

Kristoffer Myhren og Sondre Lie

Styring av fastleger i en kommune

Management control of the GPs in a Norwegian municipality

Masteroppgave i Økonomistyring

Veileder: Kari Nyland, Per Christian Ahlgren

Mai 2019

Kristoffer Myhren og Sondre Lie

Styring av fastleger i en kommune

Management control of the GPs in a Norwegian municipality

Masteroppgave i Økonomistyring
Veileder: Kari Nyland, Per Christian Ahlgren
Mai 2019

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for økonomi
NTNU Handelshøyskolen



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Forord

Denne masteroppgaven er skrevet i forbindelse med vår mastergrad i økonomi og administrasjon ved Handelshøyskolen NTNU, med fordypningen økonomistyring. Oppgaven er utarbeidet våren 2019 og tilsvarer 30 studiepoeng. Studien har vært gjort i samarbeid med en student fra Handelshøyskolen i København (CBS), som har deltatt i innsamlingen av empiri.

Formålet med denne masteroppgaven har vært å studere hvilke styringsmekanismer en kommune benytter i sin styring av fastlegene og hvordan mekanismene påvirker hverandre. Vårt ønske har vært å bidra til en dypere forståelse av hvordan en kommune styrer sine fastleger.

Vi vil gjerne takke representanter fra Trondheim kommunes Helse- og velferdsavdeling for måten vi har blitt tatt imot og den utrolige samarbeidsviljen. I tillegg vil vi takke flere av de tillitsvalgte som har stilt opp på intervjuer, tross en travel hverdag som fastleger.

Til slutt vil vi takke Kari Nyland og Per Christian Ahlgren for den fantastiske veiledningen vi har fått gjennom hele perioden. For oss har det vært viktig å ha veiledere som har gitt oss konstruktive tilbakemeldinger og skapt gode diskusjoner.

Innholdet i denne oppgaven står for forfatterens regning.

Trondheim 23.05.19



Kristoffer Myhren



Sondre Lie

Sammendrag

Denne masteroppgaven er en casestudie som tar for seg fastlegeordningen i Trondheim kommune. Formålet med studien er å beskrive hvordan en kommune styrer fastlegene, hvilke mekanismer som benyttes og hvordan mekanismene kan kategoriseres etter vårt teoretiske fundament. Bakgrunnen for oppgaven er dagens situasjon hvor man har en fastlegeordning under press og flere kommuner opplever rekrutteringssvikt og overarbeidede fastleger. For å kartlegge styringen av fastlegene benyttes problemstillingen:

«Hvilke styringsmekanismer benytter en kommune i sin styring av fastlegene?»

Forskningsdesignet i studien er kvalitativt, hvor det empiriske grunnlaget er hentet inn ved bruk av dybdeintervjuer, en observasjon og dokumentstudier. Studien har representanter fra både kommunens administrasjon og fastlegene. Totalt ble det gjennomført et pilotintervju, åtte dybdeintervjuer og en observasjon.

Funnene i studiet viser at styringen av fastlegene i en kommune består av en kombinasjon av Hopwoods (1974) tre styringsformer. Kommunen benytter i stor grad administrativ styring, men den administrative styringen støttes opp av både sosial styring og selvstyring. Studien har kartlagt fire sentrale administrative styringsmekanismer; nasjonale retningslinjer, temaplan, samarbeid og rekruttering. For å støtte opp under den administrative styringen avdekker studien at kommunen benytter seg av profesjonsstyring. Fastlegene får dermed selvstyring gjennom den autonomien som legges til rette for at fastlegene kan løse sine arbeidsoppgaver basert på sin kompetanse og ferdigheter. Studien kartlegger også at kommunen legger til rette for sosial styring og selvstyring, gjennom kompetansetillit, goodwill-tillit, institusjonell tillit og kalkulert tillit. Både kompetansetillit og goodwill-tillit understøttes gjennom kommunens grundige rekrutteringsprosess. Nasjonale lover og retningslinjer fungerer som administrative styringsmekanismer og oppfattes som et viktig grunnlag for den institusjonelle tilliten mellom kommunen og fastlegene.

Abstract

This master's thesis is a case study based on the regular general practitioners (RGP) scheme in Trondheim municipality. The purpose of the project is to describe how a large municipality controls the RGPs, which control mechanisms are used and how the mechanisms can be categorized according to the Hopwoods (1974) framework. The context of the thesis is the current situation where the RGP scheme is under pressure, and several municipalities experience recruitment failure and overworked GPs. In order to map the management of the GPs, the issue in matter is:

"What kind of control mechanisms does a municipality use in managing their GPs?"

The research design of the thesis is qualitative, where the empirical data are collected by using in-depth interviews, observation and document study. The study has representatives from both the municipal administration and the RGPs. In total, a pilot interview, eight in-depth interviews and one observation were conducted.

The findings of the study show that the management of the GPs in a big Norwegian municipality consists of a combination of Hopwood's (1974) three forms of control. The municipality mainly uses administrative control, but both social control and self-control support the administrative control. The study has identified four essential administrative mechanisms; national laws and regulations, strategy plan, collaboration, and recruitment. In order to support the administrative control, the study reveals that the municipality makes use of professional control. The RGPs thus receive self-control through the autonomy that is facilitated for the RGPs to solve their work tasks based on their expertise and skills. The study also charts that the municipality uses social control and self-control, through competence trust, goodwill trust, and institutional trust. Both competence and goodwill trust are ensured through the municipality's thorough recruitment process. National laws and regulations that act as administrative control mechanisms and are perceived as an important basis for institutional trust for both the municipality and the RGPs.

Innholdsfortegnelse

Forord	I
Sammendrag	II
Abstract	III
Figurliste	V
Tabelloversikt	V
1. Innledning	1
1.1 Aktualisering	1
1.2 Problemstilling og avgrensninger.....	2
1.3 Oppgavens struktur	3
2. Teori	5
2.1 Styring og styringsmekanismer	5
2.2 Organisatoriske styringspakker	7
2.3.1 Administrativ styring	8
2.3.2 Sosial styring og selvstyring	9
2.3.3 Sammensetning av styringsformer.....	11
2.3.4 Hvordan vi anvender Hopwoods rammeverk i studien	12
2.3 Trender i styring av offentlig sektor.....	13
3. Metode	15
3.1 Vitenskapsteoretisk ståsted.....	15
3.1.2 Forskningsdesign	16
3.2 Datainnsamlingsmetode.....	17
3.2.1 Dybdeintervju	18
3.2.3 Observasjon	20
3.2.4 Dokumentstudier.....	21
3.2.5 Analyse av data	21
3.3 Metodekvalitet	22
3.3.1 Etske hensyn	24
4. Styring av fastlegene i Trondheim kommune	25
4.1 Kontekstbeskrivelse	25
4.1.1 Statlige retningslinjer	25
4.1.2 Struktur i Trondheims helse og velferdsavdeling	27
4.2 Temaplan og styring.....	29
4.2.1 Mål og strategi for fastlegenes aktivitet.....	29
4.2.2 Plan og budsjett.....	38

4.2.3 Handling.....	41
4.2.4 Evaluering og kontroll	48
5. Analyse av hovedfunn	53
5.1 Nasjonale retningslinjer i styringen av fastlegene.....	53
5.2 Temaplanen; et grunnlag for kommunens styring av fastlegene	55
5.2.1 Administrative målsettinger.....	55
5.2.2 Medisinsk faglig evaluering overlates til profesjonen	57
5.2.3 Sammensetninger av styring i temaplanen	58
5.3 Administrative mekanismer for å støtte opp under dialog	59
5.4 Administrative mekanismer for å støtte opp under fastlegenes sosiale styring og selvstyring.....	62
6. Konklusjon	65
6.1 Implikasjoner.....	67
6.2 Forslag til videre forskning.....	68
Referanseliste	70

Figurliste

Figur 1: Styringssirkelen. (Basert på Anthony og Young 2003).	6
Figur 2: Concept of Control (Hopwood, 1974).....	7
Figur 3: Trondheim kommune avdeling for Helse og velferd.	28

Tabelloversikt

Tabell 1: Hoods (1991) syv doktriner i NPM	13
Tabell 2: Koding av informanter.....	19

1. Innledning

1.1 Aktualisering

Fastlegeordningen ble innført nasjonalt 1. juni 2001, og hadde som overordnet hensikt å bedre kvaliteten på primærhelsetjenesten og bedre styringen av denne delen av helsetjenesten. Ordningen skulle sørge for at hver innbygger som ønsket skulle få en fast allmennlege å forholde seg til ved behov for legetjenester (Hjortdahl, 2004). Fastlegeforskriften (2012) konstaterer at hver enkelt kommune har ansvaret for organisering av fastlegeordningen og skal sikre et tilfredsstillende tilbud av legetjenester (§3 og §4). Fastlegeordningen utgjør en viktig del av kommunehelsetjenesten og er dermed et viktig fundament for de samlede helsetjenestene befolkningen mottar.

Det understrekes at kommunehelsetjenesten er grunnmuren i norsk helsevesen, og at et offensivt forebyggende arbeid, god behandling, god eldreomsorg og nøye overvåking av helsetilstanden er avgjørende i praktisk helsearbeid. Svikter det her, blir hele helsetjenesten satt under press, og man må ty til dyrere løsninger i spesialisthelsetjenesten (St.meld. nr. 165 (1994-95). s. 37).

Fastlegeordningen blir ansett som vellykket av fastlegene etter innføringen i 2001. Dette er på bakgrunn av at fastlegene har fått bedre kontroll over behandlingen og oppfølgingen av sine pasienter (Carlsen, 2004). Ved å få en fast allmennlege sikret man kontinuitet i pasient-legeforholdet, som er en viktig forutsetning for en god allmennlegetjeneste (Paulsen, 2000). I dag er situasjonen en helt annen, hvor man mener at det er en krise i fastlegeordningen med sterk pasientvekst, mer byråkratisering og fastlegene arbeider mer enn arbeidsmiljøloven tillater (Amundsen, 2018). Legeforeningen og flere kommuner melder om omfattende problemer i rekrutteringen av nye fastleger og en økende andel pasienter står uten fastlege. Helse- og omsorgsdepartementet har varslet at man skal sette i gang med ulike kortsiktige og langsiktige tiltak for å bedre situasjonen. Helse- og omsorgsminister Bent Høie har varslet også store endringer av ordningen i løpet av 2021 som følge av problemene (Strøm, 2019).

1.2 Problemstilling og avgrensninger

Motivasjonen for vår studie er at fastlegeordningen, som representerer en del av grunnmuren i det norske helsevesenet, i dag er under stort press og endringer i ordningen er varslet. Måten kommunen organiserer og drifter fastlegeordningen er et sentralt tema politisk og viktig for de norske innbyggerne som har rett til å ha en fastlege. Det er få som kjenner til de konkrete tiltakene Helse- og omsorgs-departementet skal iverksette og hvordan fastlegeordningen skal se ut etter endringene i 2021. Et av de viktigste punktene departementet skal evaluere er kommunens rolle og hvordan de forvalter fastlegeordningen (Øgar og Skarset, 2018). I vår masteroppgave ønsker vi å ta for oss hvordan en kommune styrer sine fastleger i fastlege-ordningen. Fokuset i oppgaven vil være å kartlegge styringen av fastlegene med et helhetlig perspektiv og en bred tilnærming til styring. På bakgrunn av dette har vi utarbeidet problem-stillingen:

«Hvilke styringsmekanismer benytter en kommune i sin styring av fastlegene?»

For å besvare vår problemstilling har vi kartlagt hvilke styringsmekanismer Trondheim kommune benytter i sin styring av fastlegene. Dette er på bakgrunn av at Trondheim er en av de største kommunene i Norge og vil kunne belyse hvilke styringsmekanismer en storkommune benytter i sin styring av fastlegene. I Trondheim kommune har fastlegeordningen en lengre historie enn de fleste andre kommuner, nettopp fordi Trondheim var en av fire prøvekommuner som mellom 1993-96 testet ut ordningen før den ble innført nasjonalt i 2001 (Paulsen, 2000).

Preposisjonen *av* i problemstillingen er valgt for å synliggjøre ansvaret som ligger i kommunens styring av ordningen. Studiens formål er å beskrive hvordan kommunen styrer fastlegene gjennom å beskrive styringsmekanismene som benyttes og hvordan disse benyttes i praksis. For å avgrense det helhetlig bilde av styringspraksisen fokuseres det på hvordan mekanismene henger sammen og brukes i forhold til hverandre. Sentrale begreper er formell og uformell styring i organisasjoner, administrativ styring, og sosial styring og selvstyring.

Det finnes lite forskning på hvordan store kommuner faktisk styrer sine fastleger og hvordan de ulike styringsmekanismene påvirker hverandre i praksis. Med dette forskningsprosjektet håper vi dermed å kunne bidra med å belyse et område med lite eksplisitt kunnskap om praksis og et relativt betent område for mange kommuner. Ved innhenting av data er det anvendelig å konsentrere utvalget for å innhente empiri som er formålstjenlig og kan være med å belyse studiens problemstilling.

Vår metodiske tilnærming vil være kvalitativ i form av deskriptiv casestudie hvor empiriske data har blitt samlet inn ved bruk av dokumentstudier, dybdeintervjuer og observasjon. Dokumentstudier har også blitt benyttet som empiri, og som supplement for kvalitetssikring av innsamlet empiri og utvikling av intervjuguide. Våre informanter består av representanter fra både kommunen og to av fastlegenes tillitsvalgte.

1.3 Oppgavens struktur

Masteroppgaven er delt inn i seks kapitler. I det neste kapitlet presenterer vi det teoretiske grunnlaget som benyttes for å besvare vår problemstilling. Vårt teoretiske fundament baserer seg på Hopwood (1974) sitt rammeverk for styring i komplekse organisasjoner. Rammeverket brukes for å beskrive og finne sammenhengene mellom ulike styringsmekanismene og på denne måten best mulig beskrive den helhetlige styringen av fastlegene. I tillegg til Hopwood (1974) benytter vi Abernethy og Stoelwinder (1995) sine to tilnærminger for å håndtere profesjonelle i en kompleks organisasjon.

I metodekapitlet presenterer og argumenter vi for våre valg av metode og fremgangsmåte for innhenting av empiri. Kapitlet starter med en gjennomgang av vårt vitenskapelige ståsted og forskningsdesign, fordi dette påvirker anvendelse av metode og fortolkning av data. Videre presenterer vi vår metode for datainnsamling i form av dybdeintervjuer, observasjoner og dokumentstudier. Metodekapitlet avsluttes med en drøfting av metodekvaliteten og ulike etiske hensyn.

Det fjerde kapitlet framlegger empirien som er samlet inn for å belyse problemstillingen, hvor vi først presenterer en kontekstbeskrivelse og deretter de empiriske dataene hentet fra intervjuene, dokumentstudiene og observasjonen. Kontekstbeskrivelsen starter med de ulike nasjonale retningslinjene som kommunen og fastlegene er bundet av, og avsluttes med en beskrivelse av strukturen i Trondheim kommunes helseavdeling. Videre er de empiriske resultatene presentert med hjelp av Anthony og Young (2003) sin styrings-sirkel, hvor man deler organisatorisk styring inn i fire forskjellige faser. Oppgavens femte kapittel er vår analyse av hovedfunnene i studien. Det er i denne delen vi setter opp våre funn opp mot det teoretiske fundamentet, for å kunne besvare problemstillingen. Videre vil vi konkludere studiet i en konklusjon. Til slutt kommer henholdsvis referanseliste og vedlegg.

2. Teori

I denne delen av studien presenteres teoriene som skal benyttes, der vi starter med en kort presentasjon av skillet mellom formell og uformell styring. Videre har vi benyttet Anthony og Young (2003) sin styringssirkel for en enkel definisjon av styring. Malmi og Brown (2008) viser at styringsmekanismer ikke kan ses på isolert sett og vi benytter derfor deres bredere definisjon av styring. I oppgaven anvender vi Hopwoods (1974) tredelte styringspakke for å kunne få en helhetlig beskrivelse for hvordan kommunen styrer fastlegene. På bakgrunn av at vi undersøker hvordan en profesjon styres av kommunen inkluderer vi Abernethy og Stoelwinder (1995) sine implikasjoner om hvordan en profesjon kan styres på en best mulig måte. For å belyse tillit i relasjoner benytter vi oss av Lewicki og Bunker (1996) sitt syn på hvordan tillit påvirker relasjoner i organisasjoner der profesjoner inngår, i tillegg til Cäker og Siverbo (2011) sine fire former for tillit. Den siste teorien som presenteres er Hoods (1991) syv doktriner fra New public management. Til slutt beskriver vi hvordan vi ønsker å benytte teorien i vår analyse.

2.1 Styring og styringsmekanismer

I litteraturen finnes det ulike definisjoner og perspektiver på styring. Anthony og Young (2003) definerer styring som handlinger organisasjoner gjør for å organisere sine ressurser for måloppnåelse. Styring fremstår som en kombinasjon av flere styringsmekanismer som sammen danner styringen i en organisasjon (Malmi og Brown, 2008). Langfield-Smith (1997) viser til at styringsmekanismer ofte blir ansett som formelle eller uformelle. Formelle styringsmekanismer er ofte synlige, objektive mekanismer som er designet med en agenda, og kan for eksempel være regler, standardiserte prosesser og budsjettering. Uformelle styringsmekanismer er ikke bevisst designet med en hensikt, og kan for eksempel være uskrevne regler som er et resultat av de kulturelle normene og verdiene i en organisasjon.

Anthony og Young (2003) presenterer formell styring gjennom en styringssirkel. Styringssirkelen består av fire prosesser og er henholdsvis; strategisk planlegging, plan budsjettering, handling og måling av aktivitet, og evaluering og kontroll. Strategisk planlegging er prosessen med å utforme organisasjonens overordnede mål og strategiene som skal benyttes for å nå disse målene, som for

eksempel en strategiplan. Budsjetter blir benyttet for å fordele ansvarsområdet til de ulike aktørene i organisasjonen. Videre i prosessen aktualiseres målsetningene ved aktiviteter, som blir målt for strategiske hensyn. Prosessen avsluttes med en helhetlig evaluering av aktivitetene som har blitt gjennomført, og ledelsen sender en rapport til de som har vært ansvarlige for de ulike aktivitetene for å gjøre eventuelle strategiske endringer i prosessen (Anthony og Young, 2003). Nyland og Olsen (2017) viser også til at forskning ofte fokuserer på de tette koblingene mellom de fire prosessene med utgangspunkt i styringssirkelen. Figuren under viser relasjonen mellom prosessene og hvordan sirkelen henger sammen.



Figur 1: Styringssirkelen. (Basert på Anthony og Young 2003).

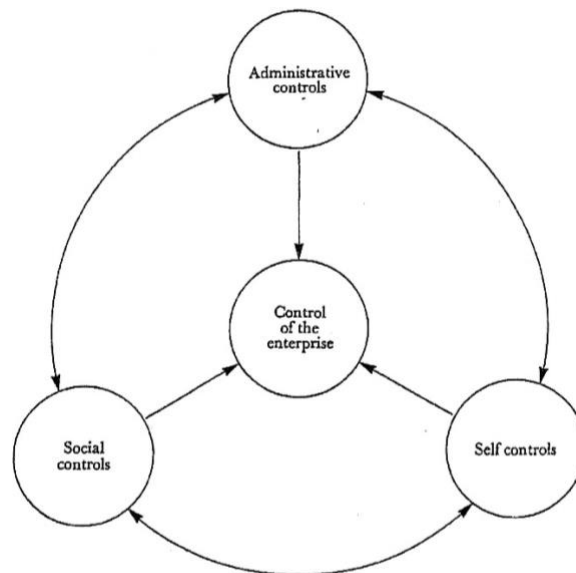
I vår studie vil styringssirkelen benyttes som et rammeverk som gir en forståelse for hva styring er og hvilke relasjoner vi finner mellom de ulike prosessene. For å utvide den tradisjonelle definisjonen av styring benytter vi Hopwood (1974) og Malmi og Brown (2008) sine ulike syn på styring. Den utvidede forståelsen for styring er nødvendig for å belyse alle våre funn for hvordan en kommune styrer fastlegene. Malmi og Brown (2008) definerer styringsmekanismer og styrings-systemer på følgende måte:

De systemene, reglene, praksisene, verdiene og annen aktivitetsadministrasjon som er innført for å styre ansattes atferd og beslutninger, bør kalles styringsmekanismer. Hvis disse er komplette systemer, i motsetning til en enkel regel, bør de bli kalt styrings-systemer (Malmi og Brown, 2008, s. 290 vår oversettelse).

Malmi og Brown (2008) ser på styring i organisasjoner som en helhetlig pakke, hvor styring er en kombinasjon av flere styringsmekanismer som danner den helhetlige styringen i organisasjonen. I en slik helhetlig styringspakke inngår styringsmekanismer og styringssystemer som ledelsen kan bruke i sin styring. En styringsmekanisme kan derfor ikke studeres isolert sett, men må ses på som en del av et styringssystem for å forstå hvordan en organisasjon styres.

2.2 Organisatoriske styringspakker

Malmi og Brown (2008), og Hopwood (1974) gir uttrykk for at utforming av styring må fokusere på kombinasjonen av styringsmekanismer for å danne en helhetlig styringspakke. For å kunne definere de ulike mekanismene kommunen benytter for å styre fastlegene ønsker vi å benytte Hopwood (1974) sine tre former for styring. Modellen tar for seg tre former for styring, med et fokus på samspillet mellom administrativ styring, sosial styring og selvstyring. Styringen i en organisasjon er ofte ulik og avhengig av den profesjonelle konteksten. Hopwood (1974) påpeker at ledelsen må ha ulik tilnærming til styring av for eksempel regnskapsførere, ingeniører, psykologer eller sosiologer.



Figur 2: Concept of Control (Hopwood, 1974)

2.3.1 Administrativ styring

Hopwoods (1974) første form for styring er «administrativ styring». Denne beskriver hvordan organisasjoners ledelse kan ta i bruk formelle mekanismer for å styre sine ansatte. De formelle styringsmekanismene tas i bruk for å øke sannsynligheten for at organisasjonens overordnede krav og målsetninger skal gjelde hos de ansatte. Budsjetter, planlegging og formelle mekanismer gir ledere og ansatte muligheten til å forstå sammenhengen mellom organisasjonens mål og egne handlinger (Hopwood, 1974). I motsetning til Hopwoods formelle mekanismer, skiller Malmi og Brown (2008) mellom fire ulike former for administrativ styring; budsjetter, finansielle mål, ikke-finansielle mål og hybrider.

Budsjetter ligger sentralt i styringen for både Hopwood (1974), og Malmi og Brown (2008), med et bredt bruksområde for ressursfordeling. Malmi og Brown (2008) beskriver at de finansielle målene benyttes til å holde ansatte ansvarlige for konkrete økonomiske handlinger. De ikke-finansielle målene benyttes til å identifisere de ulike driverne til motivasjon hos de menneskelige ressursene. De hybride variantene av styring inneholder både finansielle og ikke-finansielle mål. Malmi og Brown (2008) påpeker at styringsstruktur og organisasjonsstruktur er en sentral del av den administrative styringen. Styringsstrukturen definerer de formelle linjene av ansvar og myndighet som finnes i organisasjonen, og synliggjør de interne maktstrukturene. Denne strukturen ser man ofte tydelig i en kommunene hvor et organisasjonskart definerer de ulike hierarkiske nivåene. Organisasjonsstruktur oppmuntrer til ulike former for relasjoner mellom menneskene i organisasjonen. Ansatte styres også av sin profesjonelle orientering som bidrar til forutsigbar atferd i organisasjonen.

Tross at profesjonell orientering legger til rette for forutsigbar atferd vil organisasjonens rammebetingelser og miljø alltid være i endring. I administrativ styring betegnes dette som at organisasjonen lever i et dynamisk miljø. Dermed kan organisasjoner ta i bruk mer uformelle styringsmekanismer, og vil kunne øke innflytelsen av en handling i forkant, ikke bare kunne måle utfallet i etterkant. En slik påvirkning kan komme i form av kulturelle skift og kan påvirkes gjennom rekruttering, opplæring og bevisste sosialiseringstiltak (Abernethy og Chua, 1996). Ved

å rekruttere ansatte med de samme verdiene, kompetansen og ferdighetene vil man kunne skaffe en ønsket holdning. En slik form for administrativ styring vil kunne redusere behovet for den formelle formen for styring (Hopwood, 1974). Abernethy og Stoelwinder (1995) viser til at i en organisasjon med høyt utdannede og profesjonelle vil det kunne oppstå konflikt hvis styringen baserer seg på de formelle, administrative mekanismene. Det arbeidsmiljøet som har vist seg å være minst attraktivt for ansatte med høy profesjonell orientering er hvor ledelsen pålegger mål og evaluerer prestasjoner basert på disse målene.

2.3.2 Sosial styring og selvstyring

Hopwood (1974) påpeker at styring blir ikke oppnådd kun ved bruk av administrative styringsmekanismer, men også gjennom sosiale styringsmekanismer. Det sosiale samspillet mellom aktørene i en organisasjon gir en signifikant effekt på utfallet av en styringsprosess. En slik prosess blir påvirket av aktørenes holdninger og erkjennelse av deres rolle i organisasjonen. Sosial styring utvikler seg ofte fra delte verdier og gjensidige forpliktelser innenfor en gruppe, og foregår på alle nivåer i en organisasjon. Hvor sterkt den sosiale styringen står vil variere fra organisasjon til organisasjon, på grunn av at organisasjoner opererer i ulike sosiale kontekster. Uformelle normer og regler blir adoptert og danner en sosial enighet om hva som regnes som god tatt atferd og prestasjoner. I tillegg kan miljøkontekst, personkarakteristikk, verdier og holdninger være med på å påvirke utformingen av de sosiale relasjonene.

Den administrative og sosiale styringen må enten direkte eller indirekte bli adoptert av organisasjonens medlemmer og operere som individuell styring. Selvstyring handler om enkelte individers egne syn og verdier, og deres autonomi og tilnærming som profesjonelle aktører (Hopwood, 1974). Selvstyring kan dermed ses på som den styringen individer har over egen atferd, og som ikke er påvirket av andre aktører eller omgivelser.

Skillet mellom sosial styring og selvstyring kan i mange tilfeller være uklart, fordi mekanismene er tett knyttet opp mot hverandre. Orlikowsky (1991) argumenterer for at profesjonell atferd kontrolleres gjennom selvstyringsprosesser og pålagte sosiale normer fra den profesjonelle

gruppen. Sosial styring og selvstyring fungerer når de støttes opp av lærings- og sosialiseringstrategier som ledelsen har implementert for å forsterke likhet mellom organisasjonens mål og ansattes normer og verdier. De mer uformelle styringsmekanismene er å foretrekke når de formelle styringsmekanismene ikke er i stand til å styre de profesjonelle i organisasjonen (Abernethy og Stoelwinder, 1995).

Fastlegene kan ses på som profesjonelle, noe kommunen burde ta høyde for i sin styring. Abernethy og Stoelwinder (1995) viser til to mulige tilnærminger som ledelsen kan benytte i sin styring av profesjonelle. Det første tiltaket en organisasjon kan iverksette, er å implementere systemer for organisatorisk sosialisering. Dette er for å få de ansatte til å overse deler av sin profesjonelle orientering til fordel for å gi aksept for byråkratiske verdier og normer. Denne strategien krever imidlertid forsiktighet grunnet risikoen for at deler av identiteten til de profesjonelle kan forsvinne i en slik prosess. En annen retning organisasjonen kan ta er å oppfordre ansatte til å opprettholde sin profesjonelle orientering og la de bruke sin dømmekraft i arbeidsprosesser. Ved en slik tilnærming vil risikoen for konflikt i integreringen avta betydelig.

Hopwoods (1974) kritikk av kun administrativ styring som en styringsmekanisme blir lagt til grunn for mye av forskningen på tillit i økonomistyring. Dette bygger også på det økende behovet for et bredere perspektiv på menneskers atferd i ulike relasjoner (Free, 2008). Organisasjonslitteraturen diskuterer rollen tillit har for tilrettelegging av effektive relasjoner. Tillit mellom to parter kan resultere i en overbevisning om at en parts interesse blir fullstendig ivaretatt. I tillegg vil tillit som funksjon, legge til rette for mindre behov for overvåkning og kontroll. Tillit kan ikke erstatte et formelt system, og et formelt system fungerer ikke uten tillit. Styring og tillit kan dermed ses som nært tilknyttet hverandre (Lewicki og Bunker, 1996).

Cäker og Siverbo (2011) beskriver fire forskjellige former for tillit i relasjonen mellom to eller flere parter. Den første formen for tillit bygges gjennom de ferdighetene og kompetansen en part har for å løse en arbeidsoppgave, og kalles kompetansetillit. Det vil si at parten som har kompetansetillit til en annen, aksepterer sårbarhet på bakgrunn av at den andre parten må prestere.

Kramer (2006) viser til at organisasjoner med lite mellommenneskelig kontakt, kan det innføres lover og retningslinjer som sørger for at partene gjennomfører sine arbeidsoppgaver. Slike lover og regler kan sørge for at kompetansetilliten økes ved at oppgavene for partene blir mer tydelige. Goodwill-tillit kan relateres til relasjonsrisiko, og går ut på at man har tillit til at en aktør oppfyller sine forpliktelser. En slik forventning er basert på gjensidige oppfatninger og holdninger om forpliktelsene i en organisasjon (Lui og Ngo, 2004). I en relasjon med mye Goodwill-tillit kan aktørene forvente at den andre parten gjør sine oppgaver, og i noen tilfeller mer enn hva som er forventet. Eksempel på dette er at man også tar seg av oppgaver som ikke er definert i en skriftlig kontrakt. En part aksepterer dermed sårbarhet på bakgrunn av at man stoler på at den andre parten handler i dens interesser (Cäker og Siverbo, 2011).

Den tredje formen for tillit Cäker og Siverbo (2011) beskriver er institusjonell tillit, som finnes i både en formell og uformell form. I den formelle formen for institusjonell tillit baserer man seg på at parter kan bygge tillit, fordi lover, regler og retningslinjer ligger i bakgrunnen som et fundament. For eksempel kan en part være bundet til å utføre en arbeidsoppgave på bakgrunn av en arbeidskontrakt. Den uformelle formen for institusjonell tillit er basert på at man har et incentiv til å følge de normene og reglene i den sosiale konteksten. Lewis og Weigert (1985) påpeker at institusjonell tillit finner sted når ting er tilsynelatende i orden. Kalkulert tillit er den fjerde formen for tillit, hvor man skaper tillit gjennom ideen om at en part taper mer enn man tjener på å opptre opportunistisk eller forlate partnerskapet. Hvis det ikke foreligger en mulighet for at en av partene vil kunne tjene på å opptre opportunistisk, vil partene kunne akseptere sårbarhet og bygge tillit.

2.3.3 Sammensetning av styringsformer

Effekten organisatorisk styring har på ansattes atferd i en organisasjon er ofte vanskelig å forutse. Årsaken til uforutsette effekter kan komme av at deltakerne ikke vil la seg styre, men også at ledelsen har et for stort fokus på individuell styring. Slike problemer kommer av at komplekse organisasjoner ikke kan styres med administrativ styring alene. For at ledelsen av en slik organisasjon skal sørge for at regler blir fulgt, må det skapes en enighet og gjensidighet gjennom et samspill av selvstyring og sosial styring, ikke kun administrative innretninger (Hopwood, 1974). Det må altså skapes en form for styringspakke.

Figur 2 illustrer hvordan administrativ styring, sosial styring og selvstyring henger tett sammen og påvirker hverandre. De tre styringsmekanismene presenteres individuelt, men likevel kan man betrakte mekanismene som avhengige av hverandre. Ved å overse de overlappende effektene av styringsmekanismene kan nødvendig kunnskap om hvordan mekanismene påvirker hverandre forsvinne og beslutninger kan tas på feil grunnlag (Hopwood, 1974). Dermed må styringsmekanismene studeres i sammenheng med hverandre for å kunne vise helheten av den gjensidige avhengigheten og påvirkningen for hverandre.

I en type styringsmekanisme vil motstridende formål kunne gi en betydelig redusert effekt av de andre styringsmekanismene (Malmi og Brown, 2008). Organisasjoner med høy grad av kompleksitet vil ikke kunne styres ved kun administrative styringsmekanismer. I en organisasjon der de ansatte utnytter sin kompetanse for å løse arbeidsoppgaver vil man derfor ifølge Hopwood (1974) måtte gi større handlingsrom og mindre formell styring gjennom desentralisering.

2.3.4 Hvordan vi anvender Hopwoods rammeverk i studien

Formålet med studien er å beskrive hvordan en kommune styrer fastlegene, hvilke mekanismer benyttes og hvordan mekanismene kan kategoriseres etter Hopwoods (1974). På bakgrunn av dette har vi benyttet en bred definisjon av styring for å kartlegge helheten i styringssystemet. Studien benytter Hopwoods rammeverk for å kartlegge alle aspektene for hvordan kommunen styrer fastlegene gjennom administrativ styring, sosial styring og selvstyring. I offentlig sektor er mye regulert gjennom lover og retningslinjer for å standardisere hvordan ulike oppgaver skal utføres, men vi mener at kun administrativ styring ikke vil kartlegge hele sannheten. Derfor studerer vi også sosial styring og selvstyring for å avdekke de andre elementer for hvordan kommunen styrer fastlegene og hvordan profesjonen lar seg styre. Det vil også være viktig for helheten å kartlegge samspillet mellom de ulike formene for styring.

2.3 Trender i styring av offentlig sektor

På 1980-tallet så man endringer og reformer innen den offentlige styringen som i senere tid ble kalt New Public Management. Det utviklet seg trender i offentlig sektor som utfordret interessene slik at fokuset dreide mot de samme prinsippene og markedsstyringen som i privat sektor. Fokuset endret seg fra input og prosedyrer til et mer resultatbevisst fokus (Lægneid og Christensen, 2011). Hood (1991) viser til syv trender, også kalt doktriner, som sammenfatter endringen i offentlig sektor.

Doktrine	Effekt
Profesjonell styring	Profesjonell styring ved at ledere involveres i større grad, og tildeles makt og ansvar
Økende fokus på eksplisitte standarder og målbare resultater	Benytter definerte mål med kvantitative indikatorer for kontroll av måloppnåelse
Økt fokus på resultatkontroll	Flytter fokus fra inputkontroll til resultatkontroll
Mindre strukturelle enheter	Store offentlige enheter deles opp i mindre strukturelle enheter
Økt konkurranse	Større fokus på økt konkurranse innen offentlig sektor benyttes for å effektivisere aktiviteter og kutte kostnader
Mer fleksibilitet og belønninger	Ledelsesstiler implementeres fra privat sektor, hvor fleksibilitet og belønninger erstatter det hierarkiske systemet
Bedre utnytting av ressurser	Reduserer ressursbruken i aktiviteter. Sammenligner ressursbruken i offentlig sektor med privat

Tabell 1: Hoods (1991) syv doktriner i NPM

Den første doktrinen handler om å få profesjonell styring i offentlig sektor. Hood (1991) viser til at lederne må ha makten og ansvaret som trengs for oppgavene som skal løses. Lederen skal også involveres direkte i økende grad for organisasjonens aktiviteter. Den andre doktrinen tar for seg det økende fokuset på eksplisitte standarder og målbare resultater. Justeringen ble at man benyttet seg av klare definerte mål med kvantitative indikatorer for suksess. Den tredje doktrinen tar for seg et økt fokus på resultatkontroll i stedet for inputkontroll. Man endret fokuset fra de tradisjonelle prosedyrene og tilnærmet seg heller resultatene i seg selv.

I doktrine nummer fire ser man på at de store offentlige instanser ble delt opp i mindre strukturelle enheter som skaper en større avstand mellom andre enheter. Enhetene ble delt slik at man hadde bedre muligheter for styring, egne interesser og økt effektivitet. Den femte doktrinen fokuserer på at økt konkurranse innen offentlig sektor benyttes for å effektivisere aktiviteter og kutte kostnader (Hood, 1991). Man konkurransesetter ulike oppgaver hvor staten før har hatt ansvaret for, som for eksempel togdrift eller veibygging.

Den sjette doktrinen tar for seg implementeringen av ledelsesstiler fra privat sektor, hvor man flytter fokuset fra det hierarkiske militærsystemet, til å fokusere mer på fleksibilitet og belønninger. Teknikker som har vist seg effektive i privat sektor blir dermed overført til offentlig sektor. Den siste doktrinen tar for seg det økte fokuset på hvordan man kan utnytte ressursene på en mer effektiv måte. Det å gjøre de samme aktivitetene for mindre ressurser blir derfor sentralt gjennom å kutte direkte kostnader, øke arbeidsdisiplin og i større grad sammenligne kostnadsnivåene til privat sektor (Hood, 1991).

New Public Management har mottatt ulik kritikk der man blant annet har skape en del utfordringer i styringen av organisasjoner. Man har også sett at implementeringen av det økte fokuset på strengere økonomisk styring har vært konfliktfylt for helsesektoren og profesjonsstyring (se for eksempel Simonet, 2013). Som et eksempel slo Riksrevisjonen fast at helseforetakene på starten av 2000-tallet ikke tilpasset seg de økonomiske rammene Stortinget vedtok (Kosmo, 2009). Tross motstanden viser Nyland og Olsen (2017) til en økt forståelse for strengere økonomisk styring og en endring i holdningene til aktører i helsevesenet.

New public management benyttes også for å forstå og utrede rundt ulike styringspraksiser kommunen benytter i styringen av fastlegene. Hood (1991) kartlegger de ulike endringene offentlig sektor gjennomgikk på 1980-tallet. De ulike doktrinene bli i oppgaven benyttet for å skape et bakteppe for hvilke styringspraksiser som er vanlig i offentlig sektor.

3. Metode

I dette kapitlet skal bakgrunnen for metodevalget av oppgavens metode- og forskningsdesign bli presentert, i tillegg til å beskrive valg av metode som er brukt for å belyse problemstillingen. Metodevalget må være veloverveid, slik at oppgavens formål blir ivaretatt på en best mulig måte for at anvendelse av metode og framlegg av empiri skal kunne gjenspeile virkeligheten og være et godt grunnlag for analyse. Kapitlet skal presentere det vitenskapelige ståstedet og forskningsdesign, en beskrivelse av datainnsamlingen som er gjort ved dybdeintervju, dokumentstudier og observasjon, og avsluttes med metodens kvalitet og etiske hensyn som har blitt gjort gjennom studiet.

På bakgrunn av vår problemstilling har vi et behov for å få kartlegge hvilke styringsmekanismer Trondheim kommune benytter i sin styring av fastlegene, samt en dypere forståelse av hvordan slike mekanismer blir tatt i bruk. For å besvare vår problemstilling vil vi benytte oss av kvalitativ metode for å få frem hvordan mennesker tolker sine opplevelser og erfaringer, og hvordan de konstruerer sin verden (Merriam og Tisdell, 2015). Hovedformålet med kvalitativ forskning er å oppnå en forståelse av hvordan mennesker gir mening ut av hva de sanser og opplever i livene sine (Merriam og Tisdell, 2015). Vi ønsker å intervju og observere sentrale aktører i Trondheim kommune som har god innsikt i hvilke styringsmekanismer som ligger til grunn, samt hvordan disse blir brukt i praksis. Hvordan styringen i kommunen fungerer vil oppleves forskjellig fra person til person, det vil derfor være viktig at vi får pålitelig og konkret informasjon fra informantene for at problemstillingen skal kunne besvares etter vår hensikt. For å ikke legge bevisste begrensinger i innsamlet data, vil vi ha en åpen tilnærming til hvordan dataene samles inn. Vår innfallsvinkel vil være å være åpne for nye og overraskende aspekter som vil komme til syne i forskningsprosjektet.

3.1 Vitenskapsteoretisk ståsted

Vitenskapsteoretisk ståsted er et sett av oppfatninger eller verdier, som legger føringer for hvilke handlinger som blir tatt i et forskningsprosjekt (Creswell, 2007). Gjennom kultur, sosial krets og faglig interesse dannes vår oppfatning og tilegning av kunnskap, som igjen vil være med på å

påvirke våre metodiske valg. Når man driver med forskning er synet på ontologi, epistemologi og metode viktig. Nyeng (2017) definerer ontologi som læren om hvordan verden ser ut, nettopp det vi ikke kan sanse. Det ontologiske ståstedet til både oss som forskere og informantene i forskningen vil være ulikt, og dermed vil det oppstå en rekke fortolkninger som vil være påvirket av dette vi må ta hensyn til. Epistemologi tar for seg kildene av kunnskap og et sentralt spørsmål er om den sosiale verdenen kan studeres i henhold til de samme prinsippene og prosedyrene som naturvitenskapene (Bryman og Bell, 2015).

Vårt ønske er å få en dypere forståelse av hvordan en kommune styrer sine fastleger. For å få dette belyst benytter vi oss av hermeneutikkens ontologiske syn som baserer seg på at generelle lover ikke eksisterer og at verden er sosialt konstruert. En slik tilnærming vil kreve en fortolkende metode som vil være preget av våre egne subjektive fortolkninger om hvordan verden fungerer, og resultatene vil derfor være preget av en viss andel dobbel fortolkning (Nyeng, 2017). På bakgrunn av at vårt teorigrunnlag er utviklet i tråd med faglig tradisjon, forankret i teoretiske modeller og er strengt etterprøvd kan det anses som intersubjektivt ved at det er forankret i et faglig fellesskap (Nyeng, 2017). Teorien er i tråd med et hermeneutisk syn, som gjør at vi skal kunne fange opp kompleksiteten som kan forekomme i en kommune hvor menneskers verdensbilde står i fokus.

3.1.2 Forskningsdesign

I denne oppgaven ønsker vi å få en bred forståelse av hvordan styring brukes i praksis innenfor en kommune. Oppgaven har en problemstilling som skal belyses i et hermeneutisk perspektiv. Valg av oppgavens metodiske tilnærming gir føringer for innhenting og framlegg av empiri, og til sist analyse og drøfting. Deskriptive casestudier har som hensikt å beskrive systemer, teknikker og prosedyrer som blir benyttet i praksis (Scapens, 1990). Vår problemstilling er av en beskrivende karakter, på bakgrunn av dette har vi valgt å gjennomføre en casestudie med en deskriptiv tilnærming. En casestudie vil gi oss muligheten til å få en oversikt over hvilke teknikker, prosedyrer og mekanismer som benyttes i styringspraksisen. I vårt kartleggingsarbeid vil det være viktig å ikke kun se på de formelle styringsmekanismene som blir benyttet i kommunen, men ta hensyn til uformelle mekanismer som kommer til syne. Dette vil redusere risikoen for at vi overser de daglige vanene, tankene og handlingsmønstrene som er en del av arbeidshverdagen til fastlegene og

kommunen, og gjøre oss i stand til å forstå den bredere bruken av styringsmekanismer i Trondheim kommune.

Det eksisterer en rekke ulike definisjoner av hva en casestudie er. Gerring (2004, s. 342 vår oversettelse) definerer en casestudie som: «en intensiv studie av en enkel enhet som har til hensikt å forstå en større mengde (like) enheter». En enhet assosieres med et bundet fenomen, for eksempel en kommune, person eller et politisk valg observert på et tidspunkt eller over en begrenset tidsperiode (Gerring, 2004). Yin (2018, s. 45 vår oversettelse) definerer en casestudie som: «en empirisk metode som utforsker et moderne fenomen («casen») i dybden og innenfor sin kontekst, spesielt når grensen mellom fenomen og kontekst ikke er klart tydelig». Gerring (2004) og Yin (2018) har til felles at en casestudie går i dybden på et fenomen som er bundet til sin kontekst. Casen er naturlig begrenset og bundet i seg selv siden vi har avgrenset oppgaven til å omhandle Trondheim kommune. Fenomenet styring har heller ingen tydelig kontekst til kommunen ved at dette er sosialt konstruert gjennom menneskenes opplevelser og situasjonen de befinner seg i. Ved utvelgelse av informanter har vi gått inn i caseenheten og foretatt valg på bakgrunn av hvem vi tror vil være best egnet til å belyse vår problemstilling. Som det fremgår senere i dette kapitlet endte vi opp med å foreta et pilotintervju, åtte dybdeintervjuer, dokumentstudier og en observasjon. Dette viser at vårt design er intensivt hvor vi har som formål å gå i dybden på et observert fenomen, og presentere rike og detaljerte beskrivelser om det vi studerer.

3.2 Datainnsamlingsmetode

I denne oppgaven har vi valgt å benytte oss av et pilotintervju, åtte dybdeintervjuer, en observasjon og dokumentstudier for å samle inn empiri. Disse valgene er tatt på bakgrunn av vår teoretiske orientering, problemstillingen, og vårt utvalg av informanter. Før vi startet datainnsamlingen benyttet vi oss av et pilotintervju og dokumentstudier for å få bedre innsikt i hva vi skulle forske på, samt utarbeide en så presis intervjuguide som mulig. Videre i de følgende delkapitlene vil vi argumentere nærmere for våre valg av de ulike datainnsamlingsmetodene, og redegjøre for utførelsen av disse.

3.2.1 Dybdeintervju

Dybdeintervjuer ble benyttet som datainnsamlingsmetode for å belyse informantenes erfaringer, meninger, opplevelser og sosiale konstrueringer rundt styringen av fastlegene i Trondheim kommune, samt fange deres «syn på fenomenet». I løpet av undersøkelsen visste vi det kunne dukke opp eventuelle elementer som var ukjente for oss, vi valgte derfor å benytte oss av dybdeintervjuer for å la informantene snakke relativt fritt rundt temaet. Målet med et dybdeintervju er å skape en relativt fri samtale rundt forhåndsbestemte temaer (Tjora, 2017).

I begynnelsen av intervjuene presenterte vi et forhåndsbestemt tema basert på problemstillingen. Vi hadde også utformet en intervjuguide basert på tematikken i strategidokumenter for Trondheim kommune og annen relevant teori rundt temaet. Intervjuguiden ble utformet for å holde en viss struktur rundt temaet, noe som viste seg vanskelig i samtlige dybdeintervjuer. Intervjuguiden ble lagt til side under flere av intervjuene grunnet at informantene hadde mye kunnskap om temaet, og kunne derfor dele deres oppfatninger uten å bli stilt spørsmål. Under intervjuene så vi bort fra flere av spørsmålene i intervjuguiden for å gi informanten spillerom til å dele sine oppfatninger rundt temaet, men intervjuguiden la mye av føringen for strukturen i intervjuet.

For å formulere nye spørsmål til de fremtidige dybdeintervjuene benyttet vi oss av informantenes kunnskap underveis i hele prosessen, og vi ble bedre rustet til å komme med oppfølgingsspørsmål «på sparket» etter hvert dybdeintervju. Vi tillot digresjoner fra informantenes side, for å få med eventuelle uforutsette elementer. Under hvert intervju var vi tre personer som var til stede grunnet et samarbeid med en student fra Handelshøyskolen i København. En av oss var ansvarlig for å holde samtalen med informanten, mens de to andre noterte og kom med eventuelle oppfølgingsspørsmål som kunne blitt oversett av den som holdt intervjuet. Ifølge Bryman og Bell (2015) er dette en av mange fordeler med å ha mer enn en intervjuer tilstede under et intervju. Vi benyttet oss av lydopptak etter samtykke fra informantene under hvert dybdeintervju for å kunne gjennomføre fullstendig transkribering av innsamlet data.

Når det gjelder utvalgte informanter for dybdeintervju har vi fått hjelp fra våre veiledere som fungerte som «døråpnere» på bakgrunn av tilknytning til relevante aktører i Trondheim kommune. Vi valgte informanter på bakgrunn av posisjon og stilling ved Trondheim kommune. Vi har intervjuet personer fra rådmannens fagstab, enhet for service og internkontroll, enhet for legetjenester og smittevernarbeid, kommunalsjef, og tillitsvalgte fra fastlegene i Trondheim kommune. Vi ønsket å få frem de informantenes opplevelser og meninger, og foretok derfor et strategisk utvalg. Informantene ble plukket ut på bakgrunn av hvilken grad det var trolig at de hadde tilknyttede opplevelser til styringen av fastlegene. Underveis i prosessen spurte vi informantene om hvem de mente kunne være relevante bidragsyttere, og fikk dermed nye relevante informanter vi kunne ta med i studiet. Utvalget bestod av åtte informanter i tillegg til et pilotintervju som ble gjennomført med kommuneoverlege 3 i begynnelsen av semesteret.

Tabell 1 gir en oversikt over de ni intervjuene som ble gjennomført i tidsrommet 24. januar 2019 - 15. mars 2019.

Nr.	Informant	Varighet	Sted og Dato
1	Pilotintervju kommuneoverlege 3	1 time.	Trondheim, 24.01.19
2	Kommuneoverlege 1	45 min.	Trondheim, 08.02.19
3	Kommuneoverlege 2	1 time og 55 min.	Trondheim, 15.02.19
4	Kommuneoverlege 3	31 min.	Trondheim, 19.02.19
5	Overlege	58 min.	Trondheim, 20.02.19
6	Kommunalsjef	53 min.	Trondheim, 26.02.19
7	Enhetsleder	46 min.	Trondheim, 05.03.19
8	Tillitsvalgt 1	1 time	Trondheim, 22.02.19
9	Tillitsvalgt 2	1 time	Trondheim, 15.03.19

Tabell 2: Koding av informanter

Intervju av informant nummer 1 var et pilotintervju i samarbeid med en av våre veiledere. Informant nummer 2, 3, 4 og 5 ble valgt på bakgrunn av forslag fra veiledere. Informant nummer

8 og 9 ble valgt på bakgrunn av forslag fra informant nummer 3 og 2. I tillegg ønsket vi å inkludere ledere i kommunen og valgte derfor å foreta dybdeintervjuer med informant nummer 6 og 7. Vi har valgt å holde informantene relativt anonyme på bakgrunn av ønske fra deltakerne, og av etiske hensyn. For å holde oppgaven oversiktlig har vi ikke kodet informantene, men heller gitt ulike tall på de med samme tittel. Vi har valgt å beholde stillingstittelen på samtlige informanter for å øke forståelsen for leseren og relabiliteten i oppgaven.

3.2.3 Observasjon

Under dybdeintervjuene ble det klart for oss at Lokalt samarbeidsutvalg (LSU) var en sentral del av styringen av fastlegene i kommunen. LSU er et lovfestet samarbeidsorgan hvor fastlegene og kommuneadministrasjonen møtes for å diskutere tjeneste- og kvalitetsutvikling en gang i måneden. Ettersom informantene fra dybdeintervjuene la trykk på at LSU var en sentral bidragsyter i styringen og samarbeidet mellom fastlegene i kommunen, anså vi det hensiktsmessig for vår oppgave å gjennomføre en observasjon av dette møtet. Hensikten med en observasjon er å avdekke hva informantene faktisk gjør (Tjora, 2017). Etter dybdeintervjuene satt vi igjen med et inntrykk om at samarbeidet fungerte bra i LSU, men for å få en dypere forståelse av hva som faktisk foregår og diskuteres i disse møtene valgte vi å se det med våre egne øyne.

I samarbeid med avdelingsleder for enhet for legetjenester og smittevernarbeid fikk vi muligheten til å observere et LSU-møte. Avdelingsleder sendte ut e-post til samtlige som deltok på møtet og informerte om hensikten med vår tilstedeværelse. Deltakerne på møtet var fem tillitsvalgte fra fastlegene, enhetsleder og avdelingsleder fra enhet for legetjenester og smittevernarbeid, kommuneoverlege fra rådmannens fagstab, kommuneoverlege fra enhet for service og internkontroll, og en lege fra legevakten. Under observasjon hadde vi ingen aktiv rolle i møtets aktiviteter. Ifølge Johannessen, Christoffersen og Tufte (2010) kategoriseres derfor vår observasjon som åpen og ikke-deltakende. Strukturen på møtet var planlagt før vår deltakelse var meddelt, vi anser derfor ikke vår tilstedeværelse til å ha noen stor effekt på atferden til deltakerne. Vår plassering i rommet var bakerst i lokalet, noe som gjorde at vi fikk lite fokus fra deltakerne, men hadde selv god oversikt over møtet i sin helhet.

Før møtet hadde vi laget en oversikt over noen elementer vi skulle være spesielt observante på. I starten av møtet så vi på hvordan deltakerne var plassert i rommet, om lokalet la eventuelle føringer for møtet og hva deltakerne gjorde før møtet startet. Under møtet observerte vi kroppsspråk, kommunikasjon, klær og beslutninger ble tatt underveis som møtet foregikk. Avslutningsvis så vi på hvordan deltakerne kommuniserte i en mer uformell setting utenfor møtet. For å notere ned relevant informasjon benyttet vi oss av feltnotater. Møtet varte i totalt tre timer med en 15 minutters pause. Etter observasjonen gjennomførte vi intervjuet med enhetsleder for enhet for legetjenester og smittevernarbeid. Her kunne vi ta opp diverse uklarheter vi satt igjen med etter observasjonen av møtet og gå dypere inn på temaer som ble tatt opp under møtet. Etter møtet og intervjuet satt vi oss ned for å gjennomgå hva vi hadde observert mens det enda var friskt i minnet.

3.2.4 Dokumentstudier

For å få mer klarhet rundt temaer vi var usikre på benyttet vi oss av dokumentstudier som tilleggsdata for å lette belastningen på oss og deltakerne i forskningsprosjektet. Dokumentstudier er datagenerering hvor vi benytter dokumenter som ikke er produsert for forskning (Tjora, 2017). For oss fungerte dokumentene som sekundærdata som gjorde at vi kunne kvalitetssikre innsamlet empiri for å øke påliteligheten til oppgaven. Dokumentstudiet ble også benyttet som et hjelpemiddel til å utforme vår intervjuguide. Vi så på temaplan for legetjenester, konsulentrapport fra kommunenes sentralforbund (KS) og pressemelding fra riksrevisjonen.

3.2.5 Analyse av data

En kvalitativ analyse har som mål å gjøre det oppnåelig for leseren av forskningen å opparbeide seg økt kunnskap om saksområdet det forskes på, uten å selv måtte gjennomgå den genererte dataen (Tjora, 2017). I analyseringsprosessen benyttet vi oss av vårt teoretiske fundament for å forstå situasjonen som ble belyst av informantene. Tjora (2017) definerer denne tilnærmingen som stegvis-deduktiv-induktiv. Vi begynte prosessen med å transkribere innsamlet data for å videre kode disse dataene for å få frem essensen, men også for å redusere dataens volum. For å sortere empirien benyttet vi Hopwood (1974) sine tre former for styring; administrativ styring, sosial

styring og selvstyring. Kodingen ble gjort ved å finne nøkkelord i empirien som vi anså å være relevante opp mot det teoretiske grunnlaget, eller nøkkelord som var gjentakende hos flere av informantene. I tillegg til det teoretiske grunnlaget, fant vi at samarbeid og profesjon passet bra å benytte som koder, på bakgrunn av at disse nøkkelordene dekket mye av den innsamlede dataen. Kodingen var viktig for å holde en god struktur i den innsamlede dataen og hjalp oss med å analysere hovedfunnene opp mot teorien senere i studiet. For å holde kodingen strukturert og systematisk benyttet vi oss av Excel.

3.3 Metodekvalitet

Ved å benytte de tre indikatorene gyldighet, pålitelighet og generaliserbarhet kan man få et innblikk i forskningens kvalitet (Tjora, 2017). De resultatene vi har kommet frem til må sikres gjennom de tre indikatorene for å kunne anses som gyldige. Det har vært viktig å sikre at våre data sammenfaller med det vi ønsker å besvare i vårt forskningsprosjekt.

Gyldighet omhandler om svarene i vår forskning stemmer overens med spørsmålene vi har forsøkt å stille (Tjora, 2017). Vi har gjennom dokumentstudier kommet frem til begreper som blir benyttet innenfor fagfeltet til de fleste av informantene for å gjøre spørsmålene i intervjuguiden så presise som mulig. Dette har også hjulpet oss med å forstå diverse faglige begreper som har kommet til syne underveis i prosjektet. Vår problemstilling søker å kartlegge hvilke styringsmekanismer en kommune benytter i sin styring av fastlegene. Ved å benytte oss av dybdeintervjuer har vi klart å kartlegge dette på en god måte. Observasjonen har gitt oss muligheten til å kvalitetssikre informantenes subjektive meninger om en av styringsmekanismene som benyttes i styringen av fastlegene. Forskningsprosjektet har hatt en forankring i relevant forskning innenfor samme fagfelt for å øke gyldigheten til den innsamlede dataen. Relevant teori har fungert som en mal ved utforming av intervjuguide og når vi har sortert empiri. Intervjuguide og sortering av empiri har forgått med et stort fokus på relevant teori.

Pålitelighet går ut på om et annet forskningsprosjekt på samme område ville kommet frem til de samme resultatene, basert på de samme forskningsprinsippene. Forskerens engasjement kan gjøre

at forskningen ikke blir nøytral eller objektiv, og kan dermed anses som støy i prosjektet ved at han påvirker resultatet (Tjora, 2017). Vi har gjennom datainnsamlingen vært bevisst på at informasjonen fra informantene vil være preget av våre egne fortolkninger om hvordan verden fungerer, og at det vil foreligge en viss andel dobbel fortolkning av resultatene (Nyeng, 2017). For å styrke påliteligheten har vi lagt frem mange av informantenes direkte sitater for å gjøre «stemmen» deres direkte synlig for leseren. Selv om informantene er relativt anonymisert kan det ikke utelukkes at de har tilpasset sine svar for å få seg selv eller sin arbeidsplass, til å fremstå i et bedre lys. Vi har også gitt en grundig presentasjon av hvilke kriterier som har blitt benyttet i valget av hva som har vært viktig å ha fokus på under observasjonen og dybdeintervjuene for å gi leseren transparens i valgene som er gjort, og på denne måten styrket påliteligheten i forskningsprosjektet. Trondheim kommune har en rekke aktører som er relevante å snakke med i relasjon til styring av fastlegene. Vårt utvalg av informanter trenger ikke nødvendigvis være det samme dersom et tilsvarende forskningsprosjekt skulle blitt gjennomført i senere tid, men noen av våre informanter må bli ansett som nøkkelpersoner ved bruk av denne problemstillingen. Vi mener at vi har gjort valg som ikke har vært påvirket av partiskhet når vi har valgt ut informanter til oppgaven, og at valgene heller er gjort med tanke på problemstillingens hensikt.

Generaliserbarhet er forskningsprosjektets gyldighet utover de tilfeller som har vært utforsket (Tjora, 2017). Vårt forskningsprosjekt har foregått innenfor en norsk kommune. Det vil derfor være naturlig at våre funn kan ha en gyldighet i andre kommuner i Norge. Tjora (2017) kaller dette for naturalistisk generalisering, hvor et prosjekt kan ha en overførbarhet eller sammenlignbarhet til andre lignende prosjekter. Hvis det skal foreligge en naturalistisk generalisering, kreves det at casen som forskes på er detaljert beskrevet for at leseren skal kunne teste gyldigheten til prosjektet (Tjora, 2017). Vi har i dette prosjektet fått muligheten til å etablere detaljerte beskrivelser av styringsmekanismene som benyttes av Trondheim kommune i sin styring av fastlegene, og ser derfor ikke bort i fra at leseren kan se en overføringsverdi ved et lignende forskningsprosjekt. Flere av styringsmekanismene er regulert av norske lover, og våre informanter har uttalt at det føres samme praksis i lignende kommuner. Spørsmålet om vår studie har en form for overførbarhet blir opp til leseren å bestemme, ettersom dette er situasjonsbestemt med hensyn på leserens kontekst og agenda.

3.3.1 Etske hensyn

Jacobsen (2015) definerer tre etiske prinsipper som er viktig å fokusere på i et forskningsprosjekt; informert samtykke, krav til privatliv og krav til å bli korrekt gjengitt. De tre prinsippene er sentrale i forskningen, fordi det kan oppstå etiske dilemmaer mellom en forsker og informantene i et forskningsprosjekt.

I vårt forskningsprosjekt ivaretok vi det første etiske prinsippet, informert samtykke, ved å utforme et informasjonsskriv basert på anbefalinger fra Norsk senter for forskningsdata (NSD). Informasjonsskrivet inneholdt formålet med prosjektet, hva deltagelsen ville innebære, at det var frivillig å delta, informasjon om anonymitet, informasjon om innsyn og at informanten kan trekke seg når som helst. Vi tok tidlig kontakt med NSD for å få godkjent prosjektet og få tilbakemeldinger på eventuelle endringer vi burde gjøre i forhold til våre metodevalg. Skrivet ble gjennomgått før hvert intervju og videre godkjent med signatur av hver enkelt informant. I tillegg fikk samtlige informanter en kopi av informasjonsskrivet med vår kontaktinformasjon.

For å holde oss til kravet om privatliv har vi anonymisert dataene i oppgaven og vi har kun presentert stillingstittelen de representerer. Dette vil i de fleste tilfeller anonymisere informantene, tross at to av våre informanter vil være gjenkjennelig basert på stillingstittel. Anonymiteten til de to informantene vil derfor være en svakhet i våre etiske hensyn. Bakgrunnen for dette er at vi ønsker å benytte stillingstittel i oppgaven er for å gi dataene og sitatene troverdighet.

Det siste etiske prinsippet er kravet om å bli korrekt gjengitt. Som tidligere nevnt har vi benyttet lydopptaker for å få mest mulig korrekte transkriberinger av intervjuene. Det har også gjort at vi kan gjengi ulike sitater korrekt i forhold til hva som ble sagt i tillegg til hvilken kontekst det ble sagt. Samtlige informanter har godtatt at vi bruker sitater fra intervjuene mot at vi bruker «sunn fornuft». Vi har også fokusert på å bruke sitater i riktig kontekst, slik at det som informantene fortalte ikke forvrenges i forhold til det som var hensikten.

4. Styring av fastlegene i Trondheim kommune

I dette kapitlet av oppgaven skal vi presentere innhentet data fra både dybdeintervjuene, dokumentstudiene og vår observasjon. Fastlegeordningen er regulert fra sentrale myndigheter gjennom lov og forskrift. Disse danner viktige rammer for kommunens styring av fastlegene. Første del vil derfor være en kontekstbeskrivelse der vi går gjennom de statlige retningslinjene og strukturen i Trondheim kommunes avdeling for helse og velferd. Den andre delen vil ta for seg våre funn fra dybdeintervjuene og observasjonen med våre informanter for å gi en dypere forståelse for hvordan kommunen styrer fastlegene i Trondheim.

4.1 Kontekstbeskrivelse

4.1.1 Statlige retningslinjer

I 2001 ble Fastlegeordningen innført i Norge med hensikt å bedre kvaliteten i primærhelsetjenesten, men ble også benyttet som et virkemiddel for å bedre styringen av helsetjenesten. Enhver innbygger har en juridisk rett til å stå på liste hos en fastlege som man kan forholde seg til. Nesten fem millioner benytter seg av rettigheten, noe som tilsvarer majoriteten av innbyggerne i Norge. Alle som har rett på en fastlege, har også rett på å bytte fastlege om det skulle være ønskelig (Regjeringen, 2017).

I fastlegeforskriften (2012) finner man de nasjonale retningslinjene. I denne forskriften etableres hvilke ansvar både kommunene og fastlegene har. For eksempel skal en fastlege drive sin virksomhet i tråd med krav fastsatt i lov og forskrift, være oppdatert på medisinsk faglig kunnskap og nasjonale faglige retningslinjer (kapittel 2 og 3). I fastlegeforskriftens (2012) paragraf 29 finner man også at fastlegene skal avgi nødvendige data til styrings- og kvalitetsformål for å ivareta myndighetenes ansvar for et forsvarlig allmennlegetilbud og faglig utvikling av allmennlegetjenesten. Formålsparagrafen i fastlegeforskriften (2012, §1) viser til at fastlegeordningen skal sikre at alle får nødvendig allmennlegetjenester av god kvalitet til rett tid. I tillegg skal alle bosatt i Norge få en fast allmennlege å forholde seg til for å sikre kvaliteten på legetjenester. Våre informanter påpeker også at fastlegene skal fungere som en førstelinje for helsevesenet.

«Fastlegeforskriften, det er på en måte kommunenes bibel for det organisatoriske ansvar kommunene har overfor fastlegene» (enhetsleder).

Utgangspunktet for fastlegeordningen var at alle fastleger skulle være selvstendige næringsdrivende. Rapporten utarbeidet av Agenda Kaupang (2016) for Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon (KS) viser til at 5 prosent av alle fastleger var fastlønnede i 2016. Ifølge Ole Jørgen Grannes, seniorrådgiver i Helsedirektoratet (mailkorrespondanse, 6. mai 2019) har det vært en økning i andel fastleger som er fastlønnede i perioden 2016 til 2018, men om økningen er så stor som fra 5 prosent til 13 prosent er mer usikkert. Er en fastlege ansatt kommunalt, vil det bety at man ikke tar del i den tredelte finansieringen og ansettes på et legesenter kommunen driver. Man har på samme måte en hjemmel, altså en pasientliste hvor man har ansvaret for sine pasienter og mottar basistilskudd basert på lengden på sin pasientliste.

Finansieringen av fastlegene er også sentralt regulert. En fastlege som har fått hjemmel til å tilby innbyggerne i kommunen fastlegetjenester, finansieres gjennom den tredelte finansieringsmodell. Den første delen av den tredelte finansieringen er basistilskuddet som er basert på antallet pasienter fastlegen har på sin liste. Tilskuddet er regulert av rammeavtalen mellom Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), Kommunenes sentralforbund (KS) og Regionalt helseforetak (RHF) og Den norske legeforening (DNLf) (Helfo, 2019). Den andre delen av finansieringen er egenandelen som hver pasient betaler for tjenestene som utføres hos fastlegen. Tredje og siste del er refusjon fra Helseøkonomiforvaltningen (Helfo). Helfo er et økonomisk forvaltningsorgan som utbetaler refusjoner til helseforetak for ulike aktiviteter (Helfo, 2019). Eksempler på hva en fastlege får refundert er tjenester og materiell i forbindelse med blodprøver. Den enkelte kommune har ingen direkte påvirkning på utformingen eller satsene som legges til grunn i finansieringsmodellen.

I helsesektoren har man både medisinskfaglige retningslinjer og administrative retningslinjer. De medisinskfaglige retningslinjene utarbeides av Helsedirektoratet, som er underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. I direktoratet er det sykehusspesialister som utvikler faglige retningslinjer

og bestemmer hvordan ulike diagnoser skal følges opp av fastlegene. På den direkte utformingen av medisinskfaglige retningslinjer har kommunen lite rom for innspill (Kommuneoverlege 2).

Retningslinjene er ofte veldig lange og primærhelsetjenesten er ikke med på å utforme disse. De som lager retningslinjene kjenner ikke til område de skal gjelde for og det tar derfor mye tid for fastlegene å slå opp i disse dokumentene (Kommuneoverlege 3).

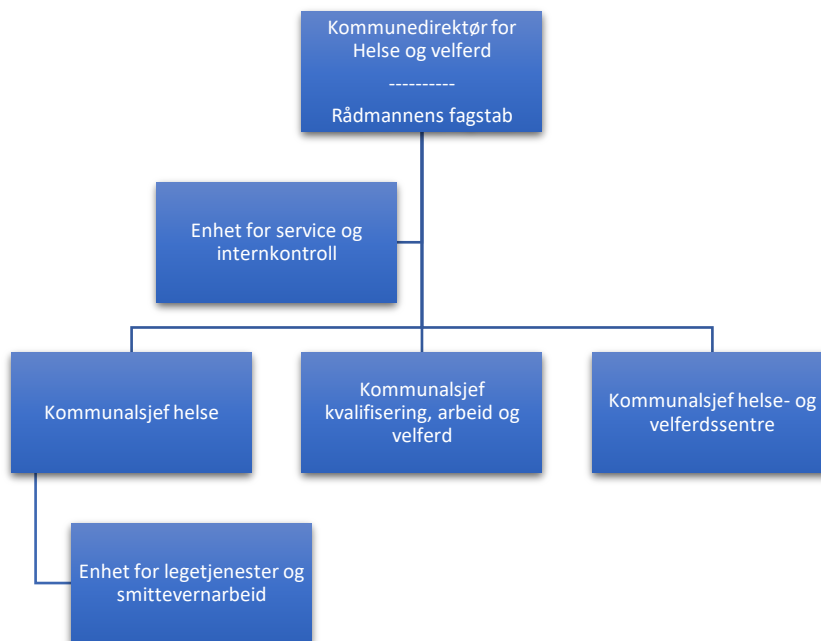
Flere av informantene påpeker at det er frustrerende for fastlegene og kommunen at man ikke involveres i utformingen av de medisinskfaglige retningslinjene. Det ble også påpekt at fastlegene ønsker enkle og direkte medisinskfaglige retningslinjer, og at dagens måte å utforme retningslinjene på er for komplisert og omstendelig.

De nasjonale retningslinjer for oppfølging av for eksempel tarmkreft er på 168 sider, så prøver en fastlege å finne ut hvordan man skal følge opp pasienten på disse 168 sidene. Også finner de det egentlig ikke, fordi det er ikke tydelig skrevet i det enorme dokumentet. Fastlegene blir forbannet og det er en pasientrisiko ved dette. Mye av protestene man finner er de nasjonale retningslinjene, de er ikke laget av fastleger, de er ikke laget av noen som kjenner til primærhelsetjenesten, men de er laget av sykehusspesialister. De er ikke laget praktisk (kommuneoverlege 3).

4.1.2 Struktur i Trondheims helse og velferdsavdeling

Sentrale myndigheter har altså lagt mange føringer, og innenfor disse skal kommunen styre sine fastleger. Som et grunnlag for dette har Trondheim kommune lagt opp en nokså hierarkisk organisasjonsstruktur, se figur 3. Den øverste lederen i avdeling for Helse og velferd er kommunaldirektøren som er en del av rådmannens fagstab. I fagstaben sitter også en kommuneoverlege som skal representere det medisinskfaglige perspektivet. Neste ledd i hierarkiet er kommunalsjefen for helse som er den nærmeste lederen for de syv ulike enhetene for helse. Mellom kommunalsjefen og kommunaldirektøren finner man «Enheten for service og internkontroll» (ESIKT). I denne

enheten finner man også en kommuneoverlege som skal representere det medisinskfaglige perspektivet. Våre informanter er spredt rundt i hele hierarkiet og representerer derfor de ulike enhetene og nivåene.



Figur 3: Trondheim kommune avdeling for Helse og velferd.

Den enheten som er mest relevant for vår problemstilling er «Enheten for legetjenester og smittevernarbeid» (ELS). Det er denne enheten som i hovedsak har ansvaret for at fastlegeordningen fungerer i Trondheim kommune. For å kunne møte kvalitetskravene i fastlegeforskriften skal ELS alltid tilse at det er nok fastleger i kommunen til å dekke etterspørselen (Fastlegeforskriften, 2012, §4). Hvis en fastlege skulle trenge å kontakte kommunen eller omvendt, går kontakten gjennom ELS. Enheten lager også en temaplan for en tidsperiode på fire år, hvor man definerer ulike forbedringspotensialer og målsettinger for perioden. Det er også ELS som har det organisatoriske ansvaret for ordningen, slik at de ulike kravene til legesentrene og de 175 fastlegene overholdes.

4.2 Temaplan og styring

I denne delen presenterer vi dataene vi har samlet inn ved hjelp av dokumentstudier, dybdeintervjuer og en observasjon. For å bedre forstå kommunale styringsmekanismers påvirkning og virkning ser vi på anvendelse av kommunal temaplan som strategidokument for rekruttering, organisering og forventningsavklaring mellom kommune og fastlege. Strukturen er basert på Anthony og Young (2003) sin styringssirkel, hvor man deler styring inn i fire prosesser; mål og strategi, plan og budsjett, handling, og evaluering og kontroll.

4.2.1 Mål og strategi for fastlegenes aktivitet

Temaplan

Enheten for legetjenester og smittevernarbeid har utarbeidet en temaplan for tidsrommet 2019-2023, som tar for seg legetjenesten i kommunen. Temaplanen (2018) er ELS sitt strategidokument som skal være med å sikre at legetjenestene i Trondheim kommune dekker de behovene befolkningen har for primærlegetjenester og samfunnsmedisinske legetjenester. Det innledes med at «fastlegene er bærebjelken i kommunens legetjeneste og det er bekymringsfullt at vi nå ser en rekrutteringssvikt». Det påpekes også at rekrutteringssvikten har en sammenheng med dårlige tilpassede rammebetingelser for de endringene i oppgaver og ansvar fastlege har fått. Innholdet og omfanget av temaplanen samsvarer med krav fastsatt i lover, forskrifter og politiske vedtak. Temaplanen definerer flere mål, og vi tar for oss to eksempler av målsettingene som gjelder for fastlegevirksomheten.

Den første målsettingen i temaplanen (2018) for Trondheim kommune er at de skal tilby en legetjeneste med god kvalitet, kompetanse, tilgjengelighet og stabilitet, som til enhver tid sikrer de som bor eller oppholder seg i kommunen nødvendig medisinsk hjelp. Den andre målsettingen er at Trondheim kommune skal framstå som en attraktiv avtalepartner og arbeidsgiver for leger som rekrutteres til fastlegehjemsler og andre allmennt medisinske og samfunnsmedisinske stillinger.

I temaplanen (2018) for perioden inngår det en handlingsplan som reflekterer over de utfordringene kommunen står ovenfor og inneholder derfor ulike kortsiktige mål for tilgjengelighet, kapasitet,

rekruttering og kompetanse. Totalt er det 22 mål som Trondheim kommune skal oppnå i løpet av perioden, der man legger til grunn ulik tidshorisont, oppstartstidspunkt og en handlingsplan for hvordan målet skal oppnås. Et eksempel er: «Det er til enhver tid ledig plass på fastlegelistene i alle bydeler». Tiltaket til dette kortsiktige målet er at kommunen skal etablere nye fastlegehjemler i takt med befolkningsutviklingen og en frist for oppstart av hjemmel. Dette er et mål som skal arbeides med kontinuerlig gjennom perioden.

For å tilfredsstille kravet om tilgjengelighet, inngår det i Temaplanen (2018) at fastlegen skal kunne motta og vurdere alle typer henvendelser fra sine listepasienter. Dette kravet gjelder også for øyeblikkelig hjelp for konsultasjon. I tillegg skal 80 prosent av telefonhenvendelser besvares innen to minutter under normale forhold. For å kunne møte dette målet har alle legesentrene innført muligheten for timebestilling via internett eller SMS.

Rekruttering

Sentrale myndigheter regulerer ikke antallet fastlegeavtaler for hver kommune, og det er opp til den enkelte kommunen å ansette allmennleger eller inngå nødvendige driftsavtaler (Regjeringen, 2017). Fastlegehjemmelen er kommunal og benyttes for å sikre kompetanse, rekruttering og kvalifiserte leger i de kommunale fastlegeopp gavene. Flere informanter viser til at kommunen sikrer kompetansen og kvalifikasjonene til kandidaten gjennom rekrutteringsprosessen.

«Hvis kandidaten skal arbeide ved et eksisterende legesenter henstiller kommunen en liste med rangerte kandidater, og legesentret sjekker selv egnethet» (tillitsvalgt 1).

I Trondheim kommune kan legesentret selv velge hvilken av kandidatene på listen man ønsker på senteret. Flere av informantene påpeker at dette er en veldig viktig måte for kommunen å overholde kvalitetskravene, ved at man velger både en kandidat som er faglig kvalifisert, men som også trives sammen med de andre fastlegene på senteret. En tillitsvalgt viser til at dette er et veldig viktig tiltak

for å finne en som kan passe inn i det sosiale miljøet på senteret, fordi man er avhengig av at fellesskapet fungerer på ethvert legesenter.

Et legesenter kan ikke bare si «vi vil ha Tor», men du kan si «vi vil ha Tor fordi han har god erfaring og virker å passe inn i vårt selskap og har de beste referansene». Det må legges til en begrunnelse, fordi andre kandidater kan klage på at Tor fikk jobben, selv om Helene mener hun har litt mer erfaring. Da velger altså kontoret Tor ovenfor Helene, fordi legesentret har ringt referanse og funnet ut at Helene ikke passer inn på vårt legesenter (tillitsvalgt 2).

En av de tillitsvalgte påpeker at kommunen har en fornuftig rekrutteringsprosess, der de tillitsvalgte er med i prosessen og kan tillegge en saklig og begrunnet uttalelse for hvem de mener kommunen burde ansette. Enkelte kommuner har ikke den samme praksisen, hvor kommunen tvinger gjennom hvilken kandidat de selv mener passer best. Informantene anser dette som lite klokt for alle parter, på grunn av at dette kan gå på bekostning av arbeidsmiljøet på legesentrene.

I andre kommuner har kommunen presset igjennom kandidatene sine og det ser vi ikke fungerer. Melhus kommune har gjort det noen ganger. Det har ikke fungert så bra. Dropper kommunen en ny lege inn i et senter som fungerer helt ypperlig, men så er det andre ideer om hvordan senteret skal driftes, så vil det skjære seg. Så i rekrutteringen synes jeg Trondheim kommunen har vært kloke. Jeg har hele tiden opplevd kommunen som veldig kloke i rekrutteringen av nye fastleger og de er villige til å høre på de tillitsvalgte og ikke kun være byråkratiske å kjøre på med sin agenda (tillitsvalgt 1).

Flere informanter fra kommunen viser til en negativ trend, der antallet søkere til utlyste stillinger har gått ned de siste årene. Rekrutteringen er vanskeligere enn før og motivasjonen for å bli fastlege har sunket. Nyutdannede leger ønsker heller å jobbe hos sykehusene, i følge flere av informantene.

I tillegg ser kommunen at det er mange fastleger som ønsker å selge sin hjemmel og trekke seg ut av bransjen.

«En nylig utlyst hjemmel hadde kun syv søkere. Går man tilbake fem år ville det vært over 25 kvalifiserte søkere på hver hjemmel» (overlege).

I rekrutteringen av fastleger ser man at antallet søknader til fastlønnede stillinger hos kommunen de siste årene bedret seg. Dette mener flere av informantene er naturlig, da flere selvstendig næringsdrivende fastleger melder om at de må arbeide 14 dager hver måned før de begynner å tjene penger selv, og at antall arbeidstimer ligger i gjennomsnitt på rundt 56 timer i uken. Det høye timeantallet skyldes blant annet at flere oppgaver overføres fra sykehus til fastlegene etter innføringen av fastlegeordningen i 2001 og samhandlingsreformen i 2012 (kommuneoverlege 3).

«Vi har mindre søknader til stillinger, mindre villighet til å gå inn i ordningen og bedre rekruttering til kommunale fastlønnede stillinger» (enhetsleder).

Organisering av fastlegene

I temaplanen (2018) definerer kommunen sitt forhold til fastlegene som: «Fastlegene er selvstendig næringsdrivende med kontrakt med kommunen». Det betyr i praksis at det ikke finnes et ansettelsesforhold mellom kommunen og fastlegene, men at en allmennlege har fått en hjemmel til å drive en fastlegetjeneste. En hjemmel er en liste hvor man fører på pasienter som den aktuelle fastlegen har ansvaret for. En fastlege har svært mye ansvar rundt sin praksis og pasienter som må vedlikeholdes og følges opp.

Som selvstendig næringsdrivende ligger det mye ansvar på fastlegene, fordi man må drifte IT-systemer, man må ha vaktmester og renholdere, man skal ha godkjente lokaler, drive administrativt arbeid, og så videre (kommunalsjef).

Man må huske at fastlegene er selvstendig næringsdrivende. De har ansvar for lokaler, utstyr, personalansvarlig. De har noen som vasker hos dem, en vaktmester. Noen eier lokalene selv og må sørge for rehabilitering og vedlikehold selv. De må kunne juss i mange ulike tilfeller, det gjelder ikke bare på det medisinskfaglige, men for eksempel arbeidstilsynet. Holder det medisinske utstyret mål og må det sjekkes? Fordi at man har en egen bedrift, blir man bundet opp. IT-systemet er også veldig delt, fordi man har mange forskjellige mottakere for medisinsk informasjon i tillegg til faktureringsystemer. Det ligger veldig mye ansvar på dem (kommuneoverlege 1).

For å få tilgang på hjemmel hos kommunen, må man forhandle frem en individuell kontrakt med kommunen (Fastlegeforskriften, 2012, §30). I tildelingen av en hjemmel skal det blant annet vektlegges faglig kompetanse og erfaring, samarbeidsevne og det skal veie tungt dersom man er spesialist i allmenmedisin. I tillegg skal kandidatens evne til å drive privat praksis vektlegges, på bakgrunn av at en fastlege som regel er selvstendige næringsdrivende. En informant påpeker at man kan diskutere om fastlegene egentlig er selvstendig næringsdrivende, fordi de er bundet av den individuelle kontrakten med kommunen.

En av de store styrkene med fastlegeordningen er at den er såpass fritt utformet som den er og at fastlegene står så fritt som de gjør til å organisere seg, men det er samtidig den store svakheten med fastlegeordningen (tillitsvalgt 2).

Det er ikke alltid at fastlegene forstår hvor mye de bør styre sin egen butikk, fordi det spørres om hjelp til problemer som andre private næringsdrivende helt klart hadde løst på egenhånd (kommuneoverlege 2).

Som tidligere nevnt er majoriteten av fastlegene organisert som selvstendige næringsdrivende, men tross dette henvender man seg ofte til kommunen ved problemer. Det nevnes også av flere

informanter at mange fastleger mangler systemforståelse og en tillitsvalgt mener at den gjennomsnittlige fastlege kjenner ikke navnet på den nye lederen i det Lokale samarbeidsutvalget (LSU). LSU er en arena hvor kommunen møter tillitsvalgte i faste møter hvor man diskuterer ulike problemer, nye tiltak og lignende. Senere i oppgaven vil LSU presenteres i sin helhet. Fastlegene ønsker å ha mest mulig frihet som selvstendig næringsdrivende, men få hjelp når det butter.

Når ting er vanskelig ønsker legene gjerne å være arbeidstaker, slik at kommunen kan gi de samme sosiale godene en arbeidstaker har, for eksempel sykelønn, være borte med sykt barn osv. Samtidig vil de ha den friheten til å organisere sin virksomhet akkurat som de vil og på en måte selv være ansvarlige for sin inntjening. Man ønsker dermed det beste fra hver side (kommuneoverlege 3).

For så lenge alle fastlegene gjør en kjempebra jobb, er friske og ting går på skinner, så er alt i orden og alle er fornøyde, men i det øyeblikket det skjærer seg, så er verken fastlegene eller kommuneapparatet klare med verktøyene eller beredskapen for å håndtere det (tillitsvalgt 2).

Flere informanter fra kommunen mener at ikke alle fastleger er trygge på organisasjonsformen og skjønner ikke helt hvordan ulike ting fungerer. For eksempel har ikke kommunen noen styring over Helfo eller andre sentrale aktører. Man er nødt til å akseptere at systemet er statlig og det meste tar tid, noe selvstendige næringsdrivende ikke har full forståelse for.

Kommunen er ganske handlingslammet når fastlegene henvender seg til kommunen for ulike problemer man har med sin praksis. Dette skyldes blant annet mangler på ressurser og at kommunen har mer enn nok med det administrative arbeidet som hører til fastlegene (tillitsvalgt 2).

«Man ønsker egentlig en hybrid modell der man kan si, ja takk begge deler» (tillitsvalgt 1).

Flere informanter har påpekt at kommunen har mer enn nok med det administrative arbeidet og har ikke ressurser til å hjelpe hver enkelt fastlege med sine individuelle problemer. Tross dette finnes det en forventning hos fastlegene om at kommunen skal hjelpe til med ikke-medisinskfaglige utfordringer. Det vil si at selv om fastlegene er selvstendig næringsdrivende, forventer de mye hjelp av kommunen, tross at det ikke finnes et ansettelsesforhold mellom kommunen og fastlegene.

Mitt inntrykk er at 95 prosent av fastlegene i Trondheim ikke har forståelse for hvordan relasjonen mellom en selvstendig næringsdrivende fastlege og kommunen fungerer. Avtaleforholdene her er sånn at hvis du bare leser fastlegeforskriften og ikke merknadene til den eller kommentardelen til den, så skjønner du ikke hva som står der (tillitsvalgt 2).

«Jeg tror at vi skulle ha skolert dem bedre for hvordan kommunene fungerer og hva slags ansvar kommunen har» (kommuneoverlege 1).

Informantene viser til at kommunen har et ansvar for å ta vare på og lytte til fastlegene når de står ovenfor problemer. Det påpekes også at når en fastlege utfører sine kommunale tjenester er legen i et ansettelsesforhold med kommunen, mens som fastlege er man selvstendig næringsdrivende med en kontrakt. På bakgrunn av en fastleges ulike oppgaver for kommunen, skapes det et skille hvor det kan være vanskelig å definere hvor mye kommunen skal hjelpe fastlegene med sine individuelle utfordringer.

«Det er vanskelig å finne balansen mellom å gi fastlegene den autonomien de ønsker og hvor mye man skal hjelpe til i vanskelig situasjoner» (kommunalsjef).

Trondheim kommune har et ansvar for at fastlegene utfører legetjenestene med tilhørende kvalitetskrav for befolkningen. I dag er det mest vanlig å ha fire til seks leger på hvert legesenter, og det finnes ingen solopraktikere i kommunen. En viktig funksjon som fremkommer av å ha flere fastleger per senter er at legene skal kunne observere hver enkelt faglig vurdering og på denne måten sikre hverandres arbeid.

"Vi vil ha kollegaer som kan observere og sikre hverandres kvalitet, det blir en intern justis på hvor godt de kan drive" (kommunalsjef).

Flere informanter viser til et annet viktig element som sikrer kvaliteten i tjenesten, er den kollegiale fraværsordningen internt på legesenteret. Den kollegiale fraværsordningen binder fastlegene på samme legesenter til å dekke fravær opp til 8 uker i året. Kollegene får dermed ansvar for de listepasientene som skulle trenge legehjelp.

Det å vite at legesentret går rundt selv om jeg er syk i morgen, er viktig for meg. Og hvis en av de andre er syke i morgen, så hiver vi oss rundt, også ser vi om vi raskt kan putte inn mer timer her, kan vi presse inn noe, sånn at det ikke går utover pasientene eller fastlegene i større grad enn nødvendig. Vi prøver å ha en intern, ikke justis, men intern stemning på at vi følger litt opp på dette her. Og hvis noen skal på kurs eller noe sånt, så sier vi ifra i god tid i forveien også løser vi dette ved å tilpasse oss. Litt av poenget med et legesenter er jo litt av den friheten. Selv om vi sitter hver for oss, så organiserer vi oss sammen for å være en robust enhet utad. Og vi kan stikke oss langt for å beholde den robustheten (tillitsvalgt 2).

Forventninger

Informantene fra kommunen har gjensidige forventninger om at fastlegene skal drifte praksisen sin godt og følge de retningslinjene som har blitt gitt. Dette innebærer at fastlegene følger den individuelle avtalen, forholder seg til nasjonale og kommunale retningslinjer fra for eksempel LSU

og hjelper til med å bygge opp helsetjenesten. Den individuelle avtalen er en kontrakt som inngås mellom kommunen og hver enkelt fastlege ved tildeling av hjemmel. Fastlegene skal også forholde seg til pasientene på en etisk og profesjonell måte for å kunne oppfylle sine forpliktelser.

Vi forventer at de kan jobben sin, at de gjør jobben sin, at de følger retningslinjene, at legesentrene drives bra. At de er profesjonelle og etiske. Vi forvalter tross alt befolkningens skattepenger her (kommunalsjef).

Kommunen forventer at vi skal levere tjenestene etter lov og forskrift. Kommunen er pålagt å levere allmennlegetjenesten, og så lenge de ansatte fastlegene gjør en grei jobb, så får kommunen oppfylt sine forpliktelser (tillitsvalgt 2).

Fastlegene som ble intervjuet uttrykker at de ikke forventer særlig mye av kommunen, bortsett fra når uforutsette hendelser i arbeidshverdagen inntreffer, som for eksempel langtidssykdom eller død. De er opptatt av å ha mye autonomi i arbeidshverdagen, men ønsker en kommune som er beredt når ting buttrer.

«Så lenge alt går greit, har nok ikke fastlegene noen spesielle forventninger til kommunen. Mange vil nok bare at kommunen skal holde seg langt unna, hehe» (tillitsvalgt 1).

Min arbeidshverdag er jo den gjengen her og ikke at jeg er fastlege i Trondheim kommune. Men den dagen det begynner å bli tøft for eksempel at du har for mye jobb, da må du henvende deg til kommunen (tillitsvalgt 2).

Et sentralt tema i dag for både kommunen og fastlegene er overarbeidelsen av fastlegene. Både en tillitsvalgt og en representant fra kommunen viser til at en fastlege kan kontakte kommunen for å få hjelp til å løse eventuelle utfordringer. I Trondheim har kommunen prøvd å avlaste fastlegene

ved å frita de fra kommunale tjenester, slik at fastlegene får mer tid til å håndtere sine pasienter. Kommunen prøver å unngå at en fastlege skal kutte sin listelengde, både på grunn av mangel på tilgjengelige fastleger med plass på sin liste og det økonomiske aspektet, hvor en fastlege får redusert sitt basistilskudd ved reduksjon av antallet pasienter.

4.2.2 Plan og budsjett

Individuell avtale

Fastlegeforskriften konstaterer at kommunen skal inngå en individuell avtale med alle leger som skal delta i fastlegeordningen. Dette gjelder også om fastlegen arbeider i en gruppepraksis eller er del av en fellesliste. Fastlegeavtalen er en formell avtale mellom fastlegen og kommunen, nærmere bestemt, en individuell kontrakt med enheten for legetjenester og smittevernarbeid. Kommunesektorens interesseorganisasjon (KS) og den norske legeforeningen har utarbeidet en mal for flere elementer som skal inkluderes i avtalen, men begge parter har mulighet til å forhandle frem andre elementer.

«Man har mulighet til å legge til andre elementer i den individuelle avtalen, fra både kommunens eller fastlegens side» (kommuneoverlege 2).

Man ser mange ulike tilnæringsmåter på de ulike legekantorene. Man kan legge opp praksisen akkurat som man ønsker. Hvordan man skal ta imot pasienter, og lignende. Pasientene velger ofte den fastlegen som passer til seg. Innenfor her har man en del frihet, men man er bundet opp mot kommunen, og de andre nasjonale rammebetingelser, i tillegg til det medisinskfaglige (kommuneoverlege 1).

Ved inngåelse av en fastlegeavtale mellom en fastlege og kommune, inngår kommunen i prinsippet en avtale med en privat aktør. I fastlegeavtalen står det flere administrative krav som blant annet åpningstider, kommunale bistillinger, universelle utformede kontorer, lokalisering, listetak og så

videre. Avtalen fungerer som en veiledende mal kommunen benytter når de kontrollerer legesentrenes administrative krav.

«I utgangspunktet er det opp til hvert enkelt legesenter hvordan man legger opp sine tjenester, men man må innrette seg etter ulike krav som fastsettes i avtalen» (kommuneoverlege 1).

Fastlegeavtalen og Fastlegeforskriften (2012, §12), fastsetter også at legen skal bistå utenfor legesenteret og sin praksis i ulike kommunale oppgaver. Dette kan eksempelvis være deltagelse i den kommunale legevakten utenfor ordinær åpningstid, opp til 7,5 timer per uke. Det har vært vanskelig å tilsette fastleger til de kommunale oppgavene, fordi fastlegene ofte ikke ønsker denne stillingen på bakgrunn av at man verken har tid eller ressurser. Dette er en kjent problemstilling i kommunes hverdag og man prøver å løse dette på en god måte, noe som ikke alltid er like enkelt, ifølge informanter fra kommunen.

De fem til seks siste årene har fastlegene gitt klart uttrykk om at man faktisk ikke har tid eller ressurser til de kommunale oppgavene. Kommunen har forståelse for dette og prøver å løse problemene ved å starte kommunale legesenter med kortere pasientlister. Det gjør at de har kapasitet til å overta deler av de kommunale oppgavene fra overarbeidede fastleger (tillitsvalgt 1).

De kommunalt ansatte fastlegene overtar mange av de kommunale oppgavene for å kunne avlaste overarbeidede fastleger. Flere informanter forteller også at dette har vært en vanlig praksis i Oslo, der en selvstendig næringsdrivende fastlege ofte slipper de kommunale oppgavene. Det påpekes også at dette tiltaket sikrer mer stabilitet på legevakten og sikrer spesialiseringen i de kommunale stillingene.

Hjemmel

Fastleger med individuell avtale med kommunen får en fastlegehjemmel for å drive sin virksomhet. Hjemmelen er en pasientliste tilknyttet fastlegen hvor innbyggere i kommunen kan melde seg inn, og fastlegen får utbetalt et tilskudd for antallet pasienter på sin liste. Dette tilskuddet kalles basis-tilskuddet som er en del av den tredelte finansieringen. Ifølge Fastlegeforskriften (2012, §34) skal ikke fastlegen ha flere enn 2 500 personer på sin liste, og et antall lavere enn 500 personer må avtales med kommunen. En liste anses lukket når antall innbyggere på listen har nådd fastsatt listetak. Fastlegen skal prioritere personene på sin liste foran andre, med unntak av lovpålagte øyeblikkelig henvendelser eller andre forpliktelser som er pålagt i henhold til lov, forskrift eller som er avtalt med kommunen (Fastlegeforskriften, 2012, §10).

Gjennomsnittlig listelengde i Trondheim kommune er 1211 og det virker som 1200 er et kritisk tall. Noen ønsker å ha færre enn 1200 på sin liste, men økonomiske forpliktelser gjør dette umulig (enhetsleder).

En fastlege bestemmer selv hvor mange pasienter de ønsker på sin liste og pasientlisten kan dermed fungere som et verktøy for å regulere arbeidsmengden til fastlegen. Man trenger ikke hjemmel fra kommunen for å starte et legesenter, men en fastlege uten hjemmel får ikke utbetalt basistilskudd. Kommunalsjefen forteller at det optimale antallet listepasienter ved dagens arbeidsmengde ville vært 1000 pasienter per fastlege, for å legge til rette for 37,5 timers arbeidsuker i stedet for 56 timer. Dette er ikke noe kommunen har mulighet til å tilrettelegge på bakgrunn av mangel på ressurser og økonomi. Hvis dette kunne blitt implementert ville man også kunne legge til rette for et vanlig familieliv og man kan fortsatt gjøre et godt faglig arbeid. Dette tiltaket hadde krevd over 40 nye fastleger og vil derfor være veldig vanskelig å få gjennomført.

Veldig mange ønsker nå at vi skal få et nytt listetak. I 1993 ble en liste med 1500 pasienter, ansett som full stilling. Og det gikk an den gangen hvor man satt med papirjournaler og folk nesten ikke dro til lege. Jeg hadde ikke journal hos lege før jeg var 19 år tror jeg. Mens

nå så reiser man til legen fra man er en uke stor. Mange reiser til legen fordi man lurer på hva noe er i mye større grad enn tidligere (tillitsvalgt 1).

Både de tillitsvalgte og informantene fra kommunen forteller at det tar opp til ti år før man har fått en stabil pasientliste. Pasienter står fritt til å bytte fastlege og fastlegen kan også fjerne pasienter fra sin liste, og man finner en tilpasning fra begges side. En tillitsvalgt forteller at det ikke ville vært noe problem å øke sin liste med 1000 pasienter hvis man skulle ønske det, fordi etterspørselen i Trondheim er såpass høy at det ikke ville være et problem.

«Trondheim kommune har nettopp startet opp 6-7 nye hjemmeler og de ble fylt opp på cirka to måneder og de pasientene kommer ikke fra eksisterende lister» (tillitsvalgt 2).

4.2.3 Handling

Tillit og handlingsrom

Flere av informantene viser til at forholdet mellom fastlegene og Trondheim kommune er basert på tillit og likhetsprinsipp. Ettersom fastlegene er profesjonelle aktører føler ikke ledelsen i kommunen at det er et behov for overvåkning av deres arbeidshverdag, men at de heller driver en god indre justis på legesentrene hvor de selv blir ansvarlig for å observere hverandre og sørge for et godt faglig miljø.

«Jeg har ikke troen på overvåkning, har mye mer troen på et system basert på tillit og likhetsprinsipp» (enhetsleder)

«Vi stoler på at de driver en god indre justis. At de observerer hverandre og sørger for et godt faglig miljø» (kommunalsjef)

Jeg vil tro at mange kommuner strever med for lite styring. Vi syntes kanskje ikke det. Vi tror at det å både benytte seg av verktøyene vi har på plan, dialog, godt LSU, fast dialog med tillitsvalgte er tilstrekkelig. Det gjør at man spiller på lag, gi og ta. Og det kommer man ganske langt med (kommuneoverlege 1).

Stor grad av tillit fra kommunen gir mye handlingsrom for hvordan fastlegene styrer sin arbeidshverdag. Fastlegene må forholde seg til den individuelle avtalen som er utarbeidet i samarbeid med kommunen, og de må rette seg etter målsignaler og mål gitt av kommunen for hvordan de skal drive sin enhet. På det medisinskfaglige ligger det til grunn en rekke nasjonale retningslinjer på hvordan dette skal praktiseres. Bortsett fra dette er handlingsrommet stort for hvordan fastlegene ønsker å drive sin praksis med lite påvirkning fra kommunen.

«Man har mange lover i bunnen, så hvis jeg drifter forsvarlig i forhold til de, så kan jeg drive min praksis på mange måter» (tillitsvalgt 1).

Informantene som jobber som fastleger uttrykker at så lenge de drifter forsvarlig og holder seg til de lover og regler som ligger til grunn, så er handlingsrommet stort for hvordan de driver sitt legesenter og styrer arbeidshverdagen. Et eksempel på dette er at fastlegene selv kan organisere ferieavviklingen, slik at legesenteret fortsatt har ordinær drift.

Så lenge man følger opp listen sin, så kan man gjøre hva man vil. For eksempel ta en uke ferie. Dette er ikke noe jeg trenger å godkjenne med kommunen eller ELS, men noe vi tar internt på legesenteret (overlege).

Lokalt samarbeidsutvalg - LSU

I Trondheim ble det lokale samarbeidsutvalget (LSU) opprette på 90-tallet og er et forskriftsfestet formelt organ. Her møtes fast fem tillitsvalgte fra hver bydel, en kommuneoverlege, enhetsleder

og avdelingsleder for ELS første tirsdag hver måned for å diskutere aktuelle saker som inngår i samarbeidet mellom kommunen og fastlegene, samt samarbeidet med andre aktører. Det er her det meste av dialogen mellom kommunen og fastlegene foregår. Informantene fra kommunen forteller at LSU er et godt verktøy for å drøfte og ha dialog for å følge opp hva som foregår og gi styringssignaler på hva kommunen ønsker å satse på, og gi uttrykk for befolkningens behov. Det er konsensus mellom alle informantene om at LSU fungerer meget bra og flere av informantene tror det fungerer bedre i Trondheim kommune enn i andre kommuner.

«Det er en viktig arena for oss å ta pulsen på hva som skjer der ute. Når vi har den styringsformen vi har, så er det viktig at de kjenner at de er ganske tett på ledelsen» (kommunalsjef).

«Hvordan samarbeidet i LSU fungerer er meget unikt for Trondheim» (tillitsvalgt 1).

Flere av informantene sammenligner LSU i Trondheim med andre kommuner de har erfaring fra. Når det gjelder mindre kommuner fungerer LSU som et mer uformelt organ, hvor man tar saker når de dukker opp. I Trondheim er møtene mer formelle og har en relativt stram agenda, hvor man har mange saker som skal gjennomgås i løpet av møtet. For kommunen er det også viktig at de tillitsvalgte får følelsen av at de sitter tett opp mot ledelsen.

«LSU fungerer veldig bra. God struktur på møtene, og samarbeidet fungerer bra» (tillitsvalgt 2).

«Fungerer veldig godt. Man lytter på hva hver side har å si og diskuterer det. Kommunen har klare forventninger til at fastlegene forholder seg til anbefalingene gitt i LSU» (kommuneoverlege 2)

Noen av informantene fra fastlegene forteller at det foreligger en viss tidsnød på LSU-møtene. De ønsker mer tid til å diskutere aktuelle temaer i dybden. Informantene fra kommunen uttrykker at LSU er kostbart å drifte grunnet at tillitsvalgte skal ha timelønn for å delta. Observasjonen gjorde at vi fikk et innblikk i hvordan den praktiske gjennomføringen av møtet foregår, og hvordan samarbeidet mellom kommunen og fastlegene fungerer. I forkant av møtet hadde kommunen skrevet en nøye planlagt agenda for hvordan møtet skulle foregå tidsmessig og sendt dette ut til møtedeltakerne.

Jeg tror det gode samarbeidet i LSU er veldig unikt for Trondheim, fordi der møtes representantene fra Trondheims fagstab. Det er representanter for enhet for legetjenester og smittevernarbeid som er på en måte det overordnede organet i kommunen for fastlegeordningen, som møter alle fem tillitsvalgte for Trondheim (tillitsvalgt 1).

Det er ELS, som står for administreringen, det å lage til sakliste, sakspapirer, forslag til vedtak. Man får se hva som skjer ute, få signaler fra resten av organisasjonen på ting som bør opp og diskuteres med LSU. Det skal i utgangspunktet være 50/50 med saker fra kommune og fastlegene (kommuneoverlege 2).

Ordfører for LSU-møtet var enhetsleder for enhet for legetjenester og smittevernarbeid (ELS). Under møtet ble det tatt opp ulike dagsaktuelle problemstillinger kommunen og fastlegene hadde på agendaen, som ble diskutert og løst fortløpende. For å samarbeide effektivt benyttet de en stor-skjerm hvor temaene for møtet ble gjennomgått systematisk. Dialogen i møtet var ryddig og seriøs, men også preget av humor. Vår oppfatning av møtet som en helhet var at det var et godt samarbeid mellom begge partene og at partene var effektive i sin problemløsning. Møtet avsluttet med at partene gjennomgikk hva som skulle tas opp på neste møte i allmenlegeutvalget (ALU) hvor flere av fastlegene og noen få aktører fra kommunen skulle møtes senere neste dag.

«Jeg syntes LSU fungerer veldig godt, der sitter det noen kloke tillitsvalgte og det er en god dialog. Det er også slik at man lytter fra begge sider på de sakene som diskuteres» (kommuneoverlege 3).

Andre samarbeidsarenaer

Allmennlegeutvalget (ALU) er et lovpålagt møte i rammeavtalen og forekommer to til tre ganger i året. Ifølge rammeavtalen har enhver fastlege møteplikt, men likevel møter ikke mer enn omtrent 30 prosent av Trondheims fastleger. Flere informanter mener dette kan være på grunn av at fastlegene ikke får betalt for denne samlingen. Kommunen har kun en time til å presentere de ønskede sakene og dermed blir det et press for å få presentert de prioriterte sakene.

Møtet består av lite dialog og man tar opp de sakene man ønsker, men ofte blir dette en arena for frustrasjon fra fastlegenes side. Det er som regel på dette møtet kommunen presenterer nye saker eller relevante endringer for fastlegene (kommuneoverlege 3).

På slutten av hvert møte har tillitsvalgte en halvtime, der de gjennomgår sakene fra gårsdagens LSU-møte. Ifølge informantene blir stemningen ofte pisket opp en del, fordi sakene som regel handler om fastlegenes hverdag. Kommunen benytter seg også av de tillitsvalgte i slutten av LSU-møtet, for å diskutere hvilke saker man burde ta først og hvilke saker man burde sette av til slutten av møtet. Bakgrunnen for dette var at man ønsket å ta de sakene som engasjerte mest til slutt, slik at man faktisk hadde tid til alle sakene.

Det ingen annen by som har FALP-møter og de møtene gjør at alle fastlegene treffes på en felles samarbeidsarena mye oftere enn i andre byer. Det tror jeg har gjort at klimaet mellom kommunen og fastlegene i Trondheim er spesielt godt (tillitsvalgt 1).

Trondheim kommune har ulike arenaer for å kunne møte fastlegene. Forening for allmennpraktiserende (FALP) er en møtearena for å fremme allmennmedisin i Trøndelag som finansieres

av Nidarosfondet. Ideen bak fondet var å benytte overskudd fra kursvirksomhet til å fremme utviklingen av faget allmenmedisin. Møtet holdes på kveldstid første tirsdag hver måned etter LSU. Omtrent en tredjedel av fastlegene i kommunen møter opp her for å diskutere alt fra medisinskfaglige til uformelle temaer. Tillitsvalgte har også en halvtime på slutten av møtet hvor de kan løfte eventuelle saker som har blitt tatt opp i LSU. Informantene forteller at møtene alltid er hyggelige og givende.

«At kulturen i Trondheim kommune er så god er nok grunnet FALP» (tillitsvalgt 1).

De tillitsvalgte viser til en annen viktig arena for kommunikasjon mellom fastlegene i kommunen. For å kunne kommunisere mer fortløpende benytter fastlegene en lukket Facebook-gruppe hvor de diskuterer faglige problemstillinger og bistår hverandre ved eventuelle utfordringer de står ovenfor. De tillitsvalgte gir uttrykk for at denne gruppen er «gull verdt» for kommunikasjonen og samarbeidet mellom fastlegene i kommunen.

«Facebook-gruppen har blitt en revolusjon på måten vi samarbeider på, fungerer veldig bra» (tillitsvalgt 2).

Dialogen kommunen har med de tillitsvalgte fungerer veldig godt, men informanter fra kommunen påpeker at det er vanskelig å nå ut til alle fastlegene. For å videreformidle generell informasjon til fastlegegruppen benytter kommunen seg av et nyhetsbrev som blir sendt til samtlige fastleger. Nyhetsbrevet blir sendt ut en gang i måneden og inneholder for eksempel saker som har blitt tatt opp i LSU-møtene.

Motivasjon

På spørsmål om motivasjon er svarene nokså like for alle informantene. Noen mener kanskje det er litt naivt, men det handler om å hjelpe og utgjøre en forskjell for menneskene det gjelder. Flere

informanter påpeker at jobben som fastlege er meningsfull, hvor man benytter sin interesse for medisin til å hjelpe andre. To av informantene påpeker også at dette er en av begrunnelsene til at allmennleger velger å bli fastlege og ikke sykehuslege. Flere av informantene mener at majoriteten av menneskene som velger å arbeide som fastlege er genuint interessert i faget sitt og menneskene på sin pasientliste.

Min motivasjon er at jeg gjør en faglig god jobb, men jeg er også interessert i mennesket bak problemet, fordi en fastlege må håndterer alt fra gravide til personer med dødelige sykdommer (overlege).

«Det er kjempeherlig å komme til legesentret hver dag, fordi dette har jeg skapt fra ingenting, jeg er daglig leder. Det er litt gründeraktig» (tillitsvalgt 1).

På det aktuelle legesentret er det stort fokus på det sosiale og at alle skal trives på jobb. Fokuset på trivsel har resultert i at man har lite sykefravær.

Økonomiske forhold betyr mindre, og man må si at de tjener mye dårligere enn man har gjort før, fordi man får veldig mye mindre fast tilskudd i forhold til de utgiftene man har. Bare på 20 år er det en veldig stor forskjell (kommuneoverlege 1).

En annen motivasjonsfaktor er den økonomiske gevinsten ved å drive et legesenter, uavhengig av at de ikke tjener like godt som de gjorde for 20 år siden. Flere informanter påpeker at det finnes fastleger som er mest opptatt av de økonomiske gevinstene, men dette er unntaksvis og er en indirekte virkning av hvordan systemet er utformet.

4.2.4 Evaluering og kontroll

Fylkesmannen

Fylkeskommunen er en institusjon som i hierarkiet ligger over kommunen. I denne institusjonen finner man en egen politisk og administrativ enhet for Trondheim kommune, hvor kommunen kan henvende seg med alt fra samferdsel til helse. Fylkeskommunen fungerer som statens representant lokalt i regionen, gjennom fylkesmannen. Denne studien er avgrenset til å ta for seg fylkesmannens helseavdeling og nærmere bestemt fylkeslegen. Fylkesmannen fører tilsyn for det medisinskfaglige ovenfor en fastlege. Dersom en fastlege får en klage på den medisinskfaglige utførelsen fra en pasient, skal fylkesmannen undersøke hva som er bakgrunnen for klagen. Her finner man et viktig skille i ansvarsområde, hvor fylkesmannen har ansvaret for det medisinskfaglige og kommunen for det mer administrative ved fastlegeordningen. Dette ansvaret er lagt til Trondheim kommunes enhet for legetjenester og smittevernarbeid.

En bekymringsmelding trenger ikke nødvendigvis å være negativt, fordi man kan også lære av det. Det skal få oss bedre. Noen ganger kan jeg syntes at sykehuset har gjort en dårlig jobb, da sier jeg til pasienten at dette synes jeg vi skal klage på sånn at vi får hørt saken fordi her må noen gjøres på sykehus for eksempel (tillitsvalgt 1).

Fylkeslegen i Trøndelag, Jan Vaage (mailkorrespondanse, 9. mai 2019), viser til at systematisk tilsyn, også kalt systemrevisjon, av fastlegene ikke er en god metode for å drive tilsyn. Dette er noe av forklaringen på at det ikke forekommer systematisk planlagte tilsyn av legesentret. Fylkeslegen påpeker også at man har tilsyn med fastlegene, men det forekommer som regel på bakgrunn av en bekymringsmelding. Noen ganger får fylkesmannen inn bekymringsmeldinger som gjør at de kommer på uanmeldte tilsyn på det aktuelle legesentret, men legger til at slike type tilsyn forekommer høyst en gang hvert år.

Tilsynsmetodikken står sentralt i statens styring av sine tjenester. For eksempel kan ikke kommunen kreve innsyn i en pasientjournal for å utforske en uønsket faglig hendelse, dette må skje gjennom fylkesmannen (kommuneoverlege 1).

I utgangspunktet er det pasientene som rapporterer om hendelser til fylkesmannen, men kommunen melder også ifra om avvik. Det er også vanlig at kommunen tar del i utredningen av hendelsene, fordi det er hensiktsmessig at også kommunen har kontroll over avvikene.

Kommunens overvåkning av fastlegene

Kommunen skal følge de kvalitets- og funksjonskravene som gis i forskriften, men har ikke ressurser til å måle og bearbeide dette på alle de 175 fastlegene (per 21.03.19). Nylig er det hentet inn informasjon fra det kommunale pasientregistret for å se om den økte arbeidsmengden skyldes for lange pasientlister. Der ser man at den økte arbeidsmengden ikke kommer fra pasientene, men fra alt papirarbeidet som kommer ovenfra.

«Papirarbeidet øker voldsomt i helsetjenesten og det har blitt kolossalt byråkratisk»
(kommuneoverlege 3).

De siste årene har det blitt satt fokus på å hente ut data i forbindelse med ulike indikatorer ved et legesenter, og dette er tatt i bruk ved tre legesentre i Trondheim. Et viktig moment ved informasjonsuthenting er at fastlegene forteller at de ikke kommer til å ha tid eller interesse av å gi fra seg ulik informasjon i forbindelse med driften av sentret. I tillegg oppleves systemet for krevende til å brukes, som er begrunnelsen for at ikke flere har tatt det i bruk. Fastlegeforskriften (2012, §29) konstaterer at alle fastleger er pliktet å oppgi de dataene som kommunen ønsker å hente ut fra den enkelte fastlege. Kommunen kan dermed hente ut anonymisert informasjon fra pasientjournalene uten at fastlegene trenger å ta del i prosessen. De siste årene har flere dataprogram gjort det mulig å hente ut den informasjonen kommunen ønsker, for eksempel hvordan en fastlege behandler diabetes.

Helfo vil kunne følge med på fastlegenes praksis, fordi for eksempel en blodprøve genererer takster. Dermed kan Helfo se om en fastlege har høyere gjennomsnitt enn hva som er vanlig,

der har de oversikt og kan følge dette opp. Skulle kommunen fulgt dette opp veldig tett, måtte man økt administrasjonen veldig mye og jeg vet ikke om det ville ført til noe bedre. Man ville fått mer byråkrati, men om det fører til bedre legetjeneste tror jeg ikke (kommuneoverlege 3).

Helfo er det statlige organet som utbetaler den «fee-for-service» som fastlegene er bundet av i den tredelte finansieringen. I dag fungerer Helfo som en kontrollør og skal gi avviksmeldinger til legesentrene hvis sentret har uvanlig høye takster, ved for eksempel antall blodprøver per måned. I denne kontrollen av legesentrene har ikke kommunen noen påvirkningskraft. Helfo har dermed mulighet til å drive ulike analyser av alle fastlegene i hele Norge og på denne måten finne ut hva som er vanlig praksis og overvåke fastlegene i en større skala. Det er også mulig for kommunene å etterspørre ulike analyser som Helfo har gjennomført, slik at man kan benytte det i arbeidet for å sikre kvalitet i legetjenesten.

Fastlegene er veldig ansvarsbevisste mennesker og vi bryr oss oppriktig om pasientene. Det ville vært helt utenkelig at vi ikke har god og forsvarlig drift her om sommeren. Jeg går ikke ut i ferie uten at det er forsvarlig drift her (tillitsvalgt 1).

Flere informanter nevner at kommunen har mer administrative oppgaver ovenfor fastlegene, mens det er fylkesmannen som skal utføre kontrollen av det medisinskfaglige. Som tidligere nevnt er det pasientene som må varsle ved dårlig faglige oppfølging eller ved uønskede hendelser. Informanter fra både kommunen og fastlegene gir et inntrykk av at kommunen ønsker å blande seg minst mulig inn i fastlegenes hverdag. For eksempel liker ikke fastlegene at kommunen blander seg inn i ferieavviklingen, og dette er også et område kommunen har lite interesse for. Fastlegene forteller at de i dag er nødt til å drive forsvarlig, hvis ikke melder pasientene ifra til kommunen, fylkesmannen eller så bytter de fastlege.

Hvis kommunen skal oppfylle det sørge for-ansvaret og virkelig vite hva som er kvaliteten på tjenesten, så tror jeg kommunen burde overvåke mer. Så burde vi hatt ulike hjelpemidler for kvalitetssikring eller overvåkning. Det burde man hvertfall, fordi hvis fylkesmannen kommer til kommunen og spør hva som foregår på legesentrene, så vet vi jo ikke det (kommuneoverlege 1).

Enhver pasient har mulighet til å melde fra hvis det er noe man er misfornøyd med, for eksempel for lang ventetid på telefonen. Kommunen overvåker ikke annet enn telefontid og lignende, men dersom kommunen får inn klager begynner et apparat å arbeide, hvor kommunen kartlegger situasjonen og setter i gang tiltak for å løse problemet. En informant viser til at kommunen ikke har mulighet til å drive tilsyn for de nesten 50 legesentrene og forrige tilsyn på dette legesentret var for over tre år siden. På bakgrunn av dette benytter ELS seg av et spørreskjema som sendes til fastlegene med jevne mellomrom. Informanten viser også til at kommunen ønsket i tillegg til å kontrollere de administrative kravene, innspill på hva ELS kunne gjøre for å bedre fastlegenes hverdag.

Vi opplever ikke mye styring, ikke ledelse heller. Kommunen sier også at de først og fremst driver med administrasjon, i tillegg har ikke kommunen hodet over vannet når det gjelder administrasjonen (tillitsvalgt 2).

Ledelse av fastlegene hadde vært fullt mulig, men man måtte hatt en kommuneoverlege med en 100 prosent stilling som fulgte opp alle legesentrene. Dette finnes ikke i dag, det er egentlig litt dumt (kommuneoverlege 2).

Kommunen har ikke ressurser til å følge opp et kvalitetssystem, internkontroller eller å ha kontroll på alle aspekter ved fastlegene. I dag er det slik at man driver med «dag-til-dag-administrasjon», hvor man ikke har tid til å lage «den store planer» forteller kommunalsjefen. Et viktig element for kommunens styring av fastlegene er den individuelle avtalen. Bryter man den individuelle avtalen

vil kommunen gi flere advarsler, men dersom ikke problemene rettes, utvikler advarslene seg til sanksjoner.

«Det er alltid mulig å manipulere avtalen, fordi det er vanskelig å kvalitetssikre at ingen faktisk lurer systemene» (enhetsleder).

Dersom en fastlege misligholder avtalen, og ikke følger opp advarslene gitt av kommunen, kan kommunen tilbakeholde basistilskuddet. Det tror jeg ikke har skjedd enda i Trondheim. Det skal veldig mye til (kommuneoverlege 1).

Ingen av informantene kunne huske at noen fastleger hadde mistet basistilskuddet. Dette er på bakgrunn av at det skal mye til for at kommunen skal gjennomføre så drastiske tiltak og det meste løses ved dialog mellom kommunen og fastlegene. Enhetslederen og avdelingslederen er ute og besøker hvert legesenter jevnlig for å sikre de universelle kravene er fastsatt i den individuelle avtalen. Dette har kommunen lov til etter avtaleverket, men dette er ikke alle fastlegene kjent med og kan derfor irritere seg over kommunens innblanding. Kontakten fastlegene har med kommunen er behovsbasert og man kan jobbe i 20-30 år uten å noen gang være i kontakt med kommunen (tillitsvalgt 2). Kommunen ønsker at alle fastleger skal være klar over at man kan ta kontakt med ELS om man skulle ha noen problemer.

Jeg tror nok at man kan glatt jobbe som fastlege her i 20-30 år og dersom man har en ansettelsesavtale med kommunen og får seg en jobb, og alt fungerer helt fint, så hører du ikke noe mer, det tror jeg har vært normen (tillitsvalgt 2).

5. Analyse av hovedfunn

Formålet med studien er å beskrive hvordan kommunen styrer fastlegene gjennom å beskrive styringsmekanismene som benyttes og hvordan disse benyttes. I denne delen vil vi belyse studiens problemstilling ved hjelp av teori og funn fra innhentet empiri for å få et helhetlig bilde av styringspraksisen og hvordan mekanismene henger sammen og brukes i forhold til hverandre. Dette diskuteres gjennom sammenhengen i Hopwoods (1974) rammeverk for helhetlig styring. Dette kapitlet er delt opp i fire deler; nasjonale retningslinjer i styringen av fastlegene, temaplan; et grunnlag for kommunens styring av fastlegene, administrative styringsmekanismer for å støtte opp under dialog og administrative styringsmekanismer for å støtte under fastlegenes sosiale styring og selvstyring.

5.1 Nasjonale retningslinjer i styringen av fastlegene

Fastlegene står selv ansvarlige for økonomi og for at virksomheten er drevet i tråd med lov og forskrift, og er oppdatert på kunnskap og nasjonale retningslinjer. Kommunens og fastlegenes plikter og rettigheter følger av åtte forskjellige lover, forskrifter og avtaler, deriblant fastlegeforskriften, hovedtariffavtalen (HTA) og hovedavtalen (HA). Det vil være rimelig å si at de forskjellige nasjonale lovene, forskriftene og avtalene kan defineres under det Hopwood (1974) betegnet som administrative styringsmekanismer, da både kommunen og fastlegene er bundet av disse overordnede kravene og de er rettet mot å påvirke disse aktørenes atferd. De nasjonale styringsmekanismene er en del av det samlede settet av styringsmekanismer, og påvirker kommunens bruk av styringsmekanismer og relasjonen mellom kommunen og fastlegene.

I utformingen av de ulike lovene, forskriftene eller avtalene finnes det lite eller ingen påvirkning fra hverken kommunen eller en enkelt fastlege. En slik form for administrativ styring uten noen form for påvirkning kan skape frustrasjon hos de ansatte på bakgrunn av at deres dømmekraft og autonomi blir begrenset (se for eksempel Abernethy og Stoelwinder, 1995). Som et eksempel er det en stadig voksende frustrasjon hos fastlegene omkring de krevende medisinskfaglige retningslinjer som utarbeides av Helsedirektoratet og sykehusspesialister. Frustrasjonen i dette eksemplet uttrykkes på bakgrunn av at retningslinjene oppleves å være presentert på en komplisert

måte med lange utredelser om diagnose og sykdom, selv om fastlegen kun ønsker enkle instruksjoner for å håndtere diagnosen.

Ved å pålegge en part ulike retningslinjer gjennom lover og forskrifter kan man bidra til å bygge oppunder etableringen av det Cäker og Siverbo (2011) kaller institusjonell tillit. I kommunens styring av fastlegene finner man flere eksempler for at fastlegene i stor grad må forholde seg til forskjellige regler og retningslinjer. Dette legger grunnlaget for at kommunen kan benytte en form for institusjonell tillit i sin styring av fastlegene, der de nasjonale retningslinjene binder fastlegene til å utføre arbeidsoppgaver uten at kommunen trenger å overvåke at de faktisk utføres. Samtlige informanter nevner Fastlegeforskriften (2012) og hvor viktig den er for kommunens styring av fastlegene. Forskriften definerer kommunens ansvar, for eksempel definerer paragraf 4 at kommunen har ansvaret for å organisere fastlegeordningen for befolkningen i kommunen. I kommunens styring av fastlegene ligger det flere elementer som kan forklares gjennom Hopwoods (1974) administrative styring. De formelle linjene av ansvar og myndighet gjennom lover og forskrifter er sentrale i kommunens administrative styring.

For å drive fastlegepraksis trenger man ikke en hjemmel fra kommunen. Enhver allmennlege kan leie et lokale i Trondheim og starte behandling av pasienter, men uten hjemmel mottar man ikke basistilskudd. Hjemmelen fungerer som Hopwoods (1974) administrative styring for kommunen. Dette er på bakgrunn av at hjemmelen fungerer som en formell styringsmekanisme til å styre fastlegene, gjennom ulike lover og retningslinjer. I Fastlegeforskriften (2012) konstateres det for eksempel at en fastlege må ha mer enn 500 pasienter på sin liste, med mindre annet er avtalt med kommunen og man kan ikke ha flere enn 2500. I tillegg bindes hjemmelshaver til å prioritere sine pasienter foran andre.

Hopwood (1974) påpeker viktigheten av en kombinasjon av administrativ styring, sosial styring og selvstyring, ettersom styringsmekanismene påvirker hverandre (se for eksempel Carlsson-Wall, Kraus og Lind, 2011). Dette stemmer med våre funn, hvor ulike retningslinjer ligger til grunn for hjemmelen som er en del av den administrative styringen, men støttes også opp av en form for

selvstyring, basert på at fastlegen står fritt til å velge mellom 500 og 2500 pasienter. Fastlegen må selv finne det balansepunktet som fungerer, basert på antall timer fastlegen ønsker å arbeide og det økonomiske tilskuddet fastlegen får per pasient.

Hopwood (1974) viser til at sosial styring kan utvikles fra delte verdier og gjensidige forpliktelser innenfor en gruppe. Samtlige informanter sier at en viktig verdi fastlegene har er at de er oppriktig opptatt av pasientene sine. Slike holdninger og verdier har blitt adoptert gjennom den sosialiseringprosessen fastlegene har gjennomgått i sin utdanning og opplæring, og kan dermed forstås som en form for sosial styring gjennom de gjensidige forpliktelsene hjemmelen legger til rette for.

Fastlegeordningen (2012) legger til rette for at en fastlege tilegnes ulike forpliktelser ved sin pasientliste. Et fenomen flere av våre informanter viser til, er at det kan ta opp til ti år å tilpasse og ferdigstille en fastleges pasientliste. Denne tilpasningen kan ses i lys av Hopwoods (1974) sosiale styring, fordi en pasient står fritt til å bytte fastlege og en fastlege kan selv endre antallet pasienter på sin liste. Informantene påpeker at en pasient som ikke er fornøyd med sin fastlege bytter til en annen og tilpasser seg dermed ved å finne en fastlege man ønsker. Fastlegehjemmelen er en formell administrativ styringsmekanisme, fordi fastlegene er bundet av ulike retningslinjer, men støttes opp av en sosial form for styring gjennom tilpasningen som forekommer i hver enkelt hjemmel.

5.2 Temaplanen; et grunnlag for kommunens styring av fastlegene

5.2.1 Administrative målsettinger

Flere av våre informanter påpeker at kommunen har et administrativt ansvar og skal sørge for at fastlegeordningen i Trondheim fungerer. For å møte de ulike utfordringene og utarbeide en strategi, har kommunen et strategidokument som kalles «temaplan for legetjenester 2019-23». Ved å benytte Anthony og Young (2003) sin styringssirkel og dens fire prosesser ser man at temaplanen er en tydelig form for formell styring, og dermed en administrativ styringsmekanisme i relasjonen mellom kommunen og fastlegene. Planen innledes med en evaluering av forrige periode (2015-18), hvor man har kontrollert hvilke mål som ble innfridd og hvilke tiltak som bidro til måloppnåelse.

Videre defineres nye målsettinger basert på dagens utfordringer og fokusområder for den kommende perioden, og for hver målsetting defineres tiltak for hvordan enheten ønsker å nå målene. Målsettingene baserer seg på dagens situasjonsbilde for kommunen og fastlegene, og hvilke handlinger som skal løse utfordringene.

Med utgangspunkt i Malmi og Browns (2008) sin definisjon av mål, er målene i temaplanen ikke-finansielle. For eksempel skal pasienter få time i løpet av fem virkedager og fastlegene skal besvare 80 prosent av henvendelsene på telefon innen to minutter. I lys av Hopwoods (1974) definisjon fungerer temaplanen (2018) som en administrativ styringsmekanisme, fordi man kartlegger de ulike utfordringene og fremmer hvilke løsninger kommunen ønsker å benytte i form av ulike ikke-finansielle målsettinger. Planen godkjennes av bystyret i Trondheim som binder kommunen og ELS til å gjennomføre de tiltakene planen legger til rette for og på denne måten nå målsettingene.

Et annet sentralt virkemiddel som kommunen benytter er den individuelle kontrakten, som inngås mellom kommunen og en fastlege ved tildeling av hjemmel. Avtalen kan defineres som en administrativ styringsmekanisme (se for eksempel Malmi og Brown, 2008), fordi kommunen benytter avtalen til å synliggjøre de overordnede kravene fastlegen må forholde seg til. I tillegg til de ulike nasjonale medisinskfaglige kravene som fastlegen må følge, som for eksempel at fastlegen er ansvarlig for å tilby en forsvarlig allmennlegetjeneste, legges også administrative målsettinger til grunn. Kommunen benytter dermed den individuelle avtalen for å sikre de ulike administrative målsettingene, som for eksempel åpningstider i hverdager, lengde på pasientliste og vikarordning internt ved sykdom. Basert på Malmi og Brown (2008) sin definisjon av mål er målsettingene i den individuelle avtalen basert på ikke-finansielle målsettinger, men inkluderer kommunens rett til å sanksjonere fastlegene ved brudd på de fastsatte administrative målene.

De finansielle sanksjonsmulighetene i forbindelse med den individuelle avtalen legger grunnlagt for en kalkulert tillit. Cäker og Siverbo (2011) viser til at man kan bygge kalkulert tillit i situasjoner hvor den andre parten taper på opportunistiske handlinger. Dersom en fastlege bryter avtalen og opptrer opportunistisk kan det medfølge både økonomiske og juridiske konsekvenser. Basert på de

økonomiske og juridiske konsekvensene kan kommunen akseptere en viss grad av sårbarhet og dermed ha en kalkulert tillit til at fastlegene utfører sine oppgaver på en hensiktsmessig måte.

Fastlegene i Trondheim kommune har et stort handlingsrom for hvordan de ønsker å drive sin praksis, så lenge fastlegene følger opp sin pasientliste. På en side må man legge til rette og følge de administrative retningslinjene kommunen krever. Det vil si at kommunens administrative styringsmekanismer fungerer som et fundament i hvordan fastlegene skal organisere sin praksis. På en annen side forteller flere informanter at så lenge en fastlege driver forsvarlig og holder seg til de lovene og reglene som ligger til grunn, er handlingsrommet stort for hvordan man legger opp hverdagen på sitt legesenter. Kommunen har heller ikke et ønske om å involvere seg mer i organiseringen av praksisen, så lenge de legger til rette for og følger de administrative kravene. Dette tyder på at kommunen benytter sosial styring og selvstyring (se for eksempel Carlsson-Wall, Kraus og Lind, 2011) ved den friheten fastlegene har til å organisere sine legesentre, noe som støtter opp den administrative styringen som kommer i form av ulike retningslinjer.

5.2.2 Medisinskfaglig evaluering overlates til profesjonen

Hverken fylkesmannen eller Trondheim kommune overvåker fastlegene på det medisinskfaglige, men dersom man mottar en avviksmelding, startes en tilsynsprosess. I mangel på medisinskfaglig overvåkning baserer kommunen seg på en form for selvstyring (Abernethy og Stoelwinder, 1995), hvor kommunen har full tillit til at hver enkelt fastlege utfører sine oppgaver. Dersom en pasient mener fastlegen har løst pasientens utfordringer på en feilaktig måte, har pasienten mulighet til å melde dette til kommunen eller fylkesmannen. I et slikt tilfelle er det kun fylkesmannen som har mulighet til å gå direkte inn i en journal for å kartlegge situasjonen. Dermed ser man en kombinasjon av Hopwoods (1974) styringsmekanismer, ved at selvstyringen støttes opp av administrativ styring gjennom avvikssystemet.

Fastlegene er selv ansvarlige for at virksomheten er drevet i tråd med lov og forskrift, og må selv oppdatere sin medisinskfaglige kunnskap. Temaplanen legger ikke til rette for medisinskfaglige mål, men påpeker at fastlegene selv har ansvar for å holde seg oppdatert på det medisinskfaglige.

Sett i lys av Abernethy og Stoelwinder (1995) tyder dette på at kommunen ønsker at fastlegene skal tilegnes den friheten man trenger for å opprettholde den profesjonelle orientering og bruke sin kunnskap for å bistå sine pasienter. Flere av våre informanter understøtter dette og påpeker at kommunen ikke ønsker å legge seg opp i hvordan fastlegene løser det medisinskfaglige. På en side belager denne formen for styringspraksis seg på selvstyring, hvor kommunen ønsker at fastlegene skal utnytte sin kunnskap og profesjonelle orientering i sin hverdag. På en annen side vil de nasjonale retningslinjene begrense friheten til fastlegenes medisinskfaglige metoder og kategoriseres som Hopwoods (1974) administrative styringsmekanisme. I dette tilfellet ser man en kombinasjon av styringsmekanismer, ved at fastlegene er bundet av en rekke nasjonale administrative mekanismer, mens kommunen støtter opp under dette ved å legge til rette for selvstyring.

Kommunen er avhengig av fastlegenes profesjonelle orientering for å kunne oppfylle kravet om å tilby forsvarlige allmennlegetjenester til befolkningen. For å underbygge og støtte opp under den profesjonelle orienteringen kommunen ønsker fra fastlegene, er partene avhengig av tillit (Lewicki og Bunker, 1996). Tilliten fra kommunen overfor fastlegene legger til rette for et mindre behov for overvåkning og direkte kontroll. Både Trondheim kommune og fastlegene har en felles forpliktelse om å tilby en forsvarlig allmennlegetjeneste med kvalitet. For å oppnå en slik forpliktelse må det foreligge mye tillit mellom kommunen og fastlegene. Denne tilliten legger til rette for en form for sosial styring på grunn av den tilliten fastlegene som profesjon får av kommunen (Hopwood, 1974; Lewicki og Bunker, 1996). Det kan også argumenteres at tilliten fastlegene får av kommunen til å utføre sine medisinskfaglige oppgaver begrenser kommunens behov for administrativ styring.

5.2.3 Sammensetninger av styring i temaplanen

I Trondheim kommune sin styring av fastlegene ser man at Hopwoods (1974) administrative styring støttes opp og er sterkt koblet opp mot både sosial styring og selvstyring. Temaplanen og den individuelle avtalen mellom ELS og fastlegene er to tydelige administrative styringsmekanismer vi har funnet hittil i studien. Temaplanen er kommunen og ELS sin formelle strategiplan for tidsperioden 2019-23 og den individuelle avtalen er en formell avtale mellom to parter. I tillegg har man nasjonale lover og retningslinjer for både det medisinskfaglige og det

administrative. I en styringspakke er det viktig at administrativ styring støttes opp av selvstyring og sosial styring (se for eksempel Carlsson-Wall, 2011). Kommunen benytter seg av selvstyring i måten kommunen legger til rette for at fastlegene kan benytte sin profesjonelle autonomi i utførelsen av det medisinskfaglige (Abernethy og Stoelwinder, 1995). ELS har ikke ønsker, og har heller ikke myndighet til å påvirke hvordan en fastlege utfører sin medisinskfaglige praksis. Den tilliten som kommunen har til fastlegene gjennom den sosiale styringen er med på å sikre kvalitet i legetjenestene, i tillegg til å redusere behovet for overvåkning og kontroll (Lewicki og Bunker, 1996).

Den mer uformelle formen for styring fra kommunens side overfor fastlegene, ser ut til å fungere godt både for kommunen og fastlegene. Flere informanter mener at kommunens styring av fastlegene fungerer godt, fordi fastlegene vet best hvordan det medisinskfaglige løses, og det foreligger ingen sterk form for overvåkning av fastlegene. En sterk form for overvåkning kan ødelegge den tilliten og relasjonen som ligger til rette mellom partene (se for eksempel Cäker og Siverbo, 2011). Dette støtter opp under at man kan i en organisasjon med profesjonelle og høyt utdannede skape konflikt hvis kommunen hadde basert sin styringen kun på formelle og administrative styringsmekanismer (Abernethy og Stoelwinder, 2011). På denne måten ser man at kommunens sosiale styring og selvstyring legger et viktig grunnlag for den nødvendige administrative styringen, for å unngå konflikter og unødvendig motstand i styringen av fastlegene.

5.3 Administrative mekanismer for å støtte opp under dialog

En samarbeidsplattform som samtlige informanter viser til og mener er viktig for det gode samarbeidet mellom kommunen og fastlegene er det lokale samarbeidsutvalget (LSU). I utgangspunktet er kommunen gjennom Fastlegeforskriften (2011, §8) pålagt å legge til rette for samarbeid mellom kommunen og fastlegene. LSU blir benyttet som en administrativ styringsmekanisme av kommunen til å følge opp problemstillinger fastlegene skulle stå ovenfor, samt fange opp styringssignaler på hva kommunen skal satse på for å møte befolkningens behov. Hopwood (1974) uttrykker at administrative styringsmekanismer benyttes av organisasjonen for å forstå sammenhengen mellom organisasjonens mål og egne handlinger. Kommunens overordnede mål blir tatt på bakgrunn av befolkningens behov, og for å følge opp disse målene må handlingene

til de ansatte og ledelsen evalueres gjennom et tett og formelt samarbeid. LSU kan dermed ses på som et formelt organ som skal hjelpe kommunen og fastlegene til å ha et godt samarbeid, samt sørge for at overordnede mål bli nådd.

Flere av informantene mener at LSU, som et samarbeidsorgan, fungerer veldig bra, fordi møtene er effektive, har god struktur og det er enkelt å komme med sine problemstillinger for å få disse løst. Under vår observasjon av møtet var det tydelig at begge parter tok hensyn til hverandre for å gjøre samarbeidet effektivt og så problemfritt som mulig. Det kommer altså tydelig frem at aktørene i LSU har delte verdier og gjensidige forpliktelser om hva som er det beste for organisasjonen. Dette er noe som gjennom mange år med samarbeid og forhandlinger har blitt adoptert fra de ulike partene, og må kan ses i lys av Hopwoods (1974) sosiale styring hvor en administrativ styringsmekanisme bærer stort preg av det sosiale. Det er ingen forutsetning at et slikt samarbeid skal fungere så godt som det gjør, grunnet at relasjonen mellom aktørene i en styringsprosess vil variere fra grupper og organisasjoner (Hopwood, 1974). Aktørene i Trondheim kommune viser derfor stor evne til å legge til rette for samarbeid med tillitsvalgte i LSU.

Under det observerte LSU-møtet ble det fremmet saker som gjaldt enkelte fastleger i kommunen. Ledelsen i kommunen viste stor interesse i å løse denne type problemer og kom med forslag til umiddelbare tiltak som kunne hjelpe den enkelte fastlege. Dette viser at kommunen benytter seg av selvstyring ved å vise engasjement i den enkelte fastlege (se for eksempel, Carlsson-Wall, Kraus og Lind, 2011). Det gis rom til å uttale seg om enkelte ståsted og tilnærminger, og kommunen viser forståelse for de ulike kontekstene og situasjonene fastlegene befinner seg i.

For å videreformidle generell informasjon benytter kommunen et nyhetsbrev som blir sendt til samtlige fastleger en gang i måneden. Brevet inneholder blant annet saker som har blitt tatt opp i LSU-møtene. Et slikt formelt tiltak vil være med på å formidle kommunens overordnede mål, samtidig som det gir de ansatte et innblikk i hvordan styringen foregår oppover i organisasjonen. Nyhetsbrevet fungerer som en administrativ styringsmekanisme, fordi det formidler tiltak som har

blitt gjort. Dette gir også rom for at de ansatte kan delta i styringsprosessene, dermed benyttes også en form for selvstyring (jfr. Hopwood, 1974).

Fastlegene finansieres av den tredelte modellen gjennom; basistilskuddet, egenandel fra pasienter og refusjoner fra Helfo. Sentrale myndigheter bestemmer hvordan fastlegene finansieres og de ulike satsene som legges til grunn, hvor hver enkelt kommune ikke har noen påvirkningskraft. Finansieringssystemet kan tolkes som en administrativ mekanisme i tråd med Hopwoods (1974) rammeverk, da systemet reguleres fra sentrale myndigheter. Tross dette har hver enkelt kommune en mulighet til å holde tilbake basistilskuddet. Kommunen kan benytte denne muligheten til å sanksjonere fastlegene ved eventuelle problemer eller uoverensstemmelser. På en side fungerer sanksjoneringsmuligheten til kommunen som en administrativ styringsmekanisme, fordi man kan tvinge fastlegene til å følge de overordnede kravene som stilles. På en annen side ønsker kommunen en «fredelig» løsning basert på dialog. Kommunen benytter dermed sanksjonsmulighetene som er en administrativ styringsmekanisme til å støtte opp dialogen, som kan ses på som en sosial styringsmekanisme.

En annen viktig arena for samarbeid som informantene viser til er en lukket Facebook-gruppe, hvor kun fastlegene i Trondheim er medlemmer. I den lukkede gruppen har fastlegene løpende dialog om ulike utfordringer med en vanskelig diagnose eller administrative frustrasjoner mot kommunen. Dette er en form for sosial styring, men kan ikke knyttes direkte til kommunens styring av fastlegene. To av informantene som selv er fastleger forklarer at dette har vært en revolusjon for samarbeidet mellom fastlegene. En slik dialog mellom fastlegene vil legge til grunn normer og regler, samt påvirke deres holdninger til kommunen og deres arbeid. Det vil dermed være rimelig å si at Facebook-gruppen vil ha en påvirkning på den sosiale styringen, men er utenfor kommunens rekkevidde av styring.

5.4 Administrative mekanismer for å støtte opp under fastlegenes sosiale styring og selvstyring

Kommunen er ansvarlig for å sikre at fastlegene som rekrutteres til en hjemmel har den riktige kompetansen og er kvalifisert til å være fastlege. Cäker og Siverbo (2011) påpeker at man kan skape tillit til at arbeidsoppgaver løses på en god måte, hvis man har den rette kompetansen og ferdighetene, dette kalles kompetansetillit. Flere av våre informanter har påpekt at kommunen har en grundig rekrutteringsprosess. Ved å rekruttere fastleger med rett kompetanse og ferdigheter, legger kommunen til rette for kompetansetillit i sin styring av fastlegene.

Hopwood (1974) legger stor vekt på samspillet mellom de tre styringsmekanismene. Rekrutteringsprosessen kan kategoriseres som en administrativ styringsmekanisme, fordi kommunen må følge en rekke formelle medisinskfaglige krav som kandidaten må tilfredsstillte. I tillegg benytter kommunen rekruttering som en sosial styringsmekanisme for å sikre at kandidaten har de rette verdiene og holdningene for å kunne drive som fastlege for kommunen. På en side er dette viktig for å kunne bygge kompetansetillit mellom partene, fordi kommunen er avhengig av at fastlegen faktisk utfører sine oppgaver og ivaretar sine pasienter. På en annen side vil den rette kompetansen og ferdighetene, i kombinasjon med de rette verdiene og holdningene bygge tillit til allmennlegen og dermed redusere behovet for den formelle styringen og overvåkingen (Lewicki og Bunker, 1996).

Cäker og Siverbo (2011) viser til at man kan bygge goodwill-tillit mellom to parter basert på delte verdier og holdninger. Goodwill-tillit vil kunne legge grunnlaget for at en arbeidsgiver kan stole på at en arbeidstaker gjør mer enn det arbeidskontrakten tilsier. I rekrutteringsprosessen fokuserer Trondheim kommune på kandidatens verdier og holdninger, og dette legger til rette for goodwill-tilliten. En slik form for tillit vil skape et grunnlag for at kommunen kan stole på at fastlegene løser de oppgavene som ikke er kartlagt i kontrakten, så vel som de arbeidsoppgavene som er kartlagt.

Gjennom rekrutteringen sikrer kommunen den rette kompetansen i forhold til de medisinskfaglige kravene som stilles gjennom nasjonale lover og retningslinjer. De formelle medisinskfaglige kravene er avgjørende, fordi kommunen gir fastlegene autonomi i hvordan de løser medisinsk-

faglige problemstillinger. Dette kan ses i lys av Abernethy og Stoelwinder (1995) hvor kommunen ønsker å opprettholde fastlegenes profesjonelle orientering på bakgrunn av utdannelsen og erfaringen de har tilegnet seg før tiltredelse. Ved å rekruttere med utgangspunkt i den medisinskfaglige kompetansen legger kommunen til rette for autonomi og selvstyring. Dette støttes opp av Orlikowsky (1991) som argumenterer for at man kan bruke den iboende kompetansen en profesjonell har tilegnet seg gjennom utdanning, erfaring og de sosiale normene, for å legge til rette for selvstyring.

I de tilfellene kommunen skal rekruttere fastleger til hjemler i eksisterende legesentre, har Trondheim kommune en praksis ved å henstille en liste med kandidater til legesenteret. Ut fra listen med kandidater får fastlegene ved legesenteret muligheten til selv å intervju kandidater for å sikre seg best mulig egnethet og at kandidaten passer inn på senteret. Ved å involvere det aktuelle legesenteret benytter kommunen rekruttering som en sosial styringsmekanisme (Hopwood, 1974), fordi det gjør at de rette holdninger og verdier opprettholdes på legesentrene. Informanter fra både kommunen og tillitsvalgte påpekte at legesentrets involvering i rekrutteringsprosessen er viktig for både det sosiale fellesskapet på legesentret, men også for sikre at kandidaten blir værende på legesenteret over en lengre tidsperiode. I dette tilfellet ser man at kommunen har sikret kompetansetillit, men fastlegene ved legesentret har mulighet til å sikre goodwill-tillit gjennom samtaler med kandidaten (se Cäker og Siverbo, 2011).

I vår studie finnes hovedsakelig to forskjellige motivasjonsfaktorer fastlegene har i sin hverdag, finansielle og ikke-finansielle (Lambrou, Kontodimopoulos og Niakas, 2010). Den motivasjonsfaktoren samtlige informanter har vist til er den interessen man har for medisin og ønsket om å utnytte sin kunnskap for å hjelpe andre. For kommunen kan dette ses i lys av Hopwoods (1974) selvstyringsmekanisme, fordi man kan stole på at en fastlege alltid gjør sitt beste for å løse en problemstilling basert på sin motivasjon i arbeidet, og dermed gis det mye handlingsrom for hvordan fastlegene utfører sitt arbeid. En annen motivasjonsfaktor er det økonomiske aspektet ved ordningen. Dette kan også knyttes til selvstyring, hvor en fastlege ønsker å effektivisere sin hverdag, på bakgrunn av at man får betalt per pasient.

En annen viktig styringsmekanisme som både de tillitsvalgte og kommuneoverlegene påpeker, er den indre justisen på hvert legesenter. Gjennom rekrutteringsprosessen henstiller kommunen kandidater med de rette kvalifikasjonene og holdningene. Denne prosessen legger til rette for selvstyring ved at kandidaten har den rette kompetansen til å utføre arbeidsoppgavene. Etter ansettelsen er fastlegene avhengig av hverandre for å opprettholde kvaliteten på legetjenestene. Det vil si at fastlegene følger med på hvordan de andre fastlegene på legesentret løser ulike arbeidsoppgaver, slik at man kan rette opp i feil eller anbefale bedre løsninger. Denne formen for styring internt på legesentrene kan tolkes som en form for sosial styring (Hopwood, 1974), fordi man utnytter hverandres kunnskap for å øke den interne kvaliteten. Kommunen anser den interne justisen som viktig for både tilliten kommunen har til fastlegene og for at kvaliteten skal opprettholdes i tjenesten.

En utfordring flere informanter påpeker er nedgangen i antall søkere til hjemlene som utlyses. En av informantene viser til en ny hjemmel som ville fått over 25 søknader for fem år siden, men i år kun fikk syv søkere etter tre utlysingsrunder. Utgangspunktet for fastlegeordningen kan ses i lys av NPM og Hoods (1991) femte doktrine, fordi man ønsket at de private allmennlegene skulle bidra til å effektivisere og kutte kostnadene staten hadde i forbindelse med allmennlegetjenestene. Flere informanter påpeker at en selvstendig næringsdrivende fastlege i Trondheim er mer effektiv enn en fast ansatt, noe som forklares ved per basistilskuddet og egenandelen betalt av hver pasient. Trenden i dag er imidlertid at man har en økning i antall søkere på fastlønnede stillinger, og nedgang på de private hjemlene. Informantene mener at en selvstendig næringsdrivende fastlege arbeider mer effektivt enn en fastlønnet, på bakgrunn av at en fastlege får betalt for per pasienter man behandler. Dette kan dermed utfordre NPM sin sjette og syvende doktrine, ved å redusere den effektiviteten som basistilskuddet og egenandelen har lagt til rette for i fastlegeordningen.

6. Konklusjon

I denne delen av oppgaven ønsker vi å konkludere med våre viktigste funn og svare på problemstillingen. Deretter vil vi presentere studiets teoretiske og praktiske implikasjoner, for så å ta for oss anbefalinger til videre forskning. Formålet med vår studie har vært å undersøke hvordan en kommune styrer fastlegene med problemstillingen: «*Hvilke styringsmekanismer benytter en kommune i sin styring av fastlegene?*»

Opgaven er basert på et kvalitativt forskningsdesign, hvor vi har intervjuet representanter fra kommunen og fastlegene. Basert på Hopwoods (1974) rammeverk belyser flere av våre hovedfunn en kombinasjon av administrativ styring, sosial styring og selvstyring. Selv om det finnes en kombinasjon av de tre styringsformene står likevel administrativ styring sentralt i en kommunens styring av fastlegene. De mest sentrale administrative styringsmekanismer vi har funnet er nasjonale retningslinjer og reguleringer, strategiplanen, lokalt samarbeidsutvalg, og rekruttering. De nasjonale retningslinjene binder fastlegene til både medisinskfaglige og ikke-medisinskfaglige retningslinjer. Kommunen styres også i stor grad av de nasjonale lover og retningslinjer som legger føringer for målsettingene, det lokale samarbeidsutvalget og rekruttering. De nasjonale retningslinjene legger grunnlaget for at kommunen har en institusjonell tillit til fastlegene. Dette gjør at kommunens behov for overvåkning av fastlegene reduseres, og at kommunen har tillit til at fastlegene utfører sine arbeidsoppgaver på en hensiktsmessig måte.

I rammeverket til Hopwood (1974) er koblingene mellom administrativ styring, sosial styring og selvstyring sentralt. I kommunens styring av fastlegene har vi funnet flere former for sosial styring og selvstyring som støtter opp under den administrative styringen. Selvstyringen begrunnes i stor grad av at leger er profesjonelle og kommunen ønsker å gi fastlegene den friheten de ønsker i hverdagen for å løse sine oppgaver, basert på sine ferdigheter og kompetanse. Det vil si at kommunen har kompetansetillit til fastlegene som vil reduserer nødvendigheten for overvåking og kontroll. Kommunen legger til rette for kompetansetillit gjennom en rekrutteringsprosess, hvor man kartlegger kandidatens kvalifikasjoner som allmennlege. En annen viktig form for selvstyring er verdiene og holdningene til kandidaten, for å legge til rette for goodwill-tillit. Denne formen for

tillit legges til rette for i rekrutteringsprosessen av både kommunen og det aktuelle legesenteret. En viktig form for sosial styring vi har funnet er den interne justisen hvert legesenter praktiserer. Dette er sentralt i kommunens styring av fastlegene, fordi fastlegene sikrer hverandres arbeid og metoder som dermed sikrer at kommunen har kvalitet på sine fastlegetjenester.

Gjennom våre intervjuer har flere av informantene fra både kommunen og fastlegene påpekt at kommunen har en løs, eller ingen form for styring av fastlegene. Dersom man fokuserer på de tradisjonelle administrative styringsmekanismene kan det se ut som at kommunen ikke har noen form for styring av sine fastleger. Dette stemmer også med rapporten fra Agenda Kaupang som fastslår at norske kommuner ikke styrer sine fastleger nok, og departementet burde legge til rette for mer overvåkning og kontroll. Vår studie viser at dette ikke er tilfelle, på bakgrunn av den relativt omfattende styringen vi har kartlagt ved å se på styring i et bredt perspektiv. I tillegg har flere informanter påpekt at kommunen har lite formell styring av fastlegene. Dette mener vi ikke forteller hele sannheten, fordi både kommunen og fastlegene styres i stor grad av nasjonale lover og retningslinjer, strategiplanen (temaplanen), formelle samarbeidsarenaer og andre administrative styringsmekanismer som støttes opp av sosial styring og selvstyring. De nasjonale lovene og retningslinjene gjelder for alle kommuner og legger til rette for en rekke administrative styringsmekanismer. Eksempler på dette er den individuelle kontrakten som er utarbeidet av nasjonale institusjoner og er forskriftsmessig pålagt i alle kommune-fastlege-relasjoner. Kommunen benytter også en strategiplan som definerer ulike mål og handlinger som skal definere styringen av fastlegene i en tidsperiode. Det forskriftsmessige og administrative organet LSU til å legge til rette for dialog mellom kommunen og de tillitsvalgte.

Et viktig poeng i studien er at den ikke må begrense fokuset til kun administrative mekanismer. Dersom man kun ser etter administrative mekanismer, kan det se ut som om kommunen ikke har noen form for styring, noe også enkelte informanter påstår at: «kommunen ikke har hodet over vannet med det administrative arbeidet». Samtidig er flere av informantene enige i at «kommunen skal holde seg unna» og at «intern justis» på legesentrene fungerer godt. Dette viser viktigheten av å ha et bredere perspektiv på styring for å kunne kartlegge det komplette styringssystemet som både Hopwood (1974), og Mamli og Brown (2008) påpeker.

Hopwood (1974) legger stor vekt på samspillet mellom de tre formene for styring for å kunne skape et helhetlig styringssystem. Gjennom vår studie finner vi flere momenter der kommunen baserer sin styring på administrative styringsmekanismer, men støttes opp av både sosial styring og selvstyring. Eksempel på dette er det lokale samarbeidsutvalget som er en administrativ styringsmekanisme, fordi det er et lovfestet organ for å skape samarbeid mellom kommunen og fastlegene. LSU støttes opp av en sosial styring gjennom den gjensidige tilliten og samarbeidsvilligheten partene viste for å løse de utfordringene fastlegene i kommunen sto ovenfor. I denne studien ser vi at styringen er tungt basert på de administrative mekanismene, men disse støttes opp og danner et samspill med enten sosial styring eller selvstyring.

6.1 Implikasjoner

Studien viser flere tilfeller hvor kommunen benytter seg av en kombinasjon av Hopwoods (1974) tre former for styring. Våre resultater underbygger Hopwoods (1974) fokus på å bygge helhetlige styringssystemer, hvor de tre styringsformene støtter opp under hverandre. Kommunens styring av fastlegene benytter i stor grad administrativ styring, men på bakgrunn av kombinasjonen med både sosial styring og selvstyring begrenses kommunens påvirkning på den medisinskfaglige autonomien. For å underbygge autonomien til fastlegene, gir kommunen fastlegene et stort handlingsrom til å gi uttrykk for sin profesjonelle orientering. Dette kan ses i lys av Abernethy og Stoelwinder (1995) sine fremgangsmåte for å håndtere profesjonelle i en kompleks organisasjon. Studien underbygger også Lewicki og Bunkers (1996) sin påstand om at tillit kan redusere behovet for overvåkning og kontroll. Dette er på bakgrunn av den sentrale rollen tillit spiller i kommunens styring av fastlegene, hvor studien viser til flere tilfeller av Cäker og Siverbo (2011) sine fire former for tillit; kompetansetillit, goodwill-tillit, institusjonell tillit og kalkulert tillit. Det er viktig å påpeke at dette er en tilpasning kommunen driver kontinuerlig og det er derfor viktig at man har fokus på å vedlikeholde den balansen vi har avdekket. Nye tiltak må alltid vurderes nye administrative mekanismer for hvordan det vil påvirke det eksisterende styringssystemet og balansen mellom sosial styring og selvstyring.

Flere sentrale aktører viser til at dagens fastlegeordning er i krise, basert på utfordringer i rekrutteringen og overarbeidelse. Helse- og omsorgsminister Bent Høie har uttalt at i 2021 vil det bli gjennomført flere endringer i fastlegeordningen for å bedre dagens situasjon. Basert på våre funn har vi kartlagt et styringssystem som baserer seg på helhetlig styring, hvor de tre mekanismene støtter opp hverandre. Dersom endringene i 2021 vil bestå av for mye administrativ styring kan dette være med på å velte balansen som finnes mellom de tre formene for styring. Dette er basert på det samspillet vi har kartlagt og det faktum at fastlegene er profesjonelle aktører som ikke ønsker noen sterk form for formell styring. Fastlegene setter stor pris på den friheten ordningen legger til rette for i dag, og vi mener at det samspillet som eksisterer vil kunne bli svekket gjennom for stor grad av administrativ styring. Kraus (2007) støtter opp vårt argument ved at han i sin studie fant at ved en økonomisk krise økte den formelle administrative styringen.

Forfatterne ved Agenda Kaupang stilte spørsmålet «kommunal helsetjeneste – kan den ledes?» Rapporten peker på at fastlegene i kommunene er understyrt og man burde legge til rette for mer styring og overvåkning. Vår studie fastslår at fastlegene styres mer enn Agenda Kaupang fastslår, og slik vi ser det er det en balanse mellom kommunens ulike former for styring, som sammen utgjøres til et helhetlig styringssystem. Sosial styring og selvstyring er en sentral del av kommunens styring av fastlegene. Kommunen binder fastlegene til flere former for administrativ styring, men støtter også opp med autonomi i den medisinskfaglige utøvelsen. Tross denne tilpasningen driver kommunen kontinuerlig arbeid med å forbedre sin styring av fastlegene, hvor et viktig fokus burde være å se nye administrative styringsmekanismer i en balanse med sosial styring og selvstyring. Slik vi ser det kan en kommune styre fastlegene i sin kommune, ved å ha et fokus på helhetlig styring gjennom administrativ styring, sosial styring og selvstyring.

6.2 Forslag til videre forskning

Denne studien er en case-studie som tar for seg fastlegeordningen i Trondheim kommune. Formålet med studien er å beskrive hvordan en kommune styrer fastlegene. Vår studie tar for seg Trondheim kommune, og en studie av andre kommuner ville styrket kunnskapen. I tillegg ville et fokus på mindre kommuner kunne avdekket andre praksiser og metoder som benyttes for å styre fastlegene.

Vår studie har kartlagt hvilke styringsmekanismer som benyttes og hvordan mekanismene kan kategoriseres etter vårt teoretiske fundament. Dersom man legger til grunn andre teoretiske fundamenter vil man kunne få en dypere forståelse av hvordan styringsmekanismene benyttes. Et annet teoretisk fundament vil også kunne avdekke andre styringsmekanismer som benyttes i en kommune.

Våre informanter består av representanter fra kommunen og to tillitsvalgte fra fastlegene. En videre studie kunne tatt for seg flere fastleger for å kunne få en dypere innsikt for hvordan fastlegene styres. En studie med et spissere fokus på fastlegene, kunne bidratt til å forstå fastlegens perspektiv og opplevelser i større grad enn vår studie. Et område man har lite forskning på er hvordan styringen på et legesenter fungerer. I vår studie avdekket vi at en viktig styringsmekanisme var den interne justisen som foregår til enhver tid på legesentrene, og en videre studie kunne avdekket flere viktige elementer som påvirker og styrer fastlegene i sin hverdag.

Et siste forslag til videre forskning er å ta for seg en kommunes styring med et lengre tidsperspektiv. Vår studie har slått fast hvordan en kommune styrer fastlegene i dag, men en longitudinell studie kunne avdekket trender og utviklingen av kommunens styring av fastlegene over tid.

Referanseliste

- Abernethy, M. A. og Stoelwinder J. U. (1995) The Role of Professional Control in the Management of Complex Organizations. *Accounting, Organizations and Society* [Internett], 20 (1) s. 1-17. DOI: 10.1016/0361-3682(94)E0017-O
- Abernethy, M. A. og Chua, W. F. (1996) A field study of control system “redesign”: the impact of institutional processes on strategic choice. *Contemporary Accounting Research* [Internett], 13(2), s. 569-606. DOI: 10.1111/j.1911-3846.1996.tb00515.x
- Agenda Kaupang og KS (2016) *Kommunal legetjeneste – kan den ledes?* [Internett] Kommunenes sentralforbund. Tilgjengelig fra: <https://www.ks.no/contentassets/b3154b3436fd4c85beff563a69d17b11/rapport.pdf>. [Lest: 22.januar.2019].
- Amundsen, B. (2018) Er fastlegeordningen i krise? *Forskning.no* [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://forskning.no/fastlegen/er-fastlegeordningen-i-krise/1208870> [Lest: 21. Mars 2019].
- Anthony, R.N. og Young, D.W. (2003) *Management Control in Nonprofit Organizations*. 4. utg. Homewood: McGraw-Hill/Irwin Inc.
- Bryman, A. og Bell, E. (2015) *Business research methods*. 4. utg. Oxford: Oxford University Press.
- Carlsen, B. (2004) Fastlegenes erfaringer med fastlegeordningen. *Tidsskriftet.no*. Hentet fra: <https://tidsskriftet.no/2003/05/originalartikkel/fastlegenes-erfaringer-med-fastlegeordningen> [Lest: 21. Februar 2019].
- Carlsson-Wall, M. Kraus, K. og Lind, J. (2011) The interdependencies of intra- and inter-organizational controls and work practices: the case of domestic care of the elderly. *Management Accounting Research* [Internett], 22(4), s.313-329. DOI: 10.1016/j.mar.2010.11.002
- Cäker, M. og Siverbo, S. (2011) Management control in public sector joint ventures. *Management research* [Internett], 22 (4), s. 330-348. DOI: 10.1016/j.mar.2011.08.002

- Creswell, J. W. (2007) *Qualitative inquiry & research design: choosing among five approaches*. 2. utg. Los Angeles: Sage publications, inc.
- Fastlegeforskriften. *Forskrift 29. august 2012 nr. 842 om fastlegeordning i kommunene*.
- Free, C. (2008) Walking the talk? Supply chain accounting and trust among UK supermarkets and suppliers. *Accounting, Organizations and Society*, 33 (6), s. 629-662. DOI: 10.1016/j.aos.2007.09.001
- Gerring, J. (2004) What Is a Case Study and What Is It Good for? *American Political Science Review* [Internett], 98 (2), s. 342. DOI: 10.1017/S0003055404001182
- Helfo (2019) *Regelverk og takstar for lege* [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://helfo.no/takster/regelverk-og-takstar-for-lege> [Lest: 2 Apr. 2019].
- Hjortdahl, P. (2004). Er fastlegeordningen vellykket? *Tidsskrift for Den norske legeförening*. Hentet fra: <https://tidsskriftet.no/2004/02/leder/er-fastlegeordningen-vellykket> [Lest: 1. mai 2019].
- Hood, C. (1991) A Public management for all seasons? *Public Administration* [Internett], 69 (1), s. 3–19. DOI: 10.1111/j.1467-9299.1991.tb00779.x
- Hopwood, A. (1974) *Accounting and human behaviour*. 1. utg. Storbritania: Haymarket Publishing.
- Jacobsen, D. I. (2015) *Hvordan Gjennomføre Undersøkelser*. 3. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Johannessen, A., Tufte, P. A. og Christoffersen, L. (2010) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. 4. utg. Oslo: Abstrakt Forlag.
- Kosmo, J. (2019) Riksrevisjonens undersøkelse av økonomistyring i helseforetakene. *Riksrevisjonen* [Internett]. Tilgjengelig fra: https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/dokumentserien/2009-2010/dokument_3_3_2009_2010.pdf [Lest: 11. April 2019].
- Kramer, R. M. (2006) *Organizational trust: A reader*. Oxford: Oxford university press.

- Kraus, K. (2007) *Sven, inter-organizational relationships and control - A case study of domestic care of the elderly* [doktoravhandling]. Stockholm: Handelshögskolan i Stockholm.
- Lambrou, P., Kontodimopoulos, N. og Niakas, D. (2010) Motivation and job satisfaction among medical and nursing staff in a Cyprus public general hospital. *Human Resources for Health* [Internett], 8(1), s. 26. DOI: 10.1186/1478-4491-8-26
- Langfield-Smith, K. (1997) Management Control Systems and Strategy: A Critical Review. *Accounting Organizations and Society* [Internett], 22 (2), s. 207-232. DOI: 10.1016/S0361-3682(95)00040-2
- Lewicki, R. J. og Bunker, B. B. (1996) Developing and maintaining trust in work relationships. *Trust in organizations: Frontiers of theory and research* [Internett], 4 (2), s. 114-139. DOI: 10.4135/9781452243610.n7
- Lewis, J. D. og Weigert, A. (1985) Trust as a social reality. *Social forces* [Internett], 63 (4), s. 967-985. DOI: 10.2307/2578601
- Lui, S. S. og Ngo, H. Y. (2004) *The role of trust and contractual safeguards on cooperation in non-equity alliances*. *Journal of management* [Internett], 30 (4), s. 471-485. DOI: 10.1016/j.jm.2004.02.002
- Læg Reid, P. og Christensen, T. (2011) *The Ashgate research companion to new public management*. 1. utg. London: Routledge.
- Malmi, T. og Brown, D. A. (2008) Management control systems as a package: opportunities, challenges and research directions. *Management Accounting Research* [Internett], 19(4), s. 287-300. DOI: 10.1016/j.mar.2008.09.003.
- Merriam, S. B. og Tisdell, E. J. (2015) *Qualitative Research. A Guide to Design and Implementation*. 4. utg. San Francisco, CA: John Wiley & Sons.
- Nyeng, F. (2017) *Hva annet er også sant? En innføring i vitenskapsfilosofi*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Nyland, K. og Olsen, T. -E. (2017) Tettere styring i helseforetakene? *Praktisk økonomi og finans* [Internett], 1 (01), s. 36–52. DOI: 10.18261/issn.1504-2871-2017-01-04

- Orlikowski, W. J. (1991) Integrated Information Environment or Matrix of Control? The Contradictory Implications of Information Technology. *Accounting Management and Information Technologies* [Internett], s. 9-42. DOI: 10.1016/0959-8022(91)90011-3.
- Paulsen, B. (2000) Seks år med fastlegeordning – hva mener fastlegene? *Tidsskrift for Den norske legeforening* [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://tidsskriftet.no/2000/03/klinikk-og-forskning/seks-ar-med-fastlegeordning-hva-mener-fastlegene>. [Lest: 6. Mars 2019].
- Regjeringen.no (2017) *Fastlegeordningen* [Internett]. Oslo: Regjeringen. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/innsikt/fastlegeordningen/id115301/> [Lest: 1. April 2019].
- Scapens, W. R. (1990) Researching Management Accounting Practice: The Role of Case Study Methods. *British Accounting Review* [Internett], 22(3), s. 259-281. DOI: 10.1016/0890-8389(90)90008-6
- Simonet, D. (2013) New public management and the reform of French public hospitals. *Journal of Public Affairs* [Internett], 13(3), s. 260-271. DOI: 10.1002/pa.1465
- St. Meld. Nr. 165. *Innstilling fra sosialkomiteen om samarbeid og styring - mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste.*
- Strøm, S. (2019) Fastlegekrise over hele landet. *NRK* [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://www.nrk.no/finnmark/fastlegekrise-over-hele-landet-1.14528169> [Lest: 28 April 2019].
- Temaplan (2018). *Temaplan for legetjenester i Trondheim kommune* [Internett]. Strategidokument. Trondheim: Enhet for legetjenester og smittevernarbeid. Tilgjengelig fra: <https://www.trondheim.kommune.no/globalassets/70-admin/planer/temaplan-for-legetjenester-2019-2023.pdf> [Lest: 18. Januar 2019]
- Tjora, A. H. (2017) *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. 3. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Yin, R. K. (2018) *Case study research and applications: design and methods*. 6 utg. Los Angeles: Sage publications, inc.

Øgar, P. and Skaset, M. (2018). *Oppdragsbrev - evaluering av fastlegeordningen* [Internett].

Oppdragsbrev, 17/3829-19. Oslo Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra:

https://www.regjeringen.no/contentassets/889319cb65664b63a9938b3273316033/2018/tilleggsoppdrag_evaluering_fastlegeordningen_250118.pdf [Lest: 28. April 2019].

