

# Ny ordning for spesialisering av allmennleger - hvordan forholder kommuner seg?

*En kvalitativ studie*

Madli Indseth



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

UNIVERSITETET I OSLO

September, 2019



# **Ny ordning for spesialisering av allmennleger - hvordan forholder kommuner seg?**

En kvalitativ studie

Madli Indseth

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

UNIVERSITETET I OSLO

September, 2019

© Madli Indseth

2019

Ny ordning for spesialisering av allmennleger – hvordan forholder kommunene seg?

Madli Indseth

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

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

# Sammendrag

Jeg ønsket å se nærmere på den nye ordningen for spesialisering av allmennleger i kommunene. Tidligere har fastlegene selv hatt ansvaret for å få gjennomført sin spesialisering i allmennmedisin. Fra 1. mars i år har kommunene fått et økt ansvar for spesialiseringen av allmennleger. Kommunene skal ha en overordnet utdanningsplan og har fått ansvaret for å lage utdanningsplan for den enkelte lege og legge til rette for at legen kan få gjennomført læringsaktiviteter for å oppnå obligatoriske læringsmål. Kommunen har også et omfattende ansvar i forbindelse med supervisjon og veiledning, og for dokumentasjon av oppnådde læringsmål. Jeg ønsket å få innsikt i hvordan noen av landets relativt store kommuner forholder seg til dette økte ansvaret.

Jeg benyttet kvalitativ metode. Jeg samlet primært inn data ved hjelp av fokusgrupper, men supplerte med individuelle intervjuer. Jeg rekrutterte informanter fra landets ti største kommuner, og fra Buskerud og Vestre Viken - området. Informantene mine er administrative ledere for allmennlegetjenesten og kommuneoverleger. Alle kommunene i min studie er relativt store, ingen av kommunene har under 10 000 innbyggere. Jeg benyttet tematisk analyse (Braun og Clarke, 2006) for å analysere mine data.

Kommunene i min studie ser at den nye ordningen for spesialisering av allmennleger kan gi bedre kvalitet i allmennlegetjenesten. De mener imidlertid at de nasjonale helsemyndighetene kunne gjort en bedre jobb forut for innføring av ordningen, og de opplever at det er krevende for kommunene å implementere den nye ordningen. Kommunene i min studie mener at hovedutfordringene er uklar informasjon og manglende avklaringer fra nasjonale helsemyndigheter, at det følger lite økonomi med ordningen og at ordningen ikke er godt nok forankret i egen kommune. De jobber likevel med løsninger for å implementere ordningen, men noen få kommuner velger foreløpig å avvente eller gjøre minst mulig. Et viktig poeng er at kommunene vurderer at *andre* utfordringer innen allmennlegetjenesten er større og viktigere enn selve innføringen av den nye ordningen, nemlig rekrutteringssvikt og manglende bærekraft i fastlegeordningen. Enkelte kommuner i min studie gir uttrykk for at sikring av fastlegeordningen med bærekraftige nasjonale rammer burde vært prioritert av nasjonale helsemyndigheter før innføringen av den nye ordningen for spesialisering av allmennleger.

Ut fra mine funn, ved en studie av noen av landets relativt store kommuner, kan det synes som om det kan være hensiktsmessig at nasjonale helsemyndigheter bruker noe mer tid på å utarbeide og planlegge reformer før de innføres. Hastverk og manglende avklaringer på viktige spørsmål ser ut til å være en hindring når det gjelder en vellykket innføring av den nye ordningen. Mine funn tyder også på at det kan være hensiktsmessig for nasjonale helsemyndigheter å se nærmere på hvordan kommunene høres. Kan det være muligheter for å få større kjennskap til den kommunale virkeligheten? Mine funn antyder at det vil være viktig for nasjonale helsemyndigheter å gjøre en god en god jobb, blant annet ved reformer og nye ordninger, ikke minst for å beholde en posisjon med, ikke bare formell makt, men også en posisjon der kommunene ser på dem som ekspertisen.

Innad i kommunene er det viktig med gode ansvarsforankringer ved endringsprosesser. Mine funn tyder på at manglende ansvars plassering er en hindring for hensiktsmessig innføring av reformen i flere av kommunene i min studie.

Den viktigste praktiske implikasjonen er det åpenbare; at det haster med å få på plass bærekraftige nasjonale rammer for fastlegeordningen. Dette er det viktigste nasjonale helsemyndigheter kan gjøre for å bedre kvaliteten i allmennlegetjenesten.

# Forord

Jeg vil takke medstudenter og forelesere på kull 32, Master i helseadministrasjon, for givende diskusjoner og ny innsikt.

Informantene i studien min, som velvillig stilte opp og engasjert delte sine erfaringer, fortjener takk.

Takk også til min arbeidsgiver som la til rette for at jeg kunne ta permisjon i forbindelse med oppgaveskriving, og en stor takk til dem som holdt fortet på jobben mens jeg var borte.

Jeg vil takke min veileder, Ivan Spehar, for fantastisk tilgjengelighet og fine tilbakemeldinger underveis i arbeidet.

Min søster Hedvik, som var kokk under skriveprosessen, vil jeg takke spesielt.

Først og sist vil jeg takke Offen og jentene mine, fordi de gir mening til det hele.

La Cala de Mijas, september 2019

Madli Indseth

# Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av problemstilling.....	1
1.2	Oppgavens problemstilling.....	2
1.3	Avgrensning av oppgaven .....	2
1.4	Oppbygging av oppgaven.....	3
1.5	Begrepsdefinisjoner .....	3
2	Bakgrunn, teori og empiri .....	4
2.1	Bakgrunn .....	4
2.1.1	Allmennlegene i kommunene – fastlegeordningen .....	4
2.1.2	Tidligere innretning - spesialisering av allmennleger .....	6
2.1.3	Innretning av spesialisering av allmennleger fra 1. mars i år.....	7
2.1.4	Informasjon til kommunene i forbindelse med ny ordning.....	8
2.2	Teori og empiri .....	9
2.2.1	Insentivteori. Prinsipal-agent-teorien .....	9
2.2.2	Organisasjoner i relasjon til deres omgivelser .....	10
2.2.3	Ledelse ved endringsprosesser .....	11
2.2.4	Kotters åtte steg for å lykkes med endringsprosesser .....	12
2.2.5	Nødvendige faser i en endringsprosess .....	13
2.2.6	Makt- og innflytelsesteori - maktbaser.....	13
3	Metode.....	15
3.1	Orienterende kartlegging av eksisterende forskning .....	15
3.2	Datainnsamling.....	16
3.2.1	Kvalitativ metode .....	16
3.2.2	Datainnsamling - fokusgrupper og individuelle intervjuer .....	16
3.2.3	Personvern. Vurdering fra NSD .....	17
3.2.4	Rekruttering av informanter .....	17
3.2.5	Samtykke.....	20
3.2.6	Gjennomføring av fokusgrupper .....	20
3.2.7	Gjennomføring av individuelle intervjuer.....	21
3.2.8	Om informantene.....	22
3.2.9	Håndtering og oppbevaring av datamaterialet .....	23



3.3	Dataanalyse.....	23
3.3.1	Teoretisk basis for analysen .....	23
3.3.2	Praktisk gjennomføring av analysen .....	24
4	Resultater.....	29
4.1	Muligheter for bedre kvalitet.....	29
4.1.1	Positivt med tettere oppfølging av den enkelte fastlege.....	30
4.1.2	Spesialisering for de kommunalt ansatte allmennlegene .....	31
4.2	Myndighetene kunne gjort en bedre jobb .....	31
4.2.1	Manglende kjennskap til den kommunale virkeligheten.....	31
4.2.2	Kommunene opplever ikke å bli hørt .....	32
4.2.3	Er ordningen lite gjennomarbeidet før innføring?.....	33
4.2.4	Noen kommuner gir uttrykk for oppgitthet .....	35
4.3	Krevende for kommunene å innføre ordningen.....	35
4.3.1	Manglende forutsigbarhet og sviktende beslutningsgrunnlag.....	35
4.3.2	Ikke god nok forankring innad i kommunen .....	36
4.3.3	Kommunene erfarer at det ikke følger økonomi med ordningen .....	37
4.3.4	Mye logistikk og administrasjon .....	38
4.3.5	Praktiske utfordringer ved planlegging av spesialiseringsløp.....	39
4.4	Kommunene jobber med løsninger.....	41
4.4.1	Kommunen rigger spesialistutdanningsløp .....	41
4.4.2	Noen (få) kommuner avventer, eller gjør minst mulig.....	44
4.5	Andre utfordringer er større og viktigere .....	45
5	Diskusjon.....	47
5.1	Hvilke aspekter ser ut til å være vellykket?.....	47
5.2	Kommunens hovedutfordringer.....	48
5.2.1	Manglende avklaringer og manglende ressurser .....	48
5.2.2	Manglende forankring innad i kommunene .....	49
5.3	Hva kunne myndighetene gjort annerledes?.....	49
5.3.1	Kjennskap til den kommunale virkeligheten.....	50
5.3.2	Gjennomarbeiding av ordningen.....	51
5.3.3	Tid til omstilling og forberedelser for kommunene .....	53
5.4	Nasjonale helsemyndigheters posisjon.....	54
5.5	Hvordan forholder kommunene seg? .....	55

5.6	Er andre utfordringer viktigere? .....	56
5.7	Praktiske implikasjoner .....	57
5.8	Metodiske refleksjoner .....	58
5.8.1	Kvalitativ metode – styrker og svakheter.....	58
5.8.2	Problemstillingens relevans.....	59
5.8.3	Metodevalg - fokusgrupper og individuelle intervjuer .....	59
5.8.4	Utvalg av kommuner - rekruttering av informanter .....	60
5.8.5	Valg av analysemetode, gjennomføring av analyse .....	61
5.8.6	Refleksjon rundt egen rolle .....	62
5.8.7	Etiske refleksjoner.....	63
5.8.8	Overførbarhet – ekstern validitet.....	63
6	Konklusjon .....	64
	Litteraturliste .....	65
	Vedlegg .....	68

# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn for valg av problemstilling

Jeg ønsket å se nærmere på den nye ordningen for spesialisering av allmennleger i kommunene. Tidligere har fastlegene selv hatt ansvaret for å få gjennomført sin spesialisering i allmennmedisin. Fra 1. mars i år har kommunene fått et økt ansvar for spesialiseringen av allmennleger. Kommunene skal ha en overordnet utdanningsplan og har fått ansvaret for å lage utdanningsplan for den enkelte lege og legge til rette for at legen kan få gjennomført læringsaktiviteter for å oppnå læringsmål. Kommunen har også et omfattende ansvar i forbindelse med supervisjon og veiledning, og for dokumentasjon av oppnådde læringsmål. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Jeg ønsket å få økt kunnskap om hvordan noen av landets relativt store kommuner forholder seg til den nye ordningen for spesialisering av allmennleger i kommunene.

At denne endringen nettopp har funnet sted, gjør problemstillingen aktuell, og gitt den korte tiden som er gått fra endringen, foreligger det ikke tidligere forskning på akkurat denne endringen. Det foreligger også svært lite nyere forskning på spesialistutdanning for allmennleger i Norge generelt. Den pressede situasjonen som fastlegeordningen i dag er i, gjør dette området ytterligere interessant. (EY og Vista Analyse, 2019).

Kommunene forholder seg stadig til reformer og endringer initiert av staten, med ulik tid til forberedelser og ulik grad av ressursmessige muligheter til å forholde seg til endringene. Jeg ønsket også å se om min forskning, i tillegg til å si noe om den nye ordningen for spesialisering av allmennleger, kunne antyde noe om dette temaet mer generelt.

Jeg håper funnene i denne oppgaven kan komme til nytte som orientering til kommuner og nasjonale helsemyndigheter, og som inspirasjon til refleksjon rundt hva som skal til for at reformer skal kunne innføres på en hensiktsmessig måte. Oppgaven vil også kunne belyse behovet for tilstrekkelige ressurser for å kunne administrere allmennlegetjenestene i kommunene.

## 1.2 Oppgavens problemstilling

Hovedproblemstilling:

- Ny ordning for spesialisering av allmennleger – hvordan forholder kommuner seg?

Delproblemstillinger:

- Hvilket **ansvar** oppfatter kommuner at de har fått i forbindelse med den nye ordningen?
- Hvilke muligheter opplever kommuner at de hadde til å **forberede seg** på den nye ordningen?
- Hvilke **endringer** har kommuner gjort for å tilpasse seg den nye ordningen?
- I hvilken grad opplever kommuner at den nye ordningen samsvarer med deres vurdering av **hensiktsmessighet**?

## 1.3 Avgrensning av oppgaven

Oppgaven tar sikte på å belyse hvordan kommunen ser på den nye ordningen for spesialisering av allmennleger. Informantene mine er administrative ledere for allmennlegetjenesten og kommuneoverleger. Jeg har valgt ikke å fokusere på allmennlegenes oppfatninger, selv om dette også er en interessant vinkling. Jeg har heller ikke sett på det statlige nivåets syn på endringen, ei heller på KS som interesseorganisasjon, ettersom jeg vurderte dette som for omfattende innenfor rammen av en masteroppgave.

Jeg har sett på relativt store kommuner. Jeg forventer ikke å kunne si hvordan alle norske kommuner forholder seg til endringen, men mener det vil likevel vil kunne være en overførbarhet til andre kommuner, og noen funn vil kunne være relevante også for kommuner av mindre størrelse.

Jeg har fokusert på hvordan kommunene forholder seg, og hvilke erfaringer og vurderinger de har gjort. Jeg har ikke brukt kvantitative metoder for å stadfeste endret ressursbruk eller andre eksakt målbare fenomener, men har vært opptatt av erfaringer, vurderinger og opplevelser. Dette vurderer jeg at gir et mer nyansert bilde, enn en kvantitativ tilnærming ville gitt. Funnene og refleksjonene kan komme til nytte til orientering og til refleksjon omkring dette temaet, selv om oppgaven ikke presenterer noen fasitsvar.

## 1.4 Oppbygging av oppgaven

I kapittel 2 presenterer jeg bakgrunnsopplysninger, relevant teori og empiri. I kapittel 3 presenterer jeg orienterende kartlegging av eksisterende forskning, metoden for innsamling av data, og hvordan analysen av de innsamlede data ble gjennomført. I kapittel 4 presenterer jeg mine funn. I kapittel 5 diskuterer jeg først mine resultater opp mot relevante teorier og empiri, og angir deretter mulige praktiske implikasjoner. Til slutt i kapittel 5 redegjør jeg for metodiske refleksjoner. I kapittel 6 konkluderer jeg.

## 1.5 Begrepsdefinisjoner

*Allmennleger* omfatter fastleger (selvstendig næringsdrivende og ansatte) og andre allmennleger: sykehjemsleger, fengselsleger, migrasjonsleger, helsestasjonsleger og legevaktsleger.

*LIS1* betyr leger i spesialiseringens første del, tidligere kalt turnusleger.

*ALIS* betyr leger i spesialisering i allmenntmedisin.

*LIS3* betyr leger i del tre av spesialiseringen. Når det gjelder allmennleger er LIS3 synonymt med ALIS.

## 2 Bakgrunn, teori og empiri

### 2.1 Bakgrunn

#### 2.1.1 Allmennlegene i kommunene – fastlegeordningen

Fastlegeordningen ble innført i Norge i 2001. Formålet med ordningen er: «å sikre at alle får nødvendige allmennlegetjenester av god kvalitet til rett tid, og at personer bosatt i Norge får en fast allmennlege å forholde seg til» (forskrift om fastlegeordning i kommunene, 2012, § 1). Fastlegeordningen er hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven (2011) og kommunen har dermed et lovbestemt ansvar for å sørge for en forsvarlig fastlegeordning.

En fastlege har en hjemmel fra kommunen til, og en avtale med kommunen om, å drive fastlegepraksis. Forholdet mellom kommunen og fastlegen er regulert av individuell avtale, rammeavtalen (ASA 4310) og særavtalen (SFS 2305), i tillegg til fastlegeforskriften og helse- og omsorgstjenesteloven. Fastlegene forholder seg også til helsepersonelloven (1999) og øvrig relevant lov- og regelverk.

Fastlegene har ansvar for sin egen liste med pasienter. Ved innføring av fastlegeordningen kunne kommunen stille vilkår om at den enkelte fastlege skulle påta seg ansvar for 1500 personer ved et fulltids kurativt årsverk (normtallet) (EY og Vista Analyse, 2019). Antall pasienter på fastlegenes lister har vært ganske uendret på gjennomsnittlig 1200, siden innføringen av fastlegeordningen (Grimsmo, 2015).

Noen relativt få fastleger er kommunalt ansatte, de aller fleste er selvstendig næringsdrivende, nær 95% i 2014 (Helsedirektoratet, 2014a). En selvstendig næringsdrivende fastlege får inntekter fra tre kilder: tilskudd fastsatt av staten ut fra antall pasienter på listen, såkalt per capita-tilskudd, aktivitetsbaserte refusjoner fra staten og aktivitetsbaserte egenandeler fra pasientene. Fastlegen, som selvstendig næringsdrivende, er selv ansvarlig for alle utgifter. Dette gjelder for eksempel utgifter til hjelpepersonell, lokaler, IT-utstyr, medisinskteknisk utstyr og forbruksartikler. Fastlegene er avhengig av en relativt høy inntjening for å håndtere de løpende utgiftene (Hatlebakk mfl., 2016).

De senere årene er fastlegeordningen kommet under økende press. Utfordringer med rekruttering av fastleger har eksistert også tidligere. Det er også problemer med bærekraften i fastlegeordningen i sammenlignbare land – Danmark, Nederland og Finland. Der er det, som i Norge, utfordringer med rekruttering og stabilitet i vanskeligstilte områder i større byer og i utkantstrøk (Grimsmo, 2015). I Norge har denne utfordringen tiltatt de siste årene (EY og Vista Analyse, 2019).

I primærhelsemeldingen (St.meld. nr. 26 (2014–2015)) presenterer staten ulike tiltak for å oppnå bedre primærhelsetjenester og å avlaste fastlegene, blant annet primærhelseteam og innføring av avanserte kliniske sykepleiere.

I september i år kom rapporten med evaluering av fastlegeordningen fra EY og Vista Analyse på oppdrag fra Helsedirektoratet, på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet (EY og Vista Analyse, 2019). Evalueringen søker å svare på om fastlegeordningen hatt ønsket effekt, hvordan endrede rammebetingelser har påvirket ordningen sett fra ulike ståsted og i hvor stor grad dagens rammebetingelser er bærekraftig med tanke på dagens og fremtidens behov for allmennlegetjenester til befolkningen. Evalueringen fremholder at fastlegeordningen har hatt ønsket effekt på mange måter. Det har gitt god legedekning. Når det gjelder rammebetingelser og bærekraft, er fastlegeordningen under press. Fastlegene rapporterer at arbeidsbelastningen har økt de siste 3-5 år, en betydelig andel opplever belastningen som u håndterbar og har en følelse av å ikke få gjort det de skal. Halvparten av de fastlegene som opplever størst belastning, sier at de har redusert livskvalitet og frykter at de ikke får sørget for god nok kvalitet for pasientene sine. Det påpekes at fastlegene har fått nye oppgaver og større oppgavevolum på grunn av samhandlingsreformen, institusjonsnedbygging og økte forventninger i befolkningen, inkludert elektronisk tilgjengelighet. Flere eldre med flere sykdommer gir en krevende koordinatorrolle. Rapporten fremholder at en større andel av fastlegene oppgir å være på vei ut enn ved tidligere undersøkelser. Færre blant LIS1-legene, legestudentene og legene i fastlegevikariatet ønsker å bli fastlege. Det oppgis at barrierene er økonomisk utrygghet, mangel på sosiale ordninger og stor arbeidsbelastning. Dette oppgis å ikke bare skyldes et generasjonsskifte, men samfunnsutviklingen, der man har andre preferanser og krav enn tidligere. Majoriteten av LIS1-legene og legestudentene kunne tenke seg fast ansettelse under spesialisering, omtrent 1/3 kunne tenke seg fast ansettelse når de er ferdige med spesialisering. Evalueringen påpeker også at rammebetingelsene, insentivsystemet og mangel på tid, gjør at samhandling om enkeltpasienter prioriteres fremfor

arbeid på systemnivå. Det er vanskelig å prioritere svake grupper, ettersom det er mer økonomisk lønnsomt med mange raske konsultasjoner, fremfor færre, lange konsultasjoner. Evalueringen viser også at en stor andel av kommunene subsidierer fastlegeordningen med ulike typer «ekstrafinansiering» ut over det som ligger i de nasjonale rammene. Rekruttering av fastleger er nå også vanskelig i store kommuner, dette er noe nytt de siste årene. Rapporten konkluderer med at det er behov for å få flere fastleger inn i ordningen, og at fastlegen må avlastes med oppgaver, ellers er det sannsynlig at enda flere allmennleger går ut av yrket, at færre kommer inn og at forutsetningene for at fastlegeordningen skal fungere som ønsket ikke vil være tilstede. Forøvrig rapporteres det også at det er behov for at kommunen er tettere på fastlegene.

Denne evalueringsrapporten var ikke kjent for informantene da jeg gjennomførte min datainnsamling våren 2019, men rapporten speiler nok likevel en erkjennelse som allerede *da* var tilstede blant allmennlegeadministrasjonen og kommuneoverlegene i kommunene. Den pressende situasjonen i fastlegeordningen er et vesentlig bakteppe når jeg skal se på ordningen for spesialisering av allmennleger i kommunene.

De senere år er det en tendens i de store kommunene til at allmennleger ansettes i store stillinger, særlig på sykehjem, men også på helsestasjon og i andre kliniske stillinger, som migrasjonslege, fengselslege, ruslege. Slik er det etter hvert blitt et relativt stort antall allmennleger som ikke er fastleger, særlig i de store kommunene.

### **2.1.2 Tidligere innretning - spesialisering av allmennleger**

Allmennmedisin ble en spesialitet på linje med andre legespesialiteter i 1985. Det var krav om resertifisering hvert 5. år. Per 2014 var omtrent 60 % av allmennlegene i Norge spesialister, og anslagsvis 20-25 % var i et spesialiseringsløp (Helsedirektoratet, 2014a). I den gamle ordningen er det, i tillegg til turnus, krav om 4 års arbeid som allmennlege i åpen, uselektert praksis og ett års sykehustjeneste. Det er i tillegg omfattende krav til teoretisk utdanning, med både obligatoriske og valgfrie kurs, og systematisk veiledning i grupper, med skolerte veiledere (Legeforeningen, 2016). Legeforeningen står i stor grad for den teoretiske delen av utdanningen, med egne kurskomitéer i regi av allmennlegeforeningene. Det er nasjonale rammer for innholdet.



Før 1. mars i år hadde fastlegene selv ansvaret for å få gjennomført sin spesialisering i allmennmedisin. Som nevnt, er fastlegene avhengig av en relativt høy inntjening for å håndtere de løpende utgiftene i praksisen. Fravær i forbindelse med kurs og veiledning under spesialisering er derfor en økonomisk belastning, ettersom fastlegen ikke får inntekter i perioden, ut over per capita-tilskuddet, samtidig som utgiftene løper.

Kommunens rolle overfor selvstendig næringsdrivende fastleger før 1. mars i år var tilbaketrasket. Kommunen forutsatte at fastlegen hadde kollegial fraværdekning ved fravær i forbindelse med kurs, veiledning og annet. Kommunen skulle godkjenne permisjon når legen skulle ta sykehusåret, fastlegene skaffet selv vikar. Kommunenes kapasitet til å administrere fastlegeordningen varierer og avhengig av denne varierer kommunens tilnærming (Agenda Kaupang, 2016). Noen kommuner hadde kanskje ikke full oversikt over hvilke leger som var i permisjon, mens andre hadde et mer aktivt forhold til spesialisering og hadde for eksempel ferdig eller påbegynt spesialisering som krav i utlysningstekst til ny hjemmel.

Kommunalt ansatte allmennleger hadde tidligere ikke mulighet til å gjennomføre spesialisering. Først i 2016 ble tjeneste på sykehjem godkjent som tellende tjeneste i inntil to år som ledd i spesialiseringen i allmennmedisin. I 2017 ble det både mulig og obligatorisk å være i spesialisering for leger i alle allmennlegestillinger (forskrift om kompetansekrav for leger, 2017). De kommunalt ansatte allmennlegene fikk da inntil to år tellende fra sin kommunale allmennlegestilling, men trengte i tillegg to år i fastlegepraksis og ett år på sykehus.

### **2.1.3 Innretning av spesialisering av allmennleger fra 1. mars i år**

I september 2017 trådte også den nye spesialistforskriften i kraft og de første legene startet i spesialisering etter den nye ordningen (spesialistforskriften, 2016). Forskriftsendringene vedrørende spesialisering i allmennmedisin (Endr. i spesialistforskriften, 2018) ble gjort gjeldende fra mars 2019, når de første legene som har påbegynt nytt opplegg for spesialisering ble ferdig med LIS1 (tidligere turnustjeneste) og begynte med videre spesialisering i allmennmedisin. Kommunene fikk med dette et økt ansvar for spesialiseringen av allmennleger i kommunene.

Hovedmomentene i endringene er at kommunene, som registrerte utdanningsvirksomheter, får ansvar for å legge til rette for spesialistutdanningen av allmennlegene i kommunene.

Kommunene skal utarbeide en plan for spesialistutdanningen. De skal legge til rette for helhetlige utdanningsløp og legge til rette for læringsaktiviteter slik at legene kan oppnå de obligatoriske læringsmålene. Kommunene skal dokumentere hvordan arbeidet med spesialistutdanningen er organisert og hvordan ansvaret er plassert i virksomheten.

I forhold til den enkelte lege, omfatter kommunenes ansvar å sørge for at det utarbeides en individuell utdanningsplan og å legge til rette for at utdanningen kan skje etter planen.

Kommunene skal å legge til rette for at legen får nødvendig veiledning og supervisjon, de skal oppnevne en individuell veileder og skal utstede bekreftelse på gjennomført praktisk tjeneste.

Kommunen skal også bidra til helhetlige utdanningsløp på tvers av kommuner, private aktører, andre aktuelle aktører og læringsarenaer i spesialisthelsetjenesten. De skal bidra til samarbeid med andre kommuner for å oppnå en samordnet og harmonisert utdanning på tvers av kommunegrenser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019).

#### **2.1.4 Informasjon til kommunene i forbindelse med ny ordning**

Helsedirektoratet leverte i 2014 forslag til ny spesialitetsstruktur i samfunns- og allmennmedisin til Helse- og omsorgsdepartementet (Helsedirektoratet, 2014b). Her ga Helsedirektoratet råd om endringer i spesialistutdanningen, men økt ansvar til kommunene var ikke et sentralt tema i rapporten.

I 2017 kom en rapport om spesialistutdanningen i allmennmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin (Helsedirektoratet, 2017). Her kunne kommunene se de første konturene av hvilke endringer som muligens ville komme.

I mars 2018 kom høringen: *Høring - regulering av spesialistutdanning i allmennmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin i spesialistforskriften* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Her kunne kommunene se noen grunnleggende forutsetninger, men ikke konkret hva som ble kommunens oppgaver, forutsatt at forskriften gikk gjennom uten store endringer etter høring.

I juni 2018 informerte Helsedirektoratet, i brev til alle landets kommuner (Helsedirektoratet, 2018), om forslagene som lå inne til ansvar og oppgaver for kommunene i forbindelse med ny ordning for spesialisering av allmennleger. Dette var ikke besluttede endringer, ettersom

høringsfristen for endringene i spesialistforskriften var senere samme måned (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018).

Forskriftsendringen i spesialistforskriften som beskrev kommunenes ansvar for spesialisering av allmennleger, ble kunngjort 19.12.2018 (Endr. i spesialistforskriften, 2018). Kommunene fikk da vite hvilket ansvar de skulle ha for spesialiseringen av allmennleger. Forskriften inneholder ikke konkret informasjon om praktikalitetene i den nye ordningen.

30. januar 2019 gjennomførte Helsedirektoratet en konferanse for å informere om ny ordning for leger i spesialisering i allmenntmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin. Imidlertid var ikke de elektroniske systemene for registrering av læringsmål, elektronisk system for utdanningsplaner eller veileder til forskrift klare.

1. mars 2019, da forskriftsendringen trådte i kraft, kom rundskrivet *Spesialistforskriften med kommentarer* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Her fikk kommunene mer konkret informasjon om hva den nye ordningen innebar. Fortsatt var praktiske spørsmål vedrørende supervisjon, veiledning og sykehustjeneste uavklart.

I månedene etter innføring av den nye ordningen, har Helsedirektoratet lagt ut gradvis fyldigere, og mer samordnet, informasjon på sine nettsider (Helsedirektoratet\*).

## **2.2 Teori og empiri**

### **2.2.1 Insentivteori. Prinsipal-agent-teorien**

Et insentiv er noe som motiverer eller oppmuntrer noen til å gjøre noe, eller en betaling eller konsesjon for å stimulere til økte resultater eller investeringer (Oxford dictionary, 2019). Et insentiv kan blant annet være juridisk eller økonomisk. Et juridisk insentiv kan, for eksempel, være lover og forskrifter. Et økonomisk insentiv kan, for eksempel, være finansieringssystemer, lønssystemer, skatter eller avgifter.

Prinsipal-agent-teorien er en utbredt modell innenfor insentivteori, selv om den har sine begrensninger (Eisenhardt, 1989). Teorien tar utgangspunkt i at en prinsipal delegerer oppgaver og myndighet til en agent. Teorien forutsetter at prinsipalen og agenten har ulike mål og forutsetter, litt forenklet, at agenten ønsker å gjøre minst mulig og tjene mest mulig.

Teorien forutsetter at det foreligger en «moral hazard» («moralsk fare»), det vil si at agenten vil ta snarveier og forsøke å lure prinsipalen. Den forutsetter også at prinsipalen har begrenset informasjon om agentens aktiviteter, og eventuelt også resultat. Prinsipalen må derfor inngå en kontrakt med agenten. Kontrakten må bestå av ulike virkemidler, insentiver og eventuelt kontrollmekanismer, for at prinsipalen kan påvirke agenten til å handle slik prinsipalen ønsker.

Teorien kan være anvendelig i insentivanalyse, for å analysere hvilke insentiver som ligger i en reform og hvordan ulike insentiver virker, men har sine åpenbare svakheter. Ofte vil agenter og prinsipaler ha ganske sammenfallende mål, ettersom agenten ikke nødvendigvis bare ønsker å gjøre minst mulig og tjene mest mulig, men kanskje også er preget av profesjonalisme og normer, og har et mer ideelt mål om å gjøre noe bra. En annen innvending mot teorien, er at agenten gjerne har flere ulike oppgaver og eventuelt også flere ulike prinsipaler, slik at forholdet mellom insentiver og utfall ikke er lineær.

### **2.2.2 Organisasjoner i relasjon til deres omgivelser**

Jacobsen og Thorsvik (2016) skriver i boken *Hvordan organisasjoner fungerer* blant annet om organisasjoner i relasjon til sine tekniske og institusjonelle omgivelser. Alle organisasjoner er avhengige av ressurser fra sine omgivelser, for eksempel penger og arbeidskraft, i tillegg til at de oftest er avhengige av oppslutning og legitimitet. Denne avhengigheten av omgivelsene skaper usikkerhet ved at det gir uforutsigbarhet. Usikkerheten utgjøres av forskjellen mellom den informasjonen man trenger for å fatte en beslutning, eller gjøre en oppgave, og den informasjonen man har.

En organisasjons omgivelser kan teoretisk deles i tekniske og institusjonelle omgivelser. De tekniske omgivelsene omfatter de faktorene som direkte påvirker hvordan organisasjonen løser sine oppgaver, for eksempel ressurstilgang, teknologi eller etterspørsel etter et produkt. De institusjonelle omgivelsene viser til verdier, normer og forventninger i omgivelsene som påvirker hvordan organisasjonen oppfattes i omgivelsene. De institusjonelle omgivelsene kan deles i tre søyler: regulativ, normativ og kognitiv, ut ifra hva som er grunnlaget for omgivelsenes institusjonelle press mot organisasjonen. Regulativ søyle viser til lov- og regelverk som regulerer organisasjonen. Normativ søyle viser til hvilke forventninger omgivelsene har til organisasjonen når det gjelder hvilke verdier organisasjonen legger til

grunn. Kognitiv søyle omhandler hvordan organisasjoner innenfor samme område utvikler felles meninger om hvordan ting bør gjøres. Man tar da for gitt at det er slik det bør gjøres, uten noe regulativt eller normativt grunnlag.

Ulike organisasjoner er i ulik grad er påvirket av henholdsvis tekniske og institusjonelle omgivelser. Banker og sykehus er eksempler på organisasjoner som er sterkt påvirket av både tekniske og institusjonelle omgivelser, mens, for eksempel, mindre produksjonsbedrifter ansees å være sterkt påvirket av sine tekniske omgivelser, men lite av institusjonelle omgivelser.

Jacobsen og Thorsvik (2016) angir fire ulike strategier som organisasjoner bruker for å håndtere institusjonelle omgivelser: *reell konformitet*, der organisasjonen reelt tilpasser seg nye krav, *tilsynelatende konformitet*, der organisasjonen tilsynelatende tilpasser seg nye krav, men i virkeligheten gjør noe annet, *motstand og forhandling* og *omdømmebygging og omdømmehåndtering*. I forhold til tilsynelatende konformitet, påpeker de at organisasjoner gjerne må forholde seg til både institusjonelle og tekniske omgivelser, og at disse i enkelte tilfeller kan være i konflikt med hverandre. Da kan organisasjonen prioritere å tilpasse seg de tekniske omgivelsene, samtidig som den også gir uttrykk for å ha tilpasset seg krav og forventninger fra omgivelsene, uten å reelt sett ha gjort dette fullt ut.

### **2.2.3 Ledelse ved endringsprosesser**

Ledelse er en spesiell adferd i den hensikt å påvirke andres tenkning, holdning og adferd. Ledelse er knyttet til målrettet påvirkning slik at de ansatte jobber mot organisasjonens målsetninger (Jacobsen og Thorsvik, 2016). Det er tre sentrale aspekter ved ledelse. For det første innebærer ledelse handlinger. For det andre er hensikten med ledelse å få andre til å gjøre noe. For det tredje skal ledelse bidra til at organisasjonen når sine mål.

Ledelse av endringsprosesser er et viktig aspekt ved ledelse. En organisasjon representerer grunnleggende stabilitet og forutsigbarhet. Endring innebærer manglende stabilitet og forutsigbarhet og står i et motsetningsforhold til organisasjonens stabile natur. For å skape endring må man derfor komme rundt de organisatoriske forhold som skaper stabilitet.

Lederne, som har de minst spesialiserte oppgavene innenfor organisasjonen, er de som må sørge for endring. Derfor er en av lederens viktigste oppgaver endring av organisasjonen (Jacobsen og Thorsvik, 2016).

## 2.2.4 Kotters åtte steg for å lykkes med endringsprosesser

Kotter (1995) presenterte åtte steg for å lykkes med endringsprosesser i en organisasjon. Disse åtte stegene er:

1. etablere en følelse av behov for endring og at det haster, ved å identifisere en (potensiell) krise eller stor mulighet
2. etablere en sterk gruppe som kan vise vei. Dette kan være aktører innenfor og utenfor egen organisasjon
3. formuler en klar visjon og lag en strategi for å nå denne
4. kommuniser denne visjonen til hele organisasjonen
5. fjern hindringer og gjør folk i stand til å arbeide på nye måter, f.eks. endring i systemer, strukturer
6. planlegg for, og lag, seire etter kort tid, ved å planlegge for synlige fremskritt og anerkjenne ansatte som deltar i forbedringene
7. konsolidere fremskrittene og få til enda mer endring, ved å befestede endringene i nye strukturer og prosesser
8. institusjonaliser nye fremgangsmåter, ved å uttale sammenhengen mellom de nye måtene å gjøre ting på og suksessen som er oppnådd. Endringen må forankres i ny organisasjonsstruktur

Kotter (1995) peker i sine åtte steg for vellykket endring på nødvendigheten av å etablere en forståelse av at endring er nødvendig. Dette er en forutsetning for å få medarbeiderne med på en endring. Videre kan det være lurt å benytte seg av såkalte *change agents*, ansatte som er kulturbærere og som kan gå foran med et godt eksempel. Det er viktig å ha en visjon for å nå medarbeiderne også på det emosjonelle plan. Å gjøre visjonen kjent i hele organisasjonen, ikke bare ledelsen, er viktig for at den skal ha ønsket effekt. Et viktig element er å fjerne hindringer som gjør at folk ikke får foretatt en endring eller jobbet på nye måter. Dette kan være strukturer eller systemer som hindrer ønsket endring. Å synliggjøre seire etter kort tid hjelper til med å holde motivasjonen for endring oppe. Det å ikke ta seieren på forskudd, men å konsolidere fremskrittene og jobbe videre for enda mer endring, vektlegges. Det er fort gjort

å tro man er i mål, men så sklir ting tilbake og endring reverseres. Det samme poenget er gyldig når det gjelder å institusjonalisere nye fremgangsmåter. Når de nye fremgangsmåtene er institusjonalisert, altså at de er innarbeidet som den nye normalen, så er man ikke avhengig av aktivt fokus på endringen for å holde den ved like. Dermed kan man fokusere på nye endringer og innsatsområder.

### **2.2.5 Nødvendige faser i en endringsprosess**

Lewin (1951) kategoriserte fasene i en organisasjonsutviklingsprosess. Han fremholdt at det er tre nødvendige faser i endringsprosesser: Først må organisasjonen, og den ansatte, tines opp (opptiningsfasen), så kan selve endringen finne sted (endringsfasen), før ny organisering kan sette seg i sin nye form (nedfrysingsfasen eller konsolideringsfasen).

Opptiningsfasen innebærer at organisasjonen, og den enkelte ansatte, må klargjøres og være forberedt på endring. Det må skapes et klima eller en atmosfære for endring. Dette innebærer at holdninger, oppfatninger og kultur må endres, for at organisasjonsendringen kan finne sted. Lederen må sørge for at organisasjonen blir motivert for endring og at organisasjonen opplever en trygghet for at endring kan finne sted, blant annet ved å fokusere på at noen forhold fortsatt skal være stabile. I endringsfasen gjennomføres selve endringen, mens i nedfrysingsfasen må den nye måten å jobbe på stabiliseres og bli rutine. Kotters åtte steg for en vellykket endringsprosess (Kotter, 1995) harmoniserer med disse tre fasene.

### **2.2.6 Makt- og innflytelsesteori - maktbaser**

Maktteori kan ta utgangspunkt i enkeltpersoner eller grupper av personer og organisasjoner. Yukl (2013) beskriver makt som evnen en part, agenten, har til å påvirke en annen part, målet. Han beskriver at agenten kan være et individ, en gruppe eller en organisasjon og at målet kan være én eller flere personer.

Makt og innflytelse er sentralt i relasjonen mellom stat og kommuner. For at staten skal få gjennomført de endringene de ønsker i kommunene, er de avhengig av å ha makt til å kunne influere på hvordan kommunene innretter seg. Helt grunnleggende vil staten være avhengig av å ha en viss makt over kommunene for å kunne eksistere, ettersom en enhetlig stat ikke vil eksistere dersom kommunene fullt ut styrer seg selv.

Yukl (2013) beskriver ulike maktbaser (*power sources*). Dette er baser som er utgangspunkt for agentens utøvelse av makt overfor målet. Maktbasene kategoriseres i samlebetegnelsene posisjonsmakt og personlig makt. Under samlebetegnelsen posisjonsmakt hører maktbasene legitim makt, belønningsmakt, tvangsmakt, informasjonsmakt og økologisk makt. Under samlebetegnelsen personlig makt rubriseres maktbasene ekspertmakt og referansemakt.

Legitim makt følger av den stilling, eller posisjon, en agent har. Stillingen gjør at agenten kan forvente at målet adlyder og gjør som den har fått beskjed om. Belønningsmakt innebærer at målet får en belønning for å adlyde agenten, for eksempel at en leder har makt til å belønne og tildele goder til ansatte. Tvangsmakt innebærer at agenten har makt til å straffe målet ved manglende lydighet, for eksempel leders mulighet til å bruke sanksjoner og kreve korrigeringer ved uønsket adferd blant ansatte. Informasjonsmakt viser til hvordan agenten innhenter og deler, eller ikke deler, informasjon, for eksempel at en leder kan ha lettere tilgang til relevant informasjon enn de ansatte i organisasjonen. Økologisk makt innebærer mulighet til å beslutte fysiske forhold og rammevilkår. Ekspertmakt er avhengig av evner, kunnskap og erfaring. Det forutsetter at medarbeiderne ser på lederen som en som kan mer om relevante temaer enn de fleste andre. Referansemakt viser til hvor attraktiv agenten er ansett å være og i hvilken grad målet vurderer at agenten er verdt å respektere. Referansemakt innebærer for eksempel at medarbeiderne vil gjøre som lederen sier fordi de kjenner lederen og er lojale. I eksemplene over vises det til relasjonen mellom leder og ansatt, men teorien er også anvendelig makroperspektiv, når man ser på relasjonen mellom organisasjoner.



# 3 Metode

## 3.1 Orienterende kartlegging av eksisterende forskning

For å orientere meg om eksisterende forskning innenfor spesialisering av allmennleger i Norge de siste årene, gjorde jeg et orienterende søk. Jeg søkte i Google scholar, alle etter 2015, ingen øvrige avgrensninger.

Jeg brukte først søkeordet *allmennlege*. Dette ga 253 resultater. Jeg leste overskrifter og nøkkelinformasjon på alle, jeg leste abstract på 10, jeg leste tre i fulltekst og refererte til to i oppgaven.

Deretter brukte jeg søkeordet *allmennleger*. Dette ga 291 resultater. Jeg leste overskrifter og nøkkelinformasjon på alle, jeg leste 2 abstrakter, jeg leste 1 artikkel i fulltekst. Jeg refererte ingen artikler fra dette søket i oppgaven, ut over de som også kom opp på det første søket.

Så søkte jeg med søkeordet *primærlege*. Dette ga 108 resultater. Jeg leste overskrifter og nøkkelinformasjon på alle, jeg leste to abstrakter, jeg leste to artikler i fulltekst. I disse fant jeg tre grense-relevante referanser. Jeg refererte til én i oppgaven.

Deretter søkte jeg med søkeordet *primærleger*. Dette ga 88 resultater. Jeg leste overskrifter og nøkkelinformasjon på alle. Jeg fant ingen ytterligere relevante artikler, ut over de som også kom opp på det tidligere søk.

Jeg søkte så med henholdsvis søkeordene *fastlege* og *fastleger*. Dette ga for mange treff, henholdsvis 1870 og 899, slik at jeg måtte avgrense søket.

Jeg søkte så med henholdsvis søkeordene *fastlege og spesialistutdanning* (64 treff), *fastleger og spesialistutdanning* (66 treff), *fastlege og spesialisering* (883 treff), *fastleger og spesialisering* (886 treff), *fastlege og LIS* (87 treff), *fastleger og LIS* (89 treff), *fastlege og ALIS* (78 treff) og *fastleger og ALIS* (78 treff). Jeg leste overskrifter og nøkkelinformasjon på alle. Jeg fant ingen ytterligere relevante artikler.

I tillegg har jeg orientert meg på feltet generelt, når det gjelder offentlig dokumenter og andre ressurser tilgjengelig via internett, og via min profesjonelle kjennskap til området.

Oppsummert fant jeg ingen tidligere forskning på akkurat min problemstilling, og også svært lite nyere forskning på spesialistutdanning for allmennleger i Norge generelt. Jeg fant noe interessant forskning som går mer på fastlegeordningen generelt. Dette leste jeg som bakgrunnsinformasjon, uten at dette nødvendigvis er referert til i oppgaven.

## **3.2 Datainnsamling**

### **3.2.1 Kvalitativ metode**

Jeg har valgt å bruke kvalitativ metode. Relevante aktører i kommunes vurderinger, forståelse og opplevelse skal forstås. Informantene var ulike aktørene i kommunen: administrativ ledelse for allmennlegetjenesten og medisinskfaglig rådgiver (kommuneoverlege). Jeg ønsket å undersøke informantenes erfaringer med endring av systemet for allmennlegenes spesialisering. Jeg ønsket å undersøke deres opplevelse av situasjonen, deres vurdering av endringen og deres erfaringer. Kvalitativ metode egner seg godt til å fange opp informanternes erfaringer, opplevelser og vurderinger (Malterud, 2017). Min problemstilling vil i liten grad kunne belyses med kvantitative metoder. Spørsmål om ressurser og aktivitet i forbindelse med den nye ordningen vil kunne håndteres med kvantitative metoder. Jeg var imidlertid mer interessert i hvordan kommunene opplevde endringen og hvordan de forholdt seg til den.

### **3.2.2 Datainnsamling - fokusgrupper og individuelle intervjuer**

Metoden jeg benyttet for datainnsamling var primært fokusgrupper (Malterud, 2017). Jeg supplerte med to individuelle, semistrukturerte intervjuer for å se om dette ga mer eller annen informasjon enn det som kom frem i fokusgruppene. Jeg vurderte at det ikke kom frem annen type informasjon med denne metoden for datainnsamling.

Grunnen til at jeg valgte fokusgrupper, var at jeg ønsket mer informasjon enn det jeg forventet at individuelle intervjuer ville gi. Informantene er, slik jeg kjenner dem fra tidligere, taleføre og kunnskapsrike med stort engasjement for kommunehelsetjeneste. Jeg forventet derfor at det ville bli en god gruppedynamikk, at de ville spille opp til hverandre og at dette ville løfte

diskusjonen. Jeg var også interessert i å se hvilke temaer som ble gitt mye tid, hvilke temaer som ga engasjement og hvilke temaer som det ble brukt mindre tid på. Jeg antok at problemstillingen var så lite sensitivt at informantene ikke ville vegre seg for å uttrykke sine tanker i en gruppe. Jeg antok videre at deltagerne var så vant til å kommunisere med andre i profesjonell sammenheng og fremme sine synspunkter, at det var lite sannsynlig at noen ikke ville tørre å ta ordet.

### **3.2.3 Personvern. Vurdering fra NSD**

Før jeg kontaktet potensielle informanter, hadde jeg innhentet positiv vurdering fra NSD. *Se vedlegg 1.* NSD skriver følgende i sin vurdering av 15.02.2019:

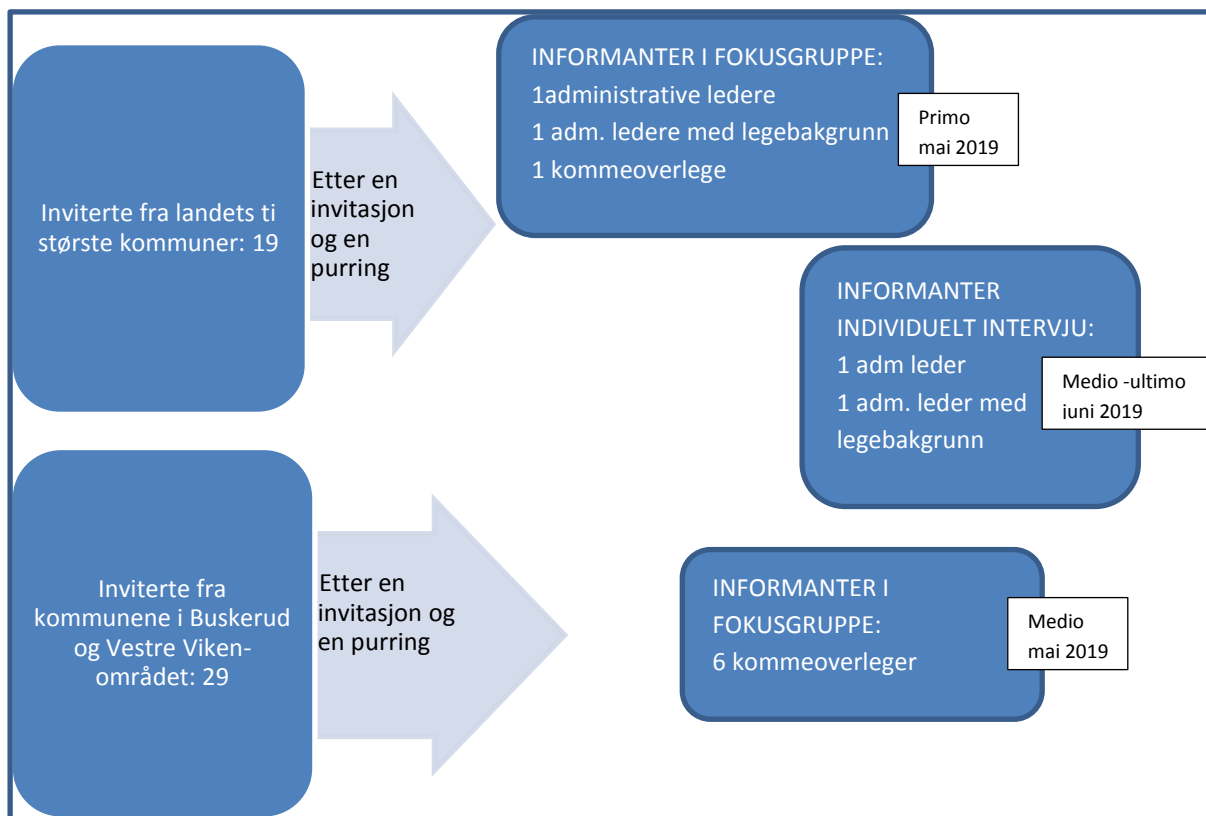
«Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 15.02.2019, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.»

### **3.2.4 Rekruttering av informanter**

For å rekruttere informanter brukte jeg etablerte kanaler. Jeg hadde i utgangspunktet tenkt å forholde meg til helseledere og kommeoverleger i landets ti største kommuner. Grunnen til at jeg ønsket å ta utgangspunkt i landets ti største kommuner, var dels fordi disse ville være relativt lette å rekruttere, ettersom jeg har et nettverk med disse. I tillegg tenkte jeg at store kommuner ville ha større kapasitet enn små kommuner til å kunne respondere på undersøkelsen og ha rukket å ta stilling til endringen. Jeg vurderte at en annen fordel var at det å ha relativt sammenlignbare kommuner i fokusgruppene, der informantene også kjente til hverandre fra før, ville bidra til at ikke mye av fokuset gikk på dialog mellom gruppedeltakerne om grunnleggende forskjeller innbyrdes, men om problemstillingen.

Imidlertid viste det seg vanskelig å rekruttere nok informanter fra landets ti største kommuner, slik at jeg også inkluderte kommunene i Buskerud og Vestre Viken - området.

Figur 3.1 Flyt datainnsamling.



### Rekruttering av informanter fra landets ti største kommuner til fokusgruppe

Jeg er med i et nettverk der helseadministrasjonen i landets ti største kommuner møtes halvårlig i regi av KS (KS, u.å.a) i et nettverk som kalles Kommunehelsenettverket ASSS (Aggregerte styringsdata for samarbeidende storkommuner). Målet med nettverket er å effektivisere og optimalisere tjenesteytingen ved å kunne sammenligne seg med sammenlignbare kommuner (KS, u.å.c).

«Legegruppen» i ASSS består av de av deltagerne i Kommunehelsenettverket ASSS som administrerer allmennlegetjenester i sin kommune, og medisinskfaglige rådgivere (kommuneoverleger). «Legegruppen» består altså ikke av kliniske leger. 18 personer fra denne gruppen var meldt på ASSS sin vårsamling 2019, medio mai. Jeg sendte mail med invitasjon til fokusgruppe til disse. Av de 18 som ble invitert, deltok tre personer i en fokusgruppe. En ny fokusgruppe på et senere tidspunkt viste seg vanskelig, ettersom informantene holder til i ulike deler av landet.

## **Rekruttering av informanter fra kommunene i Buskerud og Vestre Viken til fokusgruppe**

Jeg deltar i et uformelt kommuneoverlegeforum i Buskerud og Vestre Vikens nedslagsfelt. Forumet har i praksis utviklet seg til et forum i hovedsak for nedre Buskerud og nærliggende kommuner i Vestre Viken. Her møtes, omtrent halvårlig, engasjerte kommuneoverleger til uformell erfaringsutveksling og diskusjon. Alle kommuneoverleger er involvert i ledelse av allmennlegetjenesten i sin kommune, noen som rådgivere, noen i ansvarslinje. I forkant av vårt møte medio mai 2019, sendte jeg mail med invitasjon til deltagelse i fokusgruppe i forbindelse med møtet. Jeg tok utgangspunkt i mailinglisten til forumet. På denne står også mange som sjeldent møter, og også noen få som er fra kommuner utenfor vårt primærområde. Noen leger ansatt hos *den gang* Fylkesmannen i Buskerud og Fylkesmannen i Oslo og Akershus står også på mailinglisten og deltar tidvis på møtene. Disse inviterte jeg ikke, ettersom jeg kun ønsket informanter fra kommunene. Av de 29 som ble invitert, deltok 6 personer i en fokusgruppe.

## **Rekruttering av informanter til individuelle intervjuer**

I tillegg til de tre som deltok i fokusgruppe fra landets ti største kommuner, var det ytterligere fire personer som var villige til å delta som informanter, men som av praktiske grunner ikke hadde anledning til å delta i fokusgruppen. Disse sa seg villig til å delta i individuelle intervjuer hvis det skulle bli aktuelt. Jeg sendte, i etterkant av fokusgruppene, en mail med invitasjon til individuelt intervju til disse. Jeg inviterte i tillegg én person til som ikke hadde deltatt på ASSS-samlingen i mai, men som jeg visste var engasjert i tematikken og som vanligvis deltar i «legegruppen», til sammen fem personer. Av de fem som ble invitert, fikk jeg tilslutt gjennomført individuelt intervju med to personer. For de øvrige viste seg praktisk vanskelig å få satt opp tidspunkter til å gjennomføre intervjuene. Jeg avventet derfor om de individuelle intervjuene så ut til å gi viktig tilleggsinformasjon, som fokusgruppene ikke ga rom for. Da jeg hadde gjennomført to individuelle intervjuer og vurderte at dette ikke ga viktig annerledes informasjon enn fokusgruppene, purret jeg ikke ytterligere på de øvrige inviterte.

Jeg ønsket å undersøke informantenes vurderinger og erfaringer på omtrent samme tidspunkt etter innføringen av ordningen. Jeg ønsket å gjennomføre datainnsamling ganske raskt etter innføringen 1. mars 2019, ettersom jeg antok at erfaringene ville rapporteres annerledes etter

at det hadde gått noe tid. Dette var et element som også påvirket mulighetene for rekruttering av informanter.

### **3.2.5 Samtykke**

Informantene fikk, i forkant av fokusgrupper og individuelle intervjuer utdelt, eller tilsendt, et samtykkeskjema. *Se vedlegg 2*. På samtykkeskjemaet var det informasjon om formål, hvem som er ansvarlig, hvorfor vedkommende inviteres, hva det innebærer å delta, at det er frivillig å delta, om personvern, om oppbevaring og sletting av opplysninger, om informantens rettigheter, om vurdering fra NSD (*se vedlegg 1*) og hvor informanten kunne få mer informasjon vedrørende personvern. Informantene skulle da skrive under på at de hadde mottatt og forstått informasjonen og har fått anledning til å stille spørsmål. De skulle samtykke til å delta i fokusgruppe, eller individuelt intervju, og til at opplysningene behandles frem til prosjektet er avsluttet, senest 30.06.2021. Alle informantene skrev under på samtykkeskjemaet.

### **3.2.6 Gjennomføring av fokusgrupper**

Jeg gjennomførte altså to fokusgrupper med til sammen ni informanter. Jeg tok lydopptak av intervjuene ved hjelp av mobiltelefon og tok back-up med nettbrett. Jeg benyttet samme fremgangsmåte i de to fokusgruppene. Jeg ønsket velkommen og spurte om deltagerne var kjent med konseptet fokusgruppe. Alle deltagerne responderte at de kjente konseptet. Jeg informerte om at jeg ville stille noen spørsmål som de kunne diskutere ut fra, at ordet var fritt og at jeg ville styre talerekkefølgen hvis mange ønsket ordet, og styre gruppen gjennom de viktigste problemstillingene jeg hadde. Jeg informerte kort om forholdene som er omtalt i informasjon-samtykkeskjema og informerte helt kort om bakgrunnen for mitt forskningsprosjekt. Jeg antok at temaet var godt kjent og jeg ønsket, i tilfelle temaet likevel ikke var godt kjent, ikke å påvirke informantenes erfaringer, vurderinger og opplevelser ved at de fikk fylldig informasjon fra meg.

## **Intervjuguide**

Jeg benyttet samme, semistrukturerte intervjuguide som utgangspunkt for fokusgruppene og de individuelle intervjuene. Intervjuguiden var delt inn i hovedspørsmål - områder med underspørsmål. *Se vedlegg 3.*

I fokusgruppene fulgte jeg ikke intervjuguiden slavisk. Når jeg erfarte at et spørsmål var blitt dekket allerede i gruppens diskusjoner og innspill, stilte jeg ikke spørsmålet. Jeg så til at alle hovedområdene var dekket og stilte spørsmål som ikke var dekket i samtalen. Mange av spørsmålene ble berørt naturlig under samtalens gang. Jeg involverte meg ellers ikke i samtalen, annet enn for å styre ordet ved å peke på vedkommende, hvis det var flere som ventet på tur. Jeg ønsket å minimere min påvirkning på hva informantene uttrykte.

### **3.2.7 Gjennomføring av individuelle intervjuer**

Jeg gjennomførte to individuelle intervjuer. Intervjuene ble gjennomført på telefon eller videooverføring på grunn av store geografiske avstander. Ved telefonintervjuet hadde jeg mobiltelefonen på høyttaler og tok lydopptak av intervjuene ved hjelp av nettbrett. Ved intervjuet med videooverføring, tok jeg lydopptak av intervjuene ved hjelp av mobiltelefon og tok back-up med nettbrett. Jeg benyttet forøvrig en lignende fremgangsmåte i de to individuelle intervjuene som i fokusgruppene. Jeg informerte om at jeg ville stille noen spørsmål som informanten kunne reflektere ut fra og at jeg ville stille nye spørsmål når de hadde sagt det de ønsket om forrige spørsmål, men ellers involvere meg minst mulig. Jeg informerte kort om forholdene som er omtalt i informasjon-samtykkeskjema og informerte helt kort om bakgrunnen for mitt forskningsprosjekt. Som for fokusgruppene, antok jeg at temaet var godt kjent og ønsket, i fall temaet likevel ikke var godt kjent, ikke å påvirke informantens erfaringer, vurderinger og opplevelser av at de fikk fyldig informasjon fra meg.

## **Intervjuguide**

Jeg benyttet samme, semistrukturerte intervjuguide som utgangspunkt for de individuelle intervjuene som for fokusgruppene, se 3.2.6.

Heller ikke i de individuelle intervjuene fulgte jeg intervjuguiden slavisk. Når jeg erfarte at et spørsmål var blitt dekket allerede i informantens refleksjoner rundt et annet spørsmål, stilte jeg ikke spørsmålet. Jeg så til at alle hovedområdene var berørt og stilte spørsmål som ikke

var dekket i samtalen. Jeg opplevde i noe mindre grad i de individuelle intervjuene at andre spørsmålene ble håndtert naturlig i samtalens gang. Jeg involverte meg ellers minst mulig i samtalen, annet enn å stille nye spørsmål, eller unntaksvis, stille oppfølgende spørsmål. Som i fokusgruppene, ønsket jeg å minimere min påvirkning på hva informantene uttrykte.

### 3.2.8 Om informantene

Tabell 3.1 Variabler som beskriver informantene

Variabler	Administrative ledere, evt. med legebakgrunn	Kommuneoverleger	Totalt
Ansatt i en av landets tolv største kommuner	1 kvinne 3 menn	4 kvinner	<b>8</b> (7 kommuner)
Ansatt i en kommune i Buskerud	-	2 kvinner 1 mann	<b>3</b> (4 kommuner)
Erfaring under 5 år	0	1	1 (1 kommune)
Erfaring over 5 år	4	6	10 (10 kommuner)
Totalt antall informanter (kvinner /menn)	4  (1 kvinner / 3 menn)	7  (6 kvinner / 1 mann)	<b>11</b>  (7 kvinner / 4 menn)
Totalt antall kommuner	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>11</b>

Utvalget besto av til sammen elleve informanter, ni fra fokusgrupper og to fra individuelle intervjuer. Alle har lang erfaring i sine stillinger, ti av elleve har over fem års erfaring. To er administrative ledere uten legebakgrunn, to er administrative ledere med legebakgrunn og syv er kommuneoverleger. Syv av informantene er kvinner og fire er menn. Utvalget representerer elleve ulike kommuner, syv av landets tolv største kommuner og fire av kommunene i Buskerud. Alle deltagende kommuner er relativt folkerike, ingen av kommunene i min studie har under 10 000 innbyggere.



### 3.2.9 Håndtering og oppbevaring av datamaterialet

Datamaterialet består av lydopptak fra to fokusgrupper og to individuelle intervjuer. Lydfilene ble lastet over fra mobiltelefon /nettbrett og lagret på pc med automatisk lås og sikker pålogging. Lydfilene skal slettes ved prosjektets slutt. Personopplysninger og data er oppbevart adskilt. Kodene nøkkel benyttes for å koble informanter mot data. Kodene nøkkel skal slettes ved prosjektets slutt. Kodene nøkkel slettes ved sikker sletting som angitt i Universitetet i Oslos retningslinjer. Kun jeg, og eventuelt veileder, skal ha tilgang til rådataene.

## 3.3 Dataanalyse

### 3.3.1 Teoretisk basis for analysen

For å analysere de innsamlede data, valgte jeg å bruke tematisk analyse, *thematic analysis*, slik Braun og Clarke (2006) beskriver det. Tematisk analyse er en metode for å identifisere, rapportere og analysere mønstre (temaer) innen data. Man søker på tvers av datasett for å finne gjentagende mønstre av mening (Braun og Clarke, 2006).

Jeg har valgt å benytte tematisk analyse, fordi denne metoden egner seg godt ved induktiv tilnærming, ettersom den er relativt uavhengig av teoretisk rammeverk, og fordi det er en likefrem og oversiktlig metode for en nybegynner innen kvalitativ analyse.

Braun og Clarke (2006) beskriver en rekke spørsmål som må avklares før man går løs på selve analysen. Disse spørsmålene har jeg tatt stilling til. Jeg har valgt å bruke en induktiv tilnærming – altså at dataene analyseres uten et teoretisk rammeverk. Jeg har valgt dette fordi jeg primært ønsker å eksplorere et område, ikke å teste en etablert teori. Teoriene kommer inn når jeg diskuterer resultatene opp mot empiri og relevante teorier i diskusjonskapittelet.

Videre har jeg valgt en rik beskrivelse av datasettet, fremfor å gå detaljert inn i ett område, ettersom jeg ønsker å undersøke hele området som min problemstilling dekker, fordi denne spesifikke problemstillingen, så vidt jeg har bragt på det rene, ikke er forsket på før. Når det gjelder nivået på analysen, har jeg valgt et semantisk eller eksplisitt nivå, i den forstand at jeg tar utgangspunkt i det informantene sier som utgangspunkt for temaene, fremfor å se etter en dypere mening. Dette følger naturlig av at min problemstilling forholder seg til forhold på

kommunalt nivå og ikke til personnære temaer, som for eksempel pasientopplevelser. På samme grunnlag har jeg gjennomført den tematiske analysen innen et realistisk/essensiell paradigme. Dette egner seg for å teoretisere motivasjon, erfaringer og meninger når man forventer en tett sammenheng mellom mening/erfaring og språk (Braun og Clarke, 2006).

Braun og Clarke (2006) beskriver en trinnvis fremgangsmåte for tematisk analyse, her gjengitt kortfattet:

1. Bli kjent med dine data: Transkriber data. Les og les igjen dataene. Noter ned dine første ideer
2. Generer initiale koder: Kode interessante funn på en systematisk måte i hele datasettet. Samle relevant data til hver kode
3. Let etter temaer: Samle kodene i mulige temaer. Samle alle data relevante for hvert mulige tema
4. Se på temaene på nytt: Sjekk om temaene fungerer i sammenheng med de kodede tekstelementene (nivå 1) og hele datasettet (nivå 2). Lag et tematisk kart av analysen
5. Definer og navngi temaene: Avgrens detaljene i hvert tema og presiser den overordnede historien i analysen. Lag klare definisjoner og navn for hvert tema
6. Produser rapporten: Den siste muligheten for analyse. Utvalg av livlige, overbevisende tekstelementer som eksempler. Siste analyse av utvalgte tekstelementer. Relaterer tilbake fra analysen til forskningsspørsmålet og litteratur. Lag en vitenskapelig rapport av analysen

### **3.3.2 Praktisk gjennomføring av analysen**

Mitt datamateriale består av fire lydfiler, fra to fokusgrupper og to individuelle intervjuer.

1. Jeg lyttet først gjennom datamaterialet for å få et første overblikk over innholdet. Deretter lyttet jeg gjennom datamaterialet igjen og transkriberte de delene som jeg vurderte at var relevante. Jeg transkriberte nesten hele materialet, da alt opplevdes relevant, bortsett fra noen kommentarer på metaplan eller detaljerte kommentarer som gjaldt tekniske løsninger, fyllord og lignende. Jeg noterte også stikkordsmessig innholdet i de få delene av datamaterialet som jeg ikke transkriberte, slik at jeg kunne finne tilbake til informasjon som, ettersom analysearbeidet steg frem, skulle vise seg å være relevant likevel.

Jeg skrev på bokmål og endret også typiske dialektiske uttrykk til bokmål. Dette gjorde nok den transkriberte teksten mindre fargerik, men gjorde at det faktiske innholdet i det som sies i tekstmaterialet kommer i fokus og sørget for at det var mindre mulighet for gjenkjennelse av informantene. Ved videre analyse «hørte» jeg likevel de ulike informantenes stemme når jeg leste tekstelementene.

Da jeg transkriberte, skrev jeg i første omgang forkortelser for enkelte vanlige ord som gikk igjen. Jeg skrev for eksempel «sh» istedenfor sykehus og «fastl» istedenfor fastlege. Dette gjorde jeg for å kunne å kunne få god flyt i transkriberingen.

Deretter gikk jeg gjennom det transkriberte materialet igjen og skrev alle ordene helt ut og sjekket for skrivefeil. I tillegg hørte jeg på lydfilene igjen et par steder hvor jeg var usikker på om jeg hadde hørt riktig.

Jeg gikk så gjennom det transkriberte materialet en tredje gang. Jeg så til at det var hensiktsmessig avsnittsinndeling og at jeg hadde ført på kode for informantene for hvert avsnitt. Jeg satte på linjenumre, slik at alle tekstelementene fikk en spesifikk nummerering. Ett tekstelement kunne, for eksempel, har nummerering: linje 326-329.

Jeg tok så utgangspunkt i det transkriberte materialet og leste gjennom dette på ny flere ganger, for å få en oversikt over innholdet. Jeg noterte stikkord underveis og gjorde meg opp en første mening om hvilke temaer som blir omtalt.

2. Deretter markerte jeg meningsbærende elementer (tekstelementer) med foreløpige temakoder. Disse temakodene representerte det jeg foreløpig oppfattet som meningsfulle grupper - temaer. Jeg brukte, som nevnt, ikke en teori som utgangspunkt for kodingen, men tolket ut fra hva jeg oppfattet at essensen i det enkelte tekstelement var. Jeg satt gjerne flere foreløpige temakoder på ett tekstelement, ettersom endelig temakode ikke var satt, og et tekstelement kunne derfor høre innunder flere ulike temakoder.

Jeg samlet alle tekstelementene innenfor de ulike foreløpige temakodene.

3. Jeg valgte å foreløpig grovsortere temakodene innenfor «positivt», «negativt» og «i forhold til statlige helsemyndigheter». Dette var altså ikke definerte, overordnede temaer, men en grovsortering for å få oversikt over tekstelementene, basert på hovedtrekk jeg hadde oppfattet i datamaterialet. Dette gjorde jeg ved å lage tre tekstdokumenter der jeg samlet tekstelementene med temakoder innenfor hvert av de tre foreløpige, grove overskriftene. Underveis i denne sortering, sorterte jeg også noe på rekkefølgen mellom

temakodene, som en naturlig følge av kontinuerlig å jobbe med, analysere, materialet. Jeg så også at noen temakoder hang så tett sammen, at jeg valgte å samordne dem umiddelbart. Jeg justerte også navn – beskrivelse på noen temakoder underveis der det var naturlig. Metodisk ble det altså her en glidende overgang fra punkt 3 til punkt 4. Jeg identifiserte meningsbærende elementer i store deler av transkriberte materialet. Jeg valgte å ta med relativt store elementer, etter råd fra Braun og Clarke (Braun og Clarke, 2006) for å være sikker på å få med hele meningsinnholdet i tekstelementet.

4. Jeg så gjennom tekstmaterialet med tekstelementene og de foreløpige temakodene på nytt. Jeg leste igjen gjennom alle tekstelementene under hver temakode og justerte temakoden hvis den ikke reflekterte innholdet godt nok og sorterte temakodene innunder ulike overordnede temaer. Jeg så at noen av temakodene burde slås sammen, og i noen tilfeller var det ene temaet overordnet det andre. Jeg laget et foreløpig kart over temaer og undertemaer ut fra de sorterte temakodene.

Deretter så jeg på hvert enkelt tema, med dens tekstelementer, opp mot hele datasettet, for å se at temaet reflekterer en grunnleggende mening i datasettet. Jeg gikk deretter gjennom det transkriberte materialet igjen, for å se om meningsbærende elementer var blitt utelatt og om det var grunnlag for å kode, eller gruppere annerledes. Jeg forsøkte spesielt å se etter om det var meningsbærende elementer jeg hadde utelatt på grunn av min egen forforståelse av problemstillingen. Jeg så tre tekstelementer med ikke-kodet tekst som jeg mente likevel burde kodes og være med. Jeg justerte dette.

Jeg så også på mine beskrivelser av det lyd materialet som ikke var transkribert, for å se om temaene som jeg var kommet frem til gjorde deler av det materialet relevant. Det fant jeg at det fortsatt ikke var.

5. Deretter laget jeg en disposisjon for analytisk tekst der jeg tok utgangspunkt i temakartet og sorterte alle tekstelementene i henhold til temakartet. Underveis, mens jeg lagde disposisjonen, justerte jeg både temakartet og rekkefølgen på tekstelementene, ettersom jeg, under nok en gjennomlesning, hadde behov for å endre noe på grupperingen av temaer. Jeg slo også sammen to temaer som jeg etter hvert så at hørte inn under samme tema. De foreløpige overskriftene i disposisjonen var gitt av temakartet.

Nå gikk jeg nærmere inn på de ulike temaene og undertemaene og så om jeg kunne finne essensen og spisse betegnelsene. Jeg så på de ulike temaene opp mot hele materialet og

opp mot min problemstilling. Jeg justerte noe på problemstillingen, men kun selve formuleringen.

Jeg analyserte så de ulike temaene og skrev en tekst med analyse og relevante sitater (tekstelementer) for hvert tema - resultatkapittelet. Jeg så i noen tilfeller at jeg kunne ha færre undertemaer og heller nevne de i tekst under det aktuelle temaet. Jeg flyttet også et undertema opp igjen som eget tema. Igjen justerte jeg temakartet, i to omganger, og oppsettet på den analytiske teksten underveis i prosessen. Når jeg i teksten viste til et annet kapittel eller avsnitt, fordi tematikken hadde berøringspunkter, vurderte jeg om det var grunnlag for å slå sammen temaene, eller om berøringspunktet ikke var så omfattende at det var grunnlag for det. Jeg ferdigstilte så temakartet, som var blitt justert i flere omganger. *Se tabell 3.2, neste side.* Jeg laget også en tegneserie som lettfattelig oppsummerer temaene - et alternativt temakart. *Se figur 3.2.*

6. Mens jeg skrev diskusjonskapittelet og dermed også gikk gjennom resultatkapittelet på nytt, gjorde jeg en siste vurdering og justering av analysen. Jeg gjorde ikke om på temaer, men finpusset noen formuleringer.

Figur 3.2



Tabell 3.2

Ny ordning for spesialisering av allmennleger – temakart					
OVER-BYGGENDE TEMAER	1	2	3	4	5
	Kommunene ser at den nye ordningen kan gi økt kvalitet i allmennlegetjenesten	Kommunene mener at nasjonale helsemyndigheter kunne gjort en bedre jobb ved innføring av ordningen	Kommunene opplever at det er krevende å innføre ordningen	Kommunene jobber med løsninger for å innføre ordningen	Kommunene vurderer at andre utfordringer innen allmennlegetjenesten er større og viktigere
TEMAER - undertemaer	1.1 Kommunene ser det som positivt at den nye ordningen krever tettere oppfølging av den enkelte fastlege	2.1 Kommunene mener at nasjonale helsemyndigheter ikke kjenner godt nok til den kommunale virkeligheten -Økonomi -Administrasjon -Entusiasme fastleger	3.1 Kommunene opplever manglende forutsigbarhet og sviktende beslutnings-grunnlag	4.1 Kommunene rigger spesialiseringsløp -Styrker administrativ / medisinskfaglig kompetanse -Samhandling -med helseforetak -med andre kommuner	Bærekraft og rekrutteringsvikt -fastlegetjeneste -kommunalt ansatte allmennleger (Rekrutterings-tiltak, opprettelse fastlegehjemer, ansettelse samfunns-medisinere)
	1.2 Kommunene ser det som positivt at de kommunale allmennlegene kan – og må - gå gjennom spesialisering	2.2 Kommunene opplever å ikke bli hørt av nasjonale helsemyndigheter -Hva med KS?	3.2 Kommunene opplever at det ikke er god nok forankring i kommunen -Ansvaret er ikke plassert -Den kommunale ledelsen kjenner ikke godt nok til ordningen	4.2 Noen (få) kommuner avventer, eller gjør minst mulig	Omorganiseringer og økonomiske nedskjæringer
	-Mulighet for bedre rekruttering	2.3 Kommunene mener at ordningen lite gjennomarbeidet før innføring -Uklar info, og noe uavklart -Lite tid fra forskrift til ikrafttredelse -Unødvendig vanskelig overgang	3.3 Kommunene erfarer at det følger ikke økonomi med ordningen		
		2.4 Noen kommuner gir uttrykk for oppgitthet over nasjonale myndigheter	3.4 Kommunene erfarer at ordninger innebærer mye logistikk og krever mye administrasjon -Krever medisinskfaglig kompetanse		
			3.5 Kommunene opplever praktiske utfordringer med planlegging av spesialistløp -Avhengig av velvilje fra fastlegene (veiledning) -Mangel på allmennleger (ALIS, spesialister og veiledere) -Kommunale allmennleger med vikariat i fastlegepraksis -Uavklart samarbeid med helseforetakene		

## 4 Resultater

Som utgangspunkt for datainnsamling og analyse, hadde jeg formulert følgende problemstilling:

Hovedproblemstilling:

- Ny ordning for spesialisering av allmennleger – hvordan forholder kommuner seg?

Delproblemstillinger:

- Hvilket **ansvar** oppfatter kommuner at de har fått i forbindelse med den nye ordningen?
- Hvilke muligheter opplever kommuner at de hadde til å **forberede seg** på den nye ordningen?
- Hvilke **endringer** har kommuner gjort for å tilpasse seg den nye ordningen?
- I hvilken grad opplever kommuner at den nye ordningen samsvarer med deres vurdering av **hensiktsmessighet**?

Jeg hadde problemstillingen med meg under datainnsamlingen og analysearbeidet.

I oppgaven videre bruker jeg ikke begrepet «kommuner», men «kommunene», ettersom det gir bedre språklig flyt. Jeg snakker da likevel ikke om alle landets kommuner, men om de kommunene som inngår i mitt datamateriale.

### 4.1 Muligheter for bedre kvalitet

Kommunene ser at den nye ordningen for spesialisering av allmennleger kan gi bedre kvalitet i allmennlegetjenesten. De er positive til idéen bak den nye ordningen, selv om de er kritiske til nasjonale helsemyndigheters bidrag ved innføring av den nye ordningen. De ser at tanken om bedre kvalitet i allmennlegetjenesten i kommunene åpenbart er god. De anerkjenner at de nasjonale helsemyndighetene har sett områder der det er behov for forbedring og at det er hensiktsmessig med en endring av overordnet struktur for spesialiseringen av allmennleger.

*«Det kan godt hende at det [den nye ordningen for spesialisering av allmennleger] er hensiktsmessig. Det blir nok bedre struktur på det og en mulighet for kvalitetssikring. Nå gjenstår det å se hvordan det blir i praksis.»*

Den grunnleggende tanken, om at man vil sikre at legen *kan* noe, og ikke bare har hatt en viss mengde praksis, kurs og veiledning, mener kommunene er god. Flere påpeker også at det er positivt at allmennlegene nå i større grad får hjelp til å komme seg gjennom spesialiseringen.

*«Jeg synes at den [nye ordningen] er hensiktsmessig ved at den fokuserer på at legene skal lære noe og ikke bare være tilstede en viss tid. Slik at det er veldig mye tydeligere på hva du skal **kunne** og sikring ved mester-svenn opplegget, hvor en kollega skal se at du virkelig **kan** det. For vi har jo opp gjennom tidene erfart at noen leger ikke **kan** - og så henviser de for mye. Det har jo vært leger som ikke kan GU [gynekologisk undersøkelse], og så henviser de absolutt alt til gynekolog. Jeg tenker at den retningen som spesialiseringen har tatt er et faglig gode, og det gir legene en større kompetanse, men det er krevende for kommunene.»*

#### **4.1.1 Positivt med tettere oppfølging av den enkelte fastlege**

Kommunene ser det som positivt at den nye ordningen krever tettere oppfølging av den enkelte fastlege. De ser at de kommer i en annen posisjon overfor fastlegene når kommunene i større grad får ansvar for fastlegenes spesialisering i allmennmedisin og de skal samarbeide med fastlegene, også fastlegevikarer, om deres individuelle utdanningsplan. Mange påpeker at kommunene nå vil måtte ta et større ansvar for kvaliteten i fastlegetjenesten, gjennom at de får mer innsyn i fastlegepraksisene. Dermed vil fastlegene bli knyttet tettere inn mot kommunen, og flere uttrykker håp om økt fokus på fastlegetjenesten fra kommuneledelsen i egen kommune. Kommunene mener den nye ordningen på denne måten kan gi en kvalitetsøkning i fastlegetjenesten.

*«Vi har bestemt oss for at vi ikke skal ta noen snarveier. Og dette [den nye ordningen for spesialisering av allmennleger] vil være en god plattform for å komme tettere inn på legekantorene og drive tettere oppfølging i forhold til kvaliteten på det enkelte kontor.»*

*« - og den kvalitet som forventes på fastlegekontorene - der tror jeg kommunene får et mye større ansvar fremover enn det vi har hatt. Eller i hvert fall så må vi **ta** et mye større ansvar enn det vi gjorde før. Vi har kanskje hatt det en stund, men vi har skygget litt unna.»*



## 4.1.2 Spesialisering for de kommunalt ansatte allmennlegene

Kommunene ser det som positivt at de kommunalt ansatte allmennlegene kan, og må, gå gjennom spesialisering i allmennmedisin. Flere kommuner påpeker at det er positivt at de kommunalt ansatte legene, som tidligere ikke kunne bli spesialister i allmennmedisin, ved innføring av den nye ordningen, får muligheten til det. De som er ansatt etter 1. mars 2017, ikke bare *kan*, men *må* gjennomføre spesialisering. Kommunene mener dette gir muligheter for økt kvalitet blant de kommunalt ansatte allmennlegene. Legene må jobbe på ulike arenaer som ledd i spesialistutdanningen og blir mer fleksible. Det kan også gi bedre rekruttering til de kommunale allmennlegestillingene. Én kommune påpeker at dette i tillegg kan gi bedre rekruttering til fastlegetjenesten, fordi legene kan gå veien via faste stillinger i kommunen til jobb som fastlege.

*«Jeg synes det er veldig bra at det kommer krav om spesialisering i allmennmedisin også for de kommunale stillingene som tidligere ikke har merittert noen ting, innenfor barn og unge og fengselsmedisin. Og på legevakt også, og innen pleie og omsorg.»*

*«Så det er jo kanskje også at kommunen vil rekruttere mer fleksible leger som får erfaring fra forskjellige deler av kommunehelsetjenesten.»*

## 4.2 Myndighetene kunne gjort en bedre jobb

Kommunene mener at nasjonale helsemyndigheter kunne gjort en bedre jobb ved innføring av ordningen.

### 4.2.1 Manglende kjennskap til den kommunale virkeligheten

Kommunene mener nasjonale helsemyndigheter ikke kjenner godt nok til den kommunale virkeligheten. Kommunene mener at det er en motsetning mellom idéen om en ideell spesialiseringsordning for allmennleger og de reelle kommunale rammene. De mener at de nasjonale helsemyndighetene ikke har sikret realistiske løsninger når det gjelder økonomi og administrativ kapasitet.

*«Jeg mener at reformen er hensiktsmessig, den bare skyter langt, langt over hva vi har muligheten til å få til. Det virker på meg som om dette er en salgs ideell utforming av*

*spesialisering i allmennmedisin, ikke tilpasset til den virkeligheten som er ute i hver enkelt kommune, eller, i hvert fall i mange kommuner.»*

Kommunene er unisont enige om at nasjonale helsemyndigheter ikke tar hensyn til kommunenes økonomiske forutsetninger. At det ikke følger noe økonomi med ordningen, ut over enkelte prosjektmidler, påpekes av alle kommunene.

*«Det er litt uklart kommunikasjon på hvordan man skal klare å gjøre dette [den nye ordningen for spesialisering av allmennleger] uten at det koster noen ressurser.»*

De mener også at nasjonale myndigheter har urealistiske forventninger til administrativ kapasitet i kommunene, og særlig i de små kommunene. De mener at det er omfattende administrering, koordinering og medisinskfaglige vurderinger.

*«Det er forbausende naivt av overordnede myndigheter at de lager et så stort skifte i en spesialistutdanning uten å tenke at det kommer til å koste mye tid. Eller, kynisk sett bare setter det i gang.»*

En annen ting som flere stiller seg undrende til, er at nasjonale helsemyndigheter gir uttrykk for å sette sin lit til *entusiastiske* fastleger for å løse utfordringene, i den pressede situasjonen fastlegeordningen nå er i.

*«Noe av det jeg husker best fra Helsedirektoratmøtet på Gardermoen, heldagsmøtet vi var på [ASA-konferansen - konferanse i regi av Helsedirektoratet for å informere om den nye ordningen for spesialisering i allmenn-, samfunns og arbeidsmedisin, i månedsskiftet januar-februar], det var når det gjaldt hvordan man skulle motivere for å få supervisører i en allerede presset allmennlegegruppe, så ble ordet **entusiasme** brukt gang på gang. At det var det de [Helsedirektoratet] stolte på, at det var **entusiasme** blant kollegene for dette her. Det er nesten litt provoserende.»*

#### **4.2.2 Kommunene opplever ikke å bli hørt**

Kommunene gir uttrykk for at de ikke er blitt *hørt* i forbindelse med ordningen. Enkelte viser forståelse for at det *er* vanskelig å høre kommunene, ettersom det er så mange kommuner, med så ulike utfordringer.

*«Og så tror jeg ikke kommunene er hørt, jeg tror faktisk ikke man vet hvordan man skal høre denne mangslungne greia.»*

Flere uttrykker at det hadde vært ønske om å være med tidligere i prosessen, og at mange av utfordringene da kunne vært unngått. I det ligger det at hvis de nasjonale helsemyndighetene hadde kjent bedre til hvilke konkrete utfordringer den nye ordningen fører til, kunne det, i noen tilfeller, vært gjort ganske enkle endringer. Flere uttrykker også at de ikke kan se at nasjonale helsemyndigheter, i særlig grad, har tatt til seg kommunenes innspill under høringen av nye spesialistforskrift. Enkelte spør seg også hva som er KS sin rolle i dette: Taler KS kommunenes sak, og når KS blir hørt, er det da kommunenes stemme som blir hørt? Kjenner KS godt nok til forutsetningene i kommunene?

*«Vi har jo hatt samarbeid gjennom ASSS [nettverk for landets ti største kommuner i regi av KS] og der har flere sendt inn nokså likelydende høringsvar. Det kan virke som om Helsedirektoratet likevel hadde bestemt seg for en løsning og ikke – de tok vel noe av det vi skrev til etterretning – men ellers er det på en måte en løsning som er bestemt og presset gjennom.»*

*«Jeg er usikker på hvor mye har KS vært inne i bildet og hvor mye har KS brukt oss i kommunene tidlig i denne prosessen, det vet jeg egentlig ikke, men jeg opplever selv at dette kunne vært mye mer praktisk hvis vi kunne kommet med disse frustrasjonene her helt i begynnelsen.»*

#### **4.2.3 Er ordningen lite gjennomarbeidet før innføring?**

Kommunene har inntrykk av at ordningen er lite gjennomtenkt før innføring. De spør om nasjonale helsemyndigheter har hatt for mye hastverk og tatt seg litt for lite tid til å vurdere alle sider ved ordningen før den ble innført. Kommunene oppfatter at det er selvmotsigelser i budskapet fra nasjonalt hold. Det er ikke alltid samsvar mellom ulike forskrifter og veiledere, og det gis til dels motstridende informasjon. Det mangler avklaringer på viktige praktiske spørsmål, hevder kommunene. Den nye spesialistforskriften måtte justeres ganske kort tid etter kunngjøring, fordi det var uheldige konsekvenser nasjonale helsemyndigheter ikke hadde forutsett. Kommunenes vanskelige situasjon på grunn av uklar informasjon, og til dels manglende avklaringer, fra nasjonale helsemyndigheter, er *det* temaet som oftest ble bragt på banen av kommunene under datainnhenting.

*«Jeg synes det med ALIS-ordning - ALIS vest, ALIS nord [statlig finansierte prøveordninger for utvalgte kommuner] - og så er ikke noe klart for resten av landet. Det kunne vært klart på forhånd. Det kunne vært mer like løsninger.»*

*«Jeg tror at departementet og direktoratet i mye større grad kunne ha tenkt gjennom: hvordan vil vi gjøre det, hva koster det, hvordan skal vi planlegge dette.»*

Kommunene gir mange eksempler på problemstillinger som er uavklart, blant annet hvor stort ansvar kommunene har for å legge til rette for at legene kan fått gjennomført obligatorisk praksis på sykehus og hvordan veiledning og supervisjon skal gjennomføres og betales. I tillegg fremstår malen for kommunens utdanningsplaner uferdig, hevder flere, og veileder til forskriften foreligger ikke.

*«For det der er jo sånne små tuer - hadde de bare kunnet løst de, så hadde det vært mye, mye enklere. [...] Men det burde jo være veldig enkelt, så kunne de heller konsentrert seg om de viktige tingene. Og det er jo det her som skaper så mye uro, at alle sitter på gjerdet og venter. Men vi har invitert alle de leger som mener at de er ALIS [...] til et informasjonsmøte. Og så må vi ha noe klart – håper det kommer [avklaringer fra nasjonalt hold]!»*

Kommunene uttrykker også at de fikk alt for kort tid fra den nye spesialistforskriften ble kunngjort til ordningen trådte i kraft. Spesialistforskriften ble kunngjort 19. desember og trådte i kraft 1. mars.

*«Det er masse arbeid som det her har ført til, som vi ikke har hatt mulighet til å forberede oss på. For vi har ikke visst helt - så det kjennes veldig som det kommer som julekvelden på kjerringa. Selv om vi har visst om det, det er ikke det, men vi har ikke kjent til detaljene godt nok så vi har kunne forberedt oss.»*

I tillegg har flere kommuner påpekt at de opplever at det har vært en *unødvendig* vanskelig overgangsfase fra gammel til ny ordning. Ordningen med refusjon for veiledning av allmennleger under spesialisering ble avsluttet to år før ny ordning kom. Dette ga et vakuum som var uheldig for uerfarne fastleger, uttrykker flere kommuner.

*«Jeg tror at det at det var veldig uheldig at de klippet av den snoren 1.3.2017 i forhold til veiledning. [...] Det rant liksom bare ut i sanden, uten at de erstattet det med noe –*

*så at det i to år - jeg synes synd på de som har gått der – vi har ikke vært gode nok til å ivareta- jeg har dårlig samvittighet overfor dem.»*

#### **4.2.4 Noen kommuner gir uttrykk for oppgitthet**

Noen kommuner gir uttrykk for at de er litt oppgitte over nasjonale helsemyndigheter. Dette kommer til uttrykk både direkte og indirekte. De gir samtidig uttrykk for en overbærenhet eller pragmatisme i forhold til situasjonen.

Enkelte sier at de er vant til at sånn er det – lite gjennomarbeidede ordninger og manglende forståelse for den kommunale virksomhet fra nasjonale helsemyndigheter - og at det går seg til. Enkelte sier direkte at de mister litt respekten for sentrale helsemyndigheter, men sier likevel at det nok ordner seg over tid. Andre igjen signaliserer oppgitthet mer indirekte, hvor de uttrykker at det er jo bare å bestemme seg, eller det burde være veldig enkelt. Samtidig er de aller fleste kommunene fokusert på å finne løsninger, så hovedinntrykket kommunene gir, er *ikke* at de er resignerte, jf. 4.4.

*«Så jeg mister litt – i den fasen vi er nå, i hvert fall – så mister jeg litt respekten. Så er det selvfølgelig et håp at en eller annen gang så går det seg varmt, og implementering er vanskelig og det er nytt. Om ti år er det sikkert mindre problematisk. Men denne brytningstiden - overgangsfasen her, oppleves i hvert fall utfordrende.»*

*«Så viser det seg jo at Helsedirektoratet – altså ting tar jo mye lenger tid enn vi hadde trodd og kommer ikke på plass, sånn at vi ser jo at den stillingen der har vi måttet videreført – og vi vet ikke helt når vi vil kunne avslutte den. Og det handler om at Helsedirektoratet har vært sene med å levere – at ting har blitt bestemt veldig sent – så det er nå det.»*

### **4.3 Krevende for kommunene å innføre ordningen**

#### **4.3.1 Manglende forutsigbarhet og sviktende beslutningsgrunnlag**

Som nevnt i 4.2.3, opplever kommunene at ordningen fremstår lite gjennomarbeidet før innføring. Dette, uttrykker kommunene, fører til manglende forutsigbarhet og sviktende beslutningsgrunnlag for kommunene i deres arbeid med å få ordningen på plass. Kommunene

påpeker at praktiske forhold som fortsatt er uavklarte og uklar informasjon fra nasjonalt hold oppleves utfordrende. Kommunene er enige om at det er vanskelig å holde oversikt og vite hva man skal gjøre i praksis.

*«Jeg sitter og er litt sånn – jeg sitter rett og slett forvirret – jeg har gjort jobben min med den utdanningsplanen og har jo klart for individuell utdanningsplan. Men alt det andre – altså sammenhengen mellom når jeg skal gjøre hva – det har jeg ikke god nok oversikt over i det hele tatt.»*

*«Også var det jo veldig mye - altså, det gikk veldig lang tid før det kom skikkelig informasjon på plass fra Helsedirektoratet, så de har endret sidene de siste ukene, så det har blitt lettere å finne frem og lese. Men jeg synes det var rotete en stund. Det sto én ting ett sted, og en annen ting et annet sted, så måtte man lete og søke frem.»*

#### **4.3.2 Ikke god nok forankring innad i kommunen**

De fleste kommunene i min studie mente at innføringen av ordningen ikke var godt nok forankret innad i kommunen. Manglende ansvars plassering innad i kommunen, blir av mange kommuner påpekt som en av hovedutfordringene med innføringen av den nye ordningen. Både enkelte administrative ledere og kommuneoverleger oppgir at de opplever å stå alene i kommunen.

*«Og dessuten så synes jeg den største utfordringen i dette er at man sitter alene i kommunen, det er ikke forankret godt nok i ledelsen, det synes jeg er kjempesynd.»*

*«Men ellers så har vi ikke her i kommunen gjort noe særlig internt. Noe jeg tenker - i ettertid – at vi kunne kanskje ha vært tidligere ute og gjort en jobb med å forankre dette lenger opp i systemet.»*

Manglende ansvarsforankring, uavklarte forhold ved ordningen og kompleksitet i tematikken vanskeliggjør forståelse hos «andre» i kommunen, mener de. Flere administrative ledere og kommuneoverleger mener at kommuneledelsen kjenner for lite til den nye ordningen og hva den innebærer.

*«Vi hadde jo en høring, der vi ga en høringsuttalelse. Vi kom med noen innvendinger, men - så sånn sett kunne vi forberede oss i forhold til det. Men man skal jo også få et gjennomslag på kommunalt nivå i forhold til å få nok ressurser. Og en forståelse i*

*egen organisasjon, og i samhandlende virksomheter, for hvordan vi skal få dette til. Så det humper litt i vei i starten.»*

Enkelte opplever at de har tydeliggjort overfor ledelsen at ansvaret må plasseres, uten at det er blitt gjort. Det påpekes at informasjonen i stor grad kanaliseres til kommuneoverlege eller administrativ leder for fastlegene, uten at ledelsen høyere opp i kommunen er kjent med problematikken.

*«Hos oss er det utfordrende at ansvaret ikke er plassert. Vi som jobber med administrasjon av fastlegeordningen har påpekt at det er behov for at kommunen registrerer seg som utdanningsinstitusjon og at man rigger seg for å ta ansvar for LIS 3-kandidatene. Men det er en intern diskusjon om hvor det skal ligge.»*

*«Hos oss så ser ikke rådmannen brevene som kommer, de bare omdirigeres til kommuneoverlegen, det kommer til arkivet, så fordeler arkivet det til kommuneoverlegen, sånn er det.»*

### **4.3.3 Kommunene erfarer at det ikke følger økonomi med ordningen**

Alle kommunene i min studie påpeker at en hovedutfordring med den nye ordningen er at det ikke følger noe økonomi med ordningen, ut over enkelte prosjektmidler, jf. 4.2.1, slik at det er vanskelig å få økonomi til å kunne øke ressursene i håndteringen av ordningen. De fleste kommunene i min studie oppgir at de ikke har fått flere stillinger til å håndtere den nye ordningen. Enkelte har fått ressurser, og noen uttrykker håp om at de skal få økte ressurser etter hvert. Mange sier at det ikke er satt av tilstrekkelige ressurser til å ivareta ansvaret for spesialisering av allmennleger. De er også bekymret for at manglende økonomi vanskeliggjør god tilrettelegging for utdanningsløp, når det gjelder veiledning eller for eksempel opprettelse av kommunale fastlegehjemler.

*«Vi gjorde et forsøk hos oss og fikk nei fra rådmannen på - Vi prøvde å etablere et kommunalt fastlegekontor med en ALIS-ordning, hvor hovedargumentet er for å møte spesialiseringen. Men, det har ikke kommunen råd til.»*

*«- men jeg savner at - den økonomiske finansieringen fra staten - den gjør at jeg er veldig usikker på om noen kommuner tar snarveier og bare godkjenner. Så det er en*

*mismatch mellom det ansvar vi har fått og den finansieringen som staten har lagt til rette for eller tilbyr.»*

Enkelte har inntrykk av at deres kommune er motvillig mot å ta ansvaret for spesialisering av allmennlegene fordi det ligger «skjulte» økonomiske forpliktelser med for kommunene.

*«Jeg opplever [...] en motvillighet mot å ta det økonomiske ansvaret, som man ser på en måte ligger i kortene fra Helsedirektoratet, selv om de ikke sier det eksplisitt. Og så, på en måte, ligger det der litt sånn halvskjult, og så vil ikke kommunene egentlig ta ansvaret, for de [fastlegene] er jo selvstendig næringsdrivende, og så blir det en konflikt.»*

#### **4.3.4 Mye logistikk og administrasjon**

Kommunene i min studie erfarer at den nye ordningen innebærer mye logistikk og krever mye administrasjon. De oppgir alle at den nye ordningen innebærer en kraftig økt mengde administrativt arbeid, og også arbeid som krever medisinskfaglig kompetanse. Det blir behov for tett oppfølging av ALIS-legene, med individuelle utdanningsplaner, og av veiledere, supervisører og samarbeidspartnere i spesialisthelsetjenesten, oppgir kommunene.

*«Det som jeg tenker vil ta tid, er oppfølging av veiledere og samhandling med det enkelte legekantor. I [kommunen] klarte jeg faktisk å argumentere for, og å få gjennomslag for, at det gjør at vi må få et nytt legeårsverk med samfunnsmedisin.»*

Kommunene oppgir at det krever omfattende koordinering når kommunalt ansatte allmennleger skal flyttes rundt til ulike læringsarenaer, fastlegesenter og sykehustjeneste og når fastlegene skal ha sykehustjeneste. Det krever, i større kommuner, omfattende organisering når man skal se til at alle får de stillingene de trenger for sin spesialisering og at alle stillinger er besatt. I tillegg vil det bli en omfattende medisinskfaglig administrativ jobb å godkjenne læringsmål og utdanning.

*«Men det er et gigantisk puslespill som antageligvis krever en person som driver med det, for å fylle inn i alle hull når du skal kombinere ulike vaktordninger - og leger inn og ut og - hele tiden fylle på i ledige vikariat, når de skal ut i ulike permisjoner.»*

*«Både det med å følge opp planene, men også koordinering av de ulike virksomhetene – hvor de skal være hen, disse nye ALIS-legene, at det kommer til å kreve – jeg tenker*



*at det kommer til å kreve et årsverk, som vi ikke har, men som jeg har bestemt meg for i dag, at det må jeg bare si fra om, ellers får vi det ikke til. Så det er behov for noen som koordinerer legene og som følger dem opp gjennom utdanningsforløpet.»*

#### **4.3.5 Praktiske utfordringer ved planlegging av spesialiseringsløp**

Kommunene peker på en rekke praktiske utfordringer når det gjelder å planlegge spesialiseringsløp for ALIS-legene.

For det første er kommunene avhengig av velvilje fra fastlegene, både når det gjelder å stille opp som veiledere og supervisører, og når det gjelder å bruke de kommunalt ansatte ALIS-legene, som trenger fastlegepraksis i sin spesialisering, som vikarer ved permisjoner. Kommunene påpeker at, ettersom system for avlønning av veiledning og supervisjon ikke er på plass, vil hver enkelt kommune være avhengig av at fastlegene er velvillige og ønsker å bidra. Kommunene gir uttrykk for at det er urimelig å forvente dugnadsinnsats fra fastlegene, i form av å ikke få betalt for veiledning eller supervisjon, i den pressede situasjonen fastlegeordningen nå er i.

*«Så lovverket nå sier at du kan pålegge dem [fastlegene] helsestasjon og allmennlegeoppgaver, men du kan ikke pålegge dem samfunnsmedisinske oppgaver, og veiledning er vel en- det er vel ikke samfunnsmedisin heller, men det er noe midt imellom. Det krever frivillighet.»*

*«Vi har også noen legekantor der vi tenker at – det er kanskje to ferske leger, eller de er ikke egnet for å veilede, og da har vi så langt spurt leger på andre legekantor. Så langt har vi fått positiv respons, men det er jo avhengig av en velvillighet og en kapasitet hos legene. Og så er det litt uheldig hvis man [ALIS og veileder] er på forskjellige legesenter, for det er vanskelig å få til den ad hoc-supervisjonen og ting som dukker opp.»*

For det andre er en hovedutfordring mangel på allmennleger. Denne problemstillingen opplever kommunen unisont som en større utfordring enn selve implementeringen av den nye ordningen for spesialisering, se også 4.5. Men også i forhold til selve riggingen av spesialistutdanningsløp, er vansker med å rekruttere, og beholde, allmennleger en utfordring. Dette gjelder fastleger, fastleger i kommunale bistillinger, kommunalt ansatte allmennleger og allmennlegespesialister som veiledere. Fastlegenes kapasitet til å være, ikke bare veiledere,

men også supervisører, er en problemstilling de fleste kommunene i mitt datamateriale ser som utfordrende.

*«Jeg er litt bekymret for at vi tar de mest kompetente fastlegene, de som er spesialister, ut av annen kommunal tjeneste for at de skal gi veiledning, da mister vi noe viktig i andre deler av den kommunale helsetjenesten.»*

*« - men er du veileder så trenger du ikke nødvendigvis å være på det samme legekantoret, men den ad hoc-supervisjonen og den oppfølgingen der kan bli mer utfordrende. Og der vil vi nok ha kontorer der jeg tviler på kompetansen.»*

For det tredje opplever kommunene også utfordringer knyttet til at kommunalt ansatte allmennleger trenger to års tjeneste i fastlegepraksis i forbindelse med sin spesialisering. Kommunene ser for seg at dette i hovedsak må løses ved at de får vikariater i fastlegepraksis. Denne løsningen innebærer imidlertid flere utfordringer, påpeker kommunene. Kommunene erfarer at det krevende rammer for de kommunale allmennlegene i en ordinær fastlegepraksis. Høye krav til arbeidstempo og lange dager er krevende for ferske leger. I tillegg fører kravet om to års fastlegepraksis til at det blir gjennomtrekk både i kommunale stillinger og i fastlegepraksis.

*«Det er et kjempestort dilemma. For det er ikke helt forenlig – vi har så gode rettigheter som fast ansatt i en kommune der alt er gjennomregulert. Og så å eksponeres disse unge legene for litt mer cowboy-liv i allmennpraksis. Så kan du ikke hente i barnehagen, hvis du skal betjene en liste på 1300 og er helt fersk. Det er vanskelig å få til, så det gjenstår å se hvordan vi kan - »*

*«En annen problemstilling er at det blir veldig gjennomtrekk, særlig på sykehjem, og det ser vi er litt uheldig at det blir stadig, hvert år, nye ferske leger.»*

*«Men jeg sliter også litt med det der med rullerende fastleger. For hele ideen med fastlegeordningen, det er kontinuitet og stabilitet. Så det henger ikke sammen.»*

For det fjerde er det lite regulert eller avklart fra sentralt hold hvordan samarbeidet mellom kommunene og helseforetakene om allmennlegenes obligatoriske praksis på sykehus skal foregå, jmf. 4.2.3. Kommunene opplever at de blir stående alene med utfordringen. Flere av kommunene opplever at helseforetakene foreløpig ikke ser ut til å være proaktive når det gjelder å påta seg delansvar for allmennlegenes praksis på sykehus, mens andre opplever at

helseforetaket ser sin del av ansvaret, men at hvordan man kan løse det ikke er klart. Flere kommuner påpeker mangel på arenaer for samarbeid om tilrettelegging av utdanningsløp, både for LIS1 (tidligere turnuslegene) og ALIS-legene.

*«En av tingene jeg synes er utfordrende er sideutdanning, altså de seks månedene som man skal ha på annet nivå, eller hva man skal kalle det for. Og det arbeidet er også kommet veldig sent i gang, til dels fordi det var vanskelig å skjønne hvor stort ansvar kommunene hadde og til dels fordi spesialisthelsetjenesten ikke har vært helt der, så alt er på en måte litt sånn forsinket, og det synes jeg er utfordrende.»*

## **4.4 Kommunene jobber med løsninger**

De aller fleste kommunene i min studie, gir uttrykk for at de jobber aktivt med å finne løsninger for å klare å implementere den nye ordningen, til tross for uklare føringer og vanskelige rammer. Kommunene jobbet gjerne med løsninger med utgangspunkt i andre utfordringer i allmennlegetjenesten, enn kun selve den nye spesialiseringsordningen, se også 4.5. De ga uttrykk for at de ser at noen tiltak kan svare på utfordringer, både når det gjelder å få implementert selve spesialiseringsordningen, og når det gjelder å bedre rekrutteringen, samt å gi bedre kvalitet og økt fleksibilitet blant allmennlegene.

Enkelte kommuner oppga at de har bestemt seg får å tilby, og kreve, at alle ansatte kommunale allmennleger, også de som er ansatt før det var krav om å være i spesialisering (1. mars 2017), skal gjennomgå spesialisering.

*«Vi har bestemt oss for å praktisere det likt for alle som er ansatt. Vi begynte med å si at det var noen – det var liksom før og etter den datoen de var ansatt- men det så vi ble veldig uheldig i legegruppen. Så vi sa at alle som er inne nå, forventer vi skal gå gjennom spesialiseringsløpet, hvis de ikke har en annen spesialitet. Og det er også fordi vi ser behovet for rekruttering, vi kommer til å behøve å rekruttere ganske mange leger fremover.»*

### **4.4.1 Kommunen rigger spesialistutdanningsløp**

De aller fleste av kommunene i min studie beskriver at de er i gang med å legge til rette for spesialistutdanningsløp – å lage overordnede utdanningsplaner. Det finnes likevel

enkelteksempler på kommuner som foreløpig avventer, eller foreløpig velger å gjøre minst mulig, se 4.4.2.

Kommunene beskriver at de er i dialog med andre kommunale ledere, med legene som er i spesialisering, med helseforetak og, noen, med nabokommuner om hvordan dette kan rigges. Flere har også laget en overordnet utdanningsplan og registrert seg som utdanningsvirksomhet, slik nasjonale helsemyndigheter har krevd, innen 1. juni 2019. Ikke minst, har mange tenkt og diskutert mye og sett på ulike muligheter for å få dette til i praksis.

*«Vi ser at for å legge til rette for et godt spesialiseringsløp, så er det veldig fint, både for kommunen og legen, å kunne rotere mellom ulike kommunale tjenester, særlig legevakt og sykehjem og også da å kombinere med ulike vikariat i fastlegeordningen.»*

*«Vi skal ha et møte tidlig neste uke, med tillitsvalgte og - hvor vi skal snakke om koordineringsmulighetene, mulighetene vi har for de nye ALIS, muligheter for praksis, hvor de skal jobbe og hvordan vi skal klare å koordinere det. Så vi har ikke endret på noen rutiner, vi har **nok** egentlig med bare å gjøre jobben vår, så vi har ikke fått gjort så mye planlegging i forhold til det. Men det er på trappene.»*

Én kommune forteller at de har søkt om midler til å kunne tilby fastleger støtte til å gjennomføre spesialisering.

*«Vi har søkt på de midlene som ble utlyst nasjonalt, der en kan få 240 000 kr per ALIS-hjemmel og så må kommunen bidra med minst 60 000 kr selv. Så vi tenker å bruke i hvert fall 300 000 kr per hjemmel per år, for å kompensere både legesenteret og den som tar spesialiseringen, for å legge til rette for at man skal kunne oppnå læringsmålene og å få veiledning.»*

Mange kommuner forteller at de jobber for å styrke administrativ og medisinskfaglig kompetanse. De ser at det er vanskelig å implementere ordningen uten nok kapasitet til koordinering og medisinskfaglige vurderinger. Mange av kommunene i min studie opplever at det likevel ikke er lett å få gjennomslag innad i kommunen for at det er behov for økte ressurser. Se også 4.3.

*«Jeg tror at vi har kompetanse i organisasjonen, men vi har ikke nok ressurser til at de kan få frigjort nok tid til bare det [administrere spesialisering av allmennleger]. Så vi må ha ekstra ressurser inn, slik at de [nye som kommer inn] kan ta seg av de*

*oppgavene som da blir liggende. Så vi holder på å rekruttere en ny kommuneoverlege, men det er veldig mange oppgaver som vedkommende skal ha, da. Så vi må nok ut å hente - ha enda mer - så vi må nok gå noen runder til på økonomisiden.»*

*«Vi har jo meldt inn behovet for økte ressurser, og vil nok få det, men det er jo alltid en prosess i kommunen: en må tilkjennegi behovet for økte ressurser og så må det inn i handlingsplan, det tar en tid før det kommer gjennom. Så vi ligger nok litt på etterskudd.»*

De fleste kommunene i min studie forteller at de er i gang med å etablere samarbeid med sitt lokale helseforetak om allmennlegenes obligatoriske tjeneste på sykehus, se også 4.3.5. Mange av kommunene forteller at de har vært i dialog med sitt lokale helseforetak og at det er igangsatt prosesser for å avklare hvordan man kan få til systematiske ordninger for allmennlegenes sykehustjeneste. Én kommune forteller at det jobbes med stillinger forbeholdt allmennleger i spesialisering, men de fleste kommunene oppgir at organiseringen fortsatt er uavklart. Flere kommuner påpeker at det er positivt at allmennlegene er en periode på sykehus, fordi dette gir grunnlag for bedre kjennskap til spesialisthelsetjenesten og mulighet for lettere dialog for den enkelte lege med sitt lokalsykehus.

*«– nå kommer jeg fra et møte nettopp på sykehuset – der overordnet samarbeidsutvalg har oppnevnt – eller laget- et klinisk samarbeidsutvalg i forhold til samarbeid med spesialisthelsetjenesten i forhold til å oppnå læringsmålene der - å lage stillinger og sånn.»*

*«Vi har gjort noen avtaler med vårt lokale helseforetak. Vi har startet en prosess, men er på langt nær i mål, men det er for å få til en slags avtale med helseforetaket om at vi kan ha noen plasser inne på sykehuset hvor det roteres inn allmennleger, og at de oppnår sine læringsmål der. Og at det er på avdelinger som er nyttige for allmennmedisin, og ikke sånn - som man i teorien kan nå - gjemme seg bort på en eller annen sær post eller avdeling som er lite relevant for allmennpraksis.»*

Enkelte kommuner sier at de ser det som aktuelt å samarbeide med nabokommuner om tilrettelegging av spesialiseringsløp. Én kommune ser at nabokommunene kan trenge administrativ støtte for å få til koordinering og organisering. En annen kommune ser at de trenger å samarbeide med nabokommunene om fastlegevikariatet der deres kommunalt ansatte allmennleger kan få obligatorisk praksis.

*«Jeg tror ikke det vil være riktig at vi som storkommuner bare tenker på oss selv. Vi må være med og ta et ansvar for småkommunene i regionen, vi blir litt storebror.»*

*«Vi har noen som har begynt både på sykehjem og legevakt som går sine to år, og så er jeg litt mer usikker på hvordan vi klarer å få de over i de to årene med uselektert allmennpraksis. Der ser jeg at vi som egen kommune neppe klarer det alene, for vi har en ganske stabil gruppe [fastleger] som er spesialister i allmennmedisin og som ikke har behov for noe tjenesteår. Og de er såpass gamle at de skal ikke ut i barselpermisjon, heller. Der tror jeg at vi må lage gode avtaler oss imellom -.»*

#### **4.4.2 Noen (få) kommuner avventer, eller gjør minst mulig**

Noen få av kommunene i min studie velger foreløpig å ikke forholde seg, eller å forholde seg minst mulig, til den nye ordningen. Det er ikke nødvendigvis den administrative lederen eller kommuneoverlegen *selv* som velger dette, men kommuneledelsen. Det blir lagt vekt på at det er en uoversiktlig ordning med uklare konsekvenser for kommunene, se også 4.3.1.

Å gjøre minst mulig, men gjøre det som er formelt påkrevet, er en tilnærming som enkelte kommuner i min studie oppgir at de forsøker i første omgang. Det blir lagt vekt på at de kommunale rammene ikke tillater en mer aktiv tilnærming, se også 4.2.1.

*«Så ser vi, i hvert fall i vår kommune, at organiseringen er veldig annerledes av fastlegene i forhold til kommunens ansatte leger. Så litt av striden – kommunen føler kanskje et ansvar i forhold til kommunens ansatte leger i større stillingsbrøker, spesielt innenfor pleie og omsorg, mens fastlegene fremdeles er selvstendig næringsdrivende og kommunen ser ikke helt at kommunen skal ha en rolle i forhold til både veiledning og tilrettelegging. Til tross for at forskriften tydelig sier det, så er det vanskelig å lande.»*

*«Jeg ser på – jeg har sagt til dem som er LIS1-veiledere, og jeg sier det også hvis det er snakk om LIS3: Vi demper dette ned på – vi gjør det så nært opp til slik som dere har gjort det før som overhodet mulig, innenfor det regelverket som er. Og det er jo det samme som å ikke følge opp de intensjonene som er med en slik ny ordning. For ordningen er hensiktsmessig og hadde vært veldig bra, men skal vi kunne klare å*

*kunne sette et stempel til slutt, så er vi nødt til å tilpasse det til den virkeligheten vi lever i, og den er mager.»*

## **4.5 Andre utfordringer er større og viktigere**

Kommunene i min studie vurderer at andre utfordringer innen allmennlegetjenesten er større og viktigere. De uttrykker unisont, både direkte og indirekte, at de er mer bekymret for selve fastlegeordningen som sådan, enn for implementering av den nye ordningen for spesialisering. De har i tillegg fokus på omorganiseringer, kommunesammenslåinger og nedskjæringer, i vel så stor grad som den nye spesialiseringsordningen. Se også 4.3.5.

Dette reflekteres også i at mange av løsningene kommunene beskriver, er initiert av andre utfordringer enn den nye ordningen for spesialisering av allmennleger.

*«Men vi har akkurat landet en omorganisering der vi skal ha en lege, vi har fått en stilling, men vi har ikke fått lyst den ut enda. Det er en legestilling som skal jobbe opp mot fastlegene. [...] Den er ikke knyttet opp mot spesialiseringen i det hele tatt. Dette ble tegnet inn på kartet lenge før spesialiseringen kom, selv om det ble vedtatt nå. Den er ikke tenkt i forhold til spesialisering.»*

Kommunene uttrykker bekymring for bærekraften i ordningen. De aller fleste kommunene uttrykker bekymring for rekrutteringen til, og stabiliteten i, fastlegeordningen. Mange uttrykker også en tilsvarende bekymring når det gjelder de kommunale allmennlegejobbene. Flere kommuner opplyser at de ikke får kvalifiserte søkere til ledige fastlegehjemler, og enkelte at de har utfordringer med at nabokommuner tilbyr så gode økonomiske vilkår at kandidatene velger nabokommunen fremfor deres kommune. Flere av kommunene forteller at mange søkere heller vil ha fastlønnsstillinger, enn tradisjonelle fastlegestillinger.

*«Hos meg så står utfordringen med å tilpasse til LIS3 under utfordringen med å etablere en bærekraftig fastlegeordning. Og å prøve å etablere levelige vilkår for de yngre legene.»*

*«Det merker vi allerede - at de aller fleste fastlegene ønsker reduserte lister og fritak fra legevakt og fritak – å slippe byrden med kommunalt arbeid. Og hvis de ikke får dette oppfylt, så slutter de. Og så står du der og blir liksom presset –»*

*«Spørsmålet er om vi i det hele tatt får tak i vikarer. Vi har en ALIS nå som skal ut i permisjon. Vi lyste først ut internt, fikk ingen. Vi lyste ut eksternt og fikk da bare noen som ikke kvalifiserer, på grunn av dårlig språk.»*

*«Jeg synes det er en uting at de forskjellige kommunene overbyr hverandre med – og finner på nye kreative løsninger [gode økonomiske ordninger for å rekruttere fastleger].»*

Enkelte kommuner uttrykker at de hadde ønsket at nasjonale helsemyndigheter prioriterte håndtering av utfordringene i fastlegeordningen, og å få på plass bærekraftige nasjonale rammer, før de innførte den nye ordningen for spesialisering av allmennleger.

*«Jeg synes det er litt utfordrende, når vi ikke har etablert en løsning og det kommer litt sånn hulter til bulter fra Helsedirektoratets side. Jeg hadde ønsket en mer helhetlig løsning, jeg hadde ønsket at trepartssamarbeidet [staten, KS og Legeforeningens samarbeid om de nasjonale rammene i fastlegeordningen] hadde kommet med en konklusjon før det her ble kjørt ut, for det er mye økonomi i det.»*



## 5 Diskusjon

Kommunene i min studie ser at den nye ordningen for spesialisering av allmennleger kan gi bedre kvalitet i allmennlegetjenesten. De mener imidlertid at myndighetene kunne gjort en bedre jobb i forkant av innføring av ordningen og de opplever at det er krevende å innføre den nye ordningen i kommunene. De mener at hovedutfordringene er uklar informasjon og manglende avklaringer fra nasjonale helsemyndigheter, at det ikke følger økonomi med ordningen og at ordningen ikke er godt nok forankret i kommunene. Kommunene jobber likevel med løsninger for å innføre ordningen, men noen få kommuner velger foreløpig å avvente eller gjøre minst mulig. Et viktig poeng er at kommunene vurderer at andre utfordringer innen allmennlegetjenesten er større og viktigere enn selve innføringen av den nye ordningen, nemlig rekrutteringssvikt og manglende bærekraft i fastlegeordningen. Enkelte kommuner gir uttrykk for at sikring av fastlegeordningen med bærekraftige nasjonale rammer burde vært prioritert av nasjonale helsemyndigheter før innføring av ordning for spesialisering.

### 5.1 Hvilke aspekter ser ut til å være vellykket?

Kommunene anerkjenner at det er positive aspekter ved ordningen. Mange av kommunene mener at det er positivt at kommunene blir ansopret til å følge opp fastlegene tettere som følge av den nye ordningen, ettersom den nye ordningen forutsetter tett dialog med allmennlegene i spesialisering, og med supervisører og veileder. Noen kommuner erkjenner at de ikke har fulgt opp fastlegene tett nok frem til nå, og at de har for liten administrativ kapasitet til å følge fastlegene godt opp. Disse funnene samsvarer med rapporten *Kommunal legetjeneste – kan den ledes?* (Agenda Kaupang, 2016), der det hevdes at kommunene ikke benytter det handlingsrommet de har til å lede fastlegene. Rapporten slår fast at kommunene i liten grad leder og styrer legetjenesten, og at dette skyldes lav bevissthet om hvordan legetjenestene kan styres, og lite tid og ressurser avsatt hos den kommunale ledelsen til denne oppgaven. Rapporten anbefaler at kommunene bør samarbeide med legene om utvikling av strategier og prioriteringer for legearbeidet, slik at det samsvarer med kommunenes mål for tjenestene. Også rapporten *Pasientens primærhelsetjeneste må ledes - Om ledelse av det medisinske tilbudet i kommunene*. (Legeforeningen, 2017) påpeker behovet for større grad av ledelse av

primærhelsetjenesten. Også i lys av dette kan det sees på som positivt at den nye ordningen gir et insitament til tettere oppfølging av fastlegene.

Et annet positivt aspekt med den nye ordningen, er at de kommunalt ansatte legene kan, og må, gå gjennom spesialisering i allmennmedisin. Tidligere har de kommunale allmennlegetillingene representert «blindveier» i forhold til faglig utvikling og spesialisering. Kommunene har tror på at dette vil kunne bidra til bedre rekruttering og at de kommunalt ansatte legene blir mer fleksible ettersom de får erfaring fra ulike arenaer. Behovet for spesialisering av de kommunalt ansatte allmennlegene understrekes allerede i *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* (St.meld. nr. 26 (2014–2015)), der behovet for krav om spesialisering grunnis. Her fremholdes det at det er grunn til å tro at grunnutdanningen ikke er tilstrekkelig til å gi legen den kompetansen som er nødvendig for å sikre tilstrekkelig kvalitet i allmennlegetjenesten. Det påpekes at kravet til kompetanse for å arbeide ved et sykehjem er like høy som i fastlegepraksis ettersom det vurderes at den faglige kompleksiteten her er like stor.

## **5.2 Kommunens hovedutfordringer**

Hvilke hovedutfordringer opplever kommunene i forbindelse med innføring av den nye ordningen for spesialisering av allmennleger?

### **5.2.1 Manglende avklaringer og manglende ressurser**

Alle organisasjoner er avhengige av ressurser fra sine omgivelser, for eksempel penger og arbeidskraft, i tillegg til at de oftest er avhengige av oppslutning og legitimitet (Jacobsen og Thorsvik, 2016). Kommunene i min studie opplever mangel på allmennleger og mangel på økonomiske ressurser i forbindelse med den nye ordningen. Denne avhengigheten av omgivelsene skaper usikkerhet ved at det gir uforutsigbarhet, sier Jacobsen og Thorsvik (2016). Forskjellen mellom den informasjonen om faktorer i omgivelsene, som man trenger for å fatte en beslutning eller gjøre en oppgave, og den informasjonen man har tilgjengelig, utgjør usikkerheten. Dette samsvarer med mitt funn av at uklar informasjon og manglende avklaringer fra nasjonale helsemyndigheter i forbindelse med innføring av den nye ordningen, gir en manglende forutsigbarhet og sviktende beslutningsgrunnlag for kommunene. Kommunene opplevde at det var vanskelig å planlegge spesialistutdanningsløp på grunn av

mange usikre faktorer. Dette gjelder for eksempel i hvor stor grad kommunene skal finansiere fastlegenes spesialisering, hvordan veiledning og supervisjon skal godtgjøres og hvilket ansvar henholdsvis kommunene og helseforetakene har for å legge til rette for – eller sørge for – allmennlegenes obligatoriske sykehustjeneste. Kommunene opplever altså, i henhold til Jacobsen og Thorsvik (2016), en usikkerhet fordi det er en diskrepans mellom informasjonen de trenger for å ta avgjørelser vedrørende rigging av den nye ordningen, og den informasjonen de har klart å skaffe til veie fra statlige myndigheter. Viktige tekniske ressurser fra omgivelsene som organisasjoner er avhengig av, er penger og arbeidskraft. Mangel på tilførsel av nye økonomiske ressurser i forbindelse med den nye ordningen og mangel på allmennleger, er to forhold som gjør kommunene sårbare. Kommunene som organisasjon er kanskje mer sårbare enn andre organisasjoner, fordi de ikke, som andre organisasjoner, kan endre aktivitet i en periode som følge av mangel på ressurser eller arbeidskraft, men er pålagt en viss aktivitet via lovregulering fra staten. Dette gjør at kommunene kanskje er i en mer sårbar situasjon når det gjelder tilgang på ressurser fra omgivelsene enn andre organisasjoner, sett med organisasjonsteoretisk blikk.

### **5.2.2 Manglende forankring innad i kommunene**

Jacobsen og Thorsvik (2016) sier at en av ledelsens viktigste oppgaver er endring av organisasjonen. Endring er grunnleggende en motsetning til organisasjonens stabile natur. For å skape endring må derfor komme rundt de organisatoriske forhold som skaper stabilitet, og dette er det lederne som må sørge for. Dette kan forklare de utfordringene som *noen* av kommunene i min studie erfarer. De opplever utfordringer med å innføre den nye ordningen, ettersom det er vanskelig å få forankret et eierskap til dette i ledelsen i egen kommune. Flere kommuner opplever også at andre i kommunen ikke har særlig kjennskap til den nye ordningen. Ettersom en endringsprosess er avhengig av en ledelse for å kunne lykkes, er det rimelig at manglende ansvars plassering innad i kommunen oppleves krevende.

## **5.3 Hva kunne myndighetene gjort annerledes?**

Hva kunne nasjonale helsemyndigheter gjort annerledes ved innføring av den nye ordningen for spesialisering av allmennleger? Kommunene i min studie mener at nasjonale helsemyndigheter kunne gjort en bedre jobb på flere områder ved innføring av ordningen.

### 5.3.1 Kjennskap til den kommunale virkeligheten

Kommunene i min studie mener at nasjonale helsemyndigheter ikke kjenner godt nok til den kommunale virkeligheten. De mener at nasjonale helsemyndigheter undervurderer kommunenes utfordringer når det gjelder økonomisk og administrativ kapasitet. Én av kommunene fremholdt at det var enten naivt eller kynisk av nasjonale helsemyndigheter å hevde at en så stor endring kan innføres uten at det krever økte ressurser. At nasjonale myndigheter og kommunene vurderer den kommunale virkeligheten ulikt, understøttes av Helse- og omsorgsdepartementets vurdering av de økonomiske konsekvenser av den nye ordningen for spesialisering av allmennleger (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018): «Det beregnes at de årlige kostnadene for et minimumskrav til veiledning på 1 time hver annen uke vil beløpe seg til 23 mill. kroner. [...] Øvrige reguleringer innebærer ikke nye oppgaver for kommunen, men er en presisering av oppgaver kommunen har i dag.» Kommunene mener derimot, slik det fremgår av mine funn, at det er store økte administrative oppgaver og store økonomiske konsekvenser av den nye ordningen. Kommunene mener at når nasjonale helsemyndigheter ikke har tatt situasjonen i fastlegeordningen innover seg, når de uttrykker at entusiasme og dugnadsinnsats blant fastlegene, blant annet når det gjelder veiledning og supervisjon, skal sikre at den nye ordningen fungerer. Dette støttes av evalueringsrapporten (EY og Vista Analyse, 2019) om fastlegeordningen, som beskriver en svært presset fastlegeordning, der fastlegene trenger å bli flere og få færre oppgaver. Dette harmonerer dårlig med dugnadsinnsats innen veiledning og supervisjon.

I den grad det er riktig at nasjonale helsemyndigheter har begrenset kjennskap til kommunenes utfordringer og rammebetingelser, vil det å høre kommunenes stemmer kunne bedre dette. Kommunene gir uttrykk for at de ikke opplever å bli hørt av nasjonale myndigheter i forbindelse med innføring av den nye ordningen. De fremholder at mange uklarheter og uheldige, utilsiktede utfordringer kunne vært unngått, hvis kommunene i større grad hadde blitt hørt tidlig i prosessen, før man kommer til det formelle høringsstadiet. Enkelte kommuner påpeker at det at kommunene er så mange og ulike, gjør at det er vanskelig for nasjonale helsemyndigheter å fange opp kommunenes ulike innspill. I utgangspunktet foreligger det systemer for at staten skal kjenne til kommunenes utfordringer og lytte til kommunens innspill. Regjeringens primære måte å være i formell dialog med kommunene er via Konsultasjonsordningen med KS, der regjeringen, ved relevante departementer, og KS har faste møter. Staten fremholder at denne ordningen bidrar til god

kontakt mellom staten og KS og at det skal bidra til enighet om situasjonsbeskrivelsen for kommunene (Prop. 113 S (2018–2019)). Også ved statlige lovutredninger og ved kostnadsberegninger av statlige reformer med konsekvenser for kommunene, skal staten være i dialog med KS. Likevel er det spørsmål om hvorvidt denne konsultasjonsordningen er tilstrekkelig for å sørge for at kommunene reelt sett blir hørt. Kommunene i min studie stiller spørsmål ved om KS kjenner godt nok til forutsetningene i kommunene. KS skriver på sine nettsider: «Aktiviteten i KS skal støtte opp under rollen som utviklingspartner for kommuner og fylkeskommuner, som interessepolitisk aktør overfor sentrale myndigheter og andre, og som forhandlingspart for arbeidstakerorganisasjonene i kommunesektoren.» (KS, u.å.b) I hvor stor grad KS lykkes som interessepolitisk aktør på kommunenes vegne overfor sentrale myndigheter, stiller flere av kommunene i min studie et spørsmålstegn ved.

### 5.3.2 Gjennomarbeiding av ordningen

Alle kommunene i min studie uttrykker at de hadde ønsket at ordningen var mer gjennomarbeidet før innføring, med viktige forhold avklart og informasjon klargjort. De mener at det hadde vært behov for at nasjonale helsemyndigheter tok seg tid til å se på hva de ville oppnå og hvordan de måtte rigge ordningen for å oppnå det. Kommunene oppgir at informasjonen fra sentrale myndigheter har vært preget av manglende avklaringer og uklar informasjon, der informasjonen har kommet sent, den har vært vanskelig tilgjengelig, lite samordnet, og til dels motstridende. I tillegg opplever kommunen i min studie at det var en unødvendig vanskelig overgang fra gammel til ny ordning, der tilskudd for veiledning av spesialistkandidater ble fjernet i 2017 og ikke erstattet før ny ordningen kom i 2019.

Disse funnene er interessante å se opp mot Kotters teori om at det er åtte nødvendige steg som ledd i en vellykket endringsprosess (Kotter, 1995). Hans teori baserer seg på endringer – organisasjonsutvikling - innad i organisasjoner og hvilke grep en leder må ta i forhold til medarbeiderne for å gjennomføre en vellykket endringsprosess. Hovedpoengene er til dels overførbare også til makronivå, til forholdet mellom stat og kommuner. Tredje og fjerde steg er relevante: *Formuler en klar visjon og lag en strategi for å nå denne og kommuniser denne visjonen til hele organisasjonen.* Sett i forhold til mine data, kan det se ut som nasjonale myndigheter, i forbindelse med innføring av denne ordningen, har hatt en visjon, men ikke lykkes fullt ut med å lage en gjennomarbeidet strategi for å nå visjonen. Imidlertid kan det se ut til at de til en viss grad har lykkes med å formidle selve visjonen, jf. 5.1. Det femte steget

er: *fjern hindringer og gjør folk i stand til å arbeide på nye måter (f.eks. endring i systemer, strukturer)*. Sammenholdt med mine funn, kan man hevde at uklar informasjon og manglende avklaringer fra nasjonale helsemyndigheter, i tillegg til mangel på økonomiske og administrative ressurser, er vesentlige hindringer som motvirker kommunenes muligheter til å innføre den nye ordningen.

Det kan også være relevant å se hen til insentivteori for å belyse funnene i min studie relatert til nasjonale helsemyndigheters utarbeiding av ordningen. Et insentiv kan blant annet være et juridisk eller økonomisk virkemiddel. En reform vil inneholde et sett av insentiver. Principal-agent-teorien (Eisenhardt, 1989), er en sentral, men omdiskutert insentivteori. Teorien sier at når en prinsipal delegerer myndighet til en agent er det behov for en kontrakt, med insentiver og kontrollmekanismer, slik at prinsipalen kan søke å sørge for at agenten handler på en slik måte at utfallet blir slik prinsipalen ønsker, fordi prinsipalen og agenten har ulike mål og agenten vil, enkelt sagt, gjøre minst mulig og tjene mest mulig. Teorien forutsetter at det foreligger en «moral hazard» («moralsk fare»), at agenten vil ta snarveier og forsøke å lure prinsipalen, og at prinsipalen har begrenset informasjon om agentens aktiviteter.

Den nye ordningen for spesialisering av allmennleger tar i bruk et effektivt juridisk insentiv, forskriftsfesting. Økonomiske insentiver kan det se ut som er mer beskjedne. Kunne nasjonale helsemyndigheter brukt insentiver på en mer effektiv måte i denne reformen? Fremfor store rammeoverføringer som skal bidra til at kommunene kan håndtere den nye ordningen, har nasjonale helsemyndigheter valgt å bruke færre midler på mer målrettede økonomiske insentiver, ved å lyse ut tilskuddsmidler til kommuner som prøver ut ordninger for å legge til rette for allmennlegenes spesialisering. Dette kan være et effektivt økonomisk insentiv for å få på plass prøveordninger, men vil i første omgang ikke bidra til en god innføring i alle landets kommuner. Etterhvert har det blitt avklart at veiledning skal refunderes etter søknad fra kommunene etterskuddsvis. Det at staten betaler kommunene ut fra synlig resultat, etter å ha kontrollert at veiledning er gjennomført, er en tilnærming i tråd med prinsipal-agent-teorien. Også å innføre en ordning for registrering av utdanningsvirksomheter samfaller med denne teorien. Imidlertid har denne teorien likevel sine begrensninger når det gjelder å belyse forholdet mellom stat og kommune. Kommunene har gjerne ganske sammenfallende mål med staten og vil gjerne ha mer ideelle mål enn å få mest mulig penger og gjøre minst mulig, og vil i tillegg være preget av profesjonalisme og normer. De juridiske insentivene, med

forskriftsfesting av ordningen, er også med på å regulere dette. Teorien belyser likevel noen av insentivene i ordningen.

Nasjonale helsemyndigheter tar altså i bruk insentiver for å stimulere kommunene til å følge opp ordningen, både med forskrift og tilskudd. Sterkere økonomiske insentiver ville kanskje kunne bidra til innføringen av ordningen, men ville vært mer ressurskrevende.

### 5.3.3 Tid til omstilling og forberedelser for kommunene

Det gikk liten tid fra kunngjøring til ikrafttredelse av endringen i spesialistforskriften som regulerer den nye ordningen (Endr. i spesialistforskriften, 2018). Ved kunngjøringen av den nye forskriften 19.12.2018, fikk kommunene endelig vite hvilket ansvar for spesialiseringen av allmennleger i kommunene de skulle ha. Forskriftsendringene ble gjeldende fra mars 2019. Det gikk altså om lag 10 uker fra den nye spesialistforskriften ble kunngjort til endringene trådte i kraft. Kommunene i min studie påpekte at det var svært liten tid til forberedelser og omstilling. Lewin (1951) beskrev at det er tre nødvendige faser i en endringsprosess – organisasjonsutviklingsprosess. Han fremholdt at alle de tre fasene er nødvendige for å lykkes med en endringsprosess: Først må organisasjonen, og den ansatte, tines opp (*opptiningsfasen*), så kan selve endringen finne sted (*endringsfasen*), før ny organisering kan sette seg i sin nye form (*nedfrysningsfasen* eller *konsolideringsfasen*). *Opptiningsfasen* innebærer at organisasjonen, og den enkelte medarbeider, må klargjøres og være forberedt på endring. Leder må oppnå en motivasjon for endring i organisasjonen og det må etableres en trygghet for at endring kan finne sted, blant annet ved at leder fokuserer på at noen forhold skal være stabile. Teorien tar utgangspunkt i mikronivå, innad i en organisasjon, men er også anvendelig til å se på forholdet mellom organisasjoner. Ut fra mine funn, kan det se ut som *opptiningsfasen* i forbindelse med innføringen av denne ordningen ikke har vært tillagt stor nok vekt av de sentrale helsemyndighetene.

Det har likevel ikke vært ukjent at det skulle bli en revisjon av ordningen for spesialiseringen av allmennleger, det er selve innholdet som ikke har vært kjent. Allerede i 2014 kom den en rapport om fremtidig spesialiststruktur i samfunns- og allmennmedisin (Helsedirektoratet, 2014b). Her ga Helsedirektoratet råd om endringer i spesialistutdanningen, men økt ansvar til kommunene er ikke et sentralt tema i rapporten. I juni 2018 informerte Helsedirektoratet i brev til alle landets kommuner (Helsedirektoratet, 2018) om forslagene til oppgaver for

kommunene i forbindelse med ny ordning for spesialisering i allmenntidisin, men dette var altså ikke besluttede endringer, ettersom høringsfristen for ny spesialistforskrift var senere samme måned (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018).

Funnene i min studie, og med forbehold om hvilke begrensninger det innebærer, tyder altså på at nasjonale helsemyndigheter ved innføring av den nye ordningen for spesialisering av allmennleger, med fordel kunne etablert en bedre kjennskap til kommunenes virkelighet gjennom å høre kommunenes stemmer i større grad. De kunne med fordel tatt seg tid til å få plass en mer gjennomarbeidet ordning, med viktige praktiske forhold avklart og informasjon klargjort, før innføring.

## 5.4 Nasjonale helsemyndigheters posisjon

I lys av mine funn, er det naturlig å se på nasjonale helsemyndigheters posisjon overfor kommunene – relatert til innføringen av den nye ordningen for spesialisering av allmennleger. Mange av kommunene i min studie gir uttrykk for at de er oppgitt over nasjonale helsemyndigheter og enkelte at de mister litt tilliten, fordi de opplever uklar informasjon, manglende avklaringer og det de oppfatter som uttrykk for hastverksarbeid og at nasjonale helsemyndigheter har lite innsikt i den kommunale virkeligheten. Kommunene uttrykker likevel en form for overbærenhet eller pragmatisme, ved at kommunene sier at ting nok går seg til, og at de er vant til at det er sånn. Denne overbærende tilnærmingen gjør det nok enklere for kommunene å stå i situasjoner der ideelle idéer ikke er fullt ut forenelig med den økonomiske virkeligheten i kommunene.

Likevel er det grunn til å spørre om denne overbære holdningen fra kommunene overfor nasjonale helsemyndigheter, også er et uttrykk for at nasjonale helsemyndigheters rolle som ledestjerne for kommunene er utfordret. Nasjonale helsemyndigheter har en opphøyd rolle formelt, men når det gjelder hvordan kommunene ser på deres kompetanse og vurderingsevner, antyder mine funn, med de begrensninger dette innebærer, at nasjonale helsemyndigheters posisjon overfor kommunene er under press.

Det kan defineres ulike maktbaser for en leder (Yukl, 2013): *legitim makt*, *belønningsmakt*, *tvangsmakt*, *informasjonsmakt*, *økologisk makt*, *referansemakt* og *ekspertmakt*. På makronivå kan man tilsvarende bruke denne innfallsvinkelen til å se på ulike nasjonale myndigheters maktbaser relatert til kommunene. *Legitim makt*, som er gitt ut fra formell posisjon,



*belønningsmakt* og *tvangsmakt*, vil statlige helsemyndigheter nødvendigvis ha, mens særlig maktbasen *ekspertmakt* er mer avhengig av hvordan kommunene vurderer de nasjonale myndighetenes ekspertise; deres kompetanse og vurderingsevner. Nasjonale helsemyndigheters maktbase *ekspertmakt* kan se ut til å være utfordret i denne sammenhengen, slik jeg tolker mine funn på et begrenset område.

Forøvrig har nasjonale helsemyndigheter åpenbart *informasjonsmakt*, i denne sammenhengen med den utilsiktede bieffekten at en hovedutfordring for kommunene med innføring av ordningen for spesialisering av allmennleger, er uklar informasjon.

## 5.5 Hvordan forholder kommunene seg?

Hvordan forholder kommunene seg til den nye ordningen for spesialisering av allmennleger? Organisasjoner velger ulike strategier for å håndtere sine institusjonelle omgivelser (Jacobsen og Thorsvik, 2016). Med en organisasjons institusjonelle omgivelser menes verdier, normer og forventninger i omgivelsene som påvirker hvordan organisasjonen oppfattes i omgivelsene. De institusjonelle omgivelsene kan deles i tre søyler: regulativ, normativ og kognitiv, ut ifra hva som er grunnlaget for omgivelsenes institusjonelle press mot organisasjonen. Statens forskriftsregulering av kommunenes aktiviteter er et eksempel på kommunens institusjonelle omgivelser – regulativ søyle. Organisasjonenes strategier for å håndtere institusjonelle omgivelser kan deles i fire typer: *reell konformitet*, der organisasjonen reelt tilpasser seg nye krav, *tilsynelatende konformitet*, der organisasjonen tilsynelatende tilpasser seg nye krav, men gjør noe annet, *motstand og forhandling* og *omdømmebygging og omdømmehåndtering*. I forhold til tilsynelatende konformitet, påpeker Jacobsen og Thorsvik (2016) at organisasjoner gjerne må forholde seg til både institusjonelle og tekniske omgivelser, og at disse i enkelte tilfeller kan være i konflikt med hverandre. I lys av denne teorien kan vi se på hvordan kommunene forholder seg til den nye ordningen for spesialisering av allmennleger.

De fleste kommunene i min studie forsøker å finne løsninger for å implementere den nye ordningen. I lys av teorien om hvilke strategier organisasjoner bruker for å håndtere sine institusjonelle omgivelser, kan vi hevde at de fleste kommunene i min studie håndterer ny forskrift og ny ordning for spesialisering av allmennleger med *reell konformitet*. De ser på ulike muligheter og løsninger og er i gang med å rigge spesialistutdanningsløp i henhold til

den nye ordningen, til tross uklar informasjon og manglende avklaringer fra nasjonalt hold, utfordringer med ansvarsforankring innad i kommunen, og utfordringer når det gjelder økonomi og administrativ kapasitet og en rekke praktiske utfordringer. Hovedinntrykket i min studie er altså at kommunene velger å jobbe med å reelt tilpasse seg de nye kravene.

Enkelte av kommunene i min studie velger i første omgang å forholde seg avventende eller gjøre minst mulig i forhold til den nye ordningen for spesialisering av allmennleger. Enkelte kommuner i min studie uttaler at de ville gjøre det som formelt sett var nødvendig, men ellers gjøre minst mulig, ettersom den kommunale virkeligheten når det gjelder økonomisk og administrativ kapasitet ikke tillater annet. Disse kommunene kan man hevde at bruker strategien *tilsynelatende konformitet* i lys av teorien om hvilke strategier organisasjoner bruker for å håndtere sine institusjonelle omgivelser. Kommunene oppga, i tråd med det Jacobsen og Thorsvik (2013) angir som en mulig årsak, at de institusjonelle og tekniske omgivelsene er i konflikt: kommunens ressurstilgang harmonerer ikke med intensjonen om aktivitet gitt i den nye forskriften.

Motstand og forhandling er en annen av strategiene organisasjoner bruker for å håndtere sine institusjonelle omgivelser (Jacobsen og Thorsvik, 2016). Enkelte av kommunene i min studie, oppga at de, i første omgang, ikke ville følge opp ordningen. De spurte seg hvilken nytte de hadde av å registrere seg som utdanningsvirksomhet og de spurte seg hvorfor de skulle ta på seg økonomisk ansvar for fastlegenes spesialisering, når fastlegene er selvstendig næringsdrivende. Det er naturlig å anta at dette er en foreløpig strategi som vil bli justert når alle avklaringer og informasjon kommer på plass fra sentralt hold.

## 5.6 Er andre utfordringer viktigere?

Kommunene i min studie oppga unisont at de opplever situasjonen i fastlegeordningen, med tvilsom bærekraft og sviktende rekruttering, som en utfordring de prioriterer høyere enn den mer begrensede utfordringen med innføring av den nye ordningen for spesialisering av allmennleger. Det å sikre tilgjengelige legetjenester til innbyggerne i kommunen, er det elementære for kommunene i min studie. Dette harmonerer med en økende erkjennelse nasjonalt av en fastlegeordning under økende press. En ny rapport fra september (EY og Vista Analyse, 2019) beskriver at fastlegeordningen, når det gjelder rammebetingelser og bærekraft, er under press. Fastlegene rapporterer at arbeidsbelastningen har økt de siste 3-5 år, en

betydelig andel opplever belastningen som uhåndterbar. Nye oppgaver og større oppgavevolum på grunn av samhandlingsreformen, institusjonsnedbygging og økte forventninger i befolkningen, samt en krevende koordinatorrolle ettersom det stadig blir flere eldre med sammensatt sykdomsbilde, trekkes frem som årsaker til den økte arbeidsbelastningen for fastlegene. Rapporten fastslår at rekruttering av fastleger nå er vanskelig, ikke bare i mindre kommuner som tidligere, men også i store kommuner. Rapporten konkluderer med at det er behov for å få flere fastleger inn i ordningen og at fastlegen må avlastes med hensyn på oppgaver. Hvis man ikke får til dette, vil det være vanskelig å opprettholde en velfungerende fastlegeordning.

Denne evalueringsrapporten var ikke kjent for informantene da jeg gjennomførte min datainnsamling våren 2019, men rapporten speiler likevel på en god måte en erkjennelse som allerede da var tilstede blant allmennlegeadministrasjonen og kommuneoverlegene i kommunene. Å prioritere håndtering av fastlegeordningen som sådan, står ikke nødvendigvis i et motsetningsforhold til å jobbe med innføring av den nye ordningen for spesialisering av allmennleger. Tettere kontakt med fastlegesentrene og den enkelte fastlege, både spesialistene som skal fungere som veiledere og supervisører og fastlegene i spesialisering, vil bidra til en tettere dialog med fastlegene generelt. Med bedre systemer for spesialisering vil det også kunne være lettere å rekruttere fastleger. Også kommunalt ansatte allmennleger som er tilgjengelige vikarer for fastlegene når de skal ha sin obligatoriske sykehustjeneste, kan bidra til å stabilisere fastlegeordningen.

Imidlertid er det andre grep som må til for å løse den omfattende utfordringene i fastlegeordningen. Enkelte kommuner gir uttrykk for at sikring av fastlegeordningen med bærekraftige nasjonale rammer burde vært prioritert før man innførte den nye ordningen for spesialisering av allmennleger.

## **5.7 Praktiske implikasjoner**

Ut fra mine funn, ved en studie av noen av landets relativt store kommuner, kan det synes som om det kan være hensiktsmessig at nasjonale helsemyndigheter bruker noe mer tid på å utarbeide og planlegge reformer før de innføres, enn det som har vært tilfellet ved innføringen av den nye ordningen for spesialisering av allmennleger. Hastverk og manglende praktiske avklaringer kan være en hindring når det gjelder en vellykket innføring av nye ordninger.

Mine funn peker også i retning av at det kan være hensiktsmessig for nasjonale helsemyndigheter å se nærmere på hvordan kommunene høres. Kan det være muligheter for å få en mer omfattende kjennskap til den kommunale virkeligheten?

Mine funn antyder at det vil være viktig for sentrale helsemyndigheter å gjøre en god jobb, blant annet ved reformer og nye ordninger, ikke minst for å beholde sin posisjon overfor kommunene, ikke bare når det gjelder formell makt, men også en posisjon der kommunene vurderer at nasjonale helsemyndigheter representerer ekspertisen.

Innad i kommunene er det viktig med gode ansvarsforankringer ved endringsprosesser. Mine funn tyder på at manglende ansvars plassering er en hindring for hensiktsmessig innføring av reformen i flere av kommunene i min studie.

Den viktigste praktiske implikasjonen er det åpenbare; at det haster med å få på plass bærekraftige nasjonale rammer for fastlegeordningen. Dette er det viktigste nasjonale helsemyndigheter kan gjøre for å bedre kvaliteten i allmennlegetjenesten.

## **5.8 Metodiske refleksjoner**

### **5.8.1 Kvalitativ metode – styrker og svakheter**

Jeg benyttet kvalitativ metode i min studie fordi kvalitativ metode egner seg best til å belyse min problemstilling. Jeg ønsket ikke primært å se på kvantifiserbare størrelser. Jeg ønsket å belyse hvordan kommunene forholder seg til den nye ordningen for spesialisering av allmennleger, hvordan de vurderer det nye ansvaret kommunene har fått, hvilke utfordringer de opplever og hvilke meninger de har om innføring av reformen. Til dette egner kvalitativ metode seg godt, ettersom denne metoden kan benyttes for å få frem informantenes opplevelser, vurderinger og erfaringer.

Det er likevel grunnleggende svakheter ved kvalitativ metode (Malterud, 2017). Funnene i en kvalitativ studie er ikke generaliserbare på samme måte som i en god kvantitativ studie. Funnene i en kvalitativ studie sier i utgangspunktet kun noe om det som er undersøkt. Likevel kan det være funn som til en viss grad er overførbare også utenfor det studien omfatter, i hvert fall kan funnene lede til refleksjon omkring tematikken også utenfor det undersøkte området – ekstern validitet. Kvalitativ metode er i sin natur subjektiv. Selv om forskeren er bevisst på å

være mest mulig objektiv, vil alltid ens forforståelse og tolkninger påvirke analysen og funnene. I tillegg vil det ved kvalitativ metode være en mangelfull transparens. Selv om forskeren redegjør tydelig for sin fremgangsmåte, vil det likevel være tolkninger og avgjørelser og grunner for hvordan analysen gjennomføres som man ikke fullt ut får gjort rede for. Dette gjør også at det er vanskelig å gjenta studien for å se om man får samme resultat, å etterprøve studien – ekstern reliabilitet. Jeg har forsøkt å minimere ulempene, se under, men likevel vil de grunnleggende svakhetene ved kvalitativ metode være tilstede.

### **5.8.2 Problemstillingens relevans**

Ettersom den nye ordningen for spesialisering av allmennleger nettopp er innført, finnes det ikke tilgjengelig forskning på denne spesifikke problemstillingen. Det foreligger også svært lite nyere forskning på spesialistutdanning for allmennleger i Norge generelt. Jeg vurderer at mer kunnskap på dette området vil være nyttig, både for kommunene og på statlig hold. At endringen nettopp har funnet sted, gjør den ytterligere interessant, og også dagens kontekst med en svært presset fastlegeordning.

Også andre problemstillinger innenfor samme område kunne vært interessante, for eksempel hvordan allmennlegene selv, eller nasjonale myndigheter, ser på dette. Jeg har imidlertid vurdert at det var viktig å avgrense oppgaven, slik at problemstillingen er håndterbar innenfor rammene av en masteroppgave.

### **5.8.3 Metodevalg - fokusgrupper og individuelle intervjuer**

Jeg valgte primært å benytte fokusgrupper. En styrke ved fokusgrupper er at man ved hjelp av gruppedynamikk kan få frem momenter som ellers ikke kommer på banen, deltagerne kan spille opp til hverandre og supplere hverandre (Malterud, 2017). Mulig ulempe med gruppeintervjuer er at deltagerne kan vegre seg for å si det de tenker i en gruppesetting når andre hører på og at noen er mer forsiktige og noen mer frempå, slik at ikke alle kommer til orde. Jeg antok at problemstillingen er så lite sensitiv for informantene at de ikke ville vegre seg for å uttrykke sine tanker i en gruppe. Jeg antok også at deltagerne var så vant til å kommunisere med andre i en profesjonell sammenheng og fremme sine synspunkter, at det var lite sannsynlig at noen ikke ville tørre å ta ordet. Jeg opplevde under fokusgruppene at alle kom til ordet, selv om ikke alle snakket like mye.

Jeg supplerte med to individuelle, semistrukturerte intervjuer for å se om dette ga mer, eller annen, informasjon enn det som kom frem i fokusgruppene. Jeg vurderte at det ikke kom frem ytterligere informasjon med denne metoden for datainnsamling.

Det var interessant å teste ut to ulike fremgangsmåter for datainnsamling. Selv om jeg hadde samme intervjuguide, forløp fokusgruppene og de individuelle intervjuene forskjellig. Jeg erfarte at mange av spørsmålene jeg hadde forberedt i min intervjuguide i stor grad ble dekket i fokusgruppene uten at jeg stilte spørsmålene eksplisitt. Deltagerne spilte opp til hverandre, utfylte hverandre og diskuterte noen uklare områder og områder der det var uenighet. De ulike informantene angrep, til dels, den utfordringen endringene innebærer på ulik måte, og de ulike angrepsvinklene kom fint frem ved hjelp av gruppedynamikken. Fokusgruppene ble gjennomført i en god stemning, der informantene viste respekt overfor hverandre, og samtidig turte å korrigere hverandre og stille spørsmål ved hva den andre bragte på banen. Det var stort engasjement, og på noen punkter små tilløp til temperatur, men det forløp likevel i avslappede og fredelige former.

De individuelle intervjuene hadde, naturlig nok, mindre naturlig fremdrift og mindre temperatur. Dette gjorde at samtalen ble noe tyngre, men en-til-en-situasjonen ga rom for refleksjon og ettertanke, slik at dette også umiddelbart opplevdes som nyttig for forskningen min. Det ble rom for å følge et resonnement helt ut.

Et springende punkt ved datainnhenting, ved hjelp av fokusgruppe og individuelle intervjuer, er intervjuguiden (*se vedlegg 3*). Hvis denne ikke har spørsmål – punkter som legger til rette for at informantene presenterer vurderinger, opplevelser og erfaringer som belyser problemstillingen, lykkes ikke studien godt. Jeg vurderer at intervjuguiden fungerte godt og at det informantene oppga var relevant for problemstillingen.

#### **5.8.4 Utvalg av kommuner - rekruttering av informanter**

For å rekruttere informanter brukte jeg etablerte kanaler. Jeg hadde i utgangspunktet tenkt å forholde meg til administrative ledere for allmennlegetjenesten og kommeoverleger i landets ti største kommuner. Grunnen til at jeg ønsket å ta utgangspunkt i landets ti største kommuner, var dels fordi disse ville være relativt lette å rekruttere, ettersom jeg har et nettverk med disse. I tillegg tenkte jeg at store kommuner ville ha større kapasitet enn små kommuner til å ha rukket å jobbe med, og ta stilling til, den nye ordningen. Jeg vurderte at en

annen fordel ved å ha relativt sammenlignbare kommuner i fokusgruppene, der informantene også kjente til hverandre fra før, var at det ville bidra til at fokuset kunne være på problemstillingen, og at ikke mye tid gikk til dialog mellom gruppedeltakerne om grunnleggende forskjeller innbyrdes. Det er også åpenbare ulemper med denne strategien for utvalg av kommuner, se om overførbarhet i 5.8.8.

Det viste seg i praksis vanskelig å rekruttere nok informanter i landets ti største kommuner, først og fremst av praktiske årsaker i forhold til geografiske avstander. Jeg rekrutterte derfor også informanter fra Buskerud og Vestre Viken-området, også her relativt store kommuner, ingen av kommunene i min studie har under 10 000 innbyggere.

Et element som påvirket den praktiske muligheten for rekruttering av informanter, var at jeg ønsket å undersøke informantenes vurderinger og erfaringer på omtrent samme tidspunkt etter innføringen av den nye ordningen for spesialisering av allmennleger, ganske raskt etter innføringen 1. mars 2019, ettersom jeg antok at erfaringene ville rapporteres annerledes etter at det hadde gått noe tid.

En annen utfordring ved rekruttering av informanter, kan være en skjevhet (bias) når det gjelder hvem som takker ja til invitasjonen til å delta. Man kan tenke seg at de som takker ja er de som har mest kjennskap til problemstillingen eller som har de sterkeste meningene om den. Denne skjevheten er det vanskelig å kontrollere eller korrigere for. Samtidig er denne effekten ikke helt uønsket, ettersom jeg nettopp ønsket å snakke med noen som hadde gjort seg opp erfaringer og meninger, ikke et representativt utvalg.

### **5.8.5 Valg av analysemetode, gjennomføring av analyse**

Jeg analyserte mine data ved hjelp av tematisk analyse, i henhold til Braun og Clarke (2006). Jeg redegjorde nøyaktig for hvordan jeg gikk frem. Jeg har, så langt det har vært mulig, vært bevisst min forforståelse og vurdert fortløpende om det jeg har funnet er et resultat av analyse av dataene mine, og ikke egen forforståelse. Like viktig er det å ikke utelate funn som harmonerer med enkelte deler av egen forforståelse, for å forsøke å være objektiv, dette vil forvrengte funnene og gjøre de mindre sannferdige og troverdige – reliabilitet.

## 5.8.6 Refleksjon rundt egen rolle

Jeg er selv kommuneoverlege i en av landets ti største kommuner, og er derfor engasjert i problemstillingen og har egen forforståelse. Jeg kjenner godt området jeg har studert og kjenner også informantene i studien fra profesjonell kontakt gjennom samarbeidsfora for landets ti største kommuner og gjennom samarbeidsforum for kommuneoverlegene i Buskerud og Vestre Viken-området. Det er både fordeler og ulemper forbundet med dette.

Det er fordelaktig at jeg kjenner området godt og vet hva som er relevante problemstillinger. Jeg forstår også godt det informantene sier når de beskriver situasjonen innenfor dette, ganske spesialiserte, området. Jeg tror også det at jeg var kjent i miljøene jeg rekrutterte fra, var en fordel når det gjaldt å klare å rekruttere informanter.

En av ulempene er faren for at jeg blir oppfattet som kommuneoverlege, og ikke masterstudent, i dialogen med informantene. Jeg var svært bevisst på min egen rolle, både i fokusgrupper og individuelle intervjuer. Jeg ønsket å minimere min påvirkning på hva informantene sa. Jeg var nøye på å ikke delta i samtalen, annet enn for å føre samtalen videre og komme innom hovedpunktene i intervjumalen. Som moderator ville jeg også, hvis det hadde vist seg nødvendig, gjort grep for å sørge for at alle kom til orde. Det er mulig at noen informanter tok hensyn til at det var en de kjente som de snakket med, og gjorde overveielser i forhold til det. Imidlertid er dette et relativt likefrem og lite emosjonelt tema, så jeg vurderer at sannsynligheten for at dette har ført til vridninger i funnene er liten.

Også i selve analysearbeidet og diskusjonen av funnene, kan det være en ulempe å kjenne problemstillingen godt, ettersom forforståelsen kan være forstyrrende. Som nevnt i 5.8.5, var jeg bevisst på egen forforståelse og holdninger og søkte å fokusere på det informantene hadde sagt. Jeg har vært bevisst på at tolkning av resultater kan farges av egne oppfatninger, og har kritisk sjekket for dette underveis. Samtidig er det viktig å ikke underkjenne funn som sammenfaller med min forforståelse, ettersom det ville være en like stor feilkilde som hadde gitt mindre valide funn.



### **5.8.7 Etske refleksjoner**

Personvern er ivaretatt gjennom prosessen. Jeg har håndtert opplysninger og data i henhold til gjeldende retningslinjer. Før jeg kontaktet potensielle informanter, hadde jeg innhentet positiv vurdering fra NSD, se 3.2.3 og *vedlegg 1*.

Jeg vurderte forøvrig at min problemstilling var lite sensitiv for mine informanter, ettersom de har et profesjonelt forhold til tematikken, og at det ikke var behov for ekstraordinær forsiktighet ved tilnærming til denne problematikken.

### **5.8.8 Overførbarhet – ekstern validitet**

Jeg intervjuet som nevnt administrative ledere for allmennlegetjenesten og kommuneoverleger i relativt store kommuner. En åpenbar ulempe er begrensning av overførbarhet (Malterud, 2017) til andre, mindre kommuner. Noen av utfordringene de store kommunene beskriver, som store kabaler for å holde oversikt på allmennlegene, er lite relevant i små kommuner, mens for eksempel utfordringer med administrativ og medisinsk faglig kompetanse kan være større i små kommuner. Likevel tror jeg funnene i studien kan ha en viss relevans også i forhold til andre kommuner, ikke minst andre relativt store kommuner, men også de mindre, ettersom noen mer allmenne funn synes å kunne være relevante. For eksempel anerkjenner kommunene i min studie at ideen med ordningen er god, men at informasjonen har vært mangelfull og at det er krevende at det følger lite økonomi med ordningen. Også vurderingen til kommunene i min studie av at den pressede situasjonen i fastlegeordningen er noe de prioriterer høyere enn selve den nye ordningen, er det sannsynlig at andre kommuner kjenner seg igjen i.

## 6 Konklusjon

Denne studien har forsøkt å belyse hvordan kommunene forholder seg til den nye ordningen for spesialisering av allmennleger. Kommunene i min studie ser at den nye ordningen for spesialisering av allmennleger kan gi bedre kvalitet i allmennlegetjenesten. De mener imidlertid at myndighetene kunne gjort en bedre jobb ved rigging av ordningen og de opplever det krevende å skulle implementere ordningen i kommunene. De mener at hovedutfordringene er uklar informasjon og manglende avklaringer fra nasjonale helsemyndigheter, at det følger lite økonomi med ordningen og at ordningen ikke er godt nok forankret innad i kommunene. Kommunene jobber likevel med løsninger for å innføre ordningen, men noen få kommuner velger foreløpig å avvente eller gjøre minst mulig.

Ut fra mine funn, ved en studie av noen av landets relativt store kommuner, kan det synes som om det kan være hensiktsmessig at nasjonale helsemyndigheter bruker noe mer tid på å utarbeide og planlegge reformer før de rulles ut. Hastverk og manglende avklaringer ser ut til å være en hindring når det gjelder en vellykket innføring av den nye ordningen. Mine funn tyder også på at det kan være hensiktsmessig for nasjonale helsemyndigheter å se nærmere på hvordan kommunene høres. Kan det være muligheter for å få større kjennskap til den kommunale virkeligheten? Mine funn antyder at det vil være viktig for sentrale helsemyndigheter å gjøre en god en god jobb, blant annet ved reformer og nye ordninger, ikke minst for å beholde en posisjon med, ikke bare formell makt, men også en posisjon der kommunene ser på nasjonale myndigheter som ekspertisen.

Innad i kommunene er det viktig med god forankring ved endringsprosesser. Mine funn tyder på at manglende ansvars plassering er en hindring for hensiktsmessig innføring av reformen i flere av kommunene i min studie.

Kommunene i min studie vurderer at situasjonen i fastlegeordningen er en større og viktigere utfordring, enn innføringen av den nye ordningen for spesialisering av allmennleger. Enkelte kommuner gir uttrykk for at justering av rammene for fastlegeordningen burde vært prioritert før innføringen av den nye ordningen for spesialisering av allmennleger. Funnene i min studie støtter altså det etter hvert åpenbare, at det viktigste nasjonale helsemyndigheter kan gjøre for å bedre kvaliteten i allmennlegetjenesten, er å få på plass bærekraftige nasjonale rammer for fastlegeordningen.

# Litteraturliste

Agenda Kaupang (2016). *Kommunal legetjeneste – kan den ledes?* Rapportnummer R9010, Agenda Kaupang på vegne av KS

ASA 4310 - Rammeavtale mellom KS og Den norske legeforening om allmennlegepraksis i fastlegeordningen i kommunene, (1.1.13-31.12.14 (prolongert frem til til 31. august 2020)

Braun V. og Clarke V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2). s. 77-101.

Eisenhardt K. M. (1989) Agency Theory: An Assessment and Review. *Academy of Management Review*, 14(1), s. 57-74.

Endr. i spesialistforskriften. *Forskrift 19. desember 2018 nr. 2171 om endring i forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger.*

EY og Vista Analyse (2019). *Evaluering av fastlegeordningen.* EY og Vista Analyse.

Forskrift om fastlegeordning i kommunene. *Forskrift 29. august 2012 nr. 842 om fastlegeordning i kommunene.*

Forskrift om kompetansekrav for leger. *Forskrift 17. februar 2017 nr. 192 om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.*

Grimsmo A. (2015). *Norsk samhandlingsreform i et internasjonalt perspektiv.* Institutt for samfunnsmedisin, NTNU. Oppdragsgiver: EVASAM. Norges Forskningsråd.

Hatlebakk I.M., Melby I., Smogeli P.O. og Vold B. (2016). *Om etablering av et datamateriale med inntekter og kostnader for privatpraktiserende leger med offentlig avtale.* Notater 2016/34. Statistisk sentralbyrå.

Helsedirektoratet (2014a). *Fremtidens legespesialister. Spesialitetsstruktur og -innhold.* Rapport IS-2079-3. Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2014b). *Fremtidens legespesialister. Spesialitetsstruktur og -innhold i samfunns- og allmennmedisin.* Rapport IS-2139. Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2017). *Spesialistutdanningen i allmennmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin. Utredning om organisering og gjennomføring*. Rapport IS-2646.

Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2018). *Ny spesialistutdanning for leger. Ansvar og oppgaver for kommunene*. Brev til landets kommuner. 18/12592-1.

Helsedirektoratet\* (\*referanser til Helsedirektoratets gradvis endrede informasjon på deres nettsider ikke tilgjengelig, fordi gamle nettadresser slettes ved oppdateringer)

Helse- og omsorgsdepartementet (2018). *Høring - regulering av spesialistutdanning i allmennmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin i spesialistforskriften*. 18/1339. Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet (2019). *Spesialistforskriften med kommentarer*. Rundskriv I-2019-2. Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgstjenesteloven. *Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.*

Helsepersonelloven. *Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v.*

Jacobsen D.I. og Thorsvik J. (2016). *Hvordan organisasjoner fungerer*. 4. utg. Bergen: Fagbokforlaget

Kotter J.P. (1995) Leading change: Why Transformation Efforts Fail. *Harvard Business Review*, (mai-juni).

KS (u.å.a) *Om KS*. Tilgjengelig fra: <https://www.ks.no/om-ks/om-ks/> (Hentet: september 2019)

KS (u.å.b) *Om KS – Hva gjør vi?* Tilgjengelig fra: <https://www.ks.no/om-ks/om-ks/hva-gjor-vi/> (Hentet: september 2019)

KS (u.å.c) *ASSS-hjem*. Tilgjengelig fra: <https://www.ks.no/asss-hjem/> (Hentet: september 2019)

Legeforeningen (2016). *Legeforeningens utdanning av veiledere i allmennmedisin. Bakgrunn og beskrivelse*. Legeforeningen.

Legeforeningen (2017). *Pasientens primærhelsetjeneste må ledes - Om ledelse av det medisinske tilbudet i kommunene*. Legeforeningen.

Lewin K. (1951), Field theory in social science, Cartwright D. (red.) *Selected theoretical papers*. Harper & Row, University of Michigan – Research Center for Group Dynamics Press.

Malterud K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Oxford dictionary (2019), *Dictionary, Lexico, powered by Oxford*. Tilgjengelig fra: [https://www.lexico.com/en?search\\_filter=dictionary](https://www.lexico.com/en?search_filter=dictionary) (Hentet: september 2019).

Prop. 113 S (2018–2019). *Kommuneproposisjonen 2020*.

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 for perioden 1.5.2018 – 31.12.2019.

Spesialistforskriften. *Forskrift 8. desember 2016 nr. 1482 om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger*.

St.meld. nr. 26 (2014–2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*.

Yukl G. (2013). *Leadership in Organizations Global Edition*. 8. utg. Pearson Education Limited.

# Vedlegg

1. Vurdering fra NSD
2. Informasjon – samtykke
3. Intervjuguide

## NSD sin vurdering

### Prosjekttittel

Med hodet i sanden eller fremme i skoene? - Hvordan forholder kommunene seg til det økte ansvaret for spesialisering av allmennleger i kommunene?

### Referansenummer

139001

### Registrert

13.01.2019 av Madli Johanne Haaheim Indseth - madlii@uio.no

### Behandlingsansvarlig institusjon

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

### Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Ivan Spehar , ivanspehar@oslomet.no, tlf: 97608146

### Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

### Kontaktinformasjon, student

Madli Johanne Haaheim Indseth, m.j.h.indseth@studmed.uio.no , tlf: 48100078

### Prosjektperiode

01.02.2019 - 31.12.2019

### Status

15.02.2019 - Vurdert

### Vurdering (1)

---

15.02.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 15.02.2018, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

## MELD ENDRINGER

Dersom behandlingen av personopplysninger endrer seg, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. På våre nettsider informerer vi om hvilke endringer som må meldes. Vent på svar før endringer gjennomføres.

## TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.12.2019.

## LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

## PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

## DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

## FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER



NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Marianne Høgetveit Myhren

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

## Vil du delta i forskningsprosjektet

**«Hvordan forholder kommunene seg til det økte ansvaret for spesialisering av allmennleger i kommunene?»**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å studere hvordan kommunene forholder seg til det økte ansvaret for spesialisering av allmennleger i kommunene.

I dette skrivet får du informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

### **Formål**

Jeg skal som mastergradsstudent ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo, gjennomføre et forskningsprosjekt. Prosjektet blir veiledet av Ivan Spehar, førsteamanuensis ved Universitetet i Oslo.

### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo.

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

Du er valgt ut til å delta i dette forskningsprosjektet på bakgrunn av ditt arbeid med administrasjon av fastlegetjenesten i en av landets 10 største kommuner.

De som mottar denne henvendelsen jobber alle med administrasjon av fastlegeordningen i en av landets 10 største kommuner.

### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Deltagelse i mastergradsprosjektet innebærer deltagelse i et gruppeintervju eller individuelt intervju som varer ca. en time. Intervjuene foretas av mastergradsstudent Madli Johanne Haaheim Indseth og vil være en åpen dialog med fokus på hvordan deltagerne opplever kommunens nye ansvar for spesialisering av allmennleger og hvordan de opplever at deres egen kommune forholder seg til dette. Det vil bli benyttet båndopptager/mobiltelefon for opptak av intervjuene, som kun mastergradsstudent Madli Johanne Haaheim Indseth har tilgang til. Mastergradsprosjektet er underlagt taushetsplikt og alle opplysninger blir behandlet konfidensielt.

### **Det er frivillig å delta**

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

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

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

Resultatet av intervjuene vil presenteres anonymisert, og det vil ikke bli gitt spesifikk informasjon som kan spores tilbake til den enkelte informant eller arbeidssted.

Det er kun veileder ved Universitetet i Oslo og mastergradsstudent som vil få tilgang til resultatene.

## Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes innen 31.12.2019, og senest 30.06.2021. Lydfiler fra båndopptager vil overføres til en sikkerhetsbeskyttet PC og anonymiseres ved hjelp av kodenøkkel. Kodenøkkel og lydfilene slettes ved prosjektets slutt, senest 30.06.2021.

## Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

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

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Oslo har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

## Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- Universitet i Oslo ved Ivan Spehar, førsteamanuensis. E-post: [ivanspehar@oslomet.no](mailto:ivanspehar@oslomet.no), Tlf: 976 08 146
- Mastergradsstudent Madli Johanne Haaheim Indseth, E-post: [m.j.h.indseth@studmed.uio.no](mailto:m.j.h.indseth@studmed.uio.no), Tlf: 481 00 078.
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, E-post ([personvernombudet@nsd.no](mailto:personvernombudet@nsd.no)), Tlf: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Ivan Spehar  
Prosjektansvarlig  
(veileder)

Madli Johanne Haaheim Indseth  
Mastergradsstudent

---

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Hvordan forholder kommunene seg til det økte ansvaret for spesialisering av allmennleger i kommunene?*», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, senest 30.06.2021.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Intervjuguide - fokusgruppeintervju - forskningsprosjekt:

«Hvordan forholder kommunene seg til det økte ansvaret for spesialisering av allmennleger i kommunene?»

### Informasjon til deltagerne:

#### Formål med intervjuet

Jeg skal som mastergradsstudent ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo, gjennomføre et forskningsprosjekt: «Med hodet i sanden eller fremme i skoene? -Hvordan forholder kommunene seg til det økte ansvaret for spesialisering av allmennleger i kommunene?»

Dere er valgt ut til å delta i dette forskningsprosjektet på bakgrunn av deres arbeid med administrasjon av fastlegetjenesten i en av landets 10 største kommuner (administrativ ledelse og medisinsk faglig rådgiver (kommuneoverlege)).

#### Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dere kan når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om dere vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for dere hvis dere ikke vil delta eller senere velger å trekke dere.

#### Personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker deres opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om dere til dette forskningsprosjektet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Resultatet av intervjuene vil presenteres anonymisert, og det vil ikke bli gitt spesifikk informasjon som kan spores tilbake til den enkelte informant eller arbeidssted. Det er kun veileder ved Universitetet i Oslo og mastergradsstudent som vil få tilgang til resultatene.

#### Hva skjer med opplysningene deres når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes innen 31.12.2019, og senest 30.06.2021. Lydfiler fra båndopptager vil overføres til en sikkerhetsbeskyttet PC og anonymiseres ved hjelp av kodenøkkel. Kodenøkkel og lydfilene slettes ved prosjektets slutt, senest 30.06.2021.

### Kort informasjon om bakgrunn:

Ved forskriftsendring 19.12.2018, har kommunene fått økt ansvar for spesialiseringen av allmennleger i kommunene (forskrift om endring i forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften) <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2018-12-19-2171>). 1. mars 2017 trådte den nye spesialistforskriften i kraft da de første legene startet i spesialisering etter den nye ordningen. Forskriftsendringene er gjeldende fra mars 2019, når de første legene som har påbegynt nytt opplegg for spesialisering ble ferdig med LIS1 (tidligere turnustjeneste) og begynte med videre spesialisering LIS3 (ALIS). Jeg ønsker å få innsikt i hvordan kommunene forholder seg til dette økte ansvaret for spesialisering av allmennleger i kommunene.

*(Hovedmomentene er at kommunene, som registrert utdanningsvirksomhet, får ansvar for å legge til rette for spesialistutdanningen av allmennlegene i kommunen. De skal legge til rette for helhetlige utdanningsløp, legge til rette for læringsaktiviteter slik at LIS kan oppnå læringsmålene, dokumentere hvordan arbeidet med spesialistutdanningen er organisert og hvordan ansvaret er plassert i virksomheten og å utarbeide en plan for spesialistutdanningen. I forhold til den enkelte lege vil kommunens ansvar omfatte å sørge for at det utarbeides individuell utdanningsplan, å legge til rette for at utdanningen kan skje etter planen, å legge til rette for at legen får nødvendig veiledning og supervisjon, å oppnevne en individuell veileder og å utstede bekreftelse på gjennomført praktisk tjeneste. Kommunen skal også bidra til helhetlige utdanningsløp på tvers av kommuner, private aktører, andre aktuelle aktører og læringsarenaer i spesialisthelsetjenesten. De skal også bidra til samarbeid med andre kommuner for å oppnå en samordnet og harmonisert utdanning på tvers av kommunegrensene.*

*Dette innebærer omfattende endringer og kraftig økt ansvar for kommunene sammenlignet med dagens situasjon.)*

## Spørsmål:

1. Endret ansvar for kommunene?
  - a. Hvilket **ansvar** for spesialiseringen av allmennleger oppfatter dere at kommunene har fått (mars 2019)?
  - b. Hvilke **endringer** tenker dere at det nye ansvaret innebærer for kommunene?
2. Forhold til nasjonale myndigheter
  - a. Hvilke muligheter opplever dere at dere hadde til å **forberede seg** i tide til reformen/endringen?
  - b. Hvilken **informasjon** opplever dere at kommunene har fått fra sentrale myndigheter i forbindelse med reformen/endringen?
  - c. Hvilken **innflytelse** opplever dere at kommunene har hatt på sentrale myndigheter i forbindelse med reformen/endringen?
  - d. I hvilken grad opplever dere at reformen/endringen samsvarer med deres vurdering av **hensiktsmessighet**?
3. Hvilke endringer har kommunene gjort?
  - a. Hvilke **forberedelser**/endringer gjorde kommunene før reformen/endringen?
  - b. Hvilke **ressurser** (kompetanse og årsverk) har kommunene til å ivareta ansvaret for spesialisering av allmennleger?
  - c. Har det vært en **økning i ressurser** (kompetanse og årsverk) i forbindelse med det nye ansvaret for spesialisering av allmennleger?
  - d. Har kommunene satt av **tilstrekkelige ressurser** (kompetanse og årsverk) til å ivareta ansvaret for spesialisering av allmennleger, slik de selv vurderer det?
  - e. Hvilke **endringer i rutiner/arbeidsmetoder** har kommunene innført i forbindelse med reformen/endringen?
  - f. Har det vært foretatt større **organisatoriske endringer** av helsetjenestene i kommunen for å kunne håndtere reformen/endringen? (For eksempel opprettelse av stillinger for fast ansatte fastleger eller fastlegehjemler for kommunens ansatte leger.)
4. Medisinskfaglig kompetanse
  - a. Hvem har det **formelle ansvaret** for spesialiseringen av allmennlegene i kommunen? Hvilken kompetanse har denne? Har denne medisinskfaglig kompetanse? Hvis ikke: hvordan sikres medisinskfaglig rådgivning i arbeidet?
5. Er det **forhold som kunne vært annerledes** som kunne ført til at denne reformen/endringen kunne vært innført mer hensiktsmessig, slik kommunen ser det?