasjonen som samles inn (Jacobsen, 2015, s. 127). Informasjonen som samles inn, blir strukturert og satt i kategorier som så blir koblet sammen. Det er undersøkelsesenheten som bestemmer hvilken informasjon som er relevant, og på denne måten får forskeren inn informasjon som er «virkelighetsnær» (Jacobsen, 2015, s. 127).

## **4.2 Casestudie – Kommunene i Lister**

Utfordringer med fastlegeordningen, mht. lav kapasitet og stabil fastlegedekning er et fenomen som foregår i hele landet. Med tanke på tid og studiens omfang, har jeg valgt å avgrense studien til en region, Lister regionen. Lister består av seks kommuner; Farsund-, Lyngdal-, Flekkefjord-, Kvinesdal-, Hægebostad- og Sirdal kommune.

Kvinesdal kommune er den kommunen i Lister som gjennomgående har hatt stabil fastlegedekning og mest ledig kapasitet (Støle, 2022a). Fastlegedekningen i Sirdal- og Hægebostad kommune er også stabile.

Lyngdal- og Flekkefjord kommune har derimot hatt større utfordringer. Lyngdal kommune har hatt store utfordringer med kapasiteten. Utfordringene har vært så store at legene i kommunen har sendt en bekymringsmelding til Statsforvalteren om uforsvarlig legedekning i kommunen (Enoksen, 2022).

Flekkefjord kommune har klart å dekke behovet ved bruk av vikarer. Det er satt i gang en løsning hvor kommunen får hjelp av seks leger fra sykehuset og fire helsesekretærer. Det vil bli et ettermiddagstilbud 1-2 dager i uken på legesentrene med kun planlagte konsultasjoner. Legene er vikarer på legesentrene i tillegg til sin faste jobb på sykehuset (Frøsland, 2022).

Farsund kommune har ikke nok fastleger til å dekke alle hjemlene i kommunen (O. Hoel, 2023). Det er satt ned en arbeidsgruppe som skal komme med forslag til hvordan de kan styrke fastlegeordningen, og hvordan de kan fylle de ledige hjemlene (O. Hoel, 2023).

## **4.3 Valg av metode**

Fastlegene har et stort press på seg da flere av dem jobber over 50 arbeidstimer i uken (Støle, 2022b). Hvis jeg skal ha mulighet til å undersøke fastlegeordningen og bruke fastlegene som undersøkelsesenheter, må jeg tilpasse metoden. Jeg velger derfor å ta utgangspunkt i kvalitativ tilnærming i form av intervju, og intervjuer fastleger og personer som jobber tett på dem. Dette vil være et bedre alternativ, fordi det er en risiko for at fastlegene lar være å stille opp til intervju på grunn av høyt arbeidspress. Andre personer utenom fastlegene som jeg ønsker å intervjuer er kommuneoverleger, kommunalsjefer, tillitsvalgte og avdelingsledere innen helse.

Måten jeg har innhentet informasjon, er ved å benytte snøballmetoden. Det er en form for tilgjengelighetsutvalg, som betyr at jeg rekrutterer deltakere basert på selvseleksjon (Thagaard, 2018, s. 56). Med snøballmetoden vil informantene introdusere eller anbefale andre informanter (Repstad, 2014, s. 57). Her må man være oppmerksom på at informantene kan anbefale andre informanter som har lignende meninger (Repstad, 2014, s. 57). Jeg har forsøkt å unngå denne fallgruven ved å spørre informantene om de vet om andre informanter som kan mer, eller som har en annen vinkling på tema.

Fremgangsmåten er slik at jeg velger ut noen deltakere til intervju. Deltakerne har kunnskap mht. å rekruttere og beholde fastleger, og de er relevante for problemstillingen. Etter intervjuet ber jeg dem om kontaktinfo til andre som har mer kunnskap om fenomenet, og slik fortsetter snøballen å «rulle» frem til jeg har fått samlet inn nok informasjon til å kunne besvare problemstillingen.

Kvalitativ metode i form av intervju, vil gi oppgaven dybde og innsikt i fenomenet. Fordelen ved å benytte seg av kvalitativ metode, er at det gir stor grad av nærhet, nyanserikdom og fleksibilitet i forhold til problemstillingen (Jacobsen, 2015, s. 129-130). En kvalitativ tilnærming vil i stor grad gi nærhet mellom forsker og informant (Jacobsen, 2015, s. 129). Forskeren påtvinger ikke informanten faste spørsmål med faste svaralternativer (Jacobsen, 2015, s. 129). Kvalitative data er åpne og vil ofte være nyanserte fordi informanten gir sine meninger av et forhold. Dataen får frem det spesifikke og unike ved en respondent og vil i mindre grad fange opp det generelle (Jacobsen, 2015, s. 130). Kvalitativ tilnærming er også fleksibelt fordi problemstillingen og forskningsprosessen ikke er låst. Det er mulig å endre på den underveis i prosessen etter hvert som vi får mer informasjon (Jacobsen, 2015, s. 130).

Kvalitativ tilnærming har også noen ulemper ved seg. Det er først og fremst ressurskrevende siden et intervju tar lang tid. Vi må prioritere nyanser i stedet for å ha mange

enheter (Jacobsen, 2015, s. 131). Vi kan møte på generaliseringsproblemer. Siden vi intervjuer et fåtall personer vil vi kunne få problemer med representativiteten og den eksterne gyldigheten (Jacobsen, 2015, s. 131). Innsamlet data inneholder mange ord, mye informasjon og er ustrukturert. Dette gjør dataen mer kompleks og krevende å jobbe med. (Jacobsen, 2015, s. 131). Vi kan få en undersøkelseeffekt etter et intervju. Dette kan føre til at vi måler noe vi selv har skapt i stedet for å måle hvordan respondenten opplever fenomenet. En effekt kan for eksempel være en fremmed som stiller for personlige spørsmål under et intervju. Spørsmålet er om vi får hele sannheten. (Jacobsen, 2015, s. 132). For stor fleksibilitet kan også føre til en dårlig sirkel hvor man stadig får inn ny informasjon og ikke klarer å bli ferdig med undersøkelsen. Problemstillingen kan ende opp med å bli dramatisk endret og undersøkelsen kan bli noe helt annet enn planlagt (Jacobsen, 2015, s. 132).

#### **4.4 Utvalgsriterier**

Jeg startet utvelgelsen ved å ta kontakt med aktuelle informanter som jeg visste hadde kunnskap om kommunen, fastlegene og fastlegeordningen. Videre brukte jeg snøballmetoden, for å få kontakt med andre aktuelle informanter.

#### **4.5 Forberedelser til intervju**

På forhånd visste jeg at det var mye informasjon som skulle behandles, derfor ønsket jeg å bruke diktafon til å ta opp intervjuene. I oktober 2022 sendte jeg inn en søknad til Norsk senter for forskningsdata (NSD) for vurdering av behandling av personopplysninger. I søknaden ble informasjonsskriv til informantene og intervjuguide vedlagt. I november 2022 ble søknaden vurdert og behandling av personopplysninger godkjent. Jeg satte i gang intervjuene med det samme. Jeg brukte Nettskjema diktafon app til å ta lydopptak av alle intervjuene. Siden opptakene skulle brukes til forskningsmål, måtte jeg ha NSD/REK godkjenning (Universitetet i Oslo, 2022).

I god tid før intervjuene fikk informantene tilsendt et informasjonsskriv med samtykkeerklæring på mail. Før intervjuet hadde vi en muntlig gjennomgang av problemstillingen, kontaktinformasjon og deres rettigheter. De ble informert om at de kunne trekke seg når som helst under prosessen. Jeg fikk også skriftlig samtykke av informantene før intervjuprosessen startet.

## 4.6 Gjennomføring av intervjuene og datainnsamling

Jeg hadde på forhånd laget en avtale med informantene om hvor og når vi skulle møtes. Intervjuene forgikk for det meste på informantenes arbeidsplass som kontor, møterom og pauserom. Jeg hadde på forhånd laget en intervjuguide som mal for intervjuene. Det hente at informantene kom med helt ny informasjon som jeg ikke var kjent med. I disse tilfellene valgte jeg å spore av fra intervjuguiden og gå litt mer i dybden. Informasjonen var nyttig for å kunne danne seg et bedre helhetsbilde. Intervjuene fortsatte videre etter intervjuguide. Etter at jeg hadde foretatt elleve intervjuer, vurderte jeg at jeg hadde fått inn nok materiale til å kunne besvare problemstillingen.

Det var et bredt spekter av informanter som stilte til intervju. Det førte til at jeg fikk forskjellige vinklinger og synspunkter på fastlegeordningen i Lister. Åtte av intervjuene var oppmøte og hadde en varighet på ca. 45 min. Tre av intervjuene var over telefon og hadde en varighet på ca. 20-30 min.

## 4.7 Transkribering

Transkribering er en ifølge Jacobsen (2015) en del av dokumentasjonen. I denne fasen brukte jeg ca. fire måneder på å gjennomføre intervjuene og transkribere alle lydfilene. Jeg transkriberte fortløpende etter intervjuene. Det var mye datamateriale som skulle transkriberes. I gjennomsnitt tilsvarte det ca. 10 sider per informant.

Informantenes fulle navn og kommune ble bytte ut med andre navn for å bevare anonymiteten. Jeg brukte en koblingsnøkkel som var nedskrevet for hånd. Den inneholdt de opprinnelige navnene til informantene og kommunene de tilhørte. Koblingsnøgkelen ble brukt for å bevare anonymiteten og for å holde styr på hvem informantene var, og hvilken kommune de tilhørte.

Under transkripsjonen ble setninger skrevet ned slik som de ble sagt, og ord som «Mmm» ble lagt til. Det hente at noen ord var uklare eller var vanskelige å forstå. Disse ordene ble erstattet med «xx?» for å signalisere at noe var uklart. De uklare ordene og uferdige setningene hadde ingen innvirkning på forståelsen av selve samtalen.

## 4.8 Intern og ekstern gyldighet

Intern gyldighet ser om resultatene eller data oppfattes som riktige (Jacobsen, 2015, s. 228). I det neste avsnittet vil jeg vurdere den interne- og eksterne gyldigheten til metoden og resultatene.

Informantene som stilte til intervju, hadde ulike bakgrunner. De som stilte til intervju var blant annet fastleger, kommunalsjefer, kommuneoverleger, politikere, enhetsledere og avdelingsledere innen helse. Informantene hadde ulike roller i samfunnet, noe som bidro til et variert syn på fastlegeordningen. Det informantene hadde til felles var at de jobbet tett på fastlegene, og kjente til ordningen. Jeg fikk tak i de informantene jeg ønsket å intervju og jeg er fornøyd med variasjonen av deltakere.

Innsamlet data fra ti informanter, var førstehåndskilder som hadde opplevd utfordringer med fastlegeordningen selv. Kun en informant var andrehåndskilde som gjenfortalte det andre hadde fortalt dem.

En informant hadde lite kunnskap om fastlegeordningen, og en annen informant var relativt fersk på området. Ellers hadde resten av informantene mye kunnskap om ordningen.

Muligheten for at kildene gir et skjevt bilde av virkeligheten vil være til stede. Et eksempel på dette var ved spørsmål om fastlegene hadde noen avtaler med kommunen. Da fikk jeg ulike svar fra informanter som var fra samme kommune. Dette kom til syne da informanten ble kontrollert opp mot andre informanter. Det samme skjedde da informantene fikk spørsmål om virkemidler og tiltak. Det er mulig at informantene, ubevisst, holdt tilbake informasjon, eller at de rett og slett glemte å informere om det.

Da informantene fikk spørsmål om tiltak som kan løse dagens situasjon med fastlegeordningen og fastlegedekningen, svarte to informanter svært likt. Selv om informantene svarte på noe helt ufarlig, så gav det et inntrykk av at de hadde snakket sammen om temaet før og at de hadde felles motiv. Begge informantene var fra to forskjellige kommuner, men de hadde tidligere deltatt på samme møte angående fastlegeordningen. Dette samspillet kan gi et skjevt bilde av virkeligheten, og det kan være en trussel mot gyldigheten. Det kan også være en naturlig årsak som at de begge har deltatt på samme møte og har samme syn på temaet.

Informantene var stort sett uavhengige av hverandre, men vi må ta i betraktning at Lister er en liten region hvor mange kjenner hverandre. Informantene kan derfor ha felles motiver, som kan påvirke gyldigheten.

Datamaterialet ble samlet inn under en periode på ca. fire måneder. Underveis i prosessen tilegnet jeg meg mer kunnskap om fenomenet, noe som gjorde det enklere å stille

spørsmål og be om utdypende svar. Informantene ble stilt de samme spørsmålene fra intervjuguiden. Det ble derfor ikke noen merkbare forskjeller fra de første og siste intervjuene.

Intervjuene foregikk stort sett etter intervjuguiden, men de kunne legge til informasjon som de mente var viktig underveis. På slutten av intervjuet ble informantene spurt om de ønsket å legge til noe som var viktig for å belyse problemstillingen. De ble også spurt om de hadde noe mer de ønsket å legge til. De fikk da muligheten til å legge til informasjon.

Ekstern gyldighet eller overførbarhet ser om funnene kan generaliseres til andre, enn de vi har undersøkt (Jacobsen, 2015, s. 237).

I denne studien ble 11 informanter intervjuet. 11 informanter er for lite til å kunne representere alle fastlegene i Norge. Antall enheter er derimot mer representativt for fastlegene i en region. Etter 11 intervjuer, var det lite informasjon som var nytt. Intervjuene oppnådde en form for metning, og ble deretter vurdert til å være tilstrekkelig informasjon for å kunne besvare problemstillingen. Videre kunne man ha intervjuet flere informanter, og få mer respons som dermed kunne økt sannsynligheten for å generalisere funnene (Jacobsen, 2015, s. 238).

Informantene ble valgt ut fordi de hadde mye kunnskap om fastlegeordningen, og fordi de så fastlegeordningen fra ulike ståsteder. De utvalgte hadde stor spredning til å være førstehåndskilder, men samtidig var spredningen liten fordi utvalget var stort sett fra førstehåndskilder og lite fra andre kilder.

## **4.9 Reliabilitet**

I utgangspunktet skulle alle intervjuene gjøres under oppmøte, men noen av informantene hadde lite tid å avse, og telefonintervju ble derfor det beste alternativet. I ettertid ser jeg at det oppstod en intervjuereffekt. Informantene var tydelig mer skeptiske og nølende på noen av spørsmålene de ble stilt. De følte seg ikke like komfortable som informantene ved oppmøte. Jeg oppdaget at tilliten oppstod raskere og mer naturlig ved oppmøte. Antakeligvis er det enklere for informanter å vurdere intervjueren utfra ansiktsuttrykk, kroppsspråk og mimikk. Alt dette mister man over telefon.

Intervjuene ble stort sett holdt på informantenes arbeidssted. Telefonintervjuene foregikk hjemme hos informantene, og i bilen på vei til jobb. Intervjuet i bilen var i en kunstig



kontekst, men informanten virket komfortabel og intervjuet foregikk uten noen form for konteksteffekt.

Ellers var intervjuene planlagte. Informantene var kjent med når og hvor de skulle møte. De fikk informasjon om tema og ca. hvor lenge intervjuene ville vare. Intervjuene ble stort sett foretatt på formiddagen, bortsett fra to telefonintervjuer som ble foretatt på ettermiddagen.

## 5.0 Analyse

I dette kapitlet vil jeg presentere selve prosessen fra lydopptak til tekst og analysedelen. I kvalitativ analyse reduserer vi tekster til mindre deler som avsnitt, ord og setninger, og binder delene sammen igjen for å se helheten i muligens nytt lys (Jacobsen, 2015, s. 198). Ifølge Jacobsen (2015) består analyseprosessen av kvalitativ data i praksis av fire faser: *dokumentere, utforske, systematisere og kategorisere, og sammenbinde* (Jacobsen, 2015, s. 199).

### 5.1 Dokumentere

I denne fasen arbeider vi med rådata. Etter at intervjuene er gjennomført, sitter vi igjen med rådata som må bearbeides. Under intervjuene brukte jeg Nettskjema diktafon app for lydopptak, som gir en komplett form for registrering av data (Jacobsen, 2015, s. 200). Lydopptakene ble videre transkribert fra lydfil til tekst. Jacobsen (2015) mener at transkribering er tidskrevende, men det gjør det enklere å bevege framover eller bakover i samtalen, og det gjør analysen lettere for forskeren (Jacobsen, 2015, s. 201-202).

#### 5.1.1 Annotering

Etter intervjuene laget jeg en kort annotering av informantene. Jacobsen (2015) mener at det er fornuftig å lage dette slik at vi har et kort sammendrag av intervjuene (Jacobsen, 2015, s. 205). Siden informantene var anonyme, måtte jeg bruke koblingsnøkkelen for å holde styr på hvem deltakerne var og hvilken kommune de tilhørte. Anonymiteten ble derfor tatt hensyn til i annoteringen.

Annoteringen inneholdt informasjon som alder, kjønn, varighet på intervjuet, hvor og hvordan intervjuet foregikk, kort oppsummering av samtalen, samt notater om interessante



### 5.3.1 Kategorisering og sammenbinding

Jacobsen (2015) beskriver kategorisering slik: «Kategorisering innebærer at vi «brekker opp» temaet i mindre enheter, og dernest at vi samler ulike deler av teksten i disse enhetene» (Jacobsen, 2015, s. 207).

Jeg brukte en form for kategorisering som kalles åpen koding (Jacobsen, 2015, s. 207). Åpen koding er en prosess hvor data som omhandler det samme, samles i en gruppe kalt kategori (Jacobsen, 2015, s. 207). På denne måten splitter vi opp teksten og sorterer i flere, samt mindre grupper data (Jacobsen, 2015, s. 207).

For å danne kategorier brukte jeg intervjuguiden, og temaene i guiden som utgangspunkt. Jeg brukte også kategorier basert på bakgrunn og teori i oppgaven. Til slutt hadde jeg en gjennomlesing hvor jeg fant relevante kategorier basert på data. Da jeg var ferdig med å danne kategorier, plasserte jeg kategoriene inn i overordnede tema. Videre ble noen av kategoriene delt opp i underkategorier som var mer detaljerte. Prosessen ble tegnet ned på ark med en hieratisk oppstilling. Til slutt fylte jeg inn data som utsagn og sitater fra informantene, inn i de kategoriene de tilhørte. Noen utsagn tilhørte flere kategorier.

I tillegg til den hieratiske fremstillingen brukte jeg en temabasert datamatrixe beskrevet av Repstad (2014). Metoden går ut på å lage en datamatrixe hvor kolonner nedover representerer tema, og rader bortover representerer informantene (Repstad, 2014, s. 129). Den temabaserte datamatrixen egner seg godt når man leter etter sammenhenger og mønstre i materialet (Repstad, 2014, s. 130). Matrixen ble nedskrevet på en rull tilsvarende 1,5 meter og hengt på veggen. Jeg fylte ut datamatrixen med utsagn og sitater fra informantene, og fikk en god oversikt over saksfeltene, samt felt som var tynne.

Under sammenbinding kan man koble sammen informasjonen og se om det finnes noen kausale sammenhenger mellom dataene (Jacobsen, 2015, s. 213). Siden dette er en kvalitativ studie, brukte jeg direkte sitater fra informantene til å belyse de ulike kategoriene, generelle funn og avvik.

## 6.0 Presentasjon av data

I dette kapittelet vil jeg presentere datamaterialet og funn. Jeg har delt funn i to ulike enheter. Den ene enheten består av kommuner som praktiserer selvstendig næringsdrivende fastleger, og den andre enheten består av kommuner som praktiserer kommunalt ansatte fastleger.

Temaene er fordelt i ulike kategorier, hvor noen av dem har underkategorier. Oppdelingen gir muligheten til å sammenligne kategoriene på tvers av enhetene.

I samfunnsvitenskapelige forskning er målet å uttale seg om noe generelt og dermed forsvinner de unike detaljene (Jacobsen, 2015, s. 224). Siden dette er en eksplorativ studie så har jeg tatt med noen av de unike detaljene.

## 6.1 Organisering av fastlegeordningen

I dette avsnittet vil jeg presentere organisering av fastlegeordningen i Lister og de ulike driftsformene kommunene bruker. Vi skiller mellom enhetene selvstendig næringsdrivende- og kommunalt ansatte fastleger:

Organisering av fastlegeordningen varierer i Lister. Blant de næringsdrivende finner vi tre ulike måter å praktisere det på:

1. Den ene driftsformen er rent selvstendig næringsdrivende praksis som er hovedmodellen.
2. Den andre driftsformen er selvstendig næringsdrivende med subsidier. Dette kan være ekstra goder eller avtaler som fastlegene har med kommunen.
3. Den tredje driftsformen ligner 8.2-avtalen hvor fastlegene er selvstendig næringsdrivende, men kommunen stiller med hjelpepersonell, utstyr og drift. Forskjellen fra 8.2-avtalen, er at fastlegene har en avtale med kommunen om å betale en viss sum for drift.

Blant de kommunalt ansatte fastlegene finner vi tre ulike måter å praktisere det på:

1. En variant er vanlig kommunalt ansatt fastlege med fastlønn og fast arbeidstid.
2. En annen variant er kommunalt ansatt fastlege med fastlønn og fleksibel arbeidstid, som kombinerer dette med hjemmekontor.
3. En tredje driftsform er nordsjøturnus. I dette tilfellet er det en kombinasjonsstilling hvor man både har legevakt- og fastlegerollen. Det er en måte å tilrettelegge

arbeidstiden på. I friukene har fastlegene hjemmekontor hvor de følger opp pasientene.

## 6.2 Økonomiske virkemidler:

I dette avsnittet vil jeg presentere de økonomiske virkemidlene som kommunene bruker for å rekruttere og beholde fastleger i Lister. Ifølge Torjesen & Vabo (2014) brukes finansielle- og markedsliknende styringsvirkemidler med incentiver til å styre organisasjonen mot en ønsket retning (Torjesen & Vabo, 2014, s. 141-144).

I forbindelse med økonomiske virkemidler dukket det opp tre kategorier på tvers av enhetene. Det var lønn, tilskudd og goder. Tre kommuner i Lister som praktiserer fastlønn bruker bonus som økonomisk virkemiddel. Dette virkemiddelet har ikke de næringsdrivende fastlegene. Bonusen varierer litt mellom kommunene, men det de har til felles er at de fastlønnede får en viss prosentandel av refusjonen fra HELFO som egentlig skal gå til kommunen.

Tilskudd er et markedsliknende styringsvirkemiddel som benyttes av fire kommuner i Lister. To kommuner i Lister bruker starttilskudd slik at nye fastleger kan få en mykere økonomisk start når de skal kjøpe hjemmel. Virkemiddelet er rekrutterende og gjør det lønnsomt for nyetablerte å starte sin egen praksis.

*Sitat: «Det er et engangsbeløp som du får rett og slett ved å ta stillingen, som du da kan bruke til å kjøpe deg inn i praksis».*

Tre av de fire kommunene forteller at de får utjamningstilskudd. Tilskuddet er en kompensasjon for de med ufrivillige korte lister (Helsedirektoratet, 2022).

Goder varierer fra kommunalt ansatte til selvstendig næringsdrivende. En kommune som praktiserer selvstendig næringsdrift, får dekket noen sykedager og sykt-barn dager av kommunen. Dette er goder som kommunalt ansatte fastleger får i tre andre kommuner i Lister.

## 6.3 Juridiske virkemidler:

I dette avsnittet vil jeg presentere de juridiske virkemidlene som kommunene bruker for å rekruttere og beholde fastleger i Lister.

I forbindelse med juridiske virkemidler så var svarene litt tynne, men det kom frem at to kommuner i Lister har fastleger som arbeider redusert antall timer på legevakt. Fastlegene er i utgangspunktet pliktige til å jobbe på legevakt, men kommunene dekker opp deler av legevakten med vikarer. Siden legevakt er pålagt av overordnet myndighet, anses dette i Torjesen & Vabo (2014) som et hieratisk styringsvirkemiddel (Torjesen & Vabo, 2014, s. 140). Virkemiddelet brukes for å ta vare på de slitne fastlegene slik at de ikke blir overarbeidet.

*Sitat: «Vi jobber redusert antall vakter fordi vi fyller mange av dem med vikarer. Det gjøres i andre kommuner og interkommunal legevakt at man bruker de som vil komme frivillig å jobbe, og da blir det ikke så mye igjen på de som er fastleger og som må».*

Informanter fra tre andre kommuner svarte at de ikke hadde noen juridiske virkemidler.

*Sitat: «Ikke noe annet enn lovverket».*

## **6.4 Organisatoriske virkemidler**

I dette avsnittet vil jeg presentere de organisatoriske virkemidlene som kommunene bruker for å rekruttere og beholde fastleger i Lister. Ifølge Torjesen & Vabo (2014) brukes organisatoriske virkemidler til å koordinere ved å reorganisere eksisterende strukturer eller ved å ta i bruk nye strukturer (Torjesen & Vabo, 2014, s. 143).

Både de selvstendig næringsdrivende og kommunalt ansatte fastlegene bruker varianter av 8.2-avtalen som et organisatorisk virkemiddel. Ordinært i en 8.2-avtale skal kommunen stå for hjelpepersonell, utstyr, lokaler og drift, og fastlegen som mottar ytelsen skal refundere utlegget til kommunen (Helsedirektoratet, 2022). Hos en kommune i Lister finner vi denne organiseringen, men med litt andre avtaler i forhold til drift. Fordelen med en 8.2-avtalen er at fastlegene kan fokusere på å bare være fastleger, og tenke mindre på drift og personalansvar. 8.2-avtalen er en markedsliknende form for styring hvor kommunen kan tilby fastlegene en annen driftsform. Hvis fastlegene får tilbud om en 8.2-avtale, kan de selv velge hva som er mest lønnsomt for dem. De kan for eksempel velge å være selvstendig næringsdrivende hvor fastlegene selv har kontroll på drift, lokale og helsepersonell, eller de kan velge 8.2-avtalen

hvor fastlegene slipper å ha ansvar for drift, lokale og helsepersonell, og kommunen dekker det.

Et annet organisatorisk virkemiddel som blir brukt av to kommuner i Lister er oppkjøp av hjemler. Det har vist seg å være vanskelig for fastlegene å selge hjemlene. Det er også en økonomisk risiko for nyutdannede og tilflyttere å kjøpe en hjemmel når det er vanskelig å selge det på markedet. Kommunene har derfor kjøpt opp hjemlene og brukt det som et rekrutteringstiltak for å gjøre det enklere for nyetablerte fastleger å satse som selvstendig næringsdrivende. Dette er en markedsliknende form for styring basert på incentiver. Her kjøper kommunen opp hjemler fordi markedet og konkurransen fungerer i liten grad som den skal.

I kommunene med kommunalt ansatte fastleger bruker de forskjellige organisatoriske virkemidler. Det å jobbe som fastlege i en kommune med fastlønn, er i seg selv en form for organisatorisk virkemiddel. Som fastlønnet lege får man de samme godene som kommunale ansatte har. Fastlegene trenger ikke å tenke på pensjon og sykedager i like stor grad som selvstendig næringsdrivende.

En kommune som skiller seg litt ut fra de andre kommunene satser på mer hjelp fra helsepersonell. Tanken er å delegere oppgaver til helsepersonell slik at de kan avlaste fastlegene på enkelte områder. På denne måten får legene mer tid til å utføre arbeidsoppgavene sine.

Under intervjuene kom det frem at det har vært en økt forespørsel fra fastlegene, om bruk av nordsjøturnus i Lister. Til nå er det en kommune som benytter seg av dette organisatoriske virkemiddelet, men det er to andre kommuner i Lister som har vurdert å bruke nordsjøturnus som organisatorisk virkemiddel. Nasjonalt finner vi ulike ordninger av nordsjøturnus, men gjennomgående har de til felles at fastlegene arbeider lengre dager og jobber inn timer til avspasering. I det ene tilfellet vi har i Lister, så må fastlegene ha hjemmekontor og følge opp pasientene under friperioden. De er flere leger som rullerer på turnusen.

En tredje kommune i Lister benytter fleksibel arbeidstid og hjemmekontor med videokonsultasjon som organisatoriske virkemidler.

En informant, som arbeider i en kommune som praktiserer fastlønn, fikk spørsmål om hvilke organisatoriske virkemidler kommunen brukte for å rekruttere og beholde fastleger:

«Det er det legene har ønsket, og altså vi har ikke noen leger som har ønsket en annen modell. Og etter som jeg har forstått i fra flere og flere kommuner, så er det det de vil over på. Det å være privat praktiserende lege er ikke så attraktivt lenger, men så kan det snu igjen. Men per i dag så er det ikke det».

## 6.5 Hvilke virkemidler fungerer best?

I dette avsnittet vil jeg presentere hvilke virkemidler som informantene mener fungerer best. Informantene kunne velge blant flere kategorier.

	Fra kommuner som praktiserer selvstendig næringsdrivende fastleger	Fra kommuner som praktiserer kommunalt ansatte fastleger
<b>Lønn</b>	1	4
<b>Tilskudd</b>	4	0
<b>Miljø</b>	2	3
<b>Arbeidstid</b>	0	2
<b>Organisering</b>	7	4
<b>Fritid</b>	0	1
<b>Kurs</b>	0	1
<b>Kompetanseheving</b>	0	1

Tabell 1: Oversikt over kategorier med virkemidler som informantene mente fungert best.

### 6.5.1 Økonomi

Økonomi er en kategori og et virkemiddel som informantene mente fungerte best. Lønn og tilskudd er lagt til som underkategorier.

Fem informanter mener at lønn er et virkemiddel som fungerer bra. To av de fem informantene mener at fastlønn gir nyetablerte fastlegene en trygg økonomisk start. Fire av de fem informanter representerer kommuner som praktiserer fastlønn, og kun en av de fem informantene representerer en kommune som praktiserer selvstendig næringsdrift. Informanten fra kommunen som praktiserer selvstendig næringsdrift mener også at fastlønn kan gi fastleger en trygg økonomisk start.

Når det gjelder tilskudd, så er det fire informanter fra kommuner som praktiserer selvstendig næringsdrift som mener at dette er et virkemiddel som fungerer best. To av de fire informantene svarte at starttilskudd var et bra virkemiddel. De resterende informantene svarte at økt basistilskudd og tilskudd fra ALIS-fondet var virkemidler som fungerte best.



ALIS-avtale brukes av kommuner som har utfordringer med rekruttering. Avtalen er mellom kommunen og legen som er under spesialistutdanning i allmennmedisin, hvor særskilte tiltak og bedre tilrettelegging skal gjøre det tryggere for legen under utdanningen (Helsedirektoratet, 2022).

### **6.5.2 Miljø**

5 av 11 informanter svarte at underkategorier innen miljø var et virkemiddel som fungerte best. To av informantene, som kommer fra kommuner som praktiserte selvstendig næringsdrivende fastleger, svarte at et inkluderende miljø og et godt miljø var viktig. Tre informanter som kommer fra kommuner som praktiserer fastlønnede leger svarte henholdsvis at et godt samarbeid, god personalpolitikk, og et legesenter med flere leger som bidrar til godt fagmiljø, er noen av virkemidlene som fungerer best.

### **6.5.3 Arbeidstid**

For to informanter som kommer fra kommuner som praktiserer fastlønnede fastleger, var fleksibel arbeidstid og tilrettelegging av arbeidstid virkemidler som de mente fungerte best.

### **6.5.4 Organisering**

På tvers av enhetene så mente de fleste informantene at organisering var et av virkemiddelene som fungerte best. Syv informanter fra kommuner med selvstendig næringsdrivende leger svarte at ulike underkategorier av organisering fungerte best. To svarte henholdsvis at god veilederfunksjon, og det å være fulltallig fastleger på legesenter var virkemidler som fungerte best. To informanter svarte at 8.2-avtale fungerte best. To andre informanter svarte at hvis kommunen kjøpte opp hjemlene og gav dem bort, så ville det vært virkemidler som fungerte best. En informant svarte at det å kunne fokusere på kun sin egen liste ville være det virkemiddelet som fungerte best.

Fire informanter fra kommuner med fastlønnede leger svarte at diverse underkategorier av organisering var virkemidler som fungerte best. To av informantene svarte at reduksjon av pasientlistelengde var et virkemiddel som ville fungere best. De to andre informantene svarte henholdsvis at bruk av mer helsepersonell, og mulighet til å kunne velge mellom å ha fastlønn eller å være selvstendig næringsdrivende, var virkemidler som fungerte best.

### **6.5.5 Andre virkemidler**

Tre informanter fra kommuner med fastlønnede leger nevnte henholdsvis tre ulike kategorier som de mente fungerte best, og det var fritid, kurs og kompetanseheving. Det var kun disse informantene som mente at dette var virkemidler som fungerte best.

## **6.6 Tiltak for å rekruttere og beholde fastleger**

I dette avsnittet vil jeg presentere hvilke tiltak kommunene gjør for å rekruttere og beholde fastleger i Lister.

### **6.6.1 Rekruttering**

Når det gjelder tilskudd hos de selvstendig næringsdrivende så er det to kommuner som tilbyr signeringstilskudd eller starttilskudd. Dette er et rekrutteringstiltak som skal gi nyetablerte fastleger som skal kjøpe hjemmel en tryggere økonomisk start.

Når det gjelder utjamningstilskudd så er det minst to kommuner som benytter seg av det. Utjamningstilskudd er et tilskudd til fastleger som har avtale med en kommune som har under 5000 innbyggere, og hvor gjennomsnittlig pasientlistelengde er mindre enn 1200 innbyggere (Helsedirektoratet, 2022). Utjamningstilskudd er et tiltak som hjelper både på å rekruttere og beholde fastleger i små kommuner.

I en kommune med selvstendig næringsdrivende fastleger får turnusleger med ekstra ansvar, en prosent av takstene til kommunen som bonus. I samme kommune har de også mulighet til å få inntil seks måneder med fritak for offentlig legearbeid. Dette gir ferske leger en mykere start, og slike avtaler kan være rekrutterende.

I en annen kommune med selvstendig næringsdrivende har noen turnusleger ønsket å være lengre på legesenteret, og da har legesenteret ordnet korte vikariater for dem. Dette bidrar til at legesenteret har større sjanse for å rekruttere nye fastleger i fremtiden.

En kommune i Lister har et ekstraordinært samarbeidsutvalg som arbeider med rekruttering.

Ellers er det tre kommuner i Lister som praktiserer selvstendig næringsdrift, som er åpne for fastlønn, siden det er et tiltak som virker rekrutterende.

I kommuner med fastlønnede leger, finner vi forskjellige tiltak for å rekruttere fastleger. Kommunene tilbyr fast ansettelse og fastlønn. Dette i seg selv er rekrutterende for fastleger som ønsker normal arbeidstid, slippe drift og personalansvar.

I tre kommuner i Lister som praktiserer fastlønn får fastlegene en del av refusjonen fra HELFO. I den ene kommunen får de provisjon ut fra hvor mye de tjener. I de to andre kommunene får fastlegene 20 prosent av refusjonen fra HELFO. I tillegg får fastlegene i den ene kommunene opptil fire måneder permisjon med lønn. Permisjonen kan benyttes etter å ha vært i jobb i tre år, og er et rekrutteringstiltak som ser ut til å fungere bra. De tilbyr også økte legevakts satser som skal være rekrutterende. Den andre kommunen som tilbyr 20 prosent av refusjonen til fastlegene, tilbyr også permisjon med lønn på inntil tre måneder etter tre år i arbeid, og to uker ekstra feriedager i året. Tiltakene virker rekrutterende.

En kommune i Lister skiller seg litt ut ved at de bruker andre former for tiltak for å rekruttere fastleger. Et tiltak er at kommunen kan kjøpe opp hjemmelen som gir fastlegene en myk start. Et annet tiltak i samme kommune, er at legesenteret tar imot LIS1 kandidater to ganger i året. Dette gir dem muligheten til å beholde noen av kandidatene, og kan derfor brukes som er rekrutteringstiltak.

### **6.6.2 Stabilisering**

På tvers av enhetene så er det en kommune med selvstendig næringsdrivende fastleger som har noe de fastlønnede har, og det er kompensasjon med inntil 5 dager med sykedager og sykt-barn dager. I samme kommune får fastlegene også tilskudd for å ha turnusleger, og de får beholde takster som turnuslegene produserer. Dette er tiltak som skal hjelpe å beholde og ta vare på fastlegene i kommunen.

Når det gjelder selvstendig næringsdrivende så er det en annen kommune hvor fastlegene arbeider reduserte timer på legevakt, og har færre tilpliktete kommunale timer. Kommunen har brukt tiltakene for å ta vare på fastlegene slik at de ikke blir overarbeidet.

To kommuner tilbyr signeringstilskudd eller starttilskudd til å kjøpe hjemmel. Dette er et godt tilbud til nyetablerte fastleger som satser som selvstendig næringsdrivende.

Når det gjelder de fastlønnede legene, så har to kommuner fleksibel arbeidstid og hjemmekontor som et tiltak for å beholde fastlegene. En kommune skiller seg ut ved at de vil satse mer på helsepersonell. Å delegere oppgaver til helsepersonell, kan avlaste legene og bidra til stabilisering. Satsingen er fortsatt i prosjektfase.

To kommuner i Lister bruker goder for å beholde fastlegene. I begge kommunene får fastlegene 20 prosent av refusjonen fra HELFO. I den ene kommunen har fastlege i tillegg to uker ekstra ferie og tre måneder permisjon med lønn, etter tre år i arbeid. I den andre kommunene får fastlegene fire måneder permisjon med lønn, etter tre år i arbeid. Begge tiltakene ser ut til å fungere bra for å rekruttere og beholde fastleger.

## 6.7 Avtaler og subsidieringsløsninger

I dette avsnittet vil jeg presentere hvilke avtaler kommunene har med fastlegene som er utenom den ordinære fastlegeordningen. Avtalene og subsidiene henger tett sammen med tiltak for å rekruttere og beholde fastleger.

På tvers av enhetene så har ingen av kommunene like avtaler, og avtalene varierer i stor grad. Når det gjelder økonomiske tilskudd, hos kommuner som praktiserer selvstendig næringsdrift, så finner vi to kommuner med en nokså like avtaler, og de tilbyr signeringstilskudd til nyetablerte fastleger. Bortsett fra det så er avtalene forskjellige.

I en kommune får legesenteret tilskudd for å ha turnusleger, og de får beholde takstene turnuslegene produserer. Dette er takster som egentlig skal til kommunen. Avtalen skal bidra til bedre oppfølging og veiledning av turnusleger, og bidra til produktive turnusleger.

I en annen kommune med selvstendig næringsdrivende, dekker kommunen fellesutgiftene for vikarene på legesenteret. Legesenteret får også tilskudd fra kommunen for å ha ferske leger, da dette fører til merarbeid for fastlegene og sekretærene. I tillegg får vikarene og turnuslegene mulighet til å beholde en prosent av refusjonen som bonus.

Sammenligner vi økonomiske tilskudd på tvers av enhetene så er det tre kommune, som praktiserer fastlønn, som får bonus. I to av kommunene får fastlegene opp mot 20% av egenandeler og refusjoner. Dette er en bonus for å holde aktiviteten oppe. I en av disse kommune, bruker kommunen økte satser på legevakt som en form for bonus eller økonomisk tilskudd. De får doble satser på ukedagene, og opp mot tre ganger satsene i helgene på legevakt.

I en tredje kommune får fastlegene bonus, hvor prosenten på bonusen varierer utfra hvor mye de tjener.

I to kommuner får de selvstendig næringsdrivende andre former for organisatoriske goder, som skiller seg fra den ordinære fastlegeordningen. I den ene kommune får de inntil 5

sykedager og sykt-barn dager. I den andre kommunen jobber de reduserte timer på legevakt og har færre tilpliktete kommunale timer.

I en kommune i Lister, hjelper de selvstendig næringsdrivende til med offentlige oppgaver og har egne avtaler med kommunen angående det.

I Lister er det to kommuner, som praktiserer fastlønn, som har avtaler som skiller seg fra den ordinære fastlegeordningen. I den ene kommunen får de opptil fire måneder permisjon med lønn, etter tre år i arbeid. I den andre kommunen får fastlegene inntil to uker ekstra feriedager, og tre måneder permisjon med lønn. Dette er goder som bidrar til både rekruttering og stabilisering.

## 6.8 Fastlegedekningen i kommunen

I dette avsnittet vil jeg presentere informantenes inntrykk av hvordan fastlegedekningen i kommunen er.

I en kommune som praktiserer selvstendig næringsdrift, svarte informantene at de er mangler fastleger og at de har utfordringer med fastlegedekningen.

Sitat 1: *«Den er vel dårlig nå da».*

Sitat 2: *«Tja. Det mangler fastleger per i dag».*

I to andre kommuner som praktiserer selvstendig næringsdrift, forteller informantene at fastlegedekningen er bra.

Sitat1: *«Den er bra hos oss eller den er liksom akkurat. Vi har akkurat nok, så vi har ikke noe ledig. Det vil si at vi har en sånn som kalles null hjemmel».*

Sitat 2: *«Nå er det full dekt, holdt jeg på å si».*

I tre kommuner som praktiserer fastlønn, svarer informantene at fastlegedekningen er bra.

Sitat 1: *«Så fastlegesituasjonen er dekket. Og noen leger har venteliste og noen har ledige, og for det er jo sånn, det vil jo være litt etter hva folk ønsker, men alle har fastlege».*

Sitat 2: «Ja, vi har xx fastlegehjemler og de er besatt per i dag».

En informant fra en kommune som praktiserer fastlønn svarer at de ikke er helt dekket, men de får hjelp av vikarbyrå.

Sitat: «Altså vi har xx ledige hjemler som vi ikke har klart å få besatt, sant. De andre hjemlene har jo fastleger, men xx er i permisjon. Så det blir liksom xx ledige hjemler, men så brukes vikarbyråer for å dekke opp om de ledige hjemlene og vikariatene».

## 6.9 Dagens fastlegeordningen

I dette avsnittet vil jeg presentere informantenes inntrykk av hvor fornøyde de tror fastlegene er med dagens fastlegeordning.

På tvers av enhetene så har to informanter svart at de er usikre på hvor fornøyde fastlegene er med dagens fastlegeordning.

I en kommune hvor de praktiserer selvstendig næringsdrift, har informantene svart at fastlegene er i liten grad fornøyde med dagens fastlegeordning. Begrunnelsen er at fastlegene er slitne pga. hjemlene som ikke er dekt.

Sitat 1: «Jeg har ikke noe problem med å forstå at de er drittlei, men samtidig så skjønner jeg jo at kommunen har ikke på en måte gullkister som det bare er å øse av».

Sitat 2: «Det er litt vanskelig å svare på et svar fordi at jeg vet at alle xx kolleger ønsker å beholde ordningen med selvstendig næringsdrift, så den ordningen er de fornøyde med. Men xx er jo ikke fornøyde med situasjonen at xx har så få leger, så mistrivselen er det i større grad enn før fordi man blir presset til å jobbe mer enn man egentlig vil, men selve ordningen vil man beholde».

Informanter fra to ulike kommuner som praktiserer selvstendig næringsdrift, har svart at fastlegene er fornøyde med dagens fastlegeordning.

Sitat1: «Altså lokalt så opplever jeg at vi er godt fornøyde og sånne ting. Og så har man forventninger og forhåpninger at det fra sentralt hold skal økes mer i basistilskuddet da,

*men vi er sånn relativt greit fornøyde, men håper da på noe mer, kanskje rammevilkårene skal øke litt mer på sikt».*

Sitat 2: *«Jeg tror de fleste i stor grad er fornøyde, også er det noen som ikke er det».*

Sitat 3: *«Med en gang det blir ustabilt igjen, det vil si at en slutter og vi ikke får inn noen, så blir de fort misfornøyde igjen».*

I en kommune som praktiserer fastlønn, har to informanter ulike oppfatninger om hvor fornøyde fastlegene i kommunen er med dagens fastlegeordning.

Sitat 1: *«Ja, akkurat ordningen vet jeg ikke hva de tenker om, men jeg vet at de tenker at det er mer og mer papirarbeid og mindre tid til det de egentlig skal gjøre. For de drukner i papirarbeid for det er så mange flere oppgaver, opp mot NAV, opp mot forsikringsselskap, så det vet jeg at de gir uttrykk for at det er utfordrende».*

Sitat 2: *«I xx kommune er nok nokså fornøyde. De har gode betingelser og de har gode avtaler. De får fastlønnsavtaler og en akseptabel arbeidsbelastning».*

I en annen kommune som praktiserer fastlønn, svarer informanten at fastlegene er i liten grad fornøyd med fastlegeordningen.

Sitat: *«Arbeidsmengden er for stor. Det er ikke tvil om at arbeidsmengden er for stor og det er for lange arbeidsdager for fastlegene».*

## **6.10 Er fastlegene fornøyde med kommunens tiltak?**

I dette avsnittet vil jeg presentere informantenes inntrykk av hvor fornøyde de tror fastlegene er med kommunens tiltak for å rekruttere og beholde fastleger.

På tvers av enhetene var det tre informanter fra to forskjellige kommuner som svarte at de var usikre. En informant svarte ikke på spørsmålet.

To informanter fra samme kommune som praktiserer selvstendig næringsdrift, svarte at fastlegene i liten grad er fornøyde med kommunens tiltak.

Sitat 1: *«I xx kommune er de mindre enn fornøyde».*

Sitat 2: *«Svært liten grad. Vi ser en bedring de siste tre månedene».*

På tvers av enhetene tror to informanter, som er fra forskjellige kommuner at fastlegene er middels fornøyde med tiltakene. En av informantene kommer fra en kommune som praktiserer selvstendig næringsdrift.

Sitat: *«Jeg tipper at de er ganske fornøyde med rekrutteringstiltakene, også er de middels fornøyd med stabiliseringstiltakene».*

Den andre informanten er fra en kommune med som praktiserer fastlønn.

Sitat: *«Ja, middels fordi det handler om at det er jo begrenset hva kommunen kan gjøre med ordningen, sant».*

De tre siste informantene, som kommer fra to forskjellige kommuner, mener at fastlegene er fornøyde til godt fornøyde med tiltakene kommunene gjør for å rekruttere og beholde fastleger. Den ene informanten er fra en kommune som praktiserer selvstendig næringsdrift.

Sitat: *«Akkurat nå så er vi ganske godt fornøyde med det, siden det kom på plass en sånn ny avtale».*

De to andre informantene kommer fra en kommune med som praktiserer fastlønn.

Sitat 1: *«De er fornøyde».*

Sitat 2: *«Jeg tror de må være godt fornøyde fordi vi gjør jo alt, vi gjør jo alt de vil vi skal gjøre, så det tror jeg».*



## 6.11 Andre modeller og tiltak

I dag florerer det av ulike modeller og tiltak som kommuner bruker for å løse en lite fungerende ordning. I dette avsnittet vil jeg presentere de ulike modellene og tiltakene som kommunene i Lister har sett på, eller har vært inspirert av.

En informant fra en kommune som praktiserer selvstendig næringsdrift, har svart usikker på hvilke modeller eller tiltak kommunen har sett til. ~~Kommuner som praktiserer selvstendig næringsdrift har sett til modeller og tiltak som fastlønn, nordsjøturnus, 8.2-avtale, legevakt og andre som praktiserer selvstendig næringsdrift.~~

Tre informanter, fra samme kommune, hadde ulike svar på hvilke modeller eller tiltak kommunen så til. En av informantene forteller at det er søkerne som har bedt om fastlønn, selv om de arbeider i en kommune som praktiserer selvstendig næringsdrift.

Sitat: *«Det er søkere som har bedt om det, men det har vært tenkt på som en mulighet, men kommunen her i xx har prioritert næringsdrift».*

En annen informant fra samme kommune forteller at kommunen har sett til tiltak som andre kommuner i Lister praktiserer. De har også sett til Tromsømodellen og til Mandal.

Sitat: *«Vi har jo sett at i Kvinesdal, så har de jo kommet med tiltak som gjelder alle legene for å beholde de. Det er jo veldig flott. En gest. For det er jo kjempeviktig å beholde, for ellers så får man jo rekrutteringsproblemer».*

En tredje informant, fra samme kommune, forteller at kommunen har sett på nordsjøturnus. De ser til en annen kommune i Lister som holder på å teste det.

En informant fra en annen kommune som praktiserer selvstendig næringsdrift, forteller at de har sett til andre nabokommuner.

Sitat: *«Vi har blitt på en måte litt sånn inspirert på sett og vis av noen nabokommuner, men den avtalen vi har er nok på en måte helt unik for oss».*

En informant som kommer fra en kommune som praktiserer 8.2-avtalen sier at det var fastlegene selv som ønsket denne modellen. Kommunen har også sett til Alta, Lindesnes og Vennesla.

Når det gjelder kommuner som praktiserer fastlønn så er det en informant som forteller hvem deres kommune så til da de skulle ha fastlønn.

Sitat: *«Det er jo dette med fastlønn, da så vi litt til Egersund, og det var flere kommuner som hadde prøvd dette med fastlønn».*

Samme kommune har også sett på primærhelseteam. De har vært inspirert av primærhelseteam-prosjekter i andre kommuner, og av fastleger som har kjennskap til det.

En kommune Lister praktiserer nordsjøturnus. De har sett til blant annet Telemark og Finnmark, men også andre kommuner i nord.

En annen kommune i Lister, som praktiserer fastlønn, har også sett på nordsjøturnus. Informanter fra begge kommunene forteller at det er søkerne som har bedt om det.

Sitat 1: *«Ja vi har hatt kontakt med ganske mange andre kommuner i Norge og sett på ulike ordninger. Sett på hvordan de rigget nordsjøturnus, hva slags arbeidstider de har valgt, hvordan turnus de har valgt, hvordan lønnskompensasjon de har valgt. Så vi har på en måte blitt inspirert av det, pluss det har vært en mulighet for å kunne rekruttere».*

Sitat 2: *«Ja, det var vel når vi hadde utlyst noen stillinger, så var det en del leger som ringte på stillingene og da hadde vi skrevet muligheter for fleksibel turnus, og da var det mange leger som ringte og var interessert hvis det hadde vært nordsjøturnus».*

## **6.12 Tiltak som kan løse dagens situasjon**

I dette avsnittet vil jeg presentere tiltak som informantene mener kan løse dagens situasjon med fastlegeordningen og fastlegedekningen i Lister. Kategoriene som er hyppigst nevnt er organisering, tilskudd og utdanning. Lønn og fastlegeordning er kategoriene som er minst nevnt, men som noen informanter mener er viktige for å kunne løse dagens situasjon.

På tvers av enhetene har de fastlønnede mer fokus på organisering, og de selvstendig næringsdrivende har mer fokus på tilskudd.

Fire informanter fra kommuner, som praktiserer selvstendig næringsdrift, forteller at økt tilskudd er et tiltak som kan bidra å løse dagens situasjon. Tre av dem mener at økt basistilskudd er en løsning på dagens situasjon. På tvers av enhetene er det kun en informant, fra en kommune som praktiserer fastlønn, som svarer at økt basistilskudd er løsningen. Alt i alt er det fem informanter mener at økt tilskudd kan være en løsning, og fire av dem svarer at basistilskuddet bør økes på nasjonalt nivå.

Sitat 1: *«Altså sånt nasjonalt ville jeg tenkt at det ville hjulpet hvis de hadde økt basistilskuddet».*

Sitat 2: *«Et annet nasjonalt tiltak som også vil hjelpe her lokalt er jo det med å øke basistilskuddet. Da får man større økonomisk sikkerhet for da har man det basistilskuddet til å dekke utgiftene».*

Sitat 3: *«Jeg skulle jo ønske at, det må jeg si, jeg skulle ønske at på en måte staten kom på banen, for dette er ikke greit. Det er ikke greit for fastlegene, og det er ikke greit for noen. Det er energitap».*

Sitat 4: *«De må utdanne flere selvfølgelig, og så må staten inn og bevilge. Altså jeg tror dette med basistilskuddet kan økes enda mer».*

To informanter fra to kommuner som praktiserer fastlønn, svarte at størrelsen på legesentrene kunne være et tiltak.

Sitat 1: *«Tiltak som ja, at legesentrene ikke blir for små og sårbare, altså det må være litt, legekantorene må være i en sånn størrelse som gjør det, som gir fagmiljøet robusthet i forhold til sykdom og ferieavvikling».*

Sitat 2: *«Det burde kanskje vært mer interkommunalt samarbeid. For fastlegene hadde det kanskje vært mer attraktivt hvis de hadde vært samlet i et stort lokale eller vært samlet på en plass, men for innbyggerne og kommunen så tror jeg ikke at det hadde vært en fordel».*

En informant kommenterte pasientlistelengden.

Sitat: *«Men andre tiltak jeg tror jeg og ville vært, at de fikk en liste som var til å jobbe med. Altså de fikk en mer, altså jeg tror det er mange leger som brenner seg ut for de orker ikke å stå i det pga. arbeidspresset er så stort. Det tror jeg».*

På tvers av enhetene var det to andre informanter, fra to kommuner som praktiserer selvstendig næringsdrift, som også hadde kommentert pasientlengden.

Sitat 1: *«Ja, jeg tror at for at det skal være attraktivt å være fastlege, så tror jeg at man må tilby en pasientliste som er overkommelig for nye leger. Og så sant man har leger og det organisatoriske rundt, så er det ikke noe problem på en måte å opprette en hjemmel til og kunne fordele ut litt sånn at de som ønsker å ha mindre kan ha mindre».*

Sitat 2: *«Og så skulle jeg jo ønske kanskje at staten sa noe. Var tydelig på antall pasienter. Hvor skal det ligge? For vi kan ikke si noen ting. Vi må bare sette ned listen».*

To informanter fra hver sin enhet kommenterte fastlegeyrket.

Sitat 1: *«Legene må selv selge inn yrket sitt, og hvis det bare er sånn svartmaling så vil det ikke være noen som begynner».*

Sitat 2: *«Fremsnakke. Legene må selv begynne å fremsnakke yrket sitt. Hvem vil begynne i et yrke som (blir stille), ikke sant».*

Utdanning er en kategori som blir nevnt på tvers av enhetene. En informant fra en fastlønnet kommune, og to informanter fra to andre kommuner som praktiserer næringsdrift svarte henholdsvis.

Sitat 1: *«Så vi må jo utdanne flere, og vi må klare å beholde de. Og så tror jeg at det har vist seg at det har mye å si hvordan de blir tatt imot når de er i LIS-ordningen».*

Sitat 2: *«Ja, altså for man kan jo løfte det opp såpass høyt at de hadde nasjonalt gjort noe med den store turnuskøen, så hadde de fått gjennom mange flere leger. Nå står kjempe mange i kø for å få turnus».*

Sitat 3: *«Vi har et godt rykte på oss for å ta imot turnusleger og at vi fungerer bra der, og det tror jeg gjør at vi kan ha større sjanse for å rekruttere nye inn i fremtiden da. Så de legene som overhode ikke er interessert i å ta i mot medisinstudenter på hospitering og sånne ting, der har du mindre sjanse for å få inn folk i fremtiden da».*

Noen informanter fra kommuner som praktiserer fastlønn, hadde andre forslag til tiltak som kan løse dagens situasjon med fastlegeordningen og fastlegedekningen i Lister:

Sitat 1: *«Nei, jeg tror vi må se på nye alternative løsninger, tror jeg. Det kan være smart å diskutere lønn og sammenligne seg litt».*

Sitat 2: *«Det at legene kan, ja altså bruk av vikar ved ferieavvikling. For eksempel i dag er det sånt at alle fastlegene, altså det er ingen som gjør jobben vår når vi tar ferie, sant. Så du må hele veien sjekke innboksen din. Du må hele veien, altså ja, men bruk av ferie, nei, bruk av vikarer i ferieavvikling».*

Sitat 3: *«Egne legevaktsleger. Ansette egne legevaktsleger».*

*«Også er det jo å redusere arbeidsbelastningen for eksempel ved bruk av annet hjelpepersonell på legekantoret».*

En informanter fra en kommune som praktiserer selvstendig næringsdrift, hadde også litt mer å tilføye:

Sitat: *«Så på Lister, Lister regionen, så er det hvert fall tenker jeg, veldig viktig at vi utveksler opplysninger om nivå på fastlønn, for det er litt sånn nå at de bruker, altså søkerne bruker hva de har oppnådd i en kommune for å presse den andre kommunen».*

*«Og likedan nå at en orienterer hverandre om hvilke ordninger man har sånn at du har en slags motekspertise når søkeren på en måte sier ja, i sånn og sånn kommune så ble jeg tilbudt det og det. Og det hender nok dessverre at de noen ganger smører litt tykt på da».*

## 6.13 Viktig for å belyse problemstillingen

I det siste avsnittet vil jeg presentere sitater fra informantene, om hva de mener er viktig for å belyse problemstillingen.

### 6.13.1 Sitater om arbeidsmengde:

På tvers av enhetene nevnte fire informanter at arbeidsmengde var viktig for å belyse problemstillingen.

Sitat 1: *«Det eneste vi kanskje ikke har vært innom er historikken og utviklingen av arbeidsmengde, for det har mye å si om krisen som har kommet at arbeidsmengden har blitt større».*

Sitat 2: *«Jeg kan jo forstå at det er en utfordring med fastleger, og det at kommunene og kommunehelsetjenesten skal ha flere og flere oppgaver tilbakeført fra spesialisthelsetjenesten. Det fører til større utfordringer for kommunelegetjenesten og for fastlegene, for de får mer kompliserte, sammensatte problemstillinger».*

Sitat 3: *«Altså det er jo veldig mange sånne prosjekter på gang i forhold til akkurat det med fastlegeordningen. Og sånn som det fungerer i dag så tror jeg nok at vi ikke vil få det lettere fram igjennom fordi at det er for mye oppgaver som i forhold til NAV og forsikringer, og alle de tingene der. Det er i hvert fall det legene sier noe om, at det er en utfordring».*

Sitat 4: *«Problemet med fastleger, og hovedproblemet med fastlegeordningen er jo at det er så stor arbeidsmengde».*

### 6.13.2 Andre sitater

Til slutt vil jeg presentere resten av sitatene som informantene uttrykte som viktige for å belyse problemstillingen. Svarene er svært ulike og omfattet henholdsvis flere kategorier som takst, organisering, fastlegeordningen, økonomi, utdanning, utfordringer, samarbeid, folkeopplysning og teknologi.

Sitat 1: «Så takstsystem opp mot HELFO tenker jeg at det hadde vært mulig og gjort noe med, men det blir jo nasjonalt tiltak».

Sitat 2: «Så jeg tror det må et mye større nasjonalt fokus på å få fastlegeordningen på beina igjen med arbeidstidsordninger og mentorordninger, i tillegg til økonomi».

Sitat 3: «Det hadde en tiårs blomstringsperiode, men fastlegeordningen har ikke tålt generasjonsskifte».

Sitat 4: «Det vi sitter litt og venter på er jo at det må skje noe i regjeringskorridorene. For Lister regionen, selv om du tenker region, så er ikke den stor nok til å ha noe makt i en sånn situasjon. Sånn at hvis ikke det kommer noe sentralt fra med friske midler, så kommer fastlegeordningen til å flate ut».

Sitat 5: «Jeg tenker jo at det er mer utfordring med mer oppgaver. Pandemien har vært utfordrende og nye sykdommer som dukker opp».

Sitat 6: «Det er litt vanskelig for oss som sitter i det og på en måte er fornøyde, å svare på hvordan enda flere skal bli fornøyde».

Sitat 7: «Det er jo hva de som er nyutdannet nå, hva er det som skal til for at de skal velge det?».

Sitat 8: «Det å se på hele fastlegeordningen i forhold til en del av oppgavene, og se om man kan delegere oppgaver på en litt mer ryddig måte, tror jeg hadde gjort det mer attraktivt for leger i fremtiden».

Sitat 9: «Jeg tenker at det som er viktig er at man jobber sammen. At man ser på mulige løsninger både med fastlegene, kommunene og politikerne, og at en samarbeider for å komme i mål».

Sitat 10: I befolkningen generelt så er det et økende fokus på helse, på egentlig flere plan. Det er flere og flere som har helseangst, som bekymrer seg mye om helsen sin, og derfor

*kommer til legen. Det er flere som har krav til at jeg vil ha sånn og sånn. Det er også nå mer teknologi til å påvise ting, og derfor blir det også et økt jag etter å få påvist det og det».*

Sitat 11: *«Ja altså hvis du tenker Lister, så er jeg veldig opptatt av at vi er et arbeidsmarked og at vi blir. Problemstillingen kunne vært vil valg av ulike modeller føre til kollaps? For hvorfor har vi så mange forskjellige modeller? For vi har blitt presset, og vi presses på så forskjellige måter, også ender vi opp når vi ikke snakker sammen og går i takt, med seks kommuner, seks ulike modeller».*

## **7.0 Fastlegetjenesten fra et teoretisk aspekt**

I dette kapittelet vil jeg presentere fastlegene og deres praksis, fra et teoretisk aspekt. Dette gjøres ved hjelp av Leavitt-Ry-modellen. Leavitt-Ry-modellen gir kjennskap til flere teorier, og på den måten kan man utnytte modellen på en så god måte som mulig (Nielsen & Ry, 2014, s. 33). Jeg skal bruke modellen for å beskrive organisasjonen, og for å gi en bedre forståelse av hvordan praksisen er på et legesenter.

Fastlegene blir ofte omtalt som portvoktere i helsetjenesten (Dagens Medisin, 2022). Det er de som har det første møtet med pasienten, før de sendes videre i systemet. Alt skjer på legesenteret hvor fastlegen har sin praksis.

Jeg skal først beskrive kjernen av modellen, hvor man ser på organisasjonens oppgaver, struktur, aktører og teknologi (Nielsen & Ry, 2014, s. 6). Deretter så jobber jeg utover i modellen og ser på organisasjonens belønningssystemer, organisasjonskultur, fysiske rammer og visjon/verdier/mål. Til slutt beskrives organisasjonens omverden, og historie som er grunnfundamentet.

### **7.1 Oppgaver**

Fastlegene har varierte oppgaver som de må utføre i løpet av en arbeidsdag. Organisatorisk, så er det en forskjell mellom de selvstendig næringsdrivende fastlegene og fastlønnede leger i kommunen. Hvis ikke annet er avtalt på forhånd mellom kommunen og de fastlønnede legene, så tar kommunen seg av drift, kontor, utstyr og personalet. De selvstendig næringsdrivende fastlegene må selv ta på seg disse oppgavene i tillegg til deres vanlige jobb.



### **7.1.1 Interne oppgaver**

Fastlegene må ha konsultasjoner og følge opp pasientene. De må stille diagnoser, behandle sykdommer og gi medisinsk veiledning. Fastlegene må ta prøver og undersøkelser av pasientene. Fastlegene arbeider med forebyggende helsearbeid, pasienter som har problemer med rus, alkohol, og psykiatri. Noen pasienter trenger sykemelding, resept eller vaksinerings. Andre pasienter må henvises videre til spesialisthelsetjenesten for behandling, og i akutte tilfeller må ambulansen kontaktes for øyeblikkelig hjelp.

### **7.1.2 Eksterne oppgaver**

Fastlegene er pliktige til å ta legevakter. Legevaktene kommer i tillegg til en full arbeidsuke (Den Norske Legeforening, 2022). De har også andre tilpiktede kommunale oppgaver som for eksempel å ha noen timer for å følge opp på omsorgssenter, helsestasjon, flyktningehelsetjeneste eller fengselshelsetjenesten.

### **7.1.3 Drift**

Når det gjelder drift, så har de selvstendig næringsdrivende fastlegene ansvar for økonomien. De må passe på å ha forsikringer, pensjon, leie av lokale og kjøpe utstyr. De har ansvar for drift av legesenteret og personalet. Dette betyr at en fastlege bør være god på administrasjon og økonomi for å drive en bedrift. De fastlønnede har ikke like mye ansvar som de selvstendig næringsdrivende. Der er det kommunen som tar seg av drift, og fastlegene kan fokusere på å bare være fastleger.

### **7.1.4 Personale**

De selvstendig næringsdrivende fastlegene må følge opp personalet. De må ta seg av opplæring og oppfølging av vikarer og turnusleger. Noen fastleger er ALIS veiledere og har i oppgave å følge opp allmennleger i spesialisering.

## **7.2 Struktur**

Fastlegene er hovedsakelig delt opp i tre strukturer. Den ene er selvstendig næringsdrivende, den andre er kommunalt ansatt lege, og den tredje er en 8.2-avtale hvor fastlegene er selvstendig næringsdrivende, men kommunen tar seg av drift og personell (Den Norske

Legeforening, 2022). Innad i disse strukturene finner vi ulike modeller for å drifte legesenteret.

Hos både de selvstendig næringsdrivende og kommunalt ansatte legene, finner vi en hierarkisk struktur på legesenteret. Fastlegene er øverst i hierarkiet og har ansvar for økonomi, administrasjon og ledelse. Over fastlegene finner vi kommuneoverlegen og kommunalsjefen. Kommuneoverlegen har flere varierte oppgaver, men hovedsakelig har de i oppgave å være medisinsk rådgiver for kommunen, ansvar for helseberedskap og smittevern, og miljørettet helsevern (Aagesen, 2023). Fastleger har ansvar for vikarer, turnusleger og LIS-leger. De har også ansvar for resten av helsepersonellet. Videre så varierer strukturen litt fra legesenter til legesenter. Mange legesenter har en kombinasjon av sykepleiere og helsesekretærer, og andre kombinerer med bioingeniører. De har varierte oppgaver som administrative oppgaver, prøvetaking, laboratoriearbeid, sårstell, pasientkontakt over telefon og i resepsjonen og varebestilling.

### **7.3 Aktører**

På legesenteret finner vi flere sentrale aktører. Internt så har vi pasientene som benytter seg av fastlegetjenesten. Vi har helsepersonell som sykepleiere, helsesekretærer og bioingeniører som arbeider på legesenteret. Vi har fastlegene som stiller diagnose og behandler pasientene. I tillegg har de andre oppgaver som å drifte legesenteret. Andre aktører kan være vikarer eller turnusleger som er under utdanning. Noen legesentre tilbyr også aktører som psykolog og fysioterapeuter.

Eksternt så har fastlegene kontakt med aktører som spesialisthelsetjenesten, NAV og forsikringsselskaper. Bank og utleier av lokalet kan være aktører som er involvert. Andre eksterne aktører som fastlegene bruker, er posttjenester eller hentetjenester som transportere prøver til sykehus.

### **7.4 Teknologi**

Legesentrene må ha tilgang til PC og telefon. Fastlegene bruker forskjellige typer software for blant annet å skrive ut resepter og journalføring. Fastlegene og helsepersonellet har vedlikehold på instrumenter som brukes til analyse. Fastlegene drar på kurs for å få faglig påfyll, og lære om ny medisinsk teknologi og analysemetoder.

Teknologien har gjort det enklere for pasienter å finne informasjon om symptomer og sykdom. Helseangst fører til hyppigere legebesøk og legeundersøkelser (Legevisitt, u.å.). Lett tilgang til medisinskfaglig informasjon og økt fokus på kropp og helse, har bidratt til at helseangst er blitt et økende problem i samfunnet (Legevisitt, u.å.).

I 2018 lanserte Den Norske Legeforening kampanjen Kloke Valg. Kampanjen skal belyse problemene, redusere overbehandling og overdiagnostikk, samt forbygge underbehandling og underdiagnostikk (Den Norske Legeforening, 2018). Målet er at pasientene og helsepersonell sammen skal gjøre kloke valg i behandling og diagnostikk (Den Norske Legeforening, u.å.). I ettertid har flere andre forbund og foreninger deltatt i kampanjen.

## 7.5 Fysiske rammer

Geografisk så finner vi legekontor og legesenter i alle kommuner. Vi finner dem byer, tettsteder og bygder. Legesentrene er ofte plassert slik at de er lett tilgjengelige for folk.

Legesentrene består av flere rom. Når pasientene går inn på legesenteret, kommer de inn på et venterom med resepsjon. Toalettet er ofte tilgjengelig fra venterommet. Mange legesenter har et lite laboratorium/prøverom hvor helsepersonell kan ta prøver av pasientene og analysere dem. De har lagerrom for lagervarer. Fastlegene har vært sitt kontor hvor de har konsultasjoner. Pauserom for de ansatte er som regel tilgjengelig på et legesenter for lunsj og møter.

Legesentrene har ofte lyse vegger, og gulv som er lett å holde rent. Moderne legesenter har store vinduer som slipper lyset inn. Legesentrene har ofte et sterilt preg over seg, og er dekorert med noen få bilder, planter, bord, stoler, magasiner og TV/radio.

## 7.6 Visjon/verdier/mål

Fastlegeordningens fall påvirker fastlegenes visjoner, verdiene og mål. Fastlegene mener at myndighetene ikke har lagt godt nok til rette slik at fastlegeordningen kan utvikle seg i takt med samfunnet og andre utfordringer innen helse (Fastlegeordningen Trønderopprøret, u.å.). De er redd for at fastlegeordningen skal kollapse (Fastlegeordningen Trønderopprøret, u.å.). På bakgrunn av dette, startet fastlegene trønderopprøret som har en visjon om å endre ordningen til Fastlegeordningen 2.0, og ta tilbake kvaliteten i fastlegeordningen (Fastlegeordningen Trønderopprøret, u.å.).

Trønderopprøret har over 2000 fastleger som støtter oppgjøret (Fastlegeordningen Trønderopprøret, u.å.). Et mål som fastlegene har, er å få en håndterbar pasientliste som de kan jobbe med. Arbeidsmengden har økt betraktelig per pasient, noe som gjør det utfordrende å ha en stor pasientliste. Å yte kvalitet er en verdi som er viktig for fastlegene. For å bevare kvaliteten i ordningen, så ønsker fastlegene å redusere størrelsen på pasientlisten til 1000 pasienter, slik at de får nok tid til pasientene og oppgavene som følger etter konsultasjonen (Fastlegeordningen Trønderopprøret, u.å.).

Trønderopprøret er et godt eksempel på fastlegenes visjoner, verdier og mål. Opprøret har engasjert og fått støtte av over halvparten av fastlegene i landet (Fastlegeordningen Trønderopprøret, u.å.).

I Fastlegeordningen 2.0 Trønderopprøret, under avsnitt «Hva ønsker vi å oppnå med vårt engasjement?» har fastlegene listet opp andre visjoner og mål som de ønsker å nå:

«Bevare og styrke fastlegeordningen, sikre rekruttering og hindre frafall, bevare påvirkningskraft over egen arbeidshverdag, bedre arbeidsforholdene, hindre fragmentering av faget, bevare fastlegerollen som bærebjelke i helsevesenet, bevare næringsdrift som hovedform, bedre rammebetingelsene» (Fastlegeordningen Trønderopprøret, u.å.).

## **7.7 Belønningssystem**

I Lister bruker kommunene forskjellige belønningssystemer som bonus, provisjon, tilskudd, og goder som permisjon med lønn, ekstra feriedager, sykedager, redusert antall timer på legevakt og ved andre kommunale plikter, og bruk av vikarbyrå til å dekke opp for de reduserte timene. Avtalene og subsidiene varierer fra kommune til kommune.

Nielsen og Rye (2014) var inspirert av en klassisk teori som handler om at organisasjoner belønner ofte X, mens man egentlig håper på Y. Det arbeidsgiver gir i belønning trenger ikke nødvendigvis å samsvare med det arbeidstakeren ønsker å ha. På bakgrunn av dette, skal vi se hva informantene mener at fastlegene håper på å få, og hva de mener at fastlegene ikke får.

Det kommer frem i intervjuene at fastlegene i Lister håper at staten skal gripe inn og gjøre noe med fastlegeordningen. De håper at kommunen kan gjøre mer for å rekruttere, og mer for å beholde fastlegene. Legene håper på å bli bedre ivaretatt av kommunen fremover,

med tanke på at flere av dem føler seg overarbeidet. Noen fastleger håper også på redusert pasientliste slik at de kan få en liste som er til å jobbe med.

Videre mener noen informanter at fastlegene ikke får de bonusordningene, tilskuddene, sykedagene eller tilretteleggingen som de ønsker å ha, fordi kommunen fokuserer mindre på stabilisering og mer på rekruttering. Informantenes meninger om hva fastlegene ikke får varierer, siden ingen av kommunene i Lister har likt belønningssystem. Noen informanter mener at kommunen ikke gjør nok for å rekruttere, selv om de vet at dette må komme ovenfra og at det egentlig ikke er kommunen sin feil.

## 7.8 Organisasjonskultur

Nielsen og Rye (2014) brukte Scheins modell som utgangspunkt for å analysere organisasjonskulturen i en organisasjon. Modellen skiller mellom tre nivåer og det er artefakter, verdier og grunnleggende antakelser (Sagberg, 2023). Basert på Scheins teori, så har jeg brukt modellen for å undersøke hvordan organisasjonskulturen kan være på et legesenter.

### 7.8.1 Artefakter

Artefakter beskriver det fysiske og det synlige som foregår i en organisasjon. Det kan være fysiske elementer, verbale artefakter eller adferd som er synlig (Sagberg, 2023).

Innenfor det strukturelle og det fysiske på et legesenter kan vi bemerke oss flere artefakter som logo, bygningen (kontorer), arkitekturen, hierarkiet som vi kan se på et organisasjonskart, og bekleddingen til de ansatte.

Innenfor det verbale, så bruker fastlegene og helsepersonellet medisinske ord og faguttrykk som en del av kommunikasjonen. En del medisinske uttrykk er på latinsk, og kan være uforståelig for pasienten.

Innenfor adferd og tradisjoner så er det normalt slik at når pasienten ankommer legesenteret, så henvender de seg først i resepsjonen, deretter venter de på venterommet. Pasienten må vente til de blir kalt inn til legen, for å få en konsultasjon. Fastlegene har vært sitt kontor hvor de holder konsultasjonene. De kan ikke dele kontor med andre leger på grunn av taushetsplikt og sensitiv informasjon om pasientene. Hvis pasientene må ta prøver på laboratoriet/prøverommet, så blir de alltid bedt om å oppgi fødsels- og personnummer.

### 7.8.2 Verdier

Verdier er prinsipper som brukere og ansatte er opptatte av, og adferd som aksepteres og forventes i en organisasjon (Sagberg, 2023).

På et legesenter forventer pasientene og fastlegene at helsepersonellet skal være hyggelige og serviceinnstilte. Pasientene forventer at fastlegen og helsepersonellet yter kvalitet, og gjør sitt beste for å behandle dem. Pasientene forventer at legene og helsepersonellet har folkeskikk.

Fastlegene forventer at pasientene forteller om sine problemer og sin livssituasjon, slik at de kan skaffe den hjelpen de trenger. De ansatte på et legesenter aksepterer at pasientene kan være emosjonelle etter en konsultasjon med legen. Det er derimot ikke akseptert at ansatte er emosjonelle foran pasientene. De må forholde seg profesjonelle.

### 7.8.3 Grunnleggende antakelser

Grunnleggende antakelser er det dypeste nivået i organisasjonskultur. Antakelsene er ofte usynlige, ubevisste og blir tatt for gitt (Sagberg, 2023). Det er den underliggende antakelsen som oppfattelse og tanker om hva som er virkelig og hva som er sant (Sagberg, 2023).

På et legesenter har pasientene en grunnleggende oppfatning om at fastlegene gjør som de skal etter konsultasjonen. Det kan for eksempel være å oppdatere journalen, eller henvise pasienten videre til spesialisthelsetjenesten. Å holde taushetsplikt, er en grunnleggende antakelse pasientene har. Pasientene forventer at legene vet hva de snakker om, og at fastlegene for eksempel gir rett medisinsk veiledning. De forventer også at helsepersonellet vet hva de driver med når de for eksempel skal ta blodprøver, og at de oppbevarer prøvematerialet riktig. Alle forventer også at fastlegene holder seg faglig oppdaterte.

Når det gjelder legevakt, så forventer pasientene at fastlegene vet hva de skal gjøre i en akutt situasjon. De forventer ikke feilbehandling eller at de sender en alvorlig syk pasient hjem.

## 7.9 Omverdenen

I det store perspektivet kan vi se på legesenteret som en liten del av et organisatorisk felt, hvor alle organisasjoner har en forbindelse til hverandre (Nielsen & Ry, 2014, s. 17).

Leverandører og produsenter er en del av omverdenen som kan påvirke et legesenter. Det kan være leverandører av analyseinstrumenter, materiell til blodprøvetaking eller software til et program. Produsenter kan i dette tilfellet være de som produserer medikamenter. Apoteket er en viktig organisasjon i omverdenen hvor pasienten drar for å ta ut resepter på medikamenter.

Innen medisinsk teknologi kan det være nye behandlingsalternativer og utredningsalternativer. Fastlegene må holde seg oppdaterte innen medisinsk forskning og prosjekter. De må også dra på kurs for å holde seg faglig oppdatert.

Under utdanning og spesialisering, må legene ha praksis hos andre organisasjoner som sykehus og legesentre.

Oppover i systemet er det andre viktige organisasjoner som har direkte påvirkning på legesentrene. Kommunen har det overordnende ansvaret for å tilby helse- og omsorgstjenester til alle i kommunen (Regjeringen, 2021). Dette gjelder også for fastlegeordningen, hvor kommunen har avtaler med fastlegene for å sikre at alle får forsvarlig helsehjelp (Regjeringen, 2021). Hvis kommunen for eksempel sliter med rekruttering, så har dette en direkte påvirkning på fastlegene, pasientene og legesenteret.

Videre har vi politikerne som er med på å ta beslutninger som kan påvirke fastlegene. Staten og regjeringen har autoritet til å endre på lover og regler. Som vi ser i dag, kan regjeringen komme med handlingsplaner som påvirker finansiering og utdanningskapasiteten i fastlegeordningen (Gram, 2021).

Andre organisasjoner som kan påvirkningskraft på et legesenter er KS og Legeforeningen. De ansatte kan være fagorganiserte. Godene og rettighetene som følger ved å være fagorganisert i en fagforening, kan påvirke organisasjonen.

## **7.10 Historie**

Når man skal analysere en organisasjon, må man se på erfaringene og de kritiske hendelsene en organisasjon har gjennomgått (Nielsen & Ry, 2014, s. 30-31). Det kan være mange variabler som har endret seg over tid, som for eksempel oppgaveskifte, endret struktur, skiftet elektronisk utstyr eller bytte lokale (Nielsen & Ry, 2014, s. 31). Vi skal se på noen eksempler fra fortiden som kan ha bidratt til store og små endringer for organisasjonen. Eksemplene er hentet fra legekontor og legesentre i Lister.

**Bytte lokale:** I mars 2015 flyttet et legekantor i Flekkefjord til et større lokale (Fladstad, 2015). Det gamle lokalet ble utvidet med 100 kvm og det nye legekantoret fikk en størrelse på over 300 kvm (Fladstad, 2015).

Endringene som følger ved å bytte lokale, kan for eksempel ha bidratt til nye muligheter for legesenteret og vekst.

**Bytte fastlege på nett:** I august 2015 ble et leserinnlegg sendt inn til Avisen Agder, hvor det ble påpekt at Kvinesdal kommune ikke tok innbyggerne sine på alvor (Londal, 2015). De kunne bytte fastlege på nett, men måtte bestille time via telefon, og i tillegg stå i lange telefonkøer (Londal, 2015).

*Sitat: «Det er kommunens ansvar å sørge for at vi får enkel tilgang på helsetjenester. I Forskrift om fastlegeordning i kommunene §21, som trådte i kraft i januar 2013, slås det fast at det skal være mulig for oss å bestille time hos fastlegen elektronisk».* (Londal, 2015)

I dette eksempelet ser vi at tekniske endringer kan bidra til at fastlegene er lettere tilgjengelige for pasientene.

**Elektronisk utstyr:** I 2014 fjernet Lyngdal legesenter gebyret for bruk av betalingsautomat på legesenteret (Rekaa, 2014). Helsedirektoratet og HELFO mente at gebyret var ulovlig (Rekaa, 2014).

Ny teknologi må innarbeides og tilpasses. Endringer som følger ved å ha en ny betalingsløsning, vil på sikt gjøre det enklere og raskere for pasientene.

**Endre pasientliste:** I 2016 søkte to leger ved Lyngdal legesenter om å redusere størrelsen på pasientlisten til 1000 pasienter (Berge, 2016). Begrunnelsen skal være at legene var over 60 år, og da har de rett til å redusere listene (Berge, 2016).

Å redusere pasientlisten betyr at noen andre må overta pasientene. Dette kan endre strukturen på legesenteret.



**Endre struktur:** I april 2020, under pandemien, flyttet Farsund legesenter inn i nyoppussede lokaler (Hoel, 2020). I det nye lokalet fikk de nytt journalsystem, mulighet for videokonferanse, egen inngang for ambulansetjenesten og alt på en flate (Hoel, 2020).

Endret struktur og ny teknologi kan bidra til trygghet for pasientene. Under pandemien var for eksempel videokonsultasjon nyttig. Og for å ta hensyn til pasientene, så hadde ambulansetjenesten en egen inngang.

Eksemplene over viser at små og store endringer kan påvirke organisasjonen og deres historie. Det er ikke bare de fysiske endringene som endrer, men også hvordan de blir oppfattet og husket (Nielsen & Ry, 2014, s. 31). Nielsen og Rye (2014) har brukt historikeren Søren Mørch sin formulering på dette:

*«Fortiden eksiterer ikke i seg selv. Det gjør derimot vår oppfattelse av den. Derfor er det også mulig å endre oppfattelse. Den kan manipuleres. Helter og skurker kan bytte roller. Det er en smaks(makthaver)sak»* (Nielsen & Ry, 2014, s. 31).

## 8.0 Drøfting

Det er lite forskning på virkemiddelbruk i fastlegeordningen, og dermed er det lite forskning å koble studien til eller å sammenligne studien med. Det finnes derimot noen rapporter om emnet. IPSOS (2022) har blant annet kartlagt og skrevet en rapport om kommunenes egenfinansiering og subsidieringsløsninger i fastlegeordningen.

Hovedmodellen i fastlegeordningen er selvstendig næringsdrift, men over tid har det utviklet andre former for drift. En antakelse er at flere kommuner går over til andre driftsformer for å kompensere for et lite fungerende system, og i håp om at staten skal ta grep på fastlegeordningen. Det er store usikkerheter rundt fastlegeordningen som blant annet fører til at flere kommuner får problemer med å rekruttere og beholde fastleger. Listerregionen er blant en av dem som sliter med rekruttering. Kommunene har sett seg nødt til å kompensere for dette ved å bruke subsidier eller egenfinansiere den ordinære fastlegeordningen.

### 8.1 Drøfting av resultat og forskning

Selv om Lister består av kun seks kommuner, så gir det et bilde på variasjonen som befinner seg i regionen. I neste avsnitt vil jeg sammenligne funnene i Lister, opp mot IPSOS (2022) sin

nasjonale kartlegging av kommunenes egenfinansiering og subsidieringsløsninger i fastlegeordningen. I den sammenheng er kommunene i Lister gjort om til prosent for å se om resultatene stemmer overens med tidligere forskning, og om det gjenspeiler virkeligheten. Prosentandelen gir et bilde på omfanget i Lister i forhold til den nasjonale kartleggingen til IPSOS (2022).

Lister består av seks kommuner som drifter legesentrene på forskjellige måter. To kommuner praktiserer selvstendig næringsdrift, som hovedmodellen. En kommune praktiserer 8.2 avtalen med stort sett selvstendig næringsdrivende fastleger, men også med noen få kommunalt ansatte fastleger. To kommuner i Lister praktiserer fastleger som er kommunalt ansatte med fastlønn, men den ene kommunen har også noen få selvstendig næringsdrivende fastleger. En kommune i Lister praktiserer nordsjøturnus, med fast ansettelse i kommunen. To av tre kommuner i Lister praktiserer en annen driftsform enn hovedmodellen.

Fire av seks kommuner i Lister har benyttet fastlønn, noe som tilsvarer 67 % av kommunene i Lister. Til sammenligning viser IPSOS (2022) nasjonale kartlegging at 70 % av kommunene i landet benytter fastlønn til næringsdrivende som subsidier til fastlegeordningen (IPSOS, 2022, s. 18).

I rapporten til IPSOS (2022) finner vi at 81% av kommunene i landet subsidierer fastlegeordningen utover hovedmodellen (IPSOS, 2022, s. 16). Det tyder på at de fleste kommuner må subsidiere fastlegeordningen for å klare å opprettholde fastlegetjenesten. I Listerregionen egenfinansierer eller subsidierer alle kommunene i ulik grad.

I denne studien har vi sett på økonomiske, juridiske og organisatoriske virkemidler. Fire av seks kommuner i Lister bruker økonomiske virkemidler for å rekruttere og beholde fastleger. To av seks kommuner i Lister bruker juridiske virkemidler for å rekruttere og beholde fastleger. Alle kommunene i Lister bruker organisatoriske virkemidler for å rekruttere og beholde fastleger.

Innen økonomiske virkemidler bruker fire av seks kommuner i Lister bonus som subsidier. Dette tilsvarer 67 % av kommunene i Lister. Sammenlignet med andre kommuner i landet, så bruker 21 % av kommunene bonusavtaler som subsidier (IPSOS, 2022, s. 18). Halvparten av kommunene i Lister bruker provisjon som virkemiddel, hvor fastlegene får en viss prosentandel av refusjonen fra HELFO.

To kommuner i Listerregionen bruker økt tilskudd som virkemiddel. Kun en kommune i Lister får økte satser på legevakt (17%). Til sammenligning bruker 31 % av kommunene i landet, som egenfinansierer eller subsidierer fastlegeordningen, ekstra lønn eller andre goder til fastleger ved pliktig legevaktstjenester (IPSOS, 2022, s. 18).

To kommuner i Lister benytter signeringstilskudd som økonomisk virkemiddel for å rekruttere og beholde fastleger.

Innen juridiske virkemidler er det to kommuner i Lister som skiller seg ut ved at fastlegene får redusert legevaktbelastning, eller fritak fra legevaktsarbeid. I en av de to kommunene jobber fastlegene i tillegg redusert antall timer med kommunale oppgaver, og nyansatte kan få opptil 6 måneder fritak fra offentlig legearbeid.

Juridiske virkemidler benyttes av 33 % av kommunene i Lister, jamfør 51 % av kommunene i landet som har avtale om disp. av kommunale støttefunksjoner eller annet helsepersonell (IPSOS, 2022, s. 18).

Innen organisatoriske virkemidler er det en kommune, som praktiserer selvstendig næringsdrift, som skiller seg ut ved at fastlegene får et visst antall sykedager og sykt-barn dager. Dette tilsvarer 17 % av kommunene i Lister. Til sammenligning benytter 16 % av kommunene i landet, som egenfinansierer eller subsidierer fastlegeordningen, sykelønnsordninger eller andre velferdsgoder (IPSOS, 2022, s. 18).

De kommunalt ansatte fastlegene får blant annet sykedager, fordi de arbeider for kommunen og da får de godene som følger med. Det er tre kommuner i Lister hvor fastlegene får sykedager/sykt-barn dager fordi de er kommunalt ansatte.

Ifølge IPSOS (2022) så bruker 50 % av kommunene, som egenfinansierer eller subsidierer fastlegeordningen, vikarer og vikarbyrå (IPSOS, 2022, s. 18). Jamfør 33 % av kommunene i Lister.

Ekstra fridager er en gode som 18 % av kommunene i landet subsidierer eller egenfinansierer. Til sammenligning benytter to av seks kommuner i Lister dette, som tilsvarer 33% av kommunene i Listerregionen.

## **8.2 Drøfting av informantenes perspektiv**

Informantene hadde varierte meninger om fastlegeordningen og virkemiddelbruk, men på enkelte emner så var det noen informanter som hadde nokså like perspektiver. Et eksempel på

dette så vi da informantene fikk spørsmålet, hva slags virkemidler ser ut til som fungerte best mht. å rekruttere og beholde fastleger. 5 av 11 informanter svarte at lønn var et av virkemidlene som så ut til å fungere best, og av dem var det 4 av 5 som svarte at tilskudd så ut til å fungere best. 5 av 11 informanter mente at et godt arbeidsmiljø var et virkemiddel som så ut til å fungere best. Alle informantene nevnte en kategori innen organisatoriske virkemidler, som de mente fungerte best. Organisatoriske virkemidler, var det virkemiddelet kommunene i Lister benyttet seg av mest. Videre så hadde alle kommunene i Lister forskjellige avtaler med fastlegene, og avtalene varierte i stor grad.

Ved spørsmål om, tiltak som kan løse dagens situasjon med fastlegeordningen og fastlegedekningen i Lister, svarte 5 av 11 at økt basistilskudd var et tiltak som kunne løse dagens situasjon med fastlegeordningen.

Når det gjelder rekruttering og stabilisering, så var det litt flere tiltak på rekruttering enn stabilisering.

Økonomiske- og organisatoriske virkemidler som lønn og miljø, er perspektiver som flere informanter var enige om fungerte best.

Informantene nevnte litt flere tiltak innen rekruttering enn stabilisering. Dette kan tyde på at fokuset er mer på rekruttering enn ved stabilisering. Dette kan komme av at noen kommuner sliter med rekruttering, eller er redde for å slite med rekruttering på sikt. Fastlegene som holder til i kommunene som har utfordring med rekruttering, begynner å bli slitne. Over tid kan fastlegene bli fristet til å flytte eller gå over til private tjenester. På et lite sted som Lister, kan dette medføre store rekrutteringsproblemer og i verste fall kollaps av fastlegetjenesten. Kommunene bør derfor fokusere på å beholde fastlegene i like stor grad som ved rekruttering.

### **8.3 Drøfting knyttet til teoretisk perspektiv**

Teorien jeg har valgt å bruke er Leavitt-Ry-modellen. Det er en utvidet modell som består av flere variabler og teorier. Hensikten med teoriene er å få mest mulig ut av modellen. Formålet med å anvende teorien, er å få en bedre forståelse av hvordan fastlegepraksisen fungerer i praksis.

Modellen ga innsikt i hvilke oppgaver og funksjoner fastlegene har. Fastlegene har varierte oppgaver både på legesenteret og kommunalt. De selvstendig næringsdrivende fastlegene har i tillegg et stort ansvar for personalet og drift.

I dag praktiserer fastlegene ulike modeller, som er utenom den ordinære fastlegeordningen. Modellene er styrt av kommunen. Det er i utgangspunktet kommunen som bestemmer hvilke modeller de ønsker å finansiere eller subsidiere. Når det gjelder struktur, så får vi en beskrivelse av hvor legesentrene er plassert geografisk, og hvordan de ser ut. På et legesenter finner vi en hieratisk struktur, hvor fastlegene er de som har det øverste ansvaret for blant annet økonomi, administrasjon og ledelse.

Teknologi er en faktor som påvirker fastlegene og deres arbeidshverdag. Et eksempel på dette, er den lette tilgangen på medisinsk informasjon som har bidratt til økt helseangst, og som videre har bidratt til overbehandling og overdiagnostikk. Som en respons på dette, startet fastlegene en kampanje. Hensikten med kampanjen er å bidra til klokere valg i behandling og diagnostikk (Den Norske Legeforening, u.å.).

Fastlegene har visjoner, verdier og mål. Å bevare kvaliteten i fastlegeordningen, er et eksempel på verdi og mål. Trønderopprøret er også et godt eksempel på fastleger som kjemper for sin visjon av fastlegeordningen.

Noen kommuner bruker belønningssystemer for å styre fastlegene. De bruker belønning som virkemiddel for å beholde fastlegene, og for å få dem til å arbeide mer. Basert på en klassisk teori som Nielsen & Ry (2014) hadde brukt og basert på informantene, fikk jeg innsikt i hva fastlegene håpet på å få i belønning, og hva de ikke får i belønning. Videre brukte jeg en annen type modell for å studere organisasjonskulturen på et legesenter. Ved hjelp av modellen, fikk jeg en god beskrivelse av det synlige på et legesenter, verdier som forventes av et legesenter, og grunnleggende antakelser om et legesenter.

Omverdenen ga en beskrivelse av organisasjoner og aktører som påvirker et legesenter. Fastlegene samarbeider med flere aktører, som kan ha stor påvirkningskraft på praksisen deres.

Til slutt så jeg på nyheter fra hendelser som har oppstått på noen av legesentrene i Lister. Hendelsene er eksempler på erfaring, som kan ha bidratt til små og store historiske endringer på legesenteret.

Leavitt-Ry-modellen gav en generell beskrivelse av fastlegepraksisen. Leavitt-modellen er en enkel modell, men samtidig litt vanskelig å anvende. Den som anvender modellen, må selv sørge for å få med relevant informasjon om organisasjonen, og plassere det inn i tilhørende variabel. Leavitt-Ry-modellen er en utvidet modell og er bygget på med flere variabler og teorier. Dette gjør modellen anvendelig når man har som formål å beskrive en organisasjon. En annen måte å anvende teorien på, er å bruke modellen til å beskrive hvert legesenter, og

med formål om å sammenligne dem med hverandre. På denne måten ville man fått frem eventuelle særpreg i organisasjonen, og en dypere beskrivelse av praksisen.

## 9.0 Avslutning

I Listerregionen finner vi totalt fire ulike driftsmodeller. Fire av seks kommuner i Lister bruker økonomiske virkemidler, to av seks kommuner bruker juridiske virkemidler og seks av seks kommuner bruker organisatoriske virkemidler. Alle kommunene i Lister bruker virkemidler mht. å rekruttere og beholde fastleger. Virkemiddelbruken varierer derimot mellom kommuner som praktiserer selvstendig næringsdrift, og kommuner som praktiserer fastlønn. Virkemiddelbruken varierer også mellom de ulike driftsformene. Virkemiddelbruken er litt høyere i kommunene som praktiserer fastlønn, enn kommunene som praktiserer selvstendig næringsdrift.

Fire av seks kommuner i Lister har sett seg nødt til å egenfinansiere eller subsidiere fastlegeordningen ved å ha kommunalt fastlønnede leger. Organisatoriske- og økonomiske virkemidler er de virkemidlene som benyttes mest mht. å rekruttere og beholde fastleger. Halvparten av kommunene i Lister benytter bonusordning, herunder provisjon, for å rekruttere og beholde fastleger. Informantene mener at tilskudd, herunder økt basistilskudd og et godt arbeidsmiljø, er de virkemidlene som fungerer best. Virkemiddelet kommunen bruker, samsvarer ikke med det informantene mener at fastlegene ønsker.

Når det gjelder tiltak, så har kommunene i Lister totalt sett litt flere tiltak mht. rekruttering enn stabilisering.

## 9.1 Konklusjon

Virkemiddelbruken i Lister varierer i stor grad. Virkemidlene som kommunene i Lister benytter seg mest av mht. å rekruttere og beholde fastleger, er økonomiske- og organisatoriske virkemidler. Å være kommunalt ansatt fastlege i Lister, er det organisatoriske virkemiddelet som ser ut til å fungere best mht. å rekruttere og beholde fastleger. Det kan tyde på at driftsformen egner seg godt ut fra dagens fastlegeordning. Bonusordning er det økonomisk virkemiddel som ser ut til å fungere best mht. å rekruttere og beholde fastleger.

## 10.0 Litteraturliste

- Aagesen, R. (2023, 8. mars). *Hva gjør kommuneoverlegen?* Lørenskog kommune. <https://www.lorenskog.kommune.no/tjenester/helse-omsorg-og-sosiale-tjenester/legetjenester/kommunelege/>
- Allmennlegeforeningen. (2014). *Utviklingsplan for fastlegeordningen 2015 – 2020*. Den Norske Legeforening. <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/yf/allmennlegeforeningen/afs-arbeid/dokumenter-og-rapporter/utviklingsplan-for-fastlegeordningen/>
- Berge, J. (2016, 30. juni). To fastleger ønsker færre pasienter. *Lyngdals Avis*. <https://www.lyngdalsavis.no/to-fastleger-onsker-farre-pasienter/s/5-104-37403>
- Dagens Medisin. (2022, 18. mai). *Helsepolitikkerne om regionenes fastlegebekymring: - Et tydelig signal*. <https://www.dagensmedisin.no/arbeiderpartiet-ap-fastlegeordningen-fastleger/helsepolitikkerne-om-regionenes-fastlegebekymring-et-tydelig-signal/203380>
- Den Norske Legeforening. (2022, 8. april) *Fastlegeordningen på 1-2-3*. <https://www.legeforeningen.no/contentassets/bfddb0c2cf8a45eebe9bb459678c8ffa/fastlegeordningen-pa-1-2-3-det-du-trenger-a-vite.pdf>
- Den Norske Legeforening. (2018, 2. juli). *Hvorfor Gjør kloke valg-kampanje i Norge?* <https://www.legeforeningen.no/kloke-valg/Om-kloke-valg/hvorfor-gjor-kloke-valg-i-norge/>
- Den Norske Legeforening. (u.å.). *Om Gjør kloke valg*. Hentet 16. mai 2023 fra <https://www.legeforeningen.no/kloke-valg/Om-kloke-valg/>
- Enoksen, T. (2022, 28. januar). *Varsler om legemangel til Statsforvalteren*. Lister24. <https://www.lister24.no/nyheter/i/y4ypaJ/varsler-om-legemangel-til-statsforvalteren>
- EY og Vista analyse. (2019). *Evaluering av fastlegeordningen*. Helsedirektoratet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/7cd212bf5f0642c1a5d0d480f0923e6d/evaluering-av-fastlegeordningen---sluttrapport-fra-ey-og-vista-analyse.pdf>
- Fastlegeordningen Trønderopprøret. (u.å.). *Fastlegeordningen 2.0*. Hentet 20. mai 2023 fra <https://www.flo20.no/visjon/>
- Fladstad, T. (2015, 1. mars). Helsehuset pusses opp for fem millioner. *Avisen Agder*. <https://www.avisenagder.no/helsehuset-pusses-opp-for-fem-millioner/s/5-99-205740>

- Forskrift om fastlegeordning i kommunene. (2012). Forskrift om fastlegeordning i kommunene (FOR-2012-08-29-842). Lovdata.  
<https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2012-08-29-842>
- Frøslund, L. (2022, 25. april). *Marcus Gürgen om ny fastlegeordning i Flekkefjord: – Det er et hederlig forsøk, men det blir ikke samme kvalitet.* Avisen Agder.  
<https://www.avisenagder.no/marcus-g-rgen-om-ny-fastlegeordning-i-flekkefjord-det-et-hederlig-forsok-men-det-blir-ikke-samme-kvalitet/s/5-99-1116075>
- Gram, B.A. (2021, 27. mai). *Staten må endre fastlegeordningen.* KS.  
<https://www.ks.no/kronikker/staten-ma-endre-fastlegeordningen/>
- Helfo. (2023, 8. juni). *Pasienttilpasset basistilskudd.*  
<https://www.helfo.no/fastlegeordninga/pasienttilpasset-basistilskudd>
- Helsedirektoratet (2017). *Primærhelseteam – Kvalitet, Ledelse og Finansiering* (Rapport IS-2656). Helsedirektoratet.  
[https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/primærhelseteam-kvalitet-ledelse-og-finansiering/Primærhelseteam%20-%20Kvalitet,%20Ledelse%20og%20Finansiering.pdf/\\_/attachment/inline/2e561a8b-66a3-42b1-a71b-45894c188b3d:d7b10f342acd1ecaf694bb17aa88766b1972c729/Primærhelseteam%20-%20Kvalitet,%20Ledelse%20og%20Finansiering.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/primærhelseteam-kvalitet-ledelse-og-finansiering/Primærhelseteam%20-%20Kvalitet,%20Ledelse%20og%20Finansiering.pdf/_/attachment/inline/2e561a8b-66a3-42b1-a71b-45894c188b3d:d7b10f342acd1ecaf694bb17aa88766b1972c729/Primærhelseteam%20-%20Kvalitet,%20Ledelse%20og%20Finansiering.pdf)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Handlingsplan for allmennlegetjenesten.* Helse- og omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/96f6581333ee48559cdabf23c8772294/handlingsplan-for-allmennleger.pdf>
- Helsedirektoratet. (2021, 10. mai). *Fastlegestatistikk. Utviklingstrekk og endringer i fastlegeordningen.* <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/fastlegestatistikk>
- Helsedirektoratet. (2022, 19. mai). *Handlingsrapport for allmennlegetjenesten – årsrapport 2021: Begrepsliste.*  
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/handlingsplan-for-allmennlegetjenesten-arsrapport-2021/begrepsliste>
- Helsenorger. (u.å.). *Bytte fastlege.* Hentet 3. april 2022 fra  
<https://tjenester.helsenorge.no/bytte-fastlege?fylke=42&kommuner=4228>
- Helsetilsynet. (2023, 9. januar). *Veiledning for statsforvalterens behandling av tilsynssaker (helse- og omsorgstjenesten): Tilsyn med fastleger.*  
<https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/veiledning-for-statsforvalterens-behandling-av-tilsynssaker-helse-og-omsorgstjenesten/>



- Hoel, B. (2020, 20. april). Legesenter flyttet til Gåseholmen. *Lister24*.  
<https://www.lister24.no/nyheter/i/8m8MVQ/legesenter-flyttet-til-gaaseholmen>
  
- Hoel, B. (2023, 16. mars). Avventer innspill fra KS. *Lister24*.  
<https://www.lister24.no/nyheter/i/8JX5Kr/avventer-innspill-fra-ks>
  
- Hoel, O. (2023, 23. januar). - Situasjonen i dag er ikke holdbar. *Lister 24*.  
<https://www.lister24.no/nyheter/i/ve37yp/situasjonen-i-dag-er-ikke-holdbar>
  
- Humstad, K., Kræmer, M. H. & Moen, S. F. (2021, 20. november). *130.000 nordmenn mangler fastlege - det går hardest utover distriktene*. NRK.  
<https://www.nrk.no/tromsogfinnmark/130.000-nordmenn-mangler-fastlege---fastlegekrisen-i-norge-rammer-distriktene-hardest-1.15738377>
  
- IPSOS. (2018). Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen. IPSOS og Samfunnsøkonomisk analyse.  
[https://www.ks.no/contentassets/11090ac4bb2445c88e049c469f13b7e6/rapport---variasjoner-i-finansiering-av-fastlegeordningen\\_310518.pdf](https://www.ks.no/contentassets/11090ac4bb2445c88e049c469f13b7e6/rapport---variasjoner-i-finansiering-av-fastlegeordningen_310518.pdf)
  
- IPSOS. (2022). Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen. IPSOS og Samfunnsøkonomisk analyse.  
<https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2022-08/Rapport-KS-Finansiering-fastlegeordningen-2022.pdf>
  
- Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (3 utg.). Cappelen Damm AS.
  
- Jacobsen, D. I. & Thorsvik, J. (2019). *Hvordan organisasjoner fungerer* (4. utg.). Vigmostad & Bjørke AS.
  
- KS. (2021, 31. mai). *Finansiering av fastlegeordningen – hva er den rette medisinen?*  
<https://www.ks.no/fagomrader/forskning-og-utvikling-fou/forskning-og-utvikling/finansiering-av-fastlegeordningen---hva-er-den-rette-medisin/>
  
- Legevisitt. (u.å.). *Helseangst*. Hentet 16. mai 2023 fra <https://www.legevisitt.no/vi-hjelper-deg-med/helseangst/>
  
- Londal, M. (2015, 19. august). Kvinesdal legesenter. *Avisen Agder*.  
<https://www.avisenagder.no/kvinesdal-legesenter/s/5-99-231339>

- Meld. St. 26 (2014-2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>
- Nielsen, J. B. R. & Ry, M. (2014). *Annerledes tanker om Leavitt – en klassiker i ny belysning*. (4. utg.). Nyt fra Samfundsvidenskabene.
- Opstad, L. (2016). *Økonomistyring i offentlig sektor* (2. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Regjeringen. (2021, 1. juni). *Fastlegeordningen*. <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/innsikt/fastlegeordningen/id115301>
- Regjeringen. (2023, 18. april). *Fastlegeordningen: Ekspertutvalg leverte endelig rapport*. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/fastlegeordningen-ekspertutvalg-leverte-endelig-rapport/id2971893/>
- Rekaa, L. (2014, 14. november). Lyngdal legesenter fjerner omstridt gebyr. *Lyngdals Avis*. [https://www.lyngdalsavis.no/lyngdal-legesenter-fjerner-omstridt-gebyr/s/5-104-12350?onboarding\\_mode=true](https://www.lyngdalsavis.no/lyngdal-legesenter-fjerner-omstridt-gebyr/s/5-104-12350?onboarding_mode=true)
- Repstad, P. (2014). *Mellom nærhet og distanse* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Sagberg, I. (2023, 21. april). *Edgar Schein*. Store norske leksikon. Hentet 20. mai 2023 fra [https://snl.no/Edgar\\_Schein](https://snl.no/Edgar_Schein)
- Sandvik, H. (2006). *Evaluering av fastlegereformen 2001-2005. Sammenfatning og analyse av evalueringens delprosjekter*. Norges forskningsråd. <https://www.forskningsradet.no/siteassets/publikasjoner/1144144503427.pdf>
- Strand, T. (2007). *Ledelse, organisasjon og kultur* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Støle, T. A. (2022a, 10. februar). *Stabil situasjon i Kvinesdal*. *Lister24*. <https://www.lister24.no/nyheter/i/MLvaGM/stabil-situasjon-i-kvinesdal>
- Støle, T. A. (2022b, 9. februar). *Kapasiteten er sprengt*. *Lister24*. <https://www.lister24.no/nyheter/i/oWy3Vj/kapasiteten-er-sprengt>
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitative metoder* (5. utg.). Fagbokforlaget.
- Torjesen, D. O. & Vabø, S. I. (2014). Samhandlingsreformen – virkemidler for koordinering. I M. Vabø & S.I. Vabø (Red.), *Velferdens organisering*. (s. 138-157). Universitetsforlaget.

- Tømmerbakke, S. G. (2022, 9. september). Tja til nordsjøturnus i ALIS-ordningen. *Dagens medisin*. <https://www.dagensmedisin.no/alis-fastlegeordningen-fastleger/tja-til-nordsjoturnus-i-alis-ordningen/313698>
- Universitetet i Oslo. (2022, 20. desember). *Nettskjema-diktafon mobilapp*. <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/hjelp/diktafon.html>
- Veggeland, N. (2013). *Reformer i norsk helsevesen*. Akademika forlag.

## Vedlegg

### Vedlegg 1: Informasjonsskriv

#### Informasjonsskriv til prosjektdeltakere

Jeg er en student som tar Master i Ledelse på Universitetet i Agder. Dette er en formell forespørsel til deg om du ønsker å delta i intervju. Temaet for oppgaven er virkemiddelbruk med henhold til å rekruttere og beholde fastleger i Lister.

#### Oppgavens bakgrunn og formål:

Jeg ønsker å foreta en studie hvor jeg får et innblikk i hva kommunen gjør for å rekruttere og beholde fastleger i Lister. Lister regionen består av Farsund-, Flekkefjord-, Lyngdal-, Kvinesdal-, Hægebostad- og Sirdal kommune. Formålet vil være å få et helhetlig bilde av hvordan fastlegeordningen fungerer, hvordan virkemiddelbruken varierer med henhold til å rekruttere og beholde fastleger i Lister og hva slags virkemidler fungerer best. Jeg ønsker å intervju sentrale personer som arbeider tett på kommunen, fastlegene og fastlegeordningen.

#### Konfidensialitet:

Jeg ønsker å ta opp samtalen ved bruk av Nettskjema som er et verktøy for datainnsamling på nett. Den brukes av både ansatte og studenter på Universitetet i Agder. Nettskjema er en sikker løsning som leveres av universitetet i Oslo. Nettskjema har en mobilapp løsning for opptak av lyd. Appen heter Nettskjema-diktafon. Lydfilene sendes til Nettskjema og blir derfor ikke lagret på private enheter. Hvis dette skulle være uaktuelt, så stiller Universitetet i Agder til rådighet med diktafoner. Private diktafoner er ikke mulig å bruke.

Etter intervjuet vil lydfilen transkriberes. Lydfile, transkriberingsmateriale og notater tatt under intervjuene vil bli slettet etter at oppgaven er levert i juni 2023.

#### Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

#### Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- - å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- - å få slettet personopplysninger om deg
- - å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

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

Prosjektansvarlig: Renate Veronica Hansen, mastergradsstudent. Mob: [REDACTED]

Mail: [REDACTED]

Veileder: Dag Olaf Torjesen, Professor. Mail: [REDACTED]

Vårt personvernombud: Trond Hauso Mail: [Personvernombud@uia.no](mailto:Personvernombud@uia.no)

Hvis du har spørsmål knyttet til Personverntjenester sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

Personverntjenester på epost ([personverntjenester@sikt.no](mailto:personverntjenester@sikt.no)) eller på telefon: 53 21 15 00.

Dersom du har mulighet til å delta, setter jeg pris på om du kan skrive under den vedlagte samtykkeerklæringen.

Deltakelsen er frivillig, og du har rett til å trekke deg når som helst. Intervjuet vil ta ca. 45 min.

Jeg har mottatt skriftlig informasjon om prosjektet og er villig til å delta i studien:

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Med vennlig hilsen  
Renate Veronica Hansen

## Vedlegg 2: Intervjuguide

### Intervjuguide

#### Problemstilling:

En kvalitativ casestudie av fastlegeordningen og utfordringer i Lister:

«Hvordan varierer virkemiddelbruken i Lister mht. å rekruttere og beholde fastleger? Hva slags virkemidler ser ut til å fungere best mht. å rekruttere og beholde fastleger i Listerregionen?»

#### Tema 1: Informasjon om informanten

1. Fortell litt om hvem du er, din bakgrunn og din stilling.

#### Tema 2: Fastlegeordningen

2. Har du kjennskap til den ordinære fastlegeordningen (hovedmodellen)?
3. I hvilken grad fungerer den ordinære fastlegeordningen i kommunen?
4. Enkelte kommuner bruker alternative driftsformer for å beholde og rekruttere fastleger. Vet du om kommunen bruker noen alternative driftsformer?
5. Har kommunen andre avtaler med fastlegene som er utenom den ordinære fastlegeordningen

#### Tema 3: Kommunen

6. Hvilke tiltak gjør kommunen for å rekruttere og beholde fastleger?
7. Hvilke økonomiske virkemidler bruker kommunen for å rekruttere og beholde fastleger?
8. Hvilke juridiske virkemidler bruker kommunen for å rekruttere og beholde fastleger?
9. Hvilke organisatoriske virkemidler bruker kommunen for å rekruttere og beholde fastleger?
10. Hvilke virkemidler tror du fungerer best? Og evt hvorfor?

#### Tema 4: Fastlegene

11. Hvordan er fastlegedekningen i kommunen?
12. I hvor stor grad tror du fastlegene i din kommune er fornøyde med dagens fastlegeordning?
13. Tror du at fastlegene føler seg mye eller lite styrt av kommunen?
14. I hvor stor grad tror du fastlegene er fornøyde med kommunens tiltak for å rekruttere og beholde fastleger?

#### Tema 5: Tiltak

15. Noen kommuner bruker ulike modeller eller tiltak for å klare å rekruttere og beholde fastleger. Ser dere til noen modeller eller tiltak som er utført av andre Evt hvilke?
16. Har du noen tanker om tiltak som kan hjelpe til å løse dagens situasjon med fastlegeordningen og fastlegedekningen i Lister?

#### Tema 6: Veien videre

17. Er det noen jeg burde ta kontakt med som vet mer om dette temaet?
18. Er det noe jeg har glemt å ta med som er viktig for å belyse problemstillingen?
19. Er det noe du ønsker å legge til?