

# Sviktende rekruttering av fastleger

*Hva gjør kommunene og hvilke  
virkemidler tar de i bruk?*

Ole Henrik Krat Bjørkholt og Nils Kristian Klev



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

UNIVERSITETET I OSLO

Mars 2019



# **Sviktende rekruttering av fastleger**

*Hva gjør kommunene og hvilke  
virkemidler tar de i bruk?*

*«Vi ser jo også at skuta synker litt nå,  
skal vi prøve å finne noen måter  
å tette igjen hullet, eller skal vi bare øse?  
Foreløpig øser vi for kullsvarte livet.»*

Sitat fra kommuneoverlege

© Forfattere Ole Henrik Krat Bjørkholt og Nils Kristian Klev

2019

Sviktende rekruttering av fastleger

Hva gjør kommunene og hvilke virkemidler tar de i bruk?

Ole Henrik Krat Bjørkholt og Nils Kristian Klev

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

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

# Sammendrag

**Bakgrunn og problemstilling:** Det er veldokumentert at fastlegeordningen er under stort press, og at noe må gjøres for å rekruttere og beholde fastleger i mange norske kommuner. Et opprinnelig distriktsproblem er blitt nasjonalt, og rammer nå også større byer. Vi studerte om faktorer i den enkelte kommune hadde betydning for graden av utfordringer med å rekruttere og beholde fastleger.

**Metode:** Vi valgte en kvalitativ tilnærming og tok utgangspunkt i en foreliggende oversikt over kommuner med ingen, middels eller stor grad av rekrutteringsproblemer. Fra denne valgte vi to clustre hver bestående av tre kommuner med varierende grad av rekrutteringsproblemer. Fra disse seks kommunene rekrutterte vi åtte fastleger og tolv kommunale ledere og gjennomførte individuelle intervjuer og gruppeintervjuer. Intervjuene ble deretter transkribert og videre kodet og analysert ved hjelp av implementeringsteori.

**Resultater:** Vi fant store forskjeller mellom kommunene i hvordan fastlegeordningen var organisert, hvor omfattende og velfungerende de samarbeidet med fastlegene, og grad av utfordringer med å rekruttere og beholde fastleger. Studien indikerer at en rekke faktorer har betydning for vellykket rekruttering av fastleger og en stabil legetjeneste. De fleste fastlegene rapporterte om betydelig økt arbeidstid og arbeidspress, og det syntes å være en sammenheng mellom finansieringsordning og hvor lett kommunen hadde for å få fastleger. Mange unge leger etterspurte trygghet og regulert arbeidstid, og var mer positive til fast lønn og 8.2-avtaler. Alle var enige i at noe må gjøres, men samme enighet eksisterte ikke når det gjaldt *hva* som bør gjøres, og *hvem* som har ansvaret. Kompetanse og gjennomføringsevne viser seg å være viktig, eksempelvis så vi at noen kommuner hadde en aktiv tilnærming for å sikre en stabil legetjeneste, mens andre ventet på statlige initiativ. Eksterne rammebetingelser, slik som nasjonal finansieringsordning, kommunens geografiske beliggenhet hadde som forventet en betydning, men andre mer interne faktorer, slik som kultur og relasjoner viser seg å være minst like viktig. Det syntes også å være klare forskjeller i motivasjon mellom de ulike kommunene, som i vår studie så ut til å påvirke relasjoner og trivsel, og dermed også rekruttering.

**Konklusjon:** Det er etterhvert veldokumentert at fastlegeordningen er under stort press, og at noe må gjøres for å redde den. Det synes klart at det må komme både initiativ og midler fra statlig hold for at denne situasjonen skal kunne løses nasjonalt. Vår studie indikerer at kommunene i påvente av dette er nødt til å gjennomføre lokale tiltak for å bedre stabiliteten. Slike tiltak kan være å tilby flere leger 8.2 avtaler eller fast lønn. Videre må kommunene tenke systematisk på tiltak for å redusere arbeidsbelastningen på den enkelte fastlege. Det vil være avgjørende at kommunen prioriterer langsiktig relasjonsbygging og dialog med sine fastleger, og inkluderer dem i den øvrige helsetjenesten. Dette må det avsettes midler til.



# Forord

Denne oppgaven er et samarbeidsprosjekt mellom to gode kollegaer, og først og fremst skylder vi hverandre en stor takk for å ha holdt motet oppe hos hverandre, også i faser der en ferdig oppgave virket som et veldig fjernt og teoretisk mål.

Imidlertid er det mange andre som har en stor del av æren for at oppgaven kunne fullføres, og at resultatet, i all beskjedenhet, ble såpass bra. Aller først vil vi takke våre ektefeller, Anette og Rie. De har måttet holde ut med tidvis fraværende ektemenn, både rent fysisk og mentalt. På tross av en del frustrasjoner underveis, har de taklet dette på en forbilledlig måte. Tusen takk. Det samme kan vi si til våre barn; Sander, Siver, Elias, Ellen, Asbjørn og Ida. Dere hadde fortjent mer tilstedeværende pappaer, og vi skylder dere en stor takk for at vi ikke er skjøvet ut i kulden. Vi vil også rette en stor takk til alle våre kollegaer på legekantorene og vikarer som har passet fortet mens vi har vært opptatt med dette studiet og masteroppgaven. En stor takk til alle på Brygga ved Aram, Line, Marit, Rigmor, Solveig.

Likeledes til gjengen på Wernergården tusen takk Giske, Katerina, Anne, Saiqa og Camilla. Nils Kristian retter en ekstra takk til vikar Solveig Elise for god avlastning i denne perioden. Ole Henrik til sin far, Roald Johnsen, som har stilt opp som vikar i praksis, selv om alderen nærmer seg 74 år.

Videre ønsker vi å takke vår veileder, Eli Feiring, som med stødig hånd har geleidet oss igjennom COM-B, TDF, metodologi, formkrav, innleveringsfrister og mye, mye mer. Det er også på sin plass å takke våre informanter fra de seks kommunene vi intervjuet, så vel fastleger som helseledere, som satte av vel en time hver i en travel hverdag for å snakke med oss. Vi ønsker også å takke Norsk Senter for Distriktsmedisin (NSDM), som hjalp oss med relevant litteratur til emnet. Vi vil også takke alle de dyktige undervisere ved MHA-studiet ved UiO, som har gitt oss kunnskap og inspirasjon til ledelse som fag, og til denne oppgaven.

Det har vært en lang og lærerik reise, som nå er slutt. Men vi velger å se på det som en begynnelse, snarere enn en slutt. Hva enn fremtiden bringer, føler vi oss privilegerte som har fått ta del i et spennende og lærerikt studium, og føler vi har tilegnet oss en kompetanse som gjør oss klare til å møte nye utfordringer i fremtiden.

*“This is not the end.  
It is not even the beginning of the end.  
But it is, perhaps, the end of the beginning.”*

# Innholdsfortegnelse

1	Forskningsspørsmål og bakgrunn .....	1
1.1	Bakgrunn og forskningsspørsmål .....	1
1.2	Organiseringen av det offentlige helsevesenet i Norge .....	2
1.3	Fastlegeordningens historie .....	4
1.4	Eksisterende forskning på å rekruttere og beholde allmennleger .....	6
1.4.1	Forskning fra Norge .....	6
1.4.2	Internasjonal forskning .....	9
1.4.3	Oppsummering .....	13
2	Metode .....	14
2.1	Design .....	14
2.2	Datainnsamling .....	14
2.3	Analytisk rammeverk .....	16
2.3.1	COM-B og TDF .....	16
2.3.2	The Behavior Change Wheel .....	18
2.4	Analysen .....	19
3	Resultater .....	20
3.1	Kompetanse .....	20
3.2	Gjennomføringsevne .....	22
3.3	Eksterne rammevilkår .....	26
3.4	Interne rammevilkår .....	30
3.4.1	Arbeidsvilkår .....	31
3.4.2	Rekrutteringsarbeid .....	34
3.4.3	Involvering i planarbeid .....	35
3.4.4	Samarbeidskultur .....	36
3.5	Rolleforståelse .....	39
3.6	Ønske om endring .....	43
3.7	Forventninger .....	45
4	Diskusjon .....	50
4.1	Oppsummering av funn .....	50
4.2	Diskusjon .....	51



4.2.1	Relasjonen mellom kommuneledelsen og fastlegene .....	52
4.2.2	Arbeidsbelastning, herunder vaktbelastning .....	53
4.2.3	Kommunenes handlekraft .....	56
4.2.4	Økonomiske virkemidler og finansieringsmodeller .....	58
4.3	Implikasjoner av funn .....	61
4.4	Styrker og svakheter .....	62
4.4.1	Refleksivitet.....	62
4.4.2	Utvalg.....	62
4.4.3	Analyseramme.....	63
4.4.4	Validitet.....	63
4.4.5	Transparens .....	63
5	Konklusjon og anbefalinger.....	64
5.1	Oppsummering .....	64
5.1.1	Bakgrunn .....	64
5.1.2	Resultater.....	64
5.1.3	Konklusjoner .....	65
5.1.4	Styrker og svakheter ved studien.....	66
5.2	Anbefalinger.....	66
5.2.1	Anbefalinger til staten.....	66
5.2.2	Anbefalinger til kommunen.....	67
5.2.3	Anbefalinger til fastlegene .....	67
6	Litteraturliste.....	68
7	Vedlegg.....	73



# 1 Forskningsspørsmål og bakgrunn

## 1.1 Bakgrunn og forskningsspørsmål

Denne masteroppgavens forfattere, Nils Kristian Klev og Ole Henrik Krat Bjørkholt, er begge fastleger og spesialister i allmennmedisin, med fartstid siden hhv. 2002 og 2009. Begge har i flere år vært tillitsvalgte på ulike nivåer i Legeforeningen. Således har vi ganske god kunnskap om historien til fastlegeordningen, og avtaleverket den er omfattet av. Vi har opplevd utviklingen av fastlegeordningen over flere år, både som utøvende leger og som tillitsvalgte i forhandlinger med stat og kommune. Oppgavens tema falt oss derfor helt naturlig.

Inspirasjonen til vårt konkrete tema kom med VGs systematiske kartlegging av rekrutteringssituasjonen i hver enkelt av Norges da 426 kommuner, publisert i VG 31. august 2017. Dette viste en bekymringsverdig rekrutteringssituasjon på en langt mer systematisk måte enn selv vi, som var dypt involvert, kjente til fra før. VG valgte pedagogisk å dele inn kommunene etter tre farger etter grad av rekrutteringsvansker: Rød for dem med store problemer, gul for dem med visse problemer, og grønt for kommuner uten problemer. Det vi merket oss var at enkelte steder var det nærliggende kommuner, der geografiske- og befolkningsmessige utfordringer i utgangspunktet var sammenlignbare, som hadde helt forskjellig grad av problemer.

Vi identifiserte ni slike «kommuneclustre» i Norge, der en rød, gul og grønn kommune lå helt opp til hverandre. Av hensyn til masteroppgavens omfang valgte vi oss ut to slike clustre med tre kommuner, der vi ønsket å se på om det var forskjeller i kommunenes tilnærming til rekruttering av fastleger og hvordan de forvaltet fastlegeordningen.

Vårt studiedesign og oppgavens omfang er ikke omfattende nok til å påvise evt. sikre sammenhenger mellom kommunenes tilnærming og rekrutteringssituasjonen, men håpet er at man kan gjøre seg noen tanker om «hva som virker». Her er det også viktig å trekke paralleller til eksisterende forskning på feltet.

Vårt forskningsspørsmål (RQ) er:

**«Sviktende rekruttering av fastleger  
– hva gjør kommunene, og hvilke virkemidler tar de i bruk?»**

Fastlegeordningen er en viktig bærebjelke for det norske helsevesenet, og fastlegene er gitt myndigheten til å forvalte store ressurser i statsbudsjettet, blant annet tilgang til spesialisthelsetjenester og reseptbelagte medisiner, samt tilgang til mange velferdsytelser fra NAV (1)(2). Vi mener derfor det er belegg for å si at stabiliteten til fastlegeordningen er et viktig nasjonalt anliggende, og at vår oppgave omhandler et tema med stor samfunnsmessig betydning. I tillegg har det selvsagt stor betydning for den enkelte borger at man har tilgang til lavterskel helsehjelp av høy kvalitet.

## **1.2 Organiseringen av det offentlige helsevesenet i Norge**

Overordnet sett kan det beskrives tre ulike modeller for finansiering av helsevesenet:

1. Nasjonal helsemodell, universell dekning, skattefinansiert og offentlig organisert helsetilbydere (F.eks. Spania, England, Norge)
2. Sosialforsikringsmodell med universell dekning, allmenn forsikring og oftest private helsetilbydere (F.eks. Tyskland, Nederland)
3. Privatforsikringsmodell, med privat finansiering og private helsetilbydere (F.eks. USA)

Hvilken modell som er «best» kommer selvsagt an på hvem du spør, og her spiller politisk ideologi en stor rolle. Noe forenklet kan man si at stridens kjerne er balansen mellom likhet på den ene siden og individuell frihet på den andre. Modell 1 vektlegger likhet som det fremste ideal, mens modell 3 vektlegger frihet. Modell 2 står i en mellomposisjon. Hvilket system det enkelte land har valgt avhenger av en rekke faktorer: verdigrunnlag, politisk kultur, demografisk kontekst, historisk kontekst samt spesifikke hendelser.

Nedenstående tabell gir en kort innføring i fordeler og ulemper ved de tre prinsipielt forskjellige finansieringsmodellene for helsevesenet (3):

	Privatforsikringsmodell	Sosialforsikringsmodell	Nasjonal helsemodell
Adm. Kostnader	Dyrt	Middels	Billig
Tilgang	Begrenset	Arbeidstakere, evt universell	Universell
Valgfrihet om medlemskap	Frivillig	Obligatorisk (evt bare for arbeidstakere)	Obligatorisk
Valgfrihet om grad av helsetjenester	Ja	Noe	Nei
Sosial utjevning	Nei	Innad blant forsikrede	Ja
Tilgang basert på	Inntekt	Behov	Behov
Betaling basert på	Helserisiko	Inntekt	Inntekt
Finansieringskilde	Individuell forsikringspremie basert på helserisiko	Spesifikk skatt/avgift, evt finansiert av myndighetene	Direkte og indirekte skatt
Finansierings-sikkerhet	Ja. Høyere kostnader → høyere forsikringspremier	Ja, øremerkede skatter/avgifter	Avhenger av landets politiske system
Autonomi fra myndighetene	Ja	Noe	Nei
Incentiver for god helseatferd	Ja	Nei	Nei

Forventet levealder i Norge i 2017 var 84,3 år for kvinner, og 80,9 år for menn (4). Befolkningens helse er generelt god, og man har et helsevesen som for en stor del er skattefinansiert og med universell tilgang (5). Norge bruker omlag 10,5 % av BNP på helsevesenet (6).

Overordnet kan man inndele det norske helsevesenet i to hoveddeler, samt fastlegeordningen. På den ene siden har du den statlig finansierte *spesialisthelsetjenesten*, som organiseres via statlige helseforetak, og finansieres delvis ved rammetilskudd, og delvis aktivitetsbasert (DRG). For de polikliniske tjenestene løper det en egenandel, resten er skattefinansiert. På den annen side har du *De kommunale helse- og omsorgstjenester*, som finansieres av kommunene. Dette er en heterogen gruppe, som blant annet omfatter hjemmesykepleien, sykehjem, helsestasjon, skolehelsetjenesten, kommunal jordmortjeneste, kommunal psykiatritjeneste etc.

I tillegg til dette har man allmennlegetjenesten, *fastlegeordningen*, der ca. 10% av fastlegene er kommunalt ansatte og således en del av de kommunale helse- og omsorgstjenester, og 90% er næringsdrivende leger med kommunal avtale, der finansieringen er tredelt, som nevnt tidligere. I tillegg har vi en hybridvariant, såkalt 8.2-avtale (7), der kommunen kan stille med alt fra kontor, utstyr eller hjelpepersonell eller i noen tilfeller tar ansvar for driften av legekantoret og hvor det kan avtales hva legen skal dekke av disse kostnadene.

Legevaktene fungerer som substitutt for fastlegen ved akutt sykdom utenfor legesentrenes åpningstider, og er i hovedsak bemannet av fastleger, som har vaktplikt.

Et bærende prinsipp i norske offentlig helsetjeneste er at det bortsett fra akutte livstruende tilstander, ikke er direkte tilgang til spesialisthelsetjenesten, men at man skal innom primærhelsetjenesten, som fungerer som gatekeeper. Rasjonalet bak denne portvokterrollen er mest mulig effektiv utnyttelse av helseressursene, slik at helsehjelpen gis ved lavest mulig effektive omsorgsnivå – det såkalte «LEON-prinsippet» (8).

### **1.3 Fastlegeordningens historie**

Frem til 1900-tallet var alle leger «leger» eller «kirurger», og man hadde ingen definerte spesialiteter. Kirurgene ble opprinnelig utdannet etter mester-svenne-prinsippet vi kjenner fra håndverkeryrker, mens de øvrige legene ble utdannet ved universitetene. Etterhvert ble disse to yrkene slått sammen, slik at alle ble utdannet ved universitetet. I praksis var alle ikke-kirurgiske leger «allmennleger», men etterhvert som man fikk sykehus (som primært var drevet av nonner og etterhvert sykepleiere), skilte institusjonslegene og de praktiserende leger lag.

Fra 1900-tallet ble spesialitetene på sykehuset gradvis utvidet og formalisert, og sykehusene tok gradvis mer og mer over både utdannelsen av nye leger, samt at stadig større andel av legene og ressursene tilfalt sykehusene på bekostning av allmennlegene. Dette fortsatte til 1960-tallet, hvor man både nasjonalt og internasjonalt fikk et gradvis større fokus på primærhelsetjenestens betydning for å sikre likeverdige helsetjenester til hele befolkningen. Dette kulminerte med WHO's definerte mål om «helse for alle i år 2000» som ble formulert i 1977, og Alma Ata-erklæringen fra 1978 (9), der 134 land skrev under på at primærhelsetjenesten var hovedmiddelet for å nå WHO's mål fra året før.

Blant de allmennpraktiserende leger utviklet det seg etterhvert to parallelle systemer: statlig ansatte «distriktsleger» fra 1836 til 1984 i kommunene, samt privatpraktiserende allmennleger, sistnevnte hovedsakelig i større byer. Distriktslegene hadde dels et samfunnsmedisinsk ansvar (forebyggende medisin), samt jobbet som kliniske allmennleger med kurativt ansvar. Distriktslegevesenet ble nedlagt ved Lov om kommunehelsetjenester i 1984, og erstattet av kommuneleger. Imidlertid ble skillet mellom offentlig ansatte kommuneleger og selvstendig næringsdrivende praktiserende allmennleger opprettholdt, og var en viktig driver for fastlegereformen en del år senere. Per 1990 var ca. 50% av norske allmennleger fast ansatte i kommunen, mens de øvrige var selvstendig næringsdrivende.

Blant annet som følge av svekket kommuneøkonomi på slutten av 80-tallet og 90-tallet, stagnerte rammevilkårene til ansatte leger, og det ble tiltagende problemer med rekruttering, spesielt til distriktene. På begynnelsen av 90-tallet fikk norsk allmennmedisin et krisestempel og man fryktet kollaps av primærhelsetjenesten. Stortinget vedtok derfor i 1991 å gjennomføre en forsøksordning med listebasert system, *fastlegeforsøket*, som ble gjennomført i fire norske kommuner over en periode på tre år (1993 til 1996). Konklusjonene fra dette forsøket var såpass vellykket (10), at Stortinget signaliserte i Stortingsmelding 23 (1996-97) (11) at man ønsket å gjøre ordningen nasjonal.

Det var stor motstand blant legene, som blant annet fryktet tap av autonomi, men etter flere års forhandlinger undertegnet Legeforeningen, KS og Staten avtalen. 1. juni 2001 ble fastlegeordningen innført nasjonalt. Fra dette tidspunkt ble også over 90% av norske allmennleger, heretter kalt *fastleger*, selvstendig næringsdrivende. Finansieringen kom fra tre kilder:

- Basistilskudd basert på antallet pasienter på listen
- Egenandeler fra pasientene
- Aktivitetsbasert takstsystem fra staten via Folketrygden

Fastlegeordningen er delvis avtalebasert, der de viktigste avtalene er ASA4301 Statsavtalen (12), ASA 4310 Rammeavtalen (7) og SFS2305 særavtalen (13). I tillegg var/er folketrygdloven (1) og kommunehelsetjenesteloven (14) viktig. Ordningen ble revidert i forskriftsform i 2012 «fastlegeforskriften» (15), men har i hovedsak stått uendret fra 2001 og frem til i dag. Fastlegeordningen ga god stabil legedekning i store deler av landet, men

distriktskommunene har hele tiden slitt mer enn de sentrale med både rekruttering og kontinuitet (16). Legene de siste årene har rapportert om stadig økning i arbeidsoppgaver og arbeidstiden for den enkelte lege har økt (17). De senere årene har rekrutteringsvanskene bredd seg til flere kommuner og flere kommuner og nå melder også de største kommunene om vansker med å rekruttere nok fastleger (18).

## **1.4 Eksisterende forskning på å rekruttere og beholde allmennleger**

Det finnes en del litteratur som dreier seg om å rekruttere og beholde allmennleger, spesielt til rurale områder. Mye av litteraturen er fra Australia, Canada, USA og Storbritannia, men det er også enkelte artikler fra Norge. Vi har funnet 31 artikler med høy relevans innenfor dette området. En oppsummering av hovedfunnene i disse artiklene gjennomgås nedenfor. Vi har ikke gjort et metodologisk systematisk litteratursøk, således kan man ikke utelukke at det er relevante studier på området vi har oversett. Se for øvrig metodekapittelet for detaljer omkring dette.

### **1.4.1 Forskning fra Norge**

Det ble utført en evaluering av fastlegeordningen i 2005. I et av bidragene til denne, ble det forfattet en rapport basert på flere forskningsprosjekter, der situasjonen i distrikts-Norge, spesifikt Finnmark og Nord-Trøndelag, ble drøftet (19). Denne ble ført i pennen av Birgit Abelsen og Unn-Doris Karlsen Bæck. Denne antas også å ha overføringsverdi til resten av landet, i hvert fall til en viss grad.

En rekke momenter ble påpekt, som var av betydning for fastlegenes trivsel og tilbøyelighet til å søke på/bli i stillingen («stillingsstabilitet»):

- Samarbeidsklima mellom kommuneledelse og fastlegene
- Nærhet til spesialisthelsetjenesten – geografisk eller ved hjelp av godt samarbeid.
- Vaktbelastning
- Total arbeidsbelastning
- Eksogene variabler, slik som kommunestørrelse, beliggenhet, avstand til sentra etc.
- Endogene variabler, som organisatoriske forhold, samarbeidsklima, insentivordninger mm.



Viktigste årsak til at fastleger ønsker å slutte i stillingen er dårlig samarbeidsklime mellom fastleger og kommuneledelsen. Personrelasjoner pekes på som en viktig og undervurdert faktor, og det anbefales at man jobber systematisk med dette.

Det pekes på at fastleger i kommuner med lav stillingsstabilitet først og fremst har gjort et *sektorvalg* da de valgte å bli fastleger (altså allmennmedisin fremfor sykehusmedisin). I kommuner med høy stillingsstabilitet spilte andre faktorer inn i tillegg til sektorvalget, slik som tilknytning til sted, vaktbelastning og mulighet til å dyrke fritidsinteresser.

Birgit Abelsen har i en artikkel publisert i 2012 (20) også vist at forskjellige typer leger tiltrekkes av forskjellige driftsformer. Leger som tiltrekkes av høy inntekt og høy arbeidsbelastning, og er villige til å ta risiko (hovedsakelig menn) ønsker næringsdrift, mens leger som ønsker trygghet og lav arbeidsbelastning, og ikke er så opptatt av inntekt, foretrekker fast lønn.

I en helt nylig publisert rapport ført i pennen av Birgit Abelsen og Helen Brandstorp (21), har Norsk senter for distriktsmedisin (NSDM) gjennomført et kvalitativt CASE-studie i 3 norske distriktskommuner, der hensikten var å få frem modeller for å arbeide systematisk med rekruttering og stabilisering av fastleger i distrikt. Denne studien er en del av en større studie finansiert av EU; del to av «Recruit and Retain – making it work».

Et viktig funn var at for å få til en langsiktig strategi for å rekruttere og beholde fastleger, er man avhengig av at behovet for- og gjennomføringen av tiltak har bred forankring helt til topps både i den kommunale administrasjonen og i den politiske ledelsen. Dersom forankringen ikke er på plass, blir det vanskelig å få til vedvarende endringer, og prosjektene strander gjerne under mangel på interesse og finansiering.

CASE-studien indikerer følgende sentrale lærdommer:

- Prosessen lokalt har vært like viktig som resultatet
- Det å sikre fleksible arbeidsforhold for fastleger blir stadig viktigere
- Det er lettere å rekruttere enn å beholde allmennleger
- Ta vare på fastlegevikarer, spesielt de du vil beholde
- Snakk vel om allmennpraksis

Studien munner ut i konkrete anbefalinger om hvordan en kommune kontinuerlig må jobbe for å sikre fastlegedekningen. Det dreier seg om 3 faser, som må gjentas jevnlig, f.eks. hvert 4. år i forbindelse med nytt kommunalvalg og revisjon av kommunal legeplan:

- 1. Planlegge** – Man må vurdere lokalbefolkningens behov for tjenester, tilpasse tjenestene lokalt til befolkningens behov og planlegge hvem som bør rekrutteres
- 2. Rekruttere** – Viktig med informasjonsdeling omkring kommunens helsetjeneste, «god PR». Videre er det viktig å involvere lokalsamfunnet, særlig få med kommunal toppledelse – så vel administrativ (rådmann) som politisk (ordfører). Videre anbefales det å gi støtte til legens familie, da det er viktig å finne jobb til ektefelle og god barnehage- og skoledekning samt adekvate fritidsaktiviteter for legens barn.
- 3. Beholde** – Sentrale punkter for å lykkes med å beholde fastleger over tid, er å legge til rette for faglig utvikling. Dette gjøres enklest ved å satse på større legesentre med mulighet for mer robuste fagmiljøer, samt samtrening i f.eks. akuttmedisinske prosedyrer, gjerne med annet helsepersonell også. Slik trening må honoreres. Videre er det viktig å lage gode samarbeidsarenaer med lokale sykehus, slik at fastlegene får nødvendig faglig påfyll. Nasjonalt bør det legges til rette for at «sykehusåret» kan tas i mindre bolker for å unngå at fastlegene blir værende i byene på sykehuset. Det anbefales også at distriktskommuner legger til rette for at medisinstudenter kan hospitere i kommunen. Videre at kommunene tar ansvar for legenes spesialisering, og vurderer spesifikke rekrutteringsstillinger (ALIS-stillinger).

I en studie publisert i 2017 (22) viser Gaski og Abelsen at man får en signifikant positiv nettoeffekt på både rekruttering og stabilisering av fastleger i distrikt ved tidlig tildeling av dedikerte turnusplasser i distrikt (nå: LIS1). Denne effekten er delvis forklart ved at mange av de turnuslegene som velger en slik plass, selv er vokst opp i distrikt.

Holte et al sammenlignet i en studie publisert i 2015 (23) pekuniære og non-pekuniære insentiver for å rekruttere og beholde fastleger i distrikt, og viste at de non-pekuniære insentivene hadde størst effekt. Spesielt pekes det på positiv korrelasjon med antall leger på legesentret, sentral beliggenhet i kommunen, kontrollert arbeidstid og mulighet for faglig utvikling. Evidensgraden er imidlertid lav for alle funn.

Straume viser i to publiserte artikler i 2010 (24)(25) hvilken effekt det har hatt på rekrutteringen til Finnmark og spesifikt til allmennpraksis med turnustjeneste i Finnmark. Det er sterke indikasjoner på at turnustjeneste i Finnmark signifikant har økt sannsynligheten for at disse legene blir værende i Finnmark, en effekt som er større enn det en ville forvente ut fra oppvekststed og studiested. Det var omtrent dobbelt så mange leger som fikk jobb i Finnmark etter å ha hatt turnustjeneste der, i forhold til øvrige turnusleger. Videre økte også rekrutteringen til allmennpraksis og det så ut til å ha hatt en stabiliserende effekt også. Etter fem år jobbet fortsatt 65% av fastlegene i allmennpraksis.

Aaraas et al (26) viste med sin studie, at det har vært stor effekt av å opprette et nytt medisinsk fakultet i Tromsø i 1973. Hensikten den gangen var blant annet å øke rekrutteringen av leger til Nord-Norge. Dette omfattende kohortstudiet viser at blant alle uteksaminerte cand med'er fra Universitetet i Tromsø i perioden 1979-2012, jobber følgende andeler i Nord-Norge:

- Unge leger – 60%
- Middeldrende leger – 48%
- Eldre leger/spesialister – 37% (altså dem som avslutter karrieren sin i Nord-Norge)

#### **1.4.2 Internasjonal forskning**

Det finnes en del litteratur, inklusive noen oversiktsartikler, omkring det å rekruttere og beholde leger i distrikt. De fleste studier vi har funnet er fra Canada, USA, Australia og Storbritannia. For oversiktens skyld tar vi utgangspunkt i oversiktsartikkelen til Verma et al fra 2016, der tiltakene presenteres i 13 kategorier med synkende evidensgrad. Under hvert enkelt tiltak nevnes så hvilke av våre artikler som omtaler dette tiltaket. Til sist omtales særskilt en OECD-rapport fra 2014, skrevet av Ono et al (27).

Tiltak for å bedre rekruttering og stabilisering av allmennleger i distrikt:

Sortert fra høyest til lavest evidensgrad (28):

- 1. Økonomiske insentiver:** Det finnes en del studier på ulike økonomiske virkemidler, blant annet ved at legestudenter får betalt skolepengene (i land der høyere utdanning ikke er gratis) mot at de forplikter seg til å jobbe i distrikt en avgrenset tidsperiode etter fullførte studier. Lite studier som går på lønn.

Noe tyder på at slike insentiver har signifikant effekt for å øke sannsynligheten for at den pågjeldende lege jobber i distrikt i alminnelighet, men ikke på det spesifikke stedet (29)

Dessuten er finansielle insentiver sannsynligvis mer effektivt på kort sikt (rekruttering) enn på lang sikt (stabilisering) (30)

- 2. Rekruttere personer med rural bakgrunn til legestudiet – «the RBE» - rural background effect:** Det er brukbar evidens for at det effektivt å rekruttere ungdom med distriktsbakgrunn til legestudiet, da dem som er oppvokst i distrikt har større sannsynlighet for selv å ville bosette seg i og jobbe i distrikt når de er ferdige med studiet.

En studie fra Australia bekreftet denne effekten, men klarte ikke å forklare eksakt hvorfor en slik effekt inntreffer (31)

Effekten av RBE estimeres til OR 3,9 (2,12 – 7,21) (32)

- 3. Rekruttere utenlandske leger – «IMGs» (International medical graduates):** Kan være effektivt, spesielt hvis man gir dem god støtte med undervisning i språk og system (33). Imidlertid krevende å kvalitetssikre disse, vanskelig å beholde dem i distrikt etter «plikttjenesten» er fullført, og bevirker hjerneflukt fra fattige til rike land (30)

- 4. Eksponere legestudenter for distriktsmedisin under studiet:** Det er brukbar evidens for at man øker sannsynligheten for at en lege vil jobbe i distrikt, dersom han/hun har forsøkt seg i distrikt i løpet av legestudiet.

En studie fra Tyskland viser økt interesse for allmenntid medisin blant legestudenter som har vært på utplassering i distrikt tidlig på studiene (34)

En annen studie fra USA viste betydelig effekt for tilgangen på leger i distrikt ved et systematisk program for eksponering (35)

Effekten av dette estimeres til OR 1,93 (1,05 – 3,54), men er kun signifikant hos studenter som før studiet starter har intensjoner om å jobbe/bo i distrikt (32).

En studie fra Canada viste OR 2,57 ved å ta sin utdannelse i en perifer region (36)

- 5. Turnustjeneste i distrikt:** Det er mye som tyder på at det å avtjene sin turnustjeneste i distrikt øker sannsynligheten for at man blir i distrikt også som ferdig lege.

En studie fra Canada viste betydelig økt sannsynlighet for å jobbe ruralt – inntil 15 ganger (37)

En annen studie fra Canada viste OR 57,88 (36)

En tredje studie fra Canada bekreftet denne effekten, men pekte på at det er noen

nøkkelfaktorer som må være tilstede for at denne effekten skal få utfolde seg fullt ut: familiebånd til regionen, jobbmuligheter for legen, positive erfaringer fra turnustiden, etablerte forbindelser med spesialisthelsetjenesten i området og rekreasjonsmuligheter/fritidsaktiviteter i området (38)

**6. Velferdsordninger og sosiale-/faglige støttetiltak:** Noe tyder på at man kan redusere sannsynligheten for at leger forlater distrikt, dersom man innfører støtteordninger av både sosial/emosjonell karakter, samt muligheten til å forebygge faglig ensomhet. En studie fra Storbritannia viser at det hovedsakelig er «intrinsiske faktorer» som har betydning for å beholde leger over tid (anerkjennelse, mulighet til subspesialisering mm.) (39)

**7. Markedsføringskampanjer:** Det er liten evidens for at markedsføringskampanjer øker rekrutteringen til distrikt. En studie fra USA viste faktisk negativ effekt av slike tiltak (40).

**8. Blandede tiltak («pakke»):** Det finnes få studier, og ingen av god kvalitet, som spesifikt studerer effekten av «blandede tiltak» - eller tiltakspakker. Således er evidensgraden for dette svak.

En studie med dybdeintervjuer av allmennleger i England peker på en tiltakspakke for å minske arbeidsbyrden på legene, blant annet økt egenansvar blant pasientene, overføre oppgaver til annet helsepersonell og merkantilt personell, øke antallet allmennleger mm (41).

En studie fra USA antyder effekt av en kombinasjon av å rekruttere ungdom med distriktsbakgrunn og eksponere legestudentene for distriktsmedisin under studiet (42).

En oversiktsartikkel fra USA, Canada og Australia (43) peker på viktige faktorer for både å rekruttere og beholde leger i distrikt:

- Rural oppvekst
- Personlige egenskaper
- Eksponering for et ruralt liv
- Forberedelser til et ruralt liv
- Partners villighet til et ruralt liv
- Økonomiske insentiver
- Integrasjon i lokalsamfunnet
- God balanse mellom jobb og fritid

9. **Støtte til faglig utvikling og akademiske muligheter (undervisning, forskning mm.)** – Evidensen for slike tiltak er lav, da det ikke finnes noen studier med kontrollgrupper.
10. **Seniorpolitikk (bl.a. redusert arbeidstid, bijobb som underviser)** – Det finnes kun enkelte studier med lav evidensgrad for dette, således kan man ikke konkludere med om dette tiltaket fungerer.  
En eldre studie fra 2001 viser til det store uutnyttede potensiale i å holde lenger på eldre allmennleger (44).
11. **Støtte til ALISer for å kunne kjøpe seg inn i allmennpraksis** – Det finnes kun en liten studie, man kan ikke konkludere med noe.
12. **Forsinket inntreden som eier av allmennpraksis** – Det finnes kun to små studier, og ingen av dem har kontrollgruppe. Således ingen evidens for dette tiltaket.
13. **Bruk av konsulenter med ansvar for å øke rekrutteringen, med «holistisk» tilgang, der legenes behov kartlegges før tiltak iverksettes** – Kun to små studier, ingen kontrollgruppe. Det er ingen evidens for at dette fungerer.

Til sist en kort gjennomgang av konklusjonene i en OECD-rapport om rekruttering og stabilisering av legeressurser i distrikt, som ble publisert i 2014 (27).

Følgende faktorer har betydning for hvor leger velger å jobbe/bo:

- Organisering av helsetjenesten
- Inntekspotensialet
- Arbeidsforhold
- Prestisje og annerkjennelse
- Legens opprinnelse og oppvekststed

Rapporten peker på at tiltak må settes inn overfor hhv fremtidige leger, eksisterende leger samt at man må gjøre mer effektivt bruk av de legeressurser man har:

1. **Tiltak rettet mot fremtidige leger:** Man må finne folk som er interesserte i å bo desentralt, og utdanne disse til leger. I tillegg få disse til å jobbe flere timer per uke.
2. **Tiltak rettet mot eksisterende leger:** Det anbefales å lage insentivsystemer, der man både bruker *pisk* (lovreguleringer) og *gulrot* (lønn, arbeidsbetingelser)

- 3. Gjør mer for mindre:** Man må akseptere at tilgangen på leger i distrikt aldri blir ideell, og jobbe for oppgaveglidning til andre profesjoner, bedre og mer effektiv organisering av helsetjenesten, samt økt bruk av teknologi, f.eks. telemedisin.

### **1.4.3 Oppsummering**

Overordnet kan vi si at det er godt samsvar mellom internasjonale- og norske funn, men vi regner de norske funnene som viktigere i en norsk kontekst, da allmenmedisinen og helsevesenet er vidt forskjellig mellom ulike land, og overføringsverdien av erfaringer mellom landene trolig er begrenset. Det finnes ingen forskning av høy evidensgrad, således må man si at dette fortsatt er et område med stort behov for forskning.

Finansielle insentiver er det som har best evidens, men synes mest effektiv på kort sikt (rekruttering), og i mindre grad på lengre sikt (stabilisering). Det har vist seg nyttig å rekruttere studenter som selv er oppvokst i distrikt, samt å eksponere både studenter og turnusleger for erfaring fra distrikt under utdannelsen. Muligheter for faglig utvikling er viktig, blant annet større legesentre med sentral beliggenhet og nærhet til sykehus. Til sist er betydningen av personlige relasjoner og samarbeid mellom kommuneledelse og allmennleger viktig.

## 2 Metode

Med vår bakgrunn som fastleger og tillitsvalgte ble det tidlig klart at vi ønsket å se nærmere på en problemstilling innenfor vårt arbeidsområde. Det var VGs kartlegging av rekrutteringssituasjonen av fastleger i norske kommuner sommeren 2017 (45) som satte oss på ideen til denne oppgaven. Vi så at det var store lokale forskjeller mellom kommuner og fant flere steder på kartet hvor tilgrensende kommuner rapporterte om henholdsvis ingen, middels eller stor grad av rekrutteringsproblemer.

### 2.1 Design

Vi ønsket å studere nærmere hva som kunne være mulige årsaker til disse forskjellene og valgte derfor en kvalitativ analyse for å fordype oss i kommunenes utfordringer og hvordan de jobbet med dem i kommunene. Av praktiske årsaker valgte vi ut to av disse clustrene med i alt seks kommuner hvor vi gjennomførte i tre individuelle intervjuer og åtte gruppeintervjuer med totalt 20 informanter. Vi la opp til å intervju kommuneeverlege og helsesjef sammen i et intervju og tillitsvalgte- og sist ansatte fastlege sammen i et eget intervju i hver av de seks kommunene. Det var flere små kommuner og i tre kommuner lot det seg ikke gjøre å få to fastleger til å stille til intervju. I en kommune satte også kommunen som betingelse at både leger og helseledelse ble intervjuet samlet. Kommuneoverleger som hadde deltidsstilling som fastlege ble intervjuet som representant for helseledelsen sammen med helsesjef. Vi har gjennomgående i oppgaven valgt å bruke betegnelsen helsesjef selv om det i kommunene vi besøkte ble brukt noe ulike titler på denne rollen som enhetsleder, kommunalsjef, tjenesteleder, rådgiver eller leder.

### 2.2 Datainnsamling

For å finne ut hva som var gjort av studier på området gjorde vi søk i databasene Scopus og pubmed med søkeordene «recruit\*», «retain\*», «retention», «primary care», «GP», «family doctor», «doctor» og «rural». Vi har ikke hatt som mål å gjøre noe fullstendig litteraturgjennomgang og kan ikke garantere at enkelte studier er forbigått. For å sikre best mulig dekning av relevante studier kontaktet vi også Norsk senter for distriktsmedisin (NSDM) for litteraturanbefalinger. Etter gjennomgang av våre søk og deres anbefalinger gjorde vi en utvelgelse ut fra relevans og endte opp med 31 artikler om emnet som vi studerte



nærmere og de mest relevante funnene blir gjennomgått i kapittelet om forskningsspørsmål og bakgrunn.

Prosjektskisse ble sendt NSD for vurdering den 24.5.18 og godkjenning til igangsettelse ble gitt 5.6.18 med prosjektnummer 60848 (se vedlegg 3). Vi utarbeidet deretter et samtykkeskjema (se vedlegg 1) som ble sendt til alle de aktuelle kommunene per epost. Alle kommunene vi kontaktet takket ja til deltagelse i prosjektet. Det ble avtalt tidspunkter for intervjuene og kommunene sørget for lokaler.

Vi hadde i forkant av intervjuene utarbeidet en intervjuomal i samråd med veileder (se vedlegg 2) over temaer vi anså som viktig å berøre i intervjuene, men la opp til en samtale fremfor en utspørring. Vi hadde først lagt opp til en mal for intervjuene med fastlegene og en for intervjuene kommuneledelsen, men så underveis i prosessen av vi kunne klare å utarbeide en mal som dekket alle behovene. Det ble derfor brukt den samme malen i alle intervjuene. Vi var interessert i å få belyst hvordan kommunen og legene vurderte situasjonen for fastlegeordningen i egen kommune, hvordan de opplevde rekrutteringen og i hvilken grad de jobbet aktivt med å rekruttere. Vi så også på om de hadde noen rekrutteringsstrategi. Videre var vi opptatt hvordan stabiliteten i legegruppen var og om kommunen hadde iverksatt tiltak for å sikre at fastlegene ble værende. Et annet viktig tema var hvordan kommunen og fastlegene opplevde at de samarbeidet og hvordan samarbeidet var mellom de ulike helsetjenestene i kommunen. Vi var også innom hvordan de ytre rammebetingelsene i kommunen var som geografi, kommunikasjonsstilbud, kulturtilbud, boligmarked, arbeidsmarked for legens partner og barnehagedekning.

Vi deltok begge på alle intervjuene, med unntak av to intervjuer hvor vi måtte dele oss av praktiske årsaker. I de øvrige intervjuene byttet vi på rollen som intervjuer og observatør, men åpnet for at begge kunne stille spørsmål mot slutten om noe var uklart eller ikke tilstrekkelig belyst.

Av de åtte fastlegene vi intervjuet, var fire spesialister i allmenntillegemedisin. Av kommuneoverlegene hadde fire erfaring som fastlege og to hadde tidligere jobbet i spesialisthelsetjenesten. Av helsesjefene var fire sykepleiere og to fysioterapeuter.

Alle intervjuene ble gjennomført i perioden 3.-12. september 2018. Vi hadde i satt av en time til hvert intervju, men noen av informantene hadde mye på hjertet og lengden varierte fra 50 minutter til det lengste som var på 80 minutter. Intervjuene ble tatt opp både på en iPhone med Universitets Diktafon-app for direkte opplasting og sikker lagring på UiO server og på en ordinær digital diktafon av typen Sony PX4700 Voice Recorder hvor mp3-opptakene ble overført via USB til passordbeskyttet Mac.

Intervjuobjektene ble aidentifisert når vi transkriberte intervjuene manuelt i programmet NVivo 12 som også senere ble brukt til kodingen. Vi delte på transkripsjonsjobben, men leste i etterkant gjennom hverandres tekst for å kvalitetssikre transkripsjonen.

## **2.3 Analytisk rammeverk**

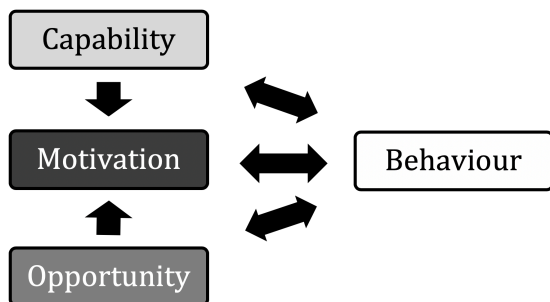
I utgangspunktet hadde vi sett for oss en komparativ studie mellom kommunene som i VGs kartlegging hadde meldt ulik grad av rekrutteringsvansker. Vi innså etter å ha gjennomført intervjuene at materialet var for lite til en slik design at det ikke ville være hensiktsmessig. Vi valgte i stedet å se kommunene under ett og fokusere på forskjeller i hvordan de fungerte og jobbet uavhengig av hva de hadde rapportert inn til VG. Inspirert av Malteruds bok (46) valgte vi tematisk analyse med systematisk tekstkondensering som metode. Valgte stod da mellom induktiv eller deduktiv metode. Etter diskusjon med veileder landet vi på en deduktiv metode og kombinasjonen av COM-B og Theoretical Domains Framework (TDF). Modellene er hentet fra implementeringsforskning og egner seg til strukturelle studier av hvordan tiltak utvikles og iverksettes. Vi valgte derfor dette som vårt rammeverk når vi skulle se på tiltak i kommunal sektor.

### **2.3.1 COM-B og TDF**

COM-B er rammeverk utviklet for brukt i studier av implementeringsarbeid (47).

Forkortelsen står for Capability, Opportunity, Motivation og Behavior, hvor de tre første kategoriene ligger til grunn for den siste, men hvor også denne påvirker de første. Det er evnene våre både psykisk og fysisk som sammen med forutsetningene våre både psykisk og sosialt, inkludert organisatoriske og institusjonelle rammevilkår, som gir grunnlaget for motivasjon og som samlet kommer til uttrykk gjennom adferden vår. Dette rammeverket er basert på flere tidligere rammeverk og hentet blant annet inspirasjon fra amerikansk straffelov

hvor en for å kunne vise at noen er skyldig nettopp må vise at den skyldige har evnen, muligheten og motiv for handlingen.



Figur 1 COM-B modellen

For å spesifisere COM-B modellen ytterligere, brukte vi TDF rammeverket som først ble utviklet for å studere helsepersonells adferd ved implementering av nye evidensbaserte retningslinjer (48). Det ikke en egen teori, men også det et rammeverk som har tatt utgangspunkt i eksisterende teorier. Ved å lage en syntese av 33 adferdsteorier med 128 teoretiske adferdsbegreper er TDF blitt et forenklet rammeverk for å gjøre teorigrunnet mer anvendelig. Dagens TDF er versjon 2 og består at 14 hovedtemaer med i alt 84 undergrupper og er et verktøy for å vurdere adferd ved implementering.

COM-B	TDF kategorier	Våre kategorier
Capability	Knowledge	Kompetanse
	Skills	
	Memory, attention and decision processes	Gjennomføringsevne
	Behavioural regulation	
Opportunity	Social influences	Interne rammevilkår
	Environmental context and resources	Eksterne rammevilkår
Motivation	Reinforcement	Rolleforståelse
	Social/professional role and identity	
	Beliefs about Capabilities	Forventninger
	Optimism	
	Emotion	
	Intentions	Ønske om endring
	Goals	
Beliefs about consequences		

Tabell 1 COM-B, TDF og vår modell

En kan kombinere disse to modellene (49) ved å gruppere hovedtemaene i TDF etter de tre hovedkategoriene i COM-B. Det gir en mer oversiktlig fremstilling av de 14 TDF kategoriene fordelt på capability, opportunity og motivation. Vi tilpasset modellen ytterligere og endte opp med syv kategorier som vi benyttet i kodingen av våre materiale og den videre analysen.

### 2.3.2 The Behavior Change Wheel

COM-B modellen er som tidligere nevnt et rammeverk og verktøy for å studere adferdsendringer eller vurdere behov for endringer. COM-B modellen er også grunnlaget i implementeringsverktøyet The Behavior Change Wheel (BCW) (47). Det er et hjelpemiddel for strukturert utvikling av strategier for endring av adferd. Det tar utgangspunkt i endringsteori og bidrar til at de ulike delene i en endringsstrategi virker synergistisk.

Ved å ta utgangspunkt i kartleggingen en har gjort av de forskjellige sidene av COM-B modellen og vurdere hvor en finner utfordringer vil BCW kunne bidra til å finne riktig tiltak for å utbedre de forholdene en har avdekket.

Prosessen for bruk av verktøyet kan beskrives i seks trinn hvor en først må en definere målet med intervensjonen og avklare hvilken adferd en vil endre. Deretter må en finne hva som må endres for påvirke denne adferden. Her benyttes de tre COM-B kategoriene **Capability** (fysisk og psykologisk), **Opportunity** (fysisk og sosialt) og **Motivation** (automatisk og reflektivt). Funnene her vil avgjøre hvilken intervensjon som er nødvendig. Modellen lister opp tiltakene: *utdanning, overtalelse, insentiver, tvang, opplæring i ferdigheter, begrensninger ved hjelp av regler, endring av fysisk eller psykisk miljø, fremme gode eksempler til etterfølgelse og aktivering ved å øke mulighetsrom*. Hvilket av tiltakene som ansees mest effektivt i forhold til de ulike COM-B kategoriene avgjøres ved å sjekke mot en matrise som lenker de forskjellige kategoriene mot spesifikke tiltak. Slår en for eksempel opp tiltak som anbefales for endringer i **psykologiske evner (Capability)** vil tiltakene være *opplæring i ferdigheter og aktivering*. Når en så har funnet tiltakene, må en avklare hvilken strategi som er hensiktsmessig. Det gjøres også ved å slå opp i en tilsvarende matrise. Her er mulighetene endring av skattepolitikk, lovgivning, annen regulering, miljøtilpasninger, kommunikasjon, markedsføring, endre tjenestetilbud eller utvikle retningslinjer. Etter å ha funnet rett strategi, må en velge hvilke spesifikke metoder som skal brukes for adferdsendring som for eksempel målsetting og belønning. Når en har vært igjennom alle de

til nå gjennomgåtte punktene, må en utarbeide den fullstendige spesifikasjonen for planlagt intervensjon. Gjennomføringen vil også avhenge av om en starter med blanke ark eller om det er en allerede eksisterende strategi som skal endres. Prosessen som her er beskrevet er ikke nødvendigvis helt lineær. Ofte må bevege seg noe frem og tilbake mellom punktene underveis før en har en klar plan for intervensjonen. Selve gjennomføringen av endringene bør monitoreres og evalueres med fokus på objektive utfallsmål.

## 2.4 Analysen

Selve kodingen av intervjuene ble gjort i NVivo 12 som er et dataprogram for tekstanalyse og kvalitativ analyse av blant annet lydopptak og intervjudata. Vi satt sammen når vi gikk gjennom alle intervjuene og diskutere oss frem til hvilke kodegrupper som passet for de forskjellige meningsbærende enhetene (46) i teksten. Noe av innholdet var vanskelig å definere i bare en gruppe, og vi endte flere ganger med å kode slike tekstutdrag i flere kodegrupper. Videre hadde vi en egen kodegruppe vi kalte *gullkorn* for sitater som vi opplevde svært dekkende og godt beskrivende i intervjuene disse ble både kodet i denne gruppen og riktig underpunkt. Disse gullkornene blir ikke presentert som eget punkt i resultatene, men under kodingen var det til hjelp for å sikre at ikke noen av disse ble uteglemt i de aktuelle punktene der de hørte hjemme. Innholdet i intervjuene som lå utenfor vårt rammeverk og som ikke ble vurdert som aktuelt i forhold til formålet med oppgaven ble ikke kodet.

Etter at kodingen var gjennomført eksporterte vi all kodet tekst til nye dokumentfiler for hver av kodegruppene og fordelte disse mellom oss for å skrive kondensat av hver kodegruppe. Disse kondensatene ble senere brukt som grunnlag for skriving av resultatkapittelet.

## 3 Resultater

I det følgende er funnene fra studien presentert med utgangspunkt i tre hovedkategorier som følger COM-B modellens begreper *capabilities*, *opportunities* og *motivation* og våre syv underkategorier basert på TDFs kategorier som vist i figuren på side 17.

- **Evne**
  - Kompetanse
  - Gjennomføringsevne
- **Forutsetninger**
  - Eksterne rammevilkår
  - Interne rammevilkår (kultur)
- **Motivasjon**
  - Rolleforståelse
  - Ønske om endring
  - Forventninger

### 3.1 Kompetanse

I vår oppgave dekker «kompetanse» over både kunnskap og ferdigheter, slik det står beskrevet i TDF-modellen.

Mange av kommunens representanter, både helsesjefer og kommuneoverleger, syntes at regelverket som regulerer fastlegeordningen, og fastlegenes tilknytning til kommunen, var komplisert og uoversiktlig. En helsesjef sa:

*«Det er et komplisert avtaleverk synes jeg, og det er fremforhandlet blant annet at beredskap skal være pensjonsgivende inntekt. Dette er fremforhandlet mellom Legeforeningen og KS, men for at KLP skal godta det, må fastlegene ha fastlønn i bunn. Så det er vedtatt noe som egentlig er umulig å gjennomføre for kommunene. Så jeg føler at jeg hele tiden kommer til kort i forhold til å få landet ting i forhold til avtaleverket.»*

Avtaleverket ble dessuten av flere beskrevet som mangelfullt. En av helsesjefene mente det manglet gode avtaler mellom de kommunale deler av primærhelsetjenesten og fastlegene.

Hele konfigurasjonen av fastlegeordningen var en kilde til frustrasjon, og gjorde at flere helsesjefer følte seg handlingslammet. Følgende uttalelse fra en helsesjef illustrerer litt av den avmakt en del følte på, i og med at den øvrige delen av kommunehelsetjenesten var organisert i linje under helsesjefen:

*«Det er et veldig spesielt område. Blanding av privat næringsvirksomhet og kommunale oppgaver, og et overordnet kommunalt ansvar å sørge for.»*

Det ble videre pekt på at den organisasjonen som skulle være kommunens støttespiller, nemlig KS, heller ikke hadde den nødvendige kompetansen til å være noe til hjelp for kommunene, noe som illustreres godt av følgende sitat fra en kommuneoverlege:

*«(...) umulig å få KS på banen på en skikkelig måte. Det er de som skulle vært våre representanter, men de har hatt en ekstremt lav faglighet. (...) De har vært kjempesvake på å matche den kjempesterke legeföreningen»*

Det var ganske stor variasjon på hvilken kompetanse kommunene fremviste i bruk av avtaleverket. I noen kommuner virket handlingslammelsen markant, mens andre hadde klare tanker om hva som måtte gjøres for å forbedre rekrutteringssituasjonen og hvilke prosesser som måtte gjøres i forhold til å forankre dette hos kommunens politikere. Det var også betydelige variasjoner mellom hvor godt kommunens ledelse var orientert om hvordan fastlegekontorene var organisert, og hvor mye legene jobbet. Det var en klar tendens at de kommuner som hadde god kompetanse på å bruke eksisterende avtaleverk og hadde en «proaktiv holdning» samsvarte med de kommuner som hadde minst problemer med å rekruttere leger.

Flere av legene gav uttrykk for frustrasjon over det de mente var manglende kompetanse og interesse fra kommunens side. Følgende uttalelse fra en fastlege illustrerer dette godt:

*«Det er ingen i helseadministrasjonen som har legefaglig bakgrunn. Det er liten forståelse og kunnskap om hva det innebærer å drive en praksis.»*

Våre intervjuer viste imidlertid at kunnskapen om og interessen for legenes hverdag varierte en del mellom kommunene, og at særlig de kommuner som hadde en kommuneoverlege med fastlegebakgrunn, hadde ganske god innsikt. De fleste hadde fått med seg at fastlegenes

arbeidsbelastning var høy, og hadde økt. Videre hadde mange fått med seg at mange unge, nyutdannede leger ikke ønsket den tradisjonelle næringsdrivende modellen, med arbeidsgiveransvar og driftsansvar for legesenteret. Flere av både leger og kommunerepresentanter gav uttrykk for at nettopp rollen som selvstendig næringsdrivende var en viktig hemsko for å rekruttere fastleger. Som en erfaren kommuneoverlege med fastlegebakgrunn sa:

*«Jeg er gammel nok til å ha vært med på overgangen fra kommunehelsetjenesten, da vi gikk på fastlønn. Og da folk ville tjene mer, og ville ha mer eierskap til sin egen praksisvirksomhet. Og i overgangen til fastlegeordningen slik den var, som denne gloriøse greien det var på den tiden. Men nå har liksom tiden gått fra det. Det er liksom KODAK og Norsk Data, det henger i det gamle og tror at dette skal være veien videre. Før vi får knekt denne nøtten her, med driftsutgifter, og ansvar. Enten få kompensert den bedre, eller får tatt den ut av ligningen, så tror jeg vi kommer til å slite.»*

Gjennomgående var legene opptatt av å holde seg medisinskfaglig oppdatert, blant annet for å opprettholde spesialisttittelen i allmennmedisin, som må fornyes hvert 5. år, særlig ved å delta på ulike kurs. Kursene var viktige for legene så vel faglig som sosialt, og medvirker for mange å forebygge faglig ensomhet. Dette er nok særlig viktig for leger i svært små kommuner, med 1-2 fastleger. Som den ene fastlegen sa:

*«(...) det var jo en måte å beholde vett og forstand på, og få litt påfyll faglig, og komme seg litt ut.»*

## **3.2 Gjennomføringsevne**

I vår oppgave dekker «gjennomføringsevne» over oppmerksomhet og beslutningsprosesser i TDF-modellen.

Vi fant i vår oppgave store forskjeller kommunene imellom i hvor stor grad de gjennomførte eller prøvde å gjennomføre tiltak for å bedre rekrutteringssituasjonen.



Noen kommuner hadde ikke en gang en plan for legetjenesten selv om dette er et krav i rammeavtalen pkt 6.2 (7), men enkelte hadde dette «i tankene». Et av argumentene mot å nedfelle en rekrutteringsstrategi var at situasjonen endret seg fra uke til uke, så en strategi man lager i januar vil være utilstrekkelig få måneder senere, da verden kan se annerledes ut.

Andre kommuner har valgt en mer proaktiv tilgang, og har innsett alvoret i situasjonen og at kommunene selv må gjøre noe for å avhjelpe situasjonen. Imidlertid er jo administrasjonen avhengig av støtte fra kommunens politikere, i og med at tiltak ofte både har prinsipielle og økonomiske aspekter. Følgende sitat fra en helsesjef illustrerer dette:

*«Ja, nå startet jeg i september i fjor, og kom inn i en brennhet fase rekrutteringsmessig. Jeg tror (...) kommune har vært forunt å ha stabil fastlegedekning og mange som har vært her i lang tid, og de har ønsket seg de helprivate ordningene og etablert seg med god drift på legesentrene, og noen kunne ha rom for litt høye driftsutgifter. Så kommer det en ny generasjon til, som ikke ønsker seg det samme. Det krever jo en endring fra kommunens side også. Hva skal vi gjøre for å rekruttere? Kommunene er nødt til å være mer på i rekrutteringsprosesser, og kunne tilby større pakker, og jobbe mer med rekrutteringen kontra det en måtte for to eller tre år siden - så det er hele tiden å se på hva det er vi kan tilby. (...) Men vi ser jo at det er som du sier, det er de legesentrene som har type 8.2-avtaler, og flere etterspør fastlønn. Så det er noe vi har lagt frem i legeplanen, som akkurat er ute, er det å kunne tilby fast lønn og se på nye ordninger på de også etablerte legesentrene med noe mer type kommunal drift, helt eller delvis, som er en politisk beslutning å ta. Siden det innebærer både prinsipielle og økonomiske endringer.»*

Overnevnte helsesjef hadde fått til en dialog med fastlegene i sin kommune, som hadde ligget brakk i mange år, og fastlegene var med på hele prosessen.

Det er gjennomgående for alle kommuner at de har fått ganske unisone tilbakemeldinger fra unge leger som tar kontakt med tanke på fastlegehjemmel, at legene ikke er interessert i å være selvstendig næringsdrivende slik de fleste er per i dag, og at det er et ganske unisont krav om fast lønn, evt. 8.2-avtaler som reduserer risiko. Dette budskapet hadde alle de

involverte kommuner fått med seg, men det var høyst varierende hvordan kommunene forholdt seg til dette. I en kommune hadde de tatt grep, og kjøpt legenes praksiser, bygningsmasse og satt dem på fast lønn. Dette ble gjort som en «virksomhetsoverdragelse», slik at sekretærer fulgte med på lasset. En annen kommune prøvde å hjelpe legene ved å kjøpe opp bygningsmassen legesentrene lå i, for deretter å pusse dem opp og tilby legene subsidiert husleie. Denne kommunen har imidlertid ikke gjort noe med selve finansieringsmodellen – alle legene er fremdeles selvstendig næringsdrivende, mens nabokommunen, som har 8.2-avtale har langt lettere for å få søkere. Helsesjefen erkjenner at dette skaper rekrutteringsproblemer:

*«Vi må vel bare si at vi per nå er lite attraktive, vi har jo omtrent ikke søkere. Nabokommunen (...), som eier legesentrene og står som arbeidsgivere for legesekretærene, rekrutterer lettere enn det vi gjør. Og innkjøpssummen er også lavere, fordi det er sånn hybridløsning de har. Innkjøpsprisen er lavere, pluss at det ikke er så stor risiko ved å være selvstendig næringsdrivende, når du ikke har store, løpende driftsutgifter. (...)*

*Jeg tror hele modellen må justeres. Den næringsdrivende biten, særlig den store hele med arbeidsgiverbiten, og arbeidsgiveransvaret, den må organiseres på en annen måte tror jeg. De vil være leger, og ikke næringsdrivende med alt som følger med av merarbeid og ekstraarbeid utover det medisinskfaglige. Så det er nok et generasjonsskifte. Jeg kan bare si det de unge legene sier til meg. De synes det blir for mange ting utover det å være lege.»*

Selv om erkjennelsen er der på at unge leger ønsker andre vilkår enn det som er vanligst i dag, forholder kommunen seg passiv av frykt for kostnadene ved endring, og de sitter på gjerdet og venter på initiativ fra staten:

*«Vi som kommune er nok litt avventende, selvfølgelig, i forhold til hva som skjer på sentralt nivå. For det hadde jo vært veldig dårlig kommuneøkonomi, hvis vi hadde kjøpt ut legene nå med millioner i utgifter. Også kommer det en ny nasjonal ordning om et år eller noe sånt. Så vi er også litt avventende.»*

Noen pekte på viktigheten av samlokalisering med andre kommunale helsetjenester, og en av fastlegene fra en kommune som hadde fått dette til sa følgende:

*«Vi er fornøyde. Vi er fornøyde med samlokalisering. Og det er jo også et viktig poeng, at vi har ytre forhold som gjør jobben vår lettere. Med hjemmesykepleien vegg-i-vegg, psykisk helse vegg-i-vegg.»*

Det var en klar tendens blant de kommunene vi intervjuet, at kommuner som hadde et godt samarbeid med legene og var fremoverlente i stilen, samsvarte med de kommunene som hadde lettest for å rekruttere fastleger.

Det var ikke bare finansieringsform og økonomisk sikkerhet legene brydde seg om, og som kommunene i større eller mindre grad bidro til å tilrettelegge. Total arbeidstid, og især legevaktbelastning, var et viktig tema i alle kommuner, og man løste det i alle våre kommuner ved å ha interkommunale legevakter, der vaktbelastningen på den enkelte lege ble holdt på et tålelig nivå på kveld og natt. Det var noe forskjellige ordninger for daglegevakt. Noen kommuner hadde lagt daglegevaktansvaret til faste legesenter, mens andre kommuner hadde organisert det slik at legesentrene tok ansvar for sitt geografiske område. Alle kommunene brukte egne fastleger til legevaksarbeid, men enkelte leger var fritatt slik særavtalen (13) gir mulighet for. Vaktbelastningen for legene ble oppgitt til 2-4 vakter pr måned.

I en av kommunene hadde de, uten at fastlegene var blitt forespurt, undertegnet en avtale med de andre kommunene at hver enkelt kommune hadde ansvaret for sin «vaktpool», og således at det ved f.eks. sykefravær, var legene i den kommunen som hadde ansvaret for å dekke inn, det var ikke lenger et felles ansvar for alle legene tilknyttet legevakta. Dette ble sårbart for de små kommunene i legevaktssamarbeidet, og var et betydelig irritasjonsmoment mellom fastleger og kommune.

Tid er viktigere enn penger, er noe vi fikk tilbakemeldinger om fra mange leger. Leger er i ulike faser i livet og har alle sin livssituasjon. Det å ha muligheten til å regulere arbeidstiden i perioder synes å være et veldig viktig moment for mange leger. En av måtene, ofte den eneste, dette kan gjøres på er ved at legen reduserer sin listestørrelse. Dette innebærer et økonomisk tap for legen, men det var de fleste villige til å ta i gitte situasjoner. En av fastlegene hadde grunnet sykdom hos seg selv behov for å redusere listen, og kommunen var

ikke veldig positiv i utgangspunktet fordi de allerede hadde for liten legekapasitet i kommunen grunnet vanskelig rekruttering. Dette medførte at legen truet med å si opp, noe som fikk kommunen til å innvilge listereduksjon.

Rammeavtalens (7) del II omhandler to utvalg i fastlegeordningen. Kommunen skal ta initiativ til at det dannes et allmennlegeutvalg (ALU) bestående av alle fastlegene i kommunen eller et felles for flere kommuner. Dette utvalget utnevner fastleger til samarbeidsutvalget (LSU) som består av like del fastleger og representanter for kommunen. LSU behandler saker som berører fastlegene, men utvalget har ikke beslutningsmyndighet og er kun et rådgivende organ. I flertallet av kommunene vi snakket med fungerte samarbeidsorganene ALU og LSU etter hensikten, og begge parter vurderte det som konstruktivt. Det var noe variasjon i oppmøte blant legene på ALU-møtene i de forskjellige kommunene. I kommunene hvor det regelmessig ble holdt ALU møter, ble oppmøteprosenten angitt til rundt 50%.

En kommune skilte seg litt ut ved at de hadde bedre oppmøte på ALU-møtene. Fastlegene brukte her ALU-møtene også til i fellesskap å fordele de forskjellige kommunale bistillingene mellom legene uten at kommunen var involvert i prosessen. Kommunen har valgt å dele opp kommuneoverlegestillingen i flere små stillinger med hvert sitt ansvarsområde som bekles av fastleger. På den måten ble flere av legene også involvert i planarbeid. I LSU i denne kommunen møtte en lege fra hvert av legesentrene og ikke bare tillitsvalgte som i andre kommuner. Frem til nylig hadde de også hatt politikere med på LSU-møtene. Legene kunne tenke seg å fortsette med ordningen, men kommunen så det problematisk da det kunne gi inntrykk av ulik prioritering i forhold til andre kommunale helsetjenester.

Ingen av kommunene vi snakket med hadde noen tradisjon eller system for revidering eller reforhandling av den individuelle avtalen inngått med den enkelte fastlege ved oppstart annet enn endring av kommunale bistillinger og lønn.

### **3.3 Eksterne rammevilkår**

Vi har i vår oppgave kodet TDF-modellens «environmental context og resources» og «reinforcement» som eksterne rammevilkår.

Geografisk ligger alle kommunene noe perifert med unntak av en kommune som er noe større, men den har også store rekrutteringsvansker. Flere av de små kommunene trekker frem at beliggenheten er mye av årsaken til at de rekrutterer dårlig, men noen nevner også at det å kunne pendle til en annen kommune gjør at en får litt avstand til pasientene og at det kan være positivt å ikke bo samme sted som en jobber. Andre leger forteller at de vet om kollegaer som har sluttet fordi de synes det å bo så tett på pasientene ble for krevende at pasienter hele tiden tok opp problemer også utenom arbeidstid. Videre hevder flere av våre informanter at befolkningssammensetningen er annerledes i distrikt enn i byer. De har færre unge pasienter og mer gamle skrøpelige pasienter med større behov for helsetjenester.

Det er lett å få seg bolig i alle kommunene til overkommelige priser og det er god barnehagedekning og godt skoletilbud. Alle kommunene har gode muligheter for friluftsliv og et bredt lokalt kulturtilbud.

I alle kommunene trekker både legene og kommuneledelsen frem at det har vært en endring i arbeidsvilkårene for fastlegene de siste årene. De nevner flere oppgaver, dårligere pasienter, tidligere utskrivninger fra sykehus og mer administrativt arbeid. En lege forteller:

*«Jeg bruker veldig mye mer tid på papirarbeid, dokumentasjon, ikke-klinisk rettet arbeid.»*

En annen lege sier:

*«Jeg synes vi bruker veldig mye tid på NAV. Både møter og dokumentasjon. Mer enn før. Jeg synes de oftere etterspør ytterligere dokumentasjon på noe man allerede har dokumentert. Jeg synes generelt at erklæringer tar mye tid, og skal man gjøre det på en god måte, så tar det tid, og det er kveldsarbeid. Det er ikke praktisk mulig å gjøre i en hverdag.»*

En lege hadde vært borte fra praksisen i to år grunnet jobb i utlandet og fortalte:

*«(...) jeg merket veldig stor forskjell da jeg kom tilbake. Listen min er ganske lik, egentlig, lite utskifting på lista. Men både etterspørsel fra eksterne aktører, men og fra pasientene selv. Det er et krav om dokumentasjon på mye.»*

En som også hadde være i permisjon fortalte:

*«der merker jeg også en forskjell etter at jeg kom tilbake fra permisjon, med den berømmelige oppgaveoverføringen, som oppleves belastende. Med oppfølging av prøvesvar, med mindre kontroller på sykehuset, vanskeligere å få pasienter innlagt, tidligere utskrivninger, og mye medikamentoppfølging lokalt, som tidligere ble gjort på sykehuset. Og pasientene er sykere ute.»*

En kommuneoverlege som kombinerte kommuneoverlegestilling med fastlege stilling fortalte at arbeidsmengden med pasienter hadde blitt så stor at hun fortiden ikke hadde tid til kommuneoverlegeoppgavene.

Samtidig som oppgavemengden har økt har det vært en endring blant legene. Mens det blant de eldre fastlegene er en stor overvekt av menn som har prioritert jobb høyt og lagt ned mange timer på kontoret, virker den yngre generasjon lege mer opptatt av familieliv, fritid og fast og forutsigbar arbeidstid.

Alle kommunene oppgir at det nok er gode muligheter for jobb til partner innen for flere typer bransjer, men ofte i pendleravstand på minst 30-45 minutter. Det offentlige kollektivtilbudet er begrenset i alle småkommunene vi besøkte og de fleste vil derfor være avhengige av bil.

Det er de samme kommunene som sliter med vikarer som også sliter med rekruttering av fastleger. Her er riktignok bildet noe forskjellig. Alle kommunene er hovedsakelig små med få leger og utskiftninger kommer da til forskjellige tider og tidspunktet for når dette skjer og om flere leger slutter samtidig er avgjørende. Flere kommuner hadde ledige legehjemler som ble drevet av vikarer med kortere eller lengre avtaler. Alle kommunene med unntak av en opplevde at det hadde blitt vanskeligere å få rekruttert fastleger i løpet av de siste fem årene. Alle rapportert om færre søker, dårligere kvalifiserte søker og søkere som ikke kunne ansees være reelle kandidater for stillingen. En helsesjef forteller:

*«Ja, det har vært færre og færre søker og færre gode og kvalifiserte søkere på de fastlegehjemlene. Vi har et unntak som har vært på et av de*

*legesentrene hvor det ble rekruttert. Der var det vel en søker, men det var også en veldig god søker og den ble tilbudt og takket ja og startet. Så der var det jo et unntak, men det var jo også en som både hadde vært turnuslege og vikar på samme sted og visste godt hva han gikk til. Men jeg må jo si at det har vært mindre og mindre kvalifiserte søkere.»*

En kommune skiller seg ut og kan fortelle:

*«Vi har en lege som trenger vikar. Vi rakk ikke utlyse en gang før en lege (...) solgte lista si og går inn som vikar her hos oss fremfor å fortsette der. Det forteller meg at vi er attraktive. Når vi lyser ut har vi hatt en stort sett sånn tre-fire søker og av de i hvert fall to gode søkere.»*

Flere av representantene for kommunene trekker frem begrensninger i avtaleverket i fastlegeordningen og at det ikke godt nok dekker kommunenes behov. Videre mener flere kommuner at staten må bidra til å løse utfordringene i fastlegeordningen da kommunene ikke er i stand til å løse dette alene. Som en helsesjef sier:

*«Vi er jo avhengig av at det skjer noe sentral og statlig. For det er tungt for kommunene å bære og økonomisk krevende.»*

Og forsetter med:

*«Så selv om vi prøver med plan for legetjenesten å finne gode tiltak er det begrenset hva vi kan få til lokalt»*

En annen forteller:

*«Rammeverket sentralt er ikke helt klart, så er det ikke så lett å utarbeide lokale løsninger heller da.»*

Frustrasjonen er tydelig hos helsesjefen som uttaler:

*«så mange ting som ikke er regulert i avtaleforholdet. Så da vi tok kontakt med KS, så var svaret at der må man bare prøve å finne en lokal løsning»*

Kostnadene ved å overta praksis og drifte trekkes også frem som noe av årsaken til vanskelig rekruttering eller som en av legene sier det:

*«Det er klart, at det å investere nesten en million som nyutdannet, det er ikke så veldig attraktivt, og vi har jo relativt høye månedlige kostnader. Så vi er jo godt på minussiden før du begynner å jobbe. Det er klart at det er ikke noe veldig attraktiv løsning det.»*

En helsesjef uttaler:

*«Også er her nok også en konflikt for de eldre legene som vil ha betalt for praksisen sin, og de unge som rett og slett ikke er villig til å betale så mye som avgående lege forventer å få. Selv om dette skal gå til nemnd, hvis de ikke blir enige, så ser vi at nye leger blir ikke med på den lange prosessen i forhold til nemndsbehandling.»*

En kommuneoverlege oppsummerer:

*«Før vi får knekt denne nøtten her, med driftsutgifter, og ansvar. Enten få kompensert det bedre, eller fått tatt det ut av ligningen, så tror jeg vi kommer til å slite.»*

Flere av legene trekker også frem av mangel på leger gjør at kapasiteten i ordningen er sprengt og fører til at de ikke så lett får kommunen med på å redusere listelengden selv når de opplever at det er nødvendig grunnet for stor arbeidsmengde.

### **3.4 Interne rammevilkår**

Vi har kalt TDF modellens «social influences» for interne rammevilkår.

Flere i kommuneledelsen opplevde at dagens organisering med næringsdrivende fastleger gjorde at de hadde mindre nærhet til fastlegene enn det de kunne ønske seg, men de innså også at fastlønnede fastleger ville kreve vesentlig mer administrasjon fra kommunen sin side enn det dagens ordning gjør. Samtidig rapporterte flere kommuner det svært nyttig å samarbeide tettere med fastlegene, men også slik samarbeid krever ressurser eller som en helsesjef sa:



*«Jeg har ingenting å utsette på samarbeidsklimaet annet enn at jeg må bruke en del tankevirksomhet og krefter på å få det til.»*

Kommunene vi intervjuet hadde valgt noe forskjellig organisering av kommuneoverlegetillingen. En kommune kjøpte en 30% stilling fra en større nabokommunene som hadde fulltidsansatt kommuneoverlege. To kommuner hadde 100% stillinger, mens de øvrige hadde deltidsstillinger opp til 50% besatt av en fastlege. Helsesjefene hadde alle fulltidsstilling i alle kommunene.

Det var noe varierende i hvilken grad kommuneoverlegen var involvert i samarbeidet med fastlegene. En kommuneoverlege i en av de minste kommunene hadde kombistilling som fastlege og kommuneoverlege og kunne fortelle at hun nå hadde så mye å gjøre med pasienter at det ikke var rom for å prioritere kommuneoverlegeoppgavene lenger. I en annen kommune hadde kommuneoverlegen en noe mer tilbaketrukket posisjon i forhold til fastlegene og overlot det meste til helsesjefen, men deltok i det de beskrev som et godt fungerende LSU.

Med unntak av en kommune virket alle kommunene vi snakket med å bruke mer ressurser på administrering av fastlegeordningen nå enn tidligere. De var nå opptatt av hvordan de kunne klare å bedre rekruttering og sikre at fastlegene de hadde ble i hjemlene sine. Det hadde i flere kommuner vært en endring i hvordan de jobbet med dette etterhvert som rekrutteringsvanskene hadde økt. Fem av de seks kommunene vi intervjuet vurderte at rekrutteringssituasjonen var blitt vanskeligere hos dem år for år. Kommunene hadde derfor i større grad måttet se på nye løsninger. Noen kommuner som har hatt næringsdrift vurderte eller hadde allerede endret til fastlønn eller 8.2-avtaler.

### **3.4.1 Arbeidsvilkår**

Kommunene i vårt materiale hadde forskjellig organisering av fastlegetjenesten. Det varierte mellom ren næringsdrift, 8.2-avtaler og fastlønn. Noen kommuner hadde alle legene på samme ordning, mens i andre kommuner varierte det imellom fastlegehjemlene. Flere av helsesjefene og kommuneoverlegene vi snakket med trakk frem viktigheten av konkurransedyktig lønnsnivå for fastlegene for å være attraktive arbeidsteder. To av de minste kommunene hadde fastlønnede fastleger og hadde valgt dette da de ikke så noen annen mulighet til å tiltrekke seg leger. Som en lege her uttalte:

*«De trygge rammene en fast inntekt gir med alle de rettighetene det innebærer gjør det veldig attraktivt.»*

Tre andre kommuner hadde alle i hovedsak næringsdrift, men to av disse subsidierte husleie noe. I den siste kommunen hadde alle fastlegene 8.2-avtaler hvor kommunen tok seg av utgiftene og driften av legekantoret mot å beholde basistilskuddet, mens legene beholdt takstene og egenandeler. Det var denne kommunen som så langt ikke hadde opplevd å ha rekrutteringsvansker. Her var også summen ved overdragelse av praksis noe lavere enn i kommunene rundt og dette ble også trukket frem som fordelaktig for rekruttering.

Flere av kommunene vi har snakket med fortalte de hadde lege som pendlet og derfor hadde valgt å tilrettelegge med noe mer fleksibel arbeidstid og mulighet for hjemmekontor til administrativt arbeid. Noen av legene fikk også godskrevet deler av reisetiden som arbeidstid. Legene her rapporterte at det gjorde det lettere å takke ja til en fastlegejobb selv om kontoret lå et stykke fra hjemstedet.

I alle kommunene tok legene hovedansvaret for organisering av ferie og fravær, men holdt kommunen orientert om hvilke leger som dekket opp ved fravær. Noen næringsdrivende leger opplevde at de i realiteten ikke hadde ferie fra kommunale bistillinger. En fastlege sa i intervjuet:

*«(...) vi har egentlig ment at vi ikke burde være trukket for ferie, fordi at vi vikarierer for hverandre. Men det har vi ikke fått igjennom. Vi er to stykker som deler sykehjemmet, for eksempel. Så når han har ferie. Dekker jeg hans sykehjemstilling. Og når jeg har ferie så, så i praksis, så har vi jo ikke ferie.»*

De små kommunene med få leger var ekstra sårbare og måtte noen ganger ty til ekstern vikar ved ferieavvikling. Ellers var det bare ved lengre tids fravær at kommunen måtte finne vikarer eller benytte byrå. Alle kommunene unntatt en opplevde utfordringer med å skaffe fastlegevikar når det var behov for det. Noen kommuner trakk frem av det var problematisk å måtte betale vikarene vesentlig mer enn de faste legene, men lønn var viktig for i det hele tatt klare å tiltrekke seg vikarer. En fastlege forteller:

*«Det eneste som kan være lokkemiddel er fast lønn. For noen er det et poeng, men det har ikke hjulpet i de situasjonene vi manglet. Det var ikke det som gjorde at de valgte oss.»*

Ved planlagt fravær hadde en kommune begynt nesten et år i forveien med å finne vikar, men likevel var det ikke alltid de lyktes. Flere av kommunene hadde også måtte ty til vikarbyråer når de ikke klarte å få besatt fastlegehjemler, selv om de opplevde at kvaliteten på vikarer fra byrå var dårligere enn når de benyttet leger de selv hadde funnet. At vikarbyrå var en lite ønsket løsning understrekes av uttalelsen til denne helsesjefen:

*«Vi har hatt et mål om å unngå disse her vikarbyråene, som selger leger for 2 uker, 4 uker. Det blir dyrt, og det er dårlig pasienttilbud, det er ustabil, det er ikke forutsigbart. Og det er et enormt merarbeid for oss som kommune.»*

Ingen av kommunene hadde noen etablert seniorpolitikk for fastlegene annet enn at legene kunne få redusert sin liste eller søke om deleliste, men de fikk ikke noen form for kompensasjon av inntektstapet ved slike ordninger. Flere kommuner oppga likevel å være villige til å se på andre seniorløsninger, men hadde så langt ikke fått noen henvendelser om det fra legene.

I en kommune hvor fastleger som hadde sluttet ikke fikk solgt sine praksiser valgte nå kommunen å leie praksisene og sette inn vikar i hjemmel. De hadde ved et tidligere tilfelle kjøpt ut en praksis fra en avtroppende lege, men da forventet kommune å kunne selge den uten særlig tap, når de fikk tak i ny kandidat. Slik var ikke lenger situasjonen og kommunen kjøpte derfor ikke lenger praksiser, men valgte kun å leie. Kommunen fortalte at de også avventet hva som skjer nasjonalt og var redd for å pådra seg utgifter som de senere ikke ville få dekket ved en eventuell omleggelse av fastlegeordningen.

Antallet medarbeidere ansatt på legekantorene varierte også en del. Et legesenter med næringsdrift hadde av økonomiske årsaker satt bort betjening av telefon til et medisinsk callsenter og hadde kun ansatt laboratoriepersonell. Resepsjonstjenester forgikk kun elektronisk og pasientene møtte ingen i resepsjonen når de kom på legekantoret. Legene opplevde at pasientene var noe mindre fornøyde, men kunne ikke forsvare utgiftene til resepsjonist. De øvrige legekantorene vi var i kontakt med hadde bemannet resepsjon. Noen

kommuner med fastlønn og 8.2-avtaler hadde også valgt å ansette sykepleiere på legekantorene.

### 3.4.2 Rekrutteringsarbeid

Det var lite kommunikasjon over kommunegrensene i forhold til rekruttering, men to kommuner trakk fram et unntak hvor tre utenlandske leger samlet hadde tatt kontakt da de ønsket jobb. Da det ikke var ledige hjemler til alle tre i en kommune, fikk en til et samarbeid mellom kommunene slik at alle legene fikk jobb og kommunene fikk dekket ubesatte fastlegehjemler.

Flere av kommunene hadde benyttet seg av ordningen om rekrutteringstilskudd og hadde tildelt dette til nyoppstartede fastleger (50).

Ingen av kommunene hadde noe aktiv rekrutteringsstrategi mot medisinstudenter som hadde tilhørighet til kommunen, men flere forsøkte å rekruttere kommunens turnuslege/LIS1 til ledige hjemler i kommunen etter endt periode. Alle kommunene bortsett fra en hadde turnuslege/LIS1. Det varierte i hvor stor grad kommunen bidro i oppfølging av turnuslege/LIS1. Noen kommuner hadde overlatt nærmest all oppfølging til fastlegene som en fastlege fortalte:

*«Vi har tatt dette helt på egen kappe. Det har vært en del kommunikasjon nå i forbindelse med overgangen til LIS1, men det er det hovedsakelig en kollega av meg som er veileder som har tatt. Men ellers er de veldig lite delaktig i dette med turnuslege.»*

Andre kommuner var mer deltagende og så på turnusleger som mulig fremtidige fastleger. Helsejefen i en kommune uttalte:

*«Vi har vært veldig opptatt av å ha en god turnuspraksis for LIS1 som kommer til oss for å fremstå attraktive og for å bidra til at folk kan tenke seg ut til kommunelegetjenesten. Slik art det kan fremstå som attraktivt.»*

Flere av kommunene hadde opplevd at turnusleger søkte seg til fastlegehjemler og kommunen var derfor også opptatt å legge til rette for dem slik at de kunne gjennomføre spesialiseringsløpet.

### 3.4.3 Involvering i planarbeid

Legene fortalte, med unntak av en kommune, at kommunen hadde vist begrenset interesse for fastlegene gjennom flere år. En lege vi snakket med fortalte:

*«Det har ikke vært stor interesse, frem til kanskje det siste året, hvor kommunen har skjont at nå er det skikkelig vanskelig å få rekruttert. (...) Det har vært litt sånn at den tiden hvor alt fløt, så var i grunnen vi fastlegene veldig fornøyde med å styre oss selv litt, og at kommunikasjonen gjennom mange år ikke har vært sånn veldig nær.»*

Unntaket var kommunen hvor legene fortalte det i en årrekke hadde vært tett samarbeid med helseledelsen og alle legene hadde 8.2-avtaler hvor kommunen tok seg av driften legekantorene.

Ingen av kommunene hadde på tidspunktet for intervjuene vedtatt en plan for legetjenesten. Flere hadde frem til nylig ikke sett behovet selv om de plikter å utarbeide en slik plan ihht rammeavtalen (7) pkt. 6.2. To av kommunene var godt i gang med arbeidet og hadde engasjert fastlegene i dette arbeidet. Som en helsesjef i en kommune som var nær ved å ferdigstille sin legeplan, sa:

*«da det bare fløt og fastlegeordningen gikk trengte du ikke så stor grad av involvering fra kommunen og kommunen var ikke så involvert, men når status er sånn den er krever det mer involvering og oppfølging.»*

Flere av de andre kommunene brukte nå også fastlegene i planarbeid innen helse. Det hadde ikke vært tradisjon for det alle steder tidligere, men kom frem at kommunene så nytten i et slikt samarbeid. En helsesjef vi snakket med sa:

*«De er helt nødt til å være med i et planarbeid»*

En av kommunene hadde fortsatt ingen tradisjon for å involvere fastlegene i planarbeid. Her tok kommuneoverlegen den jobben. Mye handlet nok om økonomi da han uttalte følgende om bruk av fastleger i planarbeid:

*«Vi vil gjerne ha dem. Men jeg prøver å si at da må de faktisk kjøpe ut legene, da må de (kommunen) både betale et honorar for å delta samt*

*praksisgodtgjørelse eller praksiskompensasjon. Og da blir det stille på en måte.»*

Ingen av kommunene hadde noe budsjett til slikt arbeid og måtte ta det fra andre poster. En helsesjef hadde planer om å legge det inn i neste års budsjett, men det krevde som hun sa en prioritering:

*«(...) til neste år må jeg bringe det inn i budsjett, og det kan godt hende jeg må ta det fra sykehjemmet, og trolig må jeg det.»*

De mindre kommunene fortalte at rekrutteringsarbeid ikke kunne planlegges, men måtte stort sett løses når det var behov. Med unntak av kommunene som var i gang med legeplanarbeidet var det få andre som hadde utarbeidet noe strategi for rekrutteringsarbeid, men flere kommuner samarbeidet med fastlegene om å finne kandidater.

#### **3.4.4 Samarbeidskultur**

Flere av kommunene vi intervjuet trakk frem samarbeidskulturen det er i mindre kommuner. Det er små forhold og en kjenner stort sett alle en samarbeider med, og det er lett å utveksle informasjon enten ved at en er samlokalisert eller samarbeider tett. En av fastlegene fortalte:

*«Det er positivt (...) at vi har godt samarbeid med kommunalhelsetjenesten. Vi får rask hjem av psykiatrien. Ringer du hjemmesykepleien fem på tre en fredag ordner de opp. No problem. Det er fordel med å jobbe i bygd.»*

En annen lege trekker også frem det gode arbeidsmiljøet:

*«Jeg føler også det er spesielt godt arbeidsmiljø og alle er veldig opptatt av å finne ut hvordan en kan hjelpe hverandre. Ikke egoisme. Alle er opptatt å løse det på best mulig måte. Det er det ikke alltid en opplever. Det var det jeg følte da jeg begynte her. Hvordan kan din dag bli bedre og hva kan vi gjøre. Sekretærene og alt. En samarbeider godt om hvordan en sammen kan ha det beste mulig. Aldri sure miner hvis man ringer uansett hvem det skulle være. Alle er åpne.»*

I kommunene hvor tjenestene var samlokalisert var det større bruk av uformelt samarbeid ved at en tok kontakt og løste ting i løpet av arbeidsdagen, noe legene og kommuneledelsen opplevde positivt.

Flere kommuner hadde også faste samarbeidsmøter mellom de ulike helsetjenestene. En helsesjef kunne fortelle:

*«Ja det fungerer veldig bra, det er nært lokalisert og gode muligheter for å ta kontakt. Også faste arenaer ukentlig. Inntaksmøter på sykehjemmet der innkalles legene ved behov, men ellers har de møter med hjemmesykepleien og psykiskhelse/rus. Det er satt i system og tenker at det fungerer godt.»*

I de minste kommunene, med bare to leger, opplevde de ikke behov for formelle samarbeidsarenaer. En helsesjef var heller ikke kjent med begrepet LSU, men begge parter opplevde at samarbeidet fungerte godt fordi de jobbet nært hverandre og hadde hyppig kontakt i det daglige arbeidet.

I samarbeidet med sykehusene følte kommunene at de hadde begrenset innflytelse og at sykehusene langt på vei dikterte løsningene. En kommuneoverlege uttalte følgende:

*«Det er veldig lite vi kan gjøre, veldig lite påvirkning i motsatt ende. Hvis de sier "at vi skal nedlegge 15 senger", så kan ikke vi si at "kjære vene, det vil jo påføre oss mye større oppgaver og ansvar". Det er kommunens ansvar. Så vi sitter jo med svarteper på det, men det legger jo noen føringer på arbeidspresset hos fastleger også.»*

Flere av helsesjefene opplevde det utfordrende at kommunepolitikerne ikke kjente fastlegetjenesten godt nok og helsesjefen i en av kommunene fortalte:

*«Vi har noen utfordringer med det politiske nivå. Få de til å forstå viktigheten av å ha et oppegående legekantor og alle de oppgavene det innebærer. Det er så bredt fagfelt at det er veldig vanskelig (...) I tillegg er det også rådmannsnivået som ikke skjønner det og tenker at dette har vi gjort i mange år og det går litt til. Vi blir sinte i møtene og når ikke inn*

*med vårt budskap. Og da tenker vi at det får komme et tilsyn så får vi få så det passer.»*

Flere av helsesjefene trakk frem utfordringene med å få kommunepolitikerne til å forstå behovet i legetjenesten og at det var krevende å få ekstramidler ved for eksempel behov for vikarer selv om kommunen har plikt til å ha et fastlegetilbud til sine innbyggere. En av legene uttalte følgende:

*«For politikerne så er det ofte fjernt hva vi driver med og ikke nødvendigvis så lett å få forståelse for hvor utfordringene våre ligger. Så vi har snakket om at det kan være vanskelig å få politikerne til å forstå realitetene i de utfordringene vi har da.»*

Et eksempel som ble trukket frem var at en kommune la ned sykehjem og gjorde det om til omsorgsboliger. På sykehjemmet hadde beboerne egen tilsynslege, mens i omsorgsboligene ble ansvaret for oppfølging overlatt til fastlegene noe som ga en økning i sykebesøk og kommunikasjon med hjemmetjenesten. I kommunen hvor fastlegene er delte på kommuneoverlegestillingen nådde de frem med sine synspunkter og kommunen beholdt en tilsynslegestilling også etter at sykehjemmet ble omgjort til omsorgsboliger.

En av kommunene i materialet vårt skiller seg fra de andre. Her hadde en allerede ved innføringen av fastlegeordningen etablert 8.2-avtaler hvor kommunen eide og drev legesentrene, mot at den beholdt basistilskuddet. Det var også her kommuneoverlegeoppgavene var delt opp i flere mindre stillingsbrøker som fastlegene delte på. De hadde lang tradisjon for samhandling og samarbeid mellom leger og kommune. Begge parter var svært fornøyde med organiseringen og kommunen vurderte at de ekstra utgiftene de hadde til drift av legesentrene betalte seg ved at legene var på tilbudssiden og tok større ansvar enn det som avtaleverket la opp til. Blant annet tok legene hele ansvaret for organisering daglegevakt samt ordnet fordelingen av kommunale bistillinger mellom seg. Kommunen hadde så langt ikke hatt utfordringer med rekruttering og helsesjefen forklarte dette med:

*«Vi har et godt rykte og det er et godt samarbeid mellom fastlegene og kommunen. Det tror jeg er veldig viktig. Samtidig tror jeg ordningen (8.2) er veldig viktig. At kommunen ordner opp og er profesjonelle på det som*



*mange opplever har blitt krevende som arbeidsgiver ansvar, ansettelse, det å ta hånd om lokalen og. IKT-siden.»*

Legene var av samme oppfatning og uttalte:

*«Det er jo veldig fornøyde pasienter, veldig fornøyde institusjoner rundt om kring som har oss på diverse tilsynsordninger og legene er veldig fornøyde.»*

*«Vi har jo opplevd å ha innflytelse og hatt en kommune som har lyttet»*

På spørsmål om hva som hadde vært grunnen til at de hadde lyktes så godt var det flere hypoteser, men legene trakk frem personlighet og godt samarbeid over flere år. Den ene legen fortalte:

*«Vi har vel de fleste av oss et behov for å styre selv, men har opplevd at vi får lov til det. Vi har ikke en kommune som kveler oss»*

Legene i kommunen hadde fra før fastlegeordningen ble innført vært opptatt av sosialmedisin i tillegg til drift av praksis og ikke for ensidig fokus på ren privat business.

Sammen med kommunen hadde legene over tid utviklet samarbeidet og funnet frem til en modell med tilstrekkelig grad av autonomi for legene, men som begge parter så seg tjent med, og hvor legene tok ansvaret med å fordele oppgavene mellom seg uten at kommunen trengte å involveres. Den andre legen oppsummerte det helt enkelt og greit:

*«Dra i samme vei. Det er det.»*

### **3.5 Rolleforståelse**

Med rolleforståelse mener vi det som i TDF-systemet heter «social/professional role and identity».

Vi har i våre intervjuer avdekket både god og fraværende rolleforståelse på mange plan. Det dreier seg dels om fastlegenes forståelse av sin rolle i kommunen, dels om kommunens rolleforståelse overfor fastlegene og fastlegeordningen, samt litt hvordan man forholder seg til spesialisthelsetjenesten.

Det overordnede inntrykket er som vi har vært inne på tidligere at kommunene gjerne vil integrere fastlegene mer inn i kommunen, og ser på fastlegene som en ressurs, også utover det rent medisinskfaglige. Det dreier seg f.eks. om å trekke fastlegene inn i kommunalt planarbeid. Det var derimot varierende forståelse for at kommunen da evt. måtte betale legene for å være med i møter og planarbeid, siden de da hadde tap i næringsinntekt ved å være borte fra praksis. Fastlegene på sin side gav for en stor del uttrykk for at de gjerne ønsket tettere samarbeid med sine kommuner, men at tiden var knapp – og at de ikke hadde ledig kapasitet til å prioritere slike ting. Og de forventet at de skulle få økonomisk kompensasjon dersom de likevel prioriterte dette. Unntaket var i kommuner der fastlegene hadde fast lønn, eller den kommunen som hadde langvarig godt samarbeid og tradisjon for at legene tok stort ansvar og til gjengjeld hadde 8.2-avtale med kommunen. Her var kulturen helt annerledes – her så fastlegene og kommunen hverandre som partnere. Som en fastlege formulerte det:

*«(...) man har jo lyst til å være grei tilbake når man får så mye goodwill den andre veien.»*

Det er ikke bare samarbeidet og relasjonen mellom kommunene og fastlegene som var forskjellig, men også fastlegene imellom. En av legene, som hadde skiftet jobb fra den ene kommunen, der alle var selvstendig næringsdrivende og kommune slet med rekrutteringen, til nabokommunen, som hadde 8.2-avtale, beskrev forskjellen slik:

*«Og det vi opplever, ikke sant, er jo at her er legekollegiet i (...) kommune speideren, altså: det er en for alle, alle for en. Det er felles front og vi er enige, mens det jeg opplevde i nabokommunen var at hver stakkar for seg selv.»*

Flere kommuner, og også noen leger, pekte på at avtaleverket var til hinder for tettere samarbeid mellom kommuner og fastleger. En del kommuner oppfattet fastlegene som en privat aktør helt på siden av kommunehelsetjenesten for øvrig:

*«Når kommunen henvender seg til et fastlegekontor, henvender vi oss til en privat aktør som er en del av den offentlige primærhelsetjenesten. Man har ikke strukturer i bunn som gjør at vi umiddelbart er i en god posisjon til*

*hverandre til å samhandle.»*

Noen fastleger pekte på at en del av legene tradisjonelt signaliserte tydelig at de var privatpraktiserende, og ikke ønsket noen form for «innblanding» fra kommunene:

*«(...) så var i grunnen fastlegene veldig fornøyde med å styre oss selv litt (...).»*

De fleste kommunene var bevisste på at de måtte gjøre seg attraktive for å sikre fastlegerekutteringen, men det var betydelige forskjeller hvor aktiv de så sin egen rolle i dette, og hvor mange virkemidler de hadde. I en av kommunene mente de at de bare måtte håpe på flaks når de skulle rekruttere, og at det ikke var noe kommunen kunne gjøre for å tiltrekke seg søkere. Som helsesjefen sa:

*«Jeg tror ikke vi har potensiale til å «stjele» noen, da går det på folks valg av livsstil. Jeg tror det handler mye om hvordan du tenker å leve livet ditt.»*

I en annen kommune, som hadde betydelige vanskeligheter med rekruttering, hadde de en langt mer offensiv tilnærming. Her sa helsesjefen:

*«(...) det er også en mulighet å kjøpe opp fastlegehjemler og gjøre dem om til ALIS-stillinger. Det er også en drøfting både politisk og økonomisk. Det er mange hensyn, men det er absolutt med i drøftingen. Vi trenger å gjøre noe med rekruttering og med kapasitet i tillegg. Vi ser at vi har for liten kapasitet i vår kommune, og vil etterhvert som årene går få mindre kapasitet.»*

Dette er et poeng som gikk igjen i alle kommunene vi besøkte. Unge leger som overveier fastlegeyrket ønsker seg økt trygghet, og de fleste etterspør fast lønn. Kommunene rapporterer om samme inntrykk: unge leger tar kontakt og viser interesse for å bli fastleger, men trekker interessen når de får vite at de da må være selvstendig næringsdrivende med arbeidsgiveransvar. Som en helsesjef sa litt oppgitt:

*«Det er så tydelig flaskehalsen i forhold til å rekruttere inn unge leger. Det er den næringsdrivende biten, det er å betale såpass mye inn i praksis, og det å være formell arbeidsgiver, det er også et ansvar som har tatt helt*

*andre dimensjoner nå enn når de innførte fastlegeordningen i sin tid.»*

Problemet for kommunene vi snakket med, er at begge «trygge» løsninger som finnes i dagens regelverk 8.2-avtaler og fastlønnede fastleger isolert sett er dyrere for kommunen enn rent næringsdrivende fastleger, som får det meste av sin inntekt fra staten gjennom normaltariiffen samt egenandeler fra pasientene. De av kommunene som allerede hadde en av de trygge alternativene, var imidlertid svært fornøyde, og opplevde alle at dette i vesentlig grad hadde lettet rekrutteringen. Den av kommunene som hadde lange tradisjoner for 8.2-avtale, var blitt rådet til å endre dette for å spare penger av et konsulentfirma, men bestemte seg for å beholde dagens løsning da de så at dette ga en stabil og fornøyd fastlegegruppe som følte stort ansvar for kommunen sin.

For noen av legene, spesielt de som var næringsdrivende uten 8.2-avtale, var arbeidspresset så stort, at de ikke anbefalte yngre kollegaer å bli fastlege. En av fastlegene, som hadde ti års erfaring som fastlege, uttalte følgende:

*«Totalhverdagen oppleves litt i tråd med vinden, eller hva man skal si, at det er lite forståelse for totalbelastningen som fastlege - som jeg tror er grunnen til at det er vanskelig å anbefale det. Jeg tenker på yngre kollegaer spesielt. Det er ikke bare i vår kommune, det går på fastleger generelt, så ville jeg ikke anbefalt det til yngre kollegaer.»*

Et siste aspekt innen rolleforståelse som er verd å nevne fra våre intervjuer, er forholdet mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten – ikke minst i forhold til oppgavefordeling og kommunikasjon. Noen kommuner anså forholdet mellom spesialisthelsetjenesten og fastlegene som noe som ikke angikk dem, slik følgende uttalelse fra en helsesjef antyder:

*«(...) og mellom sykehus og fastlege, så er det en egen kommunikasjon som berører oss i ganske liten grad.»*

Det var ganske unison enighet mellom leger og kommuner om at dialogen mellom sykehus og kommune hva angår oppgavefordeling ikke baseres på likeverdig dialog, men at sykehuset var den klart sterke parten, som stort sett dikterte hvilke pasienter kommunene og fastlegene måtte overta. Som en kommuneoverlege formulerte det:

*«Men det er stort sett diktat fra sykehuset. Vi har mulighet til å komme med innspill, men det er ikke likeverdig dialog.»*

### **3.6 Ønske om endring**

Med «ønske om endring», mener vi de tre punktene i TDF-systemet som heter «beliefs about consequences», «intentions» og «goals». I vårt materiale har det vært hensiktsmessig å fusjonere disse punktene.

Både kommuner og leger i våre intervjuer uttrykte at de ønsket endringer i flere ulike aspekter av fastlegeordningen. Imidlertid var det noe sprikende hvilke endringer folk ønsket – og her var det uenigheter både mellom kommuner og fastleger, samt kommuner imellom og fastleger imellom.

En del av fastlegene pekte på risiko for faglig ensomhet – dette gjorde seg spesielt gjeldende i mindre kommuner med få fastleger. En fastlege sa det slik:

*«(...) Arbeidsmiljøet kunne vært større, og jeg skulle gjerne hatt flere å samarbeide med.»*

En faktor mange kommuner og en del fastleger pekte på, var at det sentrale avtaleverket som ligger til grunn for fastlegeordningen, ikke legger til rette for gode løsninger og bedret samarbeid mellom fastleger og kommuner. Regelverket fremstår for mange som uklart. Motivene kunne være forskjellige, noen kommuner hadde et ønske om bedre å kunne styre fastlegetjenesten. En helsesjef uttrykte dette på følgende måte:

*«Jeg skulle ønske man hadde en modell som knyttet fastlegene tettere til kommunen. For det er lett at fastleger lever sitt eget liv som næringsdrivende, og så møter de ikke opp i allmennlegeutvalget, så kan de drive med sitt.»*

En del av legene på sin side, særlig de yngre, pekte på at selve grunnmodellen var problematisk, og at de ønsket å være ansatt med fast lønn og fulle rettigheter i kommunen, med den sikkerhet dette innebærer i form av sykepengerrettigheter, lønn under barns sykdom, pensjon osv. En av fastlegene, som i dag er næringsdrivende på tiende året sa:

*«Jeg ville gjerne vært fastlønnnet. Også nå. Og gjerne i kombinasjon med sykehjemmet, at det var en pakke.»*

En kommuneoverlege pekte på at pendelen svingte frem og tilbake i forhold til ønsket om fast lønn:

*«En ting om driftsform og det de ønsker. Det svinger litt. Nå er vel basistilskuddet så dårlig, at det er kanskje noe av årsaken til at de er misfornøyde og da lønner det seg med fastlønn eller kommunal drift. Det kan vel svinge igjen om vilkårene blir bedre.»*

I en av kommunene vi besøkte, hadde man innenfor siste året gjort en stor omlegging, der kommunen hadde kjøpt de to privatpraksisene, samt bygningsmasse av legene, og ansatt legene med god fastlønn og KLP-rettigheter. Man fikk da samlokalisert de to legepraksisene, og integrert dem med kommunens øvrige helsetjeneste. Denne ideen, som ble lansert allerede for over ti år siden, viste seg per nå å være en stor suksess. Den erfarne legen som hadde jobbet der i 30 år var strålende fornøyd, og hadde for første gang på flere år fått en stabil legekollega og beskrev det hele som et eventyrslott som plutselig ble virkelig:

*«(...) en sånn tretrinnsmodell: først solgte jeg praksisen min til kommunen med innbo. Så ble jeg fast ansatt. Trinn tre solgte jeg bygget til dem. Så har de kosta på mye og bygd om, og for 14 dager siden fikk vi en kommuneoverlege som har lyst til å være her, og som har lyst til å drive allmennmedisin, selv om han har drevet med noe annet. Nå er det Soria Moria-slottet som jeg ikke trodde på, nå er det blitt virkelighet.»*

Imidlertid var det ikke unison enighet om at fast lønn eller 8.2-avtaler var veien å gå. I en av kommunene som hadde næringsdrivende leger uten støtte fra kommunen, var det dialog på gang om fremtidens fastlegetjeneste for å bedre den dårlige rekrutteringssituasjonen kommunen var i. En av fastlegene beskrev det slik:

*«Det er litt den prosessen som er på gang. Med harmonisering, man ser på leieavtaler og slike ting. Og i den prosessen har nulløsning (8.2 avtale red. anm.) vært et tema uten at vi har fått noen klare signaler om at kommunen ønsker å gå for den. Og det er ikke sikkert at det er det alle legene tenker*

*her heller.»*

Alle fastlegene pekte på at de jobbet for mye, og at de hadde et sterkt ønske om å redusere arbeidsbyrden. Særlig pekte de på at mengden «ikke-klinisk» arbeid hadde økt, altså administrative oppgaver som ikke dreide seg om pasientrettede oppgaver. Kommunene uttrykte i stor grad forståelse for legenes situasjon, og erkjente at legene jobbet mye. En av fastlegene uttalte i sakens anledning:

*«Jeg synes at arbeidshverdagen min er mindre interessant enn den var før, for jeg føler at jeg gjør mer lite klinisk arbeid. (...) Jeg føler jeg har gjort de tiltakene jeg kan for å redusere min liste sånn at arbeidsmengden er overkommelig med den desto tilsvarende reduksjon i lønn, og jeg er ikke villig til å gå ytterligere ned i lønn for å få bedre mulighet til å ivareta arbeidsoppgavene mine.»*

Noen av legene gav uttrykk for at kommunene ikke tok nok hensyn til dem når de organiserte sine helsetjenester. Blant annet ble den økende tendensen i mange kommuner til å nedlegge sykehjemsplasser og erstatte det med omsorgsboliger kritisert. Dette fordi sykehjemspasienter har en egen tilsynslege ved sykehjemmet som sørger for å gi pasientene den nødvendige helsehjelp, mens i omsorgsboliger blir de fastlegens ansvar. Dette medfører ekstraarbeid for fastlegene, som mente de hadde mer enn nok å gjøre fra før.

### **3.7 Forventninger**

Med forventninger mener vi følgende kategorier under TDF-systemet: «beliefs about capabilities», «optimism» og «emotions».

Flere kommuner beskrev at de anså seg som lite attraktive for nye søkere til fastlegehjemler. De hadde en realistisk tilnærming, der de innså at de langt vekk fra allfarvei, og at de ikke kunne regne med å ha legene mer enn noen få år, hvis de ikke var veldig heldige og fikk noen med tilknytning til stedet. Som en helsesjef sa det:

*«I byen har man ofte sin fastlege livet ut, det får en ikke her. Sånn er det bare.»*

Mens noen kommuner pekte på rent geografiske årsaker til at det var vanskelig å rekruttere, var andre mer opptatt av selve organiseringen av fastlegeordningen nasjonalt. En kommuneoverlege fra kommune som hadde stor suksess med sin 8.2-ordning, uttalte følgende, som er ganske karakteristisk for signalet fra mange kommuner:

*«Og nå er det jo håpløst å være ung og måtte kjøpe de sinnsyke listene og ha de sinnsyke driftsutgiftene. Da har jo vi lave driftsutgifter. Så da er det lavere økonomisk risiko.»*

Flere av kommunene innså at det måtte endringer i finansieringsform til for å øke attraktiviteten, men flere pekte på at slike initiativ måtte komme fra statlig hold, og at det ble en for stor oppgave for den enkelte kommune. En helsesjef sa:

*«Vi er jo avhengig at det skjer noe sentralt og statlig. For det er tungt for kommunene å bære og økonomisk krevende.»*

En kommuneoverlege i en annen kommune sa:

*«Folk aner jo at det må skje et paradigmeskifte i måten praksis eies og driftes på, men vi kan ikke være banebrytende på det. Enn så lenge må vi bare finne en løsning for å sørge for ansvaret, sånn at kommunen har nok leger til å drifte.»*

Flere pekte på at det var en selvforsterkende effekt i at rekrutteringsproblemene i fastlegeordningen var så mye omtalt i media, og at blesten rundt saken trolig gjorde unge leger enda mer redde for å starte opp som fastlege. En av legene i en kommune med betydelige rekrutteringsutfordringer sa det slik:

*«Flere går av med pensjon, og det har vist seg vanskelig å rekruttere de siste årene, så nå blir det flere lister som må fylles og det bekymrer meg. Jeg tenker at det blir utfordrende. Litt sett i lys av at denne saken er veldig i vinden også. Så blir kanskje unge mennesker skremt litt av å gå inn i fastlegeyrket.»*

Stort sett alle kommuner og leger vi snakket med påpekte at en stor del av den potensielle søkermassen ikke er villig til å ta den økonomiske risiko det innebærer å være selvstendig



næringsdrivende i en etableringsfase med barn og høy gjeld. Vi har mange sitater som kan illustrere dette, men det mest sigende sitatet er fra en ung lege i en av kommunene:

*«Her har vi jo en hjemmel som ikke er besatt. Det er klart, at det å investere nesten en million kroner som nyutdannet, det er ikke så veldig attraktivt, og vi har jo relativt høye månedlige kostnader. Så vi er jo godt på minussiden før du begynner å jobbe. Det er klart at det er ikke noe veldig attraktiv løsning det. Samtidig som det er krav om spesialisering, og videreutdanning, og det er lite som er satt i system også i forhold til spesialistutdanning, veiledning. Og du skal komme deg igjennom et løp. Det er mange, på en måte, momenter som er litt usikre. For yngre som har små barn og fravær med syke barn og sånt, tenker jeg at det er ikke veldig attraktivt.»*

En helsesjef i en av kommunene som slet mest med rekrutteringen sa følgende:

*«Så er det dette her med risiko ved å være næringsdrivende opp mot en etableringssituasjon med barn, det er unge leger helt tydelige på. De synes at risikoen ved å være selvstendig næringsdrivende er veldig stor i forhold til den livsfasen de er i som unge leger.»*

Samtidig var ikke tilbakemeldingene entydig negative. Flere av legene sa seg tilfreds med egen situasjon, også de næringsdrivende. Flere påpekte at det var mange aspekter ved fastlegejobben som var bedre og mer familievennlig enn å jobbe som lege på sykehus. Selv om man har mye å gjøre, så har man ganske stor fleksibilitet og innflytelse over egen arbeidstid, og man kan dra hjem til familien kl. 16 og heller ta et par timer på hjemmekontor på kvelden eller i helgen. En helsesjef påpekte:

*«Jeg tror jo at kvinnelige leger med barn ser at det å jobbe som fastlege i vår kommune kan være en bedre hverdag enn å gå inn i en sykehusstilling med mer uforutsigbar arbeidssituasjon.»*

En lege i en annen liten kommune sa det slik:

*«Det blir veldig annerledes enn å jobbe på sykehus, og de tjener ikke bedre på sykehus, men de jobber mye mer. Hvis karrieren er superviktig, så*

*skjønner jeg at de blir værende der, men med små unger og all ting, så tenker jeg iallfall at det er veldig stor forskjell i livskvalitet ved å jobbe i allmennmedisin og på sykehus.»*

Som nevnt var det flere av legene som oppgav god trivsel. En erfaren fastlege i 50-årene sa:

*«Jeg trives kjempegodt, og har alltid trivdes veldig godt.»*

For noen var fleksibiliteten imidlertid ikke nok til å kompensere for den store mengden arbeid og det press det er å være selvstendig næringsdrivende. En av legene, som var i slutten av 30-årene og hadde jobbet i ca. 10 år, sa følgende:

*«Akkurat nå er jeg fastlege fordi at, selv om det er stor arbeidsmengde og mange timer i uka, så er en del av timene fleksible. Men når jeg ikke trenger den fleksibiliteten lenger, så er jeg ikke fastlege. (...) Jeg ville ikke anbefalt noen av mine yngre kollegaer å kjøpe en hjemmel, sånn som det ser ut i dag.»*

Alle kommuner og leger vi snakket med anså fastlegeordningen som god og viktig i utgangspunktet, og det var ingen som uttrykte ønske om å nedlegge ordningen og erstatte den med noe annet. Mange pekte på at ordningen hadde vært en stor suksess, men at gradvis forringede rammevilkår for privat næringsdrift i kombinasjon med gradvis generasjonsskifte, der eldre menn ble erstattet av yngre kvinner, gjorde at det var behov for reformer. Det var ganske klare forventninger til at slike reformer måtte være nasjonale, og at initiativet måtte komme fra staten. Noen kommuner så seg i stand til å gjøre lokale tiltak i påvente av sentrale grep, her var forskjellene store mellom de kommuner vi besøkte. Andre kommuner mente de ikke kunne gjøre særlig mye lokalt, og var avhengig av sentrale grep. Det ble til og med påpekt av krisefølelsen og forventningen om sentrale tiltak medførte handlingslammelse og en avventende holdning hos alle parter. Noen kommuner vegret seg for lokale tiltak som kunne koste penger, siden de risikerte at senere statlige tiltak ville kunne slå benene under på det kommunene hadde gjort. Mange leger satt på gjerdet og ventet på at «noe skulle skje». Som en helsesjef sa:

*«Nå som fastlegeordningen er blitt satt på dagsorden med det trepartssamarbeidet mellom KS, Legeforeningen og staten, så sitter nå alle*

*på gjerdet og venter på hvordan dette skal gå da. Da er de veldig nølende nok en gang til å kjøpe seg inn i en privat praksis, når de ikke vet hvordan de fremtidige rammebetingelsene blir. Vi er i et sånt vakuum da. Rett og slett et vakuum.»*

Det var ganske store forskjeller kommunene imellom i forhold til hvor godt fastlegeordningen fungerte, og hvor stabil legesituasjon de hadde. Dette var ikke bare et frustrasjonsmoment for de kommunene med størst utfordringer. En kommune, der det fungerte bra, påpekte at de fant det urimelig at de måtte betale like mye inn i det interkommunale legevaktsamarbeidet som nabokommunen, der det ikke fungerte, fordi nabokommunens populasjon belastet legevakten mer. Som helsesjefen i den velfungerende kommunen sa:

*«Vi har en veldig godt fungerende fastlegeordning med alle hjemler besatt, mens andre kommuner sliter mer. Det er ikke urimelig å anta at de da belaster legevakta mer.»*

# 4 Diskusjon

## 4.1 Oppsummering av funn

Etter å ha gjort dybdeintervjuer med i alt 20 personer i 6 norske kommuner, har vi gjort en del interessante funn når det dreier seg om rekruttering og stabilisering av fastleger. Først og fremst er alle enige om at vi er inne i en svært vanskelig tid, her var enigheten unison både fra kommuneledelsen og fastlegene. Selv om det var betydelige variasjoner mellom våre kommuner hvor hardt rekrutteringssituasjonen hadde rammet dem, var de alle berørt av den – enten direkte eller indirekte.

Mange fastleger – særlig yngre – etterspør fast ansettelse, og ønsker ikke den risiko og det ekstraarbeid det innebærer å være selvstendig næringsdrivende. Kommunene bekrefter dette, og melder om at potensielle søkere trekker seg fra tildelingsprosessene hvis de blir forespeilet næringsdrift. Unntaket er kommunen som har subsidiert næringsdrift – såkalt 8.2-avtale – her var legene svært godt fornøyde.

Alle fastlegene melder om betydelig økning i arbeidspress og arbeidstid, og de fleste kommunene anerkjenner også dette.

Et annet viktig funn var at det er store forskjeller mellom kommunene i forhold til hvordan de forholder seg til fastlegekrisen. Noen kommuner inntar en passiv og fatalistisk holdning, der de prøver å holde seg flytende i påvente av forventede statlige initiativer, mens andre kommuner har en mer proaktiv holdning, der man er villig til å bruke kommunale ressurser her og nå, og ikke vente på statlige initiativ som man ikke vet om kommer.

Et vesentlig funn i vårt materiale, er at relasjonen og samarbeidet mellom kommuneledelsen og fastlegene er av avgjørende betydning for fastlegenes trivsel, og at dette også ser ut til å påvirke rekrutteringssituasjonen i den enkelte kommune. Dette samsvarer godt med tidligere forskningsfunn på området (19).

## 4.2 Diskusjon

Vi valgte å utvide COM-B modellen med hovedtemaene fra TDF som vi reduserte til syv grupper når vi kodet intervjuene. Gjennom bruk av intervjumalen har vi fått belyst de ulike kategoriene i vårt rammeverk. Vi har fått frem hvilken kompetanse lederne i kommunene har på fastlegeordning og avtaleverket og med hvilken kraft de ser seg i stand til å kunne gjennomføre nødvendige endringer. Disse områdene refererer til **Capability** i modellen. Tar vi utgangspunkt i hvordan kommunene forholder seg til avtaleverket for fastlegeordningen var det noe ulike kunnskaper i kommunene. Helseledelsen i noen kommuner opplevde at avtaleverket la hindringer for å få til godt samarbeid med fastlegene, mens andre kommuner så mulighetene som lå i avtaleverket og utviklet i tillegg lokale løsninger. Det kan psykologisk dreie seg om ulik evne til å se de lokale utfordringene i fastlegeordningen eller fysisk har kompetanse til å håndtere avtaleverket og etablere avtaler mellom partene. Videre har vi sett på forutsetningene kommunene har for å lykkes i sitt arbeid med fastlegeordningen. Dette går under **Opportunity**. Her har vi vurdert både eksterne og interne rammevilkår. Går vi tilbake til eksempelet med avtaleverk vil en her vurdere hvilke muligheter som selve avtaleteksten åpner opp for som fysiske forutsetninger, mens samarbeidsklima og vilje til å prioritere fastlegeordningen hos øvrig ledelse i kommunen vil defineres som sosiale forutsetninger i modellen. **Motivation** påvirkes av de tidligere nevnte kategoriene og deles opp i automatisk og refleksiv. Vi avdekket i intervjuene noe av ledernes og fastlegenes rolleforståelse, forventinger og hvilke ønsker de hadde om endring. Automatisk motivasjon vil da i vårt eksempel være om kommuneledelsen trenger bedre rutiner for forvaltning av avtalene, mens refleksiv vil mer være om de tenker at det er nødvendig å gjøre endringer i dagens praksis. Ved å systematisere etter COM-B har man et grunnlag for å kunne vurdere hvilke endringer som vil være nødvendige og mest effektive for å få helseledelsen i kommunen til å endre adferd i forhold til hvordan de sikrer stabile legetjenester til kommunens innbyggere.

Etter koding var det i kategorien **Opportunity** vi hadde flest referanser i vårt materiale. Deretter kom **Motivation** og til sist **Capability**. Av undergruppene var interne rammevilkår den største etterfulgt av eksterne rammevilkår og gjennomføringsevne.

Det som ble tydelig for oss etter å ha analysert materialet var forskjellen i hvordan kommunene samarbeidet med fastlegene. Vi så et spenn fra å være nærmest fullintegrert til å

ikke bli involvert i planarbeid i det hele tatt. Kun to av seks kommuner var i gang med plan for legetjenesten. Mens noen helsesjefer så på avtaleverket som et hinder for godt samarbeid var andre mer løsningsorienterte og hadde gjort lokale tilpasninger for å utvikle tjenesten. Det kom klar frem at godt samarbeid og gode relasjoner mellom kommune og fastlegene virket positivt på rekruttering og stabilisering. Kommunens vilje til å lede og utvikle ordningen er også en viktig faktor. Dette vil vi i tillegg til den helt klart økte arbeidsbelastningen og rapporterte stramme økonomien i fastlegeordningen redegjøre nærmere for i dette kapittelet.

#### **4.2.1 Relasjonen mellom kommuneledelsen og fastlegene**

Allerede i evalueringen av fastlegeordningen i 2005 ble det påpekt at relasjonen mellom kommuneledelsen og fastlegene så ut til å ha vesentlig betydning for stillingsstabiliteten blant fastlegene (19). Dette sammenfaller i betydelig grad med våre funn. Alle våre informanter, enten de var i kommuneledelsen eller var fastleger, påpekte viktigheten av samarbeid. Det var imidlertid stor forskjell mellom kommunene i hvor stor grad man hadde hatt noe særlig samarbeid og relasjon. I noen kommuner pekte partene på at fastlegeordningens strukturelle oppbygging med fastleger som autonome, selvstendig næringsdrivende enkeltaktører, var til hinder for godt samarbeid. Andre kommuner fokuserte på muligheter og klarte å etablere omfattende samarbeid i flere fora. Det var en tendens til at kommuner med fastlønnede leger eller leger med 8.2-avtaler hadde mer velfungerende samarbeid enn kommuner med ren næringsdrift. Det syntes også å være et betydelig sammenfall mellom langvarige, gode relasjoner og stillingsstabilitet. Vårt studiedesign og materiale er imidlertid ikke stort nok til å generalisere funnene eller komme med sikre konklusjoner – men tendensen var påfallende.

En studie fra Storbritannia fra 2017 viste også at slike faktorer som personlige relasjoner, gjensidig respekt og god dialog hadde stor betydning for trivsel og stabilitet hos allmennleger (39). Overnevnte funn bekreftes også i den nylig publiserte norske delrapporten i den store EU-finansierte tverrnasjonale studien «Recruit and retain – making it work» (21).

Vi mener derfor det er klare holdepunkter for at relasjon og samarbeid mellom kommunalledelse og fastleger har betydning for evnen til å rekruttere og beholde fastleger.

Hva kan kommunene så gjøre med dette? Først må man identifisere faktorer som er til hinder for at et slikt samarbeid og en slik relasjonsbygging finner sted. Deretter må man finne ut hva

man kan gjøre med dette. Til denne analysen er det nyttig å ta utgangspunkt i COM-B-modellen, som er utførlig beskrevet tidligere i oppgaven:

**Capability:** Dette dreier seg hovedsakelig om kunnskapsnivået i kommunen om fastlegeordningens avtaleverk og organisering, samt om fastlegenes arbeidsvilkår. Det dreier seg også om beslutnings- og gjennomføringsevne hos kommunale ledere.

Tiltak for å bedre «Capabilities» kan være å øke kunnskapsnivået hos kommunale ledere, samt ansette handlekraftige ledere.

**Opportunity:** Her dreier det seg om kommunens mulighetsrom økonomisk, samt holdninger og vilje til å utvikle relasjonen med fastlegene.

Tiltak for å bedre «Opportunities» kan være at det settes av en egen post i kommunalbudsjettet til drift og utvikling av fastlegeordningen, slik at ikke ethvert tiltak og forsøk på bedringer strander pga. mangel på penger, eller fordi man må «ta» pengene fra andre deler av helsebudsjettet. Disse midlene kan f.eks. brukes til å kjøpe legene fri fra sin praksis noen dager for å bidra i kommunalt planarbeid, eller å tilby leger som ønsker det fast ansettelse med fast lønn eller evt. 8.2-avtale.

Et annet tiltak kan være å sette av nok tid til jevnlig dialog, møter og ulike samarbeidsfora med fastlegene. Det er viktig å huske på at fastleger liksom annet personell, uavhengige av driftsform, trenger å føle seg sett, hørt og verdsatt, og trives med å få ros for jobben de gjør. En viktig suksessfaktor for å lykkes med alt dette, er at disse tiltakene har forankring til topps i kommunen – så vel administrativt som politisk, helt opp til rådmann og ordfører.

**Motivation:** Her dreier seg om ønske om- og evne til endring, og de forventninger man har til hverandre. For at «Motivation» skal finne sted, må «Capabilities» og «Opportunities» være på plass. Tiltak for å bedre «Motivation» vil sammenfalle med de tiltak som er nevnt under de andre punktene. I tillegg må man etablere en felles virkelighetsforståelse mellom kommune og fastleger om hvilke utfordringer man har, og hva som kan gjøres med dem.

#### **4.2.2 Arbeidsbelastning, herunder vaktbelastning**

Fastlegers ukentlige arbeidstid har i gjennomsnitt økt med 7 timer siden 2014, og en fastlege jobber i gjennomsnitt nesten 56 timer per uke. Over 80% av fastlegene jobber over arbeidsmiljølovens maksgrense på 40 timer per uke (17). Det er således hevet over enhver tvil at fastleger jobber mye, og mer enn før. Leger, og spesielt allmennleger, har nok i alle år hatt lang arbeidsuke, men det er flere faktorer som gjør dette enda mindre attraktivt enn før for især yngre leger. For det første har jo arbeidstiden økt fra 49 til nesten 56 timer per uke, som nevnt. For det andre ønsker flertallet av yngre leger, hvis flertall består av kvinner, mer

kontrollert arbeidstid slik at man får bedre tid til familie og fritid. Denne kombinasjonen – av økende arbeidstid og redusert lyst til overtidsarbeid – er helt åpenbart en viktig del av forklaringen på den rekrutteringsutfordring vi ser har vært de siste årene, og som ser ut til å bli verre. Sammenhengen mellom høy arbeidsbelastning er beskrevet flere steder i litteraturen. Abelsen beskrev dette utførlig i evalueringen av fastlegeordningen allerede i 2005 (19). Samme forfatter viste i en studie fra 2012 at kvinner ønsket å jobbe mindre, og var mindre risikovillige enn menn. Derfor var de også mer tiltrukket av fast lønn (20). Samme tendens viser seg i andre land, bl.a. ble dette vist i flere studier fra Storbritannia fra (51) (52). Tendensen sees også i USA, Canada og Australia (43). For de fleste fastleger er kontrollert arbeidstid vesentlig viktigere enn lønn, noe som også er vist i studien til Holte fra 2015 (23).

Alle disse beskrevne tendensene i litteraturen gjenfinnes i vårt materiale. Stort sett alle fastleger rapporterte om lange og intensive arbeidsdager, og betydelige problemer med å kombinere arbeid og familieliv. Det var likevel forskjeller mellom kommunene. En av fastlegene hadde byttet jobb fra en kommune med dårlig organisering og næringsdrift til en velfungerende kommune med 8.2-avtale. Hun beskrev forskjellen slik:

*«Det var jo en helt fundamental forskjell, hvor dagen bestod i å aldri ha lunsj og ha urinveisinfeksjon hver 3. måned for at det aldri var tid til noen ting og kjøre hjem mens en hylte til medbilister at de måtte kjøre fortere og ha puls bak øya liksom, og akkurat rekke barnehagen. Det var helt Texas. For eksempel der så er det jo kommunen som har definert seg bort fra sykehjemsoppgaven, og heller kalt det omsorgsbolig vegg-i-vegg med det som er sykehjemmet, og hvor de da trenger heldøgnspleie og det er i praksis en sykehjemsavdeling. I den forrige kommunen kostet de ikke på seg å ha tilsynslege, men hver enkelt i boligen skulle ha sin fastlege. Så det var jo chattetjeneste med PLO-meldinger fra de få pasientene som var der. Det var jo hver dag med oppdateringer av medisiner, og «kan vi sette på paracet?» og «kan vi ikke sette på paracet?», og da må du oppdatere medisinlister og faxe det, og det var helt utrolig mye sånn. Også var det mange sykebesøk som måtte gjøres der oppe som det ikke var tid til.»*



Overnevnte sitat understreker et viktig poeng: Alle fastleger jobber mye, og mer enn før, men måten kommunen organiserer helsetjenesten og fastlegeordningen på har stor betydning for hvordan fastlegenes arbeidsdag blir. De fleste fastlegene vi intervjuet uttrykte frustrasjon over at arbeidsmengden ble større fra år til år, og det var særlig ikke-kliniske oppgaver som økte. Det eneste legene selv kunne gjøre for å redusere arbeidstiden var å redusere listestørrelse og prøve å bli kvitt legevakter. Begge deler ble også gjort, men det kunne være utfordrende for kommunene å gi samtykke til listereduksjon når de fra før var i mangel av fastlegekapasitet.

Vi kan derfor med stor grad av sikkerhet slå fast at mange fastleger føler de har for mye å gjøre og for lange arbeidsdager, og at dette påvirker kommunenes mulighet til å rekruttere og beholde fastleger. Vi kan igjen benytte COM-B-modellen til å analysere mulige årsaker til at det er slik, samt skissere mulige tiltak for å avhjelpe situasjonen.

**Capability:** Her vil det dreie seg om kommunalledelsens kunnskap om fastlegenes arbeidshverdag, og hvilke faktorer som påvirker denne. Eksempelvis at det å flytte pleietrengende eldre fra heldøgnsbemannede sykehjem med egen tilsynslege til pleieboliger der det legefaglige faller på fastlegen. Det handler også om kommunens kunnskap om hvor mye legene faktisk jobber.

Aktuelle tiltak kan være å kartlegge arbeidsbelastningen blant kommunens fastleger og om dette oppfattes som problematisk, samt å gjøre konsekvensanalyser for hele helsetjenesten, inklusive fastlegene, ved ulike kommunale prioriteringer og beslutninger.

**Opportunity:** Det handler her om hvilke indre og ytre faktorer som er tilstede for å kunne bidra til at kommunens fastleger får kortere arbeidsuke. Dette vil trolig koste penger, noen ganger mye penger, derfor er det naturlignok en forutsetning at kommunen har økonomi til å gjennomføre endringer, og at dette blir prioritert av rådmannen og kommunens politikere. Videre handler det om kommunens kultur for å inkludere fastlegene i kommunen, og være villig til å bruke kommunale ressurser på dette. Her spiller systematisk samarbeid og dialog en avgjørende rolle.

**Motivation:** Som alltid kreves det at «capability» og «opportunity» er tilstede, for at det skal foreligge motivasjon og ønske om endring. For at dette skal finne sted, må kommunen og fastlegene ha sammenfallende interesse, og trolig må kommunen ha en viss kriseforståelse før de evt. vil bruke ressurser på dette. Det er viktig at fastlegene kommuniserer klart ut hva som er problemet, og hva de trenger. Kommunen må forstå at mindre arbeidspress gjør fastlegene mer tilfredse, og at dette kan bidra til høyere stillingsstabilitet.

### 4.2.3 Kommunenes handlekraft

Et moment som kom veldig klart frem i vårt materiale, var at kommunene hadde vidt forskjellig innstilling til hva de kunne gjøre for å avhjelpe rekrutteringssvikten til fastlegeordningen. Noen satt på gjerdet og mente ikke kommunen kunne gjøre annet enn å «øse en båt som lakk i bunnen» og håpe på at staten skulle ta ansvar og komme med en reform, mens andre satte seg i førersetet og gjorde betydelige investeringer og tiltak lokalt for å få stabilisert fastlegesituasjonen. Det er ingen grunn til å tro at det økonomiske handlingsrommet i de kommunene vi intervjuet var vesensforskjellige, så dette handler i høy grad om vilje til – og evne til å fatte beslutninger og satse.

Det er ikke mye publisert litteratur omkring dette, men Fisker viser i en kvalitativ studie fra Storbritannia i 2017 at vilje til offentlige investeringer er essensielt for å avhjelpe allmennlegenes økte arbeidsbyrde og stabilisere legedekningen (41). Dette må sees i sammenheng med at en passiv tilnærming kan medføre både problemer med å rekruttere nye leger, samt at de erfarne slutter. Dette er vist i studiet til Dale fra Storbritannia i 2015 (52), der 82% av engelske allmennleger vurderer å slutte i jobben i løpet av de neste 5 årene hvis det ikke skjer endringer. Lignende funn ble gjort i en stor Survey gjennomført av forskermiljøet ved NTNU («Trønderoppørret»), som viser at kun 32 % av norske fastleger i 2018 ser seg selv som fastleger om fem år gitt uendrede rammebetingelser og arbeidsvilkår. Dersom rammebetingelsene bedres øker denne andelen til 90 % (53).

Vi kan dermed med ganske stor grad av sikkerhet si at det må skje endringer, dersom man skal sikre fortsatt god legedekning i primærhelsetjenesten i hele Norge. Hvorvidt endringene/reformene skal skje på statlig eller kommunalt nivå kan alltid diskuteres, trolig vil begge deler være nødvendig. Men kommuner som velger å sitte på gjerdet i påvente av statlige reformer med signifikant virkning på enkeltkommunenivå – tar en stor sjanse. Abelsen og Brandstorp kommer i sin helt ferske rapport (21) med klare anbefalinger til kommunene med tanke på å rekruttere og beholde fastleger. Det bør drives kontinuerlig arbeid med dette, som skal bestå av følgende trinn:

- Planlegge
- Rekruttere
- Beholde

Ved planlegging anbefaler man systematisk kartlegging av befolkningens behov for tjenester og tilpasse tjenesten innhold til dette. Videre skal man planlegge hvem det er man ønske å rekruttere.

Ved rekruttering anbefales det å legge vekt på informasjonsdeling for å «snakke opp» kommunen overfor potensielle kandidater. Videre involvere lokalsamfunnet, inklusive kommuneledelse og kommunalpolitikere. Til sist anbefales det å gi støtte til potensielle fastlegers familie – altså at ektefellen finner seg jobb, og de har barnehage- og skoleplasser til sine barn.

Når det gjelder å beholde leger over tid, så beskriver rapporten dette som den vanskeligste delen. Konkret anbefales det å legge til rette for teambygging, enten ved fusjonering og sentralisering av mindre legekantor til et større, eller ved å legge til rette for regelmessig trening og tverrfagligsamhandling med andre, særlig i akuttmedisin. Det er videre viktig å gi fastlegene faglige utviklingsmuligheter, bl.a. ved å la de hospitere på lokalsykehuset. Man bør videre være raus med å tilby hospitering til medisinstudenter, ha turnuslege (LIS1) og satse på et strukturert spesialistutdanningsløp for legen som kommer. Man bør tenke langsiktig.

Hvis vi skal oppsummere utfordringene og mulige løsninger i en COM-B-modell, kunne det vært:

**Capability:** For dette tema vil «capability» dekket over kommunens kunnskaper og erkjennelse av at fastlegeordningen faktisk krever oppmerksomhet og ressurser, og at tiden da alt gikk av seg selv er fortid. Kommunen kan mangle kunnskaper om hvilke muligheter som finnes, og de kan ansette helseledere som mangler både kunnskap og mot til å utføre noe. Løsningen er å øke kunnskapsnivået blant kommunale ledere, samt ansette driftige helseledere.

**Opportunity:** Det hjelper ikke å være en driftig og handlekraftig leder, hvis du ikke har forankret beslutningene hos rådmannen, og hos kommunens politikere. For å gjennomføre endringer og ambisjoner kreves vedtak i de riktige fora, det kreves penger på kommunalbudsjettet, og det krever at alle trekker i samme retning.

Løsningen på dette blir nok å gjøre et grundig forarbeid, gode konsekvensanalyser og drive langsiktig lobbyvirksomhet opp mot nøkkelpersoner i kommunen.

**Motivation:** Kommunene må sørge for at «capability» og «opportunity» er etablert, også må både den administrative – og politiske ledelse i kommunen gi helseledelsen mandat til å være handlekraftig. Kommunale ledere må jo selv ha en forståelse av situasjonens alvor. En måte å øke motivasjonen på er jo å regne på alternativkostnadene – hvor mye koster det å dekke inn fastlegehjemlene med korttidsvikarer fra vikarbyråer?

#### 4.2.4 Økonomiske virkemidler og finansieringsmodeller

Slik fastlegeordningen er innrettet og organisert, er næringsdrift hovedmodellen. Da inngår hver enkelt fastlege en individuell avtale med kommunen om å få hjemmel til å drive som fastlege, og ellers har legen selv ansvaret for utstyr, lokaler, ansatte, interne rutiner, fraværdekning ved ferier og kurs, egen spesialistutdanning etc. En slik organisering gir høy autonomi for legen, og større mulighet til å påvirke egen inntekt. Imidlertid er det en risikabel modell, der legen må gjøre store investeringer helt i starten av karrieren, en livsfase som ofte innebærer en rekke andre store investeringer, f.eks. bolig, bil og evt. barn. Videre har selvstendig næringsdrivende ikke de samme sosiale rettigheter ved sykdom, barns sykdom, foreldrepermisjoner mm. Som selvstendig næringsdrivende har man som hovedregel arbeidsgiveransvar for helsesekretærer og evt. annet helsepersonell ved legesenteret, og må selv gjøre nødvendig investeringer i utstyr, interiør etc.

Denne tradisjonelle organiseringen var sterkt ønsket av Legeforeningen og allmennlegene selv da vilkårene ble fremforhandlet i forkant av innføringen av fastlegeordningen i 2001. Den gangen bestod allmennlegene av et stort flertall menn. Studien til Abelsen et al fra 2012 viste med tydelighet at det var en klar kjønnsgradient i hva slags avlønning legene foretrekker (20). Overordnet sett kan vi si at et flertall av menn ønsker høy autonomi, høy inntekt, mye arbeid og er villig til høy risiko. Da passer næringsdrift best. Kvinner, og en økende andel yngre menn, prioriterer imidlertid annerledes. Flertallet av disse prioriterer regulert arbeidstid, sosial sikkerhet og er lite risikovillige. De er villige til lavere inntekt for å få til dette. Nå som vi ser et generasjonsskifte i fastlegekorpset, kan vi litt tabloid si at et årskull eldre menn blir hvert år erstattet av et årskull yngre kvinner. Da blir prioriteringene annerledes.

Det er også viktig å si at det ligger en mellomløsning i rammeavtalens pkt 8.2 (7) såkalt 8.2-avtale, der kommunene kan bidra til drift av legesenteret i større eller mindre grad. Det kan være å eie bygningsmassen, stå som arbeidsgiver for personalet, dekke utgifter til alt medisinsk utstyr og IT-utstyr mm. Som motytelse må legene dekke kommunens utgifter, men det kan forhandles om redusert innbetaling. To av kommunene i vårt materiale hadde slike avtaler og hadde organiserte det slik at kommunen drev legekantoret mot at de også beholdt basistilskuddet. Fastlegen vil fremdeles være selvstendig næringsdrivende uten sosiale rettigheter som ansatt, men risikoen vil være vesentlig redusert og det vil som regel være

økonomisk gunstig for legen, da utgiftene ved å drive praksis oftest langt overstiger basisgodtgjørelsen. Videre kan legene i 8.2-kommuner i større grad fokusere på jobben som klinikere, og slipper drift av legesenteret.

Denne tendensen var helt entydig i vårt materiale. Kommuner som tilbød tradisjonell næringsdrift, fikk stort sett ikke kvalifiserte søkere, annet enn noen ganger en enkelt ved rent hell. Kommuner som hadde 8.2-avtaler eller fast lønn hadde en stabil ordning med kvalifiserte søkere til stillingene. Vårt materiale er slett ikke stort nok til å konkludere med at dette gjelder hele landet, men tendensen er entydig.

Det er likevel viktig å presisere at en del yngre leger ønsker seg den tradisjonelle næringsmodellen, og noen velger sågar fastlegeyrket nettopp pga. den autonomi det gir at man ikke har noen som skal bestemme over seg.

Det er også på det rene at den tradisjonelle næringsdriften er langt den billigste løsning for kommunene. Hele fastlegeordningen er da i hovedsak finansiert av staten og pasientene. Selv basistilskuddet, som utbetales av kommunene, dekkes indirekte av staten ved rammeoverføringer til kommunene. Dersom fastlegeordningen fungerer og man har nok kvalifiserte søkere til fastlegehjemlene, er dette åpenbart den mest attraktive modell for kommunen isolert sett. Ved fast lønn tar kommunen inn de refusjoner og egenandeler fastlegene genererer, mens de ansetter legen med de utgifter det innebærer i form av bruttolønn, arbeidsgiveravgift, KLP-pensjon, driftsutgifter til legekantorene, lønn og pensjon til sekretærene etc. Dette regnestykket vil ofte gå i minus for kommunen, selvsagt avhengig av hvor høy fast lønn legen får. Det vil nok være mange kommuner som vegrer seg for å gjøre noen endringer, da de er redde for kostnadene. I rapporten «Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen» fra mai 2018 laget av IPSOS for KS fremkommer det at sju av ti kommunene subsidierer fastlegeordningen utover grunnfinansieringen og at dette samlet anslås til 400 millioner (54).

Dersom en kommune f.eks. skulle konvertere 15 fastleger fra næringsdrivende til fastlønnede, ville de måttet kjøpe ut hver enkelt praksis – fort 1 million NOK per lege. I tillegg evt. oppkjøp av bygningsmassen, samt de overnevnte driftsutgifter.

Noen av kommunene vi intervjuet anerkjente fullt ut behovet for å gjøre noe, og skjønte det ville koste penger, men vegret seg i påvente av statlige reformer. De fryktet å skulle investere et større beløp i en lokal forbedring, som et år senere blir nullet ut av nasjonale endringer. Det er ingen tvil om at det må skje noe med fastlegeordningen hvis denne skal overleve, og en del av det som må skje må være på rammevilkårene – både når det gjelder økonomi, arbeidsmengde og arbeidsintensitet. Sannsynligvis må man i langt større grad enn i dag tilby 8.2-avtaler og faste stillinger til de leger som ønsker dette, samt bedre vilkårene for næringsdrift. Kanskje må man endre finansieringsmodell helt.

Det ligger utenfor denne oppgavens tema å vurdere hvilke nasjonale reformer som bør gjøres. Vår oppgave dreier seg om hva den enkelte kommune selv kan gjøre for å kunne rekruttere og beholde fastleger. Hvis vi setter årsaker og løsninger inn i en COM-B-modell, blir det som følger:

**Capability:** Her vil det nok en gang omhandle de kommunale helselederes kunnskaper om avtaleverket som regulerer fastlegeordningen, herunder hvilke muligheter som ligger i avtalen.

Tiltak for å bedre dette er at helseledelsen setter seg godt inn i avtaleverket. Det vil være avgjørende at kommunelederne ser mulighetsrommet i avtalene, og ikke bare begrensningene.

**Opportunity:** For at endringer og tiltak skal finne sted, må man ha penger satt av på kommunalbudsjettet og politisk vilje til å prioritere. Finnes det ikke forståelse og vilje til å prioritere, da vil mange endringsforsøk strande. I tillegg det åpenbare, nemlig at helselederne i kommunen selv har en forståelse for situasjonen og hvilke tiltak som er nødvendige.

Tiltak på finansieringssiden vil ofte kunne få signifikant betydning for kommunalbudsjettene, så det er her ekstra viktig å få med seg rådmann og politikere.

Tiltak for å bedre «opportunity» kan dels være grundig forarbeid og langsiktig nettverksbygging mellom kommunalledelsen på den ene siden og hhv. politikere og fastleger på den andre siden. Videre grundige forberedelser og lobbyvirksomhet for å få inn egne budsjettposter på kommunalbudsjettet.

**Motivation:** Dersom både kunnskaper og evner er på plass (capability), og det i tillegg foreligger indre og ytre rammebetingelser (opportunity), så er det motivasjonen for endring, og ønske om endring som er nøkkelfaktoren. Her er det ikke gitt at kommunalledelsen og fastlegene er på linje, de ser situasjonen fra forskjellige perspektiver.

Viktige tiltak for å bedre motivasjonen er at det er etablert et velfungerende og tillitsfullt samarbeid mellom kommunen og dens fastleger, slik at eventuelle tiltak er bredt forankret.

### **4.3 Implikasjoner av funn**

Våre funn gir sterke indikasjoner på at kommuner, spesielt kommuner som har en ustabil fastlegesituasjon, må være proaktive og gjennomføre lokale tiltak for å bedre situasjonen. Man har verken tid eller råd til å sitte på gjerdet og håpe på nasjonale reformer som i verste fall ikke kommer på flere år. Materialet vårt viser med stor tydelighet at langvarig relasjonsbygging og samarbeid mellom kommunalledere og fastleger, synes å ha en markant positiv effekt for kommunens rennommé blant fastlegekandidater, og dermed også effekt på hvor lett kommunen får ved både å rekruttere – og beholde fastleger. Denne viktige sammenhengen ble det allerede pekt på av Abelsen i 2005 under første evaluering av fastlegeordningen (19), og det er bemerkverdig at dette budskapet ikke synes å ha nådd kommunene i særlig grad, med hederlige unntak.

Kommunene må se mulighetsrommet i avtaleverket, og ikke fokusere på begrensningene. Hvorfor søker ingen å reforhandle de individuelle avtalene mellom fastlege og kommune? Hvorfor er det såpass få kommuner som ikke i høyere grad åpner opp for alternativer til selvstendig næringsdrift for de unge leger som ønsker det, i hvert fall mens de er i spesialisering (ALISer)? Hvorfor skjønner ikke kommunene at en ukontrollert vekst i arbeidsoppgaver og arbeidstid, slik Helsedirektoratets tidsbruksundersøkelse og Trønderopprørets undersøkelse så tydelig illustrerer, ikke er bærekraftig?

Det er åpenbart for denne oppgavens forfattere, at det ikke utelukkende er et kommunalt ansvar å utvikle fastlegeordningen. Det er stort behov for nasjonale reformer og statlige initiativ. I så måte kan man håpe på at det nylig reetablerte trepartssamarbeidet mellom Staten, KS og Legeforeningen kan bli et progressivt og handlekraftig forum. Det ligger dog utenfor denne oppgavens rammer å diskutere detaljer i hvilke statlige tiltak som kan være aktuelle. Det eneste som er sikkert er at det vil koste penger. Kommunene må imidlertid gjøre noe raskt. Man kan ikke la kua dø mens gresset gror.

Vi mener funnene i vår oppgave, sammen med eksisterende litteratur på området, tydelig staker ut en vei, og påpeker viktigheten av at kommunene sitter i førersetet, og ikke på lastepanet.

## **4.4 Styrker og svakheter**

### **4.4.1 Refleksivitet**

Forskning har som mål å formidle nøytral kunnskap. Det vil alltid være utfordringer i forhold til at egne holdninger og erfaringer vil kunne påvirke dette. En må være disse forholdene bevisst og etter best evne forsøke å unngå at det setter sitt preg på resultatene. Vi vil her redegjøre for noen av våre betraktninger rundt dette.

Som fastleger er vi begge godt kjent med fastlegeordningen og dens organisering. Gjennom vårt arbeid som tillitsvalgte på forskjellige nivå i Legeforeningen har vi også tilegnet oss bred kunnskap om utfordringsbildet og rekrutteringsvanskene. Det vil i en slik studie hjelpe oss til en bredere forståelse av saken, og raskere å kunne rette fokus mot de mest sentrale utfordringene, enn om temaet var helt ukjent. Kunnskapen gjør det også lettere å kunne utfordre intervjuobjektene på et mer detaljert nivå. Dette vil være en styrke, men har også den ulempen at vi, med vår kompetanse, vil ha større vansker med å stille med det Malterud (46) omtaler som «et åpent sinn», både i intervjuene og ved koding og tolkning av materialet, og man kan risikere å påføre resultatet et betydelig bias. Vi har derfor etter beste evne forsøkt å legge fra oss yrkes- og fagforeningstankegodset i arbeidet med denne oppgaven, men erkjenner at det ikke har vært en lett øvelse, og at det i kvalitativ forskning ikke er til å unngå at ens bakgrunn vil kunne påvirke funnene.

### **4.4.2 Utvalg**

Vi baserte vårt utvalg på VGs kartlegging av rekrutteringsutfordringene i fastlegeordningen (45). Det gikk et år fra deres publisering og til vi gjennomførte våre intervjuer. Det var derfor en risiko for at det hadde skjedd endringer i løpet av dette året i forhold til kommunenes utfordringer. VGs kartlegging var også basert på kommunens egne vurderinger av situasjonen og det var ingen garanti at kommunene hadde brukt skalaen likt. Grunnet oppgavens omfang måtte vi gjøre et begrenset utvalg av to clustre med totalt seks kommuner. Dette blir i nasjonal målestokk et svært begrenset utvalg samtidig som tre og tre kommuner lå i geografisk samme område. Utvalget speiler på ingen måte bredden i Norges kommuner.



Målet var heller ikke å få bredde kunnskap, men ved kvalitativ tilnærming med intervjuer og fokusgrupper kunne få dybdekunnskap om de aktuelle kommunene.

Flere av kommunene var små og med få leger. Det var utfordrende å rekruttere allerede travle fastleger til intervjuer og vi begrenset oss derfor til to fastleger pr intervju. Også dette viste seg imidlertid vanskelig i praksis. I tre av kommunen fikk vi bare intervjuet en av legene. Det ideelle hadde vært større fokusgrupper for å sikre at en fikk en større del av legenes vurderinger. Vi tror likevel det er en styrke at vi intervjuet legene og kommuneledelsen hver for seg, da vi lettere fikk frem ulike syn i gruppene enn om de hadde vært i samme fokusgruppe.

Ved å ta utgangspunkt i kommuner med forskjellig grad av rekrutteringsproblemer forventet vi å få en større bredde i svarmaterialet. Vi opplevde ved gjennomgang av materialet at selv med et så begrenset utvalg har vi fått belyst store forskjeller i hvordan kommunene forvalter sin fastlegeordning. Med et predefinert antall intervjuer og få informanter blir det umulig å få noe inntrykk av om en har nådd metning.

#### **4.4.3 Analyseramme**

Ved å bruke deduktiv metode og et predefinert rammeverk som COM-B kombinert med TDF, som er utviklet over tid på basert på en rekke tidligere teorier, vil vi sikre at vi dekker de fleste aktuelle temaene i vår koding. Vi valgte av praktiske hensyn å slå sammen noen av de opprinnelse TDF kategoriene til våre sju for å lette kodingen. Det kan være vi da mister noe informasjon grunnet denne forenklingen. Samtidig blir en ved bruk av et slikt kodeverk mer låst enn en vil være med en ren induktiv tilnærming.

#### **4.4.4 Validitet**

En kvalitativ undersøkelse vil aldri kunne gi generaliserbare data, men bredden i materialet vi fikk i intervjuene er nok gjenkjennelig for mange kommuner, og flere sliter nok med de samme utfordringene. Funnene våre går i samme retning som det vi har funnet i andre studier av temaet. Det er derfor ikke sikkert at en ved å inkludere flere kommuner hadde fått så forskjellige resultater.

#### **4.4.5 Transparens**

Intervjumal er vedlagt i appendix og metode er omtalt i eget kapittel.

# 5 Konklusjon og anbefalinger

## 5.1 Oppsummering

### 5.1.1 Bakgrunn

Det er godt dokumentert at vi i Norge ser at kommunene har tiltagende problemer med å rekruttere og beholde fastleger. Dette, som lenge hovedsakelig var et distriktsproblem, har nå utviklet seg til å bli et nasjonalt problem som også rammer de fleste store byer. Omfanget av problemene ble grundig kartlagt og presentert av VG i en forsidesak med etterfølgende artikkelserie fra 31. august 2017. Denne oppgavens forfattere har begge bakgrunn som fastleger og tillitsvalgte på ulike nivå i Legeforeningen, så VG-oppslaget og temaet som sådan falt oss naturlig å skrive om. Vi la merke til at det syntes å være flere clustre av kommuner i Norge, der nabokommuner på tross av lignende utfordringer med geografisk beliggenhet, hadde helt forskjellig grad problemer med fastlegedekning. Denne observasjonen ønsket vi å granske nærmere. Til dette valgte vi en kvalitativ tilnærming med dybdeintervjuer av helseledere og fastleger i to slike kommuneclustre á tre kommuner.

### 5.1.2 Resultater

Vi intervjuet i alt 20 nøkkelpersoner fra seks kommuner, hvorav tolv helseledere og åtte fastleger. Vi observerte en del likheter, og en del påfallende ulikheter mellom kommunene. Alle vi snakket med – så vel kommunale helseledere som fastleger – var enige om at vi var inne i en vanskelig tid som stadig forverret seg. Alle følte på disse utfordringene i sin hverdag, direkte eller indirekte. De fleste fastlegene bekreftet at arbeidstiden og arbeidspresset var gått betydelig opp de seneste årene, og helselederne anerkjente dette fullt ut. Det var også stor enighet mellom aktørene at det var behov for å gjøre noe med fastlegeordningen hvis ordningen skulle reddes. Alle aktører pekte på behovet for statlige initiativer, kommunene kunne ikke på sikt løse denne situasjonen uten statlig drahjelp. Imidlertid var det stor forskjell mellom kommunene hvordan fastlegeordningen ble organisert, herunder finansiering. Noen hadde fast lønn, noen hadde 8.2-avtaler og noen hadde helprivat næringsdrift. Det var i vårt materiale klart lettere for kommuner med hhv. fast lønn og 8.2-avtaler å rekruttere nye fastleger til kommunen.

Videre var det noen kommuner som hadde tatt store grep på egenhånd, for å bedre fastlegestabiliteten, noe som kostet penger. Andre kommuner syntes ikke det var noe de

kunne gjøre, og pekte på komplisert avtaleverk og på fastlegene som selvstendig næringsdrivende aktører.

Enkelte kommuner hadde langvarige tradisjoner for tett samarbeid med sine fastleger, mens i andre kommuner var fastlegene ansett som en ekstern aktør.

I vårt materiale var det helt klart slik at det var en bedre fastlegestabilitet i kommuner med et tett samarbeid med sine fastleger, og i kommuner der man hadde tatt aktive grep for å bedre fastlegeordningen i kommunen.

### **5.1.3 Konklusjoner**

Det er på det rene at fastlegeordningen er under stort press over det meste av landet, og de fleste er enige i at noe må gjøres hvis ordningen skal kunne levere helsetjenester av høy kvalitet i fremtiden. Det står ganske klart at en løsning på nasjonalt nivå på lengre sikt vil kreve initiativ og økonomiske midler fra staten. Det er likevel vårt klare syn at kommunene ikke kan sitte stille i båten og håpe på bedre tider. Kommunene er må sette seg i førersetet, og utvikle fastlegeordningen lokalt basert på behovet for akkurat sin kommune. En slik utvikling bør gjøres i nært samarbeid med kommunens fastleger.

Helsedirektoratets- (17) og Trønderopprørets (53) undersøkelser viser at fastleger jobber lange arbeidsuker, og man finner sterke holdepunkter både i disse undersøkelsene, samt i vår oppgave og internasjonal litteratur, for at dette påvirker fastlegenes trivsel negativt.

Vi ser i vårt materiale at en nøkkelfaktor for å lykkes, er langvarig samarbeid og relasjonsbygging mellom kommunen og fastlegene. Dette er kommunens hovedansvar, og kommunene bør sette av både tid og tilstrekkelig økonomiske ressurser til dette. Dette ser i seg selv ut til å være en viktig faktor for at fastlegene trives i kommunen, og det legger også grunnlaget for at andre tiltak skal kunne forankres og lykkes. Denne observasjon har vi også støtte av i eksisterende litteratur om emnet.

Kommunene bør ved rekrutteringsvansker kunne tilby leger som ønsker det fast lønn eller 8.2-avtaler. Tendensen blant yngre leger er tydelig – de ønsker mer kontrollert arbeidstid, mindre risiko og mindre administrative oppgaver.

Kommunene bør også arbeide aktivt for å redusere legenes totale arbeidsbelastning, for eksempel ved å redusere oppgaveoverføringer fra øvrig kommunal helsetjeneste, samt ved i ulike fora å jobbe aktivt mot oppgaveoverføringer fra spesialisthelsetjenesten til fastlegene.

En annen faktor er å slå sammen mindre legevakter til større, og organisere legevakten slik at vaktbelastningen på den enkelte lege reduseres.

Videre bør kommunene legge til rette for kortere pasientlister per fastlege og flere fastleger, og dette bør kompenseres økonomisk.

#### **5.1.4 Styrker og svakheter ved studien**

Vår bakgrunn som fastleger og tillitsvalgte i Legeforeningen kan både være en styrke og en svakhet. Dybdekunnskapen vi besitter gjorde det enklere å lage en relevant og poengtert intervjuomal, som tar for seg nøkkeltemaene av betydning for fastlegestabiliteten i kommunen. Det var også lett for oss å stille relevante oppfølgingsspørsmål. Da intervjuene skulle kodes, var god forkunnskap en fordel for å sette observasjonene inn i en større kontekst, og gjøre studien relevant for andre. Imidlertid kan vår forforståelse gjøre oss mindre åpne for observasjoner på tvers av det vi forventer, og det er en risiko for at vi dermed mister viktige poenger.

Forskningens generaliserbarhet/validitet er begrenset av studiedesignet. Kvalitativ metode gir dybdeinnsikt, men ikke breddeinnsikt, og man kan ikke generalisere funnene for våre seks kommuner til å gjelde alle norske kommuner. Det er imidlertid sannsynlig at en del av de overordnede problemstillinger oppgaven peker på også vil være relevant for andre kommuner.

Masteroppgavens tema er et tema med høy relevans, både blant politikere på nasjonalt- og kommunalt nivå, og blant befolkningen. Det er et mye omtalt tema de siste par årene, og det finnes begrenset med forskning på dette feltet.

## **5.2 Anbefalinger**

Vi vil til slutt driste oss til å gi noen anbefalinger basert på vår studie.

### **5.2.1 Anbefalinger til staten**

- Man bør sette inn tiltak på både kort og lang sikt
- Kommunene trenger økonomisk støtte for å få til lokale reformer
- Bruk trepartssamarbeidet konstruktivt, sats på bredt forankrede løsninger
- Tenk evolusjon fremfor revolusjon

### **5.2.2 Anbefalinger til kommunen**

- Ikke vent på staten, gjør noe selv
- Investere tid og penger på systematisk samarbeid med kommunens fastleger
- Få til bred forankring hos både politisk og administrativ ledelse før tiltak iverksettes
- Ha en egen budsjettpost i helsebudsjettet til involvering av fastleger i planarbeid og administrasjon av fastlegeordningen.
- Vær fleksibel med hvilke finansieringsmodeller man bruker. Ikke glem at man kan tilby 8.2-avtaler i forskjellige former og fast lønn innenfor dagens avtaleverk.
- Ikke glem at fastleger er som andre mennesker. De liker å bli sett, hørt og satt pris på. En positiv tilbakemelding kan redde en dårlig dag.

### **5.2.3 Anbefalinger til fastlegene**

- Se på kommunen som en partner, ikke en motpart.
- Vær konstruktiv, og ta konkrete initiativ til endringer, dersom du ser at dette er ønskelig.
- Prioriter å delta i kommunale prosesser og bidra med din unike kompetanse.

## 6 Litteraturliste

1. Lov om folketrygd (LOV-1997-02-28-19) [Internett]. 1997. Tilgjengelig på: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1997-02-28-19>
2. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (LOV-1999-07-02-61) [Internett]. 1999. Tilgjengelig på: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=Lov%20om%20spesialisthelsetjenesten>
3. Olsen JA. Principles in health economics and policy. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2017. xii+269.
4. Statistisk sentralbyrå. Forventet levealder ved fødsel [Internett]. ssb.no. Tilgjengelig på: <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/dode/aar/2018-03-12>
5. Folkehelseinstituttet. Norgeshelsa [Internett]. [sitert 25. januar 2019]. Tilgjengelig på: <http://www.norgeshelsa.no/norgeshelsa/>
6. SSB. Helseregnskap [Internett]. ssb.no. [sitert 25. januar 2019]. Tilgjengelig på: <https://www.ssb.no/nasjonaltregnskap-og-konjunkturer/statistikker/helsesat/aar/2018-03-14>
7. ASA 4310 Rammeavtalen mellom KS og Den norske legeforening om allmennpraksis i fastlegeordningen i kommunene [Internett]. [sitert 25. januar 2019]. Tilgjengelig på: <https://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Avtaler/Avtalearkiv/Naringsdrivende/Fastleger-KS/Rammeavtalen-mellom-KS-og-Den-norske-legeforening-om-allmennpraksis-i-fastlegeordningen-i-kommunene/>
8. Sosialdepartementet. St. meld. nr. 9 (1974—75) Om sykehusutbygging m.v. i et regionalisert helsevesen. [Internett]. [sitert 25. januar 2019]. Tilgjengelig på: [https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1974-75&paid=3&wid=b&psid=DIVL117&pgid=b\\_0059&s=True](https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1974-75&paid=3&wid=b&psid=DIVL117&pgid=b_0059&s=True)
9. Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978. *Development*. juni 2004;47(2):159–61.
10. Heen H, Johnsen E, Mo TO, Luraas H. Forsøk med fastlegeordning. Evaluering av et forsøk i fire kommuner. *AFIs Rapp*. 1996;2:96.
11. Sosial-og Helsedepartementet. St.meld. nr. 23 (1996-97) [Internett]. 1997 [sitert 25. januar 2019]. Tilgjengelig på: [https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/st-meld-nr-23\\_1996-97/id191061/](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/st-meld-nr-23_1996-97/id191061/)

12. ASA 4301 Statsavtalen [Internett]. [sitert 25. januar 2019]. Tilgjengelig på:  
<https://normaltariffen.legeforeningen.no/normaltariff.xsp?id=&kap=kap4.3>
13. SFS 2305 Sentral forbundsvis særavtale mellom KS og Den norske legeforening om vilkår for leger og turnusleger/LIS1 i kommunehelsetjenesten med arbeidsavtale, herunder leger i fastlegeordningen. [Internett]. [sitert 25. januar 2019]. Tilgjengelig på:  
<https://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Avtaler/Avtalearkiv/KS/SFS-2305/>
14. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. LOV-2011-06-24-30 [Internett]. 2011 [sitert 25. januar 2019]. Tilgjengelig på:  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
15. Forskrift om fastlegeordning i kommunene (FOR-2012-08-29-842) [Internett]. 2012 [sitert 25. januar 2019]. Tilgjengelig på: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842?q=fastlegeforskriften>
16. Abelsen B, Gaski M, Brandstorp H. Varighet av fastlegeavtaler. Tidsskr Den Nor Legeforening. 2015;135(22):2045–9.
17. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. Fastlegers tidsbruk [Internett]. Regjeringen.no. 2018 [sitert 25. januar 2019]. Tilgjengelig på:  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/fastlegers-tidsbruk/id2592992/>
18. Sæther AS. Landets største kommuner frykter fastlegekrise. VG [Internett]. 17. februar 2018 [sitert 23. februar 2019]; Tilgjengelig på: <https://www.vg.no/i/4d7Jjq>
19. Abelsen B, Bæck UDK, Norut NF. Lav stillingsstabilitet som utfordring for fastlegeordningen i Finnmark og Nord-Trøndelag: sluttrapport. Tromsø: NORUT samfunnsforskning Norut NIBR Finnmark; 2005. 119 s. (Rapport (NORUT samfunnsforskning : trykt utg.); bd. nr 06/05).
20. Abelsen B, Olsen JA. Does an activity based remuneration system attract young doctors to general practice? BMC Health Serv Res [Internett]. 2012;12(1). Tilgjengelig på:  
<https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84858375923&doi=10.1186%2f1472-6963-12-68&partnerID=40&md5=80173dda5bed124c05b645db88aa9016>
21. Abelsen B, Brandstorp H. Recruit & Retain – Making it Work Den norske case-studien [Internett]. Nasjonalt senter for distriktsmedisin; 2019 [sitert 25. januar 2019]. Tilgjengelig på: <https://www.nsdm.no/wp-content/uploads/2019/01/NSDM-rapport-Recruit-Retain-Making-it-Work-Den-norske-case-studien.pdf>
22. Gaski M, Abelsen B. Designing medical internships to improve recruitment and retention of doctors in rural areas. Int J Circumpolar Health. 2017;76(1).

23. Holte JH, Kjaer T, Abelsen B, Olsen JA. The impact of pecuniary and non-pecuniary incentives for attracting young doctors to rural general practice. *Soc Sci Med*. 2015;128:1–9.
24. Straume K, Shaw DM. Internship at the ends of the Earth—a way to recruit physicians. *Rural Remote Health*. 2010;10(1366):1–10.
25. Straume K, Shaw DMP. Effective physician retention strategies in Norway's northernmost county. *Bull World Health Organ*. 2010;88(5):390–4.
26. Aaraas IJ, Halvorsen PA, Aasland OG. Supply of doctors to a rural region: Occupations of Tromsø medical graduates 1979–2012. *Med Teach*. 2015;37(12):1078–82.
27. Ono T, Schoenstein M, Buchan J. Geographic Imbalances in Doctor Supply and Policy Responses. *OECD Health Work Pap*. 2014;
28. Verma P, Ford JA, Stuart A, Howe A, Everington S, Steel N. A systematic review of strategies to recruit and retain primary care doctors. *BMC Health Serv Res*. 12. april 2016;16:126.
29. Bärnighausen T, Bloom DE. Financial incentives for return of service in underserved areas: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2009;9(1).
30. Hewak M, Luong K. Rural physician recruitment and retention. *Univ West Ont Med J*. 2014;83(1):2.
31. Jones M, Humphreys JS, McGrail MR. Why does a rural background make medical students more likely to intend to work in rural areas and how consistent is the effect? A study of the rural background effect. *Aust J Rural Health*. 2012;20(1):29–34.
32. Playford D, Ngo H, Gupta S, Puddey IB. Opting for rural practice: the influence of medical student origin, intention and immersion experience. *Med J Aust*. 2017;207(4):154–8.
33. Ballard K, Laurence P. An induction programme for European general practitioners coming to work in England: Development and evaluation. *Educ Prim Care*. 2004;15(4):584–95.
34. Deutsch T, Hönigschmid P, Frese T, Sandholzer H. Early community-based family practice elective positively influences medical students' career considerations - A Pre-post-comparison. *BMC Fam Pract*. 2013;14.
35. Rabinowitz HK, Diamond JJ, Markham FW, Wortman JR. Medical school programs to increase the rural physician supply: a systematic review and projected impact of widespread replication. *Acad Med*. 2008;83(3):235–43.
36. Wenghofer EF, Hogenbirk JC, Timony PE. Impact of the rural pipeline in medical



- education: practice locations of recently graduated family physicians in Ontario. *Hum Resour Health*. 2017;15(1).
37. Jamieson JL, Kernahan J, Calam B, Sivertz K. One program, multiple training sites: does site of family medicine training influence professional practice location? *Rural Remote Health*. 2013;13(4).
  38. Lee J, Walus A, Billing R, Hillier LM. The role of distributed education in recruitment and retention of family physicians. *Postgrad Med J*. 2016;92(1090):436–40.
  39. Marchand C, Peckham S. Addressing the crisis of GP recruitment and retention: a systematic review. *Br J Gen Pr*. april 2017;67(657):e227–37.
  40. Lugo V, Mednick J. The effects of video advertising on physician recruitment to a family practice residency program. *Fam Med*. 1994;26(8):497–9.
  41. Fisher RFR, Croxson CHD, Ashdown HF, Hobbs FDR. GP views on strategies to cope with increasing workload: A qualitative interview study. *Br J Gen Pract*. 2017;67(655):e148–56.
  42. Glasser M, Hunsaker M, Sweet K, MacDowell M, Meurer M. A comprehensive medical education program response to rural primary care needs. *Acad Med*. 2008;83(10):952–61.
  43. Parlier AB, Galvin SL, Thach S, Kruidenier D, Fagan EB. The Road to Rural Primary Care: A Narrative Review of Factors That Help Develop, Recruit, and Retain Rural Primary Care Physicians. *Acad Med*. januar 2018;93(1):130–40.
  44. Young R, Leese B, Sibbald B. Imbalances in the GP labour market in the UK: Evidence from a postal survey and interviews with GP leavers. *Work Employ Soc*. 2001;15(4):699–719.
  45. Nærø AF, Sæther AS. Fastleger i Norge [Internett]. VG Nett. 2017 [sitert 25. januar 2019]. Tilgjengelig på: <http://www.vg.no/spesial/2017/fastleger/>
  46. Malterud K. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2011. 238 s.
  47. Michie S, van Stralen MM, West R. The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implement Sci IS*. 23. april 2011;6:42.
  48. Atkins L, Francis J, Islam R, O'Connor D, Patey A, Ivers N, mfl. A guide to using the Theoretical Domains Framework of behaviour change to investigate implementation problems. *Implement Sci*. 21. juni 2017;12(1):77.
  49. Atkins L, Hunkeler EM, Jensen CD, Michie S, Lee JK, Doubeni CA, mfl. Factors

- influencing variation in physician adenoma detection rates: a theory-based approach. *Gastrointest Endosc.* mars 2016;83(3):617-626.e2.
50. Helse-og omsorgsdepartementet. Gir 4,9 millioner ekstra til rekruttering av fastleger [Internett]. Regjeringen.no. 2018 [sitert 25. januar 2019]. Tilgjengelig på: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/gir-49-millioner-ekstra-til-rekruttering-av-fastleger/id2616424/>
  51. Lucas H, Hagelskamp C, Scammell A. Doctors becoming GPs: GP registrars' experience of medical training and motivations for going into general practice. *Educ Prim Care.* 2004;15(1):76–82.
  52. Dale J, Potter R, Owen K, Parsons N, Realpe A, Leach J. Retaining the general practitioner workforce in England: what matters to GPs? A cross-sectional study. *BMC Fam Pract.* 2015;16:140.
  53. Trønderopprøret. Fastlegeundersøkelsen 2018 [Internett]. 2018 jun [sitert 25. januar 2019]. Tilgjengelig på: <http://www.flo20.no/undersokelsen/>
  54. IPSOS. Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen [Internett]. KS; 2018 mai [sitert 25. januar 2019]. Tilgjengelig på: [http://www.ks.no/contentassets/2298eb066dda4eb5a7544706882a66a9/rapport---variasjoner-i-finansiering-av-fastlegeordningen\\_310518.pdf](http://www.ks.no/contentassets/2298eb066dda4eb5a7544706882a66a9/rapport---variasjoner-i-finansiering-av-fastlegeordningen_310518.pdf)

# 7 Vedlegg

## Vedlegg 1 Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjekt

### Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjektet

<b>Hvordan rekruttere og beholde fastleger i kommunen?</b>
--

#### Bakgrunn og formål

Vi er to studenter ved masterstudiet i helseadministrasjon ved Universitetet i Oslo som skal skrive masteroppgave. Vi har valgt å ta utgangspunkt i VGs kartlegging av rekrutteringssituasjonen for fastleger i alle Norges kommuner. Denne viser store forskjeller kommunene i mellom, også mellom tilsynelatende sammenlignbare kommuner. Hypotesen er at disse forskjellene ikke bare skyldes tilfeldigheter, men kan henge sammen med de virkemidler kommunene tar i bruk for å rekruttere samt beholde fastleger. Vi vil ta utgangspunkt i ”kommuneclustre”, der vi av VGs oversikt observerer store forskjeller mellom tre nærliggende kommuner når det kommer til rekrutteringsutfordringer til fastlegehjemlene.

#### Hva innebærer deltagelse i studien?

I hver av disse kommunene ønsker vi å intervju helsejef, kommunelege og tillitsvalgt samt siste oppstartede fastlege. Om fastlegeordningen i kommunen. Din kommune inngår i et av disse clustrene og vi ønsker derfor å gjennomføre intervju med deg for å samle data til vår oppgave. Vi vil ta for oss dagens situasjon, stabilitet, rekrutteringsarbeid og rammebetingelser for fastlegene. Vi vil bruke semistrukturerte intervjuer som er planlagt å vare ca. en time.

#### Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Alle intervjuer opptas til to lydtkilder: en diktafon, samt UiOs egen app, som lagrer lydfilene kryptert ihht gjeldende lovverk:

<http://www.uio.no/tjenester/it/applikasjoner/nettskjema/hjelp/tips-triks/diktafon.html>

Backup på diktafon slettes umiddelbart etter at man har sikret seg at den krypterte lydfilen er korrekt lagret. Når det gjelder de transkriberte intervjuer og/eller andre personsensitive skriftlige data, vil dette bli lagret og behandlet ihht nasjonalt lovverk og interne retningslinger ved UiO:

<http://www.uio.no/studier/eksamen/personvern-oppgaveskriving/>

Tilgang til rådata begrenses til oppgaveforfatterne (Nils Kristian Klev og Ole Henrik Krat Bjørkholt) og veileder. Kommuner vil i masteroppgaven bli anonymisert.

Prosjektet skal etter planen avsluttes i desember 2018. Datamaterialet vil anonymiseres ved prosjektslutt.

#### Frivillig deltagelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Dersom du ønsker å delta kan du svare på denne forespørselen. Har du spørsmål til studien, ta kontakt med Nils Kristian Klev mobil: 90025787 eller Ole Henrik Krat Bjørkholt mobil: 41173422.

Veileder for prosjektet er Eli Feiring (eli.feiring@medisin.uio.no)

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

Samtykke til deltagelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

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

## Vedlegg 2 Intervjugal

### Intervjugal

#### Dagens situasjon

Kan du fortelle litt om fastlegetjeneste i kommunen og litt om eget kontor?

- antall leger, kontorer, ansiennitet, fastlønn, næringsdrivende, kombimodeller, listelengde
- LIS1/turnusleger
- Annet kommunalt legearbeid; type, timetall, lønnsnivå
- Legevaktsarbeid, vaktklasse, antall i vaktsjiktet, tilstede-/hjemmevakt, bakvakt, reiseavstand, avlønning
- Arbeidstid. Kveld/helger.
- Helsesekretærer/annet personell per lege
- Ferier/kurs/avspasering
- Kollegial fraværdekning – organisering

Tenker du kommunen er attraktiv for nye søkere/fastleger?

#### Rekruttering

Opplever dere rekrutteringsutfordringer av fastleger i kommunen?

Føler du at graden av rekrutteringsutfordringer har endret seg de siste 5 år?

- antall søkere
- kvalifikasjoner
- språk
- spesialist
- trukket søknad

Hvilken form for plan eller strategi har kommunen utarbeidet i forhold til stabil legedekning og rekruttering?

- Involvering av fastleger
- Tiltak rettet mot turnuslegene (til fastlegehjempler)
- Utdanningshjempler ALIS
- Kommunens «egne» medisinstudenter
- Samarbeid med nabokommuner.

Hvordan tenker du deg at stabiliteten/rekrutteringen blir fremover?

Har du noen tanker om hva som kan gjøres for å påvirke dette?

Hvilke strategier er brukt for å rekruttere fastleger?

- Lønn, etableringstilskudd, tilrettelegging, veiledning etc.

Konkurransen fra omkringliggende kommuner. Hva tenker du/dere kan være mulig årsak?

## **Stabilitet**

Hvordan opplever du at fastlegene trives i kommunen?

Har dere opplevd utfordringer med å beholde fastleger over tid i kommunen?

- Mulig årsaker
- Ferie/avspasering
- seniorpolitikk
- videre- og etterutdanningsmuligheter inkl finansiering
- særlige betingelser
- veiledning nye kollegaer inkl finansiering
- listelengde
- lønnsnivå
- noen som planlegger å slutte

## **Samarbeid**

Hvordan opplever samarbeidet mellom kommunen og fastlegene her?

- Dialog/Konflikter

Hvilke samarbeidsarenaer har dere?

- ALU/LSU
- Andre møtepunkter
- Planarbeid

Hvordan er samarbeidet med øvrig helsetjeneste?

- HF
- Kommunehelsetjeneste

## **Ytre rammebetingelser**

**(arbeidstid, belastning, økonomi, veiledning)**

Hvordan oppleves kommunen?

- Geografisk lokalisering
- Kommunikasjon
- Kulturtilbud
- Barnehage
- Boligmarked
- Arbeidsmarkedet er for legens partner?

## Vedlegg 3 Godkjenning av NSD



Eli Feiring  
Postboks 1130 Blindern  
0318 OSLO

Vår dato: 05.06.2018  
ref:

Vår ref: 60848 / 3 / LAR

Deres dato: Deres

## Forenklet vurdering fra NSD Personvernombudet for forskning

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 22.05.2018. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>60848</i>	<i>Hvordan rekruttere og beholde fastleger i kommunen?</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Eli Feiring</i>
<i>Student</i>	<i>Nils Kristian Klev</i>

### Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet med vedlegg, vurderer vi at prosjektet er omfattet av personopplysningsloven § 31. Personopplysningene som blir samlet inn er ikke sensitive, prosjektet er samtykkebasert og har lav personvernulempe. Prosjektet har derfor fått en forenklet vurdering. Du kan gå i gang med prosjektet. Du har selvstendig ansvar for å følge vilkårene under og sette deg inn i veiledningen i dette brevet.

### Vilkår for vår vurdering

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet
- krav til informert samtykke
- at du ikke innhenter [sensitive opplysninger](#)
- veiledning i dette brevet
- Universitetet i Oslo sine retningslinjer for datasikkerhet

### Veiledning

#### Krav til informert samtykke

Utvalget skal få skriftlig og/eller muntlig informasjon om prosjektet og samtykket til deltakelse. Informasjon må minst omfatte:

- at Universitetet i Oslo er behandlingsansvarlig institusjon for prosjektet
- daglig ansvarlig (eventuelt student og veileder) sine kontaktopplysninger
- prosjektets formål og hva opplysningene skal brukes til
- hvilke opplysninger som skal innhentes og hvordan opplysningene innhentes

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

- når prosjektet skal avsluttes og når personopplysningene skal anonymiseres/slettes

På nettsidene våre finner du mer informasjon og en veiledende mal for [informasjonsskriv](#).

### **Forskningsetiske retningslinjer**

Sett deg inn i [forskningsetiske retningslinjer](#).

### **Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet**

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke [endringer](#) du må melde, samt endrings skjema.

### **Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet**

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#).

### **Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt**

Ved prosjektslutt 01.12.2018 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

### **Gjelder dette ditt prosjekt?**

#### **Dersom du skal bruke databehandler**

Dersom du skal bruke databehandler (ekstern transkriberingsassistent/spørreskjemaløseleverandør) må du inngå en databehandleravtale med vedkommende. For rådom hva databehandleravtalen bør inneholde, se [Datatilsynets veileder](#).

#### **Hvis utvalget har taushetsplikt**

Vi minner om at noen grupper (f.eks. opplærings- og helsepersonell/forvaltningsansatte) har [taushetsplikt](#). De kan derfor ikke gi deg identifiserende opplysninger om andre, med mindre de får samtykke fra den det gjelder.

#### **Dersom du forsker på egen arbeidsplass**

Vi minner om at når du [forsker på egen arbeidsplass](#) må du være bevisst din dobbeltrolle som både forsker og ansatt. Ved rekruttering er det spesielt viktig at forespørsel rettes på en slik måte at frivilligheten ved deltakelse ivaretas.

Se våre nettsider eller ta kontakt med oss dersom du har spørsmål. Vi ønsker lykke til med prosjektet!

Vennlig hilsen

Marianne Høgetveit Myhren

Lasse André Raa

Kontaktperson: Lasse André Raa tlf: 55 58 20 59 / [Lasse.Raa@nsd.no](mailto:Lasse.Raa@nsd.no)

## Vedlegg 4 Arbeidsdeling mellom forfatterne

Denne masteroppgaven er et resultat av et tett samarbeid mellom forfatterne. Vi er svært opptatt av emnet og har begge deltatt i alle delene av arbeidet.

Vi har hatt gode diskusjoner og kommet med innspill til hverandres deloppgaver underveis. I starten av arbeidet gjorde vi fysisk sammen og diskuterte forskjellige problemstillinger innen for temaet fastlegeordningen som kunne være utgangspunkt for en slik oppgave. Vi landet etterhvert på rekrutteringsutfordringene og valgte å ta utgangspunkt i VGs tidligere omtalte kartlegging. Prosjektskissen laget vi i fellesskap og den ble også grunnlag for samtykkebrevet for deltagelse i studien.

Etter en felles brainstorming utformet vi sammen et utkast til intervjuet som ble ferdigstilt etter innspill fra veileder. Nils Kristian tok videre ansvar for søknad til NSD og Ole Henrik sendte ut epost til utvalget av informanter. Intervjuene gjorde vi sammen og byttet på hvem som ledet og hvem som observerte. To av intervjuene måtte vi av rent praktiske årsaker ta hver for oss. Transkripsjonsarbeidet delte vi mellom oss. Veileder satt oss på ideen om COM-B og TDF som rammeverk. Etter å ha satt oss inn i dette forenklet vi det noe til vår egen kodingsnøkkel. Siste del av transkripsjonene ble gjort under en svært arbeidsintensiv hyttetur hvor også store deler av koding ble gjort. Da satt vi fysisk sammen og diskuterte oss frem til hvordan de forskjellige meningsbærende enhetene skulle kodes.

Litteratursøk gjorde vi også sammen under et kurs om dette på UiO og har hver for oss gått gjennom artiklene og diskutert resultatene opp mot egen oppgave.

Skrivningen videre har vi gjort i samarbeid og som regel sittet sammen. Vi avsatte rene arbeidsuker til dette arbeidet og fikk vikar til å dekke våre praksiser. Innledningsvis fordelte vi temaer innenfor de forskjellige kapitlene mellom oss og har underveis kommet med innspill til hverandres tekster og i fellesskap gjort det til sammenhengende tekst.