

# LIS1-tjenesten og rekruttering av fastleger

*En utforskende studie av hvordan erfaringer fra LIS1-tjenesten kan påvirke legers ønske om å bli fastlege*

Skrevet av Steinar Riksaasen  
Veiledet av Førsteamanuensis Ivan Spehar



Thesis submitted as a part of the Master of Philosophy  
Degree in Health Economics, Policy, and Management  
60 studiepoeng

Institutt for helse og samfunn, avdeling for helseledelse  
og helseøkonomi  
Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Mai 2023



# **LIS1-tjenesten og rekruttering av fastleger**

- **En utforskende studie av hvordan erfaringer fra LIS1-tjenesten kan påvirke legers ønske om å bli fastlege**

© Steinar Riksaasen

2023

LIS1-tjenesten og rekruttering av fastleger

Steinar Riksaasen

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

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

# Sammendrag

Fastlegeordningen har i mange år fungert som en bærebjelke i det norske helsevesenet. De siste par årene har likevel situasjonen endret seg, og i møte med en lenge varslet eldrebølge i tillegg til økt omfang av kroniske sykdommer står fastlegeordningen i fare for å kollapse. Samtidig står mange ferdigutdannede i kø for å få slippe ut i arbeidsmarkedet gjennom LIS1-tjenesten.

Denne studiens formål er å belyse legenes erfaringer fra LIS1-tjenesten, og undersøke hvordan erfaringene kan påvirke legenes ønske om å bli fastlege. Det ble gjennomført ti semistrukturerte intervjuer, ni av leger og ett av en LIS-koordinator, for å kartlegge legenes erfaringer med LIS1-tjenesten. For å undersøke hvordan erfaringene påvirket legenes ønske om å bli fastlege ble funnene fra intervjuene diskutert i lys av motivasjonsteori. Motivasjonsteorien som ble benyttet fokuserte på indre, ytre og prososiale motivasjonsfaktorer.

Studiens funn viser blant annet at god veiledning og supervisjon, ansettelsesform og lønnsordning, samt arbeidsvilkår på sykehus og i fastlegetjenesten gjennom LIS1-tjenesten kan ha en innvirkning på legenes motivasjon knyttet til de ulike yrkesspesialitetene. Legenes motivasjon og syn på fastlegeyrket er faktorer som kan påvirke deres ønske om å bli fastlege. Funnene indikerer at LIS1-tjenesten er en sentral arena for innføring av tiltak rettet mot å forbedre rekruttering av fastleger.

# Forord

Det var med skrekkblandet fryd jeg takket ja til en plass på masterstudiet i Health economics, policy, and management ved Universitetet i Oslo sommeren 2021. Jeg var selvfølgelig glad for å ha kommet inn på et studium som reflekterte mine faglige interesser, men var også usikker på hvordan dette kom til å gå. Selv etter å ha fullført bachelorgrad i både idrettsvitenskap og statsvitenskap var jeg ikke noe i nærheten av sikker på at jeg kom til å klare å komme meg gjennom dette masterløpet.

Denne masteroppgaven markerer slutten på mine åtte år som student, hvorav fem ved Universitetet i Oslo. Jeg har lært mye, takket være hard innsats, og jeg er stolt av det jeg har fått til. Jeg har også satt pris på å få muligheten til å fordype meg i emnet for denne oppgaven. Det har vært en lærerik og utfordrende prosess.

Jeg vil takke til veilederen min, Førsteamanuensis Ivan Spehar ved Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo. Du har veiledet meg trygt gjennom en krevende prosess, og vist meg hvilke dører som har vært åpne når jeg selv har vært i villrede. Mange takk skal du ha! Alle respondentene som har bidratt i studien fortjener også å takkes.

En stor takk rettes til mine medstudenter som jeg har delt kontor med for måten dere har holdt meg oppe på gjennom vanskelige tider, og alt det gode humøret vi har delt gjennom en krevende skriveprosess. Uten dere hadde jeg ikke engang kommet halvveis. Til slutt vil jeg rette den største takken til min ektefelle, Kristine, som har støttet meg gjennom en tøff hverdag de siste årene, og min nærmeste familie som alltid har hjulpet og tilrettelagt for meg gjennom hele studietiden.

Tusen takk!

Steinar Riksaasen

Oslo/Mai 2023

# Liste over figurer og tabeller

Tabell 1	<i>Informasjon om utvalg</i>
Figur 1	<i>Eksempel på tematisk nettverk</i>

## Forkortelser og akronymer

ALIS	Allmennlege i spesialisering
HDIR	Helsedirektoratet
HF	Helseforetak
HOD	Helse- og omsorgsdepartementet
KS	Kommunesektorens organisasjon
Lefo	Legeforskningsinstituttet
LIS	Lege i spesialisering
LIS1	Lege i spesialisering, del 1
LIS1-lege	Turnuslege / turnuskandidat
LIS1-tjenesten	Turnuslegetjenesten
RHF	Regionalt Helseforetak
SAK	Statens autorisasjonskontor for helsepersonell



# Innhold

Sammendrag.....	V
Forord.....	VI
Liste over figurer og tabeller.....	VII
Forkortelser og akronymer.....	VIII
1 Innledning.....	1
2 Bakgrunn.....	3
2.1 LIS1-tjenesten.....	3
2.1.1 Arbeidsgivers ansvar under LIS1.....	4
2.1.2 Veileders ansvar og LIS1-kandidatens rolle.....	5
2.1.3 Vilkår for ansettelse i LIS1.....	6
2.1.4 Søknadsprosessen.....	7
2.2 Spesialisering i allmennmedisin (ALIS).....	7
2.2.1 ALIS-prosjekt Vest og Nord.....	8
2.3 Fastlegeordningen.....	9
2.4 Regulering og finansiering av fastlegeordningen.....	10
2.4.1 Selvstendig drift.....	10
2.4.2 Fast ansettelse.....	11
2.5 Gjennomgang av fastlegeordningen.....	11
2.6 Legedekning i Norge og EU.....	12
2.7 Nasjonal handlingsplan.....	13
3 Teori.....	15
3.1 Motivasjonsteori.....	15
3.1.1 Indre motivasjonsfaktorer.....	16
3.1.2 Ytre motivasjonsfaktorer.....	17
3.1.3 Prososiale motivasjonsfaktorer.....	18
4 Metode og data.....	20
4.1 Metodisk tilnærming.....	20
4.2 Studiedesign og utvalg.....	20
4.3 Databehandling og analyse.....	23
5 Resultater.....	26
5.1 Erfaringer fra LIS1.....	26

5.1.1	Søknadsprosess.....	26
5.1.2	Struktur.....	27
5.1.3	Tilpasset LIS1-løp.....	28
5.1.4	Veiledning og kollegium.....	29
5.1.5	Erfaringer opp mot forventinger.....	31
5.1.6	Informasjon om fastlegedrift.....	32
5.1.7	Endringer i LIS1.....	32
5.2	Legeyrket.....	33
5.2.1	Hvorfor vurdere fastlegeyrket?.....	33
5.2.2	Livssituasjon.....	34
5.2.3	Lønn og økonomi.....	35
5.2.4	Arbeidsvilkår.....	36
5.2.5	Fastlege versus sykehuslege.....	37
6	Diskusjon.....	39
6.1	Erfaringer fra LIS1.....	39
6.1.1	Søknadsprosessen.....	39
6.1.2	Struktur.....	41
6.1.3	Veiledning og kollegium.....	42
6.2	Synspunkter på fastlegeyrket.....	44
6.2.1	Arbeidsvilkår og lønn.....	44
6.2.2	Fastlege vs sykehuslege.....	45
6.3	Metodiske refleksjoner.....	46
6.3.1	Validitet og reliabilitet.....	46
6.3.2	Refleksivitet.....	48
6.3.3	Etiske forhold.....	49
7	Konklusjon.....	50
	Litteraturliste.....	51
	Vedlegg 1: Informasjonsskriv.....	54
	Vedlegg 2: Sikt – godkjenning av prosjekt.....	58
	Vedlegg 3: Intervjuguide.....	60

# 1 Innledning

Denne studien retter søkelyset mot LIS1-tjenesten, og søker å belyse koblingen mellom LIS1-tjenesten og rekruttering av fastleger i Norge. Sett under ett har helsetjenesten i Norge og store deler av verden vært utsatt for et stadig økende press knyttet til etterspørsel av helsetjenester som følge av forbedret økonomi, teknologi, og demografiske endringer. Isolert sett har fastlegeordningen i Norge vært ytterligere presset de siste årene, og Legeforeningen har kommet frem til at det må bevilges over 4 milliarder kroner til fastlegeordningen for å løse krisen (Kalveland, 2021). I handlingsplan for allmennlegetjenesten ble det likevel kun satt av 1,6 milliarder kroner over en fireårsperiode (2020-2024) for å styrke tjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022).

Fastlegeordningen har lenge vært betraktet som en suksess (Bakken, 2006; Hjortdahl, 2004). Likevel har det de siste par årene etablert seg konsensus om at ordningen nå er i krise. Krisen bunner i at flere og flere innbyggere står uten fastlege. En evaluering av allmennlegetjenesten slår fast at 3,2 prosent av listeinnbyggerne i mai 2022 stod på pasientliste uten fastlege, og at 217 104 innbyggere per mars 2023 mangler fastlege (Telle et al., 2023, s. 31). Dette indikerer en generell mangel på fastleger. Årsaken til fastlegekrisen er sammensatt av flere faktorer, og det er derfor rimelig å anta at det ikke finnes en enkel løsning på dagens problemer i primærhelsetjenesten. En av de mest sentrale problemene som til stadighet nevnes er for høy arbeidsbelastning, som fører til utfordrende rekrutteringsforhold, og legefukt (Menon Economics, 2018, s. 4). Tidligere var noen av disse problemene mest fremtredende i perifere strøk, men utfordringene har nå også fått fotfeste i mer sentrale regioner (Ernst & Young & Vista Analyse, 2019, s. 3).

Den avsluttende delen av medisinstudiet i Norge gikk tidligere under betegnelsen turnustjenesten, men har nå fått navnet LIS1-tjenesten (Lege i spesialisering, del 1) (Legeforeningen, u.å.). LIS1-tjenesten er felles for alle avsluttende medisinstudenter og tilbyr klinisk praksis gjennom tolv måneder arbeid i spesialisthelsetjenesten, etterfulgt av seks måneder i primærhelsetjenesten. Leger som har fullført medisinstudiet i utlandet må også gjennomføre LIS1-tjenesten før de kan starte på et videre spesialiseringssløp i Norge. Tjenesten gir legene innblikk og variert erfaring i arbeidshverdagen i de ulike delene av helsetjenesten, og kan derfor tenkes å påvirke deres yrkesvalg for senere karriere. I lys av dette kan LIS1-tjenesten betraktes som en viktig arena for rekruttering av fastleger. I denne

oppgaven vil jeg utforske LIS1-legenes erfaringer fra LIS1-tjenesten, og belyse sentrale elementer fra tjenesten som muligens kan endres med sikte på å forbedre rekrutteringen av fastleger. Med dette utgangspunktet søker jeg gjennom denne oppgaven å besvare følgende problemstilling:

«Hvilke erfaringer gjør legene seg gjennom LIS1, og hvordan påvirker disse deres ønske om å bli fastlege?»

For å besvare denne problemstillingen vil jeg benytte offentlige dokumenter koblet til LIS1-tjenesten og fastlegeordningen som et bakteppe. Datagrunnlaget vil i hovedsak bestå av intervjuer med LIS1-leger som er underveis i, eller nylig har fullført tjenesten. Studiens bakteppe vil sammen med dataene og klassisk organisasjonsteori om indre og ytre motivasjonsfaktorer sette rammen for en diskusjon om hvordan karakteristikk og forhold ved LIS 1-tjenesten har betydning for legenes syn på fastlegeyrket, og dermed også rekruttering av fastleger.

## 2 Bakgrunn

Det er tidligere gjennomført flere undersøkelser av LIS1-legers erfaringer med LIS1-tjenesten. Legeforskningsinstituttet (LEFO) foretar jevnlig evalueringer av tjenesten gjennom spørreundersøkelser (Birkeli, 2015; Den Norske Legeforening, u.å.-a). Undersøkelsene er i hovedsak bygget på kvantitative data, og resultatene gir derfor et generaliserbart bilde av hvordan LIS1-tjenesten fungerer sett fra LIS1-legenes egne perspektiv. Likevel, later det til å være et kunnskapshull når det kommer til data av kvalitativ karakter som kan gi dypere innblikk i hvilke erfaringer og forhold fra LIS1-tjenesten som LIS1-legene selv mener er avgjørende for om de velger å bli fastleger eller ikke. Denne studien søker å belyse dette temaet.

### 2.1 LIS1-tjenesten

Studenter som skal starte på en medisinsk spesialisering i Norge må gjennom første del legespesialiseringstjenesten som kalles LIS1-tjenesten. I forbindelse med den nye LIS1-tjenesten har Helsedirektoratet utformet en veileder som beskriver den nye ordningen i detalj. Dette kapitlet tar i stor grad utgangspunkt i denne veilederen skrevet av Anne Grethe Slåtten og kolleger (Slåtten et al., 2015). LIS1 står for lege i spesialisering, del 1 (Legeforeningen, u.å.). Dette programmet er det samme for alle leger uansett hvilken spesialisering de skal gjennomføre, og innebærer 12 måneder praksis i spesialisthelsetjenesten, etterfulgt av seks måneder i primærhelsetjenesten. LIS1-tjenesten erstattet i 2017 den tidligere turnuslegetjenesten (Legeforeningen, u.å.). Formålet med LIS1-tjenesten er «(...) at turnuslegen gjennom arbeid som lege under særskilt veiledning, opplæring og supervisjon skal få nødvendig grunnleggende erfaring og praktisk rutine for å kunne utføre sin legevirksomhet på en forsvarlig måte» (Slåtten et al., 2015, s. 7). Den nye ordningen ble innført som en respons på problemene knyttet til den gamle turnusordningen, med blant annet lange køer i trekningen av turnuslegestillinger. Køene var blant annet en konsekvens av EØS-avtalens krav til fri flyt av arbeidskraft i Europa, som i praksis betød at personell fra hele Europa kunne trekke et nummer i køen til den norske turnuslegetjenesten. LIS1-tjenesten førte til at trekningen ble omgjort til en søknadsordning. Dette løste problemene med krav til språkkunnskaper, og gjorde ordningen mer overførbart til arbeidsmarkedet. For arbeidsgiverne ble det også enklere å velge kandidater ut fra behov ved de aktuelle lokasjonene (Norsk medisinstudentforening, u.å.-a). Innføring av LIS1-tjenesten innebar også at leger med fullført

profesjonsstudium i medisin kan søke om legelicens og jobbe som lege i Norge uten å gjennomføre turnustjeneste i forkant (Slåtten et al., 2015). Dermed kan nyutdannede gå direkte ut i legeyrket etter fullførte studier, og jobbe under supervisjon. Dette bidrar til å friggi ledig arbeidskraft til arbeidsmarkedet dersom det finnes nok vikarstillinger og midlertidige stillinger.

Den nye LIS1-tjenesten innebærer flere endringer med hensyn til ansvarsforhold både for institusjonene og legene. Helse- og omsorgsdepartementet har ansvaret for bevilgninger av totalt antall LIS1-stillinger, mens Helsedirektoratet fordeler stillingene mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet har også det overordnede ansvaret for hvordan ordningen er organisert. Myndigheten til blant annet å behandle søknader om turnuslisens og autorisasjon, å behandle søknader om fullført turnustjeneste og å pålegge kommuner å opprette LIS1-stillinger har Helsedirektoratet delegert videre til Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAK). De regionale helseforetakene har ansvaret for å opprette det bevilgede antall LIS1-stillinger som har blitt tildelt hvert helseforetak. Legene må i den nye ordningen selv søke om LIS1-stilling, og må selv velge hvor de skal søke og gjennomgå en søknadsprosess.

Opprettelse og drift av turnusstillinger krever mye ressurser. For sykehus og kommuner som drifter disse stillingene betyr det at midler må settes av til formålet. Det er i denne forbindelse etablert en tilskuddordning for kommuner som tilbyr turnusstillinger. Ordningen er utformet med formål om å sikre turnustjenestens kvalitet, god veiledning, samt forutsigbarhet for kommunene som tilbyr stillingene. I tillegg bidrar ordningen til videreutvikling og kvalitetssikring av rammene rundt LIS1-tjenesten ved at kommunene blir kompensert for en andel av utgiftene knyttet til drift og administrasjon av turnusplasser. Tilskuddet utbetales i hovedsak for turnusstillinger som blir besatt av en turnuslege som skal gjennomføre turnustjenesten, betinget at stillingen er lyst ut gjennom turnusportalen. Dersom det ikke blir funnet kvalifiserte søkere til stillingen, blir tilskuddet likevel utbetalt, også dette er betinget at stillingen har vært lyst ut i turnusportalen (Slåtten et al., 2015, s. 32-33).

### **2.1.1 Arbeidsgivers ansvar under LIS1**

De tolv første månedene av LIS1-tjenesten har spesialisthelsetjenesten (sykehusene) arbeidsgiveransvar for LIS1-legene (turnuslegene), mens primærhelsetjenesten (kommunene) har arbeidsgiveransvar de påfølgende siste seks månedene av tjenesten. Arbeidsgiverne

(kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste) må gjennomføre utlysning av ledige LIS1-stillinger (Slåtten et al., 2015, s. 9). De er også pliktig å følge sine plikter som arbeidsgiver etter turnusforskriften, og skal kontrollere at autorisasjon eller turnuslisens foreligger for de ansatte turnuslegene (Forskrift om turnustjeneste for lege, 2001; Slåtten et al., 2015, s. 14). Ifølge forskriften skal arbeidsgiverne også lyse ut LIS1-stillingene koblet, slik at legene søker på stillingen i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten gjennom samme søknad og kan gjennomføre hele LIS1-tjenesten samlet. Arbeidsgiver har i tillegg ansvar for at det blir etablert tilstrekkelig veiledning i løpet av LIS1-tjenesten. Endelig skal arbeidsgiver bekrefte at turnuslegen har gjennomført praksisen på tilfredsstillende måte og etter gjeldende målbeskrivelser (Slåtten et al., 2015, s. 11).

### **2.1.2 Veileders ansvar og LIS1-kandidatens rolle**

Det er veileders ansvar å følge opp turnuslegen på en slik måte at praksisen kan fullføres etter målbeskrivelsen. Videre er det både veileders og turnusleges ansvar kontinuerlig å ta opp eventuelle problemer knyttet til målbeskrivelsen. Problemer kan innbefatte problematiske forhold eller hendelser på arbeidsplassen. Turnuslegen har også krav på veiledning etter bestemte punkter. Disse punktene innebærer:

- Kontinuerlig veiledning knyttet til de aktuelle arbeidsoppgavene av personlig oppnevnt veileder (veiledning under supervisjon). Veiledningen er likevel ikke begrenset til den personlig oppnevnte veileder, selv om personlig veileder har et overordnet oppsyn med turnuslegen.
- Veiledning knyttet til egenrefleksjon rundt arbeidsform- og strategi for å ruste turnuslegen til fremtidig problemløsning og yrkesrolle.
- Veiledning knyttet til turnuslegens utførelse av praksis. Dette kan omhandle legens ulike roller i spesifikke lege-pasientforhold, etiske vurderinger, eller begrunnelser for beslutninger. Veiledningen skal også bidra til at turnuslegen får reflektert over egne verdier og holdninger som underbygger ens faglige adferd.
- Veiledningen skal også innebære vurderinger underveis, samt sluttevaluering etter endt periode for at turnustjenesten skal bli godkjent gjennom SAK.

(Slåtten et al., 2015, s. 12-13)

Turnuslegens eget ansvar er gitt av turnusforskriften (Forskrift om turnustjeneste for lege, 2001):

- Turnuslegen er ansvarlig for at egen turnuslisens eller autorisasjon er godkjent før turnustjenesten kan påbegynnes.
- Turnuslegen plikter å utøve arbeidet i tråd med Helsepersonellovens krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp.
- Turnuslegen plikter å ha norske språkferdigheter nødvendig for å kunne utøve forsvarlighetsprinsippet.
- Turnuslegen plikter å følge kurs og veiledning i regi av statsforvalter og arbeidsgiver.

(Slåtten et al., 2015)

### **2.1.3 Vilkår for ansettelse i LIS1**

Før tiltredelse i LIS1-tjenesten har legen selv ansvaret for å legge frem gyldig lisens som lege eller turnuslege. I tillegg er det krav om norskkunnskaper gode nok for forsvarlig yrkesutøvelse (Slåtten et al., 2015, s. 14). Autorisasjon gis til medisinstudenter som har avlagt og bestått norsk medisinsk embetseksamen, som har fullført medisinsk grunnutdanning i et annet EU/EØS-land (anerkjent av yrkeskvalifikasjonsdirektivet), eller som har fullført jevngod utdanning fra land utenfor EU/EØS (Slåtten et al., 2015, s. 16). Turnuslegelisens gis til medisinstudenter som har fullført medisinsk embetseksamen i et annet land i EU/EØS, men som ikke har fullført den påfølgende praksistjenesten i dette landet. Samtidig kan man ikke tilsettes som LIS1-lege dersom man tidligere har fått godkjent turnustjeneste, eller allerede har akseptert et tilbud om turnustjeneste ved utlysning samme halvår. Dette er gitt av spesialistgodkjenningens §14 (Forskrift om spesialistgodkjenning og turnusstillinger, 2001). Ansettelsesprosessen til LIS1-tjenesten skal ligne ordinære ansettelsesprosesser i arbeidsmarkedet. Arbeidsmiljøloven er derfor gjeldende, og arbeidskontrakt tilsvarende 18 måneder skal undertegnes i tråd med denne.



#### **2.1.4 Søknadsprosessen**

Søknadsprosessen skal være tilnærmet lik en søknadsprosess til en ordinær stilling i arbeidsmarkedet. Kommunene og helseforetak lyser ut stillingene, og skal også samarbeide om å koble stillingene ved sykehus og fastlegekontor sammen, slik at en turnusstilling samlet innebærer 18 måneder praksis. Koblingen kan gjøres på flere måter, og fungerer som en forsikring på at turnuslegene får gjennomført LIS1-tjenesten i sin helhet (Slåtten et al., 2015, s. 20). Turnusstillinger skal lyses ut nasjonalt i Helsedirektoratets turnusportal, en gang hvert halvår. Utlysningen av stillingene er strengt regulert gjennom spesialistgodkjenningsforskriften, for å sikre at søknadsprosessen er rettferdig for alle søkere. §13 sier blant annet at: «Søkerne tilsettes i turnusstilling på bakgrunn av søknader via Helsedirektoratets turnusportal(…)» (Forskrift om spesialistgodkjenning og turnusstillinger, 2001). Det er ingen andre former for ansettelse som kvalifiserer til godkjent turnustjeneste, enn som beskrevet i spesialistgodkjenningsforskriften. Oppstart av LIS1-tjeneste er av Helsedirektoratet satt til 1. mars og 1. september hvert år (Slåtten et al., 2015, s. 23). På grunn av variasjon i hvor mange medisinstudenter som uteksamineres hvert semester, er det som regel flere søkere til LIS1-tjenesten om våren enn om høsten. Våren 2022 var det 1193 søkere som kjempet om 562 LIS1-stillinger (Helsedirektoratet, 2022c). Det betyr at 48 prosent av søkerne fikk tilbud om ansettelse.

LIS1-stillinger som ikke blir besatt, skal lyses ut nasjonalt som reststillinger i Helsedirektoratets turnusportal. Utlysningen skal foregå fortløpende, dersom en stilling ikke er blitt besatt. Reststillinger kan ofte være vikariater av kortere varighet enn ordinære turnusstillinger, og disse vikariatene kan til sammen utgjøre en fullstendig turnustjeneste, under visse vilkår (Slåtten et al., 2015, s. 31).

## **2.2 Spesialisering i allmennmedisin (ALIS)**

Etter fullført LIS1-tjeneste, kan legen søke seg til videre spesialisering, LIS2 og/eller LIS3. Det er kun indremedisinsk og kirurgisk spesialisering som har LIS2-løp. Innenfor andre spesialiseringer kan man søke seg direkte til LIS3. I LIS3-løpet kan man velge blant en rekke hovedspesialiseringer, blant disse ALIS-løpet. ALIS (allmennlege i spesialisering) er spesialiseringsløpet for leger som ønsker spesialistkompetanse i allmennmedisin, og som ønsker å bli allmennpraktiserende fastleger. For spesialiseringsløpet i allmennmedisin går legene direkte fra LIS1 til LIS3/ALIS. I 2017 ble kommunene pålagt å sikre at fastleger,

legevaksleger og andre kommunale leger er underveis i eller har fullført spesialisering i allmenntidmedisin (Abelsen et al., 2020, s. 8). Formålet med ordningen er å bedre rekrutteringen av leger som spesialiserer seg innenfor denne fagretningen. I forbindelse med oppretting av ALIS-ordningen er det etablert seks egne ALIS-kontorer som administrerer ALIS-løpet i sine respektive regioner. Kontorene skal styrke og koordinere samarbeidet mellom helseforetakene og kommunene knyttet til den allmenntidmedisinske spesialistutdanningen (ALIS, u.å.-b). Gjennomføringen av spesialistutdanningen er regulert av spesialistforskriften (Spesialistforskriften, 2016).

Leger som tar spesialisering i allmenntidmedisin kan få ALIS-avtaler med kommunen under utdanningsløpet. En ALIS-avtale er en avtale om spesifikke tiltak utover det legen har krav på etter spesialistforskriften, som innebærer tilskudd for bedret trygghet og forutsigbarhet gjennom utdanningsløpet. Kommunene som tilbyr ALIS-avtaler kan få statlige tilskudd øremerket disse avtalene, for å dekke økte kostnader som konsekvens av avtalene (ALIS, u.å.-a).

### **2.2.1 ALIS-prosjekt Vest og Nord**

Som et ledd i forsøket på å forbedre rekrutteringen av fastleger ble ALIS-prosjektene i Vest og Nord etablert. Pilotprosjektene hadde som formål å sette kommunene som deltok i stand til å tilrettelegge på en god måte for utdanningsstillinger til allmenntidleger i spesialisering, samt å bidra til bedre stabilitet og rekruttering av fastleger (ALIS-Nord, 2019; Nasjonalt senter for distriktsmedisin, 2023). Stillingene som ble lyst ut i forbindelse med prosjektene skulle være tilrettelagte med mulighet til fastlønn, prioritert veiledning og supervisjon, kortere pasientlister og muligheter til faglig utvikling innlemmet i arbeidstiden (Helsedirektoratet, 2022d, s. 69). I ALIS-Nord prosjektet ble det også åpnet for utprøving med selvstendig næringsdrift i disse stillingene.

Helsedirektoratet har også kartlagt andre tiltak for å bedre rekrutteringen av fastleger. I en anbefaling av nye tiltak ble det blant annet trukket frem at LIS1-stillinger og ALIS-avtaler kunne kobles sammen (Helsedirektoratet, 2022d, s. 69). Ved å koble LIS1-tjeneste og ALIS sammen kan turnusleger gjennomføre LIS1-tjenesten med en overlapping mot ALIS-løpet, og dermed bli ferdige spesialister i allmenntidmedisin på kortere tid. Samtidig vil legene være sikret en fastlegestilling etter fullført spesialisering (Helsedirektoratet, 2022d, s. 69).

## 2.3 Fastlegeordningen

Allmennlegetjenesten er en del av primærhelsetjenesten, også kalt kommunehelsetjenesten, og kan beskrives som inngangsporten til å få den helsehjelpen man har behov for, og krav på. I primærhelsetjenesten fungerer fastlegene som portvoktere for de øvrige helsetjenestene, hvor de på faglig grunnlag vurderer hva slags hjelp hver enkelt pasient har behov for. Hovedelementet i allmennlegetjenesten er fastlegeordningen. Den ble innført i 2001, og har ofte blitt omtalt som en suksess (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022, s. 9). Ordningen skulle gi hver innbygger i Norge mulighet til å ha en fast lege som kunne gi tilrettelagt oppfølging over tid. I tråd med samhandlingsreformen fikk fastlegene også en rolle som behandlingskoordinator for pasientene sine. Fastlegene kan derfor også sies å være det viktigste kontaktpunktet i helsetjenesten for de aller fleste pasienter.

Det er kommunen som har ansvaret for å sørge for at sine respektive innbyggere har tilgang til primærhelsetjenesten, herunder allmennlegetjenesten. Det betyr at kommunen kan tilby helsetjenestene selv, eller inngå avtale med private eller offentlige tjenesteytere om å tilby innbyggerne tjenestene (Telle et al., 2023, s. 92). Samtidig er det fastlegene som har oppfølgings- og behandlingsansvaret for pasientene (Telle et al., 2023, s. 91). I avtalene mellom kommune og fastlege kan kommunene også pålegge fastlegene å fungere i andre allmennlegeoppgaver i kommunen. Dette kan innebære sykehjemsoppfølging, helsestasjon eller oppfølging av andre kommunale institusjoner. I tillegg er fastlegen pliktig å delta i legevaksordningen (Forskrift om fastlegeordning i kommunene, 2012, §12-13)

Fastlegeordningen har i stor grad ført til med seg positive effekter for allmennlegetjenesten. Til tross for dette har det blitt avdekket enkelte svakheter ved ordningen. En evaluering av fastlegeordningen gjennomført av Ernst & Young og Vista Analyse viser til at utkantkommuner og små kommuner var utsatt for rekrutteringsproblemer selv etter innføring av fastlegeordningen (Ernst & Young & Vista Analyse, 2019, s. 3). Svekket stabilitet ble også løftet frem som en utfordring, grunnet avsluttede praksiser eller reduserte lister. I dag blir ordningen fortsatt omtalt som en suksess, til tross for at utfordringene knyttet til rekruttering og stabilitet virker å være av vedvarende karakter. I følge evalueringen av fastlegeordningen er disse utfordringene nå også i ferd med å spre seg til mer sentrale strøk (Ernst & Young & Vista Analyse, 2019, s. 3). Årsakene til disse utfordringene er naturligvis sammensatte, men vedvarende for høy arbeidsbelastning blir pekt på som hovedårsaken til rekrutterings- og stabilitetsutfordringene. En gjennomsnittlig arbeidsuke for

fastleger i Norge har blitt estimert til 56 timer, som tilsvarer omtrent 150 prosent sammenlignet med en normal arbeidsuke på 37,5 timer. Det blir følgelig hevdet at årsaken til at flere unge leger ikke ønsker å bli fastleger må tilskrives den høye arbeidsbelastningen, til tross for at legene synes allmenntilmedisin er et interessant fagfelt (Olsen, 2022).

Arbeidsbelastningen i seg selv tilskrives ikke enkeltoppgaver, men kan forklares med at stadig flere arbeidsoppgaver og ansvarsområder har blitt tillagt fastlegene de siste årene blant annet som følge av samhandlingsreformen (Menon Economics, 2018, s. 11)

## **2.4 Regulering og finansiering av fastlegeordningen**

Fastlegeordningen er regulert på fire nivåer, gjennom lovgivning, forskrifter, og gjennom avtaler på både lokalt og sentralt nivå. I lovgivning er fastlegeordningen regulert gjennom helse- og omsorgstjenesteloven, og pasient- og brukerrettighetsloven. I forskrift er ordningen regulert gjennom fastlegeforskriften, og forskrift om pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen. Avtalene på sentralt nivå innebærer statsavtalen (inngått mellom staten, KS, og Legeforeningen) som regulerer allmennlegers økonomiske vilkår. Rammeavtalen (inngått mellom KS og Legeforeningen) regulerer oppgavedelingen mellom kommunen og næringsdrivende fastleger. Endelig regulerer særavtalen (Sentral forbunds særavtale, inngått mellom KS og Legeforeningen) vilkår for alle leger med arbeidsavtale i kommunen, inkludert turnusleger og LIS1-leger i kommunehelsetjenesten. Avtaler på lokalt nivå innebærer individuelle fastlegeavtaler inngått mellom den enkelte kommune og fastlegen som tjenesteyter. Fastlegeavtalene regulerer retten til å praktisere som fastlege, retten til refusjoner, listetak, ansvars- og oppgavedeling, åpningstider, lokalisering av tjenester, og form for ansettelsesforhold. Avtalen om ansettelsesforhold kan innebære ulike former for drift (Telle et al., 2023, s. 93). I tillegg til ovennevnte avtaler har fastlegene en egen refusjonsavtale direkte med HELFO, som omfatter statens dekning av offentlige helsetjenester.

### **2.4.1 Selvstendig drift**

Den vanligste driftsformen for fastleger i Norge i dag er selvstendig næringsdrift. Driftsformen innebærer at fastlegen inngår en avtale med kommunen om å drive et fastlegekontor, og tilby allmennlegetjenestene kommunen er pliktig å sørge for at innbyggerne har tilgang til. På denne måten er fastlegen tjenesteyter for kommunene, men

eier samtidig sin egen bedrift og er ikke ansatt i kommunen. Fastlegen må følgelig selv sørge for lokaler, personale og nødvendig utstyr på fastlegekontoret. Flere fastleger kan gå sammen i såkalte gruppepraksiser, hvor legene samarbeider om å drifte kontoret, men fortsatt har ansvar for hver sin liste. I mars 2023 var 81,6% av alle fastleger i Norge selvstendig næringsdrivende (Telle et al., 2023, s. 94). Som selvstendig næringsdrivende eier man sin pasientliste, eller fastlegehjemmel. Denne kan selges eller overdras til annen part dersom fastlegen ikke lenger ønsker å drifte den. Kommunen kan opprette nye fastlegehjemler i sitt område dersom de mener det er nødvendig for å oppfylle sine lovpålagte forpliktelser knyttet til befolkningens tjenestetilbud. Opprettelse av nye hjemler reguleres av rammeavtalen mellom KS og Legeforeningen (Den Norske Legeforening, u.å.-c). Mange selvstendig næringsdrivende fastleger velger også å inngå avtale med kommunen om drift av legekontoret, såkalte 8.2-avtaler. Kommunene mottar i disse tilfellene en avtalt betaling fra fastlegen, mot at den drifter legekontoret (støttefunksjoner, lokaler, personell, osv.) (Telle et al., 2023, s. 94). For eksempel kan fastlegens basistilskudd tilfalle kommunene som betaling for praktisk drift. I 2012 hadde 12% av fastlegene en 8.2-avtale i kombinasjon med selvstendig næringsdrift.

#### **2.4.2 Fast ansettelse**

Fastlegen kan også ansettes av kommunen som fast ansatt. Selv om flest fastleger fortsatt er selvstendig næringsdrivende, øker antall fast ansatte fastleger. I dag er 18,4% av fastlegelistene i Norge drevet av fast ansatte fastleger. Ved fast ansettelse har fastlegen som regel fastlønn, eller en andel fastlønn og en andel innsattsstyrt finansiering. Den innsattsstyrte komponenten utgjøres ofte av en andel av helserefusjonene fra HELFO. En sentral fordel for fastleger med fast ansettelse er rett til sykedager, sykepenger, og fødselspermisjon.

I tillegg til faste ansettelse med normale arbeidstider har noen kommuner eksperimentert med turnusordninger med ulike former for «Nordsjøturnus» (alis.no, u.å.). Dette kan innebære at fastlegen jobber 24 timer i døgnet i 1-2 uker, for å så å ha 1-2 uker fri. Som oftest innebærer disse ordningene fast ansettelse.

## **2.5 Gjennomgang av fastlegeordningen**

Utfordringsbildet knyttet til fastlegeordningen er som nevnt sammensatt. Regjeringen satte derfor ned et ekspertutvalg i 2022 for å gjennomgå utfordringsbildet i

allmennlegetjenesten og utarbeide forslag til tiltak for å styrke tjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, u.å.). Ekspertutvalget overleverte den endelige rapporten 18. april 2023. Rapporten vektlegger at omprioriteringer må gjøres for å forbedre den effektive utnyttelsen av ressursene i alle ledd av helse- og omsorgstjenesten. Det fastlås at flere kommuner sliter med å rekruttere fastleger, og dermed også å opprettholde sitt ansvar om å sørge for innbyggernes tilgang til lovpålagte helsetjenester. For å møte fremtidens utfordringer foreslår utvalget blant annet å øke basistilskuddet per listepasient til fastleger, øke antall LIS1- og ALIS-stillinger, innføring av rekrutteringstilskudd, samt endring i arbeidsdelingen med flere delegeringer til andre yrkesgrupper (Telle et al., 2023, s. 8).

Også ekspertutvalget peker på økt rekruttering som en av de mest sentrale faktorene knyttet til å løse utfordringene i fastlegeordningen. For å øke rekrutteringen og skape bedre stabilitet i ordningen foreslår utvalget ulike former for finansieringsordninger, samt økonomiske insentiver, større omfang av utdanning, bedre muligheter til fleksibilitet i arbeidet, og økt støtte til tiltak for kompetanseheving (Telle et al., 2023, s. 87). Utvalget skriver også at: «Det er derfor av avgjørende betydning å lykkes med å rekruttere og beholde et tilstrekkelig antall godt kvalifiserte leger i kommunehelsetjenesten. Nyutdannede leger skal oppleve allmennlegetjenesten og fastlegeyrket som en trygg, og samtidig faglig attraktiv, karrierevei» (Telle et al., 2023, s. 90).

## 2.6 Legedekning i Norge og EU

Norge hadde i 2016 4,5 praktiserende leger per 1000 innbyggere. Sammenlignet med gjennomsnittet til EU-landene på 3,6, hadde Norge dermed rimelig høy legedekning (OECD & EU, 2018, s. 179). Ifølge denne statistikken var Østerrike det eneste OECD-landet med høyere legedekning enn Norge. I 2022 hadde legedekningen i Norge økt til 5,1 per 1000 innbyggere, og gjennomsnittet for EU-landene var også økt til 4,0 (OECD & EU, 2022, s. 179). Selv om legedekningen både internasjonalt i EU og nasjonalt i Norge har økt fra 2016 til 2020, har andelen av legenes totale arbeidsstyrke som er allmennpraktiserende stått stille på 17 prosent i Norge. Samtidig har den gjennomsnittlige andelen allmennpraktikere i EU gått ned fra 23 til 20 prosent i tilsvarende periode (OECD & EU, 2018, s. 179; 2022, s. 179). Rapporten fra 2022 understreker at en av hovedutfordringene i mange av de aktuelle landene har vært mangel på allmennpraktiserende fastleger. Selv om andelen allmennpraktiserende leger i de fleste av landene har gått ned de siste årene, har noen land likevel lyktes med å øke

andelen (OECD & EU, 2022). Norge ser ikke ut til å være blant landene som har lyktes med dette i den spesifikke perioden, men andelen har altså heller ikke gått ned.

Rapportene fra OECD kan gi et godt innblikk i situasjonen i Norge sammenlignet med andre vestlige land. Det er likevel grunn til å se nærmere på målemetodene som er benyttet for å få et nyansert bilde av hvordan situasjonen faktisk er i Norge. Antall leger per innbygger kan måles på flere måter, og det kan gi store utslag om man for eksempel inkluderer eller utelater yrkesutøvende leger som jobber i administrative stillinger, forskning eller innenfor andre sektorer. Legeforeningen fremholder uansett at legedekningen er høy i Norge, basert på rapportens tall (Den Norske Legeforening, u.å.-b).

Selv om Norge har høy legedekning sammenlignet med andre land, kan man ikke nødvendigvis trekke slutningen om at vi har nok leger. Helsetjenesten er stor og omfattende, med mange spesialiserte funksjoner, i tillegg til at tjenestene skal være fordelt utover et stort geografisk område med svært ulik topografi. Det har over mange år blitt ropt om legemangel, til tross for god statistikk (Espeland, 2023). Det kan derfor virke som at det ikke er antallet leger som er problemet i Norge, men muligens heller fordelingen av spesialiteter og funksjoner utover distriktene. Legeforeningen påpeker også at Norge utdanner få leger sammenlignet med andre land. OECD-rapportene viser at Norge er blant landene med aller høyest andel leger utdannet i andre land (Den Norske Legeforening, u.å.-b). Hvor leger som jobber i Norge tar utdannelsen kan tenkes å påvirke deres valg om hvor de vil jobbe, og hvilken spesialitet de ønsker.

## **2.7 Nasjonal handlingsplan**

Generelt er det konsensus om at fastlegeordningen står ovenfor en krise, som er ventet å eskalere de neste årene. Med bakgrunn i den varslede krisen, presenterte Solbergs andre regjering Nasjonal Handlingsplan for allmennlegetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022). Her oppsummeres status for tjenesten, de viktigste utfordringene tjenesten står ovenfor, og mulige løsninger som kan ruste tjenesten for fremtiden. Handlingsplanen viser til at antall legeårsverk i kommunehelsetjenesten har hatt en vekst på 19 prosent fra 2012 til 2018, mens legeårsverk i spesialisthelsetjenesten har vokst med 27 prosent i samme periode (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022, s. 11). Fastlegenes gjennomsnittsalder har hatt en svak nedgang siden 2012 til omtrent 47 år, men veksten i den yngste gruppen blant fastlegene

(39 år og yngre) har likevel flatet ut de siste årene frem mot 2019. Denne gruppen utgjorde i 2019 omtrent 27 prosent av Norges fastleger (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022, s. 12). I følge handlingsplanen har det vært vekst i antall fastleger i Norge frem mot 2019, men antallet fastleger som har sluttet i yrket har også økt. Snittalderen på legene som ga seg som fastleger var i 2019 48,6 år (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022, s. 14).

Gjennomsnittlig pasientlistelengde har også gått noe ned fra toppnoteringen i 2005. Listelengden var på det høyeste over 1200 pasienter per liste, men lå i 2019 på i overkant av 1100 pasienter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022, s. 13). På samme tid som gjennomsnittlig listelengde har gått ned, har folketallet økt betraktelig. Dette har følgelig ført til en økning i antall fastlegelister. Likevel har økningen i antall lister ikke vært høy nok, noe som har ført til at flere lister står uten kobling til en fastlege. 76 000 pasienter stod i 2019 på pasientlister som ikke hadde en fastlege (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022). Samlet står over 215 000 pasienter i dag uten en fastlege (Telle et al., 2023, s. 8). Dette betyr at endel nordmenn i dag ikke har et lett tilgjengelig kontaktpunkt til helsetjenestene.

I følge med de åpenbare utfordringene som handlingsplanen belyser gjennom statistikken over, pekes det på at et økende antall kommuner har utfordringer knyttet spesifikt til rekruttering av fastleger. Utfordringene har vært større for distriktskommuner enn mer sentrale kommuner, men det ser ut til at utfordringene i økende grad også knyttes til større kommuner (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022, s. 15). Fra 2012 til 2019 var det en markant økning i kommuner som oppga at rekruttering av fastleger var ganske eller meget utfordrende.



## 3 Teori

I dette kapitlet presenterer jeg teorien som setter rammen for studien. Studien retter seg mot å belyse legenes erfaringer fra LIS1-tjenesten som kan påvirke deres ønske om å bli fastlege. I lys av formålet med studien kan motivasjonsteori bidra til økt forståelse av hvilke motivasjoner legene vektlegger ved valg av spesialitet, og hvordan disse motivasjonene blir påvirket av erfaringer fra LIS1-tjenesten.

### 3.1 Motivasjonsteori

Det finnes mange teorier som omhandler motivasjon, og det er gjort mye forskning på feltet. Fordi motivasjon henger tett sammen med ytelse og resultater er det et sentralt tema innenfor svært mange forskjellige fagfelt. Richard M. Ryan og Edward L. Deci er to av de mest kjente forskerne innenfor motivasjonsfeltet. I denne delen redegjør jeg for deres definisjoner av indre og ytre motivasjonsfaktorer. I tillegg viser jeg til relevante argumenter fra Jacobsen og Thorsvik som trekker inn teori om prososial motivasjon.

Motivasjon kan sies å være det som driver oss til å gjennomføre noe (Ryan & Deci, 2000, s. 54). En person som ikke føler seg inspirert til å gjøre noe kan kalles umotivert, mens en person med gnist og lyst til å gjennomføre noe kan benevnes som motivert. Arbeidstakernes innsats kan følgelig sies å være direkte knyttet til motivasjon, og både effektivitet og resultater vil dermed kunne avhenge av ansattes grad av motivasjon. Dette medfører at det sannsynligvis vil være en betydelig forskjell på resultatene hos en organisasjon hvor de ansatte gjør noe utover det de plikter, og en organisasjon hvor de ansatte kun yter det de plikter, dersom alt annet er likt. Motivasjon er derfor relevant for de aller fleste arbeidsplasser. Ifølge Jacobsen og Thorsvik kan økt motivasjon føre med seg økt operativ effektivitet, ved at ansatte forsøker å løse nye utfordringer på egenhånd uten unødvendig å belaste ledelsen, noe som kan føre til innovative løsninger og høyere effektivitet. De økonomiske resultatene kan bedres som følge av økt motivasjon, ved at kvaliteten på arbeidet blir høyere, produktiviteten økes, og salget forbedres. Økt motivasjon kan også føre til et attraktivt arbeidsmiljø, som kan gi varige konkurransefortrinn. I tillegg er økt motivasjon en sentral faktor for at enkeltindividet skal trives i arbeidshverdagen, med tanke på hvor mange timer man faktisk tilbringer på jobb i løpet av et normalt liv (Jacobsen & Thorsvik, 2019, s. 228-229).

Motivasjon kan ifølge Ryan og Deci være til stede i ulik grad hos forskjellige individer. Grad av motivasjon er altså sentralt for å prestere, hva som gir grunnlag for motivasjon er en annen sentral dimensjon. Grunnlaget for motivasjon kaller Ryan og Deci for motivasjonens orientering (2000, s. 54). Motivasjonens orientering knytter seg følgelig til å forklare hvorfor mennesker handler som de gjør, eller tar visse valg. Motivasjon er altså ikke bare knyttet til hvor godt mennesker presterer i bestemte arbeidsoppgaver, men kan også være grunnlag for hvilke valg vi tar i livet, for eksempel hvilken spesialitet leger velger. Når det kommer til motivasjonens orientering, skiller Ryan og Deci mellom indre og ytre motivasjonsfaktorer (2000). I tillegg gir prososial motivasjon et annet perspektiv på motivasjon, som skiller seg fra indre og ytre motivasjon ved å ikke være forankret i egoistiske ønsker (Jacobsen & Thorsvik, 2019, s. 234). Disse ulike typene motivasjon stimuleres gjerne også av forskjellige tiltak. Ryan og Deci mener at den indre motivasjonen er den sterkeste og mest fordelaktige formen for motivasjon, og at ytre motivasjon kan være eksternt eller internt forankret. De foreslår at menneskers følelse av kompetanse, autonomi og identifikasjon med arbeidsoppgavene er faktorene som har sterkest effekt på hvor menneskers motivasjon kommer fra (Ryan & Deci, 2000, s. 65).

### **3.1.1 Indre motivasjonsfaktorer**

Ryan og Deci mener at indre motivasjonsfaktorer er knyttet til at en person ser på en handling eller arbeidsoppgave i seg selv som interessant eller givende (2000, s. 55). Når en persons motivasjon er koblet til det å gjennomføre et arbeid i seg selv, opplevelsen av å gjøre et arbeid og mestringen knyttet til arbeidsoppgavene er motivasjonen forankret innvendig. Motivasjonen skapes da av et indre ønske om å utrette noe, og arbeidsoppgavenes innhold er ofte sentralt for personens grad av motivasjon. Indre motivasjon styres av trivsel, glede, følelse av mening, samt gode erfaringer og opplevelser (Jacobsen & Thorsvik, 2019, s. 243). I følge Ryan og Deci ligger det i menneskets natur å være nysgjerrige, lekne og interesserte i å utforske uten videre behov for belønning (2000, s. 56). Den indre motivasjonen hos mennesker kan stimuleres for eksempel gjennom riktig organisering, tiltak for bedret samhold og arbeidsmiljø, eller tilpasning av arbeidsoppgaver. I tråd med dette har ledere i stor grad mulighet til å påvirke motivasjonen hos de ansatte gjennom flere tiltak.

Hackman og Oldham har utviklet en motivasjonsmodell med grunnlag i at nettopp ulik arbeidsorganisering påvirker motivasjon (Hackman & Oldham, 1976). Modellen bygger på

premissene om at arbeidsoppgaver kan organiseres ulikt, at ulik organisering kan føre til spesifikke psykologiske tilstander, og at motivasjon avhenger av kritiske psykologiske tilstander organiseringen fører med seg (Jacobsen & Thorsvik, 2019, s. 246). Modellen tar også høyde for at effekten på hvert individs motivasjon kan være ulik på grunn av individuelle egenskaper (Jacobsen & Thorsvik, 2019, s. 247). Flere av holdepunktene i denne motivasjonsmodellen er i tråd med Ryan og Deci forskning som vitner om at indre motivasjon i stor grad kan påvirkes av blant annet autonomi, regler, belønning og straff (2000, s. 59). Ryan og Deci viser altså til at regler, deadliner, belønninger eller straff kan ha en negativ effekt på indre motivasjon, mens økt autonomi og selvbestemmelse på sin side kan påvirke den indre motivasjonen positivt (2000). Likevel er hver ansattes reelle indre motivasjon også bestemt av individuelle faktorer, og hva som kjennetegner hver enkelt arbeider som individ. Det vil si at mennesker reagerer forskjellig i ulike situasjoner og utfordringer.

### **3.1.2 Ytre motivasjonsfaktorer**

Dersom en persons motivasjon er skapt av ytre faktorer som for eksempel status, økonomisk vinning, eller materielle og konkrete goder beskriver man det som ytre motivasjon. Ytre motivasjon kan også være basert på å unngå negative konsekvenser. Motivasjonen ligger i disse tilfellene utenfor selve arbeidsoppgavene, i konsekvensene av dem (Ryan & Deci, 2000, s. 60). Når ytre motivasjonsfaktorer står sterkest hos et individ er arbeidsoppgavenes innhold mindre viktig sammenlignet med konsekvensene av å gjennomføre dem. Ryan og Deci har foreslått at ytre motivasjon kan deles opp i fire kategorier som strekker seg fra ekstern til intern motivasjon, basert på i hvor stor grad motivasjonen kommer fra en selv eller ikke (2000, s. 61). Ifølge denne modellen kan opphavet for motivasjonen hos ulike individer endres basert på hvilke opplevelser og erfaringer de gjør seg. For eksempel har det blitt påvist at medisinstudenters motivasjon oftere får et mer internt opphav dersom deres veiledere er støttende med hensyn til studentenes autonomi og kompetansenivå i møte med studentene (Williams & Deci, 1996).

De to viktigste tiltaksfaktorene knyttet til ytre motivasjon i arbeidslivet er lønns- og karrieresystemer (Jacobsen & Thorsvik, 2019, s. 237). Lønnsystemer er knyttet til at gode prestasjoner belønnes med høyere lønn. Lønn på provisjon er et godt eksempel på dette, i tillegg til takstsystemer for ulike varer og tjenester. Karrieresystemer innebærer mulighet for

opptrykk og forfremmelser som følge av å levere gode resultater. Belønninger kan også være immaterielle og symbolske i form av ros og skryt i forskjellige former og sammenhenger, eller status knyttet til nye roller. Belønninger bør alltid ligge frem i tid, hvis ikke kan motivasjonseffekten forsvinne. I tillegg bør de oppleves som realistiske, oppnåelige og forståelige. Dersom belønningene er for store kan det likevel oppstå bieffekter som synkende motivasjon i arbeidsstyrken blant dem som sjelden oppnår belønningene. Arbeidernes oppfattelse av belønningssystemene er derfor sentral når belønningene skal fastsettes (Jacobsen & Thorsvik, 2019, s. 238).

Fastlønn og ytelsesbasert lønn kan gi ulike effekter på arbeidernes motivasjon. I teorien kunne man tenke seg at alle får lik lønn for likt arbeid, men dette er i praksis vanskelig å få til fordi alle mennesker oppfører seg ulikt og leverer ulikt utfra egne forutsetninger, selv i samme arbeidsrolle. Noen vil også hevde at det er urettferdig å ikke differensiere lønnen mellom arbeidere i en bedrift eller organisasjon der folk har ulik ansiennitet, kompetanse, innsats eller ulike roller (Jacobsen & Thorsvik, 2019, s. 238). Ved lønnsdifferensiering kan man enten belønne ansatte basert på hvilken rolle de har, hvilken adferd de utviser, eller hvilke resultater de leverer. Alle disse metodene regnes som ytelsesbaserte lønssystemer (Jacobsen & Thorsvik, 2019, s. 239). Lønssystemer kan også være basert på enkeltindivider eller arbeidskollegium. Eksempler på dette er bonuser som utbetales den enkelte arbeider for ens spesifikke resultater knyttet til et prosjekt, eller en avdelings samlede resultater i et prosjekt. Bonusordninger kan også være delte mellom individer og kollegium.

### **3.1.3 Prososiale motivasjonsfaktorer**

Prososial motivasjon er motivasjon som er knyttet til det å hjelpe andre, heller enn det å gjøre noe for ens egen del. Denne formen for motivasjon kan sies å være altruistisk heller enn egoistisk. Forskning peker mot at mennesker også kan motiveres av å gjøre noe for andre (Jacobsen & Thorsvik, 2019, s. 235). Det kan være vanskelig å trekke skillet mellom det å gjøre noe for seg selv og andre, fordi man selv også kan få det bra dersom man gjør noe for andre. I tillegg kan det å gjøre noe for andre føre til at en får hjelp i retur. Uselvisk motivasjon kan derfor være tett forbundet med både indre og ytre motivasjon, og skillene er dermed nødvendigvis ikke så klare. Prososial motivasjon er oftere funnet i kulturer hvor relasjonene mellom individer er tette, og individualistisk tankegang er mindre utbredt. I slike kulturer er lojalitet til fellesskapet viktig, i tillegg til tilhørighet, felles identitet og sosial omgang

(Jacobsen & Thorsvik, 2019, s. 235). Det å bidra til fellesskapet er ofte en viktig grunnleggende verdi i slike kulturer. Ansatte i offentlig sektor kan være knyttet til slik motivasjon, grunnet et ønske om å gjøre sin plikt i samfunnet og bidra til at medmennesker får det bedre. Dette har fått betegnelsen Public Service Motivation (offentlig tjenestemotivasjon). Det er nærliggende å tenke at dette i stor grad også gjelder mennesker i frivillige organisasjoner, og ikke minst personell tilknyttet helsesektoren.

## 4 Metode og data

### 4.1 Metodisk tilnærming

Formålet med studien var å kartlegge nåværende og tidligere LIS1-legers erfaringer med LIS1-tjenesten, for å finne ut om noen av erfaringene fra turnustjenesten kan ha hatt innvirkning på deres ønske om å bli fastlege. I tråd med dette formålet har jeg benyttet en kvalitativ forskningsmetode for å besvare problemstillingen. Den kvalitative tilnærmingen gir mulighet til å få en dypere forståelse av hvilke forhold som påvirker turnuskandidaters valg om å bli eller ikke bli fastleger, heller enn en generaliserende forklaring på hvorfor de fleste velger som de gjør. Jeg har vurdert det dit hen at dyperegående refleksjoner rundt LIS1-legenes erfaring og rolle under LIS1-tjenesten best gir mulighet til å besvare problemstillingen fordi det gir et datagrunnlag som kan vise hvordan turnuslegenes refleksjoner knyttet til fastlegeyrket har endret seg gjennom LIS1-tjenesten. Dette kapittelet beskriver metodikken bak studien.

### 4.2 Studiedesign og utvalg

Kvalitativ forskningsmetode bygger på forskerens fortolkninger og erfaringer. Metoden innebærer systematisk innsamling, organisering og fortolkning av data i form av tekst (Malterud, 2011, s. 26). Tekstene kan være dokumenter eller nedskrevne observasjoner, samt transkripsjoner av samtaler eller intervjuer. Ved bruk av kvalitativ metode har forskeren mulighet til å gå dypere inn i datagrunnlaget for å finne svar på hvorfor mennesker handler som de gjør. Kvalitative metoder kjennetegnes også ved at studiens formål ofte er å gi en dypere forståelse av «hvorfor» og «hvordan», heller enn å påvise årsakssammenhenger og tallfeste disse (Green & Thorogood, 2004, s. 8). Med bakgrunn i oppgavens formål om å oppnå en grundigere forståelse av hvilke erfaringer turnuslegene trekker frem som avgjørende for deres valg om å bli eller ikke bli fastlege, og problemstillingens spørsmål om hvordan legenes erfaringer fra LIS1-tjenesten påvirker deres ønske om å bli fastlege, kan det virke som et kvalitativt studiedesign i dette tilfellet er best egnet. Dette gir mulighet for å analysere hver enkelt leges erfaringer knyttet til turnustjenesten, og videre belyse hvilke forhold ved LIS1-tjenesten som faktisk har hatt en påvirkning på legenes videre karrierevalg.

Kvantitativ statistikk kan gi god informasjon om status og utviklingstrekk i allmennlegetjenesten knyttet til for eksempel arbeidstider, listelengder, rekrutteringsutvikling, antall stillinger og dekningsgrad, men Helsedirektoratet fremholder også at virkelighetsbeskrivelser er et nyttig supplement for å fremstille et dekkende bilde av utfordringene fastlegeordningen står ovenfor (Helsedirektoratet, 2022b). Kvalitativ metode er også bedre egnet for å forklare dynamiske prosesser, og belyse hvordan ulike faktorer henger sammen for å illustrere et større bilde av hvordan prosesser fungerer. Det er tydelig at legenes valg for videre yrkeskarriere kan påvirkes av svært mange faktorer, og at prosessen som fører til valget langt på vei kan betegnes som dynamisk. Dette underbygger også denne studiens kvalitative design.

Denne studien er altså en kvalitativt utforskende intervjustudie, der respondentene ble spurt om sine erfaringer fra turnustjenesten og arbeid i fastlegeyrket. Det ble også spurt om deres oppfatninger rundt LIS1-tjenestens struktur, og oppbygning, hvilket syn de hadde på legeyrket på sykehus og fastlegekontor, samt om hvilke forhold ved LIS1-tjenesten de så for seg at med fordel kunne vært endret for å bedre fastlegerekrutteringen.

For å oppnå et datagrunnlag som kunne belyse problemstillingen godt var jeg ute etter refleksjoner fra leger med forskjellige perspektiver på hvilke faktorer som var viktig for deres valg. Utvalget inkluderte nåværende, og nylig fullførte LIS1-leger, hvorav noen ønsket å bli fastlege, eller allerede jobbet som det, mens noen hadde vurdert å bli fastlege, men bestemt seg for å ikke gå videre innenfor fastlegeyrket. Respondentene ble rekruttert gjennom personlige bekjentskaper, samt snøballteknikk. I tillegg kontaktet jeg sentrale personer i administrative stillinger tilknyttet LIS1-tjenesten. Disse personene var eksempelvis helsesjefer i ulike kommuner i Innlandet, eller administrativt tilsatt ved et LIS-kontor. Gjennom disse kontaktene fikk jeg tilgang på kontaktinformasjon til flere turnusleger i nedslagsfeltet. Respondentene ble kontaktet via mail, hvor de fikk tilsendt et informasjonsskriv om studiens bakgrunn og formål. Informasjonsskrivet inneholdt også en samtykkeerklæring som respondentene skrev under på i forkant av intervjuet.

Studiens formål om å kartlegge legers erfaringer med LIS1-tjenesten for å finne ut i hvilken grad de påvirket legenes valg om å bli eller ikke bli fastlege legger til grunn at det er nettopp legenes egne refleksjoner rundt turnustjenesten og fastlegeyrket som skal være grunnlaget for å besvare problemstillingen. I tråd med dette vektla jeg å intervjuer flest respondenter i kategorien nåværende turnusleger, eller leger som nylig hadde fullført LIS1-

tjenesten, for å sikre at legenes erfaringer fra LIS1-tjenesten lå friskt i minnet. I tillegg la rekrutteringsutfordringer, tids- og ressursbegrensninger føringer for hvilke og hvor mange respondenter det var praktisk mulig å inkludere i studien. Til sammen intervjuet jeg 10 respondenter, som oppfylte disse inklusjonskriteriene:

- Personen gjennomfører for øyeblikket, eller har gjennomført LIS1-tjenesten i kommunehelsetjenesten i Norge i løpet av 2022 eller første halvår 2023.
- Personen har vurdert å bli fastlege, vurderer å bli fastlege, har bestemt seg for å bli fastlege, eller jobber for øyeblikket som fastlege i Norge.
- Personen er relevant for studien sett fra et mer generelt perspektiv på grunn av tilknytning til LIS1-tjenesten eller fastlegeyrket gjennom sin erfaring eller stilling.

### Tabell 1.

*Informasjon om utvalg.*

Respondent	Kjønn	Alder	LIS1-status	Fastlege-status	LIS1-region
A	Mann	28	Fullført	Fastlege	Sør-Øst
B	Mann	33	Fullført	Har vurdert	Sør-Øst
C	Kvinne	30	Fullført	Fastlege	Sør-Øst
D	Kvinne	29	Fullført	Fastlege	Sør-Øst
E	Mann	27	Underveis	Vurderer	Sør-Øst
F	Kvinne	31	Underveis	Vurderer	Sør-Øst
G	Kvinne	28	Underveis	Vurderer	Sør-Øst
H	Anonymisert	Anonymisert	Anonymisert	Anonymisert	Anonymisert
I	Kvinne	29	Underveis	Vurderer	Nord
J	Mann	27	Underveis	Har vurdert	Nord



Tabell 1 viser noe relevant informasjon om respondentene. Som tabellen viser, var legene i utvalget mellom 27-33 år på intervjudtidspunktet. Fire hadde fullført LIS1-tjenesten, mens fem var underveis i fastlegeturnusen. Flesteparten hadde LIS1-tjenesten et sted Sør-Øst i landet, mens to gjennomførte i Nord-Norge. Det var god variasjon i kjønn, og hvorvidt respondentene vurderte, hadde vurdert eller hadde bestemt seg for å bli fastlege. Kjentegn ved respondent H er utelatt av hensyn til personvern.

### **4.3 Databehandling og analyse**

Datainnsamlingen krevde behandling av personopplysninger, men ikke av sensitiv karakter. Det ble derfor søkt om godkjenning fra SIKT (tidligere NSD) i forkant av gjennomføringen. I praksis foregikk datainnsamlingen gjennom en-til-en-intervjuer, enten personlig eller digitalt, i henhold til hva den enkelte respondent foretrakk. Dette la grunnlag for en trygg arena der respondentene ikke skulle bli påvirket av hva andre måtte mene i de ulike spørsmålene. I tillegg ga intervjusettingen respondentene mulighet til å uttrykke personlige og detaljerte svar. Intervjuene var semistrukturerte, og ble gjennomført i tråd med en intervjuguide som åpnet for oppfølgingsspørsmål basert på de svarene respondentene ga. Intervjuguiden bestod i hovedsak av åpne spørsmål som la til rette for at respondentene kunne fortelle om egne meninger og refleksjoner knyttet til både forventninger og erfaringer fra fastlegeyrket og turnustjenesten. Det ble benyttet ulike intervjuguides med forskjellige spørsmål til respondenter med ulike egenskaper. Turnusleger som var underveis eller nettopp hadde fullført LIS1-tjenesten fikk ett spørsmålsoppsett. Leger som på intervjudtidspunktet jobbet som fastlege fikk et annet intervjuoppsett. Andre relevante respondenter som ikke nødvendigvis var leger, men som på andre måter var relevante for studien på grunn av tilknytning til LIS1-tjenesten eller fastlegeyrket fikk ett tredje intervjuoppsett. Differensieringen i spørsmålsoppsettet ble gjort for å sikre at spørsmålene best mulig passet til de ulike respondentenes erfaringer knyttet til de ulike stillingene.

Intervjuene ble tatt opp ved hjelp av en mobil lydopptaker. For at lydklippene ikke skulle kunne benyttes til å identifisere respondentene, ble ikke respondentenes navn nevnt under opptakene. Respondentene fikk dermed hvert sitt kodenavn. Koblingen mellom kodenavnet og deres virkelige navn ble oppbevart trygt som et analogt dokument, isolert fra lydklippene. Lydklippene ble videre overført til forskningsmappe trygt lagret på en personlig server.

For at intervjuene skulle kunne brukes som datagrunnlag måtte lydklippene transkriberes til tekst (Malterud, 2011, s. 75). Transkripsjonen gjennomførte jeg personlig manuelt, og ingen andre hørte derfor gjennom lydklippene. Det finnes ulike digitale verktøy for transkripsjon, men jeg valgte å ikke benytte meg av dette for å minimere risikoen for at lydklippene skulle komme på avveie gjennom en programserver. I tillegg ga den manuelle transkripsjonen meg en tyvstart på analysen av dataen, ved at jeg fikk et godt overblikk over innholdet i alle intervjuene. Det ga også en god repetisjon av intervjuene som gjorde at jeg husket noen av erfaringene fra hvert intervju bedre. Intervjuene ble transkribert til hvert sitt isolerte dokument. Disse dokumentene utgjorde datagrunnlaget som i praksis ble benyttet i analysen. Transkripsjonene ble gjort så ordrett som mulig. Det kan være utfordrende å fange opp meningen i et utsagn under transkripsjon, på grunn av at muntlig tale er markant forskjellig fra formelt skriftlig språk (Malterud, 2011, s. 76). Derfor ble enkeltord utelatt eller tilføyd, samt setninger trukket sammen for å sikre at utsagnenes mening i minst mulig grad ble fordreid fra tale til tekst.

I analysen av datagrunnlaget benyttet jeg meg i store trekk av en fremgangsmåte kalt tematisk nettverksanalyse (Attride-Stirling, 2001). Det samlede datagrunnlaget som inkluderte transkripsjonene av alle intervjuene, utgjorde 75 sider tekst. Første steg i analysen bestod derfor i å redusere datamengden for å få en bedre oversikt over de mest relevante dataene (Attride-Stirling, 2001, s. 390). Datareduksjonen ble gjort ved å gå gjennom transkripsjonene i sin helhet, for å se etter svar som samsvarte, eller som utpekte seg som spesielt interessante eller relevante for studiens formål og problemstilling. De relevante funnene ble kategorisert, eller kodet, slik at de mest interessante og relevante svarene stod igjen. I steg to av analyseprosessen kategoriserte jeg det reduserte tekstmaterialet ytterligere ved å samordne svarene under ulike temaer. I tillegg noterte jeg hvilke respondenter som hadde svar kategorisert innenfor hvert tema. Det tredje steget bestod i å utforme det tematiske nettverket. Det reduserte datamaterialet som var kategorisert under spesifikke temaer ble brukt til å sette opp grunntemaer som reflekterte samsvarende utsagn fra flere av respondentene. Fra grunntemaene ble det utledet organiseringstemaer som grunntemaene kunne organiseres under. Fra organiseringstemaene og grunntemaene trakk jeg linjer til et felles hovedtema, som bandt nettverket sammen. Det tematiske nettverket ga en fin oversikt over hvordan jeg kunne trekke tråder mellom de ulike temaene og svarene til respondentene. Likevel er det et sentralt poeng at nettverket ikke viser årsakssammenhenger, men kun er et hjelpemiddel for organisering i kvalitativ analyse.(Attride-Stirling, 2001, s. 387).

Analyseprosessen fortsatte ved at jeg beskrev og utforsket det tematiske nettverket. I dette steget ble resultatkapittelet utformet, og det ble naturlig at det tematiske nettverket la føring for hvordan resultatene skulle fremstilles. Ved å gå inn i de spesifikke delene av nettverket kunne jeg også trekke tråder mellom de ulike temaene og teorien jeg skulle anvende i diskusjonen. Jeg forsøkte å se hvordan teorien kunne belyse hvert grunntema, og hvordan jeg videre kunne diskutere funnene opp mot problemstillingen. Figur 1 viser et eksempel på hvordan en del av det tematiske nettverket så ut.

**Figur 1.**

*Eksempel på tematisk nettverk.*



## 5 Resultater

I det følgende kapittelet presenteres funnene fra intervjuene som er gjennomført i forbindelse med studien. Grunnlaget for funnenes relevans ligger i oppgavens formål om å kartlegge hvordan turnuslegers erfaring fra LIS1-tjenesten påvirker deres valg om å bli eller ikke bli fastlege. Resultatene legges frem med utgangspunkt i det tematiske nettverket som danner grunnlag for koblinger mellom de ulike temaene respondentene har blitt spurt om i intervjuene. Flere sitater vil bli benyttet for å illustrere respondentenes utsagn, og understreke funnenes hovedtrekk. Noen av svarene er forkortet av rent praktiske årsaker, men dette er forsøkt gjort uten å miste svarenes mening og essens. I noen av delene inkluderes enkelte relevante funn fra respondenten med bakgrunn som LIS1-koordinator, for å understøtte viktigheten av funnene og belyse temaene fra et annet perspektiv.

### 5.1 Erfaringer fra LIS1

#### 5.1.1 Søknadsprosess

Alle legene som ble intervjuet har en eller flere ganger vært gjennom søknadsprosessen knyttet til LIS1-løpet. De ble derfor spurt om deres erfaringer med søknadsprosessen, og hvorvidt de opplevde søknadsprosessen som rettferdig eller ikke. Selv om flere av respondentene ga uttrykk for at søknadsprosessen i utgangspunktet fremstod som intensjonelt rettferdig gjennom utlysningsplattformen til Helsedirektoratet, var det gjennomgående for alle respondentene at de syntes søknadsprosessen var urettferdig:

*«Jeg synes søknadsprosessen for LIS1 er veldig urettferdig, og kjempeuheldig egentlig. For det går ikke så mye på kvalifikasjoner. Det går egentlig mest på å være lokal og å kjenne noen på sykehuset.»*

I flere intervjuer ble det også nevnt at søkerne som ble tilbudt LIS1-stillinger i svært stor grad fikk tilbudet på bakgrunn av bekjenskaper eller lokal tilhørighet til regionen hvor stillingen befant seg. Et annet sentralt poeng som flere nevnte var studentenes stress knyttet til det å få LIS1-plass. Det kan virke som mange studenter jobber hardt og målrettet over flere år for å skaffe seg nok relevant jobberfaringer, med mål om å øke sannsynlighetene deres for å bli tildelt en LIS1-stilling etter fullført studium. Likevel kan det se ut som at mye av energien som blir lagt i dette er forgjeves, dersom det i hovedsak er bekjenskaper og regional

tilhørighet som bestemmer tildelingen av de fleste LIS1-stillingene. Flere ganger ble det nevnt at søkermassen er svært homogen i form av kompetanse, og at det derfor kan være vanskelig å skille søkerne fra hverandre. En av respondentene ga dette utsagnet:

*«Hvis man skal differensiere oss inn i søknadsprosessen, når alle har lik utdanning, så må det [utvelgelsen] nesten være basert på arbeidserfaringer i studiet. Men det var jo ikke tilfellet. I mange av mine tilfeller, de jeg har studert med, var det mye basert på hvem du kjente.»*

Respondenten med erfaring som LIS-koordinator ble også spurt om sine synspunkter på søknadsprosessen. Denne respondenten fokuserte svaret sitt rundt å problematisere hvorfor fastlegene som jobber i kommunene ikke får delta i større grad i ansettelsen av LIS1-kandidater.

### **5.1.2 Struktur**

Et av spørsmålene handlet om hvordan legene opplevde LIS1-tjenestens struktur og organisering. Alle respondentene hadde fullført minst to tredjedeler av tjenesten. Noen var godt i gang med distriktsturnusen, mens andre var helt ferdige. De fleste legene fremstod som fornøyde med hvordan LIS1-tjenesten var lagt opp med ett år på sykehus, etterfulgt av seks måneder i allmennpraksis:

*«Og jo lengre jeg kommer, eller nå som vi er over i allmenn da, så skjønner jeg hvorfor den er bygd opp på den måten. Fordi det er veldig fint å starte på sykehus og så etter hvert skulle bli mer selvstendig. Man sitter jo mye alene på fastlegekontoret (...).»*

Samtidig som den mest vanlige strukturen med todelt sykehustjeneste over ett år etterfulgt av et halvt år i allmennpraksis ble trukket frem av flere respondenter som velfungerende, ble det nevnt at det med fordel kunne vært noe mer psykiatripraksis integrert i LIS1-tjenesten. Noen mente at ordningen med tredelt sykehustjeneste, istedenfor todeling, kunne fungert bedre. Andre mente at man var avhengig av seks måneder i hver del av tjenesten for å tilegne seg nok kunnskap innenfor hvert fagområde:

*«Ikke fordi at jeg ikke har lyst på noe psykiatri, men fordi det må være minimum seks måneder på indremedisin, og i allmenn, og på kirurgi da.»*

Det kan virke som de fleste respondentene mente dagens struktur med todelt sykehusjeneste etterfulgt av allmennpraksis fungerer på en god måte, men at noe mer psykiatritjeneste i løpet av LIS1-tjenesten kunne vært positivt. Likevel var det få som klarte å se hvordan man rent praktisk skulle lagt til psykiatripraksis i en allerede velfungerende LIS1-struktur.

Selv om flere av respondentene virket å være rimelig tilfredse med den overordnede strukturen av LIS1-tjenesten var det noen som uttrykte noe misnøye knyttet til de spesifikke kravene underveis i de ulike delene. Misnøyen var rettet mot det faktum at alle kandidater må ha et visst antall vakter innom hver post i allmennlegetjenesten, for eksempel legevakt, sykehjem eller øyeblikkelig hjelp. Den ene respondenten ønsket at LIS1-tjenesten i allmennpraksis kunne vært litt mindre rigid, og hatt en noe friere struktur slik at turnuskandidatene i større grad kunne dyrket de delene av allmennpraksisen de trivdes best med.

### **5.1.3 Tilpasset LIS1-løp**

Respondentene ble ikke spurt spesifikt om de hadde behov for tilpasninger av ulike forhold underveis i LIS1. Likevel var det noen av respondentene som understreket at de hadde dårlige erfaringer med forsøk på å få LIS1-løpet tilrettelagt på grunn av diverse private årsaker. Dette kunne blant annet dreie seg om antall dager med sykefravær, fravær med sykt barn eller graviditet under tjenesten. Noen stilte spørsmål ved kravene om hvor mange dager man måtte være i de ulike vaktpostene i LIS1-tjenesten. Generelt ble det understreket at tilpasninger underveis i LIS1-tjenesten var svært vanskelig å få til:

*«Når det kommer til LIS 1 så synes jeg det er dårlig til rettelagt når man har barn. Jeg har en forståelse for at de er ganske strenge på de fraværsdagerne man kan ha. Man har jo bare mulighet til å ha 6 fraværsdager. Eller det er vel egentlig 12 fraværsdager i løpet av sykehusåret. Og så er det 6 fraværsdager i allmennpraksis. Og du får ikke noen flere fraværsdager selv om du har barn. Og det tenker jeg gjør det vanskelig. Det kan jeg se for meg gjør det vanskelig for en del som har barn. Fordi det er så strengt.»*

Respondent H, med erfaring som LIS-koordinator understøttet dette funnet, og mente at strukturen og kravene tilknyttet LIS1-tjenesten er for rigid og lite tilpasningsdyktig med tanke på at mennesker er forskjellige og på ulikt sted i livet under gjennomføringen av tjenesten. Samtidig ble det pekt på utfordringer knyttet til administrasjon av tilpasninger

underveis i LIS1-løpet. Det er mange turnuskandidater som til enhver tid tilhører hvert helseforetak, og kandidatene er spredt utover et stort geografisk område, og på mange forskjellige avdelinger. Det gjør det krevende for LIS-koordinatorene og sykehusene å tilpasse løpet for hver enkelt student. I tillegg påpekte respondenten at LIS1-løpet ikke nødvendigvis passer alle. Et eksempel er leger som ønsker å jobbe utelukkende med forskning, og som hverken ønsker eller passer spesielt godt til å ha pasientkontakt gjennom utøvelsen av legeyrket. Disse må likevel gjennom det samme LIS1-løpet som alle andre. Respondenten dro også linjer opp mot veilederrollen, i den forstand at viktigheten av gode veiledere er særdeles viktig når livet byr på utfordringer på flere områder i LIS1-legenes liv. En annen respondent sa at kommunen hadde vært flinkere enn sykehuset til å tilrettelegge under LIS1. Dette kan virke å være i tråd med at det er lettere for kommunen å administrere tilpasninger da de har færre turnuskandidater å ta hånd om enn sykehusene.

#### **5.1.4 Veiledning og kollegium**

Alle legene ble spurt om hvordan de opplevde forholdene til deres veiledere i fastlegeturnusen. Flere trakk frem at forholdet til veileder var godt, og at de satte stor pris på at veileder tok seg tid til dem. Selv om noen opplevde veileder som litt lite tilgjengelig, virker det som de aktuelle veilederne i fastlegetjenesten stort sett ser turnuskandidatene på en god måte, og tar seg tid til å diskutere faglige problemstillinger både sporadisk underveis i daglig drift og gjennom fastsatte veiledningstimer:

*«(...) jeg hadde ukentlig tre timer med veileder, en til en, som alltid ble overholdt. Og det var veldig fint.»*

De som syntes de fikk for lite veiledning var likevel klare på at veilederen var flink:

*«Veldig flink, oppdatert, veldig god på å veilede, men dessverre litt lite tilgjengelig.»*

Et annet interessant element knyttet til veiledningen var hvordan en respondent forklarte at veilederen tok mer eierskap til de faglige problemstillingene turnuskandidaten ønsket å konferere om, enn det øvrige ansatte ved legekantoret gjorde. I tillegg ble kontinuiteten man har med veileder trukket frem som positiv for den faglige utviklingen:

*«Selv om de på kontoret også bidrar til å svare på konkrete spørsmål og sånn, så er det noe med den kontinuiteten, og noe med at veilederen tar mer eierskap til den*

*problemstillingen som du står i. Mens en du bare spør på kontoret er ofte sånn: «Ja, nei, men da kan du gjøre sånn», og så er vi liksom ferdig.»*

For to av respondentene ble veileder i fastlegeturnus trukket frem som en av de viktigste årsakene til at de hadde bestemt seg for å bli fastlege. Dette begrunnet de med at veileder var en personlig rollemodell, og at veileder i tillegg hadde lært bort mye utenom det rent faglige knyttet til fastlegeyrket. Dette innebar informasjon om praktisk drift, økonomiske forhold:

*«Og jeg opplevde ham som en trygghet, og han var etter hvert avgjørende i valget mitt da med å bli fastlege. I den forstand at veiledningstimene kunne gå litt vekk fra kasuistikker og faglige temaer til at han kunne vise meg sin personlige økonomi og hvordan dette her gikk rundt, og hvilke forsikringer han hadde skaffet seg, og den type ting. Så han var en ordentlig god veileder ikke bare for allmennmedisinen, men allmennspesialiteten da.»*

Et av spørsmålene dreide seg også om forholdet turnuskandidatene hadde til de andre kollegene på fastlegekontoret. Noen av svarene viser at respondentene syntes arbeidsmiljøene på fastlegekontorene ofte var godt, og noen mente også at det var bedre i allmennpraksis enn på sykehus. Dette ble blant annet begrunnet med at hierarkistrukturen på fastlegekontoret var flatere enn på sykehus. I tillegg trakk noen frem at de følte seg mer verdsatt på fastlegekontoret, og som en likeverdig lege i fagmiljøet:

*«Og at jeg følte i distriktsturnus at jeg ble sett på mer som en kollega sammenlignet med sykehusåret der jeg bare vare en sånn liten arbeidsmaur da, som måtte få systemet eller poliklinikken til å gå rundt. Så jeg følte meg mer verdsatt i distrikt. (...) Følte med en gang at jeg hoppet rett inn i kollegium som satte pris på meg, verdsatte mine kvalifikasjoner og det jeg kunne ta med inn i kollegiet.»*

Når det gjelder fagmiljø svarte noen av respondentene at fagmiljøet på en eventuell arbeidsplass er viktig for dem, og at de var positivt overrasket over fagmiljøet ved de aktuelle legekantorene.

LIS-koordinatoren trakk også frem viktigheten av god veiledning underveis i LIS1-tjenesten. Respondenten mente blant annet at veilederne måtte bli flinkere til å fremsnakke yrket sitt, og være gode ambassadører for sin spesialitet. Respondentens erfaring var at



personlige veiledere når inn til sine turnuskandidater på en annen måte enn øvrige kolleger, og at veilederens påvirkningskraft derfor er særlig stor med tanke på hvilket syn på spesialiteten turnuskandidaten sitter igjen med etter fullført LIS1. Samtidig ble det hevdet at veilederens spesifikke kompetanse når det kommer til det å veilede turnuskandidater bør løftes ytterligere:

*«Og derfor bør det være krav om at de som ikke har tatt veilederkurs eller selv er under veiledning i spesialiteten om allmennmedisin, de må ha noe basiskompetanse på det å kunne veilede unge mennesker. (...) For gode veiledere kan nå inn til LIS1 på en helt annen måte. God veiledning, supervisjon og støtte.»*

### **5.1.5 Erfaringer opp mot forventinger**

Legene ble spurt om sine erfaringer fra fastlegeturnusen sammenlignet med forventningene de hadde i forkant. Svarene på dette spørsmålet var veldig individuelle. En svarte at det var et enda bredere fagfelt enn man skulle tro. En annen syntes det var for lite uttrykning. Et par av svarene indikerte at respondentene syntes fastlegeyrket generelt fremstod som bedre enn forventet. Dette ble begrunnet med trivsel på legekantoret, fine arbeidstider sammenlignet med vaktturnus på sykehus, og at arbeidet generelt var morsommere og mer interessant enn forventet. Et par av respondentene uttrykte at fastlegeturnusen var noe mindre stressende enn forventet. I tillegg til at en respondent var ble overrasket over pasientenes ansvarsfraskrivelse overfor egen helse:

*«Men det som kanskje overrasket meg mer er at folk har forventninger til fastlegen som er helt urealistiske. Og jeg visste ikke at en del av befolkningen så på det sånn. Kommer nesten uten å ha gjort noe selv, og setter seg ned og sier til fastlegen: «Ja, nå får jeg ikke gjort noe med livet mitt. Hva skal jeg gjøre?», og legger problemet over på fastlegen.»*

Flere av respondentene beskrev at de selv opplevde distriktsturnusen som positiv, men at historier fra bekjente i samme situasjon kunne tilsi at mange hadde hatt en mer utfordrende distriktsturnus på grunn av mye høyere arbeidsbelastning. Kjenningene av respondenten hadde i større grad blitt brukt som en fullverdig ressurs som måtte jobbe store deler av feriene, og dekke opp pasientlister som virket for omfattende. Respondenten opplevde distriktsturnusen av LIS1-tjenesten som svært positiv og mente at mye av dette var fordi

vedkommende fikk anledning til å være en ekstra ressurs på toppen av et legekantor som hadde full legedekning på pasientlistene:

*«Ja, at jeg hadde anledning til å bare være en lege oppå de andre, heller enn at jeg var en fullverdig lege.»*

Respondent H (LIS-koordinator) var også innom dette temaet, og kunne fortelle at mange LIS1-leger fortsatt så på seg selv som studenter i LIS1, og ikke som reelle arbeidstakere. Vedkommende mente dette var en utfordring som gikk igjen flere steder, og at erfaringene man fikk som LIS1-lege derfor kunne avvike fra de forventningene kandidatene hadde på forhånd.

### **5.1.6 Informasjon om fastlegedrift**

Spørsmålet som dreide seg om hvorvidt legene syntes det var god nok informasjon om det praktiske rundt drift av en allmennpraksis ga svært homogene svar. Nær sagt samtlige som fikk dette spørsmålet mente at det var for lite informasjon om de ulike måtene å drive som fastlege på. I denne sammenhengen var det flere som ga uttrykk for at det gjerne kunne vært mulighet for å lære mer om dette enten gjennom studieløpet eller i løpet av LIS1. Noen mente at det var et omfattende felt som virket komplisert og ukjent. Det var flere som mente at økt informasjon om praktisk drift kunne bidratt til økt rekruttering av fastleger:

*«(...) men for eksempel, vi har ingen kunnskap om å drive et enkeltpersonsforetak og sånne ting her, så hvis man har lyst til å bli selvstendig næringsdrivende, så må man virkelig bare lære det selv. Sånn er det jo i livet, man må lære seg ting selv, men det er jo klart at å få litt input og litt kunnskap om, gjennom kurs og fag, og undervisning, eventuelt på studiet, det ville sikkert være med (...) og kanskje også være med på å rekruttere flere folk da.»*

### **5.1.7 Endringer i LIS1**

Da respondentene fikk spørsmål om de trodde det var mulig å gjøre endringer i LIS1-tjenesten som kunne forbedret rekrutteringen av fastleger trengte de fleste en tenkepause. Det var få som hadde et godt svar på dette, men det kom noen refleksjoner rundt mulige ordninger som de så for seg kunne bidra med hensyn til økt rekruttering. En respondent mente at det å bevilge en større andel av takstene under fastlegeturnusen kunne gi et økonomisk insentiv for

LIS1-legene til å sette seg inn i takstsystemet for å bli gode på det. Og hintet til at dette muligens kunne trekke legene i retning av å sterkere vurdere spesialiteten, uten at vedkommende trodde det nødvendigvis hadde vært en avgjørende faktor. Det var også andre som nevnte at de syntes det hadde vært mer givende å skrive takster selv. I dette virker det som det ligger motivasjon både knyttet til økonomi og mestring. Lite overtidsbetaling under fastlegeturnus ble nevnt som et annet forbedringspotensial.

Flere uttrykte at antall LIS1-plasser per år på landsbasis var et problem, og at antallet burde økes. LIS1-tjenesten ble av flere omtalt som en flaskehals for systemet. I denne sammenhengen ble det sagt at leger som venter på LIS1-stilling, såkalte «turnusventere», kunne vært utnyttet bedre i dagens helsetjeneste. Noen turnusventere jobber som fastlegevikarer i påvente av LIS1-plass, og et forslag handlet om å godkjenne deler av erfaringen fra vikarstillinger inn i LIS1-løpet. I all hovedsak virket det som at flere var enige om at dagens antall LIS1-stillinger var for få, og at turnusventernes kompetanse burde kunne benyttes mer systematisk. Det ble også nevnt av flere at det i større grad burde være mulig å tilpasse LIS1-løpet etter den enkeltes livssituasjon. Dette er nevnt i et tidligere delkapittel.

## **5.2 Legeyrket**

Legenes personlige erfaringer både fra de ulike delene av medisinstudiet, LIS1-tjenesten og livet ellers er trolig blant de mest sentrale faktorene som påvirker hvilket syn legenes har på de ulike spesialitetene. Generelt virker det å være veldig individuelt hvordan legene oppfatter de ulike spesialitetene innenfor legeyrket. Likevel er det enkelte mønstre som tegner seg i datamaterialet. I de neste delene legger jeg frem funnene av hvilke syn legene hadde på legeyrket på tidspunktene de ble intervjuet.

### **5.2.1 Hvorfor vurdere fastlegeyrket?**

Felles for alle legene som ble intervjuet var at de på ett eller annet tidspunkt hadde vurdert å bli fastlege. Noen hadde i ettertid bestemt seg for å bli det, andre for å ikke bli det likevel, og noen var fortsatt usikre. Spørsmålet var interessant fordi det søkte å belyse hvilke aspekter ved fastlegeyrket som virket forlokkende på legene. Mange trakk frem at de verdsatte strukturen i hverdagen, arbeidstiden, muligheten til å styre hverdagen noe selv, og fagets bredde, men flere faktorer ble nevnt. Et par av respondentene nevnte deres personlige veiledere under LIS1-tjenesten som en av de mest sentrale årsakene til at de vurderte å bli

fastlege. Et annet svar som gikk igjen i forskjellige former var pasientkontakten man kunne få både med enkeltpasienter man møtte flere ganger, og med familier der flere har samme fastlege:

*«For det første så liker jeg at du kan få litt mer kontinuitet i det med pasienter og bli kjent med dem over tid. Bli kjent med familier. Kanskje litt den her tanken om den gamle bygdedoktoren som er kjærlig. Og at man får en litt annen relasjon enn bare det medisinske i det.»*

Et annet element som flere trakk opp var at fastlegeyrket ofte gir god lønn. Noen mente at man tjener godt som fastlege i forhold til hvor mye man jobber. Samtidig trakk en av respondentene frem at det var noe tiltalende ved det å bygge opp sin egen praksis og skape sin egen arbeidsplass.

### **5.2.2 Livssituasjon**

I flere av spørsmålene snakket respondentene om fastlegeyrket og livssituasjon. Det fremstod som at mange av respondentene var opptatt av hvordan yrkesvalg henger sammen med ens livssituasjon. Som nevnt tidligere ble arbeidstiden trukket frem som grunn til at flere vurderte å bli fastlege. Dette ble understreket da det ble snakk om livssituasjon fordi flere mente at arbeidstidene og muligheten for fleksibilitet i arbeidshverdagen som fastlege var positivt for de som har familie og barn:

*«At man kan styre hverdagen litt selv, og at det jo er, mest i hvert fall, 8-16 jobb, og mer forenlig med familieliv.»*

Mange av svarene inneholdt refleksjoner rundt hvordan det er å stå i en fastlegejobb når man har barn. Likevel, ble ikke arbeidsmengden eller arbeidstiden trukket frem som et negativt aspekt knyttet til det å ha familie og barn. Refleksjonene handlet oftere om at man som fastlege gjerne har mulighet til å jobbe «normale» arbeidstider, og i større grad styre arbeidshverdagen selv. Flere av svarene knyttet til fastlegeyrket og livssituasjon dreide seg imidlertid om ansettelsesform og lønn.

### 5.2.3 Lønn og økonomi

Lønn og økonomi var ikke hovedtema i noen av spørsmålene som ble stilt, men det ble likevel snakket en del om lønn. Temaet dukket som regel opp i forlengelsen av at respondentene snakket om ulike typer ansettelsesforhold som fastlege, og i forbindelse med positive og negative sider ved fastlegeyrket. Da flere av respondentene dro frem lønn i flere av spørsmålene, ble det naturlig å stille noen oppfølgingsspørsmål rundt dette. Det virket ikke som noen av respondentene hadde høy lønn som sin viktigste motivasjon for yrkesvalg, men heller at lønn var en av flere positive sider ved legeyrket.

Samlet sett virker det som den mest sentrale faktoren knyttet til lønn i respondentenes svar var muligheten til å få fastlønn, eller en stor andel fastlønn, som fastlege. For de aller fleste var det viktig å ha en god fastlønnsavtale der de så for seg å jobbe. Som tidligere nevnt var begrunnelsen for dette koblet til livssituasjon og familieliv. Flere av respondentene var veldig klare på at det for dem var vanskelig å se for seg en hverdag som fastlege der man ikke hadde mulighet til å få sykepenger, eller få betalt de dagene man eventuelt måtte vært hjemme med sykt barn:

*«Ja, jeg hadde definitivt foretrukket fast ansettelse. Med et listetak. Ja, da slipper du jo å ha mest mulig pasienter for å tjene bra med penger.»*

Sitatet over reflekterer også en annen grunn til at mange foretrakk fast ansettelse, nemlig at lønnen er avhengig av hvor mye man jobber. På den annen side var det enkelte som ville foretrukket selvstendig næringsdrift eller 8-2-avtaler nettopp for å kunne tjene mest mulig. Det å måtte kjøpe en fastlegepraksis eller hjemmel ble likevel sett på som svært negativt av mange. Noen beskrev det nærmest som en utopi, og det virket som om det å måtte kjøpe en praksis faktisk var en viktig grunn til at noen ikke ønsket å bli fastlege. På toppen av dette var det flere som ønsket å bli fastlege, men som sa at de likevel ikke ønsket å bli det dersom de var nødt til å kjøpe en hjemmel. Det ble sett på som en for stor økonomisk risiko og belastning å ta opp lån for dette formålet, spesielt etter et langt studium som har generert et stort studielån. En av respondentene syntes det var en god ordning i vedkommende sin kommune, hvor man kunne få to år som fast ansatt før man måtte over i selvstendig næringsdrift eller inngå 8-2-avtale. Noen var også tilbøyelige til å godta en blandingsløsning av fastlønn og taksting.

#### 5.2.4 Arbeidsvilkår

Legene ble både spurt eksplisitt om deres refleksjoner rundt fastlegeyrket på intervju tidspunktet, og hva de så på som positive og negative sider ved fastlegeyrket. I svarene på disse spørsmålene dro mange frem arbeidsvilkårene knyttet til fastlegeyrket herunder arbeidsoppgaver, arbeidsmengde, arbeidstid og pasientliste.

Det var en gjenganger at respondentene syntes fastlegeyrket inneholdt et bredt spekter av arbeidsoppgaver, og dette så de fleste på som positivt. Arbeidshverdagen kunne inneholde alle mulige medisinske fagfelt, og mange opplevde derfor at de fikk utviklet seg bredt faglig ved at man lærte litt om veldig mange tilstander. Den store variasjonen i arbeidsoppgavene var respondentene svært positive til. Når det gjelder de negative sidene ved arbeidsoppgavene var det flere som trakk frem at det var for mye papirarbeid. Det var flere som mente noen av oppgavene kunne vært gjort av andre yrkesprofesjoner, og det ble spesielt påpekt at det virket tidkrevende og unødvendig å følge opp saker knyttet til blant annet NAV, sykemeldinger, skolefravær og parkeringstillatelser. Spesielt ble saker med NAV nevnt med negativt fortegn av flere respondenter. En av respondentene kalte noen av disse oppgavene for «umedisinske», og signaliserte med dette at oppgavene ikke nødvendigvis måtte gjøres av leger. Det ble også sagt at noen pasientgrupper kunne ta både mye tid og energi, dette gjaldt for eksempel brukere av B-preparater og smertestillende. En annen utfordring ved fastlegeyrket dreide seg om at fastlegenes ansvar for sine pasienter og pasientenes forventninger til dem. Som innbyggernes nærmeste kontakt i helsevesenet ble det påpekt at man som fastlege måtte ta tak i vanskelige og kompliserte problemstillinger som andre deler av helsevesenet ikke ville røre:

*«(...) det er mange problemstillinger som er kompliserte, og for kompliserte for deg å håndtere. Det er ikke alltid det er noen andre som har lyst til å håndtere dem. Så blir man litt en oppsamlingsplass for de heftige, tunge skjebnene som mange andre ikke vil ta hånd om.»*

Det var flere av spørsmålene som ga svar som inneholdt refleksjoner rundt innholdet i fastlegens arbeidsoppgaver. Noen av svarene innebar at det var mange pasienter som kom med problemstillinger som ikke nødvendigvis handlet om somatisk sykdom. I disse svarene ble det trukket frem at pasientene ofte bare trengte noen å snakke med:

*«(...) men det som jeg også synes har vært en utfordring er hvor mye man bruker av seg selv og sin egen person. Hvor ofte det er ting som ikke nødvendigvis handler om*

*medisin, og som man ikke har lært noe om, men hvor man må støtte pasienten til å være en slags terapeut.»*

Disse problemstillingene som ofte ikke var knyttet til typiske somatiske sykdommer ble av flere omtalt som utfordrende. Noen trakk linjer mellom slike problemstillinger og det de kalte «lett psykiatri». Enkelte mente det var mer utfordrende enn andre.

Når det kommer til arbeidstid trakk flere frem at de på generelt grunnlag syntes arbeidstiden i allmennpraksis virket forlokkende. Flere var overrasket over at det ikke var mer stressende i fastlegeturnusen, da det ofte skrives om fastlegekrise i mediene. Det ble trukket linjer mellom størrelse på pasientlistene, arbeidsmengde og arbeidstiden. Et sentralt punkt ifølge noen av respondentene var at det for dem var viktig med et listetak dersom de skulle jobbe som fastleger. En av respondentene mente også at dersom listene ble større måtte arbeidstiden settes fast for å holde arbeidstiden nede. Dette sitatet reflekterer respondentens syn på saken:

*«Hvis listene hadde vært større så hadde jeg måttet regulert det med å sette fast arbeidstida. Jeg er ikke villig til å jobbe døgnnet rundt.»*

Sitatet viser at det å ha en rimelig normal arbeidstid verdsettes høyt. Flere respondenter delte dette synet.

### **5.2.5 Fastlege versus sykehuslege**

Under intervjuene ble det ikke spurt eksplisitt om hvordan respondentene opplevde det å jobbe som fastlege sammenlignet med å være sykehuslege, men i flere av svarene ble det naturlig at de reflekterte rundt denne sammenligningen fordi man som lege i Norge ofte jobber som en av de to. I tillegg er man innom begge yrkesformene i løpet av LIS1. Et av de mest interessante funnene i denne sammenhengen var at mange mente det var minst like høyt arbeidspress på sykehus som i allmennlegetjenesten, noen mente også at det var enda høyere. Den ene respondenten ga uttrykk for at negative opplevelser i sykehusturnusen, som blant annet veldig høy arbeidsbelastning, var avgjørende i vedkommendes valg om å bli fastlege. Et argument som gikk igjen var at legene mente at det var minst like stressende å jobbe på sykehus som på et fastlegekontor, og i tillegg var arbeidsturnusen mer krevende og lønna dårligere:

*«Og så er det jo også, ut fra min erfaring er det mye mindre stressende da, å være fastlege, enn å jobbe på sykehus. Det er mye ansvar, men tempoet er litt roligere, man har tid til å tenke litt mer.»*

De av legene som tidligere hadde vurdert å bli fastlege, men som på intervju tidspunktet heller ønsket å bli sykehuslege virket å bli mer fristet av fagmiljøet og selve spesialiseringsløpet på sykehus. En av disse respondentene syntes det virket mer spennende å ha mulighet til å fordype seg faglig på ett spesifikt fagområde, og dyrke denne retningen i et godt fagmiljø. For en annen virket det som selve spesialiseringsløpet innenfor kirurgi var mer fristende fordi man stadig kunne opparbeide seg kompetanse som gradvis gir flere muligheter til yrkesutøvelse, sammenlignet med et ALIS-forløp hvor man stort sett utøver yrket på samme måte tidlig i løpet som sent.



## 6 Diskusjon

I dette kapitlet vil jeg først gi en kort oppsummering av studiens viktigste funn. Deretter diskuterer jeg funnene i lys av motivasjonsteori, og hvordan funnene henger sammen med de fakta som tidligere er lagt frem om LIS1-tjenesten og rekruttering av fastleger. Til slutt redegjør jeg for noen metodiske refleksjoner knyttet til studien.

Resultatene viser at det er flere elementer som påvirker legenes valg om å bli eller ikke bli fastlege. Noen av legene ga uttrykk for at de hadde en klar formening om hvilken spesialitet de skulle velge før LIS1-tjenesten, og at de i løpet av turnusoppholdet enten fikk bekreftet eller avkreftet hva de skulle velge. Andre var fortsatt usikre på hva de skulle velge, da de ennå ikke var helt ferdige med LIS1-tjenesten. Felles for dem alle var at de hadde gjort seg mange erfaringer underveis i LIS1-løpet som påvirket deres syn på hvordan det er å jobbe som lege innenfor ulike spesialiteter. Resultatene viser at det er liten tvil om at disse erfaringene påvirker legene når de skal bestemme seg for hvilken spesialitet de skal velge.

Legene hadde ulike motivasjoner og la ulike faktorer og argumenter til grunn for hvilken spesialitet de skulle velge, eller hadde valgt. De viktigste faktorene legene virket å fokusere på var arbeidstid, lønn, arbeidsmengde, arbeidsoppgaver, arbeidsmiljø, fagmiljø og familiesituasjon.

### 6.1 Erfaringer fra LIS1

#### 6.1.1 Søknadsprosessen

Søknadsprosessen til LIS1-tjenesten kan på et vis betegnes som starten på turnusperioden fordi den er selve inngangsporten til turnuslegetjenesten. Funnene viser tydelig at de fleste av respondentene er misfornøyde med hvordan søknadsprosessen fungerer. Ryan og Decis artikkel viser til forskning som sier oss at regler, deadliner, straff og belønninger kan påvirke den indre motivasjonen negativt (2000). Søknadsprosessen innebærer at man kan søke om LIS1-stilling to ganger i året gjennom Helsedirektoratets stillingsplattform. Det er ikke nok stillinger til alle, noe som betyr at flere vil bli skuffet over utfallet. På bakgrunn av dette kan det tenkes at de strenge direktivene og uheldige konsekvensene knyttet til søknadsprosessen gir negative utslag på legenes indre motivasjon til å fullføre LIS1-tjenesten. Når det kommer til ytre motivasjon sier teorien at medisinstudenter

kan få et mer internt opphav av den ytre motivasjonen dersom de opplever mer autonomi ovenfor arbeidsoppgavene, og bekreftelse av sitt kompetansenivå. De legene som opplever å få tildelt en LIS1-stilling ved et av sine prioriterte steder, kan i tråd med teorien oppleve at den ytre motivasjonen får et mer internt opphav, fordi de opplever å få utføre turnustjenesten på det stedet de ønsker, i tillegg til at de får bekreftelse på sitt kompetansenivå når de blir innvilget plass. På samme måte kan de som derimot ikke får tilbud om en stilling muligens få et mer eksternt opphav til ytre motivasjon, fordi de ikke får oppfylt ønsket om å gjennomføre LIS1-tjenesten, og heller ingen bekreftelse på deres kompetansenivå.

Basert på respondentenes svar kan man stille spørsmål rundt hvordan søknadsprosessen til LIS1-tjenesten fungerer. Helsedirektoratet har utformet retningslinjer som regulerer søknadsprosessen i tråd med spesialistgodkjenningsforskriften med det formål at prosessen skal være rettferdig og lik for alle. Funnene tyder imidlertid på at reguleringen av ordningen ikke virker etter sin hensikt. Mange opplever prosessen som urettferdig, og at ansettelser ikke blir gjort på grunnlag av faglige kvalifikasjoner. Noen av svarene kan antyde at en av grunnene til at utfallet blir urettferdig er at søkerpopulasjonen er for homogen, og at det derfor blir for tidkrevende og komplisert for arbeidsgiverne å skille søkerne. Norsk medisinstudentforening har også rettet søkelys mot ordningen og hevder at kvalifikasjonskravene som ligger til grunn for ansettelsene ikke samsvarer hos de ulike sykehusene (Norsk medisinstudentforening, u.å.-b). Det faktum at ordningen ikke fungerer formålstjenlig, bør muligens gi grunnlag for en diskusjon rundt ordningens organisering.

Antall LIS1-plasser på landsbasis er også et tema som henger sammen med søknadsprosessen. Dersom det hadde vært flere LIS1-stillinger kan det være at det ikke hadde vært like mange søkere per stilling som det er i dag. Følgelig kan man tenke seg at det hadde vært lettere for arbeidsgiver å skille de ulike kandidatene fra hverandre, dersom det hadde vært færre søkere per stilling. Legene ville da muligens ha opplevd prosessen som ryddigere og mer rettferdig. Dette kunne muligens også påvirket legenes motivasjon positivt. Med tanke på rekrutteringsprobleme i fastlegeordningen er det vanskelig å se for seg noen direkte kobling mellom søknadsprosessens komposisjon og rekruttering av fastleger. Samtidig kan man anta at en viss andel av legene som gjennomfører LIS1-tjenesten faktisk velger å bli fastleger. Derfor kan det argumenteres for at en økning i antall LIS1-stillinger vil gi flere potensielle fastleger i arbeidsmarkedet, og at dette igjen kan føre til økt rekruttering av fastleger på landsbasis.

### 6.1.2 Struktur

Når det kommer til LIS1-tjenestens struktur og oppbygning fremstod legene generelt som tilfredse. Det er verdt å merke seg at noen mente det var viktig å tilbringe seks måneder ved hver avdeling både på sykehus og i allmennpraksis for å tilegne seg tilstrekkelig med kunnskap. Ifølge Ryan og Decis teori om indre og ytre motivasjon kan opplevelse av autonomi og bekreftelse på egen kompetanse påvirke både motivasjonens grad og orientering (2000). God struktur og organisering kan føre til at mennesker opplever mer autonomi og bekreftelse av sitt kompetansenivå, og dette kan i sin tur føre til økt grad av motivasjon eller at motivasjonens orientering endres.

I dette tilfellet kan det se ut som at legene blir motivert av LIS1-tjenestens struktur fordi den legger til rette for at de får økt sine kompetansenivåer innen hvert av fagfeltene de er innom. Legene blir også tildelt stadig mer autonomi når de går fra å konferere omtrent hver eneste lille detalj knyttet til pasientbehandling på sykehus, til oftere å ta egne avgjørelser på fastlegekontoret. I og med at LIS1-tjenestens struktur av legene oppleves som god, kan det tenkes legene underveis i turnustjenesten har opplevd både å bli tildelt autonomi og fått bekreftet sitt selv-opplevde kompetansenivå. Det er grunn til å tro at dette også kan gi gode opplevelser av mestring i turnustjenesten. Noen av respondentene mente det var fordelaktig at turnus i allmennpraksis var plassert etter sykehusturnusen fordi det krevde mer erfaring og kompetanse å sitte alene på et legekontor. Den velfungerende strukturen virker derfor å gi legene den ballasten de trenger for å oppleve mestring i fastlegeturnusen. Økt opplevelse av mestring i fastlegeturnus vil sannsynligvis gi legene et bedre syn på fastlegeyrket, noe som muligens kan bidra til at flere vurderer fastlegeyrket.

Selv om mange leger skrøt av strukturen ble det avdekket at den har forbedringspotensial. Lite psykiatri eller ingen psykiatri ble nevnt av mange som en utfordring. Med tanke på at psykisk helse i dag er en stor folkehelseutfordring for samfunnet er det betimelig å spørre om psykiatri burde være en større del av alle LIS1-løp (Brækhus, 2022). Noen går såkalte tredelt løp i LIS1-tjenesten på sykehus og har da psykiatri som den tredje delen, før fastlegeturnus (Helsedirektoratet, 2022a, s. 33). Dette er en måte å løse det på, men det går utover den kompetansen legene tilegner seg på de andre delene av sykehusturnusen. Uavhengig av hvilken løsning man velger for å innlemme psykiatri i LIS1-tjenesten kan økt kompetanse på dette fagfeltet i forkant av turnus i allmennpraksis muligens også bidra til økt fastlegerekuttering. Noen av respondentene nevnte at de erfarte

overraskende mye «hverdagspsykiatri» i fastlegeturnusen. Ved å innlemme psykiatri i alle LIS1-løp vil man kunne forvente en generell økning i legenes psykiatrikompetanse. Ved at legene selv opplever et høyere kunnskapsnivå i møte med psykiatri i allmennlegetjenesten kan de føle på mer mestring, noe som kan gi økt grad av motivasjon og kanskje også i større grad en indre orientering av motivasjon.

Detaljene i LIS1-tjenestens struktur i form av blant annet læringsmål, antall tillatte sykedager og antall dager ved hver funksjon i de ulike avdelingene er ikke nødvendigvis like heldige for legenes motivasjon. Ryan og Deci uttrykker hvordan krav, deadliner og direktiver kan ha en negativ effekt for den indre motivasjonen (2000). I tillegg kan det oppleves som en straff dersom legene får et av oppholdene i LIS1-tjenesten underkjent ved ikke å ha oppfylt alle kravene. Dette poenget underbygges også av respondent H, som hadde erfaring som LIS-koordinator. Vedkommende uttrykte at strukturen kunne oppleves som rigid, og at den dermed ikke nødvendigvis passet for alle. I denne sammenhengen kan man også merke seg at flere opplevde vanskeligheter med å få tilpasset LIS1-løpet som følge av private årsaker. En mer dynamisk struktur kunne forbedret dette. Det at noen opplevde bedre muligheter for personlige tilpasninger i allmennlegetjenesten kan likevel telle positivt for rekruttering i allmennlegetjenesten.

### **6.1.3 Veiledning og kollegium**

Flere respondenter oppga at de hadde et godt forhold til veileder, og det virket som de hadde svært godt utbytte av den veiledningen de fikk. Ifølge Ryan og Decis artikkel om indre og ytre motivasjonsfaktorer har en studie vist at medisinstudenter som opplevde veileder som støttende med hensyn til autonomi og kompetansenivå i større grad ville integrere motivasjonen internt (2000). På bakgrunn av dette kan man argumentere for at måten veiledere opptrer på i stor grad kan påvirke legenes motivasjon til yrkesutførelse i de ulike fagområdene og spesialiseringene. En erfaren lege som har jobbet flere år i samme posisjon kan man også regne med at har en viss status både knyttet til sitt yrke og sin posisjon. Maktforholdet mellom veileder og LIS1-legen kan derfor i mange tilfeller være skjevt, og veilederne har sannsynligvis svært stor påvirkningskraft på legene de veileder.

Et par av respondentene mente at deres veileder i fastlegeturnusen var den viktigste årsaken til at de valgte å gå videre i fastlegeyrket. Spesielt interessant var det at en av respondentene egentlig ikke hadde sett for seg å bli fastlege i det hele tatt før møtet med

denne veilederen. Dette understreker hvor stor påvirkningskraft veiledere har på legene under LIS1-tjenesten. Det viser også at god og riktig veiledning er en viktig faktor for rekruttering av flere fastleger. I tråd med dette uttrykte også respondent H at gode ambassadører for fastlegeyrket er viktig for at yngre leger skal se yrket som attraktivt. Forholdet mellom veileder og LIS1-kandidat kan sannsynligvis tilegnes et større fokus for å oppnå en mer personlig mentorordning mellom veileder og LIS1-lege. Dette kan resultere i at LIS1-kandidatene føler seg tryggere i fastlegerollen, og dermed får økt mestringfølelse og et mer positivt syn på fastlegeyrket. Respondentenes erfaringer viser at utvikling av gode veiledere med andre ord kan ha en positiv indirekte effekt på rekruttering av fastleger.

Noen respondenter påpekte at de gjerne skulle hatt mer veiledning, noe som kan tyde på at det med fordel kan legges mer ressurser til at fastlegene faktisk får tid til å veilede turnuskandidatene i tilstrekkelig grad. I fastlegeturnusen er det kommunen som arbeidsgiver, som har ansvaret for at tilstrekkelig veiledning etableres (Slåtten et al., 2015, s. 12). Følgelig er det kommunen som står ansvarlig for å frigjøre ressurser til å styrke veiledningen gjennom LIS1-tjeneste i kommunehelsetjenesten. Slik situasjonen er i dag, med stadig økende press på fastlegene når det kommer til arbeidsoppgaver, listelengde og total arbeidstid kan man nok ikke forvente at fastlegene har mulighet til å øke tidsbruken på veiledning selv om kommunene pålegger det. Dermed kan vi risikere å gå glipp av noe av den positive effekten veiledere kan ha på legenes motivasjon for å velge fastlegeyrket. Det er likevel verdt å merke seg at flere av respondentene omtalte veiledningen de fikk på en positiv måte, og det er tydelig at god veiledning påvirker legenes syn på fastlegeyrket etter fullført LIS1-tjeneste.

Det at flere av fastlegehjemplene i dag ikke er besatt, kan også muligens ha negative følger for rekrutteringen av fastleger. Ett av funnene antydte at noen turnuskandidater blir satt til å fylle udekkede pasientlister, og blir da benyttet som en fullverdig legeressurs. I en slik situasjon kan man tenke seg at presset på turnuslegen blir høyere, enn hvis legekantoret har dekket alle lister og turnuslegen er en tilleggsressurs. En av respondentene uttrykte at det å ha mulighet til å være nettopp en tilleggsressurs var verdifullt i LIS1-tjenesten. Dette henger også sammen med turnuslegenes forventninger til LIS1-oppholdet, og kan med høy sannsynlighet påvirke turnuslegenes syn på fastlegeyrket, og dermed også valg av spesialitet. Det var noen av svarene som imidlertid antydte at respondentene ikke syntes fastlegeturnusen ga et fullgodt bilde av de reelle arbeidsvilkårene man har som fastlege. Med dette mente de at man som turnuslege ikke fikk en egen pasientliste, og dermed ikke fikk muligheten til å følge

opp de samme pasientene over tid i tilstrekkelig grad. Dersom turnuslegene fikk tildelt en egen liste kunne dette kanskje vært givende for legene med tanke på indre motivasjonsfaktorer. Samtidig ville det høyst sannsynlig resultert i høyere arbeidspress og forventinger fra pasientene, som i sin tur kunne påvirket mestringsfølelsen hos turnuslegene. Problemstillingen tilsier at dette kan være en vanskelig avveining.

Helsedirektoratet har gjennomgått LIS1-tjenesten flere ganger, og vurderer stadig nye tiltak inn mot ordningen som tar sikte på å bidra til å løse utfordringer både i spesialisthelsetjenesten og allmennlegetjenesten. I arbeidet med denne studien har jeg spesielt sett på to rapporter som viser tiltak for LIS1-tjenesten som er særdeles relevante sett i lys av funnene fra denne studien. *Leger i spesialisering – LIS1-stillinger knyttet til videre spesialiseringsløp* legges det spesielt frem tiltak med tanke på å knytte LIS1-stillinger sammen med videre spesialiseringsløp (Helsedirektoratet, 2022a). *Spesialistutdanning for leger - LIS1* viser til vurdering av den nye søknadsbaserte ordningen, og drøfter antall LIS1-stillinger og tiltak for bedret fastlegerekruttering (Helsedirektoratet, 2022d). Begge rapportene viser at Helsedirektoratet gjør veloverveide vurderinger, og flere av konklusjonene fra rapporten er i tråd med funn i denne studien.

## **6.2 Synspunkter på fastlegeyrket**

### **6.2.1 Arbeidsvilkår og lønn**

Arbeidsvilkår og lønn er må i dette tilfellet kunne sies å være teoretisk tettest knyttet til ytre motivasjonsfaktorer. Det er tydelig utfra respondentenes svar at ytre motivasjonsfaktorer spiller en rolle i hvordan legene ser på fastlegeyrket. Fastlegeyrket fremstår stort sett som attraktivt for de fleste med tanke på arbeidstid, lønnsnivå, og ikke minst arbeidssted. Spesielt poenget med at arbeidsvilkårene er gunstige med tanke på å etablere familie var det mange som understreket. Det kan virke som at flere av respondentene erfarte at fastlegeyrket var gunstigere enn forventet med tanke på dette, og at de derfor i større grad begynte å vurdere fastlegeyrket etter LIS1. I tillegg var det noen som synes det var svært positivt at man som fastlege i større grad har mulighet til å jobbe omtrent hvor som helst i landet.

Lønn var et gjennomgående tema i intervjuene, og de aller fleste oppga at de syntes lønnen i legeyrket generelt er god. Et av de mest interessante funnene kan synes å være hvordan legene så på de ulike ansettelsesformene med tanke på lønn. For noen var det rett og slett et ufravikelig krav å ha fastlønn. Det at noen respondenter understreket dette kan tyde på at man går glipp av noe rekruttering til fastlegestillinger dersom man ikke har nok fastlønnede stillinger i kommunehelsetjenesten. I gjennomsnitt tjener fastlønnede fastleger noe mindre enn selvstendignæringsdrivende. Det at noen av respondentene ønsket fastlønn heller enn selvstendig drift kan også tyde på at det er andre motivasjonsfaktorer til stede. En av respondentene sa at det var viktig at å ha insentiver for å anbefale pasienter å komme tilbake for en ny time på faglig grunnlag, og ikke på bakgrunn av ren økonomisk vinning. Dette kan vitne om en mer prososial motivasjon hvor respondenten setter det å hjelpe pasienten, over sin egen økonomiske vinning.

Det kan være flere grunner til at fastlønn virket mer populært blant respondentene enn selvstendig næringsdrift. En del pekte på mulighet til å få sykepengar, og unngå tap av arbeidsinntekt ved sykefravær. Likevel var noen positive til å gå over til selvstendig næringsdrift på et senere tidspunkt dersom livssituasjonen deres endret seg med tanke på familieliv. Sentralt stod også faktorer tilknyttet kjøp av fastlegehjemmel eller praksis. Det var ingen som var positive til dette, og respondent H underbygget også dette poenget. Det å ta opp lån i en etableringsfase for å kjøpe en fastlegepraksis ble generelt ansett som uaktuelt for de fleste, og det kan derfor virke som det er viktig for kommuner få på plass gode fastlønnsavtaler dersom de ønsker å bedre fastlegerekrutteringen.

### **6.2.2 Fastlege vs sykehuslege**

Respondentene hadde en tendens til å sammenligne sine erfaringer fra fastlegeturnus og sykehusturnus. Ble det også tydelig at ytre motivasjonsfaktorer var viktige i legenes valg av spesialitet. Det mest sentrale funnet var knyttet til at arbeidsbelastningen var overraskende høy, og at bemanningskrisen virket minst like stor i spesialisthelsetjenesten som i primærhelsetjenesten. Dette gjorde at flere av respondentene i høyere grad vurderte fastlegetyrket som mer aktuelt. Funnet kan indikere at indre motivasjonsfaktorer knyttet til mestring og interesse for et fagfelt ikke er like sterke i denne sammenhengen som de ytre motivasjonsfaktorene. Her var flere respondenter også klare på at lønnen på sykehus ikke rettferdiggjorde arbeidsbelastningen og arbeidstidene i like stor grad som i fastlegetyrket.

Lønnsnivå synes altså å være et viktig element i vurderingen. På den andre siden var det noen av respondentene som verdsatte interessen for spesifikke fagområder i spesialisthelsetjenesten så høyt at det, for dem, likevel var mest aktuelt å velge en annen retning enn allmennpraksis. For disse respondentene virker de indre motivasjonsfaktorene å være sterkere enn de ytre, og en kan stille spørsmål ved hvor mye erfaringer fra fastlege-turnusen har å si for legene som opplever en så sterk indre motivasjon for ett spesifikt fagområde.

Det at flere av respondentene mente det var for dårlig informasjon om de ulike måtene å drifte en fastlegepraksis på var et funn verdt å merke seg. Fastlegedrift som selvstendig næringsdrivende kan være komplisert i praksis, og dersom man ikke lærer litt om dette hverken på medisinstudiet eller underveis i LIS1-tjenesten kan det virke omfattende for legene å sette seg inn i. Man kan tenke seg at for lite informasjon om driftsordninger kan bidra til at fastlegeyrket for noen virker mer strevsomt med tanke på praktisk organisering, og at det fremstår som lettere og mindre omfattende rent praktisk å tre inn i en fast ansettelse på et sykehus. På denne bakgrunn er det betimelig å vurdere om opplæring i fastlegedrift kunne vært et valgbart fagområde i løpet av LIS1-tjenesten, eller på medisinstudiet.

## **6.3 Metodiske refleksjoner**

### **6.3.1 Validitet og reliabilitet**

Forskjellige metodiske valg i forkant og underveis i datainnhenting gir ulike implikasjoner for datagrunnlaget, som også gjenspeiles i resultatene og analysen. Validitet, reliabilitet, og overførbarhet er begreper som hyppig blir brukt i kvantitativ forskning, men som er mer utfordrende å definere innen kvalitativ forskning (Green & Thorogood, 2004, s. 272). Jeg vil likevel gjøre noen refleksjoner knyttet til disse begrepene.

Validitet kan diskuteres gjennom et internt eller eksternt perspektiv. Intern validitet viser til om studiedesignet er passende for studiens formål, og for å svare på studiens problemstilling (Malterud, 2001, s. 484). Formålet med studien var å belyse nåværende og tidligere LIS1-legers erfaringer med LIS1-tjenesten, for å finne ut om noen av erfaringene påvirket deres ønske om å bli fastlege. Studiens datagrunnlag var intervjuer av LIS1-leger, som var underveis i eller hadde fullført LIS1-tjenesten i 2022 eller 2023. For å sikre at respondentene var relevante hadde jeg flere inklusjonskriterier for å være med i studien.



Kriteriene sikret at respondentene hadde erfaringer fra LIS1-tjenesten rimelig friskt i minne. 9 av 10 respondenter i studien var leger som hadde fullført profesjonsstudiet i medisin enten i Norge eller i utlandet. Refleksjonene fra disse ga både god bredde og dybde i datagrunnlaget, og samtidig ga disse respondentene et førstehånds-perspektiv på LIS1-tjenesten gjennom deres egne opplevelser. Samtidig er en sentral refleksjon knyttet til intern validitet at ikke alle respondentene hadde fullført hele LIS1-tjenesten. Noen var derfor underveis i fastlegeturnusen. På den ene siden kan dette bety at de ennå ikke har fått et fullgodt inntrykk av fastlegeyrket. På den andre siden kan man tenke seg at deres refleksjoner om arbeidssituasjonen i allmennpraksis sitter friskt i minnet. I tillegg hadde en av respondentene lang erfaring som LIS-koordinator ved et LIS-kontor (respondent H). Denne respondenten kunne gi flere refleksjoner knyttet til historier fra erfaringer med mange flere LIS1-legger. Dette tilførte datagrunnlaget et annenhånds-perspektiv fra en noe mer overordnet synsvinkel.

Ekstern validitet viser til hvor overførbare resultatene er, og hvilke omstendigheter resultatene er gyldige for (Malterud, 2001, s. 484). Studiens kvalitative karakter gir grunnlag for å tro at resultatene ikke nødvendigvis er overførbare til å gjelde i alle situasjoner hvor leger bestemmer seg for å bli eller ikke bli fastleger, fordi respondentenes svar er personlige. Likevel viser resultatene at det finnes gjenkjennbare mønstre i svarene til flere av respondentene. I kvalitativ forskning er heller ikke resultatenes overførbarhet direkte knyttet til størrelsen på utvalget. Ofte kan et utvalg på 10-25 respondenter gi et tilstrekkelig datagrunnlag. Ved godt forarbeid og kunnskap om studietemaet kan enda færre være godt nok (Malterud, 2011, s. 60). På grunn av studiens begrensninger i form av tid og ressurser ble det utfordrende å rekruttere flere enn 10 respondenter. Jeg opplevde likevel en form for datametning ved de siste intervjuene, da flere av svarene samsvarte med svar fra tidligere intervjuer. Med bakgrunn i dette vil jeg likevel argumentere for at datagrunnlaget er solid nok til å si noe om hvordan disse LIS1-legene opplever enkelte forhold ved LIS1-tjenesten, og hvordan erfaringene i noen tilfeller kan påvirke deres ønske om å bli fastlege.

Reliabilitet i kvalitativ forskning viser til om metodikken som er benyttet til å innhente, bearbeide og analysere datagrunnlaget er av god kvalitet. Dersom studiens reliabilitet er god kan vi si at metoden er presis eller pålitelig. Da kan man anta at metoden kunne produsert de samme resultatene igjen ved de samme omstendighetene (Green & Thorogood, 2004, s. 274). I kvalitativ forskning er fullstendig reliabilitet utfordrende å oppnå fordi forskeren må gjøre enkelte subjektive tolkninger av datamaterialet. Samtidig ble noen av

intervjuene kodet av både veileder og forsker, for å sikre enn viss grad av troverdighet til tolkning og seleksjon av funnene. Selekeringsfeil og seleksjonsoverlevelse kan også være en trussel mot studiens reliabilitet (Green & Thorogood, 2004, s. 224). Selekeringsfeil oppstår dersom viktig data som kunne påvirket resultatene ikke blir fanget opp under datainnsamlingen. I denne studiens tilfelle ble det foretatt lydopptak av alle intervjuer, for å unngå selekeringsfeil. Transkripsjonene ble også gjort manuelt, for å unngå at ord eller meninger forsvant i prosessen. Enkeltord kan likevel ha blitt utelatt grunnet varierende lyd kvalitet på opptakene. Seleksjonsoverlevelse oppstår dersom ikke-representative data blir brukt til å si noe om en populasjon. Utvalgsstrategien i denne studien kan svekke studiens reliabilitet på grunn av at det kun var de individene som selv valgte å svare på mail som ble inkludert som respondenter i studien. Det kan ikke utelukkes at individene som valgte å delta i studien besatt sterke eller ytterliggående meninger blant populasjonen av LIS1-leger, eller at disse personene tilhørte den mer ekstroverte delen av populasjonen. Jeg har derfor forsøkt å være varsom i å hevde at resultatene er generaliserbare for den øvrige populasjonen LIS1-leger.

### **6.3.2 Refleksivitet**

I en intervjusituasjon vil datagrunnlaget som regel farges til en viss grad av forskerens identitet og forhold til prosjektet. Dette kalles refleksivitet (Malterud, 2001, s. 483). Forskerens integritet blir satt på prøve i intervjusituasjonen fordi datagrunnlaget avhenger av hvordan forskeren selv opptrer. Gjennom denne studien har jeg valgt å forske på et fagfelt jeg har stor interesse for, og jeg kan ikke utelukke at mine tidligere erfaringer, kunnskaper og tanker om temaet kan ha hatt en innvirkning på datainnhenting og analysen. For eksempel kan enkelte spørsmål i intervjuguiden ha opphav i et ønske om å få spesifikke svar. Likevel har jeg forsøkt å oppnå en viss grad av objektivitet ved å rekruttere respondenter jeg ikke har tilknytning til, og ved å stille åpne spørsmål. Det at jeg rekrutterte respondentene gjennom bekjenskaper kan jeg ikke utelukke at har vært en påvirkende faktor, selv om jeg ikke personlig kjente noen av respondentene fra tidligere. Samtidig fikk respondentene selv velge om de ville stille til personlig eller digitalt intervju, noe som kan ha bidratt til at de følte seg trygge i intervjusituasjonen.

### 6.3.3 Etiske forhold

Det er alltid en mulighet for at det kan oppstå etiske dilemmaer underveis i studien. Disse må en forsøke å løse etter sin egne beste dømmekraft. Før jeg gikk i gang med datainnhentingene søkte jeg om godkjenning av prosjektet gjennom Sikt, for å være sikker på at datainnhentingene foregikk i tråd med gjeldende regelverk. Prosjektet ble godkjent før datainnhentingene ble iverksatt. For å unngå uheldige misforståelser fikk alle respondentene tilsendt et informasjonsskriv med samtykkeskjema i forkant av intervjuene. Disse ble signert og samlet inn før intervjuene startet. Informasjonsskrivet inneholdt bakgrunnsinformasjon og formål for studien, slik at respondentene var kjent med hvilke opplysninger som ble hentet inn om dem, at opplysningene ble anonymisert og at de når som helst kunne trekke seg fra studien. Opplysningene om respondentene og datamaterialet ble behandlet sikkert og forsvarlig under hele prosjektet, og slettes ved prosjektets slutt.

Det var imidlertid et par etiske dilemmaer som oppstod underveis i prosjektet. Et etisk dilemma oppstod ved rekruttering av tre av respondentene. Disse tre jobbet som LIS1-leger ved et legekantor hvor mine foreldre jobbet. Alle tre ble spurt personlig om de ønsket å delta i studien, og det ble understreket at dette ikke skulle påvirke deres forhold til kolleger. Spørsmålene tilknyttet kolleger og arbeidsgiver fra disse tre intervjuene har ikke blitt benyttet i analysen av datamaterialet, da svarene kan ha blitt påvirket av mitt forhold til deres kolleger. Et annet etisk aspekt var knyttet til legenes taushetsplikt ovenfor sine pasienter. Med tanke på at noen av spørsmålene krevde svar som omhandlet legenes yrkesutøvelse, forsøkte jeg å understreke at taushetsbelagte opplysninger ikke måtte nevnes i intervjuene.

## 7 Konklusjon

I denne studien ønsket jeg å belyse LIS1-legers erfaringer fra LIS1-tjenesten, og å undersøke hvordan disse erfaringene påvirker deres ønske om å bli fastlege. Bakgrunnen for at jeg valgte denne innfallsvinkelen var den utfordrende rekrutteringssituasjonen av fastleger i Norge, og jeg håpet å kunne bidra til debatten rundt dette temaet fra et nytt perspektiv.

For å besvare problemstillingen min har jeg gjennomført semistrukturerte intervjuer med leger som nylig har gjennomført LIS1-tjenesten, og som enten har tatt, eller skal ta valget om å bli fastlege eller ikke. Funnene fra intervjuene ble diskutert i lys av motivasjonsteori i tillegg til de fakta som forelå om LIS1-tjenesten og fastlegeordningen. Funnene viser at legene gjør seg mange erfaringer om fastlegeyrket gjennom LIS1-tjenesten som sannsynligvis påvirker deres valg av videre spesialitet. Enkelte erfaringer kan påvirke hvilke motivasjonsfaktorer som er mest fremtredende hos legene ved at de påvirker legenes syn på yrkesutøvelsen, eller hvilke positive og negative faktorer legene forbinder med de ulike spesialitetene. Dette kan også påvirke deres ønske om å bli fastlege, noe som indikerer at LIS1-tjenesten er en sentral arena for å iverksette tiltak med sikte på å bedre rekrutteringen av fastleger. De mest sentrale funnene dreide seg om viktigheten av å ha en god veileder, hvor viktig ansettelsesform var for legene, og at arbeidsvilkårene blir sett på som gode i fastlegeyrket sammenlignet med på sykehus.

En god veileder virker å ha stor påvirkningskraft både på LIS1-legenes erfaringer fra turnustjenesten og på valg av spesialitet. I noen tilfeller var en god veileder nok til at enkelte valgte spesialisering i allmennpraksis. Dette tyder på at gode veiledere kan spille en avgjørende rolle i debatten om fastlegerekruttering. I tillegg kan det virke som at økt fokus på fastlønnsavtaler, ved utlysning av fastlegestillinger, kan ha en god effekt på rekrutteringen. Videre var det interessant å se hvordan flere av LIS1-legene opplevde sykehusturnusen som mer stressende enn fastlegeturnusen. Likevel var det stor individuell forskjell i hva den enkelte lege fant motivasjon i, og hvilke erfaringer den enkelte hadde fra LIS1-tjenesten.

Det jobbes mye med å forbedre fastlegerekrutteringen i Norge. For fremtidig forskning kan det være interessant å undersøke hvilke erfaringer og opplevelser leger som har vært gjennom ALIS-prosjektene i Vest og Nord har gjort seg om tiltakene knyttet til disse ordningene. Ikke minst kunne det vært interessant å undersøke hvilke tanker leger som eventuelt har hoppet av fra prosjektene underveis har om prosjektenes forbedringspotensial.

# Litteraturliste

- Abelsen, B., Gaski, M., Fosse, A., Kvamme, M. F. & Ekeland, E. (2020). *Tilrettelegging for ALIS i bykommuner. Fokus og status i innledende arbeid* (Fafo-notat 2020:09). KS. <https://www.ks.no/contentassets/222f4b6fa78045a2a265d76a0e004534/Fafo-notat-2020-09-Tilrettelegging-for-ALIS-i-bykommuner.pdf>
- ALIS-Nord. (2019). *Bakgrunn for prosjektet*. alis-nord. Hentet 24. april 2023 fra <https://www.alis-nord.no/Bakgrunn/>
- ALIS. (u.å.-a). *ALIS-tilskudd*. Hentet 3. mars 2023 fra <https://www.alis.no/alis-ordningen/alis-tilskudd>
- ALIS. (u.å.-b). *Om ALIS-ordningen*. Hentet 1. mars 2023 fra <https://www.alis.no/alis-ordningen>
- alis.no. (u.å.). *Nordsjøturnus*. Hentet 11. mai 2023 fra <https://www.alis.no/alis-ordningen/nordsjoturnus>
- Attride-Stirling, J. (2001). Thematic networks: an analytic tool for qualitative research. *Qualitative research : QR*, 1(3), 385-405. <https://doi.org/10.1177/146879410100100307>
- Bakken, C. (2006). Fastlegeordningen en suksess. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, 126(814). <https://tidsskriftet.no/2006/03/aktuelt-i-foreningen/fastlegeordningen-en-suksess>
- Birkeli, C. N. (2015). *Nasjonal evaluering av turnustjeneste for leger 2015* (Rapport LEFO). Legeforeningen. <https://www.legeforeningen.no/contentassets/ea5f46eb1dc7453d91502248df658427/tumusevaluering-enderlig.pdf>
- Brækhus, L. A. (2022, 16. mai). Rootwelt: – Psykisk helse er åpenbart vår største utfordring i tiden fremover. *Dagens Medisin*. <https://www.dagensmedisin.no/helse-sor-ost-rhf-psykisk-helse-spesialisthelsetjeneste/rootwelt-psykisk-helse-er-apenbart-var-storste-utfordring-i-tiden-fremover/264062>
- Den Norske Legeforening. (u.å.-a). *Evaluering*. Legeforeningen. Hentet 8. februar 2023 fra <https://www.legeforeningen.no/utdanning/spesialistutdanning/lis1/evaluering/>
- Den Norske Legeforening. (u.å.-b). *Legestatistikk - Høy legedekning i Norge*. Legeforeningen. Hentet 27. mars 2023 fra <https://www.legeforeningen.no/om-oss/legestatistikk/#Høy%20legedekning%20i%20Norge>
- Den Norske Legeforening. (u.å.-c). *Ny fastlegehjemmel*. Legeforeningen. Hentet 23. april 2023 fra <https://www.legeforeningen.no/jus-og-arbeidsliv/jeg-har-sporsmal-om/fastlege/kunngjoring-og-tildeling/nulliste/#Betaling%20for%20inntreden%20i%20gruppepraksis>
- Ernst & Young & Vista Analyse. (2019). *Evaluering av fastlegeordningen*. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/contentassets/7cd212bf5f0642c1a5d0d480f0923e6d/evaluering-av-fastlegeordningen---sluttrapport-fra-ey-og-vista-analyse.pdf>
- Espeland, W. (2023, 09. mars). Landet med kronisk legemangel. *NRK*. <https://www.nrk.no/mr/xl/fastlegekrisa-skuldast-fa-medisinstudentar-og-utdanna-legar-byrakati-nordmenn-gar-oftare-til-lege-1.16207427>
- Forskrift om fastlegeordning i kommunene. (2012). *Forskrift om fastlegeordning i kommunene* (FOR-2012-08-29-842). [https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842#KAPITTEL_3)
- Forskrift om spesialistgodkjenning og turnusstillinger. (2001). *Forskrift om spesialistgodkjenning av helsepersonell og turnusstillinger for leger* (FOR-2000-12-21-1384). <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-21-1384>

- Forskrift om turnustjeneste for lege. (2001). *Forskrift om praktisk tjeneste (turnustjeneste) for lege ved loddrekning* (FOR-2001-12-20-1549).  
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2001-12-20-1549>
- Green, J. & Thorogood, N. (2004). *Qualitative methods for health research*. Sage.
- Hackman, J. R. & Oldham, G. R. (1976). Motivation through the design of work: test of a theory. *Organizational Behavior and Human Performance*, 16(2), 250-279.  
[https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0030-5073\(76\)90016-7](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0030-5073(76)90016-7)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2022). *Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024; Attraktiv, kvalitetssikker og teambasert* (I-1198). Regjeringen.  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/handlingsplan-for-allmennlegetjenesten/id2701926/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (u.å.). *Ekspertutvalg for gjennomgang av allmennlegetjenesten*. Regjeringen. Hentet 24. april 2023 fra  
<https://www.regjeringen.no/no/dep/hod/org/styrer-rad-og-utvalg/ekspertutvalg-for-gjennomgang-av-allmennlegetjenesten/id2923959/>
- Helsedirektoratet. (2022a). *Leger i spesialisering – LIS1-stillinger knyttet til videre spesialiseringsløp* (IS-3030). Helsedirektoratet.  
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/leger-i-spesialisering--lis1-stillinger-knyttet-til-videre-spesialisingslop/Rapport%20IS-3030%20-%2062%20nye%20LIS1-stillinger%20publisert%20versjon%20mai%202022.pdf/> /attachment/inline/aafe6ac7-7ae7-40b0-9934-1d910f017160:ac477f2c5bad88d036c4a583fe4f79dbaf4455b1/Rapport%20IS-3030%20-%2062%20nye%20LIS1-stillinger%20publisert%20versjon%20mai%202022.pdf
- Helsedirektoratet. (2022b). *Oppfølging av Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024 Kvartalsrapport 4. kvartal 2021*. Helsedirektoratet.  
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/oppfolging-av-handlingsplan-for-allmennlegetjenesten-2020-2024-kvartalsrapport-4.kvartal-2021>
- Helsedirektoratet. (2022c). *Oppfølging av Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024 Statusrapport – 2. tertial 2022 Spesialisering i allmennmedisin*. Helsedirektoratet.  
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/oppfolging-av-handlingsplan-for-allmennlegetjenesten-2020-2024-statusrapport-2.terial-2022/spesialisering-i-allmennmedisin/antall-lis1-stillinger>
- Helsedirektoratet. (2022d). *Spesialistutdanning for leger - LIS1* (IS-3002).  
 helsedirektoratet.no. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/spesialistutdanning-for-leger-lis1/Spesialistutdanning%20for%20leger%20-%20LIS1%20-%20IS-3002.pdf/> /attachment/inline/16a446f1-c345-40a8-8f26-ebbd439ba7c7:860d12e6665e051ac003fb344c0a0f01a5433f69/Spesialistutdanning%20for%20leger%20-%20LIS1%20-%20IS-3002.pdf
- Hjortdahl, P. (2004). Er fastlegeordningen vellykket? *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, 124(310). <https://tidsskriftet.no/2004/02/leder/er-fastlegeordningen-vellykket>
- Jacobsen, D. I. & Thorsvik, J. (2019). *Hvordan organisasjoner fungerer* (5. utg.). Fagbokforlaget.
- Kalveland, J. (2021). Fikk 1,6 milliarder – vil ha 4,8. *Dagens Medisin*.  
<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2021/02/25/fikk-16-milliarder--vil-ha-48/>
- Legeforeningen. (u.å.). *LIS1*. Legeforeningen. Hentet 21. oktober 2022 fra  
<https://www.legeforeningen.no/utdanning/spesialistutdanning/lis1/>
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*, 358(9280), 483-488. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)05627-6](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)05627-6)

- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg.). Universitetsforlaget.
- Menon Economics. (2018). *Fastlegeordningen i krise – Hva sier tallene*. Legeforeningen. <https://www.legeforeningen.no/contentassets/1f3039425ea744adab5e11ac5706b85a/fastelegeordningen-i-krise-hva-sier-tallene-endelig-rapport.pdf>
- Nasjonalt senter for distriktsmedisin. (2023). *Følgforskningen av pilotprosjektet ALIS-Vest er sluttført*. nsdm. Hentet 24. april 2023 fra <https://www.nsdm.no/folgeforskningen-av-pilotprosjektet-alis-vest-er-sluttfort/>
- Norsk medisinstudentforening. (u.å.-a). *Om LIS1 (tidligere turnustjenesten)*. Legeforeningen. Hentet 23. januar 2023 fra <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/student/norsk-medisinstudentforening/lis1/LIS1/#14605>
- Norsk medisinstudentforening. (u.å.-b). *Poengsystem for LIS1-søknad*. Legeforeningen. Hentet 8. mai 2023 fra <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/student/norsk-medisinstudentforening/Medisinstudenter-i-jobb/tips/poengsystem-for-lis1-soknad/>
- OECD & EU. (2018). *Health at a Glance: Europe 2018* (Health at a Glance, Issue. OECD-Library. [https://www.oecd-ilibrary.org/content/publication/health\\_glance\\_eur-2018-en](https://www.oecd-ilibrary.org/content/publication/health_glance_eur-2018-en)
- OECD & EU. (2022). *Health at a Glance: Europe 2022* (Health at a Glance, Issue. OECD-Library. <https://www.oecd-ilibrary.org/content/publication/507433b0-en>
- Olsen, J. W. (2022, 26. mai). Kun tre prosent av medisin-studentene tror de blir fastlege. *Khrono*. <https://khrono.no/kun-tre-prosent-av-medisin-studentene-tror-de-blir-fastlege/690719>
- Ryan, R. M. & Deci, E. L. (2000). Intrinsic and extrinsic motivations: Classic definitions and new directions: Motivation and the Educational Process. *Contemporary educational psychology*, 25(1), 54-67. <https://doi.org/https://doi-org.ezproxy.uio.no/10.1006/ceps.1999.1020>
- Slåtten, A. G., Ansar, S., Hansen, S. O. & Sjøtorp, Ø. (2015). *Turnus for leger. Rundskriv og veileder til turnusordning for leger* (IS-6/2015). Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/turnus-for-leger/Turnus%20for%20leger%20-%20Rundskriv%20og%20veileder%20til%20turnusordning%20for%20leger.pdf/>
- Spesialistforskriften. (2016). *Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger* (FOR-2016-12-08-1482). <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-12-08-1482>
- Telle, K., Abelsen, B., Elvestad, L. A., Grønvold, N. T., Iversen, T., Rashidi, K. & Sakshaug, T. (2023). *Gjennomgang av allmennlegetjenesten*. Regjeringen. Gjennomgang av allmennlegetjenesten
- Williams, G. C. & Deci, E. L. (1996). Internalization of biopsychosocial values by medical students: A test of self-determination theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 767-779. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.70.4.767>

# Vedlegg 1: Informasjonsskriv

## Vil du delta i forskningsprosjektet:

### «Lis 1-ordningen i kommunehelsetjenesten og rekruttering av fastleger» ?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å kartlegge LIS1-legers erfaringer med LIS1-ordningen i primærhelsetjenesten, og knytte dette opp mot rekruttering av fastleger i Norge. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### Formål

- Formålet med studien er å kartlegge nåværende og tidligere LIS1-legers erfaringer med LIS1-ordningen i kommunehelsetjenesten, for å finne ut om det er forhold ved ordningen som utpeker seg som avgjørende for legenes valg om å bli/ikke bli fastlege.
- Den overordnede målsetningen er dermed å bidra til en diskusjon rundt forbedringspotensialet til LIS1-ordningen, som potensielt kan forbedre rekruttering av fastleger.
- Studien tar sikte på å diskutere LIS1-legenes erfaringer opp mot LIS1-ordningens struktur som en del av kommunehelsetjenesten.
- Studien gjennomføres som en del av masterprogrammet «Health economics, policy, and management» ved Universitetet i Oslo, institutt for helse og samfunn.
- Prosjektet er av kvalitativ karakter med intervjuer som datainnsamlingsmetode

#### Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Oslo er ansvarlig for prosjektet.

#### Hvorfor får du spørsmål om å delta?

- Utvalget i prosjektet består av nåværende og tidligere LIS1-leger i Norge.
- Intervjuobjektene i utvalget er funnet gjennom bekjentskaper i kommunehelsetjenesten.
- Snøballteknikken er brukt ved rekruttering av intervjuobjekter for å finne et tilstrekkelig utvalg for studien (10 personer).
- Utvalgskriteriene er følgende:
  - Personen gjennomfører for øyeblikket, eller har gjennomført LIS1-tjenesten i kommunehelsetjenesten i Norge i løpet av 2022 eller 2023.
  - Personen har vurdert å bli fastlege, vurderer å bli fastlege, har bestemt seg for å bli fastlege, eller jobber for øyeblikket som fastlege i Norge.
  - Personen er relevant for studien sett fra et mer generelt perspektiv på LIS1-ordningen.



## Hva innebærer det for deg å delta?

- Metoden som skal benyttes er intervju som anslås til omtrent 30-60 minutter varighet.
- Intervjuet vil bli tatt opp elektronisk, og det vil bli tatt notater underveis. Lyddopptakene vil i ettertid bli transkribert til tekstform.
- Dersom du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du svarer på spørsmål som blir stilt muntlig, om dine erfaringer med gjennomføringen av LIS1-tjenesten i kommunehelsetjenesten.
- Intervjuet for LIS1-leger innebærer spørsmål som:
  - Har du vurdert å bli fastlege eller vurderer du å bli fastlege?
  - Hvordan opplevde du søknadsprosessen i forkant av LIS1-tjenesten?
  - Hvordan opplever du LIS1-ordningens struktur og organisering (det vil si oppbygning)?
- Intervjuet for tidligere LIS1-leger (nåværende fastleger) innebærer spørsmål som:
  - Hvorfor valgte du å bli fastlege?
  - Hvordan opplevde du LIS1-ordningens struktur og organisering (det vil si oppbygning)?
  - Hvilke erfaringer gjorde du deg i LIS1-tjenesten som kan ha påvirket valget om å bli fastlege?
- Intervjuet for generelt relevante personer innebærer spørsmål som:
  - Hvilke tanker har du om LIS1-ordningens struktur slik den er i dag?
  - Hva ser du på som LIS1-ordningens største utfordringer i dag?
  - Hvilke tanker har du om ALIS-ordningen?

## Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Deltagelse og/eller avhopping fra studieprosjektet vil ikke påvirke ditt forhold til nåværende eller senere arbeidsgivere.

## Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Tilgang til personvernopplysningene dine vil kun være for prosjektgruppen (student og veileder). Student, Steinar Riksaasen, vil også være ansvarlig for all innsamling av data. Opplysninger vil bli samlet inn i forbindelse med intervjuer.
- Navnet ditt og kontaktopplysningene dine vil bli erstattet med en kode i. Koden vil lagres på en passordbeskyttet PC, adskilt fra øvrige data.
- Deltagere i studien vil ikke kunne identifiseres på bakgrunn av informasjon som oppgis i studien/publikasjonen.

### **Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?**

Prosjektet vil etter planen avsluttes 15. mai 2023. Etter prosjektslutt vil datamaterialet med dine personopplysninger anonymiseres.

- Koder og andre opplysninger som kan knytte deltagere til personopplysninger eller data vil slettes.
- Dersom datagrunnlaget er relevant for videre forskning vil anonymiserte opplysninger ikke slettes, men lagres på en sikret forskningsserver hos projektansvarlig. De anonymiserte dataene kan deretter benyttes til etterprøvbarehet eller videre forskning.
- Resterende data som ikke er relevant for videre forskning eller etterprøvbarehet vil slettes etter prosjektslutt.

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

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Oslo har Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør 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:

Universitetet i Oslo ved:

- Prosjektansvarlig: Ivan Spehar, Førsteamanuensis.  
E-post: [ivan.spehar@medisin.uio.no](mailto:ivan.spehar@medisin.uio.no), Tlf: 976 08 146
- Masterstudent: Steinar Riksaasen
- E-post: [steinar.riksaasen@studmed.uio.no](mailto:steinar.riksaasen@studmed.uio.no), Tlf: 41688820
- Vårt personvernombud: Roger Markgraf-Bye, E-post: [personvernombud@uio.no](mailto:personvernombud@uio.no)

Hvis du har spørsmål knyttet til vurderingen som er gjort av personverntjenestene fra Sikt, kan du ta kontakt via:

- Epost: [personverntjenester@sikt.no](mailto:personverntjenester@sikt.no) eller telefon: 73 98 40 40.

Med vennlig hilsen

Ivan Spehar  
(Forsker/veileder)

Steinar Riksaasen  
(Masterstudent)

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i personlig intervju
- å delta i digitalt intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

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

# Vedlegg 2: Sikt – godkjenning av prosjekt

15/05/2023, 09:54

Meldeskjema for behandling av personopplysninger



[Meldeskjema](#) / [Lis 1-ordningen i kommunehelsetjenesten og rekruttering av fastleger](#) / Vurdering

## Vurdering av behandling av personopplysninger

**Referansenummer**

185228

**Vurderingstype**

Automatisk

**Dato**

03.02.2023

**Prosjekttittel**

Lis 1-ordningen i kommunehelsetjenesten og rekruttering av fastleger

**Behandlingsansvarlig institusjon**

Universitetet i Oslo / Det medisinske fakultet / Institutt for helse og samfunn

**Prosjektansvarlig**

Ivan Spehar

**Student**

Steinar Riksaasen

**Prosjektperiode**

04.01.2023 - 15.05.2023

**Kategorier personopplysninger**

Alminnelige

**Lovlig grunnlag**

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 15.05.2023.

[Meldeskjema](#)

### Grunnlag for automatisk vurdering

Meldeskjemaet har fått en automatisk vurdering. Det vil si at vurderingen er foretatt maskinelt, basert på informasjonen som er fylt inn i meldeskjemaet. Kun behandling av personopplysninger med lav personvernulempe og risiko får automatisk vurdering. Sentrale kriterier er:

- De registrerte er over 15 år
- Behandlingen omfatter ikke særlige kategorier personopplysninger;
  - Rasemessig eller etnisk opprinnelse
  - Politisk, religiøs eller filosofisk overbevisning
  - Fagforeningsmedlemskap
  - Genetiske data
  - Biometriske data for å entydig identifisere et individ
  - Helseopplysninger
  - Seksuelle forhold eller seksuell orientering
- Behandlingen omfatter ikke opplysninger om straffedommer og lovovertridelser
- Personopplysningene skal ikke behandles utenfor EU/EØS-området, og ingen som befinner seg utenfor EU/EØS skal ha tilgang til personopplysningene
- De registrerte mottar informasjon på forhånd om behandlingen av personopplysningene.

### Informasjon til de registrerte (utvalgene) om behandlingen må inneholde

- Den behandlingsansvarliges identitet og kontaktopplysninger
- Kontaktopplysninger til personvernombudet (hvis relevant)
- Formålet med behandlingen av personopplysningene
- Det vitenskapelige formålet (formålet med studien)
- Det lovlige grunnlaget for behandlingen av personopplysningene
- Hvilke personopplysninger som vil bli behandlet, og hvordan de samles inn, eller hvor de hentes fra
- Hvem som vil få tilgang til personopplysningene (kategorier mottakere)
- Hvor lenge personopplysningene vil bli behandlet

<https://meldeskjema.sikt.no/63dbb7e9-de48-4be4-889d-66dc7e07b06d/vurdering>

1/2

15/05/2023, 09:54

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

- Retten til å trekke samtykket tilbake og øvrige rettigheter

Vi anbefaler å bruke vår [mal til informasjonsskriv](#).

### Informasjonssikkerhet

Du må behandle personopplysningene i tråd med retningslinjene for informasjonssikkerhet og lagringsguider ved behandlingsansvarlig institusjon. Institusjonen er ansvarlig for at vilkårene for personvernforordningen artikkel 5.1. d) riktighet, 5. 1. f) integritet og konfidensialitet, og 32 sikkerhet er oppfylt.

# Vedlegg 3: Intervjuguide

## Intervjuguide – Masteroppgave om LIS1-tjenesten og rekruttering av fastleger

- Introduksjon:
  - Orienterer om tema for samtalen (bakgrunn og formål for studien).
  - Orienterer om rettigheter, personvern, taushetsplikt, anonymitet og opptak. Signere personvernerklæring og samtykke.
  - Forklare fremtidig bruk av intervjumateriale.
  - Forsikre om at alt er forstått, og spørre om noe er uklart hos respondenten.
  - Starte opptak.
- utfordringer knyttet til LIS1-ordningen og fastlegekrisen:
  - Forklare kort om LIS1-ordningen og hvorfor den er relevant for rekruttering av fastleger (tilføye informasjon dersom respondenten har kunnskapshull).
  - Nevne ALIS-ordningen og nasjonal handlingsplans viktigste punkter knyttet til LIS1-tjenesten og rekruttering av fastleger
  - Utdype mer dersom nødvendig

### Spørsmålsoppsett

- Intervjuet for LIS1-leger innebærer spørsmål som:
  - Har du vurdert å bli fastlege eller vurderer du å bli fastlege? Hvorfor?
  - Hvordan opplevde du søknadsprosessen i forkant av LIS1-tjenesten?
  - Hvordan opplever du LIS1-ordningens struktur og organisering (det vil si oppbygning)?
  - Hvordan opplever du forholdet til veileder?
  - Hvordan opplever du samarbeidet med kolleger?
  - Hvilke refleksjoner har du gjort deg om fastlegeyrket underveis i LIS1-tjenesten?
  - Hvilke negative og positive sider ser du i dag knyttet til fastlegeyrket?
  - Hvilke erfaringer fra LIS1-tjenesten har du gjort deg som kan ha påvirket valget ditt om å bli/ikke bli fastlege?
  - Er det noen av erfaringene du tror blir mer utslagsgivende for valget ditt om å bli/ikke bli fastlege enn andre?
  - Hvordan opplevde du jobben som fastlege sammenlignet med forventningene du hadde i forkant?
  - Tror du man kunne endret LIS1-ordningen for å bedre rekrutteringen av fastleger?

- Intervjuet for tidligere LIS1-leger (nåværende fastleger/leger) innebærer spørsmål som:
  - Har du vurdert å bli fastlege? Hvorfor?
  - Hvordan opplevde du søknadsprosessen i forkant av LIS1-tjenesten?
  - Hvordan opplevde du LIS1-ordningens struktur og organisering (det vil si oppbygning)?
  - Hvordan opplevde du forholdet til veileder?
  - Hvordan opplevde du samarbeidet med kolleger?
  - Hvilke negative og positive sider ser du i dag knyttet til fastlegeyrket?
  - Hvilke erfaringer gjorde du deg i LIS1-tjenesten som kan ha påvirket valget om å bli/ikke bli fastlege?
  - Var det forhold ved LIS1-tjenesten som var med utslagsgivende for valget ditt om å bli/ikke bli fastlege?
  - Hvordan opplevde du jobben som fastlege sammenlignet med forventningene du hadde i forkant?
  - Tror du man kunne endret LIS1-ordningen for å bedre rekrutteringen av fastleger?
- Intervjuet for generelt relevante personer innebærer spørsmål som:
  - Hvilke tanker har du om LIS1-ordningens struktur slik den er i dag?
  - Hva ser du på som LIS1-ordningens største utfordringer i dag?
  - Hvilke tanker har du om ALIS-ordningen?
  - Tror du LIS1-ordningens struktur er avgjørende for rekrutteringen av fastleger?
  - Tror du det er forhold ved LIS1-ordningen kunne vært endret for å bedre rekrutteringen av fastlegeordningen?
  - Hvorfor tror du LIS1-leger velger å bli/ikke bli fastleger etter gjennomført LIS1-tjeneste?
  - Hvilke forhold ved LIS1-ordningen tenker du er relevante for rekruttering av fastleger (positive vs. negative)?
- Eventuelle oppfølgingsspørsmål
- Avslutning:
  - Oppsummere funn
  - Har jeg forstått deg riktig?
  - Er det noe du vil legge til?
  - Takke for deltagelsen!