



# Å lede eksperter inn i nye arbeidsmåter

*Lederatferd ved implementering av primærhelseteam på fastlegekontor*

## Leading Experts into New Ways of Working

*Leadership Behavior in a Primary Health Care Teams in General Practice*

Margrete Gaski

*Forsker 1, Institutt for samfunnsmedisin, UiT Norges arktiske universitet, Nasjonalt senter for distriktsmedisin*

[margrete.gaski@uit.no](mailto:margrete.gaski@uit.no)

Birgit Abelsen

*Forskningsleder, Institutt for samfunnsmedisin, UiT Norges arktiske universitet, Nasjonalt senter for distriktsmedisin*

[birgit.abelsen@uit.no](mailto:birgit.abelsen@uit.no)

### Sammendrag

Ledelse ved norske fastlegekontor er lite utforsket; fastleger deler ofte på ledelsesfunksjoner, og hver fastlege er i stor grad sin egen leder. Helsemyndighetene i Norge og andre land ønsker tverrfaglige team rundt utvalgte pasientgrupper, men mange fastleger er skeptiske. Artikkelen utforsker lederatferd når fastlegekontor skal utvikles fra en samling solopraksiser under samme tak til å bli tverrfaglige teambaserte tjenester.

Resultatene viser at ledere ved legekontor i primærhelseteampiloten på ulike måter har lagt vekt på felles prosesser, utvikling av tillitsforhold, kompetanseheving og involvering i utvikling av internt samarbeid og kommunikasjon og etablert møtestrukturer, maler og prosedyrer for samarbeid. Artikkelen bidrar til forståelse av ledernes handlingsrom og balansegang når tydeligere lederroller utvikles for å lede og koordinere både gamle og nye ressurser.

Nøkkelord

ledelse, fastlegekontor, teamarbeid

### Abstract

The purpose of the article is to explore leadership behavior among managers in general practice implementing primary health care teams. Nurses in new roles are incorporated into the practices to work in teams with GPs. The empirical framework is the Primary Health Care Team Pilot initiated by the Norwegian Directorate of Health. Leadership behavior is illustrated based on two rounds of interviews with GPs and auxiliary staff in 2018–2019. The setting with GPs as experts with great autonomy, and GP practices who traditionally have shared leadership between different GPs, entails a need for changed leadership. On one hand, we find leadership behavior directly aimed at developing involvement and developing cooperation and coordination of GPs and auxiliary staff. On the other hand, leadership behavior includes indirect influence through the development of new meeting structures, templates and procedures that promote teamwork and facilitate the development of trust and clear roles for GPs and nurses. The article contributes to the understanding of how leaders balance between GPs' autonomy and being their own leaders, and carefully developing a more significant leadership role.

Keywords

leadership, teamwork, GP office

## Innledning

Fastlegetjenesten er under press og preget av høy, men samtidig varierende, arbeidsbelastning (Rebnord, Eikeland, Hunskår & Morken, 2018). Evalueringen av fastlegeordningen pekte på økende rekrutterings- og stabiliseringsproblemer og bekreftet at presset på fastlegeordningen er reelt (EY & Vista Analyse, 2019). Debatten står om hvordan dette presset skal lettes. Mange fastleger ønsker flere fastleger og kortere pasientlister (Trønderopprøret, 2018). Helsemyndighetenes *Handlingsplan for allmennlegetjenesten* skisserer 17 tiltak, blant annet en styrket basisfinansiering som kan gi flere fastleger, og teambaserte tjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Dreiningen fra individuelt fastlegearbeid mot teamarbeid er en del av en internasjonal utvikling med et mangfold av ulike organisasjonsformer og involverte profesjoner (OECD/EU, 2016) og ble presentert i Primærhelsemeldingen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). I 2017 lanserte Helsedirektoratet en primærhelseteampilot på legekantor. Totalt 19 legekantor søkte om å delta, og 13 kom med i piloten som startet i 2018 (fire nye kom med fra 2020). Utgangspunktet er at pasienter med de mest sammensatte og komplekse behovene får for lite legetjenester. Endring til team på legekantorene møter behovene med flere profesjoner og breiere kompetanse. Formålet med primærhelseteam er å bedre tilgjengeligheten til primærhelsetjenester, skape større bredde i tilbudet, gi bedre opplæring og oppfølging av kronisk syke og de med store og sammensatte behov samt å skape mer sammenhengende og koordinerte tjenester (Helsedirektoratet, 2017b). Høringsrunden viste at skepsisen var stor (Helsedirektoratet, 2017a). Omlegging til teamarbeid rører ved identiteten til fastleger: å gå fra «mine pasienter» til «våre pasienter» (Hjortdal, 2015). For å få til en slik dyptgripende endring er det en forutsetning at intervensjonen på det enkelte legekantor ledes. Det er utforskning av denne ledelsen artikkelen handler om.

### Endringen fra vanlig fastlegetjeneste til primærhelseteam

Helsedirektoratets primærhelseteampilot kan betraktes som en intervensjon med flere tiltak: tilførsel av sykepleiere, utprøving av finansieringsmodeller, tilpasning og endring av journalsystemer og andre elektroniske verktøy og tilbud om deltakelse på lederutdanning for lederne av legekantor. Primærhelseteam kan forstås som en ny organisasjonsform, men er samtidig både en metodisk, sosial, kulturell og teknologisk endring samt en utprøving av ny finansiering.

Primærhelseteam er en *organisatorisk endring* ved at legekantoret tilføres en tredjedels sykepleierstilling per fastlege. Sykepleiere skal passe inn i organiseringen og samarbeide i team med ulike fastleger om oppfølging av fastlegenes listeinnbyggere. Denne endringen forutsetter overordnet ledelse av legekantoret, uten at dette eksplisitt går frem av beskrivelsen av piloten (Helsedirektoratet, 2017b). Et tilbud om å delta på lederutdanning for lederne av deltakende legekantor understreker behovet for utvikling av ledelsen. Sykepleiere i primærhelseteam skal arbeide klinisk med fastlegens listeinnbyggere i en mer selvstendig rolle enn helsesekretærer har gjort før, samtidig som fastlegen har det medisinske ansvaret for oppfølgingen av deres listeinnbyggere. Idealet er at teamorganiseringen skal føre med seg prestisjefri samhandling mellom fagfolk i stedet for en hierarkisk arbeidsform (ibid.).

Den *finansielle endringen* som ligger i primærhelseteampiloten, er at hvert legekantor som selv har søkt seg med på piloten, velger å prøve ut en av to modeller. Honorarmodellen er en utvidelse av den ordinære finansieringsmodellen for fastlegeordningen, som er finansiering av hver fastlege med et basistilskudd per listeinnbygger og aktivitetsavhengige takster (refusjoner fra staten og egenandeler fra listeinnbyggere) som er ment å være i forholdet 30/70. Sykepleiere i primærhelseteam skal dels finansieres av et tilskudd og dels med aktivitetsavhengige sykepleiertakster som er ment å være i forholdet 50/50. Den andre modellen, driftstilskuddsmodellen, er vesentlig forskjellig fra den ordinære finansieringen av fastlegeordningen

og innebærer en direkte offentlig finansiering av primærhelseteamet der takstfinansieringen i sin nåværende form opphører, og egenbetaling fra pasienter blir en supplerende finansiering. Denne modellen innebærer at inntektene er mindre avhengig av konsultasjonsvolumet (utfyllende beskrivelse av finansieringsmodellene finnes i Helsedirektoratet, 2017b).

Primærhelseteam innebærer også en *metodisk endring* ved at arbeidsformer og metoder utover konsultasjoner endres. Dette er for eksempel å ha oversikt over egne listeinnbyggere for å sikre målrettet innsats overfor definerte målgrupper, ha en proaktiv arbeidsform som identifiserer svake etterspørrere og personer med risiko for stort helse- og omsorgstjenestebehov med påfølgende tidlig innsats, koordinere de medisinskfaglige tjenestene til listeinnbyggerne, bidra til å opprette behandlingsplaner, gjennomføre hjemmebesøk, gruppebehandling, legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang samt gjennomføre systematiske helsekontroller av pasienter med kroniske sykdommer og eldre. Det å etablere systemer som sikrer god kommunikasjon både mellom pasient og teamet og innad i teamet, kan ses på som en *sosial endring* ved at man endrer måter å samhandle og kommunisere på.

Organisasjonskultur kan defineres på mange måter og er for eksempel i en norsk språkdrakt beskrevet som at den uttrykkes i måten man gjør ting på (Hennestad, 2012). Primærhelseteam innebærer en *kulturell endring* ved at fastlegene arbeider og tenker annerledes; de skal slippe til en sykepleier og følge opp listeinnbyggerne sine i samarbeid med sykepleieren. En overgang til primærhelseteam utfordrer dermed fastlegers identitet.

Primærhelseteam innebærer også en viss *teknologisk endring* ved at journalsystemer og andre elektroniske verktøy som kan understøtte teamarbeidet, endres.

## Ledelse på legekantor

Ledelse handler generelt om å skape muligheter og å overbevise om hva hver enkelt kan bidra med. Yukl (2010) oppsummerer at de fleste definisjoner av ledelse involverer en prosess hvor en person øver innflytelse på andre for å guide, strukturere og fasilitere aktiviteter og relasjoner i en gruppe eller organisasjon (vår oversettelse).

Ledelse ved norske legekantor er lite utforsket. Den norske hovedmodellen for organisering av fastlegetjenester er privat næringsdrift. Mange legekantor er i realiteten en samling solopraksiser under samme tak, hvor lite er formalisert i form av samarbeid, rutiner og prosedyrer. Delt ledelse ved at et kollektiv tar ansvar for lederfunksjonene, er vanlig (Reichborn-Kjennerud, 2010). Dette innebærer at ulike personer har ledelsesansvar for ulike funksjoner som IKT, personal og økonomi. Ledelsesansvaret roterer gjerne, og fastleger opplever at det er utfordrende å kombinere den kliniske rollen og lederrollen, og mangler skolering i ledelse (Spehar, Sjøvik, Karevold, Rosvold & Frich, 2017). Denne type delt ledelse kan ses mer som kapasiteter eller prosesser i en organisasjon (Bolden, 2011). Det er imidlertid en stor spennvidde i organiseringen av norske legekantor fra de privat eide til de kommunalt eide hvor fastlegene er ansatt i kommunen. Lederen av et kommunalt legekantor kan ha en tydeligere lederrolle og samtidig være linjeleder for kommunalt ansatte fastleger. Rammebetingelser for å drive ledelse på norske legekantor vil derfor variere.

Ekspertorganisasjoner som legekantor må ta styringssignaler fra både helsemyndigheter og den kommunale organisasjonen. Takster er en form for resultatstyring som belønner all legeaktivitet som har en takst, og er fastsatt gjennom forhandlinger. Parallelt foregår regelstyring i form av kontrakter hvor den enkelte fastlege er kontraktspartner med kommunen, som på sin side har ansvaret for å drive fastlegeordningen. En studie viser at det er store forskjeller mellom kommunene, og at det mangler medisinskfaglig ledelse fra kommunen som arbeidsgiver og kontraktsforvalter (Agenda Kaupang, 2016).

### Ledelse av eksperter

For å utforske lederatferd når nye arbeidsmåter skal implementeres, lar vi oss inspirere av teorier om ledelse av eksperter i profesjonelle tjenestebedrifter. Profesjonelle tjenestebedrifter er imidlertid et vidt og tvetydig begrep (von Nordenflycht, 2010), hvor utfordringer og muligheter for ledelse vil variere etter kjennetegn ved organisasjonen. Vi har valgt å fokusere på noen trekk vi anser som relevante for en kunnskapsintensiv og profesjonalisert gruppe som fastleger utgjør.

Fastleger kan karakteriseres som fageksperter. Det forventes at fageksperter er selvgående og har stor autonomi (Alvesson, 1993). En følge av stor autonomi kan være mindre formalisering av arbeidsprosesser. Dette gir selvstendige yrkesutøvere og stort ansvar. Fastleger får rask respons på arbeidet fra pasientene eller ved egen bedømmelse. Behovet for rettledning kan tilfredsstilles av kolleger. Delt ledelse ved legekantoret kan bidra til at fastlegene opprettholder sin autonomi som gruppe. Mange ledelsesoppgaver kan derfor bli nøytralisert i ekspertorganisasjoner. Fastlegene trenger med andre ord generelt lite instruksjoner og oppgaver fra en leder.

Faginteresse er en norm og verdi knyttet til det å være en god profesjonsutøver (Abbot, 1988). En vesentlig del av motivasjonen til eksperter er knyttet til faglig interesse og muligheten for kontinuerlig å lære gjennom arbeidet. Vi ser for oss at fastlegen blir sosialisert inn i faginteressen som verdi, helt fra den seksårige utdanningen og gjennom minst seks år med spesialisering. Lojaliteten er rettet mot pasienten og profesjonen. Forpliktelsene er knyttet til etiske normer samt kollegiale og etiske standarder for profesjonen.

Faglige normer og verdier vil altså ligge til grunn for beslutninger som tas ved et legekantor, og vil danne rammer for hvilket handlingsrom lederen har. Hypoteser om ledespåvirkning i en ekspertorganisasjon er at en faglig leder kan påvirke faglige standarder, stimulere faglige talenter og påvirke arbeidsprosesser (Strand, 2007). Ledelse knyttes altså sterkt til faglig utvikling. Det handler også om å skape muligheter og overbevise ekspertene om hva de kan bidra med. Det at lederen selv er en dyktig fagperson, gir legitimitet til lederrollen.

### Ledelse av endring

Å gjennomføre en endringsprosess fra vanlig fastlegetjeneste til primærhelseteam kan ses på som en utfordring. Legekantorene representerer en organisatorisk kontekst hvor det gjerne mangler ledelse utover en kapasitet som ivaretar ulike funksjoner, og det har i liten grad vært en leder til stede i form av en person som guider, strukturerer og fasiliterer aktiviteter og relasjoner. For å utforske hvordan ledere manøvrerer og forsøker å innføre nye arbeidsmåter på sitt legekantor, skiller vi mellom to hovedtyper lederatferd (Ladegård & Vabo, 2011). På den ene siden er lederatferden rettet mot å skape strukturer og inkludere og definere sine egne og medarbeidernes roller og å utvikle mål og kommunikasjonsformer i organisasjonen, det vil si en mer indirekte påvirkning (styring). På den andre siden er lederatferden direkte rettet mot de som arbeider ved legekantoret, og inkluderer å støtte, motivere og sørge for deres velferd. Her trekker vi også inn relevante faser i endringsledelse fra Kotters (1996) beskrivelse av åtte faser. Siden vårt empiriske nedslagsfelt er et statlig finansiert forsøk, er den første av Kotters faser om å skape forståelse og krisestemming mindre aktuell. Fase 2 er å etablere en maktkoalisjon med støtte fra nøkkelpersoner. Fase 3 og 4 handler om å utvikle en endringsvisjon som motiverer, og kommunisere denne til den er forstått av fastleger og medarbeidere. Fase 5 er å sette fastleger og medarbeidere i stand til å arbeide i team. Hindringer for endring må fjernes, rett kompetanse må være til stede, og strukturer må endres eller fjernes. Fase 6 er å tidlig synliggjøre positive resultater og gjøre små skritt i riktig retning. Fase 7 er å se på endringsarbeidet som kontinuerlig; store endringer må ha lange tidsperspektiver på

tre år eller mer. Fase 8 er å skape forankring; dette har skjedd når man gjør arbeidet annerledes og endrer måter å tenke på.

Formålet med denne artikkelen er å utforske lederatferd blant ledere på legekantor når arbeidsmåter skal endres, i lys av teorier om ekspertledelse og endringsledelse og med implementering av primærhelseteam som empirisk ramme.

## Metode

### Design og utvalg

Data er hentet inn gjennom semistrukturerte intervjuer med fastleger og medarbeidere ved 13 norske legekantor som deltar i primærhelseteampiloten. Dette er ikke et design med et tilfeldig utvalg legekantor, men kontor som selv har ønsket å delta i piloten. Dette kan innebære at de skiller seg fra legekantor som ikke deltar for eksempel ved at de er mer utviklingsorienterte. Videre gjorde Helsedirektoratet det endelige utvalget av deltakere basert på både objektive og subjektive kriterier, blant annet knyttet til forventet måloppnåelse, noe som understreker at de 13 kontorene er en selektert gruppe som kan tenkes å ha en større sjanse for å lykkes med en omlegging enn andre legekantor. Blant fastlegene som er intervjuet, er det 13 som leder piloten på sitt legekantor. Lederatferden utforskes altså fra flere ståsteder: både lederes egne beskrivelser av atferd og andre fastlegers og medarbeideres beskrivelser av lederens atferd. Sitater hentes primært fra ledere for å få med intensjoner. To runder med intervjuer ble gjennomført i henholdsvis mars–desember 2018, det vil si på det tidspunktet da piloten startet (13 ledere, 33 andre fastleger, 28 sykepleiere, 29 medarbeidere på legekantor) og i mars–juni 2019 (13 ledere, 43 andre fastleger, 25 sykepleiere og 36 medarbeidere). Intervjuene ble i all hovedsak gjort med de samme informantene i de to rundene. Intervjuene ble enten gjort enkeltvis eller i grupper på mellom to og seks informanter.

### Datainnsamling

Ledere ved legekantorene ble spurt om å arrangere intervjuavtaler med så mange som mulig av øvrige fastleger, medarbeidere ved legekantoret og sykepleier(e) i primærhelseteam. De fleste intervjuene i første intervjurunde ble gjennomført ansikt til ansikt. Enkelte ble av praktiske grunner gjennomført på Skype. Intervjuene i andre intervjurunde ble i hovedsak gjennomført på Skype. I de fleste intervjuene deltok begge forfatterne. Alle intervjuer ble transkribert verbatim, og teksten utgjorde basis for analysen. Relevante tema i intervjuene i 2018 var:

- søknadsprosessen for å delta i piloten, pådriverroller og holdninger til prosjektet (kun leder)
- den lokale konteksten som primærhelseteam etableres i (alle)
- ledelse og organisering av legekantoret (leger og leder)
- samarbeid, samhandling, arbeidsdeling og arbeidsformer i dag (alle)
- tanker og forventninger om ledelse og organisering i primærhelseteam (kun leder)

Relevante tema i intervjuene i 2019 var:

- valg av pasientgrupper og enkeltpasienter som følges opp av primærhelseteam (alle)
- ledelse, organisering og relasjoner i primærhelseteam (alle)
- lederoppgaver som leder av primærhelseteam (kun leder)
- hvordan finansieringsmodellen fungerer (alle)

## Analyse av data

Intervjuene er analysert med utgangspunkt i Ritchie og Spencers (1994) Framework Method. Metoden passer i tilfeller hvor spesifikke tema er definert på forhånd, og hvor utvalget et stort og predefinert (Srivastava & Thomson, 2009). Metoden omfatter en pragmatisk og temabasert tilnærming til analysen (ibid.). Metoden er ikke relatert til spesifikke epistemologiske, filosofiske eller teoretiske inntak og er et fleksibelt verktøy som kan tilpasses til mange ulike kvalitative tilnærminger hvor formålet er å generere tema. Matriser ble brukt til å redusere data (tekst) gjennom oppsummeringer og synteser. Samtidig ble linker til intervjuutskriftene beholdt. Følgende trinn beskriver metoden: 1) bli kjent med data, 2) utvikle rammeverk for analyse med hovedtema og undertema, 3) identifisere seksjoner av data som korresponderer med hovedtema og undertema, 4) organisere data i håndterbare matriser og 5) identifisere mønster og syntetisere og fortolke data. Trinn 1–3 ble gjennomført i to separate omganger som følge av at datainnsamlingen foregikk i to runder, og datamaterialet var delt mellom forfatterne. Trinn 4 og 5 ble gjennomført ved at data fra begge intervjurundene ble sett under ett (førsteforfatteren). I trinn 4 ble datamaterialet organisert i matriser etter følgende tema: ledelse, utvikling og utbredelse av teamarbeid, teambygging og prosesser og egevaluering. Lederatferd var ikke opprinnelig et tema da intervjuene ble gjort. I trinn 5 ble analyse av empirien kombinert med studier av teorier om ekspertorganisasjon, endringsledelse og ledelse av eksperter som inspirasjon for å oppdage mønstre. Teori og empiri ble tolket i lys av hverandre (Alvesson & Sköldberg, 2008).

## Etikk

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning NSD (prosjekt nummer 58134). Informasjonsbrev og intervjuguide ble sendt til informantene før intervjuene og omfattet behandling av data og retten til å trekke seg. Informantene samtykket til å delta ved å stille seg til disposisjon for intervjuer.

## Resultater

Lederatferd slik den avdekkes av intervjuene, er på den ene siden rettet mot å skape nye strukturer for å påvirke arbeidsmåter. Dette er en form for indirekte ledelse, også kalt styring. På den andre siden er lederatferd direkte rettet mot fastleger og medarbeidere ved legekantorene og omfatter å støtte og motivere gjennom å utvikle involvering og internt samarbeid.

### Lederatferd rettet mot å skape nye strukturer

Flere ledere erkjente at de trenger mer struktur på virksomheten ved legekantoret. Fastlegene er vant til å jobbe alene med pasientene inne på kontoret sitt og samarbeide med helsesekretærene. Nå skal teamarbeidet med sykepleiere formes, og det skal settes en felles kurs. Videre beskrives eksempler på utvikling av nye strukturer som møter, maler og prosedyrer.

### Utvikle møtestrukturen

Primærhelseteampiloten ble satt i gang på et tidspunkt da fastlegene mente at de hadde for mye å gjøre. Intervjurunden i 2018 viste at det å bruke mer tid til møter var noe mange fastleger ville unngå. Gjennom intervjuundersøkelsen i 2019 registrerte vi at møteaktiviteten sammenlignet med ett år tidligere likevel hadde økt ved alle legekantor så nær som ved ett.

En leder beskrev hvordan legene på legekantoret over mange år har tillagt seg måter å arbeide på, og at det tar tid å snu dette. Lederen innså at for å klare å endre måten de jobber

sammen på, kreves det en betydelig strukturendring. En annen leder forklarte at det ikke er så enkelt for en lege å lære seg å arbeide på lag med andre; legen og sykepleieren må møtes regelmessig og løse oppgavene annerledes enn legen gjorde alene før. Lederen påpekte også at det var nytt for legene å ha møter og snakke om hvordan de jobber, og hvordan de ønsker å jobbe:

Det har jo vært ikke-eksisterende dette her med å sitte rundt bordet, vi har jo ikke hatt faste faglige morgenmøter, vi har ikke hatt internundervisning med struktur på. Og det har vi innført samtidig ... at vi skal, hver onsdag skal vi ha faglig morgenkaffe ... en onsdag i måneden skal det være internundervisning med et strukturert innlegg og diskusjon i fortsettelsen av det.

Morgenmøtene ble i dette tilfellet avgrenset til kun å gjelde legene. Det var lederens bevisste valg for å etablere en arena for å utvikle faglig trygghet blant legene.

Ved flere legekantor, men ikke alle, ble det laget møtestrukturer som gjorde at fastleger og sykepleiere samarbeidet om og drøftet enkeltpasienter. Fast møtetid mellom fastlege og sykepleier hver uke måtte til for å få til arbeidet rundt pasientene på en god måte, fortalte en leder. En annen leder forklarte at de gjennom faste møter vil sørge for at tillit og team utvikles: «Ja, jeg tror det blir viktig å sette av den tiden, at da får vi dyrket mer at nå er meg og deg et team.» En sykepleier ga uttrykk for savn av ledelse; de hadde snakket lite om hvordan leger og sykepleiere skal jobbe i lag. Ved et annet legekantor sa lederen at det var sykepleieren som hadde ønsket at alle legene skulle sette av tid til møter med sykepleieren, noe de har gjort.

Enkelte legekantor startet med å sette av for mye møtetid. En leder konstaterte at responsen på forsøket med morgenmøte hver dag ikke var så positiv, og beskrev at «noen kom for sent, og noen dukket ikke opp». Lederen justerte derfor ned hyppigheten på møtene til to ganger i uken.

En leder beskrev å ha vokst inn i lederrollen gjennom endringsprosjektet og ikke minst gjennom lederutdanningen som er knyttet til det: «Det er jo også takket det prosjektet her at, at det blir litt mer profesjonell ledelse da, ikke sant.» Lederen beskrev at møtestrukturen på legekantoret fra tiden før primærhelseteam-piloten bestod av personalmøte en gang iblant i lunsjpausen. Nå er det oftere møter, ikke minst med en agenda med definerte saker hvor lederen sørger for at alle er til stede, og at det skrives referat. Dette var ifølge lederen synlige endringer.

En leder på et legekantor som var ett av få som allerede hadde en etablert møtestruktur med ulike typer faste møter for å drive og utvikle virksomheten, pekte på de møtene som viktige for å utvikle teamarbeidet: «... primærhelseteam er på en måte en del av den daglige driften, sånn som jeg tenker det, og ikke et prosjekt.» Derfor er det viktig å ta inn primærhelseteam som tema i vanlige møter, mente lederen.

### **Utvikle maler og prosedyrer**

Legekantorene har i ulik grad utarbeidet eller innført maler eller prosedyrer som tegner opp klare roller for fastleger og sykepleiere. Flere av legekantorene har tatt for seg én diagnosegruppe om gangen og utviklet verktøy. «Vi må ha litt skriftlige prosedyrer for at det skal være trygt for fastlegen å overlate ting til sykepleierne», uttalte en leder, som selv hadde laget prosedyrer med involvering fra sykepleiere og øvrige fastleger i ulik grad. Lederen så på det å lage systematiske verktøy som sentrale elementer i lederrollen.

Et annet legekantor valgte å starte med å utarbeide mal for årskontroller av diabetes. Lederen opplevde at det var enklest med diabetes fordi det er et strukturert opplegg hvor pasientene også setter pris på og ser nytten av at oppfølgingen blir gjort systematisk og

grundig. Lederen planla at de skulle utvikle flere slike konkrete og strukturerte opplegg for sitt primærhelseteam.

En leder ved et tredje legekantor knyttet utvikling av verktøy sammen med kompetanseheving; de gruppene av fastleger og medarbeidere som var med på å utvikle prosedyrene, fikk delta på kurs hvor de oppdaterte seg, før de utarbeidet et systematisk teamopplegg for oppfølging av pasienter med den utvalgte diagnosen.

#### Lederatferd direkte rettet mot medarbeidere og fastleger ved legekantoret

Lederne har på ulike måter forsøkt å lede fastleger og medarbeidere inn i nye arbeidsmåter. De har erfart at det tar tid og krever ledelse å implementere nye arbeidsmåter. En leder forklarte at lederen må være veldig «på», i hvert fall i starten av implementeringen av teamarbeidet, frem til de har funnet ut hvordan de skal arbeide i team. Lederen så det som veldig viktig å fange opp feil, misnøye eller uklarheter som gjør at det blir utrygt og uklare ansvarsforhold. En annen leder har gjennom å lede endringsprosjektet og deltakelse på lederutdanning fått noen verktøy og forstått at også små legekantor må ledes, og det å lede endringen ble en ganske omfattende jobb; «Det å være leder har vært ganske mye mer krevende enn det som noen av oss hadde sett for seg, tror jeg da, men det er jo reisen man går inn i.» En tredje leder mente at det var underkommunisert hvor mye som egentlig kreves for å lede implementeringen av primærhelseteam. Mange ledere fortalte at de selv har gått foran med å utvikle samarbeidet med sykepleierne, eller at de selv har stått i spissen for å utvikle prosedyrer for oppfølging av de vanligste diagnosene. Mangelen på mulighet til å delegerer denne typen oppgaver bidrar til at ledelsen blir tidkrevende. En leder har gjentatte ganger prøvd å justere fastlegenes tradisjonelle pasientkonsultasjoner til å inkludere sykepleieren i oppfølgingen. Dette er for eksempel gjort ved å be legene se fremover i sine egne timelister og finne ut når egnede pasienter kan ha etterfølgende konsultasjoner med sykepleiere, eller på andre måter minne legene om hva sykepleiere i primærhelseteam kan bidra med. Lederen har fulgt med på om den enkelte fastlege kommer i gang med å bruke sykepleiere til å følge opp sine pasienter: «... jeg titter en del i kortene, ser på timelistene, så sender jeg mail av og til og hører om, om de har glemt det.»

Videre viser vi eksempler på hvordan lederne støtter og motiverer kollegaer på måter som til dels er nye for dem, mens de forsøker å utvikle involvering, internt samarbeid og kommunikasjon.

#### Utvikle involvering

Ledere har forsøkt å dra i gang felles prosesser hvor alle på legekantoret deltar i utvikling av mål og visjoner. Ved de fleste legekantorene har lederne satt i gang tiltak i form av mer eller mindre breie prosesser, som for eksempel å arrangere fagdag, kick-off, dialogkonferanse eller workshop. Tema har for eksempel vært å formulere en visjon og mål enten for legekantoret eller for teamarbeid, eller de har snakket om hva primærhelseteam skal være. For de fleste legekantorene var slike tiltak en ny aktivitet. En leder som har dratt i gang workshop, viste til at inspirasjonen kom fra lederutdanningen. På workshopen kom de i fellesskap frem til hva som skal prege deres teamarbeid. I utgangspunktet var det ulike oppfatninger av dette. Lederens plan handlet om å involvere og engasjere og legge til rette for «at folk skal tenke selv og at folk skal komme med mest mulig forslag til meg og at jeg ikke skal utarbeide alt mulig». Ett av legekantorene hadde fagdag sammen med representanter for øvrig helse- og sosialtjeneste i kommunen. Lederen ønsket å utvikle innholdet i primærhelseteam uten å overlappes med allerede eksisterende tilbud og å gjøre dette i fellesskap: «Jeg tror egentlig på å sette alle involverte sammen, at man snakker sammen, hvor er vi, hva gjør vi, og litt



hvor vil vi, og så hvordan kommer vi dit.» En leder sa at det kom frem mange litt svevende forslag til tiltak da de hadde fagdag for å utvikle innholdet i primærhelseteamet, og at disse foreløpig lå på vent. Lederen hadde prioritert å starte med tiltak som det går an å få til: «Nå gjør vi bare små konkrete tiltak som er mulig å gjennomføre.» En annen leder viste til hva lederutdanningen har betydd for å tilegne seg et språk og kunne formidle endringsprosjektet til fastleger og medarbeidere på legekantoret. Med bedre begreper har lederen kunnet sette ord på mål og mening med endringsarbeidet og tydeliggjøre det. I neste instans arrangerte lederen en dag med kompetanseheving med en ekstern hjelper for å gi alle på legekantoret et felles ordforråd og bedre forståelse for utvikling av teamarbeidet.

Lederne har på ulike måter fjernet barrierer for fastlegers deltakelse i endringsarbeidet, enten det gjelder økonomi, frykten for at sykepleiernes oppfølging ikke er faglig forsvarlig, eller manglende kjennskap og tillit til sykepleiere. En leder fortalte at det blant fastlegene i oppstarten var stor motstand mot endringsprosjektet, og at mye av dette skyldtes bekymring for deres egen inntekt når sykepleiere skulle gjøre en del av pasientoppfølgingen. Lederen ved legekantoret skiftet da strategi og tok all økonomisk risiko ved å ansette sykepleiere i et aksjeselskap. Lederne på flere av de private legekantorene har valgt å gi en årlig godtgjørelse fra endringsprosjektet til alle legene som finansiering for tiden som brukes til møter om prosjektet. De som tar på seg større utviklingsoppgaver, har fått egen økonomisk godtgjørelse. Noen ledere har innført egne «timetakster» (ved hjelp av prosjektfinansieringen) for viktig utviklingsarbeid. Andre ledere har valgt å bruke «timetakst» til å belønne den enkelte leges gjennomføring av faste samarbeidsmøter med sykepleieren.

Ved ett av kantorene som utviklet arbeidet i primærhelseteam rundt diabetespasienter først, utarbeidet en gruppe bestående av leger og medarbeidere oppfølgingsopplegget. Dette opplegget ble først iverksatt for pasientene til legene i gruppen. Videre hadde gruppen internundervisning for resten av legekantoret om maler og prosedyrer som var utviklet, før andre fastlegers pasienter ble involvert. Tilsvarende fremgangsmåte ble brukt for andre pasientgrupper etter hvert.

Flere ledere fortalte at de setter stor pris på de store frihetsgradene i endringsprosjektet. Det er stor autonomi både med hensyn til hvordan legekantorene og den enkelte fastlege vil jobbe. En leder av et legekantor med tre leger som eiere ga uttrykk for å ha vokst inn i lederrollen ikke minst som følge av endringsprosjektet, og mente at det har blitt litt mer profesjonell ledelse av legekantoret. Lederen hadde flere eksempler på at ledelsen av legekantoret fortsatt kan ses på som delt, blant annet at det var de to øvrige eierne som gjorde intervjuene da sykepleiere skulle ansettes. En lege ved et annet legekantor mente at hver enkelt fastlege har fått velge arbeidsmåte i endringsprosjektet mye selv, og siktet til valget av hvilke enkelt-pasienter som skal følges opp av sykepleierne. Lederen ved dette kantoret blandet seg ikke i hver enkelt leges valg av enkeltpasienter, men var opptatt av det overordnede med å få alle legene i gang med å bruke sykepleiere i oppfølgingen av utvalgte listepasienter.

### **Utvikle internt samarbeid og kommunikasjon**

Ledere har forsøkt å utvikle internt samarbeid og kommunikasjon gjennom å sette i verk kompetanseheving. Flere legekantor har gjennomført tiltak rettet mot flere profesjoner som i større eller mindre grad omfatter kompetanseheving, spesielt tiltak rettet mot å heve sykepleieres fagkompetanse for å ivareta pasientgrupper som skal omfattes av primærhelseteam. Et eksempel er å sende sykepleiere på hospitering ved diabetespoliklinikken for å bli trygge på diabetesoppfølging og videre til lungelege for å skaffe kompetanse til å overta en del av KOLS-kontrollene fra fastlegene. Leder uttrykte hvordan kompetansehevingstiltakene setter sykepleierne i bedre posisjon til å samarbeide med fastlegene: «Og underveis i denne proses-

sen hvor vi liksom sa at først diabetes og så KOLS ... så har legen oppdaget at, at de (sykepleierne) kan brukes til en del andre ting.» Ved to av legekantorene fortalte lederne at de i et samarbeid med hverandre har kommet i gang med internundervisning for alle. Lederne så på dette dels som teamutvikling og dels som faglig påfyll. Andre ledere har gjennomført kompetansehevingstiltak i teamarbeid hvor de har tatt for seg oppgavefordeling og rolleavklaring.

Ledere har jobbet bevisst med å med å utvikle tillitsforhold og team. En leder har i workshop og intervjuer jobbet med rolleforståelse og arbeidsdeling sett i lys av at fastlegen har ansvaret, og at det var behov for åpenhet og tillit mellom fastlegen og sykepleieren. Begge parter kan gi tilbakemeldinger til hverandre, og fastlegen kan stå inne for hva sykepleieren gjør, og sykepleieren kan si ifra hvis legen gir fra seg for omfattende oppgaver og ansvar. Lederens hensikt var å gjøre fastlegene trygge på at de overlater jobben, men ikke det medisinske ansvaret, til sykepleieren på en strukturert og systematisk måte som også er faglig forsvarlig. En annen leder forklarte at de bygger team gjennom at fastleger og sykepleiere bruker tid på å samarbeide og drøfte den enkelte pasient, og gjennom dette blir de kjent med hverandre, de får respekt for hverandre og bygger ned mulig skepsis og intoleranse.

Jevnt over viste intervjurunden våren 2019 at det innad på hvert legekantor varierte hvor mye den enkelte fastlege hadde kommet i gang med å samarbeide om oppfølging av pasienter med sykepleiere. Noen sykepleiere opplevde ikke at fastlegene fungerte som teamledere for dem, og dermed var det de selv som tok initiativ til møter og drev arbeidet fremover. En leder forklarte dette med at legene er i en prosess med hensyn til å ville delegere arbeid til sykepleiere i primærhelseteam. De hadde ikke kommet så langt at alle legene automatisk tenkte at når de for eksempel avdekker KOLS eller diabetes, skal pasienten følges opp med primærhelseteam. Noen ville gjøre alt selv, mens andre var trygge på å delegere til sykepleiere. En leder dro helt bevisst i starten av endringsprosjektet frem små suksesshistorier om hvordan lederen selv har utviklet samarbeid med sykepleiere. Dette ble gjort for å inspirere de andre legene til å komme i gang. En annen leder snakket om at det er vanskelig å få fastleger i en travel hverdag til å ta i bruk ukjente arbeidsmåter og verktøy, selv om de i utgangspunktet er positive til å prøve. Lederen beskrev hvordan de koblet sammen en fastlege som var godt i gang med å samarbeide med sykepleieren i primærhelseteam, og en som ikke var i gang, for å skape dynamikk og utvikling. Tanken var at møtene skulle være et ledd i å utvikle teamfølelse og anledning til å diskutere nye aktuelle pasienter for primærhelseteam.

## Diskusjon

Resultatene viser at lederne av legekantor har forsøkt å påvirke arbeidsmåtene på mange ulike måter. De har utviklet legekantoret som organisasjon, og mange har utviklet tydeligere lederroller for leger og medarbeidere ved legekantoret.

### Utvikling av tydeligere lederroller

Resultatene indikerer at lederrollen på legekantor endrer seg i retning av mer guiding, strukturering og fasilitering av aktiviteter og relasjoner når primærhelseteam implementeres på legekantorene. Det er behov for at noen setter kurs for hvordan legenes rolle skal endres, og hvordan sykepleiere som en ny ressurs skal utvikle sin rolle. Hvis lederen på legekantoret ikke setter av tid til overordnet ledelse av sykepleieren eller sørger for at det bygges samarbeidsstrukturer mellom sykepleieren og legene slik at den enkelte lege kan lede teamarbeidet rundt sine egne pasienter, kan det bli et ledelsesvakuum (Hennestad, 2002) som åpner for at andre, for eksempel sykepleieren, blir den som jobber med nye samarbeidsformer på

legekontoret. En slik situasjon er utfordrende fordi legen og sykepleieren i utgangspunktet har ulik posisjon. Legen har en selvstendig og autonom rolle som fastlege for sin pasient. I denne ligger det at de *kan* tildele sykepleieren en rolle. Dette er en medisinsk prioritering som ligger til ekspertrollen. Sykepleieren har i utgangspunktet ingen selvstendig rolle vis à vis pasienten.

I resultatene fra denne studien finner vi igjen mye av lederatferden som er beskrevet i teorier om endringsledelse (Kotter, 1996): Lederne forsøker å fjerne barrierer for endring, de synliggjør muligheter, er pådrivere og motivatorer og prøver å gjøre endringer gjennom små og konkrete skritt. Samtidig tar de høyde for at ekspertkulturen blant legene er preget av stor autonomi, sentrert om faglig forsvarlighet og med søkelys på kompetanseheving og breie prosesser hvor ekspertene er delaktige i å utvikle mål og visjoner. I denne situasjonen ser det ut til at lederutdanningen har truffet et behov og synes å ha hatt stor betydning for å klare å utvikle ledelsen. De lærer et språk for å snakke om teamarbeid og endringer og lærer betydningen av møtestrukturer både rundt teamarbeidet og endringsarbeidet. Funn fra andre norske studier viser at fastleger i utgangspunktet er dårlig forberedt på lederrollen. De mangler lederutdanning og ledertrening, mangler selvtillit som leder og har en frykt for å lede feil (Spehar mfl., 2017). Tradisjonelt er det fag som gir autoritet i egne rekker (Torjesen, 2007 s. 286), og legene prioriterer heller klinisk arbeid og søker ad hoc-løsninger på leder-skapsutfordringer (Hana & Rudebeck, 2011). Det er derfor ikke overraskende at vi finner tegn på at ledere balanserer mellom å tekkes ekspertene (de andre fastlegene) og å guide legekontoret i en ny retning. De forsøker å basere sin arbeidsmåte på den etablerte kulturen på legekontorene som er tuftet på stor autonomi for legene for eksempel ved at lederne ikke presenterer en ferdig formulert visjon og mål for primærhelseteam som skal kommuniseres ut, slik som teorier om endringsledelse predikerer at er viktig for å få til endring. I stedet inviterer de til å delta i prosesser hvor fastleger er med på å forme hva primærhelseteam skal være på deres legekontor. Dette kan ses på som en balansegang mellom tradisjonell delt ledelse hvor fastlegene er sine egne ledere, og forsiktig utvikling av en tydeligere lederrolle.

Den nye lederatferden krever mer bruk av tid, ikke bare av legen som leder legekontoret. Primærhelseteampiloten er designet for at fastlegene skal innta førersetet i teamarbeidet. Hvis de skal beholde sin autoritet, må de stille opp i møter og andre fora hvor rammer for teamarbeidet på det enkelte legekontor utvikles. Fastlegene må altså selv sørge for å beholde en hånd på rattet ved siden av lederen som setter seg i førersetet.

### Utvikling av legekontor som organisasjon

Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) la til grunn at mer av folks behov for helsetjenester skal ivaretas av kommunen. Reformen ble fulgt opp av Primærhelsemeldingen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015), hvor frigjøring av fastlegeressurser slik at de kan bruke mer tid på de som trenger legetjenester mest, ble lansert som et viktig element i fremtidens kommunale helsetjeneste. Dette må kombineres med en teambasert tilnærming hvor nye profesjoner kommer inn på fastlegekontor. Det har skjedd en utvikling i kompleksiteten til pasientene, noe som legekontorene etter Samhandlingsreformen har overtatt mer av ansvaret for å håndtere. Denne kompleksiteten fordrer at legekontoret kan spille på flere ressurser enn enkeltleger for å møte disse pasientenes behov. Ressursene må koordineres og ledes. Slik sett er det helsemyndighetenes behov for mer ledelse ved legekontorene som ligger bak endringer vi ser både når det gjelder legekontorenes struktur, kommunikasjon og samarbeid. Helsedirektoratets beskrivelse av primærhelseteam ga i utgangspunktet få angivelser av hva lederoppgaven går ut på. Hvis primærhelseteam skal bli vanlig drift ved legekontor, bør også lederrollen i større grad beskrives og få større oppmerksomhet.

Legekantor som en ekspertorganisasjon bestående av leger med stor autonomi trenger i utgangspunktet ikke mye ledelse. Det er derfor en utfordring når helsemyndighetene ønsker å endre måten man arbeider på legekantorene på, og utvikle teamarbeid. Endringen kan ikke tres ned over ekspertorganisasjonen. Den må skje ved at den enkelte lege ser det som faglig interessant og formålstjenlig for sine pasienter å arbeide i team med en sykepleier, og gjerne at teamarbeidet avlaster fastlegen. Våre resultater viser at lederne gjerne guider og fasiliteter aktiviteter ved at de går foran og viser eksempler på teamarbeid, eller står i spissen for å utvikle prosedyrer. Det å skape varige endringer fra vanlig fastlegevirksomhet til teamarbeid (Kotters fase 7 og 8), vil kreve utholdenhet fra ledere, fastleger og sykepleiere. Sett i lys av at faget er det viktigste for fagekspert, er det også rimelig å anta at teamarbeidet må resultere i en opplevelse av at pasientene får bedre oppfølging med team enn uten.

Våre resultater viser at deltakelse i et endringsprosjekt som primærhelseteam kan utvikle legekantoret som én organisasjon med oppbygging av møtestrukturer, maler og prosedyrer som fremmer teamarbeidet, og tydeligere lederroller. Legekantorene er i ferd med å utvikles som en enhet på bekostning av å være et løsere koblet kontorfellesskap for eksperter; fastlegevirksomhet er tradisjonelt ikke arbeid som foregår i et arbeidsfellesskap, det er konsultasjoner mellom en lege og en pasient. Mangel på møtestrukturer er et tydelig tegn på at legekantorene skiller seg fra de fleste andre moderne organisasjoner. Litteraturen om å utvikle et godt teamarbeid framhever betydningen av systemer for god, åpen, hyppig og effektiv kommunikasjon (Pullon, McKinlay & Dew, 2009) med tilhørende møtestrukturer og uformelle møteplasser. Hvis primærhelseteam skal bli vanlig drift ved legekantor, synes det å være et behov for at legekantor generelt utvikler slike strukturer.

## Litteratur

- Abbot, A. (1988). *The system of professions: An essay on the division of expert labor*. Chicago: University of Chicago Press.
- Agenda Kaupang (2016). *Kommunal legetjeneste – kan den ledes?* Rapport nr. R9010. Hentet fra <https://www.ks.no/contentassets/b3154b3436fd4c85beff563a69d17b11/rapport.pdf>
- Alvesson, M. (1993). Organizations as rhetoric: Knowledge-intensive firms and the struggle with ambiguity. *Journal of Management Studies*, 30(6), 997–1015. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6486.1993.tb00476.x>
- Alvesson, M. & Sköldberg, K. (2008). *Talking og reflektion: vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur.
- Bolden, R. (2011). Distributed leadership in organizations: A review of theory and research. *International Journal of Management Reviews*, 13, 251–269. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2370.2011.00306.x>
- EY og Vista Analyse (2019). *Evaluering av fastlegeordningen*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/7cd212bf5f0642c1a5d0d480f0923e6d/evaluering-av-fastlegeordningen--sluttrapport-fra-ey-og-vista-analyse.pdf>
- Hana, J. & Rudebeck, C.E. (2011). Leadership in rural medicine: the organization on thin ice? *Scandinavian journal of primary health care*, 29, 122–128. <https://doi.org/10.3109/02813432.2011.577148>
- Helsedirektoratet (2017a). *Høring – Gjennomføring av forsøk med primærhelseteam*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing--gjennomforing-av-forsok-med-primarhelseteam/id2580609/?expand=horings svar>
- Helsedirektoratet. (2017b). *Primærhelseteam – Kvalitet, ledelse og finansiering* (Rapport IS-2656). Oslo: Helsedirektoratet.

- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid* (Meld. St. 47 (2008–2009)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* (Meld. St. 26 (2014–2015)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2020). *Handlingsplan for allmennlegetjenesten. Attraktiv, kvalitetssikker og teambasert, 2020–2024*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/96f6581333ee48559cdabf23c8772294/handlingsplan-for-allmennleger.pdf>
- Hennestad, B.W. (2002). Endringsledelse som implementering – sentrale utfordringer. *Magma*, 3. Hentet fra <https://www.magma.no/endringsledelse-som-implementering-sentrale-utfordringer>
- Hennestad, B. (2012). Endringsledelse og sticky culture. *Magma*, 8, 59–67. Hentet fra <https://www.magma.no/endringsledelse-og-sticky-culture>
- Hjortdal, P. (2015) *Personlig kontinuitet; det handler om kunnskap, tillit og koordinering. Bidrag til Legeforeningen: Sammen for en bedre primærhelsetjeneste*. Legeforeningens oppfølging til Meld. St. 26 (2014–2015). Den norske legeforening. Hentet fra <https://www.nsd.m.no/wp-content/uploads/2018/02/Kontinuitet20utredning20Per20H.pdf>
- Kotter, J.P. (1996). *Leading change*. Boston, Massachusetts: Harvard Business School Press.
- Ladegård, G. & Vabo, S. (2011). Ledelse, styring og verdier. *Magma*, 1, 23–31. Hentet fra <https://www.magma.no/ledelse-styring-og-verdier>
- OECD/EU (2016) *Health at a glance: Europe – State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>
- Pullon, S., McKinlay, E. & Dew, K. (2009). Primary health care in New Zealand: the impact of organisational factors on teamwork. *British Journal of General Practice*, 59, 191–197. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19275835>
- Rebnord, I.K., Eikeland, O.J., Hunskår, S. & Morken, T. (2018). *Fastlegers tidsbruk*. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin, Uni Research Helse. Hentet fra <http://hdl.handle.net/1956/20537>
- Reichborn-Kjennerud, K. (2010). *Faste grep om helsa i hektiske kontor* (Notat 14). Arbeidsforskningsinstituttet.
- Ritchie, J. & Spencer, L. (1994). Qualitative data analysis for applied policy research. I A. Bryman & R. Burgess (red.). *Analyzing Qualitative Data* (s. 173–194). London: Routledge.
- Spehar, I., Sjøvik, H., Karevold, K.I., Rosvold, E.O. & Frich, J. (2017). General practitioners' views on leadership roles and challenges in primary health care: a qualitative study. *Scandinavian Journal of primary health care*, 35(1), 105–110. <https://doi.org/10.1080/02813432.2017.1288819>
- Srivastava, A. & Thomson, S. (2009). Framework analysis: a qualitative methodology for applied policy research. *Journal of Administration and Governance*, 4(2), 72–79. Hentet fra [https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=2760705](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2760705)
- Strand, T. (2007) *Ledelse, organisasjon og kultur*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Torjesen, D.O. (2007). Kunnskap, profesjoner og ledelse. Kunnskapsperspektiver på ledelse i norsk helsetjeneste. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 48(2), 275–290. Hentet fra [https://www.idunn.no/tfs/2007/02/kunnskap\\_profesjoner\\_og\\_ledelse](https://www.idunn.no/tfs/2007/02/kunnskap_profesjoner_og_ledelse)
- Trønderopprøret (2018). *Fastlegeordningen 2.0*. Hentet fra <https://www.flo20.no>
- Von Nordenflycht, A. (2010). What is a professional service firm? *Academy of management review* 35(1), 155–175. Hentet fra <https://www.jstor.org/stable/27760045?seq=1>
- Yukl, G. (2010). *Leadership in organizations*. Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.