

Jill Åserud Stensønes og Lisbeth Fiske Harang

Kommunenes helhetlige styring av fastlegene

En kartlegging av styringspraksis i norske kommuner

Masteroppgave i økonomi og administrasjon

Veileder: Per Christian Ahlgren og Kari Nyland

Mai 2019

Jill Åserud Stensønes og Lisbeth Fiske Harang

Kommunenes helhetlige styring av fastlegene

En kartlegging av styringspraksis i norske kommuner

Masteroppgave i økonomi og administrasjon
Veileder: Per Christian Ahlgren og Kari Nyland
Mai 2019

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for økonomi
NTNU Handelshøyskolen

Forord

Denne avhandlingen er avslutningen på en toårig mastergrad i økonomi og administrasjon ved Høgskolen i Trondheim, NTNU. Oppgaven er skrevet under fordypningsretningen i økonomistyring våren 2019, og er vektet med 30 studiepoeng.

Formålet med denne avhandlingen er å kartlegge kommunenes styring av fastlegene. Dette ble gjort ved å sende ut en spørreundersøkelse til helseledere og kommuneoverleger i norske kommuner. Vi ønsker å rette en stor takk til alle som har svart på spørreundersøkelsen, og til alle som kom med innspill. Vi vet at det er en tidspresset arbeidssituasjon og vi setter stor pris på tilbakemeldingene. En ekstra takk til kommuneoverlegen som ga oss konstruktive tilbakemeldinger og innblikk i nyansene som eksisterer.

Arbeidet har vært givende, der vi har fått større innsikt i hvordan kommunene styrer fastlegene. Vi vil takke våre veiledere Per Christian Ahlgren og Kari Nyland for god veiledning og konstruktiv kritikk. Vi vil også benytte anledningen til å takke for tilbakemeldingene vi fikk på seminarene underveis i semesteret.

Stor takk til våre bedre halvdel, John Arne og Vemund, for utholdende tålmodighet og god støtte underveis.

Innholdet i denne oppgaven står for forfatterens regning.

Trondheim, 20. mai 2019

Jill Åserud Stensønes

Lisbeth Fiske Harang

Sammendrag

Flere hevder at fastlegeordningen er i krise. Siden innføringen i 2001, har betingelsene rundt fastlegeordningen endret seg. Fastleger rapporterer om økt arbeidsbelastning og økte forventninger. En konsekvens av dette er svikt i rekrutteringen av fastleger i tillegg til at allerede praktiserende fastleger slutter. Med en aldrende befolkning blir det viktig å ha en fungerende og robust fastlegeordning. Det er kommunenes ansvar å sørge for god kvalitet på legetjenesten, og sikre tilgjengelig fastlege for alle som oppholder seg i kommunen. Formålet med denne studien er å kartlegge kommunenes styring av fastlegene, og hva som kjennetegner deres økonomistyringssystem. Vår tilnærming til økonomistyring er en bred forståelse som inkluderer formelle og uformelle mekanismer. Oppgaven ønsker å gi bedre innsikt i hvordan kommunene forvalter sitt sørge-for-ansvar gjennom følgende problemstilling:

“Hvordan styrer kommunene fastlegene?”

For å svare på denne problemstillingen ble det gjennomført en landsdekkende spørreundersøkelse som ble sendt ut til helseledere og kommuneoverleger. Spørreskjemaet var egenutviklet og delvis inspirert av tidligere rapporter. Totalt deltok 167 helseledere og 174 kommuneoverleger, som tilsvarer en svarprosent på 44,4 %. Dataen ble behandlet i SPSS og analysert ved bruk av deskriptiv statistikk, hovedsakelig frekvenstabeller og krysstabulering.

Resultatene tyder på at kommunene styrer mer enn de tror og tidligere antatt av andre rapporter. Vår undersøkelse indikerer at regelstyring, i form av lover og forskrifter, sammen med tillit er fundamentet for kommunenes styring av fastlegene. Funnene viser også at dialog av formell og uformell karakter ansees som viktig. Profesjonens ønske om autonomi i arbeidet blir mulig gjennom høy tillit og overordnet regelstyring. Implikasjoner er at utviklingen på dette området bør ha fokus på de uformelle styringsmekanismene. Opplevd målkongruens mellom kommunene og fastlegene tyder på at fastlegene bør behandles som en steward, ikke som en agent, siden økt overvåkning i et slikt forhold kan føre til opportunistiske handlinger.

Abstract

There have been claims that the General Physician (GP) scheme in Norway is in crisis. Since its introduction in 2001 the conditions of the scheme has changed. Physicians are reporting that they face an increased work load and increased expectations. As a consequence of this there is a decline in recruitment as well as an increase in the resignations of existing physicians. Faced with an aging population, a functioning and robust GP scheme will be important. Securing the quality of the GP scheme is the responsibility of the municipalities, in addition to securing access to physicians for all inhabitants of the municipality. The purpose of this study is to map how the municipalities control the GPs, and the aspects of their management control system (MCS). Our approach to management control is a broad understanding which includes formal and informal mechanisms. This study's goal is to provide better insights into how the municipalities administer their ensurance-responsibility using the following topic question:

“How do the municipalities control the GPs?”

In order to answer this topic question a nationwide survey was sent out to health managers and chief attending physicians of the municipalities. The survey was self-developed as well as partly inspired by former reports. A total of 167 health managers and 174 chief attending physicians participated in the study, resulting in a participation percentage of 44.4 %. The empiricial material was processed in SPSS and analysed using descriptive statistics, mainly frequency tables and cross-tabulation.

The results indicate that the municipalities use more control than they think and more than has been assumed by former reports. Our research indicates that action control is paramount in the MCS package of the municipalities. Rules lay the foundation in the form of laws and regulations giving the GPs national guidelines to follow, thus defining their room for maneuvering. The findings further indicate that the MCS is characterized by high relationship trust and that formal and informal dialog is considered important. This trust allows the GPs a lot of autonomy in their work, which is important for strong professions. The implication is that the focus in this area should be on the informal control mechanisms. The experienced goal congruence between the municipalities and the GPs suggests that the GPs should be treated as a steward, not as an agent, since increased monitoring in such a relationship can lead to opportunistic actions.

Innhold

Forord	i
Sammendrag	iii
Abstract	v
Innhold	x
Tabeller	xi
Figurer	xiii
1 Innledning	1
1.1 Aktualisering	1
1.2 Problemstilling	3
1.3 Oppgavens struktur	4
2 Bakgrunn	5
2.1 Organiseringen av helsetjenesten	5
2.2 Fastlegeordningen	6
2.2.1 Fastlegeforskriften og rammeavtalen	7
2.2.2 De ulike avtalene og finansieringssystemet	10
2.3 Samhandlingsreformen	11
2.4 New Public Management - Ny offentlig styring	12
3 Teoretisk rammeverk	15
3.1 Prinsipal-agentteori	15
3.1.1 Utforming av kontrakt som løsning på agentkostnader og agentproblemer	19
3.2 Økonomistyring og styringsmekanismer	20

3.2.1	Definisjon av styring	20
3.2.2	Helhetlig styringspakke	23
3.2.3	Resultatstyring	25
3.2.4	Regelstyring	28
3.2.5	Normstyring	29
3.2.6	Styring gjennom organisasjonsstruktur	35
4	Metode	37
4.1	Vitenskapelig tilnærming	37
4.2	Forskningsdesign	38
4.3	Datamaterialet	40
4.3.1	Populasjonen og utvalg	40
4.3.2	Søkemetode	41
4.3.3	Frafallsanalyse	42
4.4	Datainnsamling	43
4.4.1	Pilotintervju	44
4.4.2	Utforming av spørreundersøkelse	45
4.4.3	Pretest av spørreundersøkelse	46
4.4.4	Utsendelse av spørreundersøkelse	47
4.5	Dataanalyse	48
4.6	Datahåndtering	48
4.6.1	Pilotintervju	49
4.6.2	Spørreundersøkelse	49
4.7	Evaluering av datamaterialet og etiske betraktninger	49
4.7.1	Reilabilitet, validitet og generaliserbarhet	49
4.7.2	Etiske betraktninger	50
5	Empiri og analyse	51
5.1	Beskrivelse av respondentene	51
5.2	Forståelsen av begrepet styring	52
5.3	Fastlønnede fastleger	54
5.4	Relasjonen mellom kommunene og fastlegene	56
5.5	Resultatstyring	57
5.5.1	Utarbeidelse av planer og for legetjenesten og ulike mål	58
5.5.2	Erfaringer knyttet til målsetninger	60
5.5.3	Innhenting av styringsinformasjon	61
5.5.4	Bruk av styringsinformasjon	64
5.5.5	Kobling til belønningssystemet	65

5.6	Regelstyring	66
5.6.1	Lover og forskrifter, rutiner og retningslinjer	66
5.6.2	Individuelle kontrakter, samarbeidsavtaler og involvering	67
5.7	Normstyring	68
5.7.1	Personellstyring	68
5.7.2	Kulturell styring	71
5.7.3	Profesjonsstyring	72
5.8	Organisasjonsstruktur	74
5.8.1	Samarbeidsutvalget og allmennlegeutvalget	75
5.9	Viktigheten av ulike virkemidler	80
6	Diskusjon og konklusjon	83
6.1	Helhetlig styring	83
6.2	Regler som et grunnlag for helhetlig styring	86
6.3	Dialog, både formell og uformell	87
6.4	Tillit	88
6.5	Konklusjon	90
6.5.1	Bidrag og implikasjoner	90
7	Kritikk av oppgaven og videre forskning	93
7.1	Sårbarhet ved oppgaven	93
7.2	Forskning - veien videre	94
	Bibliography	95
	Vedlegg	i
	Vedlegg 1	i
	Vedlegg 2	i
	Vedlegg 3	ii
	Vedlegg 4	ii
	Vedlegg 5	iii
	Vedlegg 6	iii
	Vedlegg 7	iv
	Vedlegg 8	iv
	Vedlegg 9	v
	Vedlegg 10	v
	Vedlegg 11	vi
	Vedlegg 12	vi
	Vedlegg 13	vi

Vedlegg 14	vii
Vedlegg 15	ix
Vedlegg 16	xi

Tabeller

4.1	Vår forståelse av styring ble operasjonalisert gjennom påstander og spørsmål. Tabellen er ikke utfyllende, men viser de rapportene og artiklene som inspirerte oss mest i utforming av spørreundersøkelsen.	48
5.1	Påstander relatert til fastlønnede fastleger.	54
5.2	Relasjonen mellom kommuner og fastleger	57
5.3	Utarbeidelse av plan og mål.	58
5.4	Påstander relatert til resultatstyring.	60
5.5	Styringsinformasjon og målinger utført av kommunen	62
5.6	Oversikt over aktiviteter innhenting.	63
5.7	Påstander relatert til regelstyring.	67
5.8	Påstander om fastlegenes involvering i kontrakter og inkludering av lokale føringer.	68
5.9	Rekruttering av fastleger.	69
5.10	Norm- og profesjonsstyring.	73

Figurer

2.1	I allmennlegeutvalget møter fastleger kun andre fastleger	8
2.2	I samarbeidsutvalget møter fastlegene representanter for kommunen, det skal delta like mange representanter fra hver side.	9
3.1	Stewardship-Agentteorien (Caers et al. 2006)	17
3.2	Ulike typer kontrakter (Nyland & Pettersen 2018)	20
3.3	Styringssirkelen (Young 2012)	23
3.4	Kobling mellom kausalkunnskap og styring (Ouchi 1979, s. 843)	25
3.5	Tilnærminger til økonomistyring i forskjellige organisasjoner. (Goold & Quinn 1990, s. 51, egen oversettelse)	28
3.6	Normstyring	30
4.1	Fra populasjon til utvalg.	41
4.2	Responstrate sammenlignet med populasjonen fordelt kommunestørrelse.	42
4.3	Oversikt over svarprosent fra fylkene.	44
4.4	Antall mottatte svar på spørreundersøkelsen, både per dag og summert. Toppene er et resultat av at påminnelsene ble sendt ut.	47
5.1	Antall respondentsvar per kommuneoverlege og helseleder fordelt på kommunestørrelse.	52
5.3	Gjennomsnittet av hvordan informasjonen brukes.	65
5.6	Opprettelse av samarbeidsutvalg og allmennlegeutvalg fordelt på kommunestørrelse basert på innbyggertall.	76
5.8	Viktigheten av de ulike virkemidlene i styring av fastlegene.	80

Innledning

1.1 Aktualisering

Fastlegene har gitt tydelig uttrykk for at dagens ordning ikke er bærekraftig. Med ukentlige overskrifter som “Nesten 50 kommuner melder om dramatisk fastlegemangel”, “Fastlegekrisen” og “Kampen om fastlegene” signaliserer dette at noe må gjøres (Sæther & Nærø 2017, Moe 2018, Dømmerud 2019). Gjennomsnittlig arbeidsuke for en fastlege er på 55,6 timer, noe som tilsvarer en stillingsprosent på 150 % (Menon Economics 2018), og har siden 2014 økt med 7 timer per uke (Trønderopprøret 2019). Fastlegeopprøret 2.0, opprinnelig kalt Trønderopprøret, varsler at fastlegeordningen kan kollapse om noen få år dersom fastlegenes vilkår i form av finansieringsystemet og arbeidsvolum ikke endres.

Fastlegene er en svært viktig og sentral del av dagens helsetjeneste i Norge der de står for 90 % av konsultasjonene (Hermansen 2018). De er ofte det første møtet med helsevesenet om du skulle ha behov for medisinsk behandling. Fastlegene er knutepunktet til andre deler av helsesektoren. De følger deg opp underveis og etter utført behandling andre steder. Det er kommunenes lovpålagte ansvar at alle som befinner seg i kommunen har mulighet til å få de helse- og omsorgstjenester de trenger. Dette innebærer at kommunen har et ansvar for å sikre en effektiv tjeneste med god kvalitet. Med innføringen av fastlegeordningen fikk også fastlegene en funksjon som portvakt for trykkesystemet, i form av henvisninger, resepter og sykemeldinger (Grimsmo, Kirchhoff & Aarseth 2015). Behandling hos en fastlege er relativt billigere enn hos spesialisthelsetjenesten (Menon Economics 2018). Dermed kan en stabil og velfungerende fastlegeordning spare samfunnet for store ressurser.

Siden innføringen av fastlegeordningen har omgivelsene vært preget av store endringer. Den norske legeforening (2014), Iversen et al. (2016) og Menon Economics (2018) viser til at sam-

handlingreformen har ført til at fastlegene har blitt pålagt flere oppgaver og fått ansvar for en større del av pasientforløpet, uten tilføring av menneskelige, økonomiske eller teknologiske virkemidler. Arbeidsvolumet per pasient har økt som følge av en eldre befolkning, mer kronisk syke og mer avansert behandling, samtidig som finansieringsystemet har forblitt det samme (Christiansen & Sandvik 2017). Christiansen & Sandvik (2017) viser også til at flere politiske reformer som førerkortforskrift, fraværsgrense på videregående skoler og forskrift om ledelse- og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten legger beslag på enda mer av fastlegenes dyrebare tid. Som resultat har fastlegenes arbeidshverdag endret seg med økte forventninger og tøffere arbeidsbelastning. Den økte arbeidsbelastningen pekes på som en sentral årsak til at færre vil bli fastleger og har også ført til frafall blant allerede eksisterende fastleger. Antall kommuner som sliter med rekrutteringen er firedoblet i løpet av de siste to årene (Dommerud 2019). I ytterste konsekvens kan situasjonen føre til at fastlegeordningen rakner (Hermansen 2018).

Fastlegeforskriften (2012) presiserer at det er kommunen sitt ansvar, og ikke fastlegenes, å sørge for at alle som oppholder seg i kommunen har tilgang på nødvendige allmennlegetjenester. Kommunen har ansvaret for kvaliteten og tilgjengeligheten i fastlegeordningen. De skal sikre at tjenesten ytes forsvarlig slik at innbyggerne sikres et godt helsetilbud gjennom fastlegeordningen. Dette forutsetter at kommunene må ha oversikt over legetjenesten og forhold som har betydning for den. Dette gjelder både dagens, men også morgendagens situasjon. Kommunen sitt ansvar må ses i sammenheng med problemer knyttet til den økte arbeidsbelastningen til fastlegene som kan gå ut over kvaliteten på tjenesten. Innbyggerne i kommuner som sliter med fastlegedekningen får ikke den kvaliteten på tjenesten de har krav på (Hermansen 2018). Situasjonen fastlegene står ovenfor fører til at kommunenes ansvar blir mer krevende.

Det er mye oppmerksomhet rundt fastlegeordningen også fra politisk hold. Helsedirektoratet, etter oppdrag fra helse- og omsorgsdepartementet, har bestilt en rapport om fastlegeordningen som skal være på plass i 2019. Det er satt av 13,5 millioner kroner til denne evalueringen. Den skal blant annet se på kommunenes rolle og hvordan de forvalter sitt sørge-for-ansvar. Regjeringen har tidligere varslet at en handlingsplan for legetjenesten skal foreligge våren 2020. Evalueringen vil trolig påvirke den nye handlingsplanen.

Vi vet lite om hvordan den enkelte kommune styrer fastlegene. Paulsen, Lippestad & Johansen (2010) konkluderte i sin rapport at legetjenesten er understyrt av kommunene og at samhandlingreformen vil øke presset på tjenestene som kommunene er ansvarlige for. I rapporten til Agenda Kaupang AS (2016) pekes det på at handlingsrommet som gjeldende lovverk gir, ikke blir brukt i tilstrekkelig grad. De hevder at en kommune som mer aktivt tar i bruk styringsvirkemidler, vil kunne oppnå bedre kvalitet på legetjenesten. Litteraturen innenfor økonomistyring bidrar til å utvide kommunenes handlingsrom og gir innblikk i styringsmekanismer som er

aktuelle i relasjonen mellom kommunene og fastlegene. Med en videre forståelse av hvilke styringsmekanismer som finnes kan det gi bedre innsikt i hvordan kommunene forsøker å styre fastlegenes bredere rolle i kommunenes helsetjeneste.

Tradisjonell styring forbindes ofte med et finansielt perspektiv, og en hierarkisk form for styring som promoterer planmessighet, klare (kvantifiserbare og finansielle) målsetninger, standardisering og tett oppfølging (Simons 1995). I styringslitteraturen har et slikt tradisjonelt perspektiv på styring blitt problematisert i forhold til komplekse organisasjoner og kontekster, som helsevesenet. Abernethy et al. (2006) hevder blant annet at helsevesenet preges av en uforutsigbarhet og kompleksitet som gjør forhåndsdefinering av målsetninger, standardisering og tett oppfølging vanskelig og at bredere forståelse av styringsmekanismer er nødvendig for å fostre dialog og læring. En moderne forståelse inkluderer også gjerne mer uformelle mekanismer som en del av et helhetlig styringsystem, herunder også kulturell og sosial styring (Merchant & Van der Stede 2012, Malmi & Brown 2008, Ouchi 1979, Hopwood 1974).

I vår studie bruker vi en bred definisjon av styring som inkluderer både formelle og uformelle styringsmekanismer. Dette står i kontrast til de tidligere rapportene på temaet gjennomført av Paulsen, Lippestad & Johansen (2010) og Agenda Kaupang AS (2016). Vi har valgt et rammeverk som består av resultat-, regel- og normstyring (Merchant & Van der Stede 2012), i tillegg inkluderer vi dimensjonen organisasjonstyring (Mintzberg 1983, Malmi & Brown 2008). Dette rammeverket inkluderer de styringsmekanismene som vi mener er relevante for kommunenes handlingsrom i relasjonen med fastlegene.

1.2 Problemstilling

Med utgangspunkt i det brede perspektivet på økonomistyring søker studien å svare på følgende problemstilling:

“Hvordan styrer kommunene fastlegene?”

For å besvare problemstillingen har vi gjennomført en landsdekkende kartleggingsundersøkelse med fokus på hvordan kommunene bruker ulike styringsverktøy i relasjonen med fastlegene. Dette innebar at vi ønsket å finne ut hvilke styringsmekanismer kommunene benytter og hvordan de bruker disse. Et egenutviklet webbasert spørreskjema ble sendt ut til kommuneoverleger og helseledere i hele Norge. Spørreskjemaet besto av kartleggingsspørsmål som beskriver bakgrunnen til respondentene, herunder stilling, kommunestørrelse, stillingsprosent mm. Hoveddelen av undersøkelsen besto av påstander og spørsmål som respondenten måtte ta stilling til. Spørreundersøkelsen var basert på økonomistyringsteori, samt inspirert av tidligere forskning og rapporter på temaet.

Tidligere forskning har brukt et tradisjonelt perspektiv på styring, der kontroll og måling står sentralt. Vårt perspektiv er bredere da det er en moderere forståelse av økonomistyring. Vår tilnærming komplementerer det tradisjonelle ved å tilføye uformelle styringsmekanismer slik som normstyring og profesjonsstyring. Vi legger også til grunn en holistisk tankegang der vi ser på helheten av styringspakken og samspillet mellom de ulike mekanismene. Studien vil dermed bidra til å forstå hvordan denne styringen ser ut og peke på utfordringer som de opplever. Vi ønsker at avhandlingen skal gi en innsikt i sammensetningen i kommunenes styringspakke og vise variasjonene innad i Norge.

1.3 Oppgavens struktur

Denne oppgaven består av syv kapitler. I kapittel 2 presenteres forhold som har betydning for relasjonen mellom kommunene og fastlegene. Kapittelet er med for å gi leseren en bedre forståelse av konteksten og rammene rundt temaet. Kapittel 3 består av redegjørelsen for vårt teoretiske rammeverk som vi bruker i analysen av datamaterialet og til å besvare vår problemstilling. I kapittel 4 diskuterer vi valg av metode og forskningsdesign. Videre vil vi i kapittel 5 presentere den innsamlede empirien samtidig som det blir analysert ved bruk av vårt rammeverk. I kapittel 6 vil studiens hovedfunn blir drøftet før den leder til konklusjonen, samt studiens bidrag og implikasjoner. Avslutningsvis, i kapittel 7, redegjør vi for sårbarheter ved studien og gir anbefalinger for videre forskning.

Bakgrunn

I dette kapitlet skal vi se på konteksten rundt kommunene og fastlegene. Sentrale reformer og lover som har innvirkning på relasjonen blir gjennomgått. Kapitlet avsluttes med en kort innføring i New Public Management i helsesektoren.

2.1 Organiseringen av helsetjenesten

Norsk helsetjeneste har ansvar for helse- og omsorgsrelaterte oppgaver. Dette innebærer et stort spenn av oppgaver med forskjellig grad av kompleksitet (Menon Economics 2018). Helsetjenesten er inndelt i to nivåer, spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten utfører de mer komplekse oppgavene, mens primærhelsetjenesten utfører de mindre komplekse oppgavene (Menon Economics 2018). Det er kommunen som har ansvaret for primærhelsetjenesten som omfatter tjenestene allmennlegetjenesten, legevakt og akuttberedskap, forebyggende helsetjenester, jordmortjeneste, habiliterings- og rehabiliteringstjenester, hjemmetjeneste og hjemmesykepleie, og sykehjem (Grimsmo, Kirchhoff & Aarseth 2015). Fastlegene er en sentral del av primærhelsetjenesten og fungerer som portvakt og koordinator for videre behandling til spesialisthelsetjenesten eller andre deler av de kommunale helse- og omsorgstjenestene (Grimsmo, Kirchhoff & Aarseth 2015).

Av forskrift om fastlegeordning i kommunene § 3 følger det at “kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige allmennlegetjenester” (Fastlegeforskriften 2012). Dette innebærer at kommunene har det juridiske og politiske ansvaret for å sikre tilstrekkelige allmennlegetjenester for alle som oppholder seg i kommunen (Paulsen, Lippestad & Johansen 2010). Allmennlegetjenesten er organisert gjennom fastlegeordningen som ble innført i 2001 (Veggeland 2018). For å innfri sine forpliktelser må kommunen inngå avtaler

med fastleger. Denne relasjonen reguleres gjennom helse- og omsorgstjenesteloven, fastlegeforskriften, forskrift om pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen og sentralt avtaleverk (Agenda Kaupang AS 2016). Gjeldende avtaleverk som regulerer legetjenesten i kommunene er rammeavtalen derunder individuelle avtaler, kommunelegeavtalen og statsavtalen (Agenda Kaupang AS 2016).

Som et ledd i forvaltningen av helsetjenesten plikter kommunene av helse- og omsorgstjenesteloven § 5-5 å ansatte en eller flere kommuneleger. De skal fungere som en medisinskfaglig rådgiver for kommunen (Helse- og omsorgstjenesteloven 2011). Kommunelegene vil ha en tilsynsfunksjon ovenfor helsetjenesten i kommunen (Veggeland 2018). En annen faktor som har betydning for fastlegeordningen er innføringen av samhandlingsreformen i 2012. Hensikten med samhandlingsreformen var å få en mer helhetlig helsetjeneste, der samarbeidet skulle styrkes både horisontalt og vertikalt (Kirchhoff et al. 2016). Dette har resultert i at kommunene har fått et større ansvar for helsetjenesten (Grimsmo et al. 2015).

2.2 Fastlegeordningen

Innføringen av fastlegeordningen i 2001 hadde som formål å bedre kvaliteten på legetjenesten og kontroll over disse tjenestene (Veggeland 2018). Den skulle sikre kontinuitet for svakere pasientgrupper som eldre og kronisk syke. Målet var også å styrke samarbeidet med andre deler av helsesektoren og skape kontinuitet i samarbeidet om enkeltpasienter. I forkant av fastlegeordningen var også legeshopping et problem i de største byene, ved at folk gikk fra lege til lege for å få vanedannede medikamenter (Veggeland 2018).

Med fastlegeordningen ble listesystemet innført i tillegg til en ny finansieringsmodell og nye avtaler mellom kommunene og legeforeningen (Heen 2005). Listesystemet innebærer at hver fastlege har en liste som viser hvilke personer som sogner til fastlegens praksis (Veggeland 2018). Alle som bor i Norge har rett til å stå på listen til en fastlege. Listen kan maksimalt være på 2500 personer, men volumet kan endres i samråd med allmennlegeutvalg og samarbeidsutvalget. Listesystemet skal gjøre det enklere for annet helsepersonell og pårørende å kontakte fastlegen som har det helsemessige ansvaret for en spesifikk person, samt for denne personen å vite hvem den skal henvende seg til angående sin egen helse (Veggeland 2018). I 2018 var gjennomsnittlig listelengde på rundt 1100 personer, som har gått langsomt ned siden toppen som var i 2005 på rundt 1200 og altså betraktelig lavere enn 2500 (Gaardsrud 2019).

Allmennleger må inngå avtale med den enkelte kommune for å kunne praktisere som fastlege der. I fastlegeforskriften, rammeavtalen og de individuelle avtalene som kommunene inngår med hver enkelt fastlege synliggjøres både kommunenes ansvar og hva som er fastlegenes an-

svar i fastlegeordningen. Enkelte momenter i fastlegeforskriften og rammeavtalen gjennomgås i de kommende avsnittene.

2.2.1 Fastlegeforskriften og rammeavtalen

Fastlegeforskriften (2012) omhandler forhold i fastlegeordningen. Den presiserer at det er kommunen sitt ansvar, og ikke fastlegens, å sørge for at alle som oppholder seg i kommunen har tilgang på nødvendig allmennlegetjenester. Dette omtales som sørge-for-ansvaret. Innunder dette har kommunen ansvar for organisering av fastlegeordningen og sørge for at det inngås fastlegeavtaler med et tilstrekkelig antall leger.

Kommunen har ansvar for kvalitet i fastlegeordningen. Dette innebærer at fastlagte krav skal overholdes og at det skal jobbes systematisk med forbedringsarbeid (Fastlegeforskriften 2012). I tråd med sitt ansvar for nødvendige allmennlegetjenester skal kommunen legge til rette for samarbeid mellom kommunen og fastlegene. Fastlegene skal også sikres samarbeid med spesialisthelsetjenesten og integrering i kommunens resterende helse- og omsorgstjenester.

For øvrig omhandler også Fastlegeforskriften (2012) § 10 fastlegenes listeansvar som innebærer at fastlegene skal prioritere pasientene på sin liste. Kommunen kan pålegge fastlegen å delta 7,5 timer per uke i andre allmennlegeoppgaver som skolehelse- og sykehjemtjeneste. Kommunen og fastlegen kan også avtale andre oppgaver som kan gå under disse timene. Fra kommunen kan det søkes om inngåelse av frivillige avtaler knyttet til utføringen av disse oppgavene. De 7,5 timene kan også dekkes av administrativ møtedeltakelse. Fastlegeforskriften (2012) § 13 fastsetter at fastlegen har plikt til å delta på legevakt. ASA 4310 – Rammeavtale fastlegeordningen KS (2012) gir også kommunen mulighet til å holde tilbake 20 % av basistilskuddet ved brudd på bestemmelser i fastlegeforskriften, rammeavtalen eller den individuelle avtalen. Ved vesentlig mislighold av avtalen kan kommunen heve avtalen med øyeblikkelig virkning. Et eksempel på vesentlig mislighold er tilbakekall av autorisasjon.

Fastlegeavtalen reguleres i Fastlegeforskriften (2012) kapittel 5. Dette er en individuell avtale som skal inngås med den enkelte fastlege som deltar i fastlegeordningen. Denne avtalen inngås uavhengig av om fastlegen skal operere som selvstendig næringsdrivende eller fast ansatt og fungerer som et viktig utgangspunkt for kommunens dialog med fastlegene. Her kan momenter som åpningstid, listetak og lokalisering fremgå. Lokale føringer utviklet av den enkelte kommune kan inngå i avtalen. Av avtalen bør det også fremgå hvordan fastlegen kan bidra i kommunens folkehelsearbeid. Agenda Kaupang AS (2016) viser til at lokale føringer i liten grad ble brukt av utvalgskommunene.

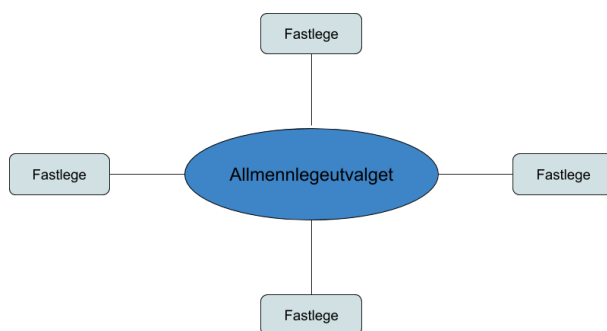
Rammeavtalen ASA 4310 er utarbeidet mellom KS og Legeforeningen om allmennlegepraksis

i fastlegeordningen i kommunene og skal bidra til at kommunene og fastlegene oppfyller sine plikter etter helse- og omsorgstjenesteloven og fastlegeforskriften (ASA 4310 – Rammeavtale fastlegeordningen KS 2012). Den viser til hvordan kommunen kan påvirke enkelte sider ved fastlegeavtalen, i tillegg til at den inneholder bestemmelser for utvalg som skal opprettes for å sikre samarbeid mellom kommuner og leger (Paulsen, Lippestad & Johansen 2010). Rammeavtalen inneholder følgende punkter: Allmennlegeutvalg, samarbeidsutvalg, kommunens oppgaver, legens oppgaver, turnusleger og offentlig legearbeid og tilgjengelighet og fravær (Paulsen, Lippestad & Johansen 2010). Kommunens mulighet til å pålegge fastleger 7,5 timer per uke til allmennmedisinsk legearbeid er også beskrevet i rammeavtalen (ASA 4310 – Rammeavtale fastlegeordningen KS 2012).

Rammeavtalen presenterer flere bestemmelser knyttet til legenes oppgaver i fastlegetjenesten. Blant disse oppgavene er legens plikt til å avgi grunnlagsdata som er nødvendig for kommunen i planlegging og administrasjon i helsetjenesten dersom kommunen krever dette (ASA 4310 – Rammeavtale fastlegeordningen KS 2012). Andre oppgaver er krav om tilgjengelighet, listestørrelse og endringer ved den, og at alle pasienter på listen får allmennlegetjenester i form av konsultasjoner, øyeblikkelig hjelp og sykebesøk (ASA 4310 – Rammeavtale fastlegeordningen KS 2012).

Ifølge ASA 4310 – Rammeavtale fastlegeordningen KS (2012) har kommunen ansvaret for å utarbeide en plan for legetjenesten. Kommunen skal også tydeliggjøre gjennom planlegging hvilke rammebetingelser som foreligger for fastlegen slik som forventet listelengde og sammensetning av pasientpopulasjon. Dette skal bidra til forutsigbarhet for fastlegene. Agenda Kaupang AS (2016) fant at nesten ingen av deres utvalgskommuner hadde opprettet en slik plan. ASA 4310 – Rammeavtale fastlegeordningen KS (2012) beskriver kommunens ansvar ved administrering av avtalehjemler, som blant annet opprettelse og tildeling av hjemler.

Allmennlegeutvalget

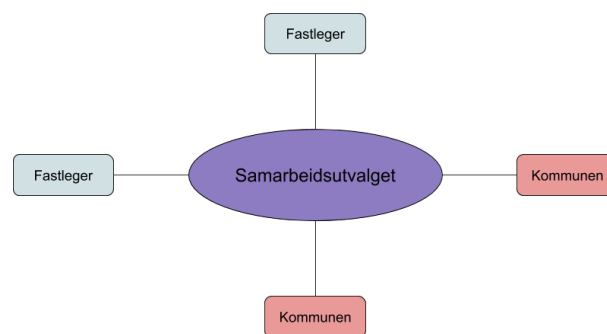


Figur 2.1: I allmennlegeutvalget møter fastleger kun andre fastleger

Allmennlegeutvalget er en møteordning for alle allmennleger i kommunen, jf. figur 2.1. Det er

kommunens ansvar å legge til rette for opprettelse av allmennlegeutvalg og stille møtelokaler til disposisjon (ASA 4310 – Rammeavtale fastlegeordningen KS 2012). Ifølge ASA 4310 – Rammeavtale fastlegeordningen KS (2012) er formålet til allmennlegeutvalget at det skal bidra til nødvendig samarbeid mellom fastlegene, slik at deres oppgaver i fastlegeordningen blir ivaretatt. Utvalgets oppgaver er beskrevet i rammeavtalen, blant annet utvalgets fullmakt til å velge representanter og fremme saker til samarbeidsutvalget. Møtet skal finne sted minst en gang i halvåret og ellers etter behov. Alle fastleger i kommunen har møteplikt på allmennlegeutvalget. Likevel finner Agenda Kaupang AS (2016) at det er lav møtedeltagelse blant utvalgs-kommunene, og kommunen følger også opp dette i svært liten grad. Heen (2005) fant i deres spørreundersøkelse at 63 % av kommunene hadde opprettet allmennlegeutvalg. Av de som ikke hadde opprettet det var dette i hovedsak små kommuner med mindre enn 5000 innbyggere, her svarte 67 % at de ikke hadde opprettet allmennlegeutvalg. Av de som hadde opprettet det var gjennomsnittet for antall møter i året på 4,2 (Heen 2005).

Samarbeidsutvalget



Figur 2.2: I samarbeidsutvalget møter fastlegene representanter for kommunen, det skal delta like mange representanter fra hver side.

I likhet med allmennlegeutvalg er det kommunen sitt ansvar å legge til rette for opprettelse av samarbeidsutvalg. Utvalget skal fungere som en samarbeids- og kommunikasjonsplattform for fastlegene og kommunen, der et likt antall representanter fra begge parter er til stede (ASA 4310 – Rammeavtale fastlegeordningen KS 2012), jf. figur 2.2. Kommunelegen har møteplikt i samarbeidsutvalget. Møtet skal holdes minst en gang i halvåret og ellers etter behov (ASA 4310 – Rammeavtale fastlegeordningen KS 2012). Ifølge ASA 4310 – Rammeavtale fastlegeordningen KS (2012) er formålet til samarbeidsutvalget å legge til rette for at allmennlegetjenesten driftes på en hensiktsmessig måte. Dette skal skje som et samarbeid mellom kommunen og allmennlegene (ASA 4310 – Rammeavtale fastlegeordningen KS 2012). Samarbeidsutvalget skal sikre allmennlegenes innflytelse over deres drift og organisering av egen praksis og liste (ASA 4310 – Rammeavtale fastlegeordningen KS 2012). En rekke forslag til mulige saker som kan behandles i samarbeidsutvalget, er ført opp i rammeavtalen. I undersøkelsen til Heen (2005) var det 74

% av kommunene som hadde opprettet samarbeidsutvalg. 68 % av kommuner med mindre enn 2000 innbyggere hadde ikke opprettet samarbeidsutvalg, mens 35 % av de med et innbyggertall mellom 2000-5000 svarte det samme (Heen 2005). Gjennomsnittlig møtefrekvens var i 2002 og 2003 på 2,9 møter i året, noe oftere for større kommuner (Heen 2005). Årsakene til at det ikke var opprettet samarbeidsutvalg var fordi kommunene var små som ga små forhold med få leger og tett kontakt (Heen 2005).

2.2.2 De ulike avtalene og finansieringssystemet

Av fastlegeforskriften fremgår det at hovedmodellen i fastlegeordningen er selvstendige næringsdrivende fastleger (Fastlegeforskriften 2012). Kommunene kan også inngå avtaler med fastlegene som fast ansatt eller en hybridform. Som selvstendig næringsdrivende vil fastlegen ha ansvaret for inntjeningen på sin praksis gjennom et tredelt finansieringsystem med basistilskudd, egenandel fra pasienter og folketrygdrefusjon (Ipsos og Samfunnsøkonomisk analyse 2018). Basistilskuddet utbetales av kommunen og baseres på antall registrerte pasienter på listen. Fra 1. juli 2018 har basistilskuddet vært på 486,- per år per person (Normaltariff for avtalespesialister 2018). Folketrygdrefusjon utbetales av staten gjennom Helfo basert på type konsultasjon (Ipsos og Samfunnsøkonomisk analyse 2018). Listene fungerer som en eiendel og kan selges av den enkelte fastlege (Menon Economics 2018). Som fast ansatt fastlege mottar fastlegene fast lønn fra kommunene uavhengig av fastlegens produktivitet (Menon Economics 2018). Ordningen som fast ansatt innebærer at de kun har ansvaret for det faglige, mens kommunen tar hånd om det driftsmessige ved praksisen (Agenda Kaupang AS 2016). Ifølge Agenda Kaupang AS (2016) rapporterte utvalgskommunene at produktiviteten gikk noe ned ved fast ansatte fastleger, men at dette ble veid opp for ved at fastlegene var bedre integrerte i kommunen og bidro til en mer helhetlig legetjeneste.

Det kan argumenteres for at selvstendige næringsdrivende fastleger påtar seg en større risiko siden de har et eget ansvar for utstyr, lokaler, egen inntjening, betaling av skatter og avgifter, forsikringer og andre administrative oppgaver som følger med drift av egen praksis. Å praktisere som selvstendig næringsdrivende fastlege innebærer også kjøp av en liste som kan kreve høy investering. De kan også sies å ha risiko i form av en resultatbasert kontrakt da deres produktivitet, antall konsultasjoner og personer på listen, har direkte sammenheng med deres inntjening. Dette er ikke entydig siden listene ikke vil være homogene. Enkelte fastleger vil ha lister som er mindre produktive enn andre lister. Fastleger som har en større andel av unge og friske personer på listene vil kunne ha lengre lister og slik få mer inn i basistilskudd. Dette er faktorer som kan være utenfor deres kontroll. Det finnes også hybridløsninger der selvstendige fastleger ikke har hele ansvaret for sin praksis. Agenda Kaupang AS (2016) viser til at noen kommuner velger i forskjellig grad å ta del i de administrative oppgavene ved praksisen selv om fastlegene

er selvstendige. Dette betyr at kommunene bistår med blant annet helsepersonell og lokaler, der fastlegene betaler kommunen en avtalt andel for tjenesten. Kommunenes deltagelse kan sees i sammenheng med deres sørge-for-ansvar. De har det overordnede ansvaret for en god forvaltning av legetjenesten. Å ta en del av ansvaret kan være et virkemiddel for å gjøre det mer attraktivt for fastlegene å være fastlege. Dette viser at selv om avtalen de selvstendige fastlegene har med kommunen innebærer et element av risiko, er fremdeles ikke kommunene avskrevet fra all risiko.

De nasjonale føringene som lover og forskrifter og finansieringssystemet har innvirkning på kommunenes styring av fastlegene. I vår oppgave ønsker vi derfor å studere hvor sentrale de er og hvilken betydning de har på andre styringsmekanismer.

2.3 Samhandlingsreformen

Samhandlingen mellom de ulike helestjenestene ble ikke opplevd som bærekraftig, spesielt med tanke på et økende antall eldre og sårbare pasientgrupper som funksjonshemmede med sammensatte lidelser, kronisk syke, rusavhengige og de med psykiske lidelser (Prop.91 L 2010-2011). Disse utfordringene var motivasjonen for samhandlingsreformen, som ble innført i 2012, i tillegg til en mer ressurseffektiv helsetjeneste. Sentralt i reformen var å oppnå god samhandling mellom de ulike aktørene slik at brukerne ville oppleve en helhetlig helsetjeneste. Lik behandling er relativt dyrere i spesialisthelsetjenesten enn i primærhelsetjenesten (Menon Economics 2018). Som et ledd i kostnadseffektiviseringen og bedre samhandling skulle en større del av helsetjenesten ytes gjennom kommunene. Kommunene skulle legge mer vekt på forbyggende og helsefremmende tiltak. Totalt skulle dette gi bedre koordinerte og helhetlige tjenester for brukerne og pasientene (Prop.91 L 2010-2011). Kommunenes rolle i helsetjenesten ble dermed større og viktigere (Veggeland 2018). En sentral del for å oppnå dette var mer integrering av fastlegene både vertikalt og horisontalt (Kirchhoff et al. 2016), der de ble ansett som sentrale i både den kurative behandlingen, men også i det forbyggende arbeidet og det samlede tilbudet for brukerne under ett (Paulsen, Lippestad & Johansen 2010).

Selv om samhandlingreformen ga kommunene et større ansvar for helsetjenesten, tyder reformen på at primærhelsetjenesten ikke i stor nok grad ble styrket tilsvarende til forvaltningen av dette ansvaret (Den norske legeforening 2014, Iversen et al. 2016, Menon Economics 2018). Fastlegeopprøret 2.0 signaliserer at fastlegene er misfornøyde med sin situasjon. Arbeidsmengden deres har økt betraktelig, noe samhandlingsreformen har bidratt til (Christiansen & Sandvik 2017). I tiltakene i samhandlingsreformen, som å forebygge mer, behandle tidligere og samarbeide bedre, har fastlegene en sentral rolle. Fastlegeopprøret 2.0 påpeker at dagens situasjon resulterer i at de ikke har mulighet til å yte den kvaliteten som de ønsker. De opplever at situa-

sjonen ikke er bærekraftig og at deres betingelser må endres. Kommunene rapporterer også om en skuffelse over fastlegenes involvering og de opplever det som vanskelig å styre fastlegene ut i fra gjeldende lov- og avtaleverk (Kirchhoff et al. 2016). Dette er i strid med samhandlingsreformens målsetting om en helhetlig og bærekraftig helsetjeneste.

2.4 New Public Management - Ny offentlig styring

Fra slutten av 1970-tallet vokste det frem en ny trend for styring i offentlig sektor. New Public Management, heretter kalt NPM, overførte enkelte markedsorienterings-prinsipper fra privat sektor over til offentlig sektor. Ideer og konsepter som var laget for det private ble brukt i offentlig sektor. Med NPM ble skillet mellom privat og offentlig sektor visket bort, og fokuset ble flyttet fra prosessorientert til resultatorientert styring (Hood 1995). Overtalelseevnen til NPM var stor, og den kom med påstanden om at den var løsningen på alle problemer i offentlig sektor (Hood 1991). Offentlig sektor ble sett på som treg og ineffektiv, og dette skulle prinsippene fra privat sektor ordne (Hood 1995, Ling 2002). NPM er en samlebetegnelse for flere prinsipper og metoder som dominerte offentlige endringer på denne tiden. Offentlig sektor ble delt inn i mindre og mer autonome enheter, og ansvaret ble desentralisert og tydeliggjort (Christensen & Læg Reid 2007). Ledelsen skulle være mer synlig og mer aktiv. Offentlig sektor ble mer kostnadsbevisst og nye styringsverktøy fra privat sektor ble tatt i bruk som prestasjonsmåling (Lapsley 2008). Hovedsakelig ble styringen i offentlige virksomheter sterkt påvirket av privat sektor (Hood 1991).

Norge har en lang tradisjon med desentraliserte og autonome enheter (Knutsson et al. 2017). Innenfor NPM var Norge var en treg aktør (Hansen 2016, Norman 2011), og offentlig sektor tok bare til seg noen av elementene. Offentlige virksomheter ble påvirket i form av lite strategisk organiserte løsninger med løse koblinger til NPM (Hansen 2016). Byrkjeflot (2011) hevder at den stramme nasjonale reguleringen i Norge har ført til at kommuner har blitt mindre autonome, noe som står i motsetning til desentralisering som er sentralt i NPM.

Innenfor helsesektoren ble det skapt kvasi-markeder basert på prinsippet om at penger følger brukeren (Hansen 2016, Ludvigsen & Sørensen 2003). Stykkprisfinansieringen og bestiller-utfører-modellen, er to av resultatene etter NPM, som vi finner igjen i blant annet utdanningssektoren og helsesektoren (Veggeland 2018). Fastlegeordningen er bygget opp på prinsippet om bestiller-utfører-modellen, men uten konkurranse (Veggeland 2018). Denne modellen går ut på at man skiller ut den administrative delen som bestiller tjenester fra en annen part, noe som kan relateres til at kommunene bestiller tjenester fra selvstendig næringsdrivende fastleger (Tynkkynen et al. 2013). Ved å skille bestiller og utfører kan man koble på belønning og insentivsystemer til resultater, men en slik modell med sterke insentiver er ikke noe som

nødvendigvis lett kan overføres til legetjenesten. Finansieringsystemet i fastlegeordningen innebærer en stykkprisfinansiering, ved at finansieringen baserer seg på fastlegenes aktivitet i form av antall konsultasjoner i tillegg til basisgodtgjørelsen og refusjoner (Lian 2003).

Innen NPM er det viktig med konkurranseutsetting av offentlige virksomheter. Innenfor fastlegeordningen er denne konkurransen tilstede gjennom fritt brukervalg. Hard konkurranse om pasientene vil være et insentiv til å tilby god service, men dersom det er en svak form for konkurranse ved at listene til fastlegene er fulle, så vil finansieringssystemet gi insentiver til å henvise videre og forskrive medisiner (Hurst 2002). Her må det presiseres at god service ikke betyr det samme som gode medisinske tjenester. Det er usikkert om prinsippet om fritt brukervalg faktisk eksisterer. Det har vært en trend med nedgang i antall ledige plasser på legelistene siden innføringen av fastlegeordningen i 2001 (Gaardsrud 2019). I noen kommuner er det for få fastleger til at brukerne har et reelt valg. På grunn av mangelen av fastleger i en rekke norske distriktskommuner hevder Veggeland at "Prinsippet om fritt fastlegevalg blir et proforma prinsipp som ikke lar seg realisere i praksis" (Veggeland 2018, s. 9).

Innenfor sykehusene i Norge ble det tidlig i NPM-reformer utviklet dobbelt lederskap, dermed fikk sykepleiere og leger styre over sin egen profesjon (Byrkjeflot 2011). Dette kan vi også se igjen i mange kommuner der kommuneoverlegen, i tillegg til å være faglig rådgiver, også er linjeleder til legetjenesten. Dette involverer en absorbering av administrasjonskunnskap av enkelte innenfor en profesjonen (Broadbent & Laughlin 1998). Kommuneoverleger med ansvar for legetjenesten vil som utdannede leger være en del av profesjonen de skal styre, men har i tillegg opparbeidet seg kunnskap innen ledelse og administrasjon.

Som følge av NPM ble mål- og resultatstyring innført i helsesektoren i Finland, dette endret den medisinske profesjonen. Delegeringen av administrative oppgaver til helseprofesjonen, som budsjettering og regnskapsføring, førte til at en hel profesjon tok til seg nye teknikker (Kurumäki 2004). Kurumäki (2004) introduserte *hybridisering av profesjonen* om medisinske profesjoner som tok til seg nye administrasjonsteknikker. Dette kan sammenlignes med hvordan arbeidshverdagen og oppgavene til fastlegene ble endret gjennom fastlegeordningen i 2001. Der mange fastleger gikk fra å være fast ansatt i kommunen til å drive eget legesenter som selvstendig næringsdrivende, og dermed fikk flere ansvarsområder som var nye for profesjonen. Slik sett har profesjonen måttet ta til seg nye teknikker.

Reformer har påvirket fastlegenes hverdag. Fastlegeordningen har mange momenter som kan relateres til prinsippene bak NPM. Slik som finansieringsystemet som innebærer en stykkprisfinansiering ved at finansieringen baserer seg på fastlegenes aktivitet i form av antall konsultasjoner i tillegg til basisgodtgjørelsen og refusjoner (Lian 2003). I tillegg kan samhandlingreformen ses i sammenheng med post-NPM, som etterfulgte NPM trenden. Her ble fokuset endret fra de-sentraliserte og fragmenterte organisasjoner til helhetlig statlig styring (Christensen & Læg Reid

2007). I post-NPM var sammenfallende kjerneverdier, tillit, samarbeid og involvering sentralt (Ling 2002). Dette er tett knyttet opp mot samhandlingsreformens formål om samarbeid på tvers av profesjoner og sektorer.

Teoretisk rammeverk

I dette kapitlet gjør vi rede for studiens teoretiske bakteppe. Først presenterer vi prinsipal-agent teorien, som kan benyttes for å vise relasjonen mellom kommunen som prinsipal og fastlegene som agenter. På bakgrunn av dette vil vi studere hvordan kommunene benytter ulike styringsmekanismer for å utøve sin rolle som prinsipal. For å forklare styringsprosessen i et økonomistyringssystem bruker vi styringssirkelen. Deretter presenterer vi vårt perspektiv på økonomistyring, hvor vi legger til grunn et bredt perspektiv på helhetlig styring, som inkluderer de formelle og uformelle styringsmekanismene. Vi definerer her de sentrale elementene i styringspakken som normstyring, regelstyring, resultatstyring og styring gjennom organisasjonsstrukturen. Under normstyring finner vi profesjonstyring som er svært viktig i relasjonen, da fastlegene er en sterk profesjon.

3.1 Prinsipal-agentteori

Prinsipal-agentteorien beskriver forholdet mellom to parter, der agenten utfører oppgaver på vegne av prinsipalen. Kjernen i teorien er overføring av oppgavene som innebærer separasjon av eierskap og kontroll. Årsaken til oppgaveoverføringen kan være mangel på tid og eller kompetanse hos prinsipalen. I flere tilfeller vil agenten ha bedre kompetanse i oppgaveløsningen enn prinsipalen. Slike relasjoner er ganske vanlige og kan brukes om forholdet mellom kommunen og fastlegene. Fastleger er ansatt for å utføre en oppgave som kommunen ikke har kompetanse eller mulighet til å utføre selv. Rådmannen vil ikke ha hverken kunnskapen eller kompetansen for å gi god og trygg medisinsk behandling. I slike tilfeller må kommunen bruke spesialiserte agenter, for legetjenesten er dette fastlegene. Agentene, i form av fastlegene, representerer en sterk profesjon med lang tradisjon i samfunnet. Hovedproblemet ved å bruke agenter er at

de ikke alltid gjør det prinsipalen ønsker, og dette skal i teorien utforming av kontrakter løse (Dranove & White 1987).

M. C. Jensen og W. H. Meckling definerte agentrelasjonen som:

“en kontrakt der en eller flere personer (prinsipalen) engasjerer en annen person (agenten) til å utføre en tjeneste på vegne av prinsipalen som involverer overføring av beslutningsmyndighet til agenten”

(Jensen & Meckling 1976, s.308, vår oversettelse)

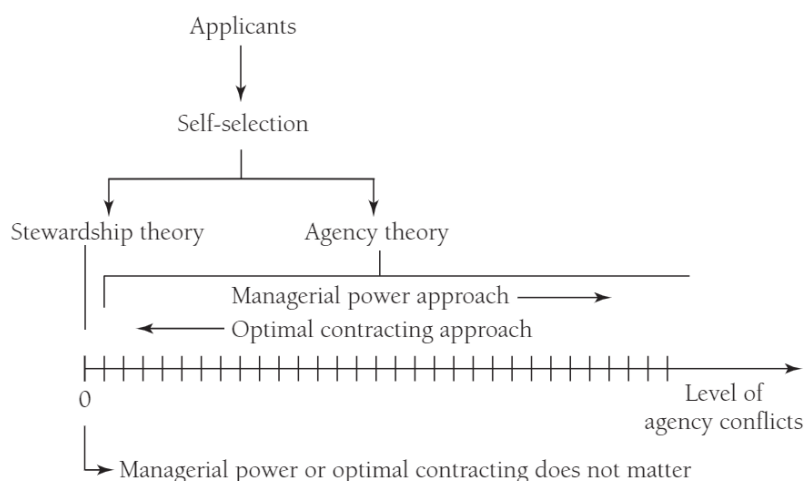
Agentteorien har utspring fra kontraktsteorien (Fallan & Pettersen 2016). Agentteorien forutsetter en sterk form for opportunistisk atferd av agenten. Agenten vil utnytte situasjoner til egen nyttemaksimering, noe som fører til at dersom agenten ikke blir kontrollert eller begrenset vil de følge sine egne mål. Agenten utnytter dermed situasjoner til egen fordel og på bekostning av prinsipalen. Prinsipal-agentteorien sammen med positiv agentteori utgjør de to hovedretningene innenfor agentteorien (Douma & Schreuder 2013). Positiv agentteori forklarer hvorfor ulike typer organisasjoner er tilstede og identifiserer ulike kontraktsmuligheter (Eisenhardt 1989). Innenfor prinsipal-agentteorien er målet å utforme den optimale kontrakten (Eisenhardt 1989).

Styringsproblemer oppstår fordi relasjonen er preget av asymmetrisk informasjon og opportunistisk atferd. Prinsipalen vil ha begrenset oversikt over hva agenten foretar seg og hvilke interesser den har. Agenten vil ha full oversikt over arbeidsforholdene og sin egen innsats, dette vil ikke være tilfellet for prinsipalen. Agenten kan derfor skjule forhold ved oppgaveutføring for prinsipalen. Hos begge parter er målet nyttemaksimering og det er ikke gitt at agenten har samme mål som prinsipalen (Jensen & Meckling 1976). Denne situasjonen kan føre til opportunistisk atferd hos agenten, da agenten har egne mål og vil utnytte situasjonen for å nå disse. Relasjonen vil derfor være preget av *skjult informasjon* og *skjulte handlinger*. Fra prinsipalen sitt ståsted vil dette være uønsket og resultere i at prinsipalens måloppnåelse blir redusert i forhold til hva den i utgangspunktet kunne ha vært.

Ved overføring av oppgaven til fastlegene er det vanskelig for kommunene å ha fullstendig oversikt over hva fastlegene gjør til enhver tid. Direkte overvåkning av konsultasjonene er utfordrende siden de foregår bak lukkede dører og ifølge King & Clarkson (2015) vil det være umulig. Det er heller ikke et ønske at kommunene skal overstyre de medisinske vurderingene og behandlingen (Kirchhoff et al. 2016). Den mest direkte formen for overvåkning av fastlegene er *ex post* i form av tilsyn utført av fylkesmannen. Dette skjer derimot kun ved sterke mistanker om uønskede handlinger og er ikke en funksjon kommunen kan bruke til daglig. Andre deler av fastlegenes atferd kan lettere observeres, men å observere direkte vil være ressurskrevende. Indirekte overvåkning kan skje gjennom innhenting av styringsinformasjon om ulike aktiviteter som åpningstider, ventetider, telefonventetid og ø-hjelp er også en mulighet. Det må presiseres

at styringinformasjon kun er en indikasjon, innsatsen er fortsatt en skjult handling. Indikator på fastlegenes innsats kan også uttrykkes med dialog og kontakt med kommunen, men fullstendig innblikk i hva fastlegene gjør kan være utfordrende for kommunene å oppnå.

Som en reaksjon på det pessimistiske menneskesynet i agentteorien vokste stewardship-teorien frem (Davis, Schoorman & Donaldson 1997). Stewardship-teorien kan sees på som en del av agentteorien sitt rammeverk (Caers et al. 2006). I situasjoner der agenten og prinsipalen har sammenfallende mål, kaller vi heller agenten for steward (Davis, Schoorman & Donaldson 1997). Dersom de to partene har samme mål vil det ikke oppstå målkonflikter. Stewardship- og agentteorien kan derfor plottes inn på en akse med økende grad av målkonflikter, som i figur 3.1. Der finner vi stewarden på den ene ytterkanten hvor det ikke er målkonflikter, derimot målkongruens. Videre på aksen finner vi agenter i situasjoner med ulik grad av konflikt med prinsipalen. Caers et al. (2006) betrakter dermed steward-teorien som et begrenset tilfelle innenfor rammeverket.



Figur 3.1: Stewardship-Agentteorien (Caers et al. 2006)

Stewarden vil maksimere sin nytte ved å maksimere organisasjonen sin prestasjon (Davis, Schoorman & Donaldson 1997). Bruk av kontroll i form av insentiv og målinger vil virke mot sin hensikt siden det vil redusere stewardens motivasjon (Argyris 1964). En steward bør derfor gis autonomitet og tillit (Davis, Schoorman & Donaldson 1997). Ifølge figur 3.1 vil en steward føre til et fravær av behovet for en kontrakt. Målkonflikter er altså ikke tilstede, dette er relevant for relasjonen med kommunen og fastlegene. Kommunene har et ansvar for å sikre god kvalitet på sine allmennlegetjenester. Mens Fastlegeopprøret 2.0 kjemper for bedre betingelser for fastlegene slik at de kan yte bedre kvalitet på sine konsultasjoner. Dermed har fastlegene enkelte mål som er sammenfallende med kommunene, altså å betrakte som en steward. Fastlegene vil også kunne ha egeninteresserte mål, som ikke alltid er i enighet med kommunen, gjennom at de har et ansvar, både administrativt og finansielt, for sin praksis. Deltakelse på møter i regi av kommunen vil gå utover deres inntjening og dermed hindre dem i å oppnå sine mål. Situasio-

nen er derfor sammensatt siden fastlegene både vil ha sammenfallende mål med kommunen og egendefinerte mål.

Prinsipal-agentteorien inkluderer risiko som et viktig element. Prinsipalen og agenten vil oppleve ulik risiko ved situasjonen og dette påvirker utformingen av kontrakten. De ulike holdningene til risiko fører til at de vil foretrekke ulike handlinger (Eisenhardt 1989). Teorien antar at agenten ofte vil være mer risikoavers og begrunner dette i at prinsipalen har muligheter til å diversifisere sin risiko ved å plassere aksjekapital i flere organisasjoner (Eisenhardt 1989). Agenten vil kreve kompensasjon for å påta seg risiko. I denne situasjonen vil kommunens risiko være knyttet til deres ansvar i å sikre at alle som oppholder seg i kommunen har tilgang på tilstrekkelige allmennlegetjenester. Det er deres ansvar at det er ansatt nok fastleger i kommunen og at disse utfører tjenester med god kvalitet. For fastlegenes del vil det være knyttet risiko til selve konsultasjonene med medisinsk faglige vurderinger, men også finansielt ved at de må foreta store investeringer som kjøp av lister og utstyr, i tillegg til at de har ansvar for sin egen inntjening. Avtaleformen med kommunen, som selvstendig eller fast ansatt, vil også påvirke risikoen. Som fast ansatt vil fastlegene ha mindre risiko siden de mottar en fast lønn og kommunen vil i forskjellig grad ha større ansvar for driften. På grunn av kommunenes sørge-for-ansvar vil de ikke være helt fri fra risiko, uansett hvilken avtaleform som er inngått. Agenda Kaupang AS (2016) har hevdet at fast ansatte fastleger gir flere styringsmuligheter, noe som kan redusere styringsrisikoen siden handlingsmulighetene i relasjonen øker.

Resultatene til Abelsen & Olsen (2015) kan tyde på en holdningsendring blant fastleger i Norge. I en spørreundersøkelse gjennomført på nyutdannede og sisteårs studenter på medisinstudiet fant Abelsen & Olsen (2015) at majoriteten av unge leger ønsker en hybridløsning på dagens fastlegeordning. En andel på 20,4 % ønsker fast lønn, mens 19,7 % er fornøyd med dagens hovedmodell som selvstendig næringsdrivende. Undersøkelsen fant også på at det er forskjeller mellom kvinner og menn, der kvinner ønsker mer sikker og stabil inntekt, altså fast lønn. Dette kan tyde på at kvinnelige fastleger er mindre risikoaverse, sammenlignet med sine mannlige kollegaer. Siden innføring av fastlegeordningen i 2001 har andel kvinnelige fastleger økt med 50 % (Gaardsrud 2019). Siden det er forskjellige ønsker fra fastlegene må kommunene være åpne for å tilpasse tilknytningsmetoden, dette betyr at det ikke finnes en kontrakt som passer alle.

Kjernen i agenteorien er utformingen av en optimal kontrakt som løsning på agentproblemene (Eisenhardt 1989). En optimal kontrakt vil sikre at agentens handlinger samsvarer med prinsipalens ønsker, fordi kontrakten er utformet slik at det er fordelaktig for begge parter og dermed vil ingen bryte den (Dranove & White 1987). Hvordan kontrakten er utformet, og hvilket insentiv den gir agenten til å handle slik prinsipalen ønsker, vil påvirke størrelsen på agentkostnadene. Agentkostnader er kostander som pådras i en prinsipal-agent-relasjon og består av tre typer kost-

nader: Målekostnader for prinsipalen, tilpasningskostnader for agenten og differansen mellom oppnådd resultat og optimalt resultat som følge av at relasjonen eksisterer (Jensen & Meckling 1976). Agentkostnadene kan bli store, derfor må de vurderes i forhold til nytten.

Kontraktene inneholder former for kontroll og insentiv for å motivere til ønsket atferd, og kan tilpasses mellom mellom to ytterpunkter. I det ene ytterpunktet vil agenten kun få betalt ut i fra prestasjon, agentkostnadene vil derfor være lave siden insentivet er så sterkt. Agenten vil ikke bli kompensert for risikoen ved at faktorer som agenten ikke har kontroll over kan påvirke sluttresultatet og redusere inntjeningen. I det andre ytterpunktet vil agentens insentiver være lave og prinsipalen vil overvåke fullstendig, noe som vil gi høye agentkostnader. Løsningen er ofte et sted i mellom de to ytterpunktene. Fullstendig overvåkning av fastlegene vil gi kommunene god oversikt over legetjenesten, men vil i tillegg pådra kommunene store kostnader, og er heller ikke praktisk mulig.

Enkelte av fastlegenes mål kan også være sammenfallende med kommunenes og full overvåkning vil derfor ha mindre hensikt. Som en mulig steward på vil kontroll og reduksjon av deres autonomi kunne minske fastlegenes motivasjon (Argyris 1964). Stewarden har en indre motivasjon og trenger ikke ytre motivasjonsfaktorer som finansiell belønning eller sanksjoner. Informasjonsasymmetri er ikke et problem i stewardship-teorien da partene har sammenfallende målsetninger. Av figur 3.1 ser vi at kontrakten har mindre betydning i et steward-prinsipal-forhold da de har målkongruens. Dermed kan det inngås mer uformelle kontrakter som tillater mye handlingsfrihet og selvbestemmelse. De individuelle avtalene til fastlegene er formelle, men de åpner for mye autonomi og selvstyring.

3.1.1 Utforming av kontrakt som løsning på agentkostnader og agentproblemer

Kjernen i prinsipal-agentteorien er å utforme kontrakten som best tar hensyn til ulike faktorer ved den enkelte situasjon (Eisenhardt 1989). Avhengig av situasjon vil ulike kontrakter være bedre egnet enn andre. Relasjonen kan reguleres av både uformelle og formelle kontrakter mellom prinsipalen og agenten (Fallan & Pettersen 2016). Hensikten med utforming av kontrakter er å redusere risikoen for at slik opportunistisk atferd skjer (Fallan & Pettersen 2016). Kontrakten kan være skriftlig, muntlig og/eller psykologisk. Kontrakten kan være en formell kontrakt, slik som de individuelle avtalene mellom kommunen og fastlegene. Men også uformelle kontrakter gjennom kontakt og dialog. Dette må sees i sammenheng med hvor mye informasjon og overvåkning kommunen trenger.

	Konkrete /spesifiserte kontraktsbetingelser	Svake og uklare kontraktsbetingelser
Korttidskontrakter	Transaksjonskontrakter <ul style="list-style-type: none"> - Konkrete og spesifiserte - Lite personlig involvering - Lett å avslutte / høy grad av turnover - Lite integrering mellom aktører 	Blandingskontrakter (hybrider) <ul style="list-style-type: none"> - Uklarhet og usikkerhet - Høy turnover - Ustabilitet – aktører skifter
Langtidskontrakter	Balanserte kontrakter <ul style="list-style-type: none"> - Mye involvering - Utstrakt integrering - Gjensidig støtte og engasjement, tillit - Dynamisk 	Relasjonelle kontrakter <ul style="list-style-type: none"> - Mye involvering blant aktører - Mye relasjonell investering, tillit - Utstrakt integrering - Stabile forhold over tid

Figur 3.2: Ulike typer kontrakter (Nyland & Pettersen 2018)

Nyland & Pettersen (2018) deler de ulike kontraktene inn i fire typer, presentert i figur 3.2. Kontraktene har forskjellig grad av konkretisering av oppgaver og tidshorisont. Transaksjonskontrakter er formaliserte og spesifiserte kontrakter som gir konkrete betingelser og målsetninger for agenten. Blandingskontrakter brukes der man ikke kan definere og konkretisere målsetningen i like stor grad, og er derfor lite detaljerte. Den uklarheten kan skape konflikter og usikkerhet dersom uenigheter oppstår.

Balanserte kontrakter og relasjonelle kontrakter er forholdet preget av mye involvering og tillit. Dialog og tillit er ansett som viktige i styringen av profesjoner (Pettersen 2011). Agentteori- en kritiseres for å ikke ta hensyn tillit i relasjonen (Fallan & Pettersen 2016). Tillit vil redusere forekomsten av opportunistisk atferd og bidra til mindre behov for overvåkning og kontroll (Fallan & Pettersen 2016). Ved et godt etablert tillitsforhold vil derimot kontroll gjennom målinger kunne øke tilliten mellom partene (Vélez, Sánchez & Álvarez-Dardet 2008). Ifølge Ghoshal & Moran (1996) vil kontroll av agenten for å forhindre opportunistisk atferd kunne gi motsatt effekt, der økende bruk av sanksjoner og insentiver vil resultere i mer opportunistisk atferd. Styring og tillit er ikke gjensidig utelukkende, som Cäker & Siverbo (2011) trekker frem kan styring skape tillit, styring kan også redusere tillit eller det kan muliggjøre tillit.

3.2 Økonomistyring og styringsmekanismer

3.2.1 Definisjon av styring

Fra den klassisk definisjon til Anthony på 60-tallet, har økonomistyring utvidet seg til å inkludere flere aspekter, som tidligere ikke ble sett på som relevante. I dag finnes det mange ulike definisjoner på økonomistyring (Ouchi 1979, Otley 1980, Langfield-Smith 1997, Alvesson & Kärreman 2004, Merchant & Van der Stede 2012, Young 2012). Definisjonene har ulike

perspektiver og hensikter. De varierer i hva de inkluderer og/eller velger å ekskludere. Økonomistyringssystemet skal rette ledelsens oppmerksomhet mot viktige problemer og mål, både kortsiktige og langsiktige (Hrebiniak & Joyce 1986).

Anthony blir betraktet som gudfaren innen økonomistyring (Strauß & Zecher 2013). Han definerer økonomistyring slik:

“Proessen ledere bruker for å sikre at ressursene blir innhentet og brukt effektivt i realiseringen av organisasjonens strategi og mål.”

(Anthony 1965, s.27, vår oversettelse)

Anthony sin definisjon har blitt kritisert for å være for smal. Han skiller mellom strategisk planlegging, operasjonellstyring og økonomistyring (Young 2012, Strauß & Zecher 2013). Strategisk planlegging setter visjon og langsiktige mål for organisasjonen, mens operasjonellstyring omfatter kun de spesifikke og objektivt målbare målsetningene. Økonomistyring er bindeleddet mellom de to. Dette hierarkiske skillet har blitt kritisert av flere (Langfield-Smith 1997, Otley & Berry 1980). Det er vanskelig å separere de tre områdene fra hverandre, dermed er skillet visket ut. Kritikken handler også om at Anthony fokuserer hovedsakelig på planlegging og kontroll, og diskuterer lite eller ingenting av de psykologiske-, sosiale- og atferdsmessige mekanismene (Otley, Broadbent & Berry 1995). Definisjonen har et finansielt perspektiv på økonomistyring, som fokuserer på informasjon innhentet fra finans- og regnskapssystem, hovedsakelig gjennom budsjetter og kostnadskalkyler (Merchant & Otley 2006).

Andre definisjoner åpner opp for et bredere perspektiv enn Anthony. Ouchi (1979) definerer økonomistyring som mekanismer som bidrar til at bedriften når sine mål. Økonomistyringssystemet består, i denne definisjonen, av formelle begrensinger og uformelle avtaler. Ouchi (1979) sitt rammeverk består av tre styringsmekanismer: Markedsmekanismen, der markedet bestemmer prisen; byråkratiske mekanismer som inkluderer formell overvåking og måling, standarder, budsjett; og klanstyring. Ved å ta inn klanstyring legger Ouchi (1979) vekt på de uformelle styringsverktøyene, noe Anthony ikke inkluderte i sin definisjon. Merchant & Van der Stede (2012) inkluderer de uformelle formene for styring i form av kulturell styring og personellstyring. Styringssystemer inkluderer her alle systemer som skal sikre kongruens mellom ansattes og organisasjonens mål og strategier (Merchant & Van der Stede 2012). Styringssystemene skal kontrollere atferd gjennom både formelle og uformelle verktøy. Simons (1990) inkluderte den strategien som et viktig element av økonomistyringen, som tidligere ble tatt for gitt av Anthony. Økonomistyringssystemet er viktig både for implementering og dannelse av strategi (Simons 1990). Det skal overvåke progresjonen mot målsetningene, men også motivere organisasjonen til å finne nye muligheter (Simons 1990).

Zimmerman (2001) hevder beslutningstaking og/eller kontroll er de to formålene til styrings-

systemet. Beslutningstaking betyr at styringsinformasjonen blir bruk som grunnlag for å ta avgjørelser, mens kontroll betyr at systemet skal brukes til å få agenten til å ta gode avgjørelser, på vegne av prinsipalen. Enten kan ledelsen få informasjon gjennom styringspakken slik at de kan ta beslutninger selv, eller de kan få ansatte til å ta de “riktige” beslutningene (Malmi & Brown 2008).

Malmi & Brown (2008) hevder at økonomistyring må brukes til å rettlede atferden til ansatte, ellers er det bare et system som ledelsen bruker for å ta beslutninger. Dette er ganske nærme Simons (1995) sin definisjon, men Malmi & Brown (2008) legger mindre vekt på informasjonsbaserte rutiner. Malmi & Brown (2008) sin definisjon smalere enn Chenhall (2003) som inkluderer systemer som har enten beslutningstaking og/eller kontroll som formål for styringen.

I vår definisjon brukes økonomistyringssystem til å påvirke fastlegenes atferd for å nå målsetningene satt av kommunen. Dette betyr at vi bruker Malmi & Brown (2008) sitt formål til økonomistyring, som er å rettlede ansatte til å ta gode beslutninger. Vi legger også definisjonen deres til grunn for vår forståelse av økonomistyring. Malmi & Brown definerer økonomistyring som:

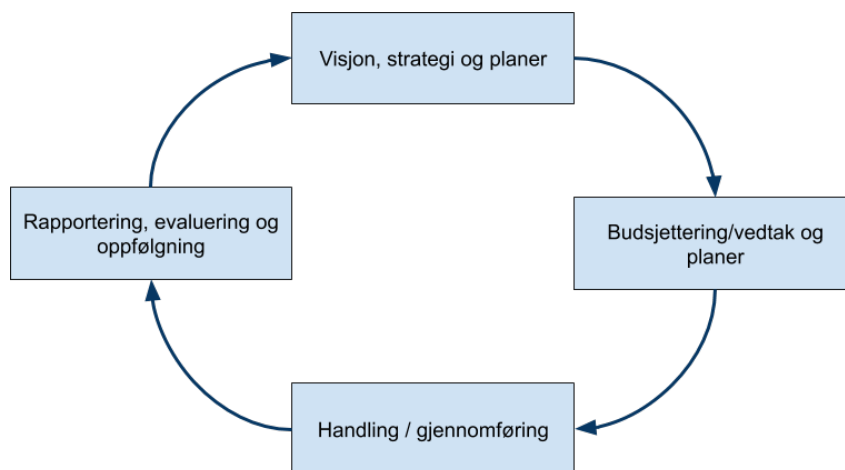
“De systemer, regler, praksiser, verdier og andre aktiviteter som ledelsen tar i bruk for å rettlede ansatte i ønsket retning bør kalles økonomistyring”

(Malmi & Brown 2008, s.290, vår oversettelse)

Denne definisjonen inneholder både de formelle og de uformelle styringsmekanismene. Definisjonen er bredere enn de som bare skal motivere eller sikre målkongruens (Malmi & Brown 2008), og handler om at de ansatte skal ta gode beslutninger på vegne av ledelsen.

Styringssirkelen

Styringssirkelen, som presentert i figur 3.3, brukes til å beskrive hvordan fasene i styringsprosessen henger sammen (Young 2012). Styringssirkelen, også kalt den ideelle styringssirkelen består av fire faser: strategi og plan, budsjettering/vedtak, måling og gjennomføring, og rapportering og evaluering. Disse fasene foregår i en lukket sirkel der læring er involvert. I styringssirkelen er det helt nødvendig at handling følges opp med evaluering. Visjonen og strategien legger de overordnede målene for organisasjonen, disse skal støttes opp av planene, vedtektene og budsjettet i den neste fasen. Videre setter budsjettet og planene begrensninger, men også retningslinjer, for aktiviteter for å nå de overordnede målene. Malmi & Brown (2008) skiller mellom handlingsplaner og langsiktig planer. Langsiktig plan finner vi under visjon og strategi i styringssirkelen. Dette er planer som har en tidshorisont fra ett år og oppover. Handlingsplan finner vi i neste fase i styringssirkelen. Dette er planer som har en tidshorisont hvor gjennomføringen skal skje



Figur 3.3: Styringssirkelen (Young 2012)

innen ett år, og som ofte henger tett sammen med budsjettet. Strategien krever et logisk forhold mellom korte og langsiktige målsetninger (Hrebiniak & Joyce 1986). Rammeavtalen tydeliggjør at kommunene skal utarbeide plan for legetjenesten. Selv om Agenda Kaupang AS (2016) påstår at plan kan bedre samarbeidet med fastlegene er det derimot få som har utarbeidet en slik plan. Ifølge styringssirkelen bør handlinger følges opp, men det er få kommuner som samler inn styringsdata regelmessig (Paulsen, Lippestad & Johansen 2010, Agenda Kaupang AS 2016).

Styringssirkelen bygger på en antagelse om at de forskjellige fasene er koblet sammen. Dersom det skjer en dekobling mellom delene vil dette kunne føre til styringsproblemer (Nyland & Pettersen 2018). Men styringssirkelen er en normativ og en forenklet modell og fanger ikke opp samspillet mellom de ulike styringsverktøyene. Som Nyland & Pettersen presiserer “svært ofte er det de uformelle styringspraksiser, de sosiale mønstrene og de uformelle samtalen, som binder aktiviteter sammen”(Nyland & Pettersen 2018, s.55).

I vår studie skal deler av styringssirkelen undersøkes der kommunene blir spurt om de har fastsatt mål og plan for legetjenesten, om handlinger blir fulgt opp ved innhenting av styringsinformasjon og om denne informasjonen blir brukt videre i arbeid tilknyttet legetjenesten.

3.2.2 Helhetlig styringspakke

Ideen om at styring må sees på som en pakke eller et system er ikke en ny tanke, den har eksistert i nesten 40 år (Otley, Broadbent & Berry 1995, Malmi & Brown 2008). Styring skjer ikke i isolasjon, ofte brukes flere styringsmekanismer som må fungere sammen (Simons 1995, Malmi & Brown 2008), og de ulike sammensetninger av styringsmekanismer vil være til stede samtidig (Alvesson & Kärreman 2004). I stedet for at en styringsmekanisme vil utdominere andre, vil de ulike styringsmekanismene støtte og styrke hverandre. (Alvesson & Kärreman 2004). For å

forstå virkningen av styringsmekanismene og hvordan de påvirker hverandre bør de vurderes sammen. Styringsmekanismene, når de fungerer optimalt, skal komplementere hverandre. Det er alltid flere styringsverktøy tilstede i en organisasjon, synlige og formelle, men også mer uformelle som for eksempel kultur. Ved å ikke studere helheten i styringssystemet kan man ta feilaktige konklusjoner og få en svært underspesifisert modell (Chenhall 2003, Broadbent & Laughlin 2009). Det er fremdeles lite informasjon om hvordan noen typer kontrollmekanismer fungerer slik som kultur og administrasjon, og hvordan de varierer i forhold til kontekst (Malmi & Brown 2008). Type kontekst vil ha betydning for hvilke styringsmekanismer som er mest dominerende og givende for å styre i retningen man ønsker å styre (Chenhall 2003). Bruk av feil styringssammensetning vil kunne føre til uønskede effekter og skape et dårlig styringsklima (Malmi & Brown 2008, Merchant & Van der Stede 2012).

Strauß & Zecher (2013) peker på to utfordringer som kan forklare hvorfor det har oppstått så mange ulike variasjoner av styringssystem: Styringssystemene må endre seg fordi miljøet har endret seg, og litteraturen har manglet konsistent konseptualisering som har ført til lite presis akademisk debatt i fagfeltet. De mest kjente rammeverkene er Ouchi (1979), som tidligere nevnt, med markedsstyring, byråkratisk styring og klanstyring, Malmi & Brown (2008) med administrativ styring, økonomistyring og kulturell styring og Simons (1995) med Levers of Control. Simons (1995) skiller seg fra andre rammeverk ved at bruken av økonomistyring var sentralt, som er normativt sammenlignet med de andre som er mer deskriptive (Ouchi 1979, Malmi & Brown 2008, Ferreira & Otley 2009). Bruken av ulike styringsverktøy må balanseres og tilpasses den enkelte organisasjonen (Mundy 2010). For eksempel vil uformelle styringssystemer fungere bra i små organisasjoner, der relasjonen preges av regelmessig og direkte kontakt med individer (Simons 1995). I mer desentraliserte organisasjoner der ledelsen ikke har mulighet til å ha den nære kontakten med enkeltpersoner vil formaliserte styringsmekanismer ha en mer sentral rolle (Simons 1995).

En av utfordringene med styringspakker er at de ofte er store og komplekse, dermed er det vanskelig å få full oversikt og se hvordan de forskjellige delene påvirker hverandre. En viktig del av det å studere et styringssystem er å se på hva som *ikke* er inkludert og hvorfor (Malmi & Brown 2008). Det er også en forskjell på om man kaller økonomistyring en pakke eller system. Et system indikerer at det har blitt skapt som et holistisk styringssystem (Malmi & Brown 2008). Vi velger derimot å se på økonomistyringssystemet som en pakke. Det innebærer alle styringsverktøy som brukes i en organisasjon, men de er ikke nødvendigvis skapt for å fungere optimalt sammen.

Merchant & Van der Stede (2012) deler styringsmekanismene inn i resultatstyring, regelstyring og normstyring. Disse kan brukes som alternativ til hverandre eller i tillegg og slik utfylle hverandre. Dette rammeverket er enkelt og det er dekkende for vårt tema og problemstilling. Derfor

har vi ikke valgt mer kompliserte rammeverk som for eksempel Malmi & Brown (2008). Men vi har valgt å komplementere mekanismene til Merchant & Van der Stede (2012) med styring gjennom organisasjonsstruktur som en viktig faktor i økonomistyringssystemet. Dette er for å få med viktigheten av organisasjonsstruktur og formelle møtearenaer som allmennlegeutvalget og samarbeidsutvalget. I forskjellige kontekster vil ulike styringsmekanismer være mer eller mindre hensiktsmessige, jf. figur 3.4. Men i et helhetlig perspektiv finnes det sjelden kun en styringsmekanisme, og verktøyene vil ha ulike styrker som komplementerer hverandre. I situasjoner med god kausalkunnskap og klare målsetninger vil resultatstyring eller regelstyring være mer hensiktsmessig, og normstyring vil ha en komplementerende rolle til disse.

		Kausalkunnskap	
		God	Dårlig
Resultatmål	Klare	- Resultat- / Regelstyring	- Resultatstyring
	Uklare	- Regelstyring	- Normstyring/ profesjonsstyring

Figur 3.4: Kobling mellom kausalkunnskap og styring (Ouchi 1979, s. 843)

3.2.3 Resultatstyring

Kjernen i resultatstyring er å motivere de ansatte til å utføre handlinger og ta beslutninger som bringer organisasjonen nærmere sine mål (Merchant & Van der Stede 2012). Der plan og prestasjonsmål utformes og kommuniseres ut til organisasjonen. Disse kan kombineres med insentiver i form av belønning eller straff (Cäker & Siverbo 2011). Slik vil aktiviteten og ressursene innrettes mot de gitte målsetningene (Malmi & Brown 2008). Ledelsen overvåker progresjonen og periodisk vil disse sammenlignes med de satte målsetningene (Simons 1995, Merchant & Van der Stede 2012). Denne styringsformen gir ansatte muligheten til selv å vurdere hvilke beslutninger og handlinger som er mest egnet til å nå målene. Resultatstyring tillater derfor mye autonomi og fungerer godt i desentraliserte organisasjoner (Merchant & Van der Stede 2012). Etter målene er satt og kommunisert ut er det unødvendig med konstant overvåking, denne formen for styring gir dermed ledelsen frihet til å fokusere på andre områder (Simons 1995).

For at kontrolleringen skal være hensiktsmessig må enkelte faktorer være tilstede. Prestasjonsmålene, som de ansatte blir målt etter, må være sammenfallende med overordnede mål for organisasjonen. For å nå de overordnede og langsiktige målene er det viktig at strategien blir operasjonalisert i kortsiktige mål som er overkommelige. Organisasjonen må vite hva som er målene og ha gode rutiner for å kommunisere prestasjonsmålene til de de ansatte (Merchant & Van der Stede 2012). Dessuten er det viktig at de ansatte kontrolleres og gjøres ansvarlige for kun prestasjoner de selv kan påvirke. Dette innebærer at prestasjonsmålene må

være *kontrollerbare* (Merchant & Van der Stede 2012). Da mye kan være ukontrollerbart er det viktig å velge prestasjonsmål med lite *støy*, som betyr at man måler bare det man skal måle. I tillegg til sammenfallende og kontrollerbare prestasjonsmål, må målingene være effektive å utføre. Effektive målinger innebærer at de er presise, objektive, tidsriktige, forståelige og kostnadseffektive (Merchant & Van der Stede 2012).

Malmi & Brown (2008) skiller mellom to forskjellige planer: handlingsplan og langsiktig plan. Den langsiktige planen setter strategisk fokus for legetjenesten, mens handlingsplanen operasjonaliserer strategien i tydelige og kortsiktige mål. Agenda Kaupang AS (2016) fant at kommuner som utarbeider en plan for legetjenesten opplever et bedre samarbeid mellom legetjenesten og kommunen. Derimot fant de at få i deres utvalg hadde en slik plan. Den langsiktige planen gir signaler til de ansatte om hva som er viktig. Det strategiske fokuset må ha en logisk kobling til de mer motiverende målene med korttidshorisont (Hrebiniak & Joyce 1986). De overordnede målene kan være vanskelig å operasjonalisere. God kvalitet på helsetjenesten i kommunen er et viktig strategisk mål, men det er derimot vanskelig å sette konkrete mål for å nå dette. Fordi det er vanskelig å sette konkrete mål vil kontrollering av resultater være problematisk i legetjenesten. Det er utfordrende for kommunene å få tilgang til resultater som fastleger produserer, noe som er i stor grad på grunn av resultatenes immaterielle natur (Merchant & Van der Stede 2012).

Tydelige og spesifikke mål er mer motiverende enn mindre spesifikke og tydelige mål (Locke et al. 1981, Merchant & Van der Stede 2012). Spesifikke mål gjør det mulig for de ansatte selv å vurdere sin egen prestasjon og slik justere handlinger og beslutninger i en mer effektiv retning. Mintzberg (2012) fant at ved å ta bort de økonomiske insentivene til leger økte kvaliteten på behandlingen. Ifølge Paulsen, Lippestad & Johansen (2010) viste det seg at de mindre kommunene verdsatte konkrete mål for legetjenesten mer enn de større kommunene. En årsak til dette kan være at det er mer overkommelig å innhente styringsinformasjon i mindre kommuner. Agenda Kaupang AS (2016) fant at innhenting av styringsinformasjon er viktig for kommunens styring av legetjenesten og at denne burde samles inn årlig. Det er derimot få kommuner som har innarbeidet rutine på innsamling av styringsinformasjon (Paulsen, Lippestad & Johansen 2010, Agenda Kaupang AS 2016). Flesteparten av kommunene hadde derimot ikke kompetanse eller kapasitet til å innhente og ta i bruk slik data i styringen (Agenda Kaupang AS 2016). Informasjonsinnhenting som er mest utbredt er listelengde, ventetider og telefontilgjengelighet (Paulsen, Lippestad & Johansen 2010, Agenda Kaupang AS 2016). Dette er informasjon som er enklere å måle enn kvalitet i tjenesten og brukernes opplevde kvalitet.

Det kan være vanskelig for kommunen å vite hva som kan kontrolleres. Et grunnleggende problem er at fastlegenes resultat er heterogent i natur (Town et al. 2004) og vil variere i forhold til arbeidsmetoden. Men også pasientgruppen består av heterogene brukere, som vil variere i hvor

mye tid og ressurser som fastlegen må bruke på hver enkelt pasient (Ludvigsen & Sørensen 2003). Problemet med måling innenfor helsesektoren er at selv om behandlingen ofte er standardisert, er ikke resultatet det, og heller ikke pasientene (Mintzberg 2012). Selv om det kan være vanskelig å sette mål understrekes det av Paulsen, Lippestad & Johansen (2010) at kommunene har et behov for å utarbeide mål og planer.

Graden av involvering i fastsettelse av mål vil kunne ha betydning for hvor positivt innstilt de ansatte er til målene som blir satt (Malmi & Brown 2008). Men her har forskning konkludert forskjellig. Deltagelse i målsetning gir ikke nødvendigvis bedre prestasjoner enn gitte mål, men deltagelse fører til økt jobbtilfredshet (Goold & Quinn 1990). Ved komplekse mål vil prestasjonen være bedre ved involvering. Det er ofte uoversiktlige og vage mål innenfor legetjenesten, dermed kan det være nyttig med involvering fra fastlegene. Rapporter finner at det er få kommuner som involverer fastlegene i strategi, prioriteringer i praksisen og utforming av avtaler (Agenda Kaupang AS 2016, Kirchhoff et al. 2016).

Kobling til belønningssystemer

For å motivere ansatte til å nå målene til organisasjonen kan styringssystemet kombineres med insentivsystemer. Basert på oppnådde målsetninger eller som reaksjon på uønsket eller ønsket atferd, kan man gi belønning og/eller utføre sanksjoner. Designet på insentivsystemet bør henge godt sammen med målene som ønskes oppnådd (Merchant & Van der Stede 2012). Belønningssystemet skal motivere til akseptert atferd (Malmi & Brown 2008), og er en ytre form for motivasjon. Dyktige ledere vil forvente at når selv dyktige ansatte blir utsatt for press og fristelser, vil de kunne handle i strid med organisasjonens målsetninger (Simons 1995). Det er få handlinger som kommunen kan gjøre dersom ikke fastlegene handler i samsvar med deres interesser. Agenda Kaupang AS (2016) fant at de tilgjengelige sanksjonene med å holde tilbake basistilskuddet og å si opp avtalen med fastlegen oppleves som et dramatisk virkemiddel, og få eller ingen av kommunene benyttet advarsler som et virkemiddel. Fastlegene har rammer satt av lover og forskrifter som må følges, og som kan sanksjoneres mot.

Loven åpner også opp for mye autonomi og selvbestemmelse. Kommunen kan sette egne vilkår i avtalen for den enkelte fastlege og helhetlige mål for legetjenesten. Kommunene opplever lite turbulens i omgivelsene; teknologien, konkurrenter og interesser er stabilt. Fastlegenes arbeid og legetjenesten bærer preg av uklare målsetninger og lite målbarhet. En forutsetning for å bruke sanksjoner er at det må være utformet klare målsetninger og strategier, samt mulighet for oppfølging, innhenting av data og evaluering. For vage mål og løs kobling til insentiver kan undergrave organisasjonens målsetninger (Goold & Quinn 1990). Av figur 3.5 vil en situasjon preget av lite turbulens og dårlig kausalkunnskap føre til at styringssystemet er bedre til å måle

prosessen, enn som motivasjonskilde til ønsket atferd.

Turbulens i omgivelsene	Høy	- Strategisk økonomistyring vil være verdifullt, men bør ikke ha stram styring.	- Strategisk økonomistyring er problematisk
	Lav	- Strategisk økonomistyring er verdifullt	- Styringsverktøy brukes for å måle prosess fremgang, ikke motivasjon.
		Enkelt	Vanskelig
Målbahet og presis måling strategiske mål			

Figur 3.5: Tilnærminger til økonomistyring i forskjellige organisasjoner. (Goold & Quinn 1990, s. 51, egen oversettelse)

3.2.4 Regelstyring

Regelstyring, også kalt atferdsstyring, fokuserer på formelle regler og prosedyrer som setter grenser for aktiviteter i organisasjonen. Her vil innovasjon og kreativitet blir oppmuntret, men skal foregå innenfor de satte grensene (Simons 1995). Dermed er regelstyring en *negativ* styringsmekanisme, men som innenfor rammene tillater høy grad selvbestemmelse i utførelsen av arbeidsoppgavene (Simons 1995). Merchant & Van der Stede (2012) har et bredere syn på regelstyring som i tillegg til grensesetting fokuserer både på tilstedeværelser av enkelte handlinger og hvordan enkelte handlinger skal utføres. Her er hensikten med regelstyring at bestemte handlinger vil være fordelaktige for organisasjonen (Cäker & Siverbo 2011). Dermed vil regelstyring sette rammer for hva som skal gjøres og/eller ikke skal gjøres. For å sette hensiktsmessige regler må organisasjonen ha kunnskap om konsekvenser av ulike typer atferd (Merchant & Van der Stede 2012). Regelstyring er den mest direkte formen for styring da ansattes atferd er det som kontrolleres (Merchant & Van der Stede 2012). Fastlegene sin hverdag er styrt av regelstyring av flere lover og forskrifter. Helse- og omsorgstjenesteloven, fastlegeforskriften, samarbeidsavtaler, individuelle avtaler, alle disse setter rammer direkte mot fastlegene eller indirekte for eksempel gjennom krav til kommunen.

Regelstyring i form av *forhåndmedbestemmelse* innebærer involvering i prosessen med nye regler eller endringer av eksisterende regler (Merchant & Van der Stede 2012). Dermed kan de berørte komme med forslag til modifikasjoner før de blir gjeldende. Malmi & Brown (2008) hevder at involvering i planlegging og fastsetting av regler vil medføre mer tilbøyelighet og enighet i bestemmelsene som blir tatt. De ansatte som blir involvert vil dermed i større grad innordne seg etter det som blir bestemt. Sannsynligheten for konflikt reduseres fordi de fastsatte reglene og planene er et produkt av medbestemmelse. Fastlegenes involvering i avtaler og

rutiner kan kanskje påvirke prestasjon og tilfredshet. Derimot fant Kirchhoff et al. (2016) at 80% av helselederne mente at fastlegene ble inkludert i liten grad i utformingen av avtalene. Fastlegene har flere arenaer der involvering kan skje, som allmennlegeutvalget, samarbeidsutvalget eller andre samarbeidsformer som regelmessige møter med lederforum, kommunalsjefer m.m (Heen 2005). Gjennom regelmessige møter og dialog hevder Simons (1995) at atferden kan påvirkes og styres mot organisasjonens målsetninger. Men hvor mye involvering og dialog som faktisk skjer vil være varierende i kommunene.

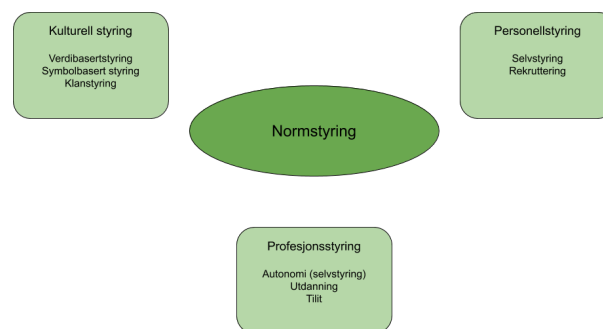
Handlingsansvarlighet er en type regelstyring der ansatte holdes ansvarlige for sine handlinger (Merchant & Van der Stede 2012). Handlinger som blir ansvarliggjort kommuniseres uformelt gjennom sosialisering eller mer formelt i form av arbeidsregler, politiske vedtak og prosedyrer, kontrakt og etiske retningslinjer. Profesjoner, som leger, utfører oppgaver hvor det på forhånd kan være vanskelig å kartlegge hva som er ønskelige handlinger. Dette justeres gjennom at de blir holdt ansvarlige for sine handlinger gjennom *profesjonsdømming* som motiverer til å handle etter premisset “opptre profesjonelt” (Merchant & Van der Stede 2012). For at denne typen regelstyring skal fungere må de ansatte forstå hva som kreves av de og være innforstått med at deres handlinger blir kontrollert og hvilke konsekvenser det kan få.

Fastlegene blir holdt ansvarlig for sine handlinger av flere aktører. Innenfor regelstyring er det mer vanlig med negative insentiver som sanksjoner (Merchant & Van der Stede 2012), slik er det også for fastlegene. Etiske regler for leger har som hensikt å rettlede det som er god legepraksis ved å beskytte og gjøre det beste for pasienten, fastlegen og samfunnet som helhet. Folk vil generelt sett gjøre det moralsk riktige og i tråd med moralske regler (Simons 1995). Etiske regler er med på å sette grenser og oppmuntre til riktig atferd (Simons 1995). Dersom en lege bryter de etiske reglene kan man bli sanksjonert mot av legeföreningen. Mer alvorlige saker, der lover eller forskrifter mistenkes å ha blitt brutt, havner hos tilsyn fra fylkesmannen eller Statens helsetilsyn. Det kan bli sanksjonert med advarsler dersom god praksis ikke er fulgt, og i svært alvorlige saker kan det ende i tap av autorisasjon. Kommunen har også handlingsmuligheter dersom fastlegen bryter god profesjonspraksis, der terminering av kontrakt er den strengeste sanksjonen. Lovene gir fastlegene et juridisk ansvar for den medisinske vurderingen og behandlingen, men reglene legger i liten grad føringer på hvordan fastlegene utfører sitt arbeid og vil til daglig preges lite av disse overordnede reglene. Dermed er fastlegenes regelstyring tett opp mot Simons (1995) sin definisjon som innebærer grensesetting og mye autonomi.

3.2.5 Normstyring

Normstyring er en mindre formalisert styring enn resultat- og regelstyring og utfyller områder der den formelle styringen ikke er tilstrekkelig (Cäker & Siverbo 2011, Merchant & Van der

Stede 2012). Den kan forstås som en indirekte form for styring av atferd gjennom å påvirke hvordan personer tenker, føler og handler (Alvesson & Kärreman 2004). Normstyring omfatter styring ved bruk av sosialisering, verdier, symboler, kultur og personlige egenskaper (Merchant & Van der Stede 2012). Merchant & Van der Stede (2012) deler normstyring inn i to underkategorier; personellstyring og kulturell styring, i tillegg står profesjonsstyring som en egen underkategori. I denne studien er profesjonsstyring spesielt viktig da fastlegene er en sterk profesjon. Tillit er et viktig element innenfor profesjonsstyring som kan bidra til mindre behov for formell styring (Dekker 2004).



Figur 3.6: Normstyring

Personellstyring

Personellstyring viser til styringsmekanismer der den ansatte evner å styre sine egne handlinger i samsvar med organisasjonens interesse. *Selvstyring* innebærer at de ansatte fører kontroll med seg selv gjennom en indre motivasjon for å gjøre en god jobb, de er forpliktet til å gjøre en god jobb fordi de selv ønsker det (Hopwood 1974, Merchant & Van der Stede 2012). Videre vil selvstyring ha en forsterkende effekt i form av at ansatte vil oppleve positive følelser som selv-respekt og tilfredsstillelse når de gjør en god jobb (Merchant & Van der Stede 2012). Hopwood (1974) hevder at dersom de ansatte har verdier som stemmer overens med organisasjonen, vil formelle styringsverktøy kunne ha en negativ effekt på atferd. Dette kan relateres til prinsipal-agentteorien der for mye kontroll kan redusere motivasjonen til en steward, og i verste fall skape opportunistisk atferd (Ghoshal & Moran 1996).

Gjennom rekruttering har organisasjonen muligheter for å bestemme hvem som vil være best for stillingen. I en ansettelsesprosess kan det gå med store kostnader for å sikre seg den riktige arbeidskraften. Utdanning, erfaringer, sosiale ferdigheter og personlighet er faktorer som behandles for å sjekke overensstemmelse mellom jobbkrav og personens kvalifikasjoner (Merchant & Van der Stede 2012). Ansettelse av feil person vil kunne påføre organisasjonen større kostnader enn en omfattende rekrutteringsprosess (Merchant & Van der Stede 2012). For at rekruttering skal fungere som et styringsverktøy må det være tilstrekkelig med kvalifiserte søkere.

Rekruttering av fastleger har det vært skrevet masse avisartikler om de siste årene, og flere har kommet med forslag til årsaker til svikten i rekruttering: Nye preferanser for nyutdannede (som ikke ønsker risikoen og/eller ikke ønsker å jobbe like mye), ukontrollert oppgaveoverføring og for høyt arbeidspress (Abelsen & Olsen 2015, Lie 2017, Hermansen 2018). Rekruttering som styringsverktøy for kommunen kan dermed være begrenset.

Kulturell styring

Kulturell styring viser til kultur som en sosial styringsmekanisme som motiverer til kontroll av hverandre (Merchant & Van der Stede 2012). Merchant & Van der Stede (2012) definerer kultur som delte tradisjoner, normer, oppfatninger, verdier, ideologier, holdinger og måter å oppføre seg på. Ifølge Malmi & Brown (2008) inneholder kulturell styring: Verdibasert styring (Simons 1995), symbolbasert styring (Schein 1997 i Malmi & Brown 2008) og klanstyring (Ouchi 1979). Kulturell styring baserer seg på en enighet om de kulturelle momentene som resulterer i et gruppepress mot å opptre i tråd med dem (Merchant & Van der Stede 2012). Kultur har både positive og negative effekter i en organisasjon. Den kan være samlende og definere retning, samtidig som den er vanskelig å endre og gjør organisasjonen utsatt i situasjoner der det kreves raske omveltninger og nye måter å tenke på (Merchant & Van der Stede 2012). Kulturell styring har en overgripende funksjon på styringspakken, og vil ifølge Malmi & Brown (2008) sette rammer for andre styringsmekanismer. Kulturell styring kan ta form både som uformelle og formelle regler.

Verdibasert styring handler om kommunisering av verdier og retning som organisasjonen skal ta (Simons 1995). Målet er å inspirere og få ansatte til å internalisere kjerneverdiene til organisasjonen, dette vil være førende for atferd (Simons 1995). Fastlegene kommer med kjerneverdier fra utdanning, men kommunen bør allikevel kommunisere ut hvilke verdier som er viktig. Sosialiseringsprosesser er viktige i internalisering av organisasjonens kjerneverdier (Alvesson & Kärreman 2004).

Symbolbasert styring skal dyrke frem en spesiell kultur gjennom synlige midler (Malmi & Brown 2008). Denne kan skapes ved bruk av fysiske symboler, som arkitektur og interiør, eller sosiale symboler, som dresskode, atferd og måter å snakke på (Malmi & Brown 2008, Merchant & Van der Stede 2012). For fastlegene er legefrakken selve symbolet på profesjonen de er en del av og de har et eget språk som består av medisinske faguttrykk.

Klanstyring handler om organisasjonens unike kultur, som skapes gjennom ritualer, seremonier og historier (Ouchi 1979). Kulturell styring gir en form for tilhørighet til en gruppe som virker styrende. Gjennom verdier, symboler og ritualer vil kulturell styring legge til rette for at individer vil handle i henhold til organisasjonens ønsker.

Fastleger har som mange profesjoner dannet sin egen kultur igjennom sosialiseringprosesser under utdanning, og har internalisert verdier før de inngår avtaler med kommunen. Profesjoners lojalitet ligger ofte hos profesjonen heller enn hos organisasjonen (Orlikowski 1991). En sterk kultur kan være vanskelig å endre (Merchant & Van der Stede 2012). Men profesjonsstyring er fremdeles en styringsmekanisme som kan styre atferd (Malmi & Brown 2008).

Profesjonsstyring

Profesjoner er høyt kompetente grupper som har spesialisert seg innen et spesifikt fagområde, og som gjennom sosialiseringprosessen under utdanning har fått internalisert kjerneverdier. Denne sosialiseringen skjer gjennom utdanning, opplæring, påvirkning av kollegaer, kleskode og felles normer og kjerneverdier (Lapsley 2008). Profesjonsstyring er dermed en form for styring som skjer utenfor organisasjonen og er utenfor kontrollen til ledelsen (Orlikowski 1991). Fordi profesjonen blir formet av en sosialisering prosess før de blir ansatt i en organisasjon vil sosialiseringprosessen innad i organisasjonen ikke være like effektiv da den ansatte allerede har fått kjerneverdier internalisert under utdanning (Abernethy & Stoelwinder 1995).

Fastlegene er en profesjon med lang tradisjon og med høy status i samfunnet. Gjennom langvarig studium med påfølgende yrkestrening og erfaring bestitter yrkesgruppen et høyt nivå av kunnskap og kompetanse (Evetts 2003, Busch & Murdock 2014). Fastleger har spesialisert ekspertise med en beskyttet tittel og har ansvaret for et fagfelt. Profesjoner møter ofte komplekse situasjoner som ikke kan standardiseres, slik er det også for fastlegene. Den teoretiske forståelsen som ligger til grunn for utdannelsen sikrer at profesjonen lettere kan ta til seg nye metoder eller endringer i gammel teori (Busch & Murdock 2014). Det kan være vanskelig å formalisere denne kompetansen fordi situasjonene er komplekse og forskjellige. Profesjonell kompetanse karakteriseres av taus kunnskap, er personlig og individuell og påvirket av omgivelser, tittel, oppgaver og faktisk prestasjon (Svensson 2006).

Jespersen (2005) hevder at profesjoner skiller seg fra andre faggrupper ved at de har større kontroll over sitt arbeidsområde. Busch & Murdock (2014) deler denne kontrollen inn i tre områder: jobbinnhold, horisontal spesialisering og vertikal spesialisering. Profesjonen er ofte medbestemmende i hvilke arbeidsoppgaver som stillingen skal inneholde. Jespersen (2005) beskriver at de har påvirkningskraft over rutiner, betingelser og ledelse innen deres arbeidsområde. Det hevdes at profesjoner ønsker å kontrollere organisatoriske rammer, samt den institusjonelle påvirkningen i form av profesjonens lokale tolking, men også samspillet mellom profesjon og stat som omfatter lover, autorisasjon, utdanning, forskning og utforming av feltets organisasjoner og verdier (Jespersen 2005). Dermed ønsker profesjoner ofte autonomi i både utførelse av arbeidet og i organisering av arbeidet (Waring & Currie 2009). Men profesjoner er sjelden ab-

solutt autonome, da regelstyring gjennom politiske vedtekter, lover, forskrifter ofte er styrende (Abbott 1988).

Det er knyttet utfordringer til styringen av en profesjon og forskning har konkludert med forskjellige måter å styre de på. Karakteristikken autonomitet peker seg ut som hovedutfordringen i styringen av dem da de ønsker å ta egne valg uten innblanding fra andre enn profesjonen selv (Raelin 1985). Med deres høye nivå på kompetanse og ferdigheter opplever de det som unødvendig at de skal føres tilsyn med fra personer de anser å ha lite å bistå med (Raelin 1985).

Siden profesjoner ønsker å ha mest mulig kontroll over sin egen hverdag til selv å bestemme hvordan oppgaver skal løses på mener Merchant & Van der Stede (2012) at regelstyring vil være lite egnet i styringen av de. Dette støttes av Mayer (1997) som mener at profesjoner bør bli målt på resultatet og ikke handlingene mot målet, altså resultatstyring. Abernethy & Stoelwinder (1995) fant derimot at profesjoner vil sannsynligvis være en dårlig kobling med både resultat- og regelstyring. Men påpekte at resultatstyring vil være spesielt skadelig for samarbeidet med ledelsen dersom profesjonen føler at sin autonomi blir truet av økt resultatstyring. Abernethy & Stoelwinder (1995) belyser derimot at konfliktnivået mellom organisasjonen og profesjonen vil ikke ha reduserende effekt dersom styringen preges av resultatstyring. Her understrekes det at dette er spesielt relevant der resultatstyringen er av finansiell karakter som budsjetter. Det fremheves også at styringsutfordringer i organisasjoner med profesjoner bør møtes med andre verktøy enn kontroll og overvåkning (Nyland & Pettersen 2018). Boer (2015) viser til at i Danmark har økt styringspress ført til flere konflikter mellom leger og myndigheter.

Det hevdes at kun fagfeller er egnet til å vurdere kvaliteten på profesjonens arbeid (Mayer 1997). Dette har blitt et internt profesjonelt anliggende (Svensson 2006). I senere tid har profesjoner blitt gjenstand for mer byråkratisk styring. Personer som utøver styring vil ofte ha utdanning innenfor ledelse/styring. Dette er ikke et gjennomgående tilfelle ved styring av en profesjon, der tilsyn og veiledning i forbindelse med profesjoner ofte utøves av medprofesjoner (Freidson 1984). Denne praksisen kan også i noen tilfeller være nedfelt i lov (Freidson 1984). Kommuneoverleger har ofte linjeansvar for legetjenesten, og har en rolle som både innebærer administrative oppgaver og faglig ekspertise/rådgiver. Mintzberg (2012) hevder at de som jobber i helsevesenet er mye mer responderende til sin egen profesjon enn til en formell autoritet. Dermed vil det kanskje være nyttig å ha en linjeleder med profesjonsutdanning.

Byrkjeflot (2011) hevder autonomien til den medisinske profesjonen ble truet av NPM. Sentralt skulle NPM redusere denne profesjonelle autonomien gjennom å standardisere og programmere oppgaver (Hood 1995, Broadbent & Laughlin 1998). Denne autonomien er en så stor del av profesjoner og har derfor møtt mye motstand (Broadbent & Laughlin 1998). Profesjoner kan bli sett på som et stort problem for ledelsen fordi de har et eget språk og egne oppfatninger om hva

som er viktig, noe som kan være vanskelig for administrasjonen å endre (Lapsley 2008). Denne autonomien passer ikke inn med NPM. Lapsley (2008) foreslår at NPM ikke skal søke å endre handlinger og utførelse av oppgaver i godt organiserte profesjonelle grupper i offentlig sektor. For NPM vil med sine endringer fortsette å møte motstand fra profesjonen. Siden profesjonen vil holde på sin autonomi må ofte de formelle styringsmekanismene vike for mer uformelle faktorer som tillit.

Tillit

Tillit er sentralt i profesjonstyring. Tidlig forskning på profesjoner anså tillit som et krav utover kunnskap, som ble sikret gjennom utdanning og autorisasjoner (Svensson 2006). Samfunnet baserer seg på tillit til at profesjonen kontrollerer og regulerer sin egen arbeidssituasjon fordi ekstern kontrollering ofte ikke vil være hensiktsmessig (Sharma 1997, side 765). Emsley & Kidon, (2007, vår oversettelse, s. 833) definerer tillit som “en psykologisk tilstand der sårbarhet blir akseptert som følge av positive forventninger til andres atferd”. Tillit reduserer dermed ikke usikkerheten i situasjonen, men behovet for informasjon (Tomkins 2001). Graden av tillit i relasjonen mellom fastlegene og kommune kan derfor ha betydning for sammensetningen av styringspakken. Det er uenigheter om tillit kan karakteriseres som en egen styringsmekanisme, men og om det fungerer som et substitutt eller et komplement til styring (Tomkins 2001, Dekker 2004, Emsley & Kidon 2007). Dekker (2004) anser tillit som en uformell styringsmekanisme, og påstår at tillit kan fungere som et substitutt for formelle styringsmekanismer. Dermed vil en relasjon preget av høy tillit redusere behovet for formelle styringsmekanismer.

Kompetansetillit er en type tillit som relaterer seg til kompetansenivået den ene parten i relasjonen har (Cäker & Siverbo 2011). Som følge av at den ene parten har bevist sine ferdigheter på området vil den andre parten akseptere en grad av sårbarhet og usikkerhet. Det faktum at fastlegene besitter høy kompetanse kan derfor føre til at kommunene aksepterer en viss grad av uvitenhet om deres aktiviteter. En annen type tillit som kan finne sted i relasjonen er institusjonell tillit. Denne tilliten er tilstede fordi den ene parten har et insentiv til å følge sosiale regler og ta vare på omdømmet sitt, og derfor kan den andre parten akseptere sårbarhet i situasjonen (Cäker & Siverbo 2011). I relasjonen mellom fastlegene og kommunen kan nasjonale føringer danne et system som skaper institusjonell tillit. For å begrense opportunistisk atferd understrekes nødvendigheten av tillit, motivasjon og dialog koblet sammen med innsats og resultat (Pettersen 2011). Goold & Quinn (1990) hevder at tillit og selvtillit er en forutsetning for et velfungerende og effektivt økonomistyringssystem. Ouchi (1979) påpeker også at tillit reduserer målkonflikt. Ledelsen må ha tillit til at de ansatte har kompetanse til å utføre oppgavene, men tilliten må gå begge veier.

3.2.6 Styring gjennom organisasjonsstruktur

Mintzberg (1983) definerer organisasjonsstrukturer som beskrivelsen av hvordan arbeidet er fordelt i forskjellige aktiviteter og koordineringen mellom disse oppgavene. Dette inkluderer den vertikale og horisontale koordineringen av ansvar og oppgaver. Organisasjonsstrukturen og designet skal gi et overblikk over hvordan organisasjonen er oppbygd, en grovbeskrivelse av ansvarsområde, øverste beslutningstakere og flyten av informasjon i en organisasjon. Strukturen er med på å fremme og hemme ulike typer kontakt og relasjoner innad i organisasjonen (Alvesson & Kärreman 2004). Malmi & Brown (2008) hevder at organisasjonsstrukturen ikke er statisk, men noe som kan endres. Flamholtz (1983) argumenterer for at flere sider ved stukturen, som arbeidsfordeling og regler, kan indirekte redusere variasjonen og øke forutsigbarheten i atferd gjennom styring. Grad av sentralisering eller desentralisering vil påvirke mer direkte i form av hvor beslutningsmyndigheten ligger.

Innenfor organisasjonsstrukturen vil også organiseringen av formelt ansvar og autoritet påvirke styringen, og kontakten innad i organisasjonen. Møter og regelmessigheten av møter er med på å sette agenda og frister som direkte vil påvirke atferden i organisasjonen (Malmi & Brown 2008). Grimsmo, Kirchhoff & Aarseth (2015) påpeker at det er viktig å se på hvordan organisasjonsstrukturen og styresettet påvirker og blir påvirket av andre former for styring. Ifølge Kirchhoff et al. (2016) er det et problem at fastlegene ikke føler seg som en del av kommunen, noe som gjør at det i enkelte tilfeller kan være vanskelig å samarbeide med dem. Dette gjaldt da spesielt større kommuner. Integreringen er avhengig av fastlegenes engasjement og interesse, men også tilknytningstypen til kommunen vil spille inn (Heen 2005). Det kan oppleves som et hinder for kommunene å ha selvstendig næringsdrivende fastleger. Disse har krav på å få dekket kostnadene ved deltagelse på møter i regi av kommunen, og kommunene kan kun i begrenset grad bruker penger på styring av fastlegene (Heen 2005).

I organisasjoner med høy grad av desentralisering vil formelle styringssystemer være sentralt (Simons 1995, Chenhall 2003). I kommuner med mange fastleger vil ikke den uformelle kontakten være like enkel å oppnå som i mindre kommuner. Møter gjennom uformelle settinger vil være mer vanlig ved små kommuner der avstandene er mindre og relasjonene er mer personpregede (Paulsen, Lippestad & Johansen 2010). Geografisk utstrekning og et høyere antall fastleger vil gi behov for formaliserte møtearenaer som allmennlegeutvalg og samarbeidsutvalg, men det vil ikke erstatte dialogen mellom kommunen og den enkelte fastlege (Paulsen, Lippestad & Johansen 2010).

Metode

I dette kapittelet skal vi beskrive metodevalgene vi har tatt. Først blir vårt vitenskapelige ståsted presentert. Deretter beskriver vi hvilke valg vi har tatt i forbindelse med forskningsdesignet. Hoveddelen av vår metode er kvantitativ der vi benyttet en webbasert spørreundersøkelse. Videre presenteres utvalg av respondenter, innsamling, analyse og håndtering av data. Til slutt redegjør vi for etiske betraktninger i undersøkelsen og diskuterer studiens reliabilitet, validitet og generaliserbarhet i forhold til valgene vi har tatt i design og gjennomføring av studien.

4.1 Vitenskapelig tilnærming

Positivistisk vitenskapsteori forutsetter at det er mulig å finne nøytral og objektiv kunnskap, som innebærer en forskerrolle som ikke påvirker det som forskes på. Denne tilnærmingen er vanskelig å oppnå (Nyeng 2004). Vår tilnærming tar utgangspunkt i en hermeneutisk vitenskapsforståelse der forskning skjer gjennom fortolkninger (Nyeng 2012). Nettopp fordi vi ønsker å få fram respondentenes egne beskrivelser, erfaringer og subjektive synspunkter i vår studie. Vi studerer kommunenes perspektiv gjennom et spørreskjema som ble sendt ut til ansatte i kommunene. Formålet med studien er å gi en helhetlig forståelse av hvordan kommunene styrer fastlegene. Vi ønsker å beskrive temaet som studeres og har ikke som formål å studere kausale sammenhenger. Ved besvarelse av spørreskjemaet vil den enkelte kommuneansatt fortolke spørsmålene basert på sine egne personlige erfaringer. Dette gjør det vanskelig å si noe objektivt om temaet og kan ha påvirket våre resultat.

Studiet og personlige erfaringer kan ha hatt betydning for vår forforståelse av undersøkelsens tema. Som følge av vår forforståelse studerer vi virkeligheten slik vi forstår den. Dette kan ha påvirket metodevalg i arbeidet, som utforming av spørreskjemaet og analyse av empiri. Vår

ontologiske og epistemologiske ståsted har slik lagt føringer for forskningen. For å minimere at oppgaven ble tendensiøs, tok vi kontakt med en kommuneoverlege tidlig i prosessen. Vi hadde et pilotintervju for å skape en forståelse om emnet og kommuneoverlegen tok seg godt tid til å forbedre spørreundersøkelsen før den ble sendt ut. Dette samarbeidet har gjort det mindre sannsynlig at vesentlige momenter i temaet ha blitt utelatt.

4.2 Forskningsdesign

Problemstillingen setter rammer for forskningsdesignet og valg av metode (Van der Stede et al. 2005). For å besvare vår problemstilling ønsket vi empiri som bredt kunne beskrive hvordan Norges kommuner styrer fastlegene i dag, med hensikten om å kartlegge styringspraksisen blant Norges kommuner. Undersøkelsen kan sees på som en beskrivende studie der formålet er å finne karakteristikk ved en populasjon (Van der Stede et al. 2005). Vi ønsket å si noe om hva som var mest fremtredende og hadde størst betydning i den daglige styringen, da det finnes lite kunnskap om temaet fra før. Gjennom å benytte et eksplorativt design vil det kunne generere deskriptiv empiri som kan bidra med større innsikt på området. Problemstilling er på denne måten deskriptiv og undersøkelsen er en tverrsnittsstudie. Innenfor økonomistyring er det svært vanlig med tverrsnittstudie (Van der Stede et al. 2005). Undersøkelsen ble gjennomført ved bruk av spørreundersøkelse som ble sendt ut på e-post.

Vår tilnærming var ikke basert på antagelser om hva vi forventet å finne. I oppstartsfasen leste vi oss opp på temaet gjennom artikler og tidligere rapporter. Dette og tidligere erfaringer med helsetjenesten kan ha påvirket vår forforståelse, noe vi i arbeidet har vært oppmerksomme på. Vår innstilling har vært å samle inn empirien og tolke denne med et åpent sinn. Forskningen vår har slik vært induktiv. I innsamling av empiri benyttet vi trianguleringsmetoden med hovedvekt på kvantitativ metode.

Det er lite forskning på temaet vi skal studere fra før. Enkelte rapporter og artikler er knyttet til det samme spesifikke temaet, men de er lite teoretisk forankret. I utformingen av spørreskjemaet ble vi inspirert av Heen (2005), Paulsen, Lippestad & Johansen (2010) og Agenda Kaupang AS (2016), i tillegg til at vi utviklet spørsmål selv. Vi definerer styring og styringsmekanismer bredt. For å kunne uttale oss om kommunens sammensetning av styringspakken måtte derfor spørreundersøkelse omfavne mange momenter. Dette var viktig for ikke å utelukke sentrale elementer i styringspakken, og for å legge til rette for en forståelse av samspillet mellom et potensielt bredt utvalg styringsmekanismer og -praksiser. Vår forskning vil derfor bidra med kunnskap som er forankret i økonomistyringsteori, i relasjonen mellom kommunene og fastlegene. Styringspakken i dette forholdet er lite studert i Norge. Vår undersøkelse vil med bakgrunn i dette være eksplorativ, der vi søker ny kunnskap for å kunne kartlegge kommunenes styringspakke

(Jacobsen 2005). Den gikk derimot ikke mye i dybden på hver enkelt styringmekanisme.

Vi ønsket at empirien skulle gi et så godt innblikk i kommunenes styring av fastlegene som mulig. Vi valgte å studere problemstillingen fra kommunens perspektiv og ikke fastlegenes. Dette er et valg som vi tok for å avgrense oppgaven, dermed er vi i denne studien opptatt av å studere kommunens rolle, at dette var riktig avgjørelse ble også bekreftet under pilotintervjuet. Arbeidsmengden til fastlegene er stor, og dersom de skulle blitt inkludert som respondenter burde spørreundersøkelsen vært mindre omfangsrik for å sikre høy nok svarprosent. En spørreundersøkelse med fastleger som respondenter vil være mer hensiktsmessig når mer av styringspakken er beskrevet. I denne studien søker vi derfor å ta en eksplorativ tilnærming til å forstå kommunenes rolle og erfaringer med å styre fastlegene. Vår spørreundersøkelse kan skape grunnlaget for videre forskning fra fastlegenes perspektiv.

Som følge av problemstillingen og hensikten med den, valgte vi å benytte oss av triangulering, en kombinasjon av både kvalitativ og kvantitativ metode, hvor kvalitativ i vår studie understøttet kvantitativ metode (Ringdal 2013). Modell (2005) hevder at ved å kombinere forskjellige metoder vil styrkene til den ene oppveie for svakhetene til den andre. Hovedvekten av vår metode var kvantitativ i form av en spørreundersøkelse som ble sendt ut på e-post til utvalget. I forkant av utarbeidelsen av spørreundersøkelsen gjennomførte vi et pilotintervju med en kommuneoverlege som satte oss inn i temaet. Basert på tilbakemeldingen fra kommuneoverlegen fikk spørreundersøkelsen et mer kvalitativt preg i form av åpne svar. Siden vi var forberedt til møtet fikk vi god nytte av det. Vi gjennomførte også en pretest av spørreundersøkelsen med samme kommuneoverlege. Basert på denne endret vi enkelte spørsmål, svaralternativer og la til et kommentarfelt. Spørreundersøkelser som metode har blitt kritisert blant annet for å være for lite fleksibelt (Roberts 1999). Pilotintervjuet og pretesten av spørreundersøkelsen bidro til å redusere denne svakeheten siden det gjorde oss i stand til å stille bedre spørsmål. 111 (32,6 %) respondenter benyttet seg av kommentarfeltet. Disse ga oss verdifull kvalitativ data som bidro til å nyansere og støtte de øvrige kvantitative dataene. Gjennom aktiv bruk av de kvalitative metodene har det økt studiens validitet, noe som er selve hensikten med metodetriangulering, da validiteten vil være lavere ved bruk av kun en metode (Modell 2005).

Spørreundersøkelser har også blitt kritisert for å ikke egne seg til å studere dybden og nyansene ved et fenomen, samt at det generer mye data uten teoretisk verdi (Roberts 1999). Angående dybden vil denne svakheten ikke ramme vår studie da vi ikke har til hensikt å undersøke den. Kommentarene fra kommentarfeltet bidro derimot til å nyansere enkelte momenter i spørreundersøkelsen. I forkant av utarbeidelsen av spørreskjemaet var vi bevisst på hvilke data vil ville innhente ved hvert enkelt spørsmål, slik at vi var sikre på at det ville generere teoretisk kunnskap.

Fordelene med spørreundersøkelser på e-post er at det når ut til et stort antall respondenter,

kostandene er lave både med tanke på tid og ressurser, samt at det ikke skaper intervjuer bias (Roberts 1999). Dette er fordeler ved spørreundersøkelser vi har hatt nytte av, da vår undersøkelse ikke hadde vært gjennomførbar uten bruk av e-post.

4.3 Datamaterialet

4.3.1 Populasjonen og utvalg

Hensikten med studien var å kartlegge hvilke styringsverktøy som blir benyttet i norske kommuner i styringen av fastlegene. Vi ønsket å inkludere samtlige kommuner i vårt utvalg for å gi et mest mulig riktig bilde av hvordan styringspakken ser ut, per 01.01.19 var dette 422 kommuner. I tillegg så valgte vi å telle bydelene i Oslo som kommuner. Dermed bestod utvalget av 421 kommuner og 15 bydeler. Ved å sende spørreundersøkelsen til hele populasjonen er ikke utvalgsproblematikk relevant for oppgaven.

Rapporten til Paulsen, Lippestad & Johansen (2010) peker på at det kan være forskjellige meninger om styringen av legetjenesten innad i kommunen. Vi valgte derfor å sende spørreskjemaet til samme utvalg som Paulsen, Lippestad & Johansen (2010), både helseledere og kommuneoverleger, slik at vi kunne undersøke om vi fant noen forskjeller. De to stillingene har forskjellige roller i kommunen som kan gi litt ulikt perspektiv. Å velge respondenter med god innsikt i temaet styrker undersøkelsens validitet. Valget om å benytte to mulige respondenter fra samme organisasjon øker studiens validitet, da kun en respondent ikke vil ha fullt overblikk over organisasjonen (Van der Stede et al. 2005).

Dersom det var flere kommuneoverleger prøvde vi å finne den som hadde ansvaret for legetjenesten. Av helseledere prøvde vi også å finne den med nærmest tilknytning til legetjenesten. Noen ganger ble det funnet organisasjonskart som rettet oss i å finne de riktige personene. Andre ganger måtte vi bare bruke skjønnsmessige vurderinger, som for eksempel at personen hadde oppgaver knyttet til legetjenesten eller var den med tettes tilknytning til fastlegene basert på organisasjonskartet. Helselederne har derfor et bredt utvalg av stillingstitler: helsesjef, kommunalsjef, kommunalleder, kommunal direktør, enhetsleder innen helse, velferd, familie, omsorg, levekår og/eller pleie, samt leder for legetjenesten.

Vi distribuerte spørreundersøkelsen gjennom Questback til 788 e-postadresser. Av disse ble 56 permanent avvist som betyr at den ikke når respondenten, årsaker kan være utdatert e-post, feil e-post eller at avsender har blokkert Questback (Questback 2016). Vi kom frem til at det var stor sannsynlighet for at 9 kommuner har blokkert Questback da verken e-post til personlig konto eller e-post til postmottak gikk i gjennom. Vi valgte derfor å sende en e-post direkte fra vår

Populasjon	872
Trekker fra samarbeid med andre kommuner	- 59
Mail ikke funnet	- 56
Postmottak	+ 31
Sendte spørreundersøkelse via Questback	= 788 (351 Kommunoverleger, 406 Helseledere og 31 postmottak)
Avviste mailadresser	- 56
Postmottak	+ 20
Spørreundersøkelse sendt via mail	+ 16
Utvalg som har mottatt spørreundersøkelsen	768

Figur 4.1: Fra populasjon til utvalg.

ntnu-e-post til deres e-postadresse, for å unngå blokkeringen. E-posten nådde frem til 16 av 18 mulige respondenter. Responstallene er illustrert i tabell 4.1.

4.3.2 Søkemetode

I prosessen med å finne kontaktinformasjon diskuterte vi mye hvordan vi søkte for å sikre at vi hadde lik praksis og like kriterier. Vi prøvde å finne den personen som var best egnet til å svare på undersøkelsen. Vi brukte omlag 94 effektive arbeidstimer på å finne kontaktinformasjon til aktuelle kommuneoverleger og helseledere i kommunene. Vi gjorde et valg om å kun bruke offisielle e-postadresser til kommunen. Det betyr at vi ikke brukte private e-postadresser som gmail, yahoo eller online. I utgangspunktet prøvde vi å unngå å sende e-post til post/postmottak/servicetorget, så lenge det var mulig, siden vi anså at svarprosenten ville bli høyere ved bruk av direkte e-post.

Google ble brukt for å finne relevante respondenter og deres kontaktinformasjon. For å finne riktig informasjon brukte vi ofte kommunenavn kombinert med rådmann, ledergruppe, ansatte, organisasjonskart, helsesjef, kommunaldirektør og/eller enhetsleder. Tidligere stillingutlysninger har også gitt nyttig informasjon om hvem eventuelle søkere kan ta kontakt med, som vi anså som leder.

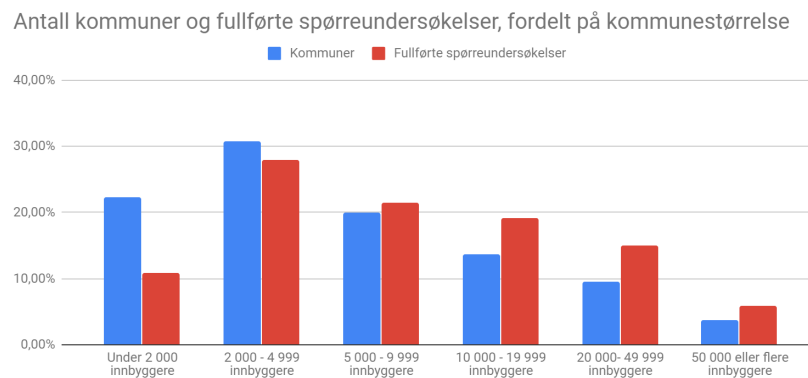
Vi møtte på mange problemer i søkefasen. På noen av kommunenes nettsider var informasjonen utdatert, og ved ett tilfelle fikk vi ikke tilgang til en kommunenettside i det hele tatt. I andre kommuner viste det seg at det ikke var helseadministrasjon utenom kommuneoverlegen, dette gjaldt gjerne små kommuner. Mange kommuner hadde ikke noen ansatt i stilling som helseleder eller kommuneoverlege, i slike tilfeller fant vi ofte en stillingsutlysning.

Ikke alle kommuner hadde kontaktinformasjon tilgjengelig. Der vi har funnet navn på kommuneoverleger ble e-postadresser lagd basert på hvordan e-postadressene til øvrige ansatte i kommunen så ut. For å sjekke opp adressene søkte vi på de kombinerte e-postadressene i google, her fikk vi ofte bekreftet riktig e-postadresse. I de tilfellene vi ikke fikk bekreftet e-postadressen

beholdt vi den generelle e-postadressen til kommunen.

Enkelte kommuner har inngått samarbeid om styring av legetjenesten, andre har inngått samarbeid av kommuneoverlegestillingen, men det finnes også kommuner som samarbeider om helseleder. Dermed ble det antatte utvalget på 872 respondenter redusert. Dette gjennomgås i frafallsanalysen under.

4.3.3 Frafallsanalyse



Figur 4.2: Responstrate sammenlignet med populasjonen fordelt kommunestørrelse.

Populasjonen består av alle vi ønsker å gjøre generaliseringen ut av (Diamond 2000). God generaliserbarhet kan sikres gjennom ekstern validitet, dette er viktig her siden vi ønsker å si noe om hele populasjon (Van der Stede et al. 2005). Ekstern gyldighet betyr at vi har et representativt utvalg for vår populasjon, dette kan sjekkes gjennom en frafallsanalyse. Av de 768 respondentene som mottok spørreundersøkelsen var det 341 om fullførte, og 61 respondenter som delvis gjennomførte. Dette betyr at vi hadde en svarprosent på 44,4 %.

Van der Stede et al. (2005) fant at gjennomsnittlig svarprosent på forskning innenfor økonomistyring var på 55 % i årene 1982-2001. Det har vært generell nedgang i svarprosent innen økonomistyring og andre områder innen organisasjonsforskning (Van der Stede et al. 2005, Johannessen et al. 2011). Diamond (2000) hevder at en responsprosent under 50 % bør man være forsiktig med. Derimot påpeker Johannessen et al. (2011) at det er lite sannsynlig å oppnå svært høy svarprosent, og i dag er det mer vanlig med 30-40 %. Dette tyder på at vår responstrate er god. Faren med lav svarprosent er at de produserer bias i undersøkelsen (Van der Stede et al. 2005). Det blir desto viktigere å sjekke om de som har svart på undersøkelsen er et representativt utvalg av populasjonen, og samtidig undersøke om vi har hatt systematisk frafall fra de som har startet, men ikke fullført.

For å undersøke representativiteten i utvalget har vi valgt å analysere utvalg og se på fordelingen

av respondenter i forhold til innbyggere i kommunen og i forhold til fylke. Ringdal (2013) påpeker at dette er viktig for å undersøke om det er tilfeldige frafall eller om det er noen spesielle grupper som faller ut.

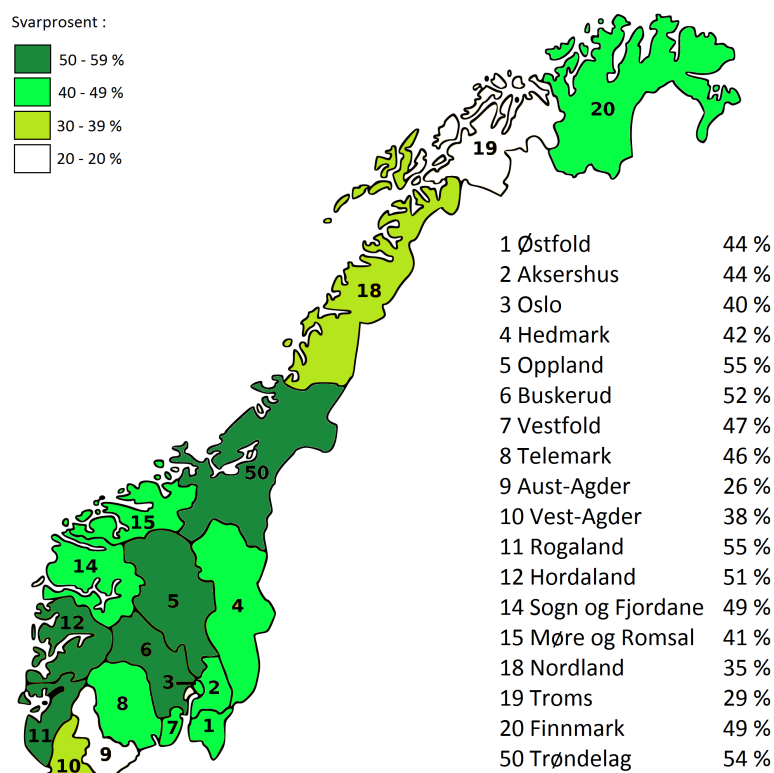
I figur 4.2 sammenlignes andel fullførte spørreundersøkelser med andel kommuner, fordelt etter kommunestørrelse. Figuren viser at vi har en overrepresentasjon av de store kommunene og en underrepresentasjon av de minste kommunene. Dette var noe vi var klar over kunne skje, da vår undersøkelse er bedre egnet for større kommuner, som har flere enn to fastleger og som dermed har mer behov for formelt styringssystem. At undersøkelsen var mindre egnet for kommunene med få innbyggere ble også påpekt i kommentarfeltet. Men av frafallsanalysen fant vi ikke systematisk frafall fra de minste kommunene, dermed har vi et godt representativt utvalg av populasjonen. De minste kommunene som deltok bidro med mange gode nyanser i kommentarfeltet, så vi er fornøyd med at mange fullførte undersøkelsen.

Etter kommentarene om at undersøkelsen var mindre egnet for de minste kommunene, ønsket vi å sjekke om det var en større andel av de små kommunene som ikke fullførte spørreundersøkelsen. Det var tilsammen 7,9 % av utvalget som ikke fullførte spørreundersøkelsen, se vedlegg 1. Det var en liten overrepresentasjon av frafall underveis av de største kommunene, ikke de minste. Men dette er kun en liten andel, som vi mener er tilfeldig. Dermed kan vi konkludere med at det ikke er systematisk frafall fra noen grupper underveis i spørreundersøkelsen.

På landsbasis har vi en responsrate på 44,4 % som er godt representert av alle fylkene, se figur 4.3. Fem fylker hadde en svarprosent på over 50 %, Oppland, Buskerud, Rogaland, Hordaland og Trøndelag, disse er noe overrepresentert i vårt utvalg. I to fylker, Aust-Agder og Troms, hadde vi en svarprosent på under 30 %, dette betyr at de er underrepresentert. Ellers er det lite variasjon i svarrespons mellom fylkene, dermed har vi god geografisk spredning.

4.4 Datainnsamling

Utvalget vårt var respondenter fra alle Norges kommuner. Dataene ble samlet inn gjennom et spørreskjema som de fikk tilsendt på e-post, se vedlegg 16. Denne datainnsamlingsmetoden ble valgt fordi det er en effektiv måte å samle inn data på under forutsetningene med begrenset tid og ressurser. Det kreves god kunnskap innefor temaet når man utformer spørreundersøkelsen, da det ikke er rom for endringer underveis (Ringdal 2013). Derfor leste vi oss opp innenfor temaet og utførte pilotintervju og pretest.



Figur 4.3: Oversikt over svarprosent fra fylkene.

4.4.1 Pilotintervju

I starten av studien hadde vi liten kunnskap om temaet som skulle studeres. Når dette er tilfellet er det nyttig å utføre et intervju med personer som har dybdekunnskap innenfor temaet (Ringdal 2013). I prosessen med utarbeidelsen av spørreundersøkelsen hadde vi derfor et intervju med en kommuneoverlege med lang erfaring. Kommuneoverlegen sitt arbeid var i denne kommunen tilknyttet legetjenesten og hadde derfor dybdekunnskap om temaet.

Pilotintervjuet hadde lav strukturingsgrad på intervjuguiden. Intervjuguiden ble utarbeidet og tatt med til intervjuet for å sikre å få svar på enkelte spesifikke momenter og skulle ellers brukes om det ble behov. Dette ga rom for å følge opp interessante momenter som kom frem under intervjuet. Intervjuguiden ble lite brukt. Som avtalt på forhånd, tok intervjuet en time.

Intervjuet var nyttig og var med på å danne grunnlaget for enkelte spørsmål i spørreundersøkelsen. Det var en fordel at vi hadde lest oss opp om temaet på forhånd. Dermed trengte ikke informanten å bruke tid på å forklare grunnleggende kunnskap, samtidig som vi var i større grad rustet til å spørre hensiktsmessige spørsmål for studien. Under pilotintervjuet fikk vi bedre kjennskap til blant annet utvalgene, handlingsrommet til kommunene og de ulike tilknytningsformene kommunene kan inngå med fastlegene.

4.4.2 Utforming av spørreundersøkelse

Utarbeidelse av en god spørreundersøkelse krever kunnskaper om temaet. Derfor prioriterte vi i starten av undersøkelsesprosessen å få god oversikt over aktuell litteratur, forskning innenfor temaet fra Norge og andre land med liknende helseordninger og tidligere rapporter om temaet. Dermed fikk vi opparbeidet forståelse for konteksten. De kvalitative og kvantitative undersøkelsene gjort i de tidligere rapportene var nyttig inspirasjonkilde for deler av utformingen i spørreundersøkelsen. Parallelt leste vi oss opp på teoretisk litteratur og forskning. Dette gjorde vi for å forankre spørsmålene i teori. I tillegg så vi på hvordan andre spørreundersøkelser var blitt utformet. Hvordan spørsmålene formuleres kan påvirke respondentens svar (Ringdal 2013), derfor var det viktig å ha pretest av spørreundersøkelsen. Der fikk vi god tilbakemelding og gjorde flere endringer basert på dette. Vi kan derimot ikke sikre oss helt mot at formulering har påvirket våre respondenter. Kunnskapsgrunnlaget som ble lagt tidlig i studien var viktig for utarbeidelsen av spørreundersøkelsen og det styrker dens validitet. Spørreundersøkelsen besto av 42 spørsmål, og et kommentarfelt.

De fleste spørsmålene i spørreundersøkelsen var like for alle respondentene, mens et lite utvalg spørsmål var forskjellige med utgangspunkt i hvorvidt respondenten var kommuneoverlege eller helseleder. Spørsmål angående bakgrunn ble spurt i starten av spørreundersøkelsen. Resterende av spørreundersøkelsen besto av spørsmål i forhold til styringsutfordringer, styringsmekanismer, styringspraksiser og bruken av disse, samt respondentenes erfaringer knyttet til relasjonen mellom kommunen og fastlegene. Vi valgte å sette noen spørsmål i spørreundersøkelsen som obligatoriske. Dette gjaldt bakgrunns spørsmål om stilling og innbyggertall, og ble gjort for å kunne uttale oss om fordelingen av respondentene for å se på representativiteten. Dette er spørsmål som vi anser som enkelt å svare på for en person som innehar denne typen stilling. Derfor antok vi at de obligatoriske spørsmålene ikke ville være til hinder for respondentene i gjennomføringen av spørreundersøkelsen. Disse valgene ble gjort etter nærmere diskusjon i pilotintervjuet og under pretesting, for å styrke validiteten og reliabiliteten.

Spørsmålene besto av lukkede og åpne spørsmål. De åpne spørsmålene omfattet i hovedsak bakgrunns spørsmålene og et kommentarfelt. Hovedvekten av spørsmålene var lukkede spørsmål i form av påstander med en likert-skala fra 1-5 og spørsmål med svaralternativ. For vår studie var fordelingen med høy bruk av lukkede spørsmål at de enkelt gir målbare data i tillegg til at de går fort å svare på (Ringdal 2013). I utformingen av de lukkede spørsmålene var vi nøye med å velge svaralternativ basert på vår litteraturstudie og tilbakemelding fra pre-test. Dette for å sikre oss at alle relevante svaralternativ var tilstede. De faste svaralternativene kan likevel ha ført til at respondenten ble tvunget til å svare de fastsatte svarene, selv om de ikke følte svarene passet. Kommentarfeltet ble brukt av 111 av 341 respondenter. Det tilsvarer 32,6 % av de som fullførte spørreundersøkelsen.

Vi brukte SSB sin standard for klassifisering av kommuner etter innbyggertall (SSB 1998).

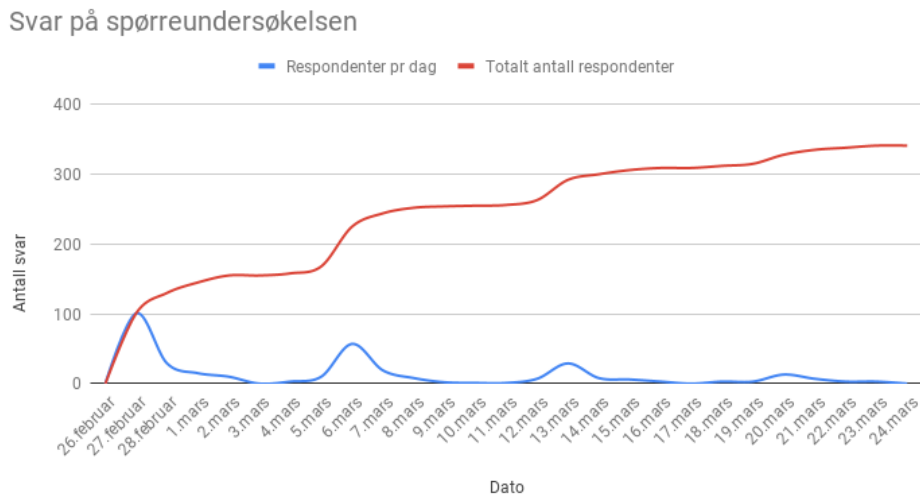
4.4.3 Pretest av spørreundersøkelse

Med et komplisert tema med mange nyanser var det verdifult å pre-teste spørreundersøkelsen. Pretester kan øke kvaliteten på spørreundersøkelsen ved at uklareheter blir redusert (Diamond 2000). Siden vi hadde begrenset tid ble kun spørreundersøkelsen testet på én kommuneoverlege, men i tillegg ble dette gjort grundig med et påfølgende møte med en varighet på to timer. På møtet fikk vi god og konstruktiv tilbakemelding til spørreundersøkelsen. Ifølge Van der Stede et al. (2005) bør spørreundersøkelsen testes på personer med inngående kunnskap om temaet, dette vil øke validiteten til spørsmålene, og dermed øke studiens validitet. Under møtet ble alle spørsmål nøye gjennomgått og diskutert, dette er helt i tråd med Van der Stede et al. (2005) som påpeker at det er viktig at pretesten følges opp med en omfattende tilbakemelding for å identifisere og rette opp i problemer med spørsmålene og spørreundersøkelsen. At en person med dybdekunnskap var med i utformingen av spørreundersøkelsen har bidratt til at respondentene svarte på det vi spurte om, og dette styrker oppgavens validitet. Endringer ble gjort fortløpende under møtet og rett i etterkant.

Vi hadde spesifikke spørsmål om lengden på undersøkelsen og spørsmålenes forståelighet. Spørreundersøkelsen tok rundt 15 minutter. Kommuneoverlegen mente lengden på undersøkelsen kunne forsvares med det faktum at respondentene ville ønske å svare på undersøkelsen. Som følge av møtet ble det lagt til flere “vet ikke” alternativ. Ordlyden til enkelte spørsmål ble endret til å bli mer forståelig og tilpasset konteksten. Andre spørsmål ble slettet da vi diskuterte frem til at de ikke ville gi noen mening. I slutten av spørreundersøkelsen fikk vi innspill om å legge inn et kommentarfelt. Temaet som studeres inneholder mange nyanser og kan av respondentene være et sensitivt tema. Dermed kan respondentene føle behov for å utdype. Dette kan bli gjort i kommentarfeltet. Helhetsinntrykket av spørreundersøkelsen ble oppfattet som god av kommuneoverlegen.

I prosessen ved utsendelse av spørreundersøkelsen hadde vi satt oss godt inn i hvordan Questback fungerte. Vi testet hvordan programmet fungerte ved å utsette oss selv, ved bruk av våre egne e-postadresser, for de ulike situasjonene. Dermed viste vi at det var mulig å besvare samme link mer enn en gang, noe som ville være tilfellet dersom vi sendte til postmottak eller når den ble videresendt som følge av at en annen person var bedre egnet enn den vi hadde valgt. Vi sjekket også om påminnelsen fungerte når spørreundersøkelsen ikke var besvart eller ufullført. Når spørreundersøkelsen var besvart ble ikke påminnelse sendt ut.

4.4.4 Utsendelse av spørreundersøkelse



Figur 4.4: Antall mottatte svar på spørreundersøkelsen, både per dag og summert. Toppene er et resultat av at påminnelsene ble sendt ut.

Questback ble brukt til å produsere og distribuere spørreundersøkelsen. Informasjonskrivet var vedlagt samtidig med utsendelsen av spørreundersøkelsen. Vi ville unngå to separate e-poster fordi vi mener det kan oppleves som “masete”. Spørreundersøkelsen ble sendt ut 27. februar, med påminnelser 3 ganger med én uke mellom hver påminnelse. Ifølge (Diamond 2000) er det viktig med aktiviteter som potensielt kan øke svarprosenten, slik som påminnelse. Vi valgte å sende ut spørreundersøkelsen kl 09.00 på tirsdagen. Ved å unngå å sende ut på mandag var det mindre sannsynlig at den forsvinner i e-posten som har kommet i løpet av helgen. Vi ønsket også å unngå å sende ut på fredag da muligens andre oppgaver har høyere prioritet. Valg av tidspunkt er begrunnet med at det var tidlig på dagen, og slik hadde de hele dagen til rådighet for å svare.

Iløpet av første dagen fikk vi 101 svar. Etter hver påminnelse fikk vi en oppgang i hvor mange som svarte, se figur 4.4. Iløpet av den første uken spørreundersøkelsen var ute fikk vi 168 svar, én uke etter første påminnelse fikk vi inn 95 svar, deretter 52 og etter den siste påminnelsen fikk vi inn 26 svar. Dermed følte vi at det var greit å avslutte spørreundersøkelsen. Vi erfarte at en del valgte å svare på spørreundersøkelsen i helgene, dermed valgte vi å avslutte den på en søndag og ikke fredag som først tenkt. Svarprosenten endte på 44,4 % og det sa vi oss fornøyd med.

Ved å sende ut på e-post hadde vi god kontroll med hvem vi sendte ut til. Enkelte respondenter informerte at de sendte spørreundersøkelsen til en person som de anså som mer egnet.

Kapittel 4. Metode

Tema	Spørsmål	Hensikt
Bakgrunn	Spørsmål 1-11 og 13	Handler om bakgrunnsspørsmål om respondenten som stillingstittel og andel stillingsprosent brukt på lejetjenesten. I tillegg til bakgrunnsspørsmål om kommunen som antall innbyggere i kommunen, andel fastlønnede fastleger. Spørsmålene er inspirert av tidligere rapporter: Agenda Kaupang AS (2016) og Paulsen, Lippestad & Johansen (2010).
Prinsipal-agentteori	Spørsmål: 12,19, 22 og 42	Spørsmålene er knyttet til å belyse relasjonen mellom kommunen og fastlegene. Spørsmål og påstander om fastlønnede fastleger er plassert under her da de løser tilknytningen til prinsipalen på forskjellige måter, og dette påvirker styringsmulighetene til prinsipalen. Spørsmålene inspirert av: Jensen & Meckling (1976), Davis, Schoorman & Donaldson (1997) og Caers et al. (2006).
Resultatstyring	Spørsmål 15-19, 25, 26 og 40	Omhandler spørsmål om planer og målsetninger, men da også målkonflikter, innhenting av styringsinformasjon og sanksjonsmuligheter. Spørsmålene er inspirert av: Goold & Quinn (1990) og Merchant & Van der Stede (2012)
Regelstyring	Spørsmål 22 og 24	Spørsmålene omhandler lover og regler som fastlegene må følge, og hvor godt kommunene selv har kunnskap til dette, samt hvor mye involvert fastlegene er i utarbeidelse av avtaler. Spørsmålene er inspirert av: Simons (1995), Malmi & Brown (2008) og Kirchoff et al. (2016)
Normstyring	Spørsmål 14, 22 og 42	Omhandler spørsmål og påstander om normstyring, spesielt profesjonsstyring. Her er tillit et svært viktig element. Spørsmålene er inspirert av: Abernathy & Stoelwinder (1995), Jespersen (2005), Malmi & Brown (2008), Cäker & Siverbo (2011) og Merchant & Van der Stede (2012)
Styring gjennom organisasjonsstruktur	Spørsmål 23, 27-39	Spørsmål knyttet til samarbeidsutvalget og allmennlegeutvalget. Men også ansvarsfordeling og om fastlegene opplever som en integrert del av kommunen. Spørsmålene er inspirert av: Rapporten til Heen (2005), i tillegg til Mintzberg(1983), Simons (1995), Malmi & Brown (2008) og Kirchoff et al. (2016)

Tabell 4.1: Vår forståelse av styring ble operasjonalisert gjennom påstander og spørsmål. Tabellen er ikke utfyllende, men viser de rapportene og artiklene som inspirerte oss mest i utforming av spørreundersøkelsen.

4.5 Dataanalyse

Analysen av datamaterialet ble gjort i SPSS etter spørreundersøkelsens slutt. Dataene ble analysert ved bruk av deskriptiv statistikk, hovedsakelig krysstabulering og frekvenstabeller. Krysstabulering ble gjennomført på samtlige påstander og spørsmål, med hensyn på stilling og kommunestørrelse. I arbeidet med analysen var det nyttig å lage en grafisk fremstilling. Dette illustrerte godt respondentenes svarfordeling og gjorde det enklere å analysere.

Vår forståelse av styring i et bredt perspektiv ble operasjonalisert gjennom spørsmål og påstander. Til en hvis grad overlapper deler av teorien, dette kommer tydeligere frem i empirien og analysen. I tabell 4.1 henviser vi til artikler og rapporter som inspirerte utformingen av spørsmålene.

4.6 Datahåndtering

Av etiske hensyn er datahåndteringen viktig. To metoder ble benyttet i studien for å innhente data. Dette krever to forskjellige framgangsmåter for å sikre det etiske hensynet til personsikkerhet.

4.6.1 Pilotintervju

I gjennomføringen av pilotintervjuet valgte vi å gjøre lydopptak på mobiltelefonene våre, og transkribert i ettertid. Lydopptaket ble slettet etter transkriberingen. Det transkriberte materialet ble oppbevart på Google Docs utilgjengelig for andre enn oss. Dokumentet vil bli slettet etter masteroppgavens slutt.

4.6.2 Spørreundersøkelse

Spørreundersøkelsen ble utarbeidet og distribuert fra Questback. Vi valgte også å sende en e-post med lenke til spørreundersøkelsen. Etter studiens slutt vil materialet som ligger på Questback bli slettet. Kontaktinformasjonen som vi fant til våre respondenter er lagret på Google Docs. Denne informasjonen er det kun vi som har tilgang til gjennom vår konto. Av kontaktinformasjon samlet vi inn navn, stilling, e-postadresse og telefonnummer, denne informasjonen ble ikke lagret sammen med svarene fra spørreundersøkelsen. Kontaktinformasjonen vil bli slettet når studiet er ferdig. Det er kun vi som har tilgang til undersøkelsen på Questback. Det vil ikke være mulig for andre å se hva den enkelte respondent har svart.

4.7 Evaluering av datamaterialet og etiske betraktninger

4.7.1 Reliabilitet, validitet og generaliserbarhet

Reliabilitet viser til undersøkelsens pålitelighet, om gjentatte målinger på samme utvalg, av en annen eller samme forsker vil gi likt resultat (Johannessen et al. 2011). Pilotintervjuet i forkant av utarbeidelsen av spørreundersøkelsen bidrar til å øke undersøkelsens reliabilitet (Roberts 1999). Vi har et stort utvalg med god svarprosent, og dette kan være et argument for at reliabiliteten er god. Spørreundersøkelse på e-post hindrer også uønskede effekter, for eksempel intervjuer bias, som kan oppstå ansikt til ansikt, eller over telefon (Roberts 1999), noe som styrker reliabiliteten ved denne spørreundersøkelsen. Enkelte respondenter kommenterte at de reagerte negativt på begrepet styring. I spørreundersøkelsen ble begrepet operasjonalisert gjennom spørsmål og påstander, slik er resultatene preget av vår forståelse av styring. Vi fikk også kommentarer på at spørreundersøkelsen var omfattende og tok lengre tid enn hva som var oppgitt. Dette kan ha ført til at noen få respondenter har gått litt fort gjennom spørsmålene. Likevel har vi inntrykk av at de som svarte var veldig interesserte i å gi et reelt bilde av sin situasjon, basert på den store mengden kommentarer vi fikk i kommentarfeltet. Dette indikerer også et stort engasjement rundt temaet, som kan ha bidratt til kvalitet på besvarelsen. Dessuten var “vet ikke”

alternativet gjennomgående relativt lite brukt, noe som tyder på at spørsmålene var forståelige og at respondentene hadde en mening og kunnskap om det de ble spurt om.

Validiteten handler om vi måler det vi faktisk ønsker å måle (Jacobsen 2005). For å sikre dette i vår spørreundersøkelse var pilotintervjuet og pretesten sentral, samt at vi leste oss opp på tidligere rapporter og artikler om temaet. Kunnskap om temaet var grunnleggende for at vi kunne stille hensiktsmessige spørsmål i en komplisert kontekst som undersøkelsen omfattet. Pilotintervjuet bidro også til økt forståelse av konteksten og hvilke spørsmål det var relevant for oss å stille og slik øker validiteten (Roberts 1999). Pretest av spørreundersøkelse er viktig for å sikre at det tenkte utvalget forstår spørsmålene og slik unngår misforståelser (Van der Stede et al. 2005). Dette er spesielt viktig ved en spørreundersøkelse via e-post, da det ikke er mulig å oppklare spørsmål undersveis (Van der Stede et al. 2005). Pretesten ble gjennomført av en kommuneoverlege og representerer derfor utvalget. I etterkant av pretesten hadde vi et møte med kommuneoverlegen der spørreundersøkelsen ble grundig gjennomgått i to timer. Bruk av pretest førte til endringer i spørreundersøkelsen og styrker undersøkelsens validitet (Roberts 1999). Grunnet begrenset tid ble det ikke gjennomført flere pretester, noe som ville kunnet forbedre validiteten ytterligere. Tilbakemeldingen fra representanten etter pretesten var såpass grundig at det likevel styrket undersøkelsens validitet. Validiteten ble også sikret gjennom at vi sammenlignet våre resultater med tilsvarende resultater fra andre rapporter.

Selv om responsraten er noe lavere enn hva som er gjennomsnittlig responsrate for spørreundersøkelser innen økonomistyring, kan den likevel være generaliserbar dersom det ikke er en trend hos de som ikke har svart (Van der Stede et al. 2005). I vår frafallsanalyse argumenterer vi for at det ikke ser ut til å være en trend hos de som ikke har svart. Dette gjelder også de som ikke fullførte spørreundersøkelsen. Dette øker sannsynligheten for at undersøkelsens resultater kan overføres på andre lignende kontekster.

4.7.2 Etiske betraktninger

Oppgaven er meldt inn til Norsk Senter for Forskningsdata(NSD), der prosjektet ble vurdert til å være i samsvar med personvernlovgivningen. Ifølge lovgivningen skal respondenter og informanter informeres om rettigheter dersom de kan identifiseres i datamaterialet. E-postadressen er det som kan brukes til å identifisere respondentene, men data anonymiseres i oppgaven. I ettertid skal anonymiserte data bli overført til veileder og rådata slettes. I distribusjonsmailen ble informasjonsskrivet med respondentenes samtykke og rettigheter vedlagt, se vedlegg 14 og 15.

Empiri og analyse

5.1 Beskrivelse av respondentene

Spørreundersøkelsen ble sendt ut til helselederen og kommuneoverlegen i alle kommunene i landet med ansvar for legetjenesten. Antall respondenter er fordelt på 174 (51 %) kommuneoverleger og 167 (49 %) helseledere. Helselederne hadde stillingstitler som kommunalsjef helse og omsorg, sektorleder og enhetsleder. Av kommuneoverlegene svarte 52 at de i tillegg hadde administrativt ansvar for legetjenesten. Figur 4 viser hvordan respondentenes stilling fordeler seg på de ulike kommunestørrelsene.

De fleste kommunene i vårt utvalg har bare én kommuneoverlege, men det er noen som har flere, se vedlegg 2. De kommunene som hadde flere kommuneoverleger indikerte et høyere tall på årsverk for kommuneoverleger, men gjennomsnittet er på 0,82, sammenlignet med gjennomsnittet for stillingsprosenten til kommuneoverleger som er på 60 %, se vedlegg 3 og 4. Våre respondenter har iløpet av de siste 3 månedene brukt 32 % av sin stillingsprosent på arbeidsoppgaver angående legetjenesten, se vedlegg 5.

Majoriteten av våre repondenter (63,3%) har for tiden ikke ledige hjemler i kommunen, 28,7 % som svarer at de har det, og én respondent er usikker. Dermed har vi en god andel respondenter som er i prosessen med å rekruttere fastleger.

27 av kommuneoverlegene var ansatt i et interkommunalt samarbeid med flere kommuner, der noen opplever ulik praksis mellom kommunene. Dette er et såpass lite utvalg i vår gruppe at det er vanskelig å generalisere resultatene.



Figur 5.1: Antall respondentsvar per kommuneoverlege og helseleder fordelt på kommunistørrelse.

5.2 Forståelsen av begrepet styring

Respondentene hadde mulighet til å legge inn kommentarer i slutten av spørreundersøkelsen. Gjennom denne fikk vi forståelsen av at en god del av respondentene hadde en annen oppfatning av begrepet styring enn det vi har lagt til grunn. Vi valgte en bred definisjon som inkluderer både formelle og uformelle styringsmekanismer (Ouchi 1979, Simons 1995, Malmi & Brown 2008, Merchant & Van der Stede 2012). Styring etter vår definisjon, har til hensikt å påvirke atferd slik at organisasjonen oppfyller overordnede mål (Ouchi 1979, Simons 1990, Cäker & Siverbo 2011, Merchant & Van der Stede 2012). De formelle styringsmekanismene inndeles inn i resultatstyring og regelstyring der styringens fokus er på resultat og/eller atferd. For å få et helhetlig styringsystem inkluderes uformelle styringsmekanismer, der fokuset er på tankesettet til de ansatte (Alvesson & Kärreman 2004). Vi valgte også å inkludere dimensjonen organisasjonsstruktur hvor roller og ansvar blir fastlagt. Kommentarene tyder på at forståelsen respondentene har for begrepet styring ligner på Anthony (1965) sin definisjon der kontroll, overvåking og måling er sentralt. Denne forståelsen av styring er smalere enn den vi legger til grunn. Vår definisjon av styring inkluderer også blant annet dialog, inkludering, tillit, felles forståelse av mål og rekruttering. De styringsmekanismene som viser seg å være i bruk vil utgjøre en styringspakke. Følgende sitater viser respondentenes forståelse og holdninger til begrepet styring.

Selve begrepet styring av fastleger oppleves som feil, og vil kanskje virke provoserende for enkelte.

Helseleder, 10 000 - 19 999 innbyggere

Jeg, som kommuneoverlege, har fortsatt til gode å oppleve reelt behov for "styring av fastlegene". Dette er i stor grad et administrativt påfunn som tar tid fra alles arbeidshverdag - og i aller størst grad gjelder dette fastlegenes hverdag[...]

Kommuneoverlege, 20 000- 49 999 innbyggere

Helselederen peker på at selve begrepet styring kan virke provoserende for andre respondenter, da de muligens ikke oppfatter sin aktivitet ovenfor fastlegene som styring. Mens denne kommunenoverlegen mener styring kun er et administrativt påfunn, der bruk av det nesten frarådes. Begge forstår styring som noe negativt som bør unngås.

Vi benytter ikke styring som verktøy for ledelse, hverken av fastleger eller andre. Styring er en særdeles utdatert form for ledelse. Vi benytter mye ressurser på ledelse av fastlegene i kommunen, men det gjøres gjennom tiltak som dialog, informasjon, drøftinger, møter hvor felles kunnskapsgrunnlag og forståelse er forutsetninger for å komme fram til gode løsninger. Vi legger mye ressurser i planarbeid for legetjenesten hvor sikring av gode vilkår for spesialistutdanning i allmennmedisin og samfunnsmedisin, samt resertifisering av samfunnsmedisinspesialiteten, er ett av flere viktige tiltak. For oss framstår det således svært underlig at dere i denne undersøkelsen gjentatte ganger spør om styring og ikke om ledelse[...]

Kommuneoverlege, 10 000-19 999 innbyggere

Styring benevnes som en utdatert form for ledelse i dette sitatet. Det presiseres derimot at de bruker ressurser på dialog, informasjon, drøftinger, møter og planarbeid.

Fastlegene betjener befolkningen under et liberalt og ansvarlig yrke. Fastlegene nyter stor tillit og suksess i og ovenfor befolkningen. Styring er ikke et mål i seg selv, men måloppnåelse er heller nødvendig, forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp, hvor fastlegene er en viktig aktør.

Kommuneoverlege, 20 000- 50 000 innbyggere

Denne kommuneoverlegen reflekter over hvordan styring ikke nødvendigvis ses som et mål i seg selv. Det er heller tilliten som fastlegene har ovenfor befolkningen som trekkes frem som et viktig element.

Som sitatene viser var det en negativ oppfatning av begrepet styring hos flere av respondentene. Sitatene og undersøkelsens resultater generelt finner at de faktisk benytter seg av flere midler som vi forstår som styringsmekanismer. I relasjonen med fastlegene bruker kommunene tid på møter, informasjonsdeling, planarbeid og å skape en felles forståelse av mål. Dessuten påpekes tillit som et viktig element. Vår forståelse av økonomistyring inkluderer alle disse aktivitetene. Dette kan derfor tyde på at kommunene driver med mer styring enn de er klar over.

5.3 Fastlønnede fastleger

En andel på 48,7 % (166) av våre respondenter har inngått avtaler med fastlønnede fastleger. Av de som oppga andel fastlønnede var gjennomsnittet på 60,0 %. Respondentene våre har til sammen gjennomsnittlig 26,9 % fastlønnede leger, dette er høyere enn landsgjennomsnittet som ligger på 15,2 %, ifølge Gaardsrud (2019). Respondentene våre har en høy andel kommunalt ansatte fastleger, og kan bidra til innsikt og nyansering i ordningen med fastlønnede.

Majoriteten av respondentene (56,6 %) som har fastlønnede fastleger opplever at de i stor eller svært stor grad er enklere å styre en selvstendig næringsdrivende fastleger, se tabell 5.4. Et flertall av kommunene (65,1 %) anser det som lettere å holde en tett dialog med med fastlønnede leger. Majoriteten gir også i stor grad uttrykk for at det er lettere å holde oversikt over fastlegenes praksis dersom de er fastlønnede. Rett under halvparten (48,5 %) opplever at sanksjonsmuligheter relativt sett er lettere tilgjengelig for fastlønnede leger. Dette nyanserer funnene til Agenda Kaupang AS (2016) som fant at kommuner ikke nødvendigvis erfarte at fastlønnede fastleger som enklere å styre eller at de benyttet seg mer av det økte styringsrommet som fast ansettelse gir.

Påstand	Svaralternativ					
	Svært liten grad 1	2	3	4	Svært stor grad 5	Vet ikke
Fastlønnede fastleger er enklere å styre i ønsket retning enn selvstendig næringsdrivende. (n=166)	4 (2,4 %)	9 (5,4 %)	44 (26,5 %)	56 (33,7 %)	38 (22,9 %)	15 (9,0 %)
Det er enklere for kommunen å holde en tettere dialog med fastlønnede enn selvstendig næringsdrivende. (n=166)	3 (1,8 %)	10 (6,0 %)	35 (21,1 %)	65 (39,2 %)	43 (25,9 %)	10 (6,0 %)
Det er lettere for kommunen å holde oversikt over fastlønnede fastlegers aktivitet og praksis. (n=166)	5 (3,0 %)	14 (8,4 %)	32 (19,3 %)	58 (34,9 %)	48 (28,9 %)	9 (5,4 %)
Jeg opplever at det er flere tilgjengelige sanksjonsmuligheter ovenfor fastlønnede enn selvstendig næringsdrivende fastleger. (n=166)	11 (6,7 %)	15 (9,1 %)	32 (19,4 %)	47 (28,5 %)	33 (20,0 %)	27 (16,4 %)

Tabell 5.1: Påstander relatert til fastlønnede fastleger.

Våre funn indikere at kommunene opplever et bedre samarbeid med fastlønnede fastleger. Dette er i tråd med funnene til Agenda Kaupang AS (2016). Kommentarfeltet nyanserte forholdet til fastlønnede leger ytterligere, der flere peker på positive effekter av fastlønnede fastleger i forhold til selvstendige næringsdrivende fastleger.

Det er vesentlig lettere for kommunen å styre og samhandle med fastleger på fast lønn enn med privat næringsdrivende fastleger, som altfor mange steder driver en segregert legevirkosomhet som et forretningsforetak “nede i gata” og viser for liten interesse for å delta i samhandling og utvikling av den totale kommunale helsetjeneste. Det er også lettere å utløse engasjement innenfor offentlig allmennmedisinsk arbeide og samhandling med andre helsearbeidere i kommunen og samhandlingsprosjekt med helseforetaket hvor en større andel av legene er på fast lønn.

En kommune har, etter min erfaring og overbevisning, en dys-fungerende legetjeneste hvis det bare er næringsdrivende fastleger! De blir altfor ofte "kelnere" som kun serverer de listepasientene som sitter ved deres bord. En god kommune må ha en balansert legetjeneste som også ivaretar et sterkt samfunnsansvar og -engasjement, og som stiller opp i utviklingsprosesser innenfor helsetjenesten i kommunen og ovenfor helseforetaket. Fastlegene er jo svært kvalifiserte. Pekuniære hensyn kan hindre slik deltaking

Kommuneoverlege, 2 000-4 999 innbyggere

Kommuneoverlegen i sitatet ovenfor har tydelige erfaringer med at fastlønnede fastleger er vesentlig for kommunens kvalitet på helsetjenesten. Det reflekteres også over at selvstendige fastleger i mindre grad er delaktig i kommunens helhetlige helse- og omsorgsoppgaver. De positive virkningene av fastlønnede fastleger kan sees i sammenheng med funnene til Mintzberg (2012) der fravær av økonomiske insentiv økte kvaliteten på legenes behandling.

[Det er] vanskeligere å "styre" disse [fastlønnede fastlegene] fordi legekantoret brukes som "melkeku" av kommunen som har kronisk dårlig økonomi. Legekantoret er hele tiden skviset på den måten at de aldri har noe økonomisk handlingsrom og ikke har det samme handlingsrommet som våre privatpraktiserende fastleger har (ansette folk, skaffe større plass, osv.). Den økonomiske berg-og-dal-banen legekantoret er i pga. kommunens dårlige økonomi gjør at jeg som kommuneoverlege har mindre faglig handlingsrom med de fastlønnede fastlegene. Saken er at jeg ikke anbefaler fastlønnede fastlegekontorer med mindre avtalene mellom legene og kommunen innrettes slik at de fastlønnede legene har noenlunde samme økonomiske handlingsrom som andre fastleger. Som administrativ leder for de fastlønnede legene må jeg si at denne driftsformen gir få fordeler og mange ulemper - den stadige "styringen" fra bydelens side i form av innstramning og nedskjæring er et stort stress moment for våre fastlønnede fastleger[...]

Kommuneoverlege, 20 000 - 50 000 innbyggere

Produktiviteten faller fort med kommunalt ansatte leger. Da kreves det flere leger og det blir dyrere for kommunene. Det virker som at kommunalt ansatte leger ønsker fordelene ved å være kommunalt ansatt (avspasering etter vakt, betalt kurs, ferier, krav om betalt overtidsarbeid til tross for svært gode lønnsavtaler, osv), men samtidig ha stor frihet i å definere egne arbeidsoppgaver. Kommunalt ansatte leger er ikke enklere å styre enn private fastleger!

Kommuneoverlege, 2 000- 4 999 innbyggere

Ikke alle enige i at fastlønnede leger er enklere å styre. I sitatene over reflekterer to kommuneoverleger over hvordan kommunens økonomiske situasjon kan ha en betydning for opplevelsen

av de positive effektene av fastlønnede leger.

Våre kvantitative funn tyder på at fastlønnede fastleger gir flere positive effekter for kommunens styringsmuligheter enn selvstendige næringsdrivende. Derimot viser kommentarene at dette bilde ikke er entydig. Her påpekes både positive og negative sider ved det å ha fastlønnede fastleger.

5.4 Relasjonen mellom kommunene og fastlegene

I relasjonen mellom kommunen og fastlegene kan legene ses som en agent som utfører oppgaver på vegne av kommunen, prinsipalen. Kommunen må inngå avtaler med fastlegene, fordi de er avhengige av deres kompetanse for å innfri sitt sørge-for-ansvar. Prinsipal-agentteorien forutsetter at agenten handler opportunistisk derfor vil ulike typer av kontroll og overvåking være nødvendig. Dette behovet reduseres dersom agenten ligner mer på en steward (Davis, Schoorman & Donaldson 1997). I tilfellet med steward kan for strenge rammer lede til opportunistisk handling.

Innenfor fastlegeordningen har finansieringssystemet blitt beskyldt for å gi selvstendig næringsdrivende fastleger insentiver til å nedprioritere svakere pasientgrupper og overforbruke tjenester (Hasselgård et al. 2019). Dette er fordi fastlegenes inntjening avhenger av antall konsultasjoner og antall tjenester utført. Er fastlegene drevet av ønske om høy inntjening kan derfor finansieringssystemet resultere i raske konsultasjoner og høyt forbruk av tjenester. En tydelig majoritet av kommunene opplever derimot at fastlegene ikke nedprioriterer svakere pasientgrupper, se tabell 5.2. Flertallet av kommunene oppgir også at de ikke har mistanke om overforbruk av tjenester. Dette tyder på at kommunene har liten mistanke om opportunistisk atferd og opplever at de har sammenfallende målsetninger. Majoriteten (67,4 %) av kommunene oppgir at de i stor eller svært stor grad opplever at fastlegene og de arbeider mot samme mål, se tabell 5.4. Dette kan underbygges med at resultatene også viser at kommunene erfarer liten grad av målkonflikter. Kommuner med mindre innbyggere enn 5 000 ser ut til å ha opplevd færre målkonflikter og kommuner med flere innbyggere enn 50 000 ser ut til å ha opplevd flere målkonflikter, se figur 5.2b.

Fravær av målkonflikter mellom kommunene og fastlegene kan indikere at fastlegene heller bør betraktes som en steward enn som en agent. En steward styres av en indre motivasjon til å arbeide mot prinsipalens mål. Kontroll og overvåking kan føre til at stewarden mister motivasjonen som kan resultere i redusert innsats (Davis, Schoorman & Donaldson 1997). I situasjoner med en steward kan risikoen i større grad overføres uten at det påløper ekstra kostnader. I denne situasjonen kommer likevel agentkostnader til syne gjennom kostnader påløpt som følge av

Påstand	Svaralternativ					
	Svært liten grad 1	2	3	4	Svært stor grad 5	Vet ikke
Jeg opplever at det er en risiko for at svakere pasientgrupper blir nedprioritert fordi fastlegene vil tjene mer. (n=338)	186 (55,0 %)	79 (23,4 %)	36 (10,7 %)	8 (2,4 %)	9 (2,7 %)	20 (5,9 %)
Jeg har mistanke om at enkelte fastleger praktiserer overforbruk av tjenester (eks. henvisninger, labtjenester osv.) (n=339)	141 (41,6 %)	92 (27,1 %)	35 (10,3 %)	26 (7,7 %)	9 (2,7 %)	36 (10,6 %)
Jeg opplever at kommunen har god oversikt over fastlegenes forbruk av tjenester (eks. henvisninger, labtjenester osv.) (n=338)	77 (22,8 %)	80 (23,7 %)	75 (22,2 %)	52 (15,4 %)	42 (12,4 %)	12 (3,6 %)

Tabell 5.2: Relasjonen mellom kommuner og fastleger

innhenting av styringsinformasjon, kompensasjon for deltagelse i møtevirksomhet og rekrutteringsutfordringer. Kostnadene som oppstår tyder på at fastlegene kan ha selvdefinerte mål som ikke er sammenfallende med kommunenes. Derfor kan ikke risikooverføringen til fastlegene sees som kostnadsfri på tross av at fastlegene oppleves å arbeide mot samme mål.

Tabell 5.2 viser at i underkant av halvparten av kommunene (46,5 %) opplever at de i liten eller svært liten grad har oversikt over fastlegenes forbruk av tjenester. Mens 27,8 % mener de i liten eller svært liten grad har det. Det er dermed en større andel av kommunene som ikke innhenter informasjon om fastlegenes forbruk. Opplevelsen av at partene jobber mot samme mål kan ha bidratt til dette. Dette kan også sees i sammenheng med lav mistanke om overforbruk og det høye tillitsnivået i relasjonen, der 91,1 % av kommunene opplever tillit som en svært viktig faktor i styringen av fastlegene, se avsnitt 5.7.3 som omhandler dette. Kommunene kan dermed velge å fokusere sin innsats på andre områder som de opplever som mer hensiktsmessige i forbindelse med sin styring av fastlegene.

Som vist ovenfor preges relasjonen mellom kommunen og fastlegene av opplevd målkongruens, lite målkonflikter og stor tiltro til at legene ikke nedprioriterer svakere pasientgrupper for å oppnå raskere konsultasjoner. Det vurderes også å være liten risiko for at fastlegene overforbraker tjenester. Dette kan forklares med at det er stor tillit til fastlegene som derfor behandles mer som en steward enn som en agent. Risikooverføringen fører til kostander for kommunen selv om mange av fastlegenes mål er sammenfallende med kommunenes. Funnene indikerer også at forholdet er preget av relasjonelle kontrakter der tillit er sentralt (Nyland & Pettersen 2018).

5.5 Resultatstyring

I resultatstyring er hensikten at fastsettelse av mål og planer skal motivere de ansatte til å utføre ønskede handlinger. Merchant & Van der Stede (2012) understreker at målsetninger, og gode måter å kommunisere dette ut, må være tilstede for at resultatstyring skal fungerer. Paulsen, Lippestad & Johansen (2010) uttrykker at kommunene har et behov for å sette klare mål og utforme planer for hvordan de skal nå disse i legetjenesten. Agenda Kaupang AS (2016) hevder

at kommuner som har utarbeidet en plan for legetjenesten opplever et bedre samarbeid mellom kommunene og fastlegene, samt at fastlegene arbeider mer opp mot behovene til kommunene. Agenda Kaupang AS (2016) fant derimot at nesten ingen av kommunene i deres utvalg hadde utarbeidet en slik plan.

5.5.1 Utarbeidelse av planer og for legetjenesten og ulike mål

Ifølge rammeavtalen skal kommunen utarbeide en plan for legetjenesten. Denne kan eksempelvis inneholde ønsket listelengde og sammensetning av pasientpopulasjon. Undersøkelsen viser at 41,6 % av kommunene hadde utarbeidet slike planer, se tabell 5.3. Det er mer vanlig å utarbeide en plan for de større kommunene. Årsaker til dette kan være at større kommuner har mer kapasitet til å utarbeide planer, men også at de opplever et større behov på grunn av avstandsforholdet mellom kommunen og fastlegene. De større kommunen skal nå ut til et stort antall fastleger og trenger derfor effektive kommunikasjonmetoder som en plan kan representere. De mindre kommunen har større muligheter for å kommunisere gjennom mer uformelle kanaler og derfor vil utarbeidelse av en overordnet plan oppleves som mindre nyttig. Våre funn viser at en nokså stor andel av kommunene faktisk utarbeider en plan for legetjenesten, til forskjell fra Agenda Kaupang AS (2016) som fant at få gjorde det. Vår studie fant også at en overvekt av helseledere ikke vet om det er opprettet mål, plan eller strategi for fastlegetjenesten. Dette tyder på at kommuneoverlegene kan ha bedre oversikt over legetjenesten. Våre funn underbygger at det er mer styring innad i kommunene enn hva kommunene selv later til å tro og som tidligere hevdet av Agenda Kaupang AS (2016).

Spørsmål	Svaralternativ		
	Ja	Nei	Vet ikke
Er det utarbeidet en strategi og/eller plan for legetjenesten i kommunen? (n=341)	142 (41,6 %)	188 (55,1 %)	11 (3,2 %)
Er det satt opp konkrete mål for legetjenesten i kommunen? (eks. listelengde, avvikling av solopraksis) (n=341)	195 (57,2 %)	139 (40,8 %)	7 (2,1 %)
Er det satt opp konkrete mål for den enkelte fastlege? (n=341)	63 (18,5 %)	260 (76,2 %)	18 (5,3 %)
Er det satt opp konkrete mål for det enkelte legekantor/legesenter? (n=341)	87 (25,5 %)	233 (68,3 %)	21 (6,2 %)

Tabell 5.3: Utarbeidelse av plan og mål.

Majoriteten av respondentene svarer at kommunen utarbeider konkrete mål for legetjenesten, mens 40,8% ikke gjør det. Utarbeidelse av konkrete mål for legetjenesten er mer vanlig for større kommuner enn for de mindre kommunene. Som nevnt ovenfor kan årsaker til dette være at de større kommunene opplever dette som mer effektivt i kommunikasjonen med fastlegene, enn det de mindre kommunene gjør. Paulsen, Lippestad & Johansen (2010) påpekte derimot at mindre kommuner oppga konkrete mål for legetjenesten som mer betydningsfullt enn de

større kommunene. Dette paradokset kan forklares ved at større kommuner har mer ressurser og kompetanse til å utarbeide mål for legetjenesten.

Av respondentene er det hele 18 % som oppgir at de utarbeider konkrete mål for den enkelte fastlege. Dette var også mer vanlig blant de mindre kommunene. Av kommunene med under 20 000 innbyggere hadde i overkant av 20 % opprettet konkrete mål for den enkelte fastlege, mot 6 % innenfor de kommunene med flere innbyggere. De mindre kommunene opplever antageligvis mål for den enkelte fastlege som mer hensiktsmessig, da de har færre fastleger og det derfor er enklere å føre en tettere dialog. En fjerdedel av kommunene har opprettet konkrete mål for det enkelte legekantor. Det er en overvekt av de mindre kommunene også utfører dette, der en tredjedel av kommuner med lavere innbyggertall enn 10 000 hadde satt opp mål for det enkelte legekantor, mens i de resterende kommunestørrelsene var det en fjerdedel av de som i gjennomsnitt hadde gjort det. Årsaken til at det er de mindre som i størst grad oppretter mål for det enkelte legekantor kan være fordi de mer mulighet til å føre en tettere dialog med det enkelte legekantor, siden det er færre av dem, og derfor vil det oppleves som mer nyttig. Under pretesten ble det kommentert at mål for den enkelte fastlege og for det enkelte legekantor ikke var aktuelt. Funnene indikerer derimot at det er en nokså uventet stor andel som utfører nettopp dette.

Det er mest vanlig å utarbeide planer og mål for legetjenesten, mer sjeldent utarbeides konkrete mål for den enkelte fastlege eller det enkelte legekantor. Likevel er det en overraskende stor andel som faktisk gjør det. Forskjellene på kommunestørrelse kommer tydelig frem her, da det er mer vanlig at de større utarbeider planer og mål for legetjenesten, mens de mindre representerer den største andelen som utarbeider konkrete mål for den enkelte fastlege eller det enkelte legekantor. Dette tyder også på at det er mer styring enn det kommunene gir inntrykk av.

Samarbeidet er ikke tuftet på strategiske planer og systemer, men heller på god praksis og opplevelsen av en praksis som fungerer godt.

Helseleder, 5 000- 9 999 innbyggere

I kommunen, i sitatet over, har de hverken utformet plan eller ulike mål for legetjenesten, likevel beskrives et velfungerende samarbeid. Agenda Kaupang AS (2016) fant en tendens til at kommuner som hadde utarbeidet en plan for legetjenesten oftere opplevde samarbeidet som godt, men sitatet viser at det motsatte også kan være tilfellet. Helselederen trekker frem god praksis som en viktig årsak til det gode samarbeidet.

Legetjenesten befinner seg i en kontekst der det er utfordrende å fastsette målsetninger som har en kausal sammenheng med de overordnede målene. Lite årsakssammenheng kan undergrave organisasjonens overordnede mål (Goold & Quinn 1990). Da bør heller målene benyttes til å måle fremgang, istedetfor motivering, jf. figur 3.5 i kapittel 3. Dette indikerer at i styringen av

fastlegene bør styringspakken også inkludere andre mekanismer.

5.5.2 Erfaringer knyttet til målsetninger

Selv om det ikke er satt opp konkrete mål viser resultatene våre at det likevel kan oppleves enighet om hvilke mål som gjelder. I helsetjenesten kan det være utfordrende å utarbeide spesifikke mål (Mintzberg 2012). Her ser vi på ulike erfaringer kommunene har til plan og målsetninger.

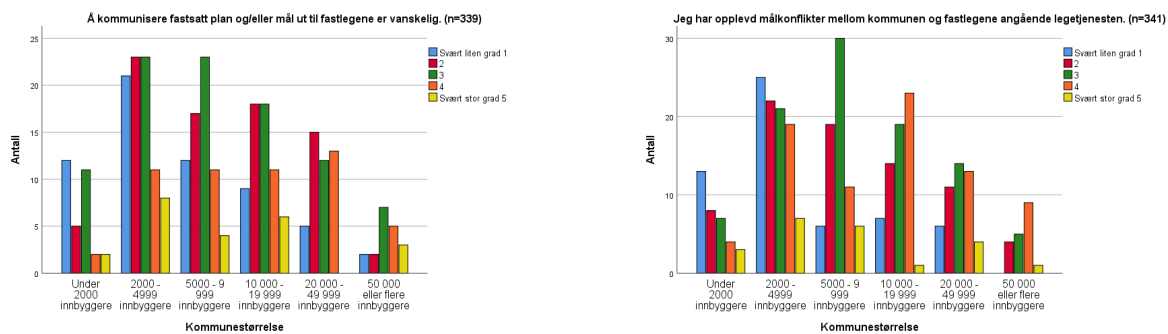
Påstand	Svaralternativ					
	Svært liten grad 1	2	3	4	Svært stor grad 5	Vet ikke
Jeg opplever at kommunen og fastlegene arbeider mot samme mål. (n=341)	4 (1,2 %)	23 (6,7 %)	80 (23,5 %)	148 (43,4 %)	82 (24,0 %)	4 (1,2 %)
Jeg opplever at kommunen må velge mellom statlige og kommunale mål innenfor helsesektoren. (n=335)	38 (11,3 %)	57 (17,0 %)	117 (34,9 %)	53 (15,8 %)	12 (3,6 %)	58 (17,3 %)
Jeg har opplevd målkonflikter mellom kommunen og fastlegene angående legetjenesten. (n=341)	57 (16,7 %)	78 (22,9 %)	96 (28,2 %)	79 (23,2 %)	22 (6,5 %)	9 (2,6 %)
Å utforme konkrete mål for den enkelte fastlege/ det enkelte fastlegekontor er hensiktsmessig for å oppnå bedre styring. (n=338)	26 (7,7 %)	43 (12,7 %)	74 (21,9 %)	95 (28,1 %)	51 (15,1 %)	49 (14,5 %)
Å kommunisere fastsatt plan og/eller mål ut til fastlegene er vanskelig. (n=339)	61 (18,0 %)	80 (23,6 %)	94 (27,7 %)	53 (15,6 %)	23 (6,8 %)	28 (8,3 %)

Tabell 5.4: Påstander relatert til resultatstyring.

Kommunene opplever at de sammen med fastlegene i stor grad arbeider mot samme mål. Kommuner med mindre innbyggere enn 5 000 opplever dette i størst grad. Felles mål gir færre målkonflikter slik resultatene våre også viser. Her er det derimot en forskjell på kommunestørrelse der de kommunene med færre innbyggere enn 5 000 ser ut til å ha opplevd mindre målkonflikter enn de større, se figur 5.2b.

Kommunene opplever i stor grad at det er hensiktsmessig å utarbeide konkrete mål for den enkelte fastlege og/eller legekantor, i størst grad av kommuner med færre enn 5 000 innbyggere. Når kommunen fastsetter mål er det avgjørende at kommunen har metoder for å kommunisere dette enkelt ut til fastlegene. Resultatene tyder på at en overvekt av kommunene ikke synes det er vanskelig å kommunisere mål og plan ut til fastlegene. Kommuner med innbyggere mindre enn 5 000 opplever dette som enklere enn de større, se figur 5.2a.

Resultatene kan tyde på at mindre kommuner har tettere kontakt med fastlegene og dermed enklere og mer effektive kommunikasjonskanaler. Da vil det muligens også oppleves som mer nyttig å ha mål for den enkelte fastlege og det enkelte legekantor. Muligheten for tett kontakt kan også forklare at mindre kommuner opplevde mindre grad av målkonflikter og hadde større opplevelse av å arbeide mot samme mål. I små kommuner vil det være færre fastleger og legekantor. Lokaliseringen av legekantor vil ofte være i kort avstand til den kommunale administrasjonen (Agenda Kaupang AS 2016). Dette er faktorer som kan bidra til en tettere kontakt og



(a) Påstand om kommunisering av målsetninger.

(b) Påstand om opplevde målkonflikter.

Figur 5.2: Påstander om kommunisering av mål og målkonflikter i relasjonen med kommunen og fastlegene.

en gjensidig forståelse av hverandres arbeidshverdag og vil antageligvis bidra til at de i større grad arbeider mot de samme målene, kommuniserer godt og opplever mindre målkonflikter.

Erfaringen av å arbeide mot samme mål og lite målkonflikt kan kobles til at fastlegene tenderer til å ligne mer på en steward enn en agent for alle kommunestørrelsene. En steward har en indre motivasjon for å oppnå prinsipalens mål og overvåkning og kontroll vil være unødvendig Davis, Schoorman & Donaldson (1997). At kommunikasjonen av mål i stor grad erfares som enkelt kan også kobles til dette. Å kommunisere til en steward vil antageligvis være mindre krevende siden de har sammenfallende mål.

5.5.3 Innhenting av styringsinformasjon

Resultatstyring gir rom for autonomi hos den ansatte, som selv kan vurdere hvilke handlinger som skal utøves for å nå målet. I situasjoner der det er vanskelig å måle prosess, kan resultat på ulike prestasjonsmål brukes som et alternativ til å se på fremgangen til organisasjonen (Merchant & Van der Stede 2012). Det er viktig at prestasjonsmålene er utformet på en måte slik at de faktisk motiverer til å nå de overordnede målene (Merchant & Van der Stede 2012). Dette er en sentral utfordring for utarbeidelse av prestasjonsmål for fastlegene. Hva som konkret er det overordnede målet kan være vanskelig å formulere, samtidig som det vil være vanskelig å fastsette prestasjonsmål som direkte eller indirekte vil bidra til å nå de overordnede målene (Merchant & Van der Stede 2012). Dette kan sees i sammenheng med styringsirkelen som forutsetter en kobling mellom de overordnede målene og handlingsplanene (Young 2012). Dersom det er en dekopling her vil det kunne føre til styringsproblemer (Nyland & Pettersen 2018).

Styringsinformasjon om fastlegenes praksis kan brukes som indikator på deres innsats, siden prosessen er vanskelig å måle. I Paulsen, Lippestad & Johansen (2010) sin undersøkelse besvarte kun 80 av 188 kommuneoverleger at det ble innhentet styringsdata i forhold til fastlegenes

Påstand	Svaralternativ					
	Svært liten grad 1	2	3	4	Svært stor grad 5	Vet ikke
Kommunen samler systematisk inn styringsinformasjon om fastlegene. (n=340)	135 (39,7 %)	82 (24,1 %)	67 (19,7 %)	31 (9,1 %)	13 (3,8 %)	12 (3,5 %)
Kommunen har tilstrekkelig styringsinformasjon om fastlegene. (n=337)	84 (24,9 %)	70 (30,8 %)	83 (24,6 %)	61 (18,1 %)	18 (5,3 %)	21 (6,2 %)
Kostnadene ved å utføre målinger overgår nytten. (n=338)	41 (12,1 %)	39 (11,5 %)	71 (21,0 %)	33 (9,8 %)	16 (4,7 %)	138 (40,8 %)
Jeg opplever at økt styring fører til flere konflikter mellom kommunen og fastlegene. (n=338)	40 (11,8 %)	52 (15,4 %)	75 (22,2 %)	71 (21,0 %)	31 (9,2 %)	69 (20,4 %)

Tabell 5.5: Styringsinformasjon og målinger utført av kommunen

praksis. Agenda Kaupang AS (2016) fant at få av utvalgskommunen samlet inn styringsdata systematisk til planlegging, oppfølging og styring av legetjenesten. Agenda Kaupang AS (2016) anbefaler at innhenting av styringsinformasjon bør skje regelmessig og på en måte som ikke medfører ekstra belastning for fastlegene. Både av Paulsen, Lippestad & Johansen (2010) og Agenda Kaupang AS (2016) blir bruken av styringsinformasjon lite undersøkt.

Resultatene illustrert i tabell 5.5 viser at en tydelig majoritet (63,8 %) av respondentene i liten eller i svært liten grad samler systematisk inn styringsinformasjon om fastlegene. Fordelingen er nokså lik uavhengig av kommunestørrelse og i tråd med funnene til Paulsen, Lippestad & Johansen (2010) og Agenda Kaupang AS (2016).

Underkant av halvparten av kommunene (45,7 %) oppgir at de i liten eller svært liten grad har tilstrekkelig styringsinformasjon om fastlegene. Dette indikerer at kommunene savner mer styringsinformasjon. Agenda Kaupang AS (2016) hevder at kommunene gjennomgående trenger mer styringsdata i styringen av fastlegene. I vår undersøkelse indikerer flere kommuneoverleger at kommunen i liten grad har tilstrekkelig styringsinformasjon. Paulsen, Lippestad & Johansen (2010) fant en stor forskjell mellom helseledere og kommuneoverleger i hvor stor grad de verdsatte tilgang til gode data om kvalitet og aktivitet i legetjenesten. Helselederen verdsatte det i mye høyere grad. Våre resultater viser at det faktisk er kommuneoverlegene som oftere mener kommunen har for liten styringsinformasjon, noe som står i kontrast til Paulsen, Lippestad & Johansen (2010) sine funn.

Det er en fjerdedel av respondentene som i liten eller svært liten grad erfarer at kostnadene ved å utføre målinger overgår nytten. Her var det en høy “vet ikke” andel som kan bety at respondentene synes det er vanskelig å relatere seg til påstanden. En nokså lik andel av kommunene opplever at økt styring fører til mer konflikt og at økt styring ikke fører til mer konflikt. Dette kan tyde på at konfliktnivået øker litt ved mer styring, men ikke i veldig betydelig grad. I kommuner med lavere innbyggertall enn 5 000 fører økt styring til mindre konflikt enn hos større kommuner. Boer (2015) antydte at økt styring av fastleger i Danmark innebar en økende grad av konflikt. Vår undersøkelse støtter ikke dette helt da 27,2 % opplever at det ikke fører til økt

Hvor ofte har man innhentet informasjon om:	Svaralternativ				
	Aldri undersøkt	Er undersøkt én gang	Av og til	Rutinemessig	Vet ikke
Legenes listelengde (n=338)	8 (2,4 %)	5 (1,5 %)	90 (26,6 %)	227 (67,2 %)	8 (2,4 %)
Informasjon fra Helfo (bruk av takster) (n=335)	104 (31,0 %)	24 (7,2 %)	95 (28,4 %)	76 (22,7 %)	36 (10,7 %)
Åpningstider på legekantor (n=339)	6 (1,8 %)	14 (4,1 %)	99 (29,2 %)	211 (62,2 %)	9 (2,7 %)
Telefontilgjengelighet og ventetid på telefon (n=339)	32 (9,4 %)	29 (8,6 %)	135 (39,8 %)	124 (36,6 %)	19 (5,6 %)
Elektronisk tilgjengelighet, med mulighet for e-konsultasjon, timebestilling og reseptbestilling på nett (n=339)	34 (10,0 %)	34 (10,0 %)	118 (34,8 %)	130 (38,3 %)	23 (6,8 %)
Tilgjengelighet ø-hjelp på dagtid (n=337)	19 (5,6 %)	20 (5,9 %)	105 (31,2 %)	177 (52,5 %)	16 (4,7 %)
Ventetid på konsultasjon (n=337)	48 (14,2 %)	26 (7,7 %)	116 (34,4 %)	116 (34,4 %)	31 (9,2 %)
Bruk av vikarer (n=338)	21 (6,2 %)	7 (2,1 %)	84 (24,9 %)	215 (63,6 %)	11 (3,3 %)
Oversikt over foreskriving av vanedannende medikamenter (n=337)	127 (37,7 %)	31 (9,2 %)	81 (24,0 %)	39 (11,6 %)	59 (17,5 %)
Registrerte lokale klagesaker og klager til Fylkeslegen (n=339)	44 (13,0 %)	22 (6,5 %)	107 (31,6 %)	123 (36,3 %)	43 (12,7 %)
Meldte avvik på driften av fastlegens praksis (n=336)	53 (15,8 %)	26 (7,7 %)	90 (26,8 %)	120 (35,7 %)	47 (14,0 %)
Kvalitetsindikatorer basert på brukernes erfaringer (n=337)	142 (42,1 %)	37 (11,0 %)	63 (18,7 %)	30 (8,9 %)	65 (19,3 %)
Andre kvalitetsindikatorer (n=330)	95 (28,8 %)	25 (7,6 %)	63 (19,1 %)	34 (10,3 %)	113 (34,2 %)

Tabell 5.6: Oversikt over aktiviteter innhenting.

konflikt, mens en nokså lik andel også mener det motsatte. Vår undersøkelse viser at denne problemstillingen ikke er entydig.

Tabell 5.6 viser en oversikt over aktiviteter relatert til fastlegens praksis og hvor ofte disse blir kontrollert av kommunen. Samtlige av spørsmålene er basert på anbefalingene til Agenda Kaupang AS (2016) om hvilke aktiviteter som bør kontrolleres, unntatt spørsmålene om meldte avvik på driften av fastlegens praksis, kvalitetsindikatorer basert på brukernes erfaringer og andre kvalitetsindikatorer som er inspirert av Paulsen, Lippestad & Johansen (2010). Spørsmålet om informasjon fra Helfo har vi innført selv, fordi dette er informasjon som allerede er samlet inn og vi hadde en antagelse at det er lett tilgjengelig. Kort oppsummert viser tabellen at legenes listelengde, åpningstider på legekantor, tilgjengelighet ø-hjelp dagtid og bruk av vikarer er de aktivitetene som majoriteten svarer at de kontrollerer rutinemessig. Mens informasjon fra Helfo, oversikt over foreskriving av vanedannende medikamenter og kvalitetsindikatorer basert på brukernes erfaring svarer over 30% at aldri er undersøkt. Dette er muligens styringsinformasjon som er mer krevende å innhente, og derfor blir mindre hyppig kontrollert. Paulsen, Lippestad & Johansen (2010) fant at de mest vanlige datainnhentingene var ventetider og telefontilgjengelighet. Vår undersøkelse viste også at ventetider ofte er undersøkt, telefontilgjengelighet var derimot ikke like ofte undersøkt som ventetider. En generell tendens angående størrelse er at kommuner med under 10 000 innbyggere har en større andel av svar på regelmessighet og av og til, enn større kommuner.

5.5.4 Bruk av styringsinformasjon

Ved innhenting av styringsinformasjon er det viktig at organisasjonen har forståelse og kompetanse i hvordan den skal brukes. Styringsinformasjon kan benyttes til å kontrollere hvor organisasjonen står og hvordan den utvikler seg i forhold til målene (Merchant & Van der Stede 2012). Dersom styringsinformasjonen er av god kvalitet og organisasjonen har de ressurser og den kompetansen som skal til for å bruke styringsinformasjonen, kan det være enklere for organisasjonen å sette inn effektive tiltak og oppnå bedre resultat på lang sikt. Innhenting av styringsinformasjon har liten hensikt dersom den ikke brukes til noe, men kan altså være utfordrende å fremskaffe i god kvalitet. Agenda Kaupang AS (2016) understreker viktigheten og verdien av å innhente styringsinformasjon til bruk i forbedrings- og utviklingsarbeid i legetjenesten, men fant at kommunene ikke hadde kompetanse eller ressurser til bruke styringsinformasjon.

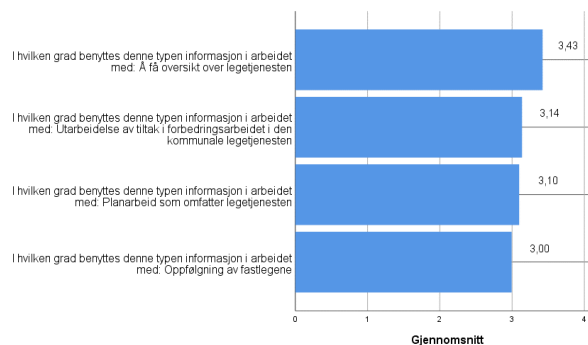
I studien undersøkte vi i hvilken grad informasjon fra tabell 5.6 ble brukt i aktivitetene oppfølging av fastlegene, planarbeid som omfatter legetjenesten, utarbeidelse av tiltak i forbedringsarbeidet til den kommunale legetjenesten og for å få oversikt over legetjenesten. Vi ser i etterkant at disse alternativene kan overlappe. Det styringsinformasjonen blir mest brukt til er å få oversikt over legetjenesten. Der svarer et flertall (52,8 %) at de i stor eller svært stor grad bruker styringsinformasjonen til dette, se 5.3. Oppfølging av legetjenesten er den aktiviteten som styringsinformasjonen minst hyppigst blir brukt til da 31,1 % svarer at denne blir brukt i liten og svært liten grad. Kommuner med innbyggere over 50 000 svarte i større grad på at de bruker informasjonen til oppfølging av legetjenesten. Videre svarte 42,2 % at styringsinformasjonen ble brukt i stor eller svært stor grad til utarbeidelse av tiltak i forbedringsarbeidet i den kommunale legetjenesten. Og 40,8 % svarte at den ble brukt i stor eller svært stor grad til planarbeid som omfatter legetjenesten.

Helselederne svarer oftere i stor grad og svært stor grad på disse påstandene, mens kommuneoverlegene svarer mer i liten grad og i svært liten grad. Dette kan tyde på at helselederne er mer involvert i bruken av styringsinformasjonen. Helselederne kan også ha mer positive holdninger til bruk av styringsinformasjon og verdsette det mer i arbeidet med legetjenesten enn det kommuneoverlegene gjør. Paulsen, Lippestad & Johansen (2010) fant i sin undersøkelse at helseledere opplevde gode data om kvalitet og aktivitet som viktigere enn hva kommuneoverlegene gjorde.

Våre funn tyder på at respondentene ikke bruker styringsinformasjonen i stor grad. Dette kan sees på som en dekolpling og føre til styringsproblemer siden det er et brudd i styringssirkelen. Her må det tas hensyn til at vi kan ha bergensinger i vårt materiale.

Våre resultater kan tyde på at helseledere også er mer involverte i bruken av styringsdata. Dette kan også bety at styringsinformasjon er en viktigere faktor i styringen av legetjenesten for

helselederne enn for kommuneoverlegene. Grunnen kan være at kommuneoverlegene kan ha en annen kilde til informasjon om legetjenesten og verdsetter denne mer i styringen av fastlegene. At kommuneoverlegene er mindre involvert i bruken av styringsdata kan også underbygges ved det faktum at nesten 50 % flere kommuneoverleger benyttet seg av svaralternativet “vet ikke”.



Figur 5.3: Gjennomsnittet av hvordan informasjonen brukes.

5.5.5 Kobling til belønningssystemet

For å motiverer til ønsket handling kan styringspakken innholde belønning og/eller sanksjoner (Cäker & Siverbo 2011). Både Paulsen, Lippestad & Johansen (2010) og Agenda Kaupang AS (2016) rapporterer om få sanksjonsmuligheter for kommunen ovenfor fastlegene. Agenda Kaupang AS (2016) påpeker også at de tilgjengelige sanksjonsmulighetene føles for strenge og blir derfor lite brukt. Sanksjonsmuligheter som fremgår av lovverket er å holde tilbake 20 % av basistilskuddet, advarsler eller å si opp avtalen basert på vesentlig mislighold fra fastlegen. Som lovverket viser skal det svært grove overtredelser til før sanksjonsmuligheten kan benyttes. Av pretesten ble derimot samtaler med fastleger trukket frem som en mildere form for sanksjon. Fastlønnede fastleger inngår egen arbeidsavtale med kommunen og har derfor andre betingelser enn selvstendige næringsdrivende fastleger, noe som kan gi andre sanksjonsmuligheter.

Våre funn angående sanksjoner tyder på at respondentene ikke opplever sanksjonene som veldig relevante i styringen. Påstandene hadde en høy svarandel på “vet ikke”. Høy andel av kommunene (41,1 %) synes sanksjonsmulighetene ikke er tilstrekkelige, mens få kommuner (11,5 %) synes de er for strenge. Dette står i kontrast til Agenda Kaupang AS (2016) som fant at sanksjonsmulighetene ble opplevd som for strenge. En andel på 31 % opplever at sanksjonene fungerer bedre på fastlønnede enn selvstendige næringsdrivende fastleger. Empirien tyder på at kommunene ikke har et stort ønske om bedre sanksjonsmuligheter. Funnene indikerer at kommunene har et lite bevisst forhold til bruk av sanksjoner. Grunnen til at det brukes lite kan være fordi de egner seg dårlig i styringen. Dette kan ha påvirket svarene. For nærmere detaljer om empiri knyttet til sanksjoner, se vedlegg 6.

De som har nevnt sanksjoner i kommentarfeltet uttrykker at de ikke har hatt nevneverdig behov for det. Kommentaren under viser at de tilgjengelige sanksjonsmulighetene også kan begrenses av rekrutteringsutfordringer og generelle utfordringer i fastlegeordningen.

I tider med så stor fastlegemangel har verken kommune eller staten mange sanksjonsmuligheter. Hvis fastlegene er misfornøyd med kommunen så reiser de sin vei og hvis de er misfornøyd med fastlegeyrket så er det enkelt for dem å skifte arbeid, starte i forvaltning, på sykehus, forsikring etc.

Kommuneoverlege, under 2 000 innbyggere

Vår undersøkelse viser at kommunene opplever at de og fastlegene jobber mot felles mål og at de erfarer lite målkonflikter. Styringsinformasjonen innhentes lite systematisk, likevel er det et ønske om mer styringsinformasjon. Mindre kommuner innhenter styringsinformasjon mer regelmessig, men de synes ikke den er tilstrekkelig.

Utfordringer ved styringsinformasjon kan komme av flere årsaker. I denne konteksten er det vanskelig å sette mål som favner de overordnede målsetningene, da de ofte vil være vage og lite målbare. Dette kan forårsake at styringsinformasjonen ikke vil gi den informasjonen som ønskes. Andre årsaker kan være liten kompetanse eller at styringsinformasjonen inneholder målefeil, som gjør den lite egnet til bruk.

Majoriteten bruker styringsinformasjonen til å få oversikt over legetjenesten. De tilgjengelige sanksjonsmulighetene oppleves som lite hensiktsmessige, men de fungerer bedre på fastlønnede fastleger. Grunnen kan være at arbeidsavtalene til fastlønnede fastleger gir mer hensiktsmessige sanksjonsmuligheter.

5.6 Regelstyring

Regelstyring styrer handlinger ved å sette grenser for hvilke handlinger det lov til å utføre (Simons 1995). Dette innebærer at de som styrer og utformer regler må ha god kunnskap i hva som er fordelaktige og skadelige handlinger (Merchant & Van der Stede 2012). Her ser vi på lover, regler og rutiner og hvordan disse brukes.

5.6.1 Lover og forskrifter, rutiner og retningslinjer

Innsikt i lover og regler er viktig for styring. Vår undersøkelse viser at kommunene anser at de har god kompetanse om gjeldene lover og forskrifter angående fastlegene, se tabell 5.7. Agenda Kaupang AS (2016) fant derimot at deres informanter hadde varierende kunnskaper innenfor

lover og forskrifter. Årsaken til dette kan være at de undersøkte mer objektivt, mens vi har kun studert de subjektive meningene. Kommunene opplever også at fastlegene har god kompetanse i dette, men i litt mindre grad enn kommunene selv. Gode rutiner i formidling av endringer i lover, forskrifter og retningslinjer er vesentlig. Resultatene tyder på at kommunene anser seg selv for å ha det.

Påstand	Svaralternativ					
	Svært liten grad 1	2	3	4	Svært stor grad 5	Vet ikke
Kommunen har god kompetanse om lover og forskrifter som gjelder fastlegen. (n=340)	11 (3,2 %)	23 (6,8 %)	41 (12,1 %)	145 (42,6 %)	120 (35,3 %)	0 (0,0 %)
Jeg opplever at fastlegene har god kompetanse om lover og forskrifter som gjelder de. (n=338)	9 (2,7 %)	21 (6,7 %)	89 (26,3 %)	129 (38,2 %)	84 (24,9 %)	6 (1,8 %)
Kommunen har gode rutiner på formidling til fastlegene om viktige endringer i lover, forskrifter og retningslinjer som har betydning for praksisen. (n=338)	14 (4,1 %)	34 (10,1 %)	87 (25,7 %)	135 (39,9 %)	62 (18,3 %)	6 (1,8 %)

Tabell 5.7: Påstander relatert til regelstyring.

Sitat under er fra en kommuneoverlege som fremhever lover og forskrifter som sentrale i styringen av fastlegene.

[...] Styringen bør bli tydeligere i forhold til lover og forskrifter, fastlegekrisen gjør nok at mange kommuner er for forsiktige med å bruke alle styringsmuligheter.

Kommuneoverlege, 5 000 - 9 999 innbyggere

5.6.2 Individuelle kontrakter, samarbeidsavtaler og involvering

Involvering i utforming av regler vil kunne føre til at den enkelte føler mer eierskap til regelen og vil være mer positivt innstilt til å opptre i tråd med den (Malmi & Brown 2008). Fastlegene kan involveres i utformingen av de individuelle kontraktene, en praksis som i høy grad ble fulgt av kommunene, se tabell 5.8. Fordelingen på stillingstyper var ganske lik, men helseledere opplevde i noe høyere grad mer involvering blant fastlegene i utformingen av kontraktene. Sammenlignet med dette var involveringen av fastlegene mindre i utformingen av samarbeidsavtaler som gjelder mellom kommuner og helseforetak, 52,3 % av helselederne mener fastlegene har vært lite involvert i dette, mot 30,8 % av kommuneoverlegene. Dette nyanserer Kirchhoff et al. (2016), som fant at 80 % av helselederne mente fastlegene i liten grad ble inkludert i utformingen av samarbeidsavtalene.

Lokale føringer i de individuelle kontraktene kan skape et bedre styringsgrunnlag. Under pilotintervjuet kom det frem at de ble sett på som en fordel for kommunens mulighet til å styre. Våre resultater viser at kommunene benytter seg av lokale føringer i noe lav grad. Dette samsvarer med funnene til Agenda Kaupang AS (2016) som fant at de individuelle avtalene hadde liten grad av lokal tilpasning.

Påstand	Svaralternativ					
	Svært liten grad 1	2	3	4	Svært stor grad 5	Vet ikke
De individuelle kontraktene er utarbeidet i samarbeid med fastlegene. (n=339)	20 (5,9 %)	30 (8,8 %)	67 (19,8 %)	89 (26,3 %)	102 (30,1 %)	31 (9,1 %)
Fastlegene har vært representert i utarbeidelsen av samarbeidsavtaler mellom kommunen og regionalt helseforetak. (n=340)	83 (24,4 %)	59 (17,4 %)	60 (17,6 %)	72 (21,2 %)	36 (10,6 %)	30 (8,8 %)
Det er et problem at fastleger ikke føler seg som en integrert del av kommunehelsetjenesten. (n=339)	69 (20,4 %)	63 (18,6 %)	77 (22,7 %)	71 (20,9 %)	42 (12,4 %)	17 (5,0 %)
De individuelle kontraktene inneholder lokale føringer som bidrar til styring av fastlegene. (n=338)	53 (15,7 %)	56 (16,6 %)	107 (31,7 %)	68 (20,1 %)	21 (6,2 %)	33 (9,8 %)

Tabell 5.8: Påstander om fastlegenes involvering i kontrakter og inkludering av lokale føringer.

5.7 Normstyring

Normstyring er en mindre formalisert styring enn regel- og resultatstyring og komplementerer styringspakken (Cäker & Siverbo 2011). Karakteristikkene ved situasjonen vil avgjøre hvilken sammensetning av formell og uformell styring som egner seg (Simons 1995, Malmi & Brown 2008, Cäker & Siverbo 2011, Merchant & Van der Stede 2012). Normstyring er ofte en indirekte form for styring (Alvesson & Kärreman 2004). Den kommer til syne gjennom sosiale faktorer, verdier, kultur, personlige egenskaper, symboler og kan være vanskelig å endre og kontrollere (Merchant & Van der Stede 2012). Vi har plassert profesjonsstyring under normstyring. Siden fastlegene er en profesjon kan det ha stor betydning for normstyringens plass i styringspakken. Vi har valgt å bruke inndelingen til Merchant & Van der Stede (2012) som deler normstyring inn i personell- og kulturell styring.

5.7.1 Personellstyring

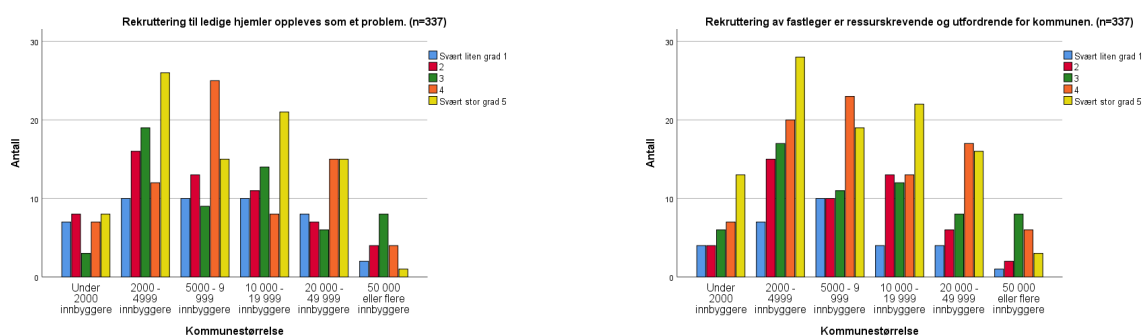
Bruk av personellstyring skjer gjennom at den ansatte har spesifikke kvaliteter og egenskaper som i seg selv vil styre den ansatte til å utføre handlinger som fører organisasjonen nærmere sine overordnede mål (Merchant & Van der Stede 2012). Allmennleger er en del av en profesjon og det er disse kommunene må ansette for å kunne forvalte sitt sørge-for-ansvar. I hvor stor grad de besitter personlige egenskaper som gjør at de kan styre seg selv, vil avgjøre hvor mye denne styringsmekanismen kan brukes. Vesentlig innenfor personell styring er begrepet *selvstyring* (Hopwood 1974, Merchant & Van der Stede 2012). En ansatt med høy grad av selvstyring motiveres til å gjøre en god jobb fordi de selv ønsker det. Den sterke indre motivasjonen skaper et insentiv i form av positive følelser etter en jobb vel utført. Figur 5.10 i avsnitt 5.7.3 viser at kommunene oftere mener at fastlegene trenger styring. Dette kan tolkes som at kommunene mener de trenger noe styring og ikke nødvendigvis styring på detaljnivå. Litt styring av fastlegene må også sees i sammenheng med kommunenes sitt sørge-for-ansvar da det vil kunne gi de

bedre innsikt i hvordan de forvalter sitt ansvar.

Påstand	Svaralternativ					
	Svært liten grad 1	2	3	4	Svært stor grad 5	Vet ikke
Rekruttering til ledige hjemler oppleves som et problem. (n=337)	47 (13,9 %)	59 (17,5 %)	59 (17,5 %)	71 (21,1 %)	86 (25,5 %)	15 (4,5 %)
Rekruttering av fastleger er ressurskrevende og utfordrende for kommunen. (n=337)	30 (8,9 %)	50 (14,8 %)	62 (18,4 %)	86 (25,5 %)	101 (30,0 %)	8 (2,4 %)
Det er stor turnover blant fastlegene i vår kommune og dette oppleves som et problem. (n=339)	148 (43,7 %)	93 (27,4 %)	54 (15,9 %)	23 (6,8 %)	17 (5,0 %)	4 (1,2 %)
Det er få søkere til fastlegestillinger, slik at så lenge søkerne innfrir overordnede krav, blir de ansatt av kommunen. (n=338)	60 (17,8 %)	52 (15,4 %)	81 (24,0 %)	72 (21,3 %)	55 (16,3 %)	18 (5,3 %)

Tabell 5.9: Rekruttering av fastleger.

Rekruttering er en styringsmekanisme som er kategorisert under personell styring (Merchant & Van der Stede 2012). Gjennom rekruttering kan organisasjonen ansette personer de anser som best egnet til å nå organisasjonens mål. En stor andel av kommunen opplever i dag rekrutteringsutfordringer. Styringen gjennom rekruttering kan derfor være begrenset. I underkant av flertallet av respondentene erfarer at rekrutteringen oppleves som et problem, se tabell 5.9. Hele 55,5 % mener rekrutteringen er utfordrende og ressurskrevende for kommunen. Disse resultatene bekrefter at kommunene har store rekrutteringsutfordringer. Undersøkelsen tyder på at det kun er de store kommunene med over 50 000 innbyggere som ikke har store utfordringer knyttet til rekruttering, se figur 5.4.



(a) Rekruttering til ledige hjemler oppleves som et problem.

(b) Rekruttering av fastleger er ressurskrevende og utfordrende for kommunen

Figur 5.4: Rekrutteringsutfordringer

I kommentarfeltet benyttet flere av respondentene anledningen til å beskrive rekrutteringsutfordringen de erfarer. To av kommentarene kan sees under.

Rekruttering av leger er utfordrende, ikke med hensyn til hvor mange som søker, men ved kjøp og salg av lister. Unge leger ønsker ikke å kjøpe praksis fra avtroppende leger. Forhandlinger fører ikke fram, og kommunen må lyse ut fastlegeavtalene på nytt. Dette er ressurs- og tidkrevende, og medfører til tider dårligere tjenester til

innbyggerne. Kommunen har ordninger med lån for de som ønsker dette, og mulighet for at kommunen kjøper listen og at legen blir fastlønnet. Noen velger det siste, men dette ønsker ikke alle.

Helseleder, 20 000- 49 999 innbyggere

[...] Alle legene og hjelpepersonell er fast ansatt i kommunen i 100 % stillinger.[...] Dette er en helt ny måte å drifte et legekontor på, men er gjort av hensyn til rekruttering og at de unge legene ønsker mer forutsigbarhet og slippe å jobbe som selvstendig næringsdrivende. De ser fordelene av å være fast ansatt.

Helseleder, under 2 000 innbyggere

Kommunen har de siste 4 årene hatt store rekrutteringsutfordringer, som har medført at vi har manglet leger til legevakt i lange perioder. Det systematiske arbeidet for å utvikle tjenesten har lidd under dette.

Helseleder, 2 000- 4 999 innbyggere

Det første sitatet fremhever at utfordringene ikke er at kommunen mangler søkere til ledige hjemler, men er knyttet til kjøp av listene som følger med de ledige hjemlene. Kjøp av lister fører til en personlig finansiell risiko for fastlegene, som viser seg som en årsak til at leger vegrer seg for å praktisere som fastlege. Selv om fastlegene kan beskrives som steward på noen punkter, viser det seg at det likevel oppstår kostnader for kommunen ved at søkere ikke vil påta seg risiko. Kommunen viser til ulike tiltak de gjør for å minske risikoen for fastlegene. Det påpekes også at yngre leger i mindre grad vil kjøpe lister. Det andre sitatet understreker dette og viser til at de har gjort tiltak for å møte de endrede holdningene blant unge fastleger, noe som samsvarer med funnene til Abelsen & Olsen (2015). Det siste sitatet viser konsekvenser som rekrutteringsutfordringer kan føre til. Det kan rett og slett gjøre det vanskelig for kommunen å forvalte sitt sørge-for-ansvar.

Et klart flertall (71,1 %) av kommunene opplever ikke stor grad av turnover i sine kommuner, se tabell 5.9. Dette tyder på at stor turnover av fastleger i kommunene ikke er et problem. At få søkere fører til at fastleger blir ansatt så lenge de innfrir overordnede krav, oppleves i noen grad som et problem. Respondentenes svar fordeler seg nokså jevnt utover skalaen. Dette medfører at rekruttering som en styringsmekanisme, i form at kommunene kan velge hvilke personer de inngår avtaler med, er begrenset.

Undersøkelsen viser at rekruttering oppleves som et problem og er ressurskrevende for mange kommuner. Det er kun i de største kommunene hvor det ikke oppleves som et stort problem. Det kan forklares med høyere tilflytting til de store byene, enn i de små kommunene. Turnover peker seg ikke ut som et problem. På den ene siden er dette momenter som gjør at rekruttering som en styringsmekanisme ikke lar seg bruke. På den andre siden skjer det allerede en utvelgelse

ved at det er medlemmer fra en profesjon som er de eneste kvalifiserte for stillingene. Å ansette medlemmer fra en profesjon innebærer at de allerede besitter høy kompetanse (Evetts 2003, Busch & Murdock 2014). Dette bidrar til at de ofte er svært egnet for stillingene. Kravene som allerede er tilstede for å kunne praktisere som fastlege utgjør derfor en form for styring ved at den ansatte allerede er godt kvalifisert. Dette kan tyde på at problem knyttet til rekrutteringen i hovedsak er at leger, av forskjellige årsaker, avstår i å inngå avtaler med kommuner.

5.7.2 Kulturell styring

Kulturell styring skjer gjennom at delte tradisjoner, normer, oppfatninger, verdier, ideologier, holdinger og måter å oppføre seg på fungerer som styring ved at det utøves en kontroll av hverandre (Merchant & Van der Stede 2012). Siden fastlegene er medlemmer av en profesjon vil de allerede være del av en kultur før de inngår avtaler med kommunene. Denne kulturen kan være førende for styringen av de og være vanskelig for kommunen å påvirke. Sosiale arrangementer som *samlinger* og *kurs* der fastlegene deltar er en måte fastleger kan utvikle kultur på. To tredjedeler av kommunene opplevde dette som viktig i stor eller svært stor grad for utviklingen av legetjenesten i kommunen, se tabell 5.10. Dette tyder på at sosiale møtearenaer for fastlegene har stor betydning for utviklingen av legetjenesten i kommunen. Majoriteten av kommunene opplever at fastlegenes samtaler med sine medprofesjonelle er viktig for hvordan de utfører sitt arbeid. Kommuner med mindre innbyggere enn 2 000 opplevde dette i mindre grad i forhold de andre kommunestørrelsene og spesielt de med over 50 000 innbyggere. Det er kun de aller minste kommunene, under 5 000 innbyggere, som har svart i svært liten grad på at de opplever dette. Deler av dette kan forklares ved at i de mindre kommunene vil det være et fåtall eller bare en fastlege (Paulsen, Lippestad & Johansen 2010). Samtaler med fagfeller vil dermed være et mindre aktuelt alternativ. Om dette er relevant som en styringsmekanisme avhenger derfor i noen grad av kommunestørrelse.

For leger er det utarbeidet *etiske regler*. Disse kan kategoriseres under kulturell styring, der de har som hensikt å påvirke atferd selv der det er fravær av regler (Merchant & Van der Stede 2012). Det er likevel varierende hvor stor effekt de gir (Merchant & Van der Stede 2012). Siden dette ikke ble undersøkt i vår spørreundersøkelse, er det vanskelig å si hvilken betydning etiske regler har i denne situasjonen.

Kommunene mener oftere at fastlegene trenger styring, som kan forstås som at kommunene har behov for å styre de litt, men ikke på detaljnivå. Å inngå avtaler med fastleger oppleves av urovekkende mange kommuner som problematisk, ressurskrevende og utfordrende og dette kan utgjøre et problem ovenfor kommunenes sørge-for-ansvar. Fastlegenes kommunikasjon med hverandre oppleves av kommunene å ha stor innvirkning på hvordan de utfører sitt arbeid.

Sosiale møtearenaer blir av kommunene også opplevd som viktige for utviklingen av legetjenesten. Disse resultatene viser at normstyring er en fremtredende faktor i styringen av fastlegene, der fastlegene ansees som et avgjørende element for hvordan kommunens allmennlegetilbud fremstår og utvikler seg.

5.7.3 Profesjonsstyring

En profesjon innebærer høy faglig kompetanse innenfor et fagfelt (Evetts 2003, Busch & Murdock 2014). Profesjonelle aktører kjennetegnes ved at de vil ha kontroll over sitt arbeid gjennom høy grad av autonomi, noe det knytter seg styringsutfordringer til (Raelin 1985, Jespersen 2005). Tillit ansees som et viktig element i styringen av en profesjon (Sharma 1997). Hele 91,9 % av respondentene opplever i stor og svært stor grad at tillit er en viktig del av styringen av fastlegene. Det er dermed en overveldende enighet blant respondentene om at dette er viktig, se tabell 5.10. Høy grad av tillit innebærer at kommunene aksepterer usikkerhet. Høy grad av tillit vil også kunne redusere behovet for informasjon (Tomkins 2001). Kompetansetillit er en type tillit som er tilstede der den ene parten har høy kompetanse og har bevist at den evner å prestere (Cäker & Siverbo 2011). Deler av den høye tilliten som finner sted i denne relasjonen kan derfor forstås som kompetansetillit. Den tydelig høye tilliten som er tilstede i relasjonen kan ha betydning for hvilken og i hvilken grad kommunen velger å bruke ulike styringmekanismer. En klar majoritet av respondentene (64,0 %) erfarer at tradisjon og sedvane er viktig for hvordan fastlegene definerer sitt arbeid. Dette er i tråd med funnene til Paulsen, Lippestad & Johansen (2010).

Jeg har som medisinsk faglig ansvarlig mest tro på samarbeid basert på tillit og ansvar hos den enkelte og mindre på kontrollrutiner. Vi har hatt svært lite utskifting av leger og svært lite misbruk. [...] Våre fastleger oppleves som svært ansvarsfulle og mest opptatt av å yte. Så tillit foran kontroll

Kommuneoverlege, 5 000- 9 999 innbyggere

En liten overvekt av respondentene opplever at fastlegene reagerer negativt på kontroll, se tabell 5.10. Dette kan sees i sammenheng med at fastlegene medlemmer av en profesjon. Profesjoner opplever det som unødvendig at andre, som har mye lavere kompetanse innenfor samme fagfelt, skal føre tilsyn med dem (Raelin 1985). Det hevdes at profesjonen vil akseptere kontroll mer dersom det er en medprofesjon som utfører kontrollen (Mayer 1997). Dette kan forklare hvorfor kommunene opplever at fastlegene reagerer negativt på kontroll i noen grad. Dette kan også sees i sammenheng med at enkelte påpeker at profesjoner ikke egner seg å bli styrt gjennom bruk av resultatstyring og/eller regelstyring (Abernethy & Stoelwinder 1995, Mayer 1997, Merchant & Van der Stede 2012). De minste kommunene opplever at fastleger reagerer litt mindre negativt

Påstand	Svaralternativ				
	Svært liten grad 1	2	3	4	Svært stor grad 5
Fastlegene trenger ikke styring fra kommunen, de styrer seg selv. (n=330)	62 (18,8 %)	71 (21,5 %)	117 (35,5 %)	61 (18,5 %)	19 (5,8 %)
Tillit er en viktig del av styringen av fastlegene. (n=334)	1 (0,3 %)	6 (1,8 %)	20 (6,0 %)	142 (42,5 %)	165 (49,4 %)
Tradisjon og sedvane er viktig for hvordan legene definerer sitt arbeid. (n=331)	10 (3,0 %)	23 (6,9 %)	86 (26,0 %)	156 (47,1 %)	56 (16,9 %)
Fastlegene vil ikke bli styrt. (n=330)	16 (4,8 %)	46 (13,9 %)	88 (26,7 %)	104 (31,5 %)	76 (23,0 %)
Fastlegene reagerer negativt på kontroll utført av kommunen. (n=330)	28 (8,5 %)	65 (19,7 %)	98 (29,7 %)	81 (24,5 %)	58 (17,6 %)
Samtaler med kollegaer har stor innvirkning på hvordan fastlegene utfører sitt arbeid. (n=331)	7 (2,1 %)	20 (6,0 %)	109 (32,9 %)	130 (39,3 %)	65 (19,6 %)
Sosiale møtearenaer som samlinger og kurs for fastlegene er viktige for utviklingen av legetjenesten i kommunen. (n=333)	16 (4,8 %)	25 (7,5 %)	71 (21,3 %)	131 (39,3 %)	90 (27,0 %)

Tabell 5.10: Norm- og profesjonsstyring.

på kontroll. Grunnen kan være at de har en tettere kontakt som fører til at de tillater mer kontroll.

Majoriteten av respondentene erfarer i stor eller svært stor grad at fastlegene ikke vil bli styrt, se tabell 5.10. Dette kan sees i sammenheng med at profesjoner ønsker mye autonomi, noe som er ansett som den største utfordringen i styringen av en profesjon (Raelin 1985). Fastlegene kan føle at styring fra kommunen reduserer deres autonomi, og derfor forårsaker at kommunene opplever at de ikke ønsker å bli styrt. Årsaken kan også være at de misliker at andre enn fagfeller utfører tilsyn av de (Raelin 1985). Kommunene vil ha mindre kompetanse enn fastlegene, og fastlegene kan føle at det er lite hensiktsmessig at kommunen skal styre de. At de er ansvarlig for sin egen næring kan også være en grunn. Mindre kommuner erfarer ikke dette i like stor grad. Her vil den korte avstanden kunne gjøre veien til regelmessig dialog enklere, enn i kommuner med større forhold. Som Paulsen, Lippestad & Johansen (2010) understreket vil dialogen som finner sted i de mindre kommunene, føre til at styringsdata kan bli mindre nødvendig, fordi kommunene kan oppleve å få den nødvendige informasjonen gjennom dialog istedet. Dette lar seg vanskeligere gjøre i større kommuner. Lavere mulighet for direkte dialog vil kunne føre til at de ønsker å benytte seg av andre styringsmekanismer som fastlegene kan oppleve som mer inngrepene i deres arbeidshverdag. Og dette kan derfor bidra til at større kommuner i mer grad opplever at fastlegene ikke vil styres.

[...]Fastleger vil generelt ta ansvar for sin egen praksis, og et forsøk på detaljstyring av de vil med stor sannsynlighet bare fjerne motivasjonen for å være fastlege, uavhengig av om fastlegen er fastlønnnet eller arbeider som selvstendig næringsdrivende. Det finnes ikke noe mer ødeleggende for en fastlegepraksis enn helsesjefer uten fagkompetanse som skal prøve å detaljstyre driften av et fastlegekontor [...] Den som sitter med ansvaret for pasienten, og må svare for denne juridisk, må også ha avgjørende innflytelse over hvordan tjenesten organiseres.

Kommuneoverlege, under 2 000 innbyggere

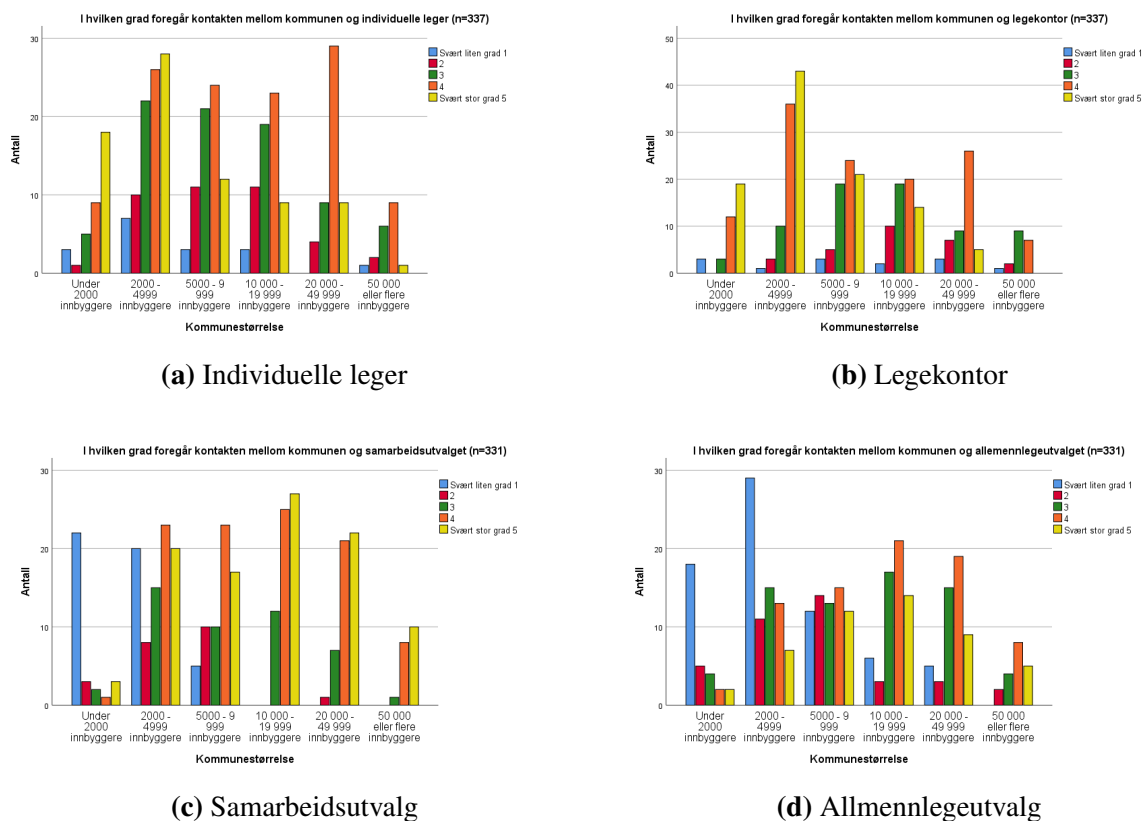
Sitatet over fremhever at detaljstyring, som vil representere en høy grad for styring, vil kunne gi uønskede konsekvenser som redusert motivasjon hos fastlegene. Denne effekten kan relateres til at en steward blir umotivert av kontroll (Argyris 1964). Sitatet viser også at det er mer hensiktsmessig for styringen av fastlegene å tillate autonomi innenfor overordnede rammer.

5.8 Organisasjonsstruktur

Organisasjonsstruktur relateres til hvordan arbeidsoppgaver fordeles i organisasjonen og koordineringen av disse (Mintzberg 1983). Organisasjonsstrukturen definerer roller og ansvar og legger rammer for kommunikasjon internt og eksternt. Møter ansees som en del av organisasjonsstrukturen da de er med på å sette agenda og slik påvirker organisasjonens handlinger (Malmi & Brown 2008).

Helseledelsen i kommunen, kommuneoverlegen og samarbeidsutvalget er viktige organer i styringen av legetjenesten, se vedlegg 7. Studiens resultater tyder på at en overvekt av kommunene opplever ansvarsfordelingen i forhold legetjenesten som god og at det er lite behov for en rolleavklaring, se vedlegg 8. Det er kommunene som oppgis å ha ansvaret for flesteparten av oppgavene det ble spurt om, se vedlegg 9. Resultatene tyder også på at ansvaret blir delt med samarbeidsutvalget og fastleger. Kontakten mellom kommunen og fastlegene ser ut til å skje hyppigst gjennom individuelle leger, legekantor og samarbeidsutvalg. Det er tydelig at det er forskjellige typer kontakt som gjør seg gjeldene i de ulike kommunestørrelsene, dette kan sees i figur 5.5. De mindre kommunene, spesielt de med mindre enn 5 000 innbyggere har i større grad kontakt med individuelle fastleger og legekantor. Dette kan skyldes at det er færre fastleger i de mindre kommunene, noe som gir mer oversiktlige forhold og bedre forutsetninger for god kommunikasjon mellom administrasjonen, legekantor og den individuelle fastlege.

Ifølge Kirchhoff et al. (2016) er det et problem at fastlegene ikke føler seg som en del av kommunen og at dette kan resultere i samarbeidsproblemer. Respondentene svarte oftest at de i liten grad opplever det som et problem at fastlegene ikke er integrert i kommunen, se vedlegg 9. Kommuner med mindre innbyggere enn 5 000 opplever i enda mindre grad integrering av fastlegene som et problem. Dette sammenfaller med Kirchhoff et al. (2016) sine funn der mindre kommuner erfarer å ha bedre integrering av fastleger. Kommuner med over 10 000 innbyggere anser integrering i kommunen som et problem i mye større grad. Igjen kan grunnen være at avstandene er større i større kommuner. Mindre kommuner med mindre avstander gjør kontakten med fastlegene lettere og dermed oppleves fastlegene som bedre integrert i kommunene.

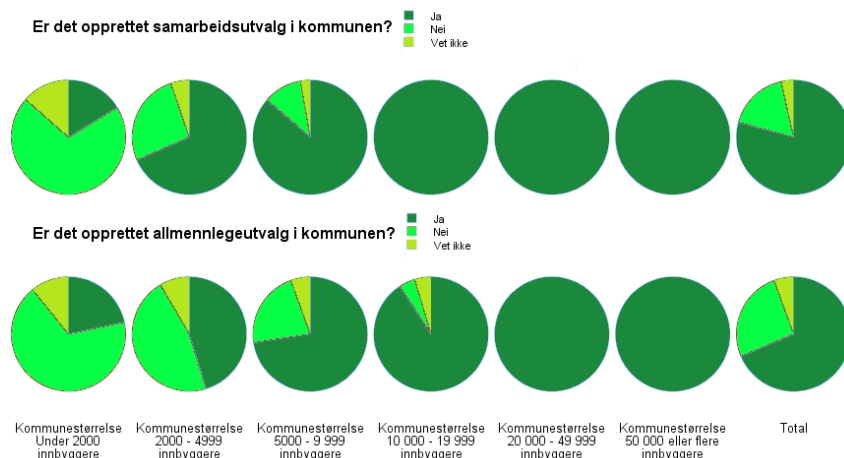


Figur 5.5: I hvilken grad foregår kontakten med kommunen og a) individuelle leger, b) legekontor, c) samarbeidsutvalg og d) allmennlegeutvalg. Respondentenes svar er fordelt på kommunestørrelse og svarene er gitt etter en likttert-skala fra svært liten grad til svært stor grad.

5.8.1 Samarbeidsutvalget og allmennlegeutvalget

Samarbeids- og allmennlegeutvalget har som formål å bidra til god og hensiktsmessig allmennlegetjeneste i kommunene og er nedfelt i rammeavtalen. Samarbeidsutvalget skal ha lik andel representanter fra kommunen og fastlegene. Allmennlegeutvalget er et utvalg kun for fastlegene. Dette utvalget skal sikre samarbeid mellom legene i kommunene og ivareta deres oppgaver i fastlegeordningen (ASA 4310 – Rammeavtale fastlegeordningen KS 2012). Alle fastlegene i kommunen har møteplikt. Allmennlegeutvalget har flere oppgaver. Her blir blant annet representanter til samarbeidsutvalget valgt, samt saker som skal fremmes i samarbeidsutvalget blir bestemt. Kommunene er ikke representert i allmennlegeutvalget og kan derfor vanskelig uttale seg om betydningen av dette utvalget. Kommunene har ansvar for å tilrettelegge for opprettelse av både samarbeidsutvalg og allmennlegeutvalg.

Samarbeidsutvalget er et svært viktig organ for kontakt med fastlegene i de største kommunene, jf. figur 5.5. Allmennlegeutvalget er et organ som blir lite brukt til kontakt med fastlegene for alle kommunestørrelser. Dette er ikke uventet da det er et utvalg kun for fastleger, ikke i samarbeid med kommunen.



Figur 5.6: Opprettelse av samarbeidsutvalg og allmennlegeutvalg fordelt på kommunestørrelse basert på innbyggertall.

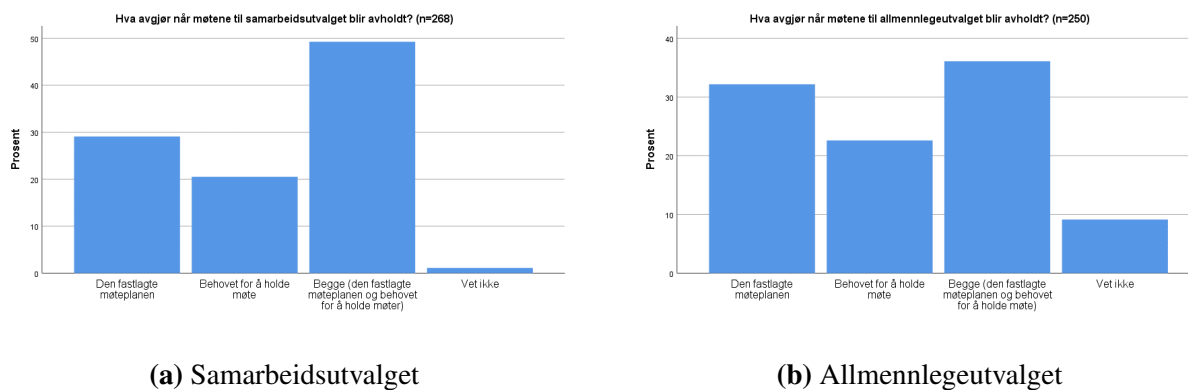
Flertallet av kommunene har opprettet både samarbeidsutvalg og allmennlegeutvalg, henholdsvis 79,2 % og 68,6 %. Noen få av respondentene visste ikke om det var opprettet utvalg. Siden allmennlegeutvalget er et utvalg kun for fastleger, kan det forklare hvorfor noen er usikre på om det er opprettet. Representanter fra kommunen skal være tilstede ved samarbeidsutvalget, derfor er det litt uventet at respondentene ikke vet om det er opprettet.

Figur 5.6 viser opprettelse av samarbeidsutvalg og allmennlegeutvalg i forhold til kommunestørrelse. Flesteparten av kommunene (77,4 %) som har opprettet samarbeidsutvalg ser det som et viktig virkemiddel i dialogen med fastlegene. Majoriteten (60,0 %) opplever det også som en viktig arena for kommunens oppfølging og styring av fastlegene.

Flertallet (60,4 %) av respondentene som har opprettet allmennlegeutvalg ser det som viktig i kommunikasjonen med fastlegene, men mindre viktig enn samarbeidsutvalget. Snaue halvparten (44,4 %) anså det også som viktig i kommunens oppfølging og styring av fastlegene. Av dette kan det sies at samarbeidsutvalget er en viktig arena for kommunens dialog med fastlegene, mens allmennlegeutvalget oppleves som mindre viktig, se vedlegg 10 og 11.

Figur 5.7 viser hva som avgjør når møtene til samarbeidsutvalget og allmennlegeutvalget blir avholdt. Resultatene viser at både den fastlagte møteplanen og behovet for å holde møte er avgjørende for når møtene blir holdt. Blant våre respondenter møtes samarbeidsutvalget i gjennomsnitt 3,4 ganger i året, tilsvarende tall for allmennlegeutvalget er 4,7. Det er stor variasjon i hvor ofte kommunen og fastlegene møtes i samarbeidsutvalget, fra 0 til 16 ganger i året. Oppmøtet på allmennlegeutvalget ligger i gjennomsnitt på 78 %, men det rapporteres om oppmøtet så lavt som 25 %.

Selv om det er kommunens ansvar å legge til rette for opprettelse av utvalgene, forutsetter det



Figur 5.7: Hva avgjør når møtene til a) samarbeidsutvalget og b) allmennlegeutvalget blir avholdt

velvilje og interesse for det samme hos fastlegene, som må delta for at disse utvalgene skal ha en funksjon. I kommentarfeltet har enkelte kommuner beskrevet situasjonen rundt samarbeidsutvalg og allmennlegeutvalg.

Kommunen opplever liten interesse fra legene for arbeid i allmennlegeutvalg og samarbeidsutvalg. Kommunen har et høyt antall fastleger, alle private, og legene har vansker med å velge representanter til disse utvalgene og jobbe faglig i allmennlegeutvalget. Det merkes hver gang kommunen prøver å kalle inn til møter med representanter for legene (ALU-leder, lokal tillitsvalgt og vara.) Slik har det vært i 10-15 år iallfall. Det er åpenbart at finansieringsmetoden med privatpraksis gjør styring vanskelig. Man møter hele tiden problemstillingen med frikjøp til høye timepriser. De legene som drar dette lengst vil også ha betaling for å lese prosedyrer som blir lagt ut på internett.

Kommuneoverlege, 20 000 - 50 000 innbyggere

Kommuneoverlege beskriver i sitatet ovenfor, en situasjon der fastlegene oppleves å være lite velvillige i bruken av utvalgene. Dette vil føre til at utvalgene i mindre grad vil være nyttig i styringen av fastlegene. Her pekes det på finansieringssystemet som en mulig årsak til motvillighet til samarbeid og deltakelse på møter.

Man mangler formaliserte samhandlingsarenaer mellom kommune og leger i fastlegeavtalen. Vi bruker [samarbeidsutvalg og allmennlegeutvalg] i utvidet forstand ut fra legers velvilje til samhandling. Dette er i økende grad viktig for jevnlig å kunne diskutere utfordringer innen helse mellom kommune og fastleger. Fastlegenes erfaring, kunnskap og stemme er særdeles viktig i kommunal helseplanlegging.

Kommuneoverlege, 10 000 - 19 999 innbyggere

Sitatet ovenfor trekker frem at fastlegenes deltakelse i diskusjoner med kommunen er svært viktig, da deres kunnskaper er vesentlig for god helseplanlegging i kommunen. Det fremheves

også at utvalgene ikke føles tilstrekkelige i styringen av fastlegene og til å dra full nytte av deres innspill i utviklingen av legetjenesten. Dette kan tolkes som et savn etter andre og tettere møtearenaer.

Det er en vesentlig utfordring å etablere møtearenaer med fastleger som driver privat praksis. Det er direkte tap for leger å møte den kommunale ledelsen i arbeidstiden, og dyrt å måtte frikjøpe. Dette kombinert med at legene har svært travle arbeidsdager gjør det krevende å etablere gode relevante møtearenaer. Møter i [samarbeidsutvalget] er ikke tilstrekkelig for å få etablert gode og tjenlige relasjoner med gruppen. Undersøkelsen dekker ikke viktigheten av direkte kontakt mellom lege/legetjenesten og andre helse og omsorgstjenester. Denne kontakten er særs viktig. En samarbeider mye om av de samme pasientene som kan ha sammensatte og vesentlige behov for godt tverrfaglig samarbeid. Her bør det absolutt etableres gode møtearenaer på individnivå. Det er generelt for stor "avstand" mellom legene og ledelsen - særlig private leger. Det bør også etableres arena for kvalitetsarbeid/utvikling for legetjenesten "på tvers" av legekantor med standarder. Det er utfordring å få til dette på overordna nivå "på tvers av" legekantor (særlig private).

Helseleder, 10 000-19 999

Helselederen trekker frem viktigheten av å kunne ha møter med fastlegene. Her nevnes finansieringssystemet som en mulig årsak til at det ofte er problematisk å holde møter med fastlegene. Men også den økte arbeidsbelastningen til fastlegene trekkes frem som et hinder for møtevirksomhet. Det understrekes et savn etter andre møtearenaer enn kun samarbeidsutvalget og allmennlegeutvalget, da disse ikke oppleves som tilstrekkelige nok. Den direkte kontakten oppfattes som svært viktig, men samarbeidsutvalget er ikke tilrettelagt for opprettelse av gode relasjoner med den enkelte fastlege.

Vi er en liten kommune der samhandling foregår gjennom faste møter 1x/uke der alle leger deltar og helseleder i kommunen deltar etter behov (minst 1x/måned). Har derfor ikke behov for allmennlege- og samarbeidsutvalg.

Helseleder 2 000 - 4 999 innbyggere

Som resultatene viser er ikke utvalgene like mye opprettet blant de mindre kommunene. Sitatet ovenfor er fra en liten kommune og viser at regelmessige ukentlige møter erstatter samarbeids- og allmennlegeutvalget.

Årsaker til at det ikke opprettes utvalg

De som ikke har opprettet utvalg skulle ta stilling til påstander om hva som var årsaken til dette, se vedlegg 12 og 13. Det var en stor andel som svarte “vet ikke” på disse påstandene, de fleste var helseledere. Dette kan forstås ut i fra at kommunene ikke deltar i allmennlegeutvalget. Imidlertid skal kommunene, i henhold til rammeavtalen, legge til rette for opprettelse av både samarbeidsutvalg og allmennlegeutvalg.

Figur 5.6 viser opprettelse av samarbeidsutvalg og allmennlegeutvalg basert på kommunestørrelse. Den viser at det er de minste kommunene som ikke har opprettet utvalgene. Litt under av halvparten (47,5 %) svarte at årsaken til at samarbeidsutvalget ikke var opprette, var fordi det ikke var behov for det. Tilsvarende tall for allmennlegeutvalget var 31,0 %. Grunnen til denne forskjellen kan være at små kommuner vil ha mindre behov for samarbeidsutvalg siden det som oftest godt kjent hvilke personer de skal henvende seg til og at avstandene er kortere. Dialogen vil trolig ha et større uformelt preg. Mindre kommuner kan også ha opprettet andre rutiner som gjør samarbeidsutvalget overflødig, noe som bekreftes i et sitat ovenfor.

Om årsaken til at allmennlegeutvalget ikke blir opprettet fordi samarbeidsutvalget gjør det allmennlegeutvalget ville gjort svarte 36,2 % av respondentene at de opplevde dette i stor og svært stor grad, tilsvarende tall for samme påstand om samarbeidsutvalget er 23,7 %. Det var nokså jevn fordeling mellom gradene.

Rundt en tredjedel av respondentene oppgir at årsaken til at utvalgene ikke er opprettet er at det ikke er tilrettelagt for det og at kommunene har vært passive i opprettelsen av det, se. Fordelingen er nokså jevn på stor og liten grad. Her må det påpekes at det faktisk er kommunenes sitt ansvar å tilrettelegge for opprettelse av allmennlegeutvalg og samarbeidsutvalg.

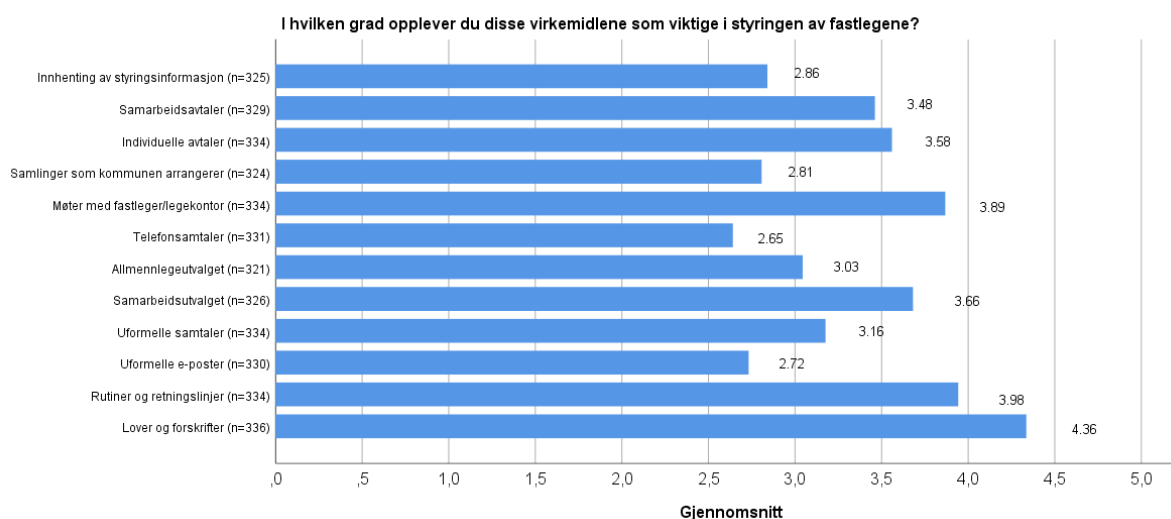
Majoriteten opplever ikke legemangel og mange korttidsvikarer som årsaken til at det ikke er opprettet samarbeidsutvalg og/eller allmennlegeutvalg. Agenda Kaupang AS (2016) hevder at rekrutteringsutfordringer fører til ustabil legedekning og at det reduserer kommunens handlingsrom for styring. Samarbeidsutvalget kan sees på som et virkemiddel i styringen av fastlegene. Studiens resultater tyder på at manglende samarbeidsutvalg og/eller allmennlegeutvalg ikke kan forklares med ustabil legedekning.

Resultatene viser at kommunestørrelse har stor betydning for opprettelse av utvalgene. Mindre kommuner kan finne andre løsninger som for dem fungerer bedre og gjør utvalgene overflødig. Kommuner som har opprettet utvalgene opplever at de er svært viktige i styringen av fastlegene, spesielt samarbeidsutvalget. Velvillighet og interesse blant fastlegene er en forutsetning for at utvalgene skal fungere godt. Resultatene viser også at rekrutteringsutfordringer og ustabil fastlegesammensetning ikke er en årsak til at utvalgene ikke blir opprettet. Kontakten mellom

kommunen og fastlegene avhenger også en del av kommunestørrelsen, der kontakt med individuelle fastleger og legekontor i mye bedre i mindre kommuner. Dette kan være en av årsakene til at større kommuner i større grad kjenner det som et problem at fastlegene ikke er en integrert del av kommunen. Selv om enkelte kommuner har opprettet begge utvalgene kommer det frem i kommentarfeltet, som vist i noen sitater ovenfor, at det er et savn etter andre og tettere møtearenaer.

5.9 Viktigheten av ulike virkemidler

I figur 5.8 vises opplevd viktighet av ulike virkemidler i kommunens styring av fastlegene.



Figur 5.8: Viktigheten av de ulike virkemidlene i styring av fastlegene.

Lover og forskrifter er det virkemiddelet som anses som det desidert viktigste, nokså likt for alle kommunestørrelser. Helseledere anser det som litt viktigere enn kommuneoverleger. Rutiner og retningslinjer er også et svært viktig virkemiddel, litt viktigere for helseledere enn kommuneoverleger. Fordelingen er nokså lik på kommunestørrelse. Dette kan tyde på at regler er svært sentralt i styringen av fastlegene, og kan gjøre bruk av annen type styring mindre nødvendig. Figur 3.3 viser også at individuelle avtaler og samarbeidsavtaler oppleves i som et viktig virkemiddel i styringen av fastlegene. For helseledere er de individuelle avtalene litt viktigere enn for kommuneoverlegene. Dette er i tråd med Paulsen, Lippestad & Johansen (2010) som fant at helseledere i større grad vektla disse mer i styringen av fastlegene enn kommuneoverlegene.

Møter med fastleger/legekontor er også ansett som et viktig virkemiddel, i overveiende svært stor grad for de minste kommunene og i stor grad for de større kommunene. Denne variasjonen kan muligens forklares ved at det er de små kommunene som har mest møtevirksomhet.

Forklaringen på dette kan være at de minste kommunene ikke har opprettet samarbeidsutvalg fordi de finner andre møterutiner mer nyttige. Samarbeidsutvalget oppleves nesten som et like viktig virkemiddel som møter med fastleger og legekantor. Dette viser betydningen av samarbeidsutvalget og annen møtevirksomhet i driften og utviklingen av allmennlegetjenestetilbudet i kommunen. Som tidligere sett oppleves samarbeidsutvalget som viktig i stor grad av de som har det, men det er likevel et savn etter andre møtearenaer. Dette kan forklare hvorfor møter med fastleger og legekantor oppleves som viktig i så stor grad. Møter generelt kan også oppleves av kommunene som et viktig virkemiddel fordi det hindrer enveiskommunikasjon. Som figur 5.8 viser oppleves uformelle e-poster lite viktig. En årsak til dette kan nettopp være at e-post kan føre til en enveiskommunikasjon og kan gjøre at kommunene får liten respons tilbake.

Innhenting av styringsinformasjon oppleves av respondentene som hverken lite viktig eller veldig viktig, der de fleste svarerene ligger midt på skalaen. Helseledere anser det imidlertid som viktigere enn kommuneoverleger. Dette gjenspeiler Paulsen, Lippestad & Johansen (2010) sitt funn der helseledere opplever innhenting av data som viktigere enn kommuneoverlegene.

Små kommunene opplever innhenting av styringsinformasjon som mindre viktig. Dette er overraskende siden de innhenter styringsinformasjon oftere. Det kan være flere mulige forklaringer på dette. Målefeil eller annen datakvalitet som gjør dataene ubrukelige. Mindre kommuner kan mangle ressurser og kompetanse til å vite hva de skal bruke disse dataene til. Dessuten kan det også hende de innhenter data uten å ha en klar plan for hva det skal brukes til. En annen forklaring kan relateres til det faktum at små kommuner har en tettere kontakt og flere møter med fastleger og legekantor, og skaffer seg styringsinformasjon på denne måten. Paulsen, Lippestad & Johansen (2010) fant at små kommuner var opptatt av kvaliteten og tilgjengeligheten på legetjenesten, og fulgte opp gjennom møter og samtaler istedet for gjennom datainnsamling. Dette gir støtte til våre funn.

Vår studie viser at virkemidlene som kommunene anser som de viktigste er lover og forskrifter og regler og retningslinjer etterfulgt av møter med fastleger og legekantor og samarbeidsutvalget. Innhenting av styringsinformasjon oppleves som mindre viktig av respondentene. Lover og forskrifter og regler og rutiner er i stor grad svært overordnet og griper lite direkte inn i fastlegenes arbeidshverdag. Kommunikasjon gjennom møter og samarbeidsutvalg erfares som viktig muligens fordi det gir kommunene nyttig informasjon, hindrer enveiskommunikasjon og det kan være et grunnlag for å skape tillitsbaserte relasjoner.

Diskusjon og konklusjon

I dette kapitlet vil vi drøfte studiens viktigste funn og svare på problemstillingen “hvordan styrer kommunene fastlegene?”. Problemstillingen vil vi besvare gjennom et bredt perspektiv på styring, som inkluderer både formelle og uformelle styringsmekanismer og er slik en moderne tilnærming til økonomistyring. Styring har som hensikt å påvirke atferd, slik at agenten tar gode avgjørelser på vegne av prinsipalen. Formålet med studien var å kartlegge kommunenes bruk av styringsmekanismer, sammensetningen og samspillet mellom dem, i styringen av fastlegene.

Vi har tatt utgangspunkt i et rammeverk bestående av resultatstyring, regelstyring, normstyring og styring gjennom organisasjonsstrukturen, og funnene diskuteres opp mot dette rammeverket. Først vil vi diskutere den helhetlige styringspakken som kommunene benytter seg av i styringen av fastlegene, før vi utdyper noen funn som utpeker seg som spesielt viktige. Avslutningsvis presenteres studiens konklusjon, før bidrag og implikasjoner.

6.1 Helhetlig styring

Våre data tyder på at kommunene bruker en blanding av ulike styringsmekanismer i sin styring av fastlegene. For kommunene er det de formelle styringsverktøyene som regelstyring, i form av lover og forskrifter, som oppleves som de viktigste. Disse fungerer som et grunnlag og setter rammer for styringen, og er lite inngripende på fastlegenes autonomi i hverdagen. Det er de uformelle styringsmekanismene som er mest fremtredende i den daglige styringen av fastlegene. Undersøkelsen indikerer at størrelse på kommunen vil påvirke styringspakken.

Flere av kommunene gir uttrykk for at begrepet styring har en negativ undertone. Årsaken kan være at respondentene har et mer tradisjonelt syn på styring, der måling og kontroll er sentralt. Vår brede forståelse av økonomistyring inkluderer formelle og uformelle styringsverktøy,

der blant annet aktiviteter som opprettelse av planer, møter, dialog, tillit og profesjonstyring inngår. Med utgangspunkt i dette perspektivet indikerer våre resultat samlet at kommunene driver med mer styring enn de selv kanskje tror. Et helhetlig perspektiv på styring, der planer og mål for legetjenesten, samt dialog inkluderes, blir ikke nødvendigvis sett på som styring av respondentene, men er inkludert i vår definisjon. Med et helhetlig perspektiv på styring ser vi at kommunene driver med mer styring enn hva de tror.

Vår undersøkelse viser at flere av kommunene bruker resultatstyring i relasjonen med fastlegene, men ikke i veldig utpreget grad. Hensikten med resultatstyring er å motivere til handlinger som fører til bestemte mål, og åpner dermed opp for mye autonomi (Merchant & Van der Stede 2012). Derfor hevder Mayer (1997) at resultatstyring egner seg for styring av profesjoner. Abernethy & Stoelwinder (1995) påpeker farene ved bruk av denne formen for styring på profesjoner, at det kan gi uheldige konsekvenser som dysfunksjonell og uønsket atferd. Det er kanskje ikke et entydig svar på om resultatstyring bør brukes på sterke profesjoner. Våre funn viser at en stor andel av kommunene har opprettet målsetninger og planer, i kontrast til hva som tidligere har blitt hevdet av Agenda Kaupang AS (2016). En overraskende stor andel hadde også opprettet målsetninger for den enkelte fastlege eller det enkelte legekantor. Kommunene rapporterte at de innhenter lite styringsinformasjon. Av den styringsinformasjonen som ble innhentet, ble den mest bruk til å få oversikt over legetjenesten. Dette tyder på at kommunene utøver en mild form for resultatstyring, som åpner opp for autonomi og ikke er detaljstyrende i arbeidshverdagen til fastlegene.

Funnene antyder at respondentene har et ønske om mer styringsinformasjon. I tilfeller der de hentet inn mye styringsinformasjon, opplevde de den også som utilstrekkelig. Dette kan tyde på flere ting. En årsak kan være at den styringsdataen som blir innhentet ikke føles relevant for kommunene. Styringsinformasjon som listelengde og tilgjengelighet henger tett sammen med lovbestemmelser knyttet til kommunenes sørge-for-ansvar. Selv om kommunene innhenter denne styringsinformasjonen kan den være lite relevant for kommunenes styring av fastlegene. Det kan tenkes at det er annen informasjon som vil være mer nyttig for kommunene og at den mest fordelaktige styringsdataen er vanskelig og kompleks å innhente. I tillegg er det ikke sikkert kommunene vet hvilken informasjon som er hensiktsmessig å innhente. En annen årsak kan være at bruken av styringsinformasjonen ikke fungerer, at den ender opp med å ikke bli brukt eller at den brukes feil. Behovet for mer styringsinformasjon kan kanskje erstattes av andre styringsmekanismer som dialog og tillit.

Majoriteten opplever at kommunene og fastlegene har sammenfallende mål, selv om det ikke nødvendigvis er satt noen konkrete målsetninger. Relasjonen er også preget av få målkonflikter og liten mistanke om opportunistisk atferd. Dette og den opplevde målkongruensen kan tyde på at de har en felles forståelse av overordnede mål. I tillegg er relasjonen preget av mye tillit, som

kan redusere målkonflikter (Ouchi 1979). Tilstedeværelse av tillit kan også gjøre at kommunene aksepterer usikkerhet i relasjonen (Cäker & Siverbo 2011), noe som kan bety at den opplevde usikkerheten for kommunene kanskje reduseres. Mål satt for legetjenesten blir ofte vage og lite konkrete, men det trenger ikke være et hinder for styring. Respondentene gir uttrykk for at samarbeidet fungerer godt uten fastsatte målsetninger. Målsetningene kan fungere mer som rettledning av legetjenesten, da de tydeliggjør kommunens behov og trenger ikke nødvendigvis å følges opp med målinger. Dette kan ses i sammenheng med at profesjoner bør bli møtt med andre styringmekanismer enn overvåkning og kontroll (Nyland & Pettersen 2018). Våre resultater viser at kommunene opplever en følelse av målkongruens uten å fastsette konkrete målsetninger.

En annen viktig del av kommunenes styring av fastlegene er organisasjonsstruktur. Her tyder våre data på at kommunens innbyggertall er en avgjørende faktor for i hvor høy grad formell dialog benyttes og oppleves som viktig. Kommunestørrelse har stor betydning for om utvalg blir opprettet og det er i de større kommunene de blir opprettet, som er i tråd med funnene til Heen (2005). I de største kommunene kan avstanden være stor mellom kommunen og fastlegene, både på grunn av antall leger og geografisk distanse. Her er formell kommunikasjon nødvendig for å nå ut til alle. Formelle møtearenaer, som samarbeidsutvalget, er lite fremtredende i styringspakken hos mindre kommuner. For mindre kommuner er møter med den enkelte fastlege og det enkelte legekantor mer fremtredende i styringen. Kommentarene tyder også på at de mindre kommunene finner andre rutiner for møter, og at det ikke er behov for de formelle møtearenaene. Dette er i tråd med det Simons (1995) hevder, at uformelle styringsmekanismer fungerer bedre i små organisasjoner.

Resultatene viser at vi har en fremtredende profesjon, profesjonsstyring er derfor svært viktig. Dette påvirker sammensetningen i styringspakken, da autonomi og tillit er sentrale deler innenfor profesjonsstyring. Selv om våre respondenter mener at fastleger ikke vil bli styrt, ønsker fremdeles kommunene en viss form for styring. Dette må ses i forhold til kommunene sitt sørge-for-ansvar, der styring kan gi kommunene en form for oversikt over legetjenesten. Mayer (1997) hevder at profesjonen ønsker å bli vurdert av sine fagfeller, noe som kan ses i sammenheng med rollen til kommuneoverlegen. I mange tilfeller er kommuneoverlegen, i tillegg til faglig rådgiver, også ansvarlig for legetjenesten. Derfor kan kommuneoverlegen ha en viktig rolle i styringen og samarbeidet med fastlegene.

Kommunene opplever rekruttering av fastleger som krevende og utfordrende. Dette stemmer overens med ulike artikler som har vært i media de siste årene. Funnene våre tyder også på at når de først ansetter fastleger blir de værende en stund, da empirien viser at turnover ikke er et stort problem. Enkelte respondenter påpeker også at endring i unge legers holdninger bidrar til at de vegrer seg for å gå inn i yrket som fastlege. Dette må ses i sammenheng med funnene til Abelsen & Olsen (2015) som fant at unge leger ønsker mer stabil inntekt, og spesielt gjelder

dette kvinner. Dette kan tyde på at det er viktig å tilpasse avtalene som inngås med den enkelte fastlege ut i fra deres ulike preferanser, enten de ønsker å praktisere som fastlønnet, selvstendig næringsdrivende eller en hybrid blanding av de to.

Regelstyring, i form av lover, forskrifter, rutiner og retningslinjer, blir sett på som det viktigste virkemiddelet i styringen. Dette behandles i et eget punkt under.

6.2 Regler som et grunnlag for helhetlig styring

Lover, forskrifter, regler og rutiner er de virkemidlene kommunene anser som de viktigste. Hovedvekten av dette er nasjonale føringer, men kommunene har også rom for å legge inn lokale og unike føringer i de individuelle avtalene, samt å utarbeide egne rutiner og regler.

Fastlegene styres av en overordnet form for regelstyring. Denne typen regelstyring ligger tett opp mot Simons (1995) sin definisjon av grensesystemer. Dette betyr at regelstyringen ikke legger føringer for hvordan handlinger skal gjennomføres i detalj, men heller hvilke handlinger som skal unngås. Dermed er regelstyringen en negativ styringsmekanisme som setter ytre grenser. Denne formen for regelstyring skal oppmuntre til innovasjon og kreativitet, eller i dette tilfellet gi handlingsrom for fastlegene til å utøve sin oppgave basert på deres erfaringer og kompetanse, innenfor overordnede rammer. Regelstyringen er dermed ikke førende for utførelsen av arbeidet, men er en betingelse som må godtas for å bli fastlege. Fastlegene får dermed mye autonomi i arbeidet. Innen NPM har profesjonen blitt sett på som en trussel for ledelsen som følge av et eget språk og egne verdier. NPM har blitt kritisert for å true den medisinske profesjonens autonomi (Byrkjeflot 2011). Våre resultater indikerer at fastlegene fremdeles har mye autonomi.

Få kommuner benytter seg av muligheten av å legge inn egne vilkår i de individuelle avtalene med fastlegene, dette samsvarer med funnene til Agenda Kaupang AS (2016). Majoriteten av respondentene hevder at fastlegene involveres i utarbeidelsen av de individuelle avtalene, noe som nyanserer funnene til Kirchhoff et al. (2016). Dette kan tyde på at fastleger blir involvert mer i utarbeidelse enn før, eller i hvert fall hevder respondentene våre det. Dersom det er enighet om hva som står i avtalene før inngåelse kan dette forklare hvorfor det er en sterk følelse av målkongruens.

Fastlegene er en sterk profesjon med lang tradisjon som trives med mye selvstyring (Busch & Murdock 2014). Loven gir fastlegene et selvstendig juridisk ansvar for medisinske vurderinger og behandling (Helse- og omsorgstjenesteloven 2011). Dette sammen med den overordnede regelstyringen tillater autonomi i stor grad ved at den kun setter grenser. Noen respondenter ønsker mer styring, og kalte fastlegeforskriften en "sovende paragraf" og at styringen må tydeliggjøres gjennom lovverket. Dette understreker at forskrifter og lover har en viktig rolle i

kommunenes styring av fastlegene. Det setter rammer rundt fastlegene samtidig som det kan redusere kommunenes behov for annen type aktiv styring, ved at fastlegene har nasjonale føringer som må følges.

6.3 Dialog, både formell og uformell

Undesøkelsen viser at møter i form av samarbeidsutvalg og andre møter i regi av kommunen er noen av de viktigste styringsmekanismene i relasjonen. Opprettelse av samarbeidsutvalg avhenger av kommunestørrelsen, der mindre kommuner ikke opplever samme nytten av utvalget og derfor blir de ikke opprettet. Av kommentarfeltene kom det frem at enkelte av de mindre kommunene hadde opprettet egne møterutiner. Trolig blir dette gjort fordi disse møtene virker mer hensiktsmessige enn samarbeidsutvalget. Dette underbygger Simons (1995) og Chenhall (2003) som hevder at i desentraliserte organisasjoner vil formelle styringssystemer være mer sentrale, dette er kanskje årsaken til at de største kommunen har opprettet formelle utvalg. Møter med fastlegekontor og fastleger ble også ansett som viktige styringsmekanismer og dette for alle kommunestørrelser.

Møter og samarbeidsutvalg er viktig fordi de skaper dialog. I ulike typer møter kan kommunene kommunisere ut viktige momenter i den videre utviklingen av legetjenesten, slik som målsetninger og planer. De kan skape en form for forståelse og forsikring om gjennomføring uten at overvåkning og kontroll innføres. I tillegg kan de redusere forventinger kommunene kan ha til at fastlegene handler opportunistisk. Styring gjennom regel- og resultatstyring er det flere som hevder fungerer dårlig på profesjoner (Abernethy & Stoelwinder 1995, Mayer 1997), noe som kan være årsaken til at møter og samarbeidsutvalg ansees som så viktig da det er en form for formell kontroll som kan fungere bedre på fastlegene. Dette må også sees i sammenheng med at fastlegen ligner på en steward, siden bruk av kontroll på en steward kan føre til motsatt effekt enn hva som i utgangpunktet er ønskelig. Møter blir det virkemiddelet som kan brukes til å signalisere hva som er viktig, samtidig som det kan redusere muligheten for uønskede effekter, noe en utpreget bruk av regel- og resultatstyring kan gjøre (Abernethy & Stoelwinder 1995, Mayer 1997).

Gjennom dialog har også fastlegen stor mulighet til å involveres og ta del i bestemmelser og planarbeid. Malmi & Brown (2008) påpeker at involvering kan ha betydning for hvor positivt innstilt de ansatte blir til avgjørelser som vil prege deres hverdag. Respondentene påpeker at kommunene anså involvering av fastlegen som vesentlig og helt sentralt for å sikre en god og kvalitetsmessig utvikling av legetjenesten. I praksis kan det være utfordringer knyttet til inkludering da det kan være ressurskrevende i form av tid og økonomi for kommunene.

På tross av at samarbeidsutvalgene ble opplevd som svært viktige av de som hadde opprettet det, uttrykte enkelte av respondentene et savn av andre møtearenaer. Årsaker til dette kan være behovet for en tettere dialog og da gjerne med den enkelte fastlege eller det enkelte legekontor. Mindre kommuner kan enklere oppnå tett dialog siden avstandene er kortere og relasjonene tettere (Paulsen, Lippestad & Johansen 2010). Dette understreker at dialog er en viktig styringmekanisme og er en god måte for kommunene å få oversikt over legetjenesten, samt utviklingen av den da fastlegene sitter på en kjernekompetanse. Det fremheves av respondentene i kommentarfeltet, Paulsen, Lippestad & Johansen (2010) og Agenda Kaupang AS (2016) at finansieringssystemet kan være et hinder for dialog som styringsvirkemiddel. Årsaken er at kommunene må kompensere fastlegene for tapt lønn som følge av at de deltar på møter i regi av kommunen og er selvstendig næringsdrivende, og dette oppleves som en stor kostnad for kommunene.

6.4 Tillit

Våre data viser at tillit er svært viktig i relasjonen mellom kommunene og fastlegene for samtlige kommunestørrelser. Dette understøtter påstanden til Sharma (1997) om at tillit er et viktig element i styringen av en profesjon. Den opplevde målkongruensen kan også indikere høy tillit i relasjonen siden det blir hevdet at tillit kan redusere målkonflikt (Ouchi 1979). Tilliten i relasjonen med fastlegene kan bidra til at kommunenes behov for informasjon reduseres, noe som er i tråd med Tomkins (2001).

Vi mener at tilliten som er tilstede blant annet kan beskrives som sammenfallende med det Cäker & Siverbo (2011) kaller kompetansetillit. Denne typen tillit baserer seg på at den ene parten har høy kompetanse, i tillegg til at de har bevist at de besitter ferdighetene som skal til for å bruke denne kompetansen godt (Cäker & Siverbo 2011). Basert på denne tilliten vil den andre parten akseptere en viss grad av usikkerhet i situasjonen (Cäker & Siverbo 2011). Rammene som er rundt fastlegens utdanningsløp gjør at kommunene i liten grad trenger å tvile på at fastlegene er kompetente og at de har ferdighetene som skal til for å bruke denne kompetansen. Tidligere positive erfaringer som kommunene har til fastlegene, der de har bevist sin kompetanse og ferdigheter knyttet til denne, styrker kommunenes kompetansetillit. At kommunene har positive erfaringer som bidrar til kompetansetillit kan underbygges av den opplevde målkongruensen og den lave mistenksomheten som preger relasjonen.

Fastlegene oppleves her mer som en steward enn som en agent. Og kompetansetilliten fra kommunene virker motiverende for fastlegene til å handle i tråd med kommunenes ønsker. For en steward vil økt informasjonsinnhenting og kontroll kunne føre til svikt i motivasjonen (Argyris 1964). Tilstedeværelse av kompetansetillit kan ha betydning for hvordan den helhetlige styrin-

gen ser ut. Vår undersøkelse tyder på at tillit reduserer behovet for formell styring, noe også Cäker & Siverbo (2011) har hevdet.

Den høye tilliten i relasjonen mener vi også består av det Cäker & Siverbo (2011) kaller institusjonell tillit. Institusjonell tillit er tilstede i form av at den ene parten har et insentiv til å følge sosiale regler og til å ta vare på sitt omdømme (Cäker & Siverbo 2011). Dette gjør at den andre parten kan akseptere en form for usikkerhet (Cäker & Siverbo 2011). De nasjonale føringene i relasjonen mellom fastlegene og kommunene kan kobles til dette. Disse gir klare føringer på enkelte områder, i tillegg vil brudd på disse kunne ha svært negative konsekvenser for fastlegenes omdømme. Systemet som er bygd opp rundt relasjonen gjør at kommunene kan ha institusjonell tillit til fastlegene.

Hverken kompetansetillit eller institusjonell tillit vil være en garanti for at fastlegene opptrer slik kommunene ønsker. Å forsikre seg om at fastlegene faktisk gjør det kommunene ønsker krever høy grad av overvåkning og kontroll. Våre funn viser at majoriteten av kommunene ikke gjør dette. Den høye tilliten kan derfor ha ført til at kommunene ikke opplever et stort behov for detaljrik informasjon om fastlegenes drift. Dette er i tråd med Tomkins (2001) som belyser at tillit ikke reduserer usikkerheten i situasjonen, men det kan redusere behovet for informasjon. Synet på tillit er ikke entydig der Cäker & Siverbo (2011) viser til at god tillit i en relasjon kan legge tilrette for mer formell styring, men også at økt styring kan redusere allerede eksisterende tillit. Med tanke på for eksempel innhenting av styringsinformasjon kan dette være mer gjennomførbart i en relasjon med etablert tillit.

Flertallet av respondentene opplever at fastlegene reagerer negativt på kontroll utført av kommunen. Kontroll omfatter både regel- og resultatstyring. Dette er i tråd med Abernethy & Stoelwinder (1995), Mayer (1997) og Merchant & Van der Stede (2012) som hevder at profesjonen vil føle seg truet av regel- og resultatstyring og at det derfor ikke vil egne seg i styringen av disse. Dette forsterkes ved at fastlegene kan betraktes som en steward. Høy detaljstyring og kontroll vil redusere motivasjonen til en steward (Argyris 1964). Det vil også kunne resultere i opportunistisk atferd (Ghoshal & Moran 1996). At kommunene ikke bruker resultatstyring i høy grad og kun regelstyring på et overordnet nivå, kan styrke fastlegenes motivasjon. Dialog kan være med på å dekke behovet kommunene har for informasjon, da dette ikke oppleves like inngripende som det regel- og resultatstyring gjør.

Flere har slått fast at en profesjon må bli møtt med andre styringsmekanismer enn de formelle (Merchant & Van der Stede 2012, Nyland & Pettersen 2018). Samtidig mener Goold & Quinn (1990) at tillit er en forutsetning for et velfungerende økonomistyringssystem. I relasjonen mellom kommunene og fastlegene fremstår tillit, sammen med regelstyring, som fundamentet for den styringspakken kommunene benytter.

6.5 Konklusjon

Ved å legge til grunn en bred forståelse av styring har vår undersøkelse vist at kommunene styrer fastlegene mer enn de tilsynelatende tror. Kommunene har flere måter å løse sin styringspakke på. I en helhetlig styringspakke må alle de ulike elementene vurderes sammen. De formelle organisatoriske styringsmekanismene er generelt mer fremtredende i de større kommunene der styringen er mer desentralisert basert på mer bruk av samarbeidsutvalg og hyppigere opprettelse av planer og målsetninger for legetjenesten. I mindre kommuner har de funnet andre løsninger på den organisatoriske styringen, som vil være mer hensiktsmessig for dem. De har også færre fastleger med nærmere lokasjon mellom den kommunale administrasjonen og legekantor, dermed foregår det mer uformell dialog.

Felles for styringspraksis i kommunene er at regelstyring, sammen med tillit, danner fundamentet for kommunenes styring av fastlegene. Regelstyringen er på et overordnet nivå og griper lite inn i fastlegenes arbeidshverdag. Tilstedeværelse av mye tillit i relasjonen kan være en av årsakene til at resultatstyring ikke er så fremtredende. Resultatstyringen har muligens en mer rettleidende rolle ved både bruk av konkrete mål og felles forståelse av ikke fastsatte mål. Dialog ansees som viktig og løses ulikt basert på kommunestørrelse, denne formen kan også bidra til innhenting av nødvendig informasjon. Både formell og uformell dialog kan redusere behovet for annen formell styringsinformasjon ytteligere. Tillit, sammen med en overordnet regelstyring og lite fremtredende resultatstyring, åpner opp for høy grad av autonomi hos en sterk profesjon som fastlegene representerer.

6.5.1 Bidrag og implikasjoner

Hvordan kommunene styrer fastlegene er lite studert. Vi sendte ut en bred spørreundersøkelse til helseledere og kommuneoverleger i alle kommunene i Norge for å kartlegge kommunenes styringspakke i styringen av fastlegene. Undersøkelsen har et bredt perspektiv på styring og vi har brukt et rammeverk som består av regel-, resultat- og normstyring i tillegg til at vi inkluderte styring gjennom organisasjonstruktur. Undersøkelsen gikk ikke i dybden på hver enkelt styringsmekanisme, men søkte å beskrive sammensetningen og samspillet mellom de. Studien fikk en svarprosent på 44,4 % der det var lite systematisk frafall, noe som gjør at funnene kan generaliseres. Vår studie gir derfor innsikt på et område med lite kunnskap om fra før. Tilsvarende studier har vært mindre forankret i teori, slik sett bringer vår undersøkelse noe nytt til forskningsfeltet.

Ved å legge et bredt perspektiv for styring til grunn, viser vår undersøkelse at kommunene driver med mer styring enn hva de tror og hva som tidligere er antatt. På spørsmålet om kommunene

styrer fastlegene kan derfor svaret være ja, dersom vår brede definisjon legges til grunn.

Vår undersøkelse viser at regelstyring og tillit er fundamentet for kommunenes styring av fastlegene og påvirker sammensetningen av styringspakken, der dialog anses som spesielt viktig. Funnene indikerer også at fastlegene bør behandles som en steward, og ikke som en agent der måling og kontroll er sentralt. Dette støtter oppunder tidligere forskning som sier at en profesjon bør styres av andre virkemidler enn formelle. Ved å innføre mer formell styring som innhenting av styringinformasjon, rapporteringer og andre typer kontroller og overvåkninger kan det gi uønskede konsekvenser for en fastlegeordning som allerede er under hardt press. Økt formell styring kan i verste fall resultere i at fastlegene begynner å ligne mer på en agent, der egendefinerte mål vil være styrende for fastlegenes praksis. En slik utvikling vil være uheldig da fastlegenes kompetanse er viktig i utformingen av en god lege- og primærhelsetjeneste. Når fastlegene er å betrakte som en steward har kontroll og overvåkning liten hensikt, da de i utgangspunktet handler slik kommunene ønsker.

Implikasjonene av funnene tyder på at utviklingen på dette området bør ha fokus på de uformelle styringmekanismene. Bruk av uformelle styringsmekanismer i form av tillit og dialog, som gjør at fastlegen kan utøve autonomi, vil muligens resultere i mindre opportunistisk atferd og bedre kvalitet på legetjenesten, enn ved økt formell styring.

Kritikk av oppgaven og videre forskning

7.1 Sårbarhet ved oppgaven

Vi fikk flere kommentarer om at spørreundersøkelsen var lite egnet for de aller minste kommunene med under 2 000 innbyggere. Der finnes det gjerne bare én eller to fastleger, og derfor var vår undersøkelse ikke helt egnet. Vi hadde også en underrepresentasjon av de minste kommunene, og en overrepresentasjon av de største. Derimot fant vi at det ikke var et systematisk frafall fra de minste kommunene som falt av undersøkelsen underveis. Dermed føler vi at vi har et godt representativt utvalg.

Vi fikk også noen kommentarer om at undersøkelsen var mindre egnet for kommuner med bare fastlønnede leger. Av empirien så vi at utvalget vårt hadde hele 26,9 % fastlønnede, noe som er høyere enn landsgjennomsnittet. Av de som oppga andel fastlønnede hadde 58 kommuner 100 % fastlønnede, og mange var tett oppunder dette. Dermed føler vi at vi har fått god representativitet av kommuner som har mange fastlønnede fastleger.

Kritikken av spørreskjemaet var også at noen av spørsmålene var vanskelig å forstå, noen hadde dobbeltbetydning og noen av spørsmålene hadde trengt et “ikke relevant” svaralternativ. Spørsmålene som var obligatoriske hadde alltid “vet ikke” som svaralternativ, og det var hovedsakelig bakgrunnsspørsmål, se vedlegg 16, der obligatoriske spørsmål er markert med *. På grunn av tidspress sendte vi ikke ut pretesten til flere respondenter. Vi følte vi fikk god tilbakemelding da vi hadde grundig gjennomgang av spørreundersøkelsen med en kommuneoverlege.

Vi vet ikke om respondentene har snakket sammen, altså helselederen og kommuneoverlegen, før de har svart på spørreundersøkelsen. Dette kan være en feilkilde. Vi ønsket at kommuneoverlegen og helselederen i den enkelte kommune skulle svare uavhengig av hverandre. Dette var derimot en faktor vi ikke hadde kontroll over og som kan ha påvirket reliabiliteten til studien.

Imidlertid er svar prosenten såpass stor, slik at dette ikke bør være et stort problem.

7.2 Forskning - veien videre

Å gjennomføre studier på samme tema, men som går mer i dybden ville vært interessant for å gi et mer nyansert bilde av styringen og den enkelte styringsmekanisme. Slike studier kan gjøres ved bruk av en enkel case-studie, komparative studier eller observasjonsstudier. Basert på funnene fra vår studie ville det vært interessant å studert hva som bidrar til god dialog, der bidraget av en slik studie kan styrke en allerede viktig styringsmekanisme. Det samme gjelder tillit, og hvilken betydningen den har på styringen. Virkningen av interkommunale samarbeid ville også vært interessant å studert nærmere, samt flere nyanser av kommuneoverlegens rolle i styringen av fastlegene. Å gå i dybden på hva som forårsaker savnet etter mer styringsinformasjon ville også vært spennende.

Det kan også være interessant å gjennomføre en liknende studie som vår om noen år, for å kartlegge eventuelle endringer. Dette kan gjennomføres ved bruk av et longitudinelle design og kan være spesielt interessant med tanke på om det blir noen endringer i fastlegeordningen, slik som Helse- og omsorgsdepartementet har varslet.

Denne studien har undersøket temaet gjennom kommunenes sitt perspektiv. En undersøkelse som fokuserer på fastlegenes sitt perspektiv vil kunne komplementere forskningen. Et mulig forskningdesign er kvalitativ data i form av dybdeintervju for å finne nyanser både på styringen under et, men og i dybden på hver enkelt styringsmekanisme. I tillegg kunne det vært interessant med et kvantitativt design ved bruk av en spørreundersøkelse. En slik spørreundersøkelse bør være mindre omfattende enn vår. Spesielt ville det vært interessant å undersøke om tilliten er gjensidig.

På grunn av begrenset tid fikk vi ikke gjort alt vi ønsket med dataen vi samlet inn. Noe som betyr at det er en stor mengde innsamlet data som har potensiale til å komme med flere slutninger og dypere forståelse på temaet som er studert i denne undersøkelsen.

Bibliografi

- Abbott, A. (1988), *The system of professions : an essay on the division of expert labor*, University of Chicago Press, Chicago.
- Abelsen, B. & Olsen, J. A. (2015), 'Young doctors' preferences for payment systems: the influence of gender and personality traits', *Human resources for health* **13**(1), 69.
- Abernethy, M. A., Chua, W. F., Grafton, J. & Mahama, H. (2006), 'Accounting and control in health care: behavioural, organisational, sociological and critical perspectives', *Handbooks of management accounting research* **2**, 805–829.
- Abernethy, M. A. & Stoelwinder, J. U. (1995), 'The role of professional control in the management of complex organizations', *Accounting, Organizations and Society* **20**(1), 1–17.
- Agenda Kaupang AS (2016), '*Kommunal legetjeneste - kan den ledes?*', Oslo: Agenda Kaupang, Tilgjengelig fra: <https://www.ks.no/contentassets/b3154b3436fd4c85bfff563a69d17b11/rapport.pdf>. (Hentet: 02.01.2019).
- Alvesson, M. & Kärreman, D. (2004), 'Interfaces of control. technocratic and socio-ideological control in a global management consultancy firm', *Accounting, Organizations and Society* **29**(3-4), 423–444.
- Anthony, R. N. (1965), *Planning and control systems : a framework for analysis*, Studies in management control, Division of Research, Graduate School of Business Administration, Harvard University, Boston.
- Argyris, C. (1964), *Integrating the individual and the organization*, Routledge.
- ASA 4310 – Rammeavtale fastlegeordningen KS (2012), '*ASA 4310 – Rammeavtale mellom KS og Den norske legeforening om allmennlegepraksis i fastlegeordningen i kommunene*', Tilgjengelig fra: <https://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Avtaler/Avtalearkiv/Naringsdrivende/Fastleger-KS/>

Rammeavtalen-mellom-KS-og-Den-norske-legeforening-om-allmennpraksis-i-f
(Hentet: 28.04.2019).

- Boer, Y. K. d. (2015), 'Dansk almen praksis 2015: levedygtig og i krise', *Utposten* **44**(6), 31.
- Broadbent, J. & Laughlin, R. (1998), 'Resisting the "new public management": absorption and absorbing groups in schools and gp practices in the uk', *Accounting, Auditing & Accountability Journal* **11**(4), 403–435.
- Broadbent, J. & Laughlin, R. (2009), 'Performance management systems: A conceptual model', *Management Accounting Research* **20**(4), 283–295.
- Busch, T. & Murdock, A. (2014), *Value-based leadership in public professions*, Palgrave Macmillan, Basingstoke.
- Byrkjeflot, H. (2011), 'Healthcare states and medical professions: the challenges from npm', *The Ashgate Research Companion to New Public Management*, Ashgate, Farnham, Burlington pp. 147–160.
- Caers, R., Bois, C. d., Jegers, M., Gieter, S. d., Schepers, C. & Pepermans, R. (2006), 'Principal-agent relationships on the stewardship-agency axis', *Nonprofit Management and Leadership* **17**(1), 25–47.
- Cäker, M. & Siverbo, S. (2011), 'Management control in public sector joint ventures', *Management Accounting Research* **22**(4), 330–348.
- Chenhall, R. H. (2003), 'Management control systems design within its organizational context: findings from contingency-based research and directions for the future', *Accounting, organizations and society* **28**(2-3), 127–168.
- Christensen, T. & Lægreid, P. (2007), 'The whole-of-government approach to public sector reform', *Public administration review* **67**(6), 1059–1066.
- Christiansen, T. W. & Sandvik, H. (2017), 'Fastlegeordningen forvitrer - hva nå?', *Tidsskrift for Den norske legeforening* pp. 1770–1773.
- Davis, J. H., Schoorman, F. D. & Donaldson, L. (1997), 'Toward a stewardship theory of management', *Academy of Management review* **22**(1), 20–47.
- Dekker, H. C. (2004), 'Control of inter-organizational relationships: evidence on appropriation concerns and coordination requirements', *Accounting, organizations and society* **29**(1), 27–49.
- Den norske legeforening (2014), *Utviklingsplan for fastlegeordninger 2015-2020*, Oslo:

-
- Den norske legeforening, Tilgjengelig fra: <https://beta.legeforeningen.no/contentassets/0c63bff7cf4d43109d15fb4e691c9712/utviklingsplan-flo.pdf>. (Hentet: 10.05.2019).
- Diamond, S. S. (2000), 'Reference guide on survey research', *Reference manual on scientific evidence* **221**, 228.
- Dommerud, T. (2019), 'Nesten 50 kommuner melder om dramatisk fastlegemangel', *Aftenposten.no*, Tilgjengelig fra: <https://www.aftenposten.no/norge/i/OnGWeq/Nesten-50-kommuner-melder-om-dramatisk-fastlegemangel>. (Hentet: 11.05.2019).
- Douma, S. & Schreuder, H. (2013), *Economic approaches to organizations*, 5th ed. edn, Pearson Education, Harlow.
- Dranove, D. & White, W. D. (1987), 'Agency and the organization of health care delivery', *Inquiry* pp. 405–415.
- Eisenhardt, K. M. (1989), 'Agency theory: An assessment and review', *Academy of management review* **14**(1), 57–74.
- Emsley, D. & Kidon, F. (2007), 'The relationship between trust and control in international joint ventures: Evidence from the airline industry', *Contemporary Accounting Research* **24**(3), 829–858.
- Evetts, J. (2003), 'The sociological analysis of professionalism: Occupational change in the modern world', *International sociology* **18**(2), 395–415.
- Fallan, L. & Pettersen, I. J. (2016), *Bedriftsøkonomiske atferdsteorier : endrede perspektiver på atferd, koordinering og organisering*, Fagbokforl, Bergen.
- Fastlegeforskriften (2012), 'Forskrift om fastlegeordning i kommunene', Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842>. (Hentet: 30.04.2019).
- Ferreira, A. & Otley, D. (2009), 'The design and use of performance management systems: An extended framework for analysis', *Management accounting research* **20**(4), 263–282.
- Flamholtz, E. G. (1983), 'Accounting, budgeting and control systems in their organizational context: theoretical and empirical perspectives', *Accounting, organizations and society* **8**(2-3), 153–169.
- Freidson, E. (1984), 'The changing nature of professional control', *Annual review of sociology* **10**(1), 1–20.

-
- Gaardsrud, P. (2019), 'Styringsdata for fastlegeordningen, 4. kvartal 2018', Oslo: Helsedirektoratet, Avdeling Finansiering, Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Documents/Statistikk%20og%20analyse/Fastlegestatistikk/Fastlegestatistikk%202018/hovedtallsrapport%20fastlegeordningen%20landstall%202018-4%20revidert%20medio%20mars.pdf>. (Hentet: 02.05.2019).
- Ghoshal, S. & Moran, P. (1996), 'Bad for practice: A critique of the transaction cost theory', *Academy of management Review* **21**(1), 13–47.
- Goold, M. & Quinn, J. J. (1990), 'The paradox of strategic controls', *Strategic management journal* **11**(1), 43–57.
- Grimsmo, A., Kirchhoff, R. & Aarseth, T. (2015), 'Samhandlingsreformen i norge'.
- Hansen, H. F. (2016), Npm in scandinavia, in 'The Ashgate research companion to new public management', Routledge, pp. 129–146.
- Hasselgård, M., Nordahl, B. O. & Andersen, E. (2019), 'Fastlegene som henter ut mest penger fra staten, sykemelder mest', *Nrk.no*, Tilgjengelig fra: https://www.nrk.no/dokumentar/fastlegene-som-henter-ut-mest-penger-fra-staten_-sykemelder-mest-1.14371981. (Hentet: 13.05.2019).
- Heen, H. (2005), 'Styring gjennom frivillighet : styring og samarbeid i fastlegeordningen'.
- Helse- og omsorgstjenesteloven (2011), 'Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.', Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>. (Hentet: 28.04.2019).
- Hermansen, M. (2018), 'Strakstiltak for en fastlegeordning i krise', *Tidsskrift for den Norske Legeforening* **138**(13).
- Hood, C. (1991), 'A public management for all seasons?', *Public administration* **69**(1), 3–19.
- Hood, C. (1995), 'The "new public management" in the 1980s: Variations on a theme', *Accounting, organizations and society* **20**(2-3), 93–109.
- Hopwood, A. (1974), *Accounting and Human Behaviour, Accountancy*, Age Books, Haymarket Publishing Ltd., London.
- Hrebiniak, L. G. & Joyce, W. F. (1986), 'The strategic importance of managing myopia', *Sloan Management Review (1986-1998)* **28**(1), 5.

-
- Hurst, J. (2002), 'The danish health care system from a british perspective', *Health Policy* **59**(2), 133–143.
- Ipsos og Samfunnsøkonomisk analyse (2018), 'Variasjoner i finansieringen av fastlegeordningen', Oslo: Ipsos og Samfunnsøkonomisk analyse, Tilgjengelig fra: <https://www.ipsos.com/nb-no/ny-rapport-variasjoner-i-finansiering-av-fastlegeordningen>. (Hentet: 01.05.2019).
- Iversen, T., Øien, H. & Schou, A. (2016), 'Fastlegene i samhandlingsreformen', *Tidsskrift for omsorgsforskning* **2**(02), 107–116.
- Jacobsen, D. I. (2005), *Hvordan gjennomføre undersøkelser?: innføring i samfunnsvitenskapelig metode*, Vol. 2, Høyskoleforlaget Kristiansand.
- Jensen, M. C. & Meckling, W. H. (1976), 'Theory of the firm: Managerial behavior, agency costs and ownership structure', *Journal of financial economics* **3**(4), 305–360.
- Jespersen, P. K. (2005), *Mellem profession og management: ledelse i danske sygehuse*, Handelshøjskolens forlag.
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2011), 'Forskningsmetode for Økonomisk-administrative fag'.
- King, R. & Clarkson, P. (2015), 'Management control system design, ownership, and performance in professional service organisations', *Accounting, Organizations and Society* **45**, 24–39.
- Kirchhoff, R., Bøyum-Folkeseth, L., Gjerde, I. & Aarseth, T. (2016), 'Samhandlingsreformen og fastlegene—et avstandsforhold?', *Tidsskrift for omsorgsforskning* **2**(02), 95–106.
- Knutsson, H., Mattisson, O., Nasi, S., Nyland, K. & Skarbak, P. (2017), 'New public management in a scandinavian context', *Modernizing the Public Sector: Scandinavian Perspectives* pp. 18–34.
- Kurunmäki, L. (2004), 'A hybrid profession—the acquisition of management accounting expertise by medical professionals', *Accounting, organizations and society* **29**(3-4), 327–347.
- Langfield-Smith, K. (1997), 'Management control systems and strategy: A critical review', *Accounting, Organizations and Society* **22**(2), 207–232.
- Lapsley, I. (2008), 'The npm agenda: back to the future', *Financial accountability & management* **24**(1), 77–96.

-
- Lian, O. S. (2003), *Når helse blir en vare : medikalisering og markedsorientering i helsetjenesten*, Høyskoleforlaget, Kristiansand.
- Lie, A. D. (2017), 'Fastlønn for fastleger? Ja, takk', *Aftenposten.no*, Tilgjengelig fra: https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/r6xme/Fastlonn-for-fastleger-Ja_-takk--Anders-Danielsen-Lie. (Hentet: 15.05.2019).
- Ling, T. (2002), 'Delivering joined-up government in the uk: dimensions, issues and problems', *Public administration* **80**(4), 615–642.
- Locke, E. A., Shaw, K. N., Saari, L. M. & Latham, G. P. (1981), 'Goal setting and task performance: 1969–1980.', *Psychological bulletin* **90**(1), 125.
- Ludvigsen, S. & Sørensen, R. (2003), 'Når pengene skal følge brukeren. kan kommunene ta ansvar for brukervalg og stykkpriser?', *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift* **19**(03), 308–333.
- Malmi, T. & Brown, D. A. (2008), 'Management control systems as a package—opportunities, challenges and research directions', *Management accounting research* **19**(4), 287–300.
- Mayer, M. (1997), 'Professional management.', *Brookings Review* **15**(1), 48.
URL: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=bthAN=9704044663site=ehost-live>
- Menon Economics (2018), *Fastlegeordningen i krise - hva sier tallene*, Oslo: Menon Economics, Tilgjengelig fra: <https://beta.legeforeningen.no/contentassets/ced23ddcb76b48d388f4c5eb09566054/fastlegeordningen-i-krise-hva-sier-tallene-endelig-rapport.pdf>. (Hentet: 15.01.2019).
- Merchant, K. A. & Otley, D. T. (2006), 'A review of the literature on control and accountability', *Handbooks of Management Accounting Research* **2**, 785–802.
- Merchant, K. A. & Van der Stede, W. A. (2012), *Management control systems : performance measurement, evaluation and incentives*, 3rd ed. edn, Prentice Hall/Financial Times, Harlow.
- Mintzberg, H. (1983), *Structure in fives : designing effective organizations*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N.J.
- Mintzberg, H. (2012), 'Managing the myths of health care', *World Hospitals and Health Services* **48**(3), 4–7.
- Modell, S. (2005), 'Triangulation between case study and survey methods in management

-
- accounting research: An assessment of validity implications', *Management accounting research* **16**(2), 231–254.
- Moe, M. (2018), 'Fastlegekrisen', *Dagensmedisin.no*, Tilgjengelig fra: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2018/08/16/fastlegekrisen/>. (Hentet: 11.05.2019).
- Mundy, J. (2010), 'Creating dynamic tensions through a balanced use of management control systems', *Accounting, Organizations and society* **35**(5), 499–523.
- Normaltariff for avtalespesialister (2018), 'Normaltariff for avtalespesialister 2018-2019', Tilgjengelig fra: https://normaltariffen.legeforeningen.no/pdf/Normaltariff_2018.pdf. (Hentet: 01.05.2019).
- Norman, R. (2011), 'Npm ideas and social welfare administration', *The Ashgate Research Companion to New Public Management*, Ashgate, Farnham, Burlington pp. 173–186.
- Nyeng, F. (2004), *Vitenskapsteori for Økonomer*, Abstrakt forlag, Oslo.
- Nyeng, F. (2012), *Nøkkelbegreper i forskningsmetode og vitenskapsteori*, Fagbokforlaget, Bergen.
- Nyland, K. & Pettersen, I. J. (2018), *Penger og helse : fra enkel til kompleks styring i helsesektoren*, Fagbokforl, Bergen.
- Orlikowski, W. J. (1991), 'Integrated information environment or matrix of control? the contradictory implications of information technology', *Accounting, Management and Information Technologies* **1**(1), 9–42.
- Otley, D., Broadbent, J. & Berry, A. (1995), 'Research in management control: an overview of its development', *British Journal of management* **6**, S31–S44.
- Otley, D. T. (1980), The contingency theory of management accounting: achievement and prognosis, in 'Readings in accounting for management control', Springer, pp. 83–106.
- Otley, D. T. & Berry, A. J. (1980), 'Control, organisation and accounting', *Accounting, Organizations and Society* **5**(2), 231–244.
- Ouchi, W. G. (1979), A conceptual framework for the design of organizational control mechanisms, in 'Readings in accounting for management control', Springer, pp. 63–82.
- Paulsen, B., Lippestad, J. & Johansen, R. (2010), 'Samhandlingsreformen, kommunal helseadministrasjon og legetjenesten i kommunene', Trondheim: Sintef, Tilgjengelig fra: <https://www.sintef.no/globalassets/>
-

upload/teknologi_og_samfunn/helsetjenesteforskning/
rapport-a16806-samhandlingsreformen-kommunal-helseadm--og-legetj-i-komm
pdf. (Hentet: 02.01.2019).

Pettersen, I. J. (2011), 'Trust-based or performance-based management—a study of employment contracting in hospitals', *The International journal of health planning and management* **26**(1), 18–38.

Prop.91 L (2010-2011), '(2011)Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m', Oslo: Helse og omsorgsdepartementet, Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop-91-l-20102011/id638731/sec1>. (Hentet: 30.04.2019).

Questback (2016), '*Questback Essentials User Manual*', Tilgjengelig fra: https://web2.questback.com/downloads/Usermanual_EN.pdf. (Hentet: 27.03.2019).

Raelin, J. A. (1985), 'The basis for the professional's resistance to managerial control', *Human Resource Management* **24**(2), 147–175.

Ringdal, K. (2013), *Enhet og mangfold : samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*, 3. utg. edn, Fagbokforlaget, Bergen.

Roberts, E. S. (1999), 'In defence of the survey method: An illustration from a study of user information satisfaction', *Accounting & Finance* **39**(1), 53–77.

Sharma, A. (1997), 'Professional as agent: Knowledge asymmetry in agency exchange', *Academy of Management review* **22**(3), 758–798.

Simons, R. (1990), 'The role of management control systems in creating competitive advantage: new perspectives', *Accounting, organizations and society* **15**(1-2), 127–143.

Simons, R. (1995), 'Control in an age of empowerment', *Harvard business review* **73**(2), 80–88.

SSB (1998), 'Standard for klassifisering av kommuner etter innbyggertall', *SSB.no*, Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/klass/klassifikasjoner/115/koder>. (Hentet: 18.01.2019).

Strauß, E. & Zecher, C. (2013), 'Management control systems: a review', *Journal of Management Control* **23**(4), 233–268.

Svensson, L. G. (2006), 'New professionalism, trust and competence: Some conceptual remarks and empirical data', *Current sociology* **54**(4), 579–593.

Sæther, A. S. & Nærø, A. F. (2017), 'Kampen om fastlegene', *Vg.no*, Tilgjengelig fra: <https://www.vg.no/spesial/2017/fastleger/>. (Hentet: 11.05.2019).

-
- Tomkins, C. (2001), 'Interdependencies, trust and information in relationships, alliances and networks', *Accounting, organizations and society* **26**(2), 161–191.
- Town, R., Wholey, D. R., Kralewski, J. & Dowd, B. (2004), 'Assessing the influence of incentives on physicians and medical groups', *Medical Care Research and Review* **61**(3_suppl), 80S–118S.
- Trønderopprøret (2019), 'Oppgaveoverføringer til fastlegeordningen', Trondheim: Trønderopprøret, Tilgjengelig fra: <http://www.flo20.no/nyeoppgaver/>. (Hentet: 10.05.2019).
- Tynkkynen, L.-K., Keskimäki, I. & Lehto, J. (2013), 'Purchaser–provider splits in health care—the case of finland', *Health Policy* **111**(3), 221–225.
- Van der Stede, W. A., Young, S. M. & Chen, C. X. (2005), 'Assessing the quality of evidence in empirical management accounting research: The case of survey studies', *Accounting, organizations and society* **30**(7-8), 655–684.
- Veggeland, N. (2018), 'Fastlegeordningen og reformer', *Tidsskrift for velferdsforskning* (1), 59–68.
- Vélez, M. L., Sánchez, J. M. & Álvarez-Dardet, C. (2008), 'Management control systems as inter-organizational trust builders in evolving relationships: Evidence from a longitudinal case study', *Accounting, Organizations and Society* **33**(7-8), 968–994.
- Waring, J. & Currie, G. (2009), 'Managing expert knowledge: organizational challenges and managerial futures for the uk medical profession', *Organization Studies* **30**(7), 755–778.
- Young, D. W. (2012), *Management control in nonprofit organizations*, 9th ed. edn, Crimson Press, Cambridge, Mass.
- Zimmerman, J. L. (2001), 'Conjectures regarding empirical managerial accounting research', *Journal of accounting and economics* **32**(1-3), 411–427.

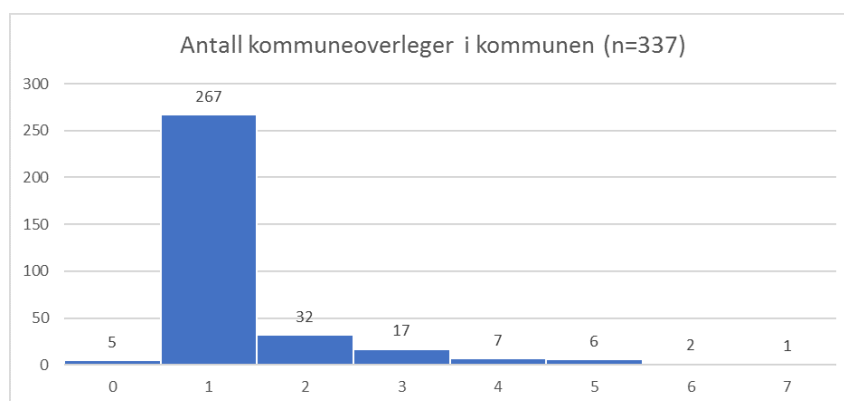
Vedlegg

Vedlegg 1

Kommunestørrelse basert på innbyggertall	Kommuner i Norge		
	Kommuner i Norge	Fullførte spørreundersøkelser	Ufullførte spørreundersøkelser
Under 2000 innbyggere	94 (22,3 %)	37 (10,9 %)	13 (21,3 %)
2000 – 4 999 innbyggere	130 (30,8 %)	95 (27,9 %)	18 (29,5 %)
5 000 – 9 999 innbyggere	84 (19,9 %)	73 (21,4 %)	14 (23,0 %)
10 000 – 19 999 innbyggere	58 (13,7 %)	65 (19,1 %)	7 (11,5 %)
20 000 – 49 999 innbyggere	40 (9,5 %)	51 (15,0 %)	3 (4,9 %)
50 000 eller flere innbyggere	16 (3,8 %)	20 (5,9 %)	6 (9,8 %)
Totalt	422 (100 %)	341 (100 %)	61 (100 %)

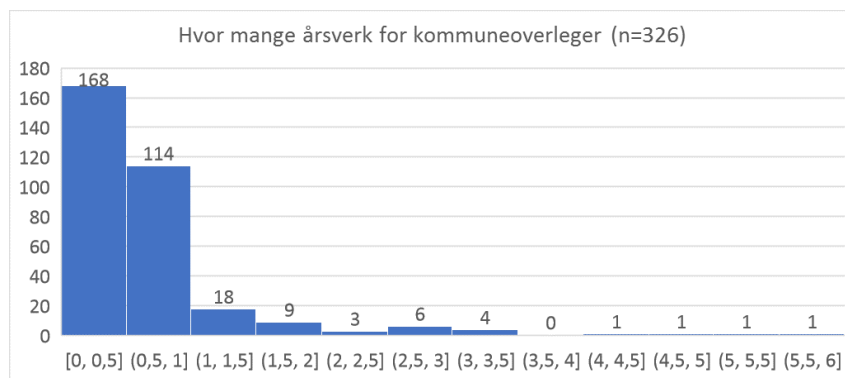
Figur 1: Oversikt over andel kommuner i Norge fordelt på innbyggertall i kommunen, sammenlignet med andel fullførte og ufullførte svar på spørreundersøkelsen.

Vedlegg 2



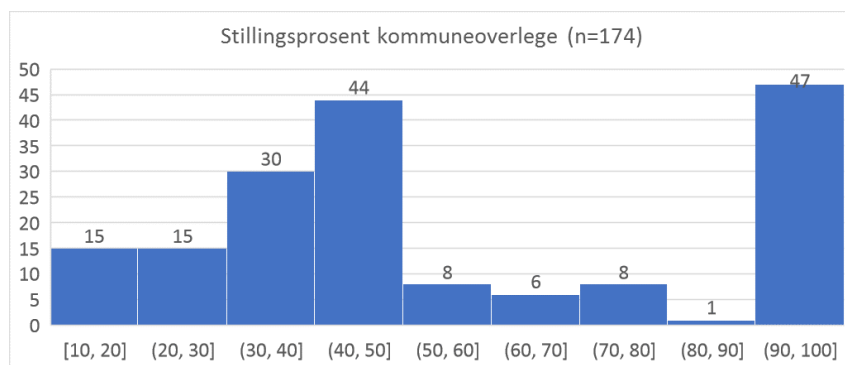
Figur 2: Oversikt over antall kommuneoverleger i kommunen.

Vedlegg 3



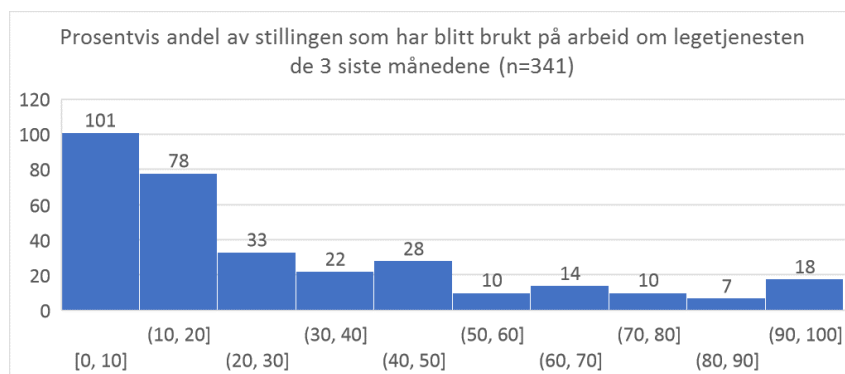
Figur 3: Respondentene indikerte årsverk for kommuneoverleger i kommunen(e).

Vedlegg 4



Figur 4: Respondentene indikerte stillingsprosent som kommuneoverlege.

Vedlegg 5



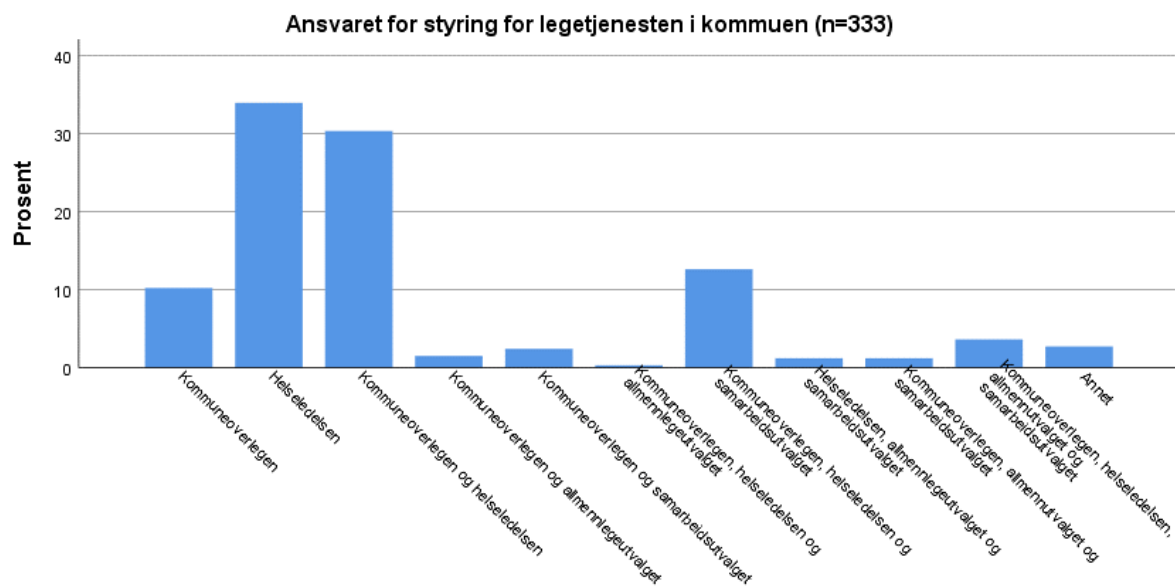
Figur 5: Respondentene indikerte hvor stor prosentvis av sin stilling som ble brukt på arbeidsoppgaver som har med legetjenesten de siste 3 månedene.

Vedlegg 6

Påstand	Svaralternativ					
	Svært liten grad 1	2	3	4	Svært stor grad 5	Vet ikke
Kommunens sanksjonsmuligheter ovenfor fastlegene oppleves som hensiktsmessige. (n=333)	69 (20,7 %)	68 (20,4 %)	62 (18,6 %)	43 (12,9 %)	14 (4,2 %)	77 (23,1 %)
Sanksjonene som er tilgjengelige føles for strenge. (n=329)	55 (16,7 %)	64 (19,5 %)	68 (20,7 %)	26 (7,9 %)	12 (3,6 %)	104 (31,6 %)
De tilgjengelige sanksjonsmulighetene fungerer bedre på fastlønnede enn selvstendige næringsdrivende. (n=161)	14 (8,7 %)	10 (6,2 %)	29 (18,0 %)	25 (15,5 %)	25 (15,5 %)	58 (36,0 %)
Kommunen har tilstrekkelige sanksjonsmuligheter. (n=331)	44 (13,3 %)	55 (16,6 %)	68 (20,5 %)	41 (12,4 %)	36 (10,9 %)	87 (26,3 %)
Det er et ønske om bedre sanksjonsmuligheter i styringen av fastlegene. (n=331)	58 (17,5 %)	42 (12,7 %)	68 (20,5 %)	52 (15,7 %)	26 (7,9 %)	85 (25,7 %)

Tabell 1: Sanksjoner

Vedlegg 7



Figur 6: Ansvar for legetjenesten

Vedlegg 8

Påstand	Svaralternativ					
	Svært liten grad 1	2	3	4	Svært stor grad 5	Vet ikke
Det er en klar ansvarsfordeling i vår kommune når det gjelder styring av legetjenesten? (n=339)	15 (4,4 %)	29 (8,6 %)	54 (15,9 %)	127 (37,5 %)	112 (33,0 %)	2 (0,6 %)
Det er behov for en rolleavklaring i kommunen knyttet til styring av legetjenesten? (n=337)	106 (31,5 %)	93 (27,6 %)	44 (13,1 %)	66 (19,6 %)	23 (6,8 %)	5 (1,5 %)
Det er et problem at fastleger ikke føler seg som en integrert del av kommunehelsetjenesten. (n=339)	69 (20,4 %)	63 (18,6 %)	77 (22,7 %)	71 (20,9 %)	42 (12,4 %)	17 (5,0 %)

Figur 7: Ansvarsfordeling, rolleavklaring og fastlegenes integrering i kommunen

Vedlegg 9

Hvor ligger ansvaret for utføring av oppgaven	Svaralternativ						
	Samarbeids- utvalget	Allmennlege- utvalget	Kommunen	Fastlegene	Gjennomføres ikke	Vet ikke	Annet
Utførelse av behovsanalyser (n=326)	22,7 %	7,4 %	57,7 %	12,9 %	23,6 %	10,1 %	0,6 %
Opprettelse av ny hjemmel (n=335)	39,4 %	11,3 %	84,5 %	13,1 %	5,1 %	0,9 %	0,9 %
Ansettelse av nye fastleger (n=335)	17,6 %	5,4 %	93,7 %	28,1 %	1,5 %	0,3 %	1,8 %
Utforming av plan for legetjenesten (n=333)	36,6 %	15,9 %	81,1 %	27,3 %	12,0 %	1,5 %	0,6 %
Utforming av mål på ønsket listelengde (n=333)	36,6 %	11,1 %	65,8 %	49,8 %	9,0 %	3,0 %	0,6 %
Utvikling av kvalitetsindikatorer (n=331)	28,7 %	13,0 %	54,1 %	29,3 %	29,6 %	6,5 %	2,1 %
Fastsettelse av fremtidige mål (n=333)	41,1 %	16,8 %	70,6 %	30,3 %	14,7 %	5,7 %	1,5 %
Kartlegging av utfordringer for legetjenesten (n=333)	44,4 %	24,6 %	79,3 %	39,6 %	6,9 %	2,4 %	1,2 %
Organisering av legevakt (n=335)	19,1 %	12,5 %	85,1 %	30,1 %	0,0 %	0,0 %	10,4 %
Klagesaker til kommunen (n=332)	4,5 %	1,5 %	93,1 %	32,8 %	0,3 %	2,4 %	1,2 %
Klagesaker til fylkesmannen (n=330)	3,9 %	2,1 %	83,0 %	43,0 %	1,2 %	3,9 %	3,3 %
Flytting av praksis (n=328)	27,7 %	5,8 %	65,9 %	24,4 %	18,0 %	6,4 %	3,4 %
Kartlegging av midlertidig legemangel (n=334)	27,2 %	8,4 %	81,4 %	22,8 %	11,4 %	0,9 %	1,8 %
Kollegial fraværdekning og vikarordninger (n=333)	20,1 %	16,5 %	56,5 %	76,3 %	1,5 %	0,3 %	0,9 %
Andre saker om kommunens helse/pleie/omsorgstjeneste av betydning for legene (n=330)	40,0 %	19,4 %	85,5 %	37,9 %	1,5 %	4,5 %	2,7 %

Tabell 2: Hvor ligger ansvaret for utføring av oppgavene omhandler ansvarsfordeling i kommunen.

Vedlegg 10

Påstand	Svaralternativ				
	Svært liten grad 1	2	3	4	Svært stor grad 5
Samarbeidsutvalget er en viktig arena for kommunens dialog med fastlegene. (n=270)	12 (4,4 %)	13 (4,8 %)	36 (13,3 %)	83 (30,7 %)	126 (46,7 %)
Samarbeidsutvalget er en viktig arena for kommunens oppfølging og styring av fastlegene. (n=270)	16 (5,9 %)	27 (10,0 %)	65 (24,1 %)	83 (30,7 %)	79 (29,3 %)

Tabell 3: Erfaringer om samarbeidsutvalget.

Vedlegg 11

Påstand	Svaralternativ				
	Svært liten grad 1	2	3	4	Svært stor grad 5
Allmennlegeutvalget er en viktig arena for kommunens dialog med fastlegene. (n=230)	22 (9,6 %)	26 (11,3 %)	43 (18,7 %)	67 (29,1 %)	72 (31,3 %)
Allmennlegeutvalget er en viktig arena for kommunens oppfølging og styring av fastlegene. (n=230)	30 (13,0 %)	43 (18,7 %)	55 (23,9 %)	59 (25,7 %)	43 (18,7 %)

Tabell 4: Erfaringer om allmennlegeutvalget.

Vedlegg 12

Påstand	Svaralternativ					
	Svært liten grad 1	2	3	4	Svært stor grad 5	Vet ikke
Det er ikke behov for samarbeidsutvalg. (n=59)	9 (15,3 %)	7 (11,9 %)	5 (8,5 %)	9 (15,3 %)	19 (32,2 %)	10 (16,9 %)
Allmennlegeutvalget gjør jobben samarbeidsutvalget ville gjort. (n=55)	11 (20,0 %)	4 (7,3 %)	5 (9,1 %)	3 (5,5 %)	10 (18,2 %)	22 (40,0 %)
Det er ikke tilrettelagt for opprettelse av samarbeidsutvalg. (n=55)	13 (23,6 %)	4 (7,3 %)	8 (14,5 %)	1 (1,8 %)	18 (32,7 %)	11 (20,0 %)
Legemangel og mange korttidsvikarer gir liten stabilitet i sammensettingen av fastlegene. (n=55)	31 (56,4 %)	6 (10,9 %)	4 (7,3 %)	3 (5,5 %)	4 (7,3 %)	7 (12,7 %)
Kommunen har vært passiv i å opprette samarbeidsutvalget. (n=55)	13 (23,6 %)	4 (7,3 %)	7 (12,7 %)	4 (7,3 %)	16 (29,1 %)	11 (20,0 %)

Tabell 5: Årsaker til at samarbeidsutvalget ikke er opprettet.

Vedlegg 13

Påstand	Svaralternativ					
	Svært liten grad 1	2	3	4	Svært stor grad 5	Vet ikke
Det er ikke behov for allmennlegeutvalg. (n=84)	17 (20,2 %)	9 (10,7 %)	10 (11,9 %)	5 (6,0 %)	21 (25,0 %)	22 (26,2 %)
Samarbeidsutvalget gjør jobben allmennlegeutvalget ville gjort. (n=83)	17 (20,5 %)	1 (1,2 %)	5 (6,0 %)	11 (13,3 %)	19 (22,9 %)	30 (36,1 %)
Det er ikke tilrettelagt for opprettelse av allmennlegeutvalg. (n=82)	18 (22,0 %)	6 (7,3 %)	8 (9,8 %)	8 (9,8 %)	15 (18,3 %)	27 (32,9 %)
Legemangel og mange korttidsvikarer gir liten stabilitet i sammensettingen av fastlegene. (n=81)	41 (50,6 %)	7 (8,6 %)	9 (11,1 %)	4 (4,9 %)	7 (8,6 %)	13 (16,0 %)
Kommunen har vært passiv i å opprette allmennlegeutvalg. (n=82)	14 (17,1 %)	6 (7,3 %)	14 (17,1 %)	6 (7,3 %)	18 (22,0 %)	24 (29,3 %)

Tabell 6: Årsaker til at allmennlegeutvalget ikke er opprettet.



Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet:

“Kommunens styring av fastlegene”

Bakgrunn og formål

Forskningsprosjektet er en masteroppgave ved NTNU Handelshøyskolen. Oppgaven er tilknyttet forskningsprosjektene “Styring av samarbeid i offentlig sektor” (Regionalt forskningsfond Midt-Norge) og “Helhetlig styring for helhetlige helsetjenester” ved NTNU Handelshøyskolen. Herunder er arbeidet knyttet til den internasjonale forskergruppen knyttet til prosjektet. Formålet til oppgaven er å gi en større forståelse av kommunenes styring av fastlegene og innholdet i spørsmålene vil være knyttet til dette temaet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Det vil være av stor interesse å snakke med deg da du har mye erfaring og kunnskap om temaet vi studerer.

Hva innebærer deltakelsen i studien?

Deltakelsen i intervjuet vil innebære å svare på spørsmål om temaet styring av fastlegene. Varigheten på intervjuet er anslått å ta 60 minutter. Det er ønskelig å benytte lydopptak og foreta notater underveis i intervjuet. Dette vil lette etterarbeidet og sikre kvaliteten på oppgaven. Lydopptakene vil bli gjort med mobiltelefon og blir slettet etter transkribering.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle svar vil bli anonymisert, det vil ikke være mulig å identifisere deg som person. Det er kun studentene som har tilgang til rådata. Forskningsgruppen v/ Per Christian Ahlgren vil ha tilgang til anonymiserte data. Navnet og kontaktopplysningene dine vil erstattes med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data.

Per Christian Ahlgren kan kontaktes på: 73 41 24 01 / per.c.ahlgren@ntnu.no

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Eventuelle sitater vil bli oversendt til informanten for godkjenning før publisering.



Kunnskap for en bedre verden

Dine rettigheter

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

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

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

Samtykke til deltakelsen i studien

Det er frivillig å delta i studien. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert, senest ved prosjektets slutt 23. mai 2019. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Vi vil gjerne påpeke at det er viktig for oss å motta nok svar for oppgavens verdi og videre forskning.

Denne studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Hvis noe er uklart eller det er andre spørsmål, er det bare å ta kontakt.

Telefon: 97 08 48 56 / 41 62 28 15 Mail: jillaser@stud.ntnu.no / lisbethf@stud.ntnu.no

På forhånd takk

Jill Åserud Stensønes og Lisbeth Fiske Harang

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet “Kommunens styring av fastlegetjenesten”, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til å delta i intervju.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet 23. mai 2019.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)



“Kommunens styring av fastlegene”

Kjære respondent!

Forskningsprosjektet er en masteroppgave ved NTNU Handelshøyskolen. Oppgaven er tilknyttet forskningsprosjektene “Styring av samarbeid i offentlig sektor” (Regionalt forskningsfond Midt-Norge) og “Helhetlig styring for helhetlige helsetjenester” ved NTNU Handelshøyskolen. Herunder er arbeidet knyttet til den internasjonale forskergruppen knyttet til prosjektet. Spørreundersøkelsen vil bestå av spørsmål knyttet til temaet kommunens styring av fastlegene.

Formålet til oppgaven er å gi en større forståelse av hvordan kommunen styrer fastlegene. Dette kan gi innsikt i hvilke styringsmekanismer som eksisterer i denne relasjonen.

Å besvare spørreundersøkelsen vil ta i underkant av 15 minutter. Utvalget vil bestå av alle Norges kommuner, nettopp fordi antall respondenter er svært viktig for oppgaven.

Alle svar vil bli anonymisert, det vil ikke være mulig å identifisere deg som person. Det er kun studentene som har tilgang til rådata. Prosjektet avsluttes 23.05.2019. Etter prosjektet er avsluttet vil forskningsgruppen v/ Per Christian Ahlgren ha tilgang til anonymiserte data.

Per Christian Ahlgren kan kontaktes på: 73 41 24 01 / per.c.ahlgren@ntnu.no

Det er frivillig å delta. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Prosjektet er meldt inn til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Dine rettigheter

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

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



Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

Hvis noe er uklart eller det er andre spørsmål, er det bare å ta kontakt.

Telefon: 97 08 48 56 / 41 62 28 15 Mail: jillaser@stud.ntnu.no / lisbethf@stud.ntnu.no

På forhånd takk for hjelpen, vi setter veldig stor pris på din deltakelse!

Med vennlig hilsen

Jill Åserud Stensønes og Lisbeth Fiske Harang

Spørreundersøkelse om kommunens styring av fastleger

Takk for at du setter av tid til å svare!

Varigheten er anslått til **15 minutter**.

1) * Hva er din stillingstittel?

- Kommuneoverlege / Kommunelege / Bydelsoverlege
- Helseleder, oppgi tittel og arbeidsområde (f.eks. Kommunaldirektør Helse og velferd)

2) * Angi størrelse på kommunen (For kommuneoverleger i flere kommuner: Totalt antall innbyggere i kommunene tilsammen.)

- Under 2000 innbyggere
- 2000 - 4999 innbyggere
- 5000 - 9 999 innbyggere
- 10 000 - 19 999 innbyggere
- 20 000 - 49 999 innbyggere
- 50 000 eller flere innbyggere

3) Indiker hvor stor prosentvis andel av din stilling du har brukt på arbeidsoppgaver som har med legetjenesten de siste 3 månedene?

Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende betingelser må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- Dersom spørsmålet "Hva er din stillingstittel?" inneholder noen av disse alternativene
 - "Kommuneoverlege / Kommunelege / Bydelsoverlege"

4) Er du som kommuneoverlege også administrativ leder for legetjenesten? (eks. Helsesjef, Enhetsleder for legetjenesten, osv.)

- Nei
- Ja (oppgi tittel, eks. Helsesjef)

-

Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende betingelser må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- Dersom spørsmålet "Hva er din stillingstittel?" inneholder noen av disse alternativene
- "Kommuneoverlege / Kommunelege / Bydelsoverlege"

5) Angi din stillingsprosent som kommuneoverlege.

6) Angi antall kommuneoverleger i kommunen / antall bydelsoverleger i bydelen.

7) Angi årsverk for kommuneoverleger i kommunen / bydelen.

Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende betingelser må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- Dersom spørsmålet "Hva er din stillingstittel?" inneholder noen av disse alternativene
- "Kommuneoverlege / Kommunelege / Bydelsoverlege"

8) Hvor mange kommuner er du kommuneoverlege for?

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9) * Har kommunen/kommunene fastlønnede fastleger?

- Ja Nei Vet ikke



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende betingelser må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

Dersom spørsmålet "Hvor mange kommuner er du kommuneoverlege for?" inneholder noen av disse alternativene

- "10"
- "9"
- "8"
- "7"
- "6"
- "5"
- "4"
- "3"
- "2"

10) I hvilken grad oppleves det ulik praksis for styring og dialog i de forskjellige kommunene?

- Svært liten grad 1 2 3 4 Svært stor grad 5

Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende betingelser må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

Dersom spørsmålet "Har kommunen/kommunene fastlønnede fastleger?" inneholder noen av disse alternativene

- "Ja"

11) Indiker hvor stor andel som er fastlønnede fastleger i din kommune/dine kommuner. (eks. 2 av 10)



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende betingelser må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

Dersom spørsmålet "Har kommunen/kommunene fastlønnede fastleger?" inneholder noen av disse alternativene

- "Ja"

12) I hvilken grad sammenfaller påstanden med din opplevelse?

	Svært liten grad	1	2	3	4	5	Svært stor grad	Vet ikke
Fastlønnede fastleger er enklere å styre i ønsket retning enn selvstendig næringsdrivende.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det er enklere for kommunen å holde en tettere dialog med fastlønnede enn selvstendig næringsdrivende fastleger.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det er lettere for kommunen å holde oversikt over fastlønnede fastlegers aktivitet og praksis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg opplever at det er flere tilgjengelige sanksjonsmuligheter ovenfor fastlønnede enn selvstendig næringsdrivende fastleger.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13) Er det for tiden ledige hjemler i din kommune?

- Ja Nei Vet ikke

14) I hvilken grad sammenfaller disse påstandene med din opplevelse?

	Svært liten grad	1	2	3	4	5	Svært stor grad	Vet ikke
Rekruttering til ledige hjemler oppleves som et problem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rekruttering av fastleger er ressurskrevende og utfordrende for kommunen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det er stor turnover blant fastlegene i vår kommune og dette oppleves som et problem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det er få søkere til fastlegestillinger, slik at så lenge søkerne innfrir overordnede krav, blir de ansatt av kommunen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



15) * Er det utarbeidet en strategi og/eller plan for legetjenesten i kommunen?

- Ja Nei Vet ikke

16) * Er det satt opp konkrete mål for legetjenesten i kommunen? (eks. listelengde, avvikling av solopraksis)

- Ja Nei Vet ikke

17) * Er det satt opp konkrete mål for den enkelte fastlege?

- Ja Nei Vet ikke

18) * Er det satt opp konkrete mål for det enkelte legekantor/legesenter?

- Ja Nei Vet ikke

19) I hvilken grad sammenfaller disse påstandene med din opplevelse?

	Svært liten grad				Svært stor grad	
	1	2	3	4	5	Vet ikke
Jeg opplever at kommunen og fastlegene arbeider mot samme mål.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg opplever at kommunen må velge mellom statlige og kommunale mål innenfor helsesektoren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg har opplevd målkonflikter mellom kommunen og fastlegene angående legetjenesten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Å utforme konkrete mål for den enkelte fastlege/det enkelte legekantor er hensiktsmessig for å oppnå bedre styring.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Å kommunisere fastsatt plan og/eller mål ut til fastlegene er vanskelig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20) Hvor ligger ansvaret for styring for legetjenesten i kommunen? Velg flere dersom ansvaret er delt.

- Kommuneoverlegen Helseledelsen Allmennlegeutvalget Samarbeidsutvalget
- Annet



21) I hvilken grad sammenfaller din opplevelse med disse påstandene?

	Svært liten grad	1	2	3	4	Svært stor grad	Vet ikke
Det er en klar ansvarsfordeling i vår kommune når det gjelder styring av legetjenesten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det er behov for en rolleavklaring i kommunen knyttet til styring av legetjenesten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

22) I hvilken grad sammenfaller din opplevelse med disse påstandene?

	Svært liten grad	1	2	3	4	Svært stor grad	Vet ikke
Kommunen har god kompetanse om lover og forskrifter som gjelder fastlegen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg opplever at fastlegene har god kompetanse om lover og forskrifter som gjelder de.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kommunen har gode rutiner på formidling til fastlegene om viktige endringer i lover, forskrifter og retningslinjer som har betydning for praksisen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg opplever at det er en risiko for at svakere pasientgrupper blir nedprioritert fordi fastlegene vil tjene mer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg har mistanke om at enkelte fastleger praktiserer overforbruk av tjenester (eks. henvisninger, labtjenester osv).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg opplever at kommunen har god oversikt over fastlegenes forbruk av tjenester. (eks. henvisninger, labtjenester osv.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

23) I hvilken grad foregår kontakten mellom kommunen og

	Svært liten grad	1	2	3	4	Svært stor grad	Vet ikke
Individuelle leger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Legekontor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Samarbeidsutvalg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allemennlegeutvalg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



24) I hvilken grad sammenfaller disse påstandene med din opplevelse?

	Svært liten grad				Svært stor grad	
	1	2	3	4	5	Vet ikke
De individuelle kontraktene er utarbeidet i samarbeid med fastlegene.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fastlegene har vært representert i utarbeidelsen av samarbeidsavtaler mellom kommunen og regionalt helseforetak.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det er et problem at fastleger ikke føler seg som en integrert del av kommunehelsetjenesten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De individuelle kontraktene inneholder lokale føringer som bidrar til styring av fastlegene.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

25) I hvilken grad sammenfaller disse påstandene med din opplevelse?

	Svært liten grad				Svært stor grad	
	1	2	3	4	5	Vet ikke
Kommunen samler systematisk inn styringsinformasjon om fastlegene.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kommunen har tilstrekkelig styringsinformasjon om fastlegene.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kostnadene ved å utføre målinger overgår nytten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg opplever at økt styring fører til flere konflikter mellom kommunen og fastlegene.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

26) Hvor ofte har man innhentet informasjon om?

	Aldri undersøkt	Er undersøkt en enkelt gang	Av og til	Rutinemessig	Vet ikke
Legenes listelengde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Informasjon fra Helfo (bruk av takster)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Åpningstider på legekantor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Telefontilgjengelighet og ventetid på telefon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Elektronisk tilgjengelighet, med mulighet for e-konsultasjon, timebestilling og reseptbestilling på nett	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tilgjengelighet ø-hjelp på dagtid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ventetid på konsultasjon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bruk av vikarer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oversikt over foreskriving av vanedannede medikamenter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Registrerte lokale klagesaker og klager til Fylkeslegen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meldte avvik på driften av fastlegenes praksis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kvalitetsindikatorer basert på brukernes erfaringer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

-

	Aldri undersøkt	Er undersøkt en enkelt gang	Av og til	Rutinemessig	Vet ikke
Andre kvalitetsindikatorer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

27) I hvilken grad benyttes denne typen informasjon i arbeidet med

	Svært liten grad				Svært stor grad	
	1	2	3	4	5	Vet ikke
Oppfølging av fastlegene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Planarbeid som omfatter legetjenesten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utarbeidelse av tiltak i forbedringsarbeidet i den kommunale legetjenesten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Å få oversikt over legetjenesten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

28) * Er det opprettet samarbeidsutvalg / lokalt samarbeidsutvalg?

- Ja
- Nei
- Vet ikke

Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende betingelser må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

Dersom spørsmålet "Er det opprettet samarbeidsutvalg / lokalt samarbeidsutvalg?" inneholder noen av disse alternativene

- "Ja"

29) Hva avgjør når møtene til samarbeidsutvalget blir avholdt?

- Den fastlagte møteplanen
- Behovet for å holde møte
- Begge (den fastlagte møteplanen og behovet for å holde møter)
- Vet ikke



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende betingelser må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

Dersom spørsmålet "Er det opprettet samarbeidsutvalg / lokalt samarbeidsutvalg?" inneholder noen av disse alternativene

- "Ja"

30) Indiker hvor mange møter samarbeidsutvalget har i året:

Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende betingelser må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

Dersom spørsmålet "Er det opprettet samarbeidsutvalg / lokalt samarbeidsutvalg?" inneholder noen av disse alternativene

- "Nei"

31) I hvilken grad sammenfaller påstandene med din opplevelse?

	Svært liten grad	1	2	3	4	5	Svært stor grad	Vet ikke
Det er ikke behov for samarbeidsutvalg.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allmennegeutvalget gjør jobben samarbeidsutvalget ville gjort.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det er ikke tilrettelagt for opprettelse av samarbeidsutvalg.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Legemangel og mange korttidsvikarer gir liten stabilitet i sammensettingen av fastlegene.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kommunen har vært passiv i å opprette samarbeidsutvalget.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende betingelser må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

Dersom spørsmålet "Er det opprettet samarbeidsutvalg / lokalt samarbeidsutvalg?" inneholder noen av disse alternativene

- "Ja"

32) I hvilken grad sammenfaller påstandene med din opplevelse?

	Svært liten grad	1	2	3	4	5	Svært stor grad
Samarbeidsutvalget er en viktig arena for kommunens dialog med fastlegene.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Samarbeidsutvalget er en viktig arena for kommunens oppfølging og styring av fastlegene.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

33) * Er det opprettet allmennlegeutvalg?

- Ja
- Nei
- Vet ikke

34) Indiker hvor stor andel av fastlegene i din kommune som er tilstede ved møter i allmennlegeutvalget.

Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende betingelser må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

Dersom spørsmålet "Er det opprettet allmennlegeutvalg?" inneholder noen av disse alternativene

- "Ja"

35) Hva avgjør når møtene til allmennlegeutvalget blir avholdt?

- Den fastlagte møteplanen
- Behovet for å holde møte
- Begge (den fastlagte møteplanen og behovet for å holde møte)
- Vet ikke

Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende betingelser må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

Dersom spørsmålet "Er det opprettet allmennlegeutvalg?" inneholder noen av disse alternativene

- "Ja"

36) Indiker hvor mange møter allmennlegeutvalget har i året:

Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende betingelser må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

Dersom spørsmålet "Er det opprettet allmennlegeutvalg?" inneholder noen av disse alternativene

- "Nei"

37) I hvilken grad sammenfaller påstandene med din opplevelse?

	Svært liten grad				Svært stor grad		
	1	2	3	4	5	Vet ikke	
Det er ikke behov for allmennlegeutvalg.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Samarbeidsutvalget gjør jobben allmennlegeutvalget ville gjort.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Det er ikke tilrettelagt for opprettelse av allmennlegeutvalg.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Legemangel og mange korttidsvikarer gir liten stabilitet i sammensettingen av fastlegene.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Kommunen har vært passiv i å opprette allmennlegeutvalg.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Denne informasjonen vises kun i forhåndsvisningen

Følgende betingelser må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

Dersom spørsmålet "Er det opprettet allmennlegeutvalg?" inneholder noen av disse alternativene

- "Ja"

38) I hvilken grad sammenfaller påstandene med din opplevelse?

	Svært liten grad				Svært stor grad		
	1	2	3	4	5		
Allmennlegeutvalget er en viktig arena for kommunens dialog med legetjenesten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Allmennlegeutvalget er en viktig arena for oppfølging og styring av legetjenesten i kommunen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

39) Hvor ligger ansvaret for utføring av oppgavene under? Velg flere dersom ansvaret er delt.

	Samarbeidsutvalget	Allmennlegeutvalget	Kommunen	Fastlegene	Gjennomføres ikke	Vet ikke	Annet
Utførelse av behovsanalyser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opprettelse av ny hjemmel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansettelse av nye fastleger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utforming av plan for legetjenesten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utforming av mål på ønsket listelengde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utvikling av kvalitetsindikatorer for legetjenesten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fastsettelse av fremtidige mål	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kartlegging av utfordringer for legetjenesten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organisering av legevakt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klagesaker til kommunen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klagesaker til fylkesmannen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flytting av praksis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kartlegging av midlertidig legemangel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kollegial fraværstdekning og vikarordninger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre saker om kommunens helse/pleie/omsorgstjeneste av betydning for legene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

40) I hvilken grad opplever du at disse påstandene sammenfaller med din opplevelse?

	Svært liten grad				Svært stor grad		Vet ikke
	1	2	3	4	5		
Kommunens sanksjonsmuligheter ovenfor fastlegene oppleves som hensiktsmessige.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sanksjonene som er tilgjengelige føles for strenge.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De tilgjengelige sanksjonsmulighetene fungerer bedre på fastlønnede enn selvstendig næringsdrivende fastleger.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kommunen har tilstrekkelige sanksjonsmuligheter.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det er et ønske om bedre sanksjonsmuligheter i styringen av fastlegene.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



41) I hvilken grad opplever du disse virkemidlene som viktige i styringen av fastlegene?

	Svært liten grad					Svært stor grad	
	1	2	3	4	5		
Lover og forskrifter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Rutiner og retningslinjer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Uformelle e-poster	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Uformelle samtaler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Samarbeidsutvalget	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Allmennlegeutvalget	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Telefonsamtaler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Møter med fastleger/legekontor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Samlinger som kommunen arrangerer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Individuelle avtaler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Samarbeidsavtaler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Innhenting av styringsinformasjon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

42) I hvilken grad sammenfaller påstandene med din opplevelse?

	Svært liten grad					Svært stor grad	
	1	2	3	4	5		
Fastlegene trenger ikke styring fra kommunen, de styrer seg selv.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Tillit er en viktig del av styringen av fastlegene.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Tradisjon og sedvane er viktig for hvordan legene definerer sitt arbeid.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Fastlegene vil ikke bli styrt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Fastlegene reagerer negativt på kontroll utført av kommunen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Samtaler med kollegaer har stor innvirkning på hvordan fastlegene utfører sitt arbeid.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Sosiale møtearenaer som samlinger og kurs for fastlegene er viktige for utviklingen av legetjenesten i kommunen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

43) Kommentarer til spørreundersøkelsen:

0/4000

