NASJONALT SENTER FOR DISTRIKTS MEDISIN

UTDANNINGSSTILLINGER I ALLMENNMEDISIN: ALIS-VEST

FOKUS PÅ REKRUTTERING OG STABILISERING

Nasjonalt senter for distriktsmedisin /
Boaittobealmedisiinna našunála guovddáš
UiT Norges arktiske universitet

Tone Seppola-Edvardsen og Helen Brandstorp

2018

FORORD

På bakgrunn av rekrutteringsutfordringer i fastlegeordningen, både i distriktskommuner og etter hvert også i større byer, ble prosjektet ALIS-Vest startet i 2017 for å implementere nye utdanningsstillinger i kommuner på Vestlandet. Formålet er å bedre rekruttering og stabilisering av leger til fastlegehjemlene i 10 utvalgte deltakerkommuner i Hordaland og Sogn- og Fjordane, i tillegg til å få til en godt strukturert spesialistutdanning for de 14 legene som har blitt ansatt gjennom prosjektet.

Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) har blitt tildelt forskningsmidler fra ALIS-Vest og ønsker å utvikle forskningsbasert kunnskap om hvordan og hvorfor dette prosjektet utformes og utvikler seg med hensyn til rekrutering og stabilisering av de nye fastlegene i den enkelte av deltakerkommunene.

Denne rapporten er den første rapporten basert på følgeforskning siden august 2017. Vår målsetting er å følge prosjektet underveis i hele det planlagte femårige løpet og bidra med rapporter underveis, i tillegg til en endelig rapport når perioden er avsluttet.

Tromsø, 13.04.2018
Tone Seppola-Edvardsen og Helen Brandstorp
PhD i medisinsk antropologi og PhD i allmennmedisin

INNHOLDSFORTEGNELSE

Sammendrag 7

1 Innledning 11

1.1 Generelt om rekruttering og stabilisering av leger 12

2 Forskningsspørsmål, materiale og metode 13

3 Funn fra intervjuer og møter med ALIS 15

3.1 Stillingen: motivasjon for å søke og erfaringer så langt 15

3.2 Teoretiske perspektiver på ALIS-legenes ønsker og verdier 17

3.3 Oppstartsfasen – erfaringer så langt 19

3.4 Om å delta i prosjektet og om erfaringer fra spesialiseringen - 20

3.5 Sted 21

4 Funn fra intervjuer og møter med Kommunene 26

4.1 Avtalene med ALIS 26

4.2 Fordeler/ulemper med å være med i ALIS-Vest 30

4.3 En kompleks, bottom up-innovasjon 33

5 Oppsummering og veien videre 36

6 Utviklingen av prosjektet ALIS-Vest 39

7 Bakgrunnsinformasjon om kommunene 43

7.1 Årdal 43

7.2 Lærdal 44

7.3 Gulen 45

7.4 Hyllestad 46

7.5 Masfjorden og Modalen 47

7.6 Bergen 48

7.7 Fusa 48

7.8 Bømlo 49

7.9 Stord 50

7.10 Odda 52

8 Referanseliste 53
Vedlegg 1: Forskernes roller og formativ følgeforskning 56
Vedlegg 2: Behovet for supervisjon og veiledning 58
Vedlegg 3: Invitasjonsbrev til ALIS om deltagelse i forskningintervjuer 61

SAMMENDRAG

Dette er den første rapporten fra NSDM sin følgeforskning av det myndighetsstøttende prosjektet ALIS-Vest, som er initiert av Masfjorden kommune og eies av Bergen kommune. Gjennom ALIS-Vest ble det i 2017 opprettet 14 utdanningsstillinger i allmennpraksis, fordelt over 10 kommuner i Hordaland og Sogn og Fjordane. Hovedfokuset i NSDMs følgeforskning er rekruttering og stabilisering av leger.

Rapporten gir blant annet kunnskap om de ansatte allmennlegene i spesialisering (ALIS), deres motivasjon for å søke, forventninger til, og møtet med den nye kommunen og jobben. Den gir også kunnskap om deltakerkommunene, deres motivasjon og arbeid med å legge til rette for utdanningsstillingene, blant annet knyttet til arbeidsavtalene og organiseringen av den kommunale fastlegetjenesten.

Rapporten bygger på samtaler og observasjoner gjort under besøk i kommunene, i tillegg til intervjuer med ALIS og helseledere i prosjektkommunene. Analyser av dette materialet er også sett i sammenheng med relevant teori fra ulike fagtradisjoner og vi har vært deltagende observatører i en rekke sammenhenger knyttet til prosjektet, for eksempel under samlinger og møter (les mer om NSDM sin involvering i ALIS-Vest i kapittel 6 og 7).

For å lære mest mulig om de ulike lokale prosessene og selve prosjektet, følger vi det tett fra ulike perspektiv og benytter formativ følgeforskning. Det betyr at vi deler oppsummert kunnskap underveis med de involverte og er lydhør for tilbakemeldinger, samt er i dialog med andre interessenter som påvirker utviklingen. Slik håper vi å kunne bidra til et vellykket prosjekt samtidig som at nyttig og troverdig kunnskap utvikles (se vedlegg 1 for mer om formativ følgeforskning).

Funnene i rapporten representerer situasjonen i oppstartsfasen av prosjektet. For å få kunnskap om prosessen videre, planlegges følgeforskning i hele prosjektperioden (5 år).

Funn: arbeid og fritid

Vi har så langt sett at ALIS er opptatt av tryggheten fast inntekt innebærer, samtidig som de ønsker fleksibilitet i egen arbeidshverdag og rammer for arbeidstid som sikrer at de kan ha fritid. Det har de fått i stor grad gjennom de nye utdanningsstillingene. Stillingene virker så langt å være attraktive, noe som er viktig for kommunene som ønsker å sikre rekruttering og stabilisering av fastlegene i kommunen.

Da intervjuene ble gjort, varierte ALIS sine opplevelser av arbeidsmengde fra kommune til kommune. Noen begynte med å skulle bygge opp sin pasientliste, andre mente at de

hadde fått en vel stor pasientliste og arbeidsbyrde når de i tillegg skulle dekke opp for kollegaers fravær og ha tid til å sette seg inn alt som er nytt. Listelengde varierer fra stilling til stilling, men ligger i snitt på ca. 700.

Samtidig gikk det frem at de aksepterte at den fleksibiliteten de selv satte pris på gikk begge veier, slik at de selv f.eks. måtte yte ekstra når andre skulle ha fri samt ha tålmodighet med kommunen sin. En samlende holdning hos ALIS var at det var forståelig at veien ble til mens man gikk i denne nye ordningen. Vårt inntrykk er også at kommunene anstrenger seg for å få til gode løsninger for ALIS.

Når ALIS uttalte seg om hva som var viktig for å bli værende i stillingen, oppgav de trivsel – særlig som et godt arbeidsmiljø, en følelse av fellesskap på jobb og et strukturert spesialiseringsløp. En annen viktig ting var fortsatt fleksibilitet slik at det er mulig å ha et familieliv i tillegg til jobben. Overkommelig arbeidsmengde opplevdes som viktig både for mulighet til å lære og for et godt liv ved siden av jobb. Dette er i tråd med det den tyske sosiologen Urich Beck allerede for mer enn 10 år siden mente var nye, immaterielle verdiholdninger knyttet til livskvalitet, der rådighet over egen tid blir verdsatt høyere enn mer inntekt.

Trivsel knyttet til kommunen som bosted, ble også trukket frem. Dette er kanskje mest prekært for tilflyttere som mangler tilknytning til stedet i form av familie og sosialt nettverk, og derfor trenger tilgang til sosiale arenaer for å kunne knytte sosiale kontakter utenfor jobb. Her vil fritid være viktig. Sosiologen Richard Sennett argumenterer for at usikkerheten ved arbeidslivet i det han kaller den nye kapitalismen har styrket verdien av fellesskap og stedbundethet. Den norske sosialantropologen Trond Thuen påpeker at steders betydning for individene varierer og blant annet er knyttet til hvilket liv og hvilke aktiviteter de utøver der.

Også blant helselederne virket det som det var forståelse for at fritiden var viktig, og flere kommenterte ALIS sin deltakelse i fritidsaktiviteter og sosiale arenaer utenfor jobb.

Funn: Uforutsigbar fremtid

ALIS har startet i en stilling noe som innebærer usikkerhet med tanke på trivsel i arbeid og bosted, for seg selv og kanskje også for familie. Selv om deltakerne er fornøyd med tilretteleggingen av sitt spesialiseringsløp, oppleves det for noen usikkert hvordan kommunen kommer til å legge opp løpet for dem knyttet til å bygge sin pasientliste og å få den praksis som kreves. Det såkalte «sykehusåret» er også noe som er uavklart og

gjenstår å løse for ALIS og kommunene, med hjelp fra prosjektet. Til sammenligning kan det sies at næringsdrivende fastleger organiserer sin pasientliste og spesialistutdanning, inkludert sykehusåret, selvstendig.

Spesielt for de legene som er tidlig i sitt livsløp, vil det kunne skje endringer i omstendighetene og prioriteringene deres som gjør at det ikke blir aktuelt å fullføre de fem årene i prosjektet og dermed velger å slutte før spesialiseringsløpet er over.

Vi har beskrevet hvordan kommunene bidrar med en kompleks, men fleksibel tjenesteinnovasjon når kommunene finner sine egne tilpassede løsninger for å kunne oppfylle de kravene som stilles fra ALIS-Vest prosjektet, fra legene og de enkelte kommunenes organisatoriske og næringsmessige rammebetingelser. Dette er det motsatte av en top down- innovasjon, nemlig en bottom up-innovasjon. En slik innovasjon krever både vilje til å ta risiko og endringsvilje fra kommuneledelsen og helseadministrasjonen. Tidligere erfaringer med konsekvensene av legemangel blir trukket frem som en motiverende faktor av helselederne. Deltagelse i et større prosjekt ser også ut til å ha fungert som en slags katalysator for en utvikling helseledere allerede har ønsket seg.

Funn: Fast lønn og fravær

Et sentralt usikkerhetsmoment for kommunene handler om økonomi. Det er usikkerhet mht. kostnader for fastlønnede stillinger i forhold til næringsdrift og i forhold til aktivitetene knyttet til spesialistutdanningen. Mange kommuner har imidlertid erfart at løpende utgifter til vikarer er svært høye, og økonomi er ikke problematisert i særlig grad i intervjuene eller ved besøk i kommunene. Dette kan endre seg over tid og vil være interessant å følge med på.

Blant deltakerkommunene finnes i tillegg en bekymring for hvilken virkning fast lønn og ønsket om mye fritid vil ha på arbeidsinnsatsen ALIS vil legge ned i stillingen, og dermed på produksjonen av legetjenester. Samtidig ser man en fordel med at det er enklere å få legen med på annen aktivitet en pasientrettede konsultasjoner, i og med at legen ikke taper inntekt eller må fakturere kommunen.

Et annet forhold er at kommunene også i fortsettelsen må klare å finne løsninger på personalkabalen som skal legges for eksempel i forhold til permisjoner og fravær, pasientlister, kontorplass og arbeidsmiljø, supervisjon og veiledning. Dette er forhold som fastleger i stor grad har ordnet opp seg imellom til nå.

En sentral ordning er også formalisert i det sentrale avtaleverket, nemlig ordningen med «kollegial fraværsdekning». Hvilken innvirkning vil økt innslag av kommunal ansettelse blant fastleger vil ha på den? Vil sykefraværet øke når legen ikke taper inntekt? Vil det bli vanskeligere å få legene til å dekke for hverandre?

Vi kan ikke utfra det vi vet i dag si noe om disse bekymringene vedrørende økt fravær eller mulig lavere antall pasienter behandlet per dag. Fra intervjuene med ALIS ser vi at deres verdier ikke er forenelig med å «bare» prioritere jobb, men samtidig ser vi at de er opptatt av å gjøre en god jobb. De setter et kollegialt felleskap høyt og de ønsker å sette seg godt inn i faget for å kunne yte god behandling og ivareta pasientene sine.

Positive resultater

Kommunenes investeringer har allerede gitt resultater i form av bedret antall kompetente søkere og ansettelser. Noe som kan være et første skritt mot en mer stabil legedekning fremover. En annen positiv side er at selve deltakelsen i prosjektet synes å skape tro på at man kan få til en løsning på et problem som kommunen gjerne har hatt over tid.

ALIS uttaler at det er inspirerende å oppleve interesse fra mange hold for utdanningsstillingene, at de er med på å skape noe nytt og kanskje bidrar til å legge rammer for fastlegeordningen fremover og for kolleger som kommer etter.

Kommunene på sin side er entydige med hensyn til at de opplever oppmerksomhet gjennom media og annet som positivt, også at prosjektet har bidratt til nytenkning på et nasjonalt nivå. I tillegg opplever kommunene at de får bygget opp et nettverk i prosjektet og en følelse av fellesskap hvor de kan søke støtte og råd for hvordan de kan løse problemstillinger de har. Gjennom at alle ALIS i prosjektet deltar i en felles veiledningsgruppe, skapes det et fellesskap også for legene med andre i samme situasjon, noe som oppleves som verdifullt av både ALIS selv og kommunene.

Hvilke endringer vil vi se videre?

ALIS-prosjektet innebærer endringer lokalt som igjen vil medføre uforutsette endringer. Nettopp fordi dette er en kompleks og fleksibel innovasjon, som inkluderer menneskers arbeidsliv så vel som privatliv, vil det sannsynligvis være nødvendig å studere de forskjellige løsningene over tid og fra ulike perspektiv. Slik håper vi å kunne bidra med kunnskap om hvilke virkninger ulike grep har.

1 INNLEDNING

ALIS-Vest er et pilotprosjekt for tilrettelagt spesialistutdanning i allmennmedisin i Hordaland og Sogn og Fjordane. Prosjektet skal sette inkluderte kommuner i stand til å tilby 14 utdanningsstillinger for leger i spesialisering i allmennmedisin. Det er initiert og utarbeidet av lokalt helsepersonell, finansiert av myndighetene, men involverte kommuner er selv ansvarlige for ordningen lokalt og legene de ansetter.
Prosjektets to formål: Få til en godt strukturert spesialistutdanning for ALIS og å sikre rekruttering og stabilisering av leger til fastlegehjemlene og andre allmennmedisinske oppgaver i kommunene.
Ved å legge til rette for at unge leger kan velge å begynne i fastlønnede utdanningsstillinger i kommunen, er håpet at flere unge leger velger å gå inn i fastlegeordningen. Stilingene er et alternativ til den vanlige muligheten, at man begynner som privat næringsdrivende med arbeidsgiveransvar og må gjøre personlige økonomiske investeringer, eventuelt at man begynner som vikar for annen fastlege.
Det legges også opp til at prosjektkommunene tilbyr legene et strukturert utdanningsløp på 5 år med mulighet for daglig supervisjon og planlagt veiledning lokalt og i en felles gruppe. Felles arrangement og samlinger for lokale veiledere er også inkludert i prosjektet
For å trekke lærdom av tjenesteinnovasjonen utdanningsstillinger, skal det etter planen gjøres følgeforskning på prosjektet.

Kommuner i ALIS-VEST

Årdal
Lærdal (2 stillinger)
Hyllestad
Gulen
Masfjorden/Modalen
Bergen (2 stillinger)
Fusa
Odda (2 stillinger)
Stord
Bømlo

Mer om hver kommune sist i rapporten

1.1 Generelt om rekruttering og stabilisering av leger

Flere har vist at det er rekrutteringsutfordringer i fastlegeordningen de senere år: KS (2015), NSDM (2016) og avisen VG (tidig høst 2017 og vinteren 2018). Tall fra våre egne undersøkelser i kommuner med 20 000 eller færre innbyggere (dvs. 374 av landets 428 kommuner i 2014) har vist at antallet kommuner med ledige hjemler i over 3 måneder ble nesten fordoblet fra 2014 til 2016 – fra 61 til 116 fastlegehjemler/ -stillinger.

Helsedirektoratets tidsbruksundersøkelse, utført av Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (2018), dokumenterer at fastleger jobber i gjennomsnitt 55,6 timer i uken, og arbeidstiden har økt med 7 timer i uken siden 2014. Stortinget vedtok flere tiltak for å bedre kapasiteten i ordningen 13. februar 2018, sammen med tiltak for å bedre rekruttering og stabilisering, ved blant annet å innføre utdanningsstillinger.

Legers valg av praksissted er komplekst. Ono et al (2014) viser til at flere viktige faktorer som kan begrunne hvorfor noen legejobber er mer eller mindre attraktive, går igjen i ulike studier. For det første er den relative attraktiviteten mellom steder forskjellig. Større steder er generelt mer attraktive enn små. For det andre, setter modus for sysselsetting og betalingssystem viktige rammer. Sysselsetting basert på selvstendig næringsdrift og stykkprisbetaling (som er hovedmodellen i fastlegeordningen) kan gjøre små steder økonomisk mindre attraktive og de må følgelig kompensere for dette. En tredje faktor knyttes til manglende kompensasjon generelt og mer utfordrende arbeidsforhold i distrikt (hyppigere legevakter, lenger reisevei før hjelp fra spesialisthelsetjenesten og noen flere arbeidsoppgaver).

Legers egen rurale bakgrunn er imidlertid en innflytelsesrik faktor med positivt fortegn i denne sammenhengen. Det finnes en rekke studier som viser at leger som selv har en bakgrunn fra Nord-Norge, er mer tilbøyelig til å velge arbeidsplass i Nord-Norge sammenlignet med leger med urban bakgrunn (Tollan & Magnus, 1993; Alexandersen et al, 2004; Gaski et al, 2017). Påført distriktserfaring/-eksponering i løpet av legeutdanningen, gjennom praksis eller turnustjeneste, har også betydning for hvor leger velger å jobbe etter endt utdanning. En studie fra Australia (Playford et al, 2014) viser at det er mulig å oppnå en effekt tilsvarende rural bakgrunn gjennom å påføre legestudenter med urban bakgrunn distriktserfaring/-eksponering i løpet av studiet.

Det finnes allerede eksempler på ordninger i Norge som har som mål å løse problemer med rekruttering og spesialisering til fastlegeordningen. Harstad kommune har en ordning med utdanningsstipend som skal gi støtte til kursavgift og bortfall av inntekt, for fastleger i spesialisering. Stavanger kommune har et prøveprosjekt hvor unge leger tilbys «introduksjonsstillinger». Disse stillingene gir mulighet til å jobbe som vikar ved legekontor i to år uten å måtte påta seg økonomiske investeringer og arbeidsgiveransvar.

Legen får også tilbud om et eget introduksjonskurs (som ikke er del av noen spesialisering). Ordningen i Harstad rettes altså primært mot å legge til rette for spesialisering, mens ordningen i Stavanger rettes primært mot rekruttering.

I denne sammenhengen blir ALIS-Vest en tredje variant, som både retter seg mot rekruttering og spesialisering ved å tilby et kommunalt ansettelsesforhold i en utdanningsstilling og et strukturert spesialiseringsløp med veiledning.

2 FORSKNINGSSPØRSMÅL, MATERIALE OG METODE

Hva er det vi vil ha svar på?

Vår forskning har som mål å følge med på og bidra til kommunenes rekruttering og stabilisering av leger. Vi ønsker altså både å gi en evaluering og å forske med de som eier problemet, for slik å tilrettelegge for at disse selv skal ta gode avgjørelser.

Den første delen vil fokusere på legene som blir ansatt gjennom prosjektet og hvordan de opplever sin situasjon som ALIS, både i jobb, spesialiseringsløp og privat. Den andre delen fokuserer på kommunene og deres arbeid med utdanningsstillinger og deltagelse i prosjektet.

En beskrivelse av prosjektets utvikling følger er også en del av følgeforskningen, dvs. aktiviteter i prosjektet har betydning for resultatene på kommune- og ALIS-nivå. Også eventuelle større innspill fra aktører utenfra vil inkluderes.

Materiale og metode

Formativ følgeforskning (se mer i vedlegg 1) i et komplekst innovasjonsprosjekt innebærer at forløpet vil være uforutsigbart, og at det derfor kan være nyttig å legge til rette for at den løpende evalueringen er tett på utviklingsarbeidet ut fra flere perspektiv, for å sikre erfaringslæring underveis i prosessen. NSDMs legger i tillegg vekt på jevnlig dialog med prosjektledelse og styringsgruppe samt eventuelle andre relevante aktører. Informasjon om våre ulike kompetansebakgrunner, roller i og utenfor prosjektet med relevants for arbeidet, finnes i Vedlegg 1.

To typer kvalitative metoder har vært brukt; semi-strukturerte intervjuer (med nøkkelpersoner, én til én), i tillegg til deltakende feltarbeid og feltsamtaler i møter, både i selve ALIS-Vest prosjektet og i kommunene. Vi har også supplert med andre offentlig tilgjengelige data som beskriver tjenesten.

Deltakende observasjon: kan brukes til å komme nærmere et felt (Manen, 1990; Dahlberg, Nystrøm & Dalberg, 2007) og bidra til å samle data om samhandling og meningsdannelse mellom mennesker og organisasjoner/enheter. I dette prosjektet har begge forskerne gjort deltakende feltarbeid ved besøk i de enkelte kommunene der vi har hatt møter med ALIS-legene og kollegaer/medarbeidere på legekontorene, og vi har hatt møter med aktuelle personer i kommunenes administrasjon og ledelse. Deltakelse i møter og intervjuer har ellers gitt grunnlag for feltsamtaler underveis på reisene (Wadel, 1991; Fossåsskaret 1997) og under opphold i 'felten' enten i kommunene, på legekontorene, rådhus, butikker, overnattingssteder eller lignende. Slike samtaler blir ofte uformelle og kan åpne for å diskutere temaer og meninger som ellers ikke tas opp, og kan gi inntak til ny forståelse.

Semi-strukturerte intervjuer (Wolcott, 2005; Kvale and Brinkmann, 2009) er brukt av begge forskerne til utdypende samtaler med sentrale aktører i kommunene.

ALIS-legene har blitt intervjuet enkeltvis etter kommunebesøkene. Hvert intervju har vart fra en halv til en time og søkt svar på hvorfor legen søkte på denne stillingen, hva hen ser som viktig for å finne seg til rette, og hva som har fungert eller kan bli bedre så langt i prosessen. Spørsmålene har hatt fokus på både arbeid og fritid, blant annet innhold i arbeidet, rammer rundt, personlig motivasjon og kommunen som sted.

Intervjuene med ALIS-legene har blitt tatt opp på lydfil, som har blitt brukt ved transkribering og notater fra i ettertid. De har så blitt slettet.

Aktuelle helseledere i kommunene er blitt intervjuet per telefon, og spørsmålene har handlet om hvorfor kommunene er med i prosjektet, prosessen med å opprette ALIS-stillinger og hvordan avtalene ser ut. Helselederne i kommunene har også blitt spurt om hva deltagelse i prosjektet har gitt av eventuelle gevinster og ulemper.

Om analysen

Data har blitt sortert i meningsenheter og temaer (Kvale & Brinkmann 2015: 232), basert på intervjuene med ALIS og uttalelser under våre besøk i kommunene. Disse har vi analysert ved å sammenligne likheter, forskjeller og sammenhenger, både i rammebetingelser og i hva som fremstår som viktig for de rekrutterte legene og for de som skal samarbeide med dem.

Materiale fra intervju med kommunene og besøk der er analysert ved å sammenlikne svarene og etablere nye tema under de to hovedkategoriene forhold rundt avtalene med ALIS og forhold rundt deltagelse i prosjektet. Begge forskere har lest intervjuene og

forsøkt å se etter om noen faktorer eller rammebetingelser fremstår som viktigere enn andre, om det finnes flere løsninger og hvordan de virker.

Etiske avveininger og datasikkerhet

Både ALIS og kommunenes representanter har latt seg intervjue frivillig og mottatt et informasjonsbrev om dette samt datasikkerhet i forkant (se vedlegg 3). Som registrerte leger lokalt og som gruppe, er ALIS kjent for offentligheten, men ikke alle har deltatt. Intervjuene med ALIS er anonymisert, både internt hos NSDM og i denne rapporten. Dette gjelder også lagret materiale. For å unngå gjenkjennelse er noen opplysninger fjernet eller endret der det ikke har betydning for analysen.

Materialet fra kommunenivå regnes ikke som like sensitivt som for ALIS da helselederne representerer sin kommune og ikke spørres om private eller personlige forhold. Anonymitet utad er allikevel vektlagt.

Lydopptak har blitt oppbevart i henhold til UiTs retningslinjer og slettet etter at notater og transkribering har blitt gjennomført. Prosjektet er meldt til NSD (Norsk senter for databehandling), som har funnet at vår planlagte databehandling er meldepliktig og tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven (svar av 26.09.2017).

3 FUNN FRA INTERVJUER OG MØTER MED ALIS

3.1 Stillingen: motivasjon for å søke og erfaringer så langt

I intervjuene med ALIS kommer det frem at den viktigste motivasjonen for å søke stillingen som ALIS, er ønsket om å jobbe innen allmennmedisin, som allmennlege eller fastlege. Derfor vil vi starte med å se på begrunnelsen for nettopp dette ønsket. Det følgende er i hovedsak kommet frem som svar på et intervjuspørsmål om hvorfor ALIS har lyst å være allmennlege.

Allmennlege

Å jobbe som allmennlege eller fastlege er noe «jeg alltid har villet» sier noen ALIS. En forteller, for eksempel, at hen har en i familien som er fastlege, og på denne bakgrunn «har tenkt at det er en fin arbeidshverdag». Andre har kommet frem til dette som en mulighet etter å ha gjort seg erfaringer i turnustjeneste eller tidligere arbeid.
En forteller at: «Det var mye kaos og sånt på sykehuset, og mye vakter på ubeleilige tidspunkter, og jeg syntes egentlig det var høyt arbeidspress der også. Så var jeg i kommuneturnus og syntes det var veldig kjekt arbeid»

Positive erfaringer fra kommuneturnus, som passe utfordrende og interessant arbeid, ble nevnt av flere. I tillegg hadde også god veiledning under turnustjenesten bidratt til å motivere noen.

På spørsmål om hvorfor ALIS-legene har lyst å være allmennlege, går det igjen at de setter pris på at jobben er variert.

> «Jeg er nok veldig generalist. Synes det er kjekt å se hele mennesket under ett og ikke bare det ene organet som man kan bli spesialist på. Det er kjekt å kunne litt om alt, og ikke bare være spesialist på en ting. Allmennpraksis er derfor tingen for meg»

Det å kunne følge pasienten over tid, se hele mennesket og ikke bare et organ, og også bidra med psykologisk innsikt, blir ofte nevnt. Noen nevner lønnen som god, og at arbeidstid vanligvis er mandag til fredag. Dessuten nevner flere valgfriheten i hva man vil fordype seg i, og som man kan bli en ressurs på i fellesskapet og gjøre mer av. For eksempel småkirurgi eller indremedisin, avhengig av interesser eller tidligere opparbeidet kompetanse. Det å få brukt personlige egenskaper, som evne og interesse for å ha kontakt med mennesker, nevnes også.

Ut av dette kan vi altså trekke fram et fokus på verdier som å jobbe med helhet og sammenhenger i menneskers liv og helse, i tillegg til variasjon og fleksibilitet i egen arbeidshverdag.

Utdanningsstilling

Flere nevner at de har hatt et ønske om å være fastlege, men at terskelen for å starte som privatpraktiserende har vært høy. Noen nevner at vikariater kunne vært en mulighet, for eksempel for et år, og så se det an. Et ønske om å bo eller jobbe på det aktuelle stedet eller i området, har i tillegg for flere vært medvirkende til at de søkte den aktuelle utdanningsstillingen.
ALIS-legene oppgir flere årsaker til at stillingene blir sett som svært attraktive: Det ene er tryggheten i fast lønn, som inkluderer trygderettigheter og friheten fra å binde seg ved å investere i liste og ta på seg ansvar og plikter som følger med næringsvirksomhet. Man slipper dermed usikkerheten mht. investering i noe som man ikke vet hva innebærer av økonomi, jobb og plikter. I tillegg ønsker ALIS å ha tid til familie og fritid og til å lære faget. Muligheten til å bli spesialist gjennom et strukturert spesialiseringsopplegg, med fri til kurs og samlinger og med opplegg for veiledning og supervisjon, blir også nevnt som viktig og et veldig bra grep.

En nevner at han hadde hatt lyst å bli fastlege, men ikke ønsket å kjøpe noen liste fordi hen syntes at det ble en litt stor investering i tillegg til familie og hus m.m. En av tingene som var attraktive med denne stillingen var at den innebar en kommunal ansettelse, og dermed en trygg inntekt, for eksempel i tilfelle sykefravær, selv om det ikke hadde vært aktuelt enda. Det andre som var viktig var opplegget med spesialistforløpet. Det var «forlokkende at dette lå som en pakke inni», kommenterte hen. Hen hadde slått det med å starte som fastlege litt fra seg på grunn av de utfordringene hen kjente til, med økonomi og kursing. Hen hadde sett at kollegene hadde hatt store utfordringer da de skulle ha sykehusåret, når de skulle på kurs og annet og ikke fikk tak i vikarer.

> «Og nå får jeg alt dette på en gang, at jeg er ansatt i kommunen og de ordner med folk hvis jeg er fraværende. Trygg lønn underveis og de betaler kurs og alt, så jeg følte at dette var veldig trygt og greit.»

Flere nevner likevel at de ser for seg at egen praksis kan være aktuelt på sikt, når de har fått spesialiseringen. Fritid vektlegges av alle de intervjuede ALIS-legene, også de uten familie og like mye av menn som av kvinner. Menn understreker også verdien av tid til familie like ofte som kvinner.

I svarene kan vi identifisere verdien av klare rammer for økonomi, arbeidstid og fritid. ALIS ønsker å slippe risikoen og usikkerheten knyttet til økonomi, ansvar for egen bedrift og tidsbruk langt utover normal arbeidstid.

3.2 Teoretiske perspektiver på ALIS-legenes ønsker og verdier

Immaterielle goder

Allerede ved årtusenskiftet så den tyske sosiologen Ulrich Beck tendenser i det tyske samfunnet, som han diskuterer som nye verdinormer eller verdiholdninger der «immaterielle holdninger knyttet til livskvalitet spiller en svært viktig rolle» (Beck, 2004). «For eksempel at rådighet over «egen tid» blir verdsatt høyere enn mer inntekt og karriere» (ibid: 157-158). Han kaller dette for «tidsalderen for eget liv» og argumenterer for at det nå, istedenfor en materiell fordelingskamp, foregår en «immateriell fordelingskamp om knappe goder som knapt kan måles (uttrykkes) i penger – goder som ro, fritid, selvvalgt engasjement, eventyrlyst, sosialt samvær» (ibid:158) «Materielle tap er til å leve med dersom de ledsages av en garantert gevinst med hensyn til sosial egenutvikling» (ibid: 159).

Dette er også i tråd med det Holte et al. (2015 b) fant i sin norske undersøkelse der de brukte strukturerte spørreskjemaer med ulike valgmuligheter (discrete choice experiments, DCE) for å samle inn data fra unge leger (medisinerstudenter og turnusleger i 2010) og fastleger. Resultatene tyder på at «rekrutteringstiltak som

inneholder flere ikke-økonomiske intensiver (f.eks. bedring av mulighet for faglig utvikling og kontroll over arbeidstid)» i tillegg til listestørrelse ble foretrukket, mens «det å øke inntekten, fra dagens nivå i Norge, ser ut til å ha begrenset effekt. Holte et al argumenterer for at dette skyldes at «legene i liten grad verdsetter inntektsøkninger utover et referansenivå som allerede er oppnådd» (Holte et al., 2015 a: VIII).

Betydningen av fritid

På den andre siden er nok ikke ønsket om fritid, eller frihet til å styre egen tid, kun et utslag av endrede verdier hos individene selv, men kanskje like mye vokst frem som et svar på forventninger fra samfunnets side som krever innsats i fritiden for mange? For eksempel tar Peterson & Lupton (1996) for seg det de ser som en ny form for folkehelsemoral og argumenterer slik: «the pursuit of health through work on the body has become a crucial means by which the individual can express publicly such virtues as self-control, self-discipline, self-denial, and will power – in short, those qualifications considered important to being a 'normal', 'healthy' human being. Maintaining normality is hard work in that it takes time, effort and planning» (: 25). Forventninger om å praktisere en «sunn livsstil» innebærer gjerne investering i en del timer med fysisk aktivitet i uka. Et annet eksempel på økte forventninger til dagens unge voksne, i det norske samfunnet, er oppfølging av egne barns skolegang og utvikling, som også krever investering i form av tid.

Frihet forutsetter trygghet

Men «frihet forutsetter trygghet» argumenterer Beck (:162), og viser til Marshall (1948). Etter oppbyggingsfasen etter krigen, og den «kortvarige drømmen om varig fremgang» (som kanskje varte noe lenger i det norske enn i det tyske samfunnet, som Beck baserer sine analyser på) er det mulig at også det norske samfunnet kan sies å bære preg av det Beck har kalt «det globale risikosamfunnet» der uvissheten vender tilbake, blant annet «i den forstand at velstandsbiografier – uavhengig av inntektsnivå – blir til risikobiografier der den materielle trygghet for fremtiden og den sosiale identitet forsvinner» (:166). Også det norske samfunnet bærer preg av kutt i offentlige tjenester og profetier om synkende velferd, der færre arbeidstakere skal finansiere en stadig økende andel mennesker som står utenfor arbeidslivet. Kanskje er det slik at utrygghet på fremtiden gjør mennesker mer opptatt av å søke trygghet der vi kan oppnå det, for eksempel i en offentlig jobb med fast inntekt, mens man vil investere fritiden i immaterielle verdier som sosiale relasjoner med venner og familie?

Verdien av stedbundne fellesskap

Sennett (2001: 171), som er opptatt av arbeidslivet, argumenterer for at en konsekvens av den moderne kapitalismen, er at den har «styrket verdien av stedsbundethet og

vekket en lengsel etter fellesskap». Moderne kapitalisme, som han også omtaler som 'fleksibel kapitalisme' kjennetegnes av et krav om fleksibilitet hos arbeiderne, der det blant annet forventes at de skal være «kjappe i vendingen, åpne for endringer på kort varsel» og «ta sjanser kontinuerlig» (ibid: 15). Kort fortalt hevder Sennett at dette nye arbeidslivet medfører overfladiske sosiale relasjoner på arbeidsplassen og usikkerhet knyttet til framtidsutsikter og det å kunne skape seg et meningsfullt liv gjennom sitt arbeid. Dette «tvinger folk til å lete etter ankerfeste og dybde et annet sted» (ibid: 171) mener han, altså i fellesskapet som kan finnes i tilknytningen til sted og i nære sosiale relasjoner.

Verdiene og prioriteringene som er kommet frem gjennom intervjuene med ALIS, kan tyde på at Sennets analyser har truffet noe som også er relevant i dagens norske samfunn og arbeidsliv. Det kan bety at ansettelse i spesialiseringsstillinger som det ALIS-Vest tilbyr, spesielt på mindre steder, vil kunne fortsette å være attraktivt en stund til.

3.3 Oppstartsfasen – erfaringer så langt

Erfaringer fra arbeidet som ALIS

Flere ALIS kommenterer at de opplever trygghet i å være kommunalt ansatt og velvilje og tilrettelegging fra arbeidsgivers side for å dra på kurs og være med på opplæring etter eget ønske. De fleste kommenterer at de opplever et inkluderende arbeidsmiljø, men det varierer noe i hvilken grad ALIS har mulighet til å få hjelp i hverdagen. Dette har vi tidligere skrevet en egen liten rapport om (se vedlegg 2).

Varierte lister og en interessant og variert arbeidsdag der de stadig må sette seg inn i nye ting, er noe flere kommenterer at de er fornøyd med. En annen ting som fremheves som viktig er å oppleve fleksibilitet og forståelse fra arbeidsgiver. Den går da gjerne begge veier, slik at man kan reise på kurs eller jobbe hjemmefra av og til, men samtidig selv må stille opp ekstra ved behov, for eksempel hvis en kollega er borte.

Det varierer noe hvor stor arbeidsbelastning de enkelte legene opplever (listestørrelsen varierer også, hovedsakelig mellom 600 og 900 pasienter). Flere kommenterer at de opplever grei arbeidsbelastning, med arbeidsdager fra ca. 08-16, og med god tid til familie og fritid, som ønsket. Dessuten tid til å sette seg inn i ting og lære underveis i arbeidsdagen. Noen påpeker at kommunene må være klar over at når de ansetter en ALIS er det i utgangspunktet en lege som ikke er fullt opplært, og derfor trenger tid og hjelp til å lære og komme inn i arbeidet. Kommunen må derfor ikke planlegge med at de får inn en ferdig spesialist som kan være en full ressurs fra første dag.

Det varierer også hvor stort behov det er for 'rydding' i rutiner for eksempel knyttet til pasientjournaler eller kommunikasjon og samarbeid på sykehjem. Noen kommuner har hatt mangel på kommunale leger/fastleger i lengre tid, eller er i omlegging fra et tidligere system med private leger som har drevet på et annet vis enn det man nå vil, og har dermed behov for en stor innsats på dette feltet. Dersom dette kommer i kombinasjon med at ALIS-legen mangler veiledning og supervisjon, eller man har så marginal bemanning at legene stadig må ta hverandres oppgaver, kan det bli for mye for den nye legen.

Veien blir til mens man går

Når det gjelder organisering og opplegg i kommunene, oppleves det som at veien blir til mens man går. Det kommenterer flere ALIS at de er klar over og synes er interessant. Så lenge de vet at man jobber med å få på plass løsninger, og opplever at de kan ta opp ting og så finner man løsninger, virker det ikke som det er et problem selv om det er ting de går og venter litt på.

I et par tilfeller virker det likevel som ALIS har mistet motet, kanskje fordi det har blitt for mye som må ordnes opp i, eller de ikke har opplevd bedring eller lenger har tro på at ting lar seg løse. Spesielt gjelder dette forhold knyttet til manglende legeressurser, veiledning, arbeid med rutiner og arbeidsbelastning. Disse legene har sagt opp sine stillinger.

3.4 Om å delta i prosjektet og om erfaringer fra spesialiseringen - Inspirerende å være med i omtalt prosjekt

Også nyskapningen i ALIS-Vest-prosjektet, og det å få være med å utforme et spesialiseringsopplegg for kommende ALIS, kommenteres av flere som inspirerende.

> «Jeg bet litt på at det var et nytt og spennende prosjekt som jeg hadde lyst å kaste meg på. Jeg føler litt personlig engasjement i prosjektet og har lyst at det skal lykkes (…) det å gi allmennmedisinen et løft»

Det at prosjektet omtales i media og er på dagsordenen politisk, øker også tilliten til prosjektet.

> «Det er veldig positivt at vi ser ALIS i media, det som blir postet på nettet, og når vi ser at det har vært oppe i stortinget. Det gir mer troverdighet, at det virkelig følges opp og nevnes på politisk nivå»

Opplegget for spesialiseringen

Alle uttrykker at de er veldig fornøyd med opplegget for spesialisering slik det er organisert gjennom ALIS-Vest. Det gjelder både tidlig planlegging og god gjennomføring

av samlingene, som en kommenterer er litt uformelle, samtidig som de er faglig bra. Fellesskapet i gruppa er det også flere som forteller at de setter pris på.

> «Og det fine er at vi er tverrkulturelle og er utdannet på forskjellige steder. Noen med erfaring og noen ferske, så det er sikkert sprikende forventninger også. Men det er en trygghet for meg fordi jeg ellers lett kunne komme til å prioritere jobb og ikke egenutvikling. Man kommer inn i noe som er strukturert»

De er dessuten fornøyd med at det fra kommunenes side tilrettelegges for at de kan reise på samlinger og kurs.

Av planlagt veiledning og supervisjon, er kanskje det siste viktigst

Når det gjelder veiledning og supervisjon i kommune, uttrykte de fleste at de er generelt fornøyd med veiledningen og veileder. Mengde eller antall timer veiledning har omtrent ikke vært tematisert og det kan virke som at dersom den ene typen veiledning er god, og praktiseres fleksibelt, kan man tåle noen mangler ved den andre.

Å kunne få hjelp når man trenger det nevnes av flere som positivt. Av svarene kan det virke som at det oppleves mest prekært om den daglige supervisjonen mangler i form av manglende tilstedeværelse, eller mangel på tid, som for eksempel når man må dele på oppmerksomheten med turnusleger og studenter. Varighet og forventning om bedring i situasjonen ser ut til å ha betydning for om dette anses akseptabelt av dem som rammes. Det virker som at skillet mellom supervisjon og veiledning ofte praktiseres fleksibelt. Noen av ALIS har veileder i sitt daglige kontorfellesskap og kollegamiljø, og når de omtaler veiledningen er de opptatt av tilgjengelighet og skiller sjelden supervisjon og veiledning.

En kommenterer for eksempel at «Veileder her er veldig tilgjengelig både ad-hoc og på faste veiledningssamtaler. Vi har også ofte en halvtime på morgenen der vi kan diskutere problemstillinger». En annen, som har veileder et annet sted forteller at de så langt ikke har hatt noe møte, men at hen har brukt veileder «på telefon når jeg har trengt det i forhold til ting på kontoret der og da». På den andre siden forteller hen også at hen har kollegaer som hen kan spørre om faglige problemstillinger. Det går igjen hos flere at hele kollegamiljøet bidrar. ALIS kan spørre den som har tid når hen trenger det. En kommenterer at hen ikke bare har én veileder på kontoret, men fem, og at det går på rundgang å ha ansvar for veiledningen.

3.5 Sted

ALIS-stillingene er knyttet til sted ved at det er spesifikke kommuner som deltar i prosjektet. De fleste ALIS bor i de kommunene de jobber i, mens et par dagpendler mellom hjemkommunen og arbeidsstedet. Stedet som stillingen er knyttet til spiller en

rolle for de som søker, og er derfor et viktig aspekt ved prosjektet og stillingene. Den enkelte ALIS-legen har sin egen motivasjon og forventninger knyttet til å søke jobb i 'sin' kommune. Vi vil i det følgende si litt om hvorfor de søkte til kommunen som sted, og om møtet med stedet så langt.

Sted er ikke et entydig begrep. Det har en geografisk dimensjon ved at det «per definisjon en avgrensning av rommet» (Thuen, 2003: 11). Grensene kan være entydige og faste, som for eksempel en kommunegrense, eller mer løse og knyttet til aktiviteter. Mennesker definerer gjerne steder avhengig av hvilken tilknytning de har til stedet (ibid). Forskjellig tilknytning og forskjellige liv og aktiviteter på et sted, gjør gjerne at innbyggerne på stedet blir opptatt av forskjellige dimensjoner ved det.

ALIS sine forhold til stedet

For noen ALIS var det først og fremst jobben som trakk dem til kommunen, men de fleste forteller at de har søkt stillingen fordi den var knyttet til et sted eller en kommune de ønsket å bo eller jobbe i. Noen hadde et ønske om å komme tilbake til hjemlige trakter eller anså pendleravstanden mellom hjem og det nye arbeidsstedet som overkommelig. Nærhet og familievennlig pendleravstand, i tillegg til den fleksibilitet det innebar, var da argumenter som ble brukt.
Flere ønsket å fortsette å bo på et sted de allerede kjente fra turnus eller tidligere jobb, mens andre valgte kommunen fordi den oppfylte ønskene til en type sted de kunne tenke seg å bo på, for eksempel et mindre samfunn omgitt av natur og med muligheter til å drive med ønskede fritidsinteresser. «Jeg er glad i å gå på ski og glad i natur, så da er dette stedet veldig bra. Kort vei til fjell og skiløyper», uttaler en.

De som ikke kjente stedet fra før, flyttet dit med et ønske om å prøve og se hvordan det gikk. Noen uttrykte at fem år var et litt langt perspektiv å forholde seg til, men at det ikke var umulig dersom de kom til å trives med jobben og stedet. Også de som flyttet 'hjem' eller kjente stedet fra før uttrykte et visst behov for å «se det an» med å bo på stedet, eller pendling. Det de ville se an, var hvordan de ville trives på stedet. Trivselen var både knyttet til jobb og fritid, og det sosiale livet, både på jobb, skole og i fritiden ble nevnt som viktig av flere.

Hverdagsliv har en stedlig organisering ved at «vi lever våre daglige liv på konkrete steder, som er skapt i interaksjon mellom det fysiske og sosiale» (Åquist, 2003: 127, vår oversettelse). Stedet danner rammer for hverdagslivet ved at det er her den daglige organiseringen av oppgaver og virksomheter foregår (Gullestad, 1989: 22). Steder kan tjene som møteplasser og rammer for samhandling (Thuen, 2003) Opplevelse av tilhørighet til et sted som et felles referansepunkt for innbyggerne, har sannsynligvis å

gjøre med «at det nettopp fungerer som felles handlingsrom, at det er en del lokale aktiviteter som involverer folk i samhandling med hverandre» (Thuen, 2003: 26). De lokale aktivitetene forandrer seg gjerne med tiden og med hvem som deltar som aktører. Dermed blir det ikke bare de som er nye på stedet som må bli kjent med stedet, også tilbakeflytterne må orientere seg på nytt i det sosiale landskapet.

En av de intervjuede forteller at mye har forandret seg siden hen bodde der sist. For eksempel så finnes det ikke noe nettsted som har samlet oversikt over aktiviteter, og de må derfor selv skaffe seg oversikt over muligheter og finne ut av hvem de skal snakke med for å få informasjon om forskjellige aktiviteter. Dette er også litt tilvenning etter å ha bodd i en by, med en annen infrastruktur og allerede etablerte vaner. Som tilflytter utenfra er det knyttet enda større innsats til dette, siden tilflytterne ikke har kontakter fra før som kan bidra. Noen forteller likevel om kollegaer som bidrar med forslag og invitasjoner, og det oppleves inkluderende. De som er tilflyttere og har sine viktigste kontakter blant kollegaer i turnus eller midlertidige stillinger, må forholde seg til at deres sosiale kontakter kan forsvinne igjen. En kommenterer at de får se hvordan det oppleves når venner blant turnuslegene forsvinner. Samtidig kommenterer hen det som positivt at hen er kommet med i miljøet og driver med ballspill og andre aktiviteter, og har fått venner utenom helsevesenet. At det finnes åpne fellesarenaer som tilflyttere kan oppsøke på fritiden, for eksempel en idrettsklubb, vil altså øke muligheten for å knytte sosiale kontakter, og dermed oppleve trivsel og tilhørighet til stedet.

Ellers er Infrastruktur viktig for ALIS, for eksempel at det er forholdsvis enkelt å komme seg til andre relevante steder, enten for å besøke familie og venner, få besøk, eller bare dra en weekend bort.

> «Men dette er nærmere hjemme, og det er rimelig greit å komme seg til andre steder», kommenterte en som sammenligner med et annet utkantsted hen hadde bodd tidligere.

Natur og friluftsliv

«Kommunen kunne godt markedsført seg bedre med å bruke naturen og alt som er rundt her. Men innbyggerne ser ikke dette helt selv enda, hvor bra det er her.»
Under vårt besøk i Odda ble det diskutert, i den felles lunsjpausen med alle ansatte på legekontoret, hvordan innbyggerne i kommunen var i ferd med å endre syn på kommunen sin. Fra å se på Odda som et stygt industristed, var de begynt å innse at andre oppfattet stedet som vakkert. Både turister og tilflyttende utenfra var opptatt av at stedet hadde vakker natur og mange muligheter for å ferdes i naturen. Også stedets innbyggere hadde begynt å gå mer i fjellet og kommenterte at når alle besøkende hadde vært på visse fjelltopper eller breer, måtte de jo selv også komme seg dit. Dette kan ses

som et eksempel på hvordan innbyggernes definisjon av sted kan endres eller rekonstrueres (Brun Norbye, 2009), for eksempel fra et stygt industristed til et vakkert sted med mange muligheter for friluftsliv, samtidig som de selv har utvidet sitt repertoar av fritidsaktiviteter. Her bidrar narrativene (fortellingene) til turister, turnusleger og ALIS om stedet kanskje til å endre konstruksjonen av sted også for de fastboende.

Fossåsskaret (2003) har studert Ålvik i Hardanger, og det han så som deres konstruksjon av selvforståelse rundt tusenårsskiftet. «Industristedene eksponerer seg på mange måtar som brot med regionalt naboskap» (Fossåsskaret, 2003: 78). Fokuset på Hardanger som symbol på norsk natur og bondesamfunn gjorde at industristedene i regionen, som Ålvik, Tyssedal og Odda ble sett som anomalier. Slik ble Ålvik «en liten bit unorge» der «stedet ligg som ein provokasjon midt i det norskaste norske. Som noko råte midt i Noreg sin frukthage», siterer Fossåsskaret forfatteren Frode Gryttens (1999: 9) formuleringer (Fossåsskaret, 2003: 79).

I tillegg endres muligens oppfatningen av hva stedet er for folk utenfor stedet, for eksempel venner i større byer? En ALIS som forteller at de ofte får besøk, sier:

> «Venner på besøk synes at vi har det veldig bra. Naturen, fått venner, fritiden, ordningene. Det virker som de jobber mer, tjener mindre og betaler mer for å bo i byene. De får en liten aha opplevelse for hvordan det kan være utenfor byene.»

Det samme forteller en ALIS som har innvandrerbakgrunn og oppdaget stedet gjennom turnus. Venner og familie som omtrent ikke kjenner til andre steder enn Oslo, blir veldig positivt overrasket over stedet når de kommer på besøk. Flere av legene vi snakket med på besøksrunden fortalte at de hadde valgt turnussted eller første jobb på bakgrunn av anbefalinger fra kollegaer og kjente som hadde jobbet der før. Slik kan vi kanskje tenke oss at ALIS-Vest prosjektet kan bidra til at flere får positive assosiasjoner til det å bo på mindre steder i landet. Turnusleger, ALIS og andre som kommer til stedet for å bo en periode, kan tjene som en type 'ambassadører' dersom de opplever stedet som attraktivt.

Fremtid

Noen verdier og forutsetninger

Utfra det som har vært trukket frem av ALIS under spørsmålene om hvordan de har opplevd jobben så langt og hva som er viktig for at de skal trives i jobben, er det noen forhold som går igjen. For eksempel et godt arbeidsmiljø, der de føler seg velkommen og ikke føler seg til bry. At kollegaene jobber sammen og ikke bare er opptatt av sine egne pasienter og egen praksis, men ser arbeidsmiljøet som et fellesskap. Fleksibilitet i forhold til løsninger på oppgaver og vakter (som går begge veier). Anerkjennelse for at man har

behov for utstyr, også individuelt tilpasset (som for eksempel riktig størrelse på klær). Fortsatt (eller bedring ifht.) overkommelig arbeidsmengde, og dermed mulighet til å lære underveis og å ha fritid i tillegg til jobben.

Alle i familien til ALIS må trives på stedet, både når det gjelder jobb, skole og fritid. Mulighet til å komme inn i det sosiale miljøet og knytte kontakter er viktig for ALIS. En søken etter eller oppnådd kontakt med sosiale arenaer og etablering av sosiale relasjoner går igjen i ALIS-legenes kommentarer til hvordan de trives på stedet. En forutsetning for å knytte kontakter på fritiden vil være at ALIS faktisk har fritid (altså ikke må jobbe det meste av tiden) slik at hen kan delta på sosiale arenaer og knytte kontakter med andre i området.

Bilder fra gruppe-veiledning.

Bergen, febr. 2018.

Foto: Hans Høvik

4 FUNN FRA INTERVJUER OG MØTER MED KOMMUNENE

4.1 Avtalene med ALIS

Vi har spurt kommunene om hva slags avtaler de har med ALIS ettersom avtalene i stor grad beskriver det tilbudet kommunen gir allmennlegene i spesialisering og legens plikter.

Arbeidsavtaler utarbeidet v.hj.a. "standard avtaler" og utlysningsteksten

Avtalene kommunene har laget med ALIS er stort sett utarbeidet lokalt, med utgangspunkt i avtaler kommunen tidligere har med andre leger og såkalte «standardavtaler». De aller fleste oppgir at de har lagt til spesifikke ALIS-rettigheter og plikter. Noen oppgir også at det har skrevet inn at kommunen forplikter seg til å legge til rette for utdanningen. Videre oppgis utlysningsteksten for stillingen som bindene for kommunens plikter og ALIS' rettigheter.

Bergen kommunes utlysningstekst fungerte som et eksempel for de andre kommunene:

> «Selve utdanningsløpet er over minimum 5 år. Legen blir tilsatt i en utdanningsstilling med fast lønn. Prosjektleder i ALIS-VEST vil sammen med ALIS og kommunen utarbeide en utdanningsplan for hele 5-års-perioden. Det har vært samtaler med spesialisthelsetjenesten om å få etablert faste stillinger i sykehus for å sikre at ALIS får gjennomført sykehusåret. Arbeidsplass skal være på et legesenter med flere leger, og det skal sikres veiledning og tilrettelegging for spesialistutdanning.
> Utdanningstiden er på minimum fem år, men ved permisjoner i forbindelse med sykdom, svangerskap og fødsel vil tiden bli forlenget. I løpet av de fem årene skal det gjennomføres ett års tjeneste i spesialisthelsetjenesten.
>
> Tjenesten kan variere gjennom de 5 årene, men minst 2 årsverk må være i allmennpraksis. Det er også viktig at ALIS får erfaring med sykehjem, kommunal øyeblikkelig-hjelp-døgnenhet, helsestasjon, skolehelsetjeneste og legevakt»

Utdanningstiden i stillingen er anslått til 5 år

Utdanningstiden for ALIS i prosjektet er anslått til 5 år, men kan forlenges ved permisjoner. Flere tror at det er større sannsynlighet for at legen blir værende i kommunen ved å få legen inn i et utdanningsløp. Bare unntaksvis er bindingstid skrevet inn i arbeidsavtalene.

Noen kommuner har skrevet inn i arbeidsavtalen med ALIS at stillingsform etter 5 år er valgfritt (i hovedsak vil det bety en avtale med kommunen der fastlegen organiserer arbeidet som næringsdrift eller fortsette som ansatt med fastlønn). Andre er muntlig

eksplisitt åpne for at ALIS og kommunen forhandler frem endringer i stillingen underveis i utdanningsløpet.

Et typisk utsagn fra lokal helseleder: «Hvis ALIS vil bli værende etter 5 år, ville det vært fantastisk».

Stort spenn i lønnsnivå

ALIS' lønnsnivå har noen kommuner snakket med nabokommuner om, men ikke alle har det. Lønnsnivået til andre leger i kommunen oppgis også å spille inn. I prosjektet ligger lønnen mellom 615 000 og ca. 900 000. Dette er eksklusiv inntekt fra deltagelse i legevakt. Alle ALIS deltar i legevaktsordningen, da det er en del av pliktene til fastleger. En kommune har lagt inn en lønnsstige i avtalen med ALIS.

Den kommunen med lavest lønn regnet med å få tilstrekkelig søkere uten å tilby høy lønn, og ville la andre få bruke virkemiddelet lønn for å rekruttere. Det er også eksempler på at kommuner har vært behjelpelig med å skaffe ALIS bolig.

Variasjon i type stilling

De fleste ALIS har begynt med egne lister i et etablert privat legekontor. Noen har begynt på et kommunalt legekontor med en blanding av andre privatpraktiserende leger og kommunalt ansatte leger og/eller medarbeidere.

Noen få ALIS har begynt med en såkalt null-liste i en ny hjemmel. Det innebærer at ALIS ikke har noen pasienter på listen ved oppstart, men må rekruttere pasienter til denne. Kommunen betaler lønn uansett, men får følgelig mindre inntekter. ALIS kan også være vikar på etablert fastleges liste i en overgangsperiode inntil han/hun får egen hjemmel og liste.

En typisk ordning i prosjektet er at kommunen har kjøpt opp en hjemmel med en relativt stor pasientliste fra en erfaren lege som vil pensjonere seg. Listen er så blitt delt opp da en regner med at ALIS ikke kan betjene en like lang liste som en erfaren fastlege.

Antallet pasienter på ALIS sine lister mindre enn landsgjennomsnittet

Antallet pasienter på ALIS sine fastlegelister varierer fra null (de som bygger opp en liste) og til det mer vanlige på 700 og opp til 900. Et sted er det en plan fra kommunens side at økning av listen vil bli gjenstand for lokale drøftinger. Gjennomsnittet for landet som helhet er i mars 2018 på 1150. Via det statlige organet HELFO sine offentlige oversikter over fastlegers pasientlister, fant NSDM ut høsten 2016 at gjennomsnittet for kommuner med 2-3000 innbyggere var på 800 - 900 (upublisert).

Antall timer planlagt veiledning varierer

I prosjektet er det lagt opp til at ALIS skal få et minimum på 2 timer planlagt veiledning per måned, med spesialist i allmennmedisin lokalt. Noen kommuner tilpasser antallet veiledningstimer til ALIS' behov. Eksempelvis kan ALIS som ikke har hatt turnustjeneste eller som har startet som vikar på en stor liste, få tilbud om 3 timer per uke.

Det er også eksempler på at kommunen planlegger at antallet veiledningstimer reduseres i takt med ALIS' økte erfaring og forventet reduserte behov. I noen kommuner har de lokale veilederne denne veiledningen som sin avtalefestede offentlige oppgave. I fastlegeordningen kan kommunene pålegge fastleger 7,5 timer arbeid for kommunen, f.eks. helsestasjon, skolehelsetjeneste, sykehjem osv. Det varierer hva ALIS har av slike offentlige oppgaver.

Tilgang til supervisjon fra spesialist ved behov er viktig

En ALIS som ikke har gjennomført en 1,5 år lang turnustjeneste, vil normalt trenge mer oppfølging enn en ALIS som har gjennomført turnustjenesten (turnustjenesten har nylig skiftet navn til LIS1-tjeneste). Lokal supervisjon fortløpende ser helseledere som viktig for disse legene, fordi legen plutselig kan få en pasient på kontoret med tilstand som ALIS trenger hjelp for å diagnostisere og behandle.

I legevaktsordningen skal ALIS håndtere pasienter med behov for øyeblikkelig helsehjelp, en avgrensing som er annerledes enn i fastlegeordningen der terskelen inn for pasienter på fastlegens liste skal være lavere. Det innebærer at arbeidsoppgavene på legevakt gjerne handler om å avklare nyoppståtte problemer og at de som ikke lar seg diagnostisere og behandles relativt raskt, enten henvises til annen helsehjelp eller til oppfølging av fastlege på dagtid. I legevaktsordningen er derfor veiledningsbehovet annerledes enn på fastlegekontoret. En helseleder refererer en ALIS uten gjennomført turnuslegetjeneste, som er fornøyd med supervisjon per telefon når ALIS jobber med pasienter i legevaktordningen.

Felles veiledningsgruppe

To års deltagelse i veiledningsgruppe sammen med andre i spesialisering, er en del av kravet for å bli spesialist i allmennmedisin. Veiledningsgruppen i ALIS-Vest ledes av to erfarne spesialister i allmennmedisin som har gjennomført Legeforeningens veilederopplæring, og den følger et etablert opplegg. I ALIS-Vest er den ene veilederen også en del av prosjektledelsen. Disse gruppene danner et nettverk for ALIS der både medisinske tema tas opp og det er rom for mer personlige spørsmål. Et typisk utsagn fra en helseleder: «Felles veiledningsgruppe er kjempeviktig».

Mulige utfordringer med fastlønn

Å tilby fastlønnet stilling i stedet for en hjemmel knyttet til privat næringsdrift, er et av de sentrale elementene ved utdanningsstillingene i prosjektet. Kanskje fordi det har vært så sentralt og klart formidlet, har dette ikke blitt problematisert av mange informanter. Under et ekstra langt intervju sier en helseleder imidlertid dette:

> «Når jeg grubler på dette med fastlønn, så er det fordi legene kun har korte lister og ikke trenger ta unna pasienter. Det er bakdelen. Fordelen er at de er med i utvikling lokalt: lettere å dra de inn i det.»

Videre antyder helselederen at det kan være ansvarliggjørende på unge mennesker å se direkte konsekvenser av sin egen aktivitet som økte eller reduserte utbetalinger. «De som vil ha mye fritid kan ha god nytte av å være privat. Det er disiplinerende på et vis.»

Den vanligste avlønningsformen av fastleger er via privatnæringsdrift der legene får inntekt fra tre kilder: Et basistilskudd (eller per capita-tilskudd) fra kommunen som beregnes utfra antallet pasienter på listen. I tillegg får legen refusjoner for tariffbestemte og aktivitetsavhengige takster gitt av HELFO (en ytre etat under Helsedirektoratet) og i tillegg går egenandelene fra pasientene til legen.

I de fastlønnede ALIS-stillingene er lønnsnivået til den enkelte ALIS avklart gjennom lokale forhandlinger med kommunen. Kommunen beholder basistilskuddet og inntjeningen ALIS genererer via takstsystemet samt egenandelene fra pasientene. Inntjeningen for kommunen er derfor avhengig av legens aktivitet og i hvilken grad legen bruker takstsystemet slik at aktiviteten genererer refusjon fra HELFO.

Selv om økonomiske incentiver nok spiller en rolle, vil også andre sterke incentiver være i sving i legers jobbhverdag. I en stor amerikansk legeundersøkelse ble det å yte god pasientbehandling rangert høyest mht. legers trivsel (Friedberg et al., 2013).

Kollegial fraværsordning

Kollegial fraværsordning var ikke et tema mange tok opp, men den ble nevnt. Ordningen gjør at en leges fravær spiller en direkte rolle for de andre legene i kommunen, som plikter å dekke opp uten å involvere kommunal administrasjon. En helseleder uttrykker bekymring for den kollegiale fraværsordningen lokalt. Hun er redd for at yngre generasjoners arbeidstakere har et mindre kollektivt perspektiv på jobben og at de vil trenge å være mye borte fra jobben pga. spesialiseringsaktiviteter. «Holdningen til kollegial fraværsdekning har endret seg og samtidig er det økt behov på grunn av økt fravær. Det er varierende hvordan de unge håndterer dette», argumenterer hun.

Kollegial fraværsordning er en ordning i rammeavtalen 4310 mellom KS og Legeforeningen som sier at fastleger dekker opp for hverandre ved fravær inntil 8 uker i året. Praktisk innretning lokalt er et forhold for samarbeidsutvalget. Ideelt sett kan denne kollegiale ordningen føre til at legene tar et felles ansvar for en rimelig fordeling av fravær mellom legene og at ordningen bidrar til en kollektiv innstilling til fastlegearbeidet generelt. I en utdanningsstilling er tilknytningen til kommunen større enn i en hjemmel med næringsdrift.

Vi finner at helselederne i prosjektet jevnt over har tatt et økt ansvar for tilrettelegging for spesialistutdanningen til ALIS. Leger på samme legekontor kan altså ha litt ulike forventninger til bistand fra kommunen.

Vil utdanningsstillinger påvirke hvordan den kollegiale fraværsordningen praktiseres på ulike legekontor? Hvilken betydning vil det i så fall få? Dette er noe som bør følges opp i videre forskning.

4.2 Fordeler/ulemper med å være med i ALIS-Vest

Deltagelse i prosjektet krever at kommunene selv oppretter og bærer ansvaret for sine utdanningsstillinger. Deltakelse kan innebære økte utgifter og merarbeid for helseledere, men som en helseleder påpeker er dette et viktig område for kommunen:

> "Legetjenesten er sentral i alle kommunale tjenester. Alle påvirkes når legene ikke er stabile".

Økonomisk risiko

Prosjektets utdanningsstillinger representerer en ny og ukjent kostnad for kommunene. Finansiering av fastlegevirksomhet er også omtalt over i kapittelet om avtaler med ALIS. Inntektene vil avhenge av hvor mye den enkelte ALIS tjener inn via takster og egenandeler, og utgiftene avhenger både av lønn til ALIS, eventuelle vikarer, utdanningsvirksomheten og utgifter knyttet til å få tilgang på ressursene i et legesenter. I en av kommune koster deltagelsen allerede mer penger enn det de har budsjettert med. Spesielt er høy kontorleieutgifter kostnadsdrivende for ALIS-stillingene, ettersom kommunen må inn å bidra til å dekke sin del på linje med de andre på fastlegekontoret der kommunen eier en hjemmel.

Bedret antallet kompetente søkere

Alle kommunene fikk flere kompetente søkere på ALIS-stillingene enn de har fått på utlysninger av hjemler i den senere tid. Prosjektet har altså hjulpet kommunen til å få søkere og de vurderer stillinger som sikrer spesialiseringsløpet som attraktive for yngre leger. To sitat illustrerer:

"Vi hadde ikke fått tak i ALIS uten prosjektet".
«Har aldri hatt så mange søkere og også gode søkere. Det ble et lite sjokk.»

Den positive stemningen var tydelig på samlingen for prosjektkommuner 31. mai 2017. Da var søkerlistene klare. To kommuner ba på møtet om å få en ekstra ALIS-stilling til i sin kommune. Under kick-off-arrangementet 1. september 2017 var alle stillingene besatt og en positiv forventning preget arrangementet.

Ettersom et av målene med prosjektet er å rekruttere og stabilisere, er stor søkermasse helt sentralt. En helseleder sa: "Det gjør at vi har stor tro på prosjektet. Det har vært en helt annen stemning etter 1. september"

Hjelper til med å få legene gjennom spesialiseringsløp

Et av prosjektmålene handler om å få til en godt strukturert spesialistutdanning for ALIS. Helselederne tror at deltagelse i prosjektet vil øke muligheten til å få leger til å bli værende over tid og at det også bidrar med hjelp til utdanning av legene. De oppfatter at ALIS får et verdifullt fellesskap i prosjektets veiledningsgruppe og at det er positivt at veilederne også får litt oppfølging.

Sykehusåret, en flaskehals

Flere helselederne i kommunene er opptatt av at det såkalte «sykehusåret» i allmennlegers spesialisering. De mener at det må være enklere å få gjennomført, gjerne med øremerkede stillinger og mer oppdelt i flere bolker og med valgfrie tema. Grunnen til det er at slike ettårige stillinger på sykehus ikke alltid er lett å få, dessuten vil sykehusåret for leger i distriktene ofte medføre flytting til en by med sykehus. Det gir risiko for at kommunen mister den ansatte til sykehuset i løpet av det året.

ALIS-vest-prosjektet har som intensjon å være behjelpelig med dette sykehusåret.

Nettverk med andre kommuner og andre aktører med nyttig kompetanse

Gjennom deltagelse i prosjektet får kommunene tilgang på et nettverk av andre helseledere og leger, og også med forskere og fylkesleger. Det ser helseledere positivt på. For eksempel har kontakt med andre kommuner gitt innspill til hvordan kommunen har løst sitt oppdrag. Men det sies også at potensialet i dette er ikke godt nok utnyttet ennå. Det vil være nyttig å møte hverandre for å lære av hverandres erfaringer videre, mener flere. En sier: «Det er fint med møteplasser. Det er det mye lettere å ta kontakt når man har møttes en gang.»

Noen sier at prosjektets kick off-seminar var bra å være med på: «Det kjentes greit og trygt. Prosjektet ble applaudert fra alle kanter den dagen.»

Prosjektet gir både nettverk og kompetanse, trekker noen frem. Spesielt rådføringer med prosjektlederen som også er gruppeveileder, har vært nyttige.

Bygger forståelse for legers spesialistutdanning i kommunen

ALIS-Vest har vært svært viktig for at kommunen tar ansvar for legens utdanning, mener en kommuneoverlege, og sier at kommunens ledere har fått forståelse for at dette er viktig.

> «Prosjektet har åpnet øynene for at kommunale leger også spesialiserer seg. Legetjenesten har tidligere «vært på siden» av hva politikere og administrasjon har vært opptatt av. De får se hva fastleger selv har investert i spesialist-utdanningen sin.»

En trekker frem at VGs publikasjoner om fastlegeordningen har vært viktig for å få til endring: «Lokalt fikk vi faktisk en lege til en annen hjemmel også - dvs. to stilinger er besatt. Det har vært rørt i opprørt vatn - og det har gitt resultater.»
En annen sier at ALIS-Vest-prosjektet har gitt drahjelp til helseledere i kommunen med hensyn til økt forståelse for legers spesialistutdanning.

Oppmerksomhet fra andre gir motivasjon i jobben

ALIS-Vest har lagt vekt på å arrangere møteplasser for de involverte, men også å spre kunnskap om prosjektet til andre via media, andre aktørers møter og konferanser. Oppmerksomheten prosjektet har fått gir inspirasjon, men skaper også fallhøyde.
En intervjuet helseleder sier: «Det er ikke så ofte man får slik oppmerksomhet. Det er hyggelig med blest om det man jobber med. Men hvis prosjektet blir overstyrende, så er det negativt. Det er det også hvis det stopper opp.»

En annen stemme: «Fordelen med å være med i prosjektet handler først om at det er gjevt å være med på en stor nasjonal endring i fastlegeordningen. Kommunen ønsker å være i forkant, være innovativ og i front. Det er en egen drive i kommune på det. Man ser en gevinst mht. renommé.»

En tredje helseleder: «Det er kjekt at folk er interessert i oss. I kommunen er det så mye forskjellig. Jeg har mange tjenester å ta meg av - det å ha noen å snakke med er gull verdt. Ellers er det nesten ingen andre som bryr seg».

En fjerde stemme: «Noe må skje nasjonalt. Jeg tror at dette er viktig arbeid. Fastlegene generelt må få mer levelige arbeidsforhold.»

4.3 En kompleks, bottom up-innovasjon

Implementering av utdanningsstillinger i kommuner er implementering av en tjenesteinnovasjon – altså en ny måte å tilby fastlegetjenester på. Flere distriktskommuner har i mange år allerede tilbudt fastlønnede stillinger der deler eller alle utgifter i spesialiseringsløpet dekkes, men ikke som del av en interkommunal, nettverksbyggende struktur. En tidligere kartlegging av ulike driftsmodeller i kommuner med 20 000 og færre innbyggere fikk frem at fastlegeordningen er fleksibel med hensyn til muligheten for å etablere ulike driftsmodeller (ulike innslag av økonomiske bidrag fra kommunen). Den dokumenterte stor variasjon (NSDM, 2016).

En helseleder i vårt materiale sier: «Det er komplekst arbeid å drifte legetjenester»

Kommunen som «bottom up- innovatør»

I boka Innovative kommuner (Ringholm T, Teigen H, Aarsæther N (red), 2013) trekker redaktørene frem at kommunesektoren har hatt tradisjon for å involvere mange aktører – fra stat, nabokommune, sivilsamfunn og næringsliv. De kaller det kollektivt entreprenørskap og peker videre på at innovative kommuner kobler sfærer og styringsnivå og at innovasjonene har en særegen diffusjonsprosess, beskrevet som spredning via aktører i nettverk.

> «Grunnen til at norske kommuner aldri blei til «den lokale stat», er lett å få auge på: Det dreier seg om den fridomen norske kommunepolitikarar har opplevd når det gjeld å nytte det lokale sjølvstyret også til å skape utvikling i lokalsamfunnet». (s.24)

De relativt korte avstandene mellom identifisert behov, ansvarlige politikere, lokal administrasjon, fagfolk og publikum er annerledes enn settinger på statlig nivå. Innovasjoner i kommunene kan derfor ofte få merkelappen «bottom up», til forskjell fra «top down», når den utvikles og implementeres gjennom statlig styrte prosesser.

Komplekst innovasjonsprosjekt

Et *komplekst* innovasjonsprosjekt skiller seg fra et *komplisert* prosjekt ved at enten selve innovasjonen eller settingen den skal implementeres i er komplekse, i betydningen uoversiktlige. Det gir derfor ikke mening å se innovasjonen som del av en lineær årsaks-/virkningskjede. Virkningene av innovasjonen vil være for uforutsigbare. Det som særlig skaper komplekse innovasjoner og settinger er at de i stor grad vil kunne preges av flere menneskers frie valg. Påvirkning av hvordan vi velger, skjer særlig gjennom de sosiale nettverkene vi er en del av.

En *komplisert* innovasjon vil man i større grad kunne forutsi hvordan vil virke enn den komplekse, gitt at settingen også har lav grad av kompleksitet. En teknologisk innovasjon implementert i en maskin vil være mer komplisert enn kompleks, ettersom maskiner ikke har menneskers frie vilje.

ALIS-Vest-prosjektet består av en kompleks innovasjon som implementeres i en kompleks setting – altså et komplekst innovasjonsprosjekt. Det betyr at det kan være hensiktsmessig å se på utdanningsstillinger som en påvirkelig tjenesteform som vil se litt ulik ut i de ulike kommunene, avhengig av hvilke valg kommunene gjør. Utdanningsstillingen vil også utvikle seg utfra de valg den som fyller stillingen gjør. Opprettelsen og forløpet av utdanningsstillinger i kommunene vil altså påvirkes av de formelt involvertes preferanser, og deres preferanser vil påvirkes av mennesker i deres nettverk, samt større faglige og sosiale diskurser, politiske vedtak osv.

Stortingets vedtak 13. februar 2018 kan for eksempel komme til å påvirke man anta påvirket inkluderte kommuner og ALIS. Da vedtok nemlig et flertall følgende:

> «Stortinget ber regjeringen sørge for en gradvis opptrapping av antall utdanningsstillinger i allmennmedisin, der en ser på ulike modeller for å ivareta faglig støtte og sosiale rettigheter, og informere Stortinget om dette i statsbudsjettet for 2019.
>
> Stortinget ber regjeringen gjøre prosjektordningen med allmennlege i spesialisering (ALIS) til en nasjonal ordning der allmennleger i spesialisering sikres tilbud om fastlønn.»

Det er vanskelig å forutsi effekter, måle dem og så generalisere i prosjekter med komplekse tjeneste innovasjoner. Å beskrive det som skjer, se trender, sosiale fenomen og mekanismer samt sammenholde det med kjent teori er derfor gjerne nyttig.

Kriterier for suksess

Trisha Greenhalgh et al skriver (2018) at det ikke er individuelle faktorer som gjør om en innovasjon vil fungere godt eller ei, det er samspillet mellom de som er involvert. Etter å ha stått for flere litteraturgjennomganger på feltet, skriver hun at «Jo mer kompleks en innovasjon er eller settingen som den introduseres i, jo mindre sannsynlige er det at den vellykket blir fulgt opp, forsøkt introdusert andre steder, breddet og vil være varig.» (vår oversettelse).

McMullen og kolleger (2015) har fulgt Greenhalghs tidligere forskning og konkluderer med at organisasjoner som klarte å implementere komplekse innovasjoner, var preget av

sterkt lederskap, gode administrative relasjoner, de var modne for endringer og hadde en kultur for utvikling av personell samt brukte tid til staben.

Suksess for ALIS-Vest- prosjektet vil innebære at kommunene rekrutterer leger og klarer å behold dem i hele prosjektperioden, samt at ALIS får et godt spesialiseringsløp i allmennmedisin. Graden av suksess vil altså ikke sees i et tidlig stadium, men bli mer og mer tydelig utover i prosjektet.

Allikevel kan man hevde at et første og tidlig tegn på suksess er gode søkertall til stillingene. Det neste er at innovasjonen «utdanningsstillinger» kan sies å være fleksibel. Den har så langt latt seg tilpasse til de ulike kommunenes lokale forhold.
Et tredje tegn er at prosjektledelsen får henvendelser fra andre kommuner som enten ønsker å være med i prosjektet eller ønsker å lære av ALIS-Vest modellen. Spredning av ordningen er ikke et suksesskriterium i prosjektet, men vil kunne ha betydning for ALIS og kommunenes vurderinger av utdanningsstillingene.

Vanlige spredningsmekanismer

I følge boken Innovative kommuner er imitering av hva andre gjør en relevant spredningsmekanisme. «Imitasjon avhenger av og skaper tillit mellom dem som imiterer hverandre» (s.92). Vi imiterer lettere de som er tett på, de som står over fremfor under i et makthierarki og imitering påvirkes av motetrender.

Allerede er en imitasjon under utvikling i de tre nordligste fylkene i prosjektet ALIS-Nord. Kommuner som Bardu og Hammerfest har gitt tilbakemeldinger om at ALIS-Vest-prosjektet har hjulpet dem til å etablere egne utdanningsstillinger allerede. Vil vi se imitering i nabokommunene til ALIS-Vest?

Det er også andre mekanismer og forhold som vil avgjøre om en innovasjon spres. Trisha Greenhalgh har skrevet at det er sosiale nettverk som er det viktigste for spredning og nettverkenes vurderinger av selve innovasjonen, forhold ved de som skal implementere teller også, på samme måte som forhold ved de som skal motta innovasjonen. (Greenhalgh et al, 2004)

Det er altså ikke et eksplisitt mål i prosjektet at innovasjonen spres, men det vil allikevel være naturlig å følge med på dette som et randfenomen.

5 OPPSUMMERING OG VEIEN VIDERE

Funnene i rapporten representerer situasjonen i oppstartsfasen av prosjektet. For å få kunnskap om prosessen videre, planlegges følgeforskning i hele prosjektperioden (5 år).

Arbeid og fritid

Vi har så langt sett at ALIS er opptatt av tryggheten fast inntekt innebærer, samtidig som de ønsker fleksibilitet i egen arbeidshverdag og rammer for arbeidstid som sikrer at de kan ha fritid. Det har de fått i stor grad gjennom utdanningsstillingene. Stillingene virker så langt å være attraktive, noe som også er viktig for kommunene.

Da intervjuene ble gjort, varierte ALIS sine opplevelser av arbeidsmengde fra kommune til kommune. Noen begynte med å skulle bygge opp sin pasientliste, andre mente at de hadde fått en vel stor pasientliste og arbeidsbyrde når de i tillegg skulle dekke opp for kollegaers fravær og ha tid til å sette seg inn alt det nye. Listelengde varierer fra stilling til stilling, men ligger i snitt på ca. 700.

Samtidig gikk det frem at de aksepterte at den fleksibiliteten de satte pris på også gikk begge veier – mellom kolleger og mellom dem selv og kommunen. En felles holdning hos ALIS var aksept for at veien ble til mens man gikk i denne nye ordningen. Vårt inntrykk er også at kommunene anstrenger seg for å få til gode løsninger for ALIS.

Når ALIS uttalte seg om hva som var viktig for å bli værende i stillingen, oppgav de trivsel – særlig som et godt arbeidsmiljø, en følelse av fellesskap på jobb og strukturert spesialiseringsløp. Dessuten var fortsatt fleksibilitet slik at det er mulig å ha et familieliv i tillegg til jobben. Overkommelig arbeidsmengde opplevdes som viktig både for mulighet til å lære og for et godt liv ved siden av jobb.

Trivsel knyttet til kommunen som bosted, ble også trukket frem. Dette er kanskje mest prekært for tilflyttere som mangler tilknytning til stedet i form av familie og sosialt nettverk, og derfor trenger tilgang til sosiale arenaer for å kunne knytte sosiale kontakter utenfor jobb. Her vil fritid være viktig. Også blant helselederne virket det som det var forståelse for at fritiden var viktig, og flere kommenterte ALIS sin deltakelse i fritidsaktiviteter og sosiale arenaer utenfor jobb.

Uforutsigbar fremtid

ALIS har startet i en stilling noe som innebærer usikkerhet med tanke på trivsel i arbeid og bosted, for seg selv og kanskje også for familie. Selv om deltakerne er fornøyd med tilretteleggingen av sitt spesialiseringsløp, oppleves det for noen usikkert hvordan

kommunen kommer til å legge opp løpet for dem knyttet til å bygge sin pasientliste og å få den praksis som kreves. Det såkalte «sykehusåret» er også noe som er uavklart og gjenstår å løse for ALIS og kommunene, med hjelp fra prosjektet.

Spesielt for de yngste legene som er tidlig i sitt livsløp, vil mye kunne skje som gjør at de ikke vil fullføre de fem årene i prosjektet og slutter før spesialiseringsløpet er over.

Vi har beskrevet hvordan kommunene bidrar med en kompleks, men fleksibel tjenesteinnovasjon når kommunene finner sine egne tilpassede løsninger for å kunne oppfylle de kravene som stilles fra ALIS-Vest prosjektet, fra legene og de enkelte kommunenes organisatoriske og næringsmessige rammebetingelser. En slik innovasjon krever både vilje til å ta risiko og endringsvilje fra kommuneledelsen og helseadministrasjonen. Tidligere erfaringer med konsekvensene av legemangel blir trukket frem som en motiverende faktor av helselederne. Deltagelse i et større prosjekt ser også ut til å ha fungert som en slags katalysator for en utvikling helseledere allerede har ønsket seg.

Fast lønn og fravær

Et sentralt usikkerhetsmoment for kommunene handler om økonomi. Det er usikkerhet mht. kostnader for fastlønnede stillinger for nybegynnere i forhold til næringsdrift. Mange kommuner har imidlertid erfart at løpende utgifter til vikarer er forholdvis mye høyere enn til ALIS, og økonomi er ikke problematisert i særlig grad i intervjuene eller ved besøk i kommunene. Dette kan endre seg over tid og vil være interessant å følge med på.

Blant deltakerkommunene finnes i tillegg en bekymring for hvilken virkning fast lønn og ønsket om mye fritid vil ha på arbeidsinnsatsen ALIS vil legge ned i stillingen, og dermed på produksjonen av legetjenester. Samtidig ser man en fordel med at det er enklere å få legen med på annen aktivitet en pasientrettede konsultasjoner, i og med at hen ikke taper inntekt eller må fakturere kommunen.

Et annet forhold er at kommunene også i fortsettelsen må klare å finne løsninger på personalkabalen som skal legges for eksempel i forhold til permisjoner og fravær, pasientlister, kontorplass og arbeidsmiljø, supervisjon og veiledning. Dette er forhold som fastleger i stor grad har ordnet opp seg imellom til nå.

En slik ordning er også formalisert i det sentrale avtaleverket, nemlig ordningen med «kollegial fraværsdekning». Hvilken innvirkning vil økt innslag av kommunal ansettelse blant fastleger vil ha på den? Vil sykefraværet øke når legen ikke taper inntekt? Vil det bli vanskeligere å få legene til å dekke for hverandre?

Vi kan ikke utfra det vi vet i dag si noe om disse bekymringene vedrørende økt fravær eller mulig lavere antall pasienter behandlet per dag. Fra intervjuene med ALIS ser vi at deres verdier ikke er forenelig med å «bare» prioritere jobb, men samtidig ser vi at de er opptatt av å gjøre en god jobb. De setter et kollegialt felleskap høyt og de ønsker å sette seg godt inn i faget for å kunne yte god behandling og ivareta pasienten

Positive resultater

Kommunenes investeringer har allerede gitt resultater i form av bedret antall kompetente søkere og ansettelser. Noe som kan være et første skritt mot en mer stabil legedekning fremover. En annen positiv side er at selve deltakelsen i prosjektet synes å skape tro på at man kan få til en løsning på et problem som kommunen gjerne har hatt over tid.

ALIS uttaler at det er inspirerende at det er interesse fra mange hold for utdanningsstillingene deres, at de er med på å skape noe nytt og kanskje bidrar til å legge rammer for fastlegeordningen fremover og for dem som kommer etter.

Kommunene på sin side er entydige med hensyn til at de opplever oppmerksomhet som positivt, og at prosjektet har bidratt til nytenkning på et nasjonalt nivå. I tillegg opplever kommunene at de får bygget opp et nettverk i prosjektet hvor de kan søke støtte og råd for hvordan de kan løse problemstillinger de har.

Gjennom at alle ALIS i prosjektet deltar i en felles veiledningsgruppe, skapes det et fellesskap også for legene med andre i samme situasjon, noe som oppleves som verdifullt av både ALIS selv og kommunene.

Hvilke endringer vil vi se videre?

Bakgrunnen for prosjektet var problemer med de økende utfordringene kommunene har med å rekruttere og beholde leger i fastlegeordningen, en ordning som ble etablert i 2001. ALIS-prosjektet innebærer endringer for inkluderte kommuner og for fastleger og disse vil kunne medføre atter andre uforutsette endringer. Nettopp fordi dette er en kompleks og fleksibel innovasjon, som inkluderer mennesker og deres arbeidsliv så vel som privatliv, vil det sannsynligvis være nødvendig å studere de forskjellige løsningene over tid og fra ulike perspektiv.

Noen spørsmål vi tror det vil være nyttig å følge med på:

ALIS: Hvor lenge blir ALIS i stillingene?
Hva legger de vekt på som viktig for å bli værende (jobb, fritid, familie, annet)?
Hvilke avveininger fører eventuelt til at de slutter (jobb, fritid, familie, annet)?

Hva betyr det for ALIS å ha ansvar over tid og samtidig opparbeide kontinuitet i relasjonen til pasientene?

Kommunene: Erfaringer over tid med de løsningene de har valgt.
Endres viljen til endring og nysatsninger?
Hvordan utvikles lønn og foretrukket finansieringsmodell?
Hva vil ordningen koste kommunen sammenliknet med private næringsdrivende?

Legekontorene: Hvordan oppleves kollegial fraværsordning? Andre effekter i kollegiet?

Annet helsepersonell i kommunene: Hvordan erfares endringene i legetjenesten?

ALIS-Vest: hvilken rolle vil prosjektet spille for ALIS og kommunene?
Hvordan vil avviklingen av «sykehusåret» bli for ALIS og for kommunene?
Vil andre kommuner inspireres av ALIS-Vest-modellen?

6 UTVIKLINGEN AV PROSJEKTET ALIS-VEST

I dette kapittelet vil vi gi en kronologisk fremstilling prosjektets utvikling.

I 2008 ble utdanningsstillinger i allmennpraksis utredet av Svein Steinert (da nestleder NSDM) og Olav Thorsen (fastlege Stavanger kommune) på bestilling fra Helsedirektoratet (Steinert & Thorsen 2008). Steinert hadde også ledet også et utvalg i Legeforeningen om samme tema ved årtusenskiftet. Norsk forening for allmennmedisin (NFA) hadde allerede besluttet å jobbe langsiktig for å innføre utdanningsstillinger i allmennpraksis på sitt årsmøtet i Molde samme år (Dagens Medisin, 2008).

> Fra Dagens Medisin april 2008: Unge tør ikke kjøpe liste
> «Thorsen og Steinert kjenner begge til nyutdannede leger som etter turnus kunne tenke seg å begynne i allmennpraksis.
> – Men de tør ikke oppta ytterligere lån for å finansiere kjøp av en etablert liste, eventuelt starte på bar bakke med en null-liste, uten sikker inntekt de første årene. Det vi trenger er fastlønnede stillinger ved etablerte legesentre med gode praksislærere som selv er spesialister i allmennmedisin, og som gjerne også innehar veilederkompetanse. Disse stillingene bør være kommunale, men det er nødvendig med statlige overføringer, sier de til Dagens Medisin.»

Vinteren 2015 (etter omlegging av opptak til turnuslegetjenesten) tok kommuneoverlege i Masfjorden kommune, Rolf Martin Tande, kontakt med NSDM for å drøfte rekrutteringsutfordringene kommunen opplevde med at det ble lettere for turnusleger å finne seg jobb andre steder, og om utdanningsstillinger kunne være en mulighet.

1.-2. september 2015, under årsmøtekurset til Norsk samfunnsmedisinsk forening (NORSAM) på Sola, drøftet Rolf Martin Tande, Ole Johan Bakke (Leger i samfunnsmedisinsk arbeid, LSA), Petter Brelin (Norsk forening for allmennmedisin, NFA) og Helen Brandstorp (Nasjonalt senter for distriktsmedisin, NSDM) saken videre.

7. oktober 2015 møtte Rolf Martin Tande og representanter for NSDM, KS, NFA, og Norsk forening for sykehjemsmedisin med Helsedirektoratets divisjon for kompetanse og personell (Brandstorp H, 2015).

Ett år for å utvikle og forankre et prosjekt

I det påfølgende året møttes en arbeidsgruppe regelmessig, ledet av Tande. Ved hjelp av NSDM ble det jobbet frem en prosjektsøknad. Også fylkeslegen i Sogn og Fjordane og Hordaland var involvert, samt NFA/Allmennlegeforeningen, Hordaland legeforening, ALIS-utvalget i Legeforeningen, forskermiljøet i allmennmedisin i Bergen, Haukeland universitetssykehus og Haraldsplass diakonale sykehus, politikere både lokalt, regionalt og på Stortinget.

Masfjorden kommune mottok innovasjonsmidler fra Fylkesmannen i Hordaland, og nabokommunen Gulen mottok midler fra fylkesmannen i Sogn og Fjordane for å finansiere dette arbeidet. Planen i september 2016 var derfor et prosjekt som inkluderte Gulen kommune, Nordhordlandkommunene og Bergen kommune. Men dette ble endret i løpet av høsten 2016.

14. september 2016 ble prosjektplanene lagt frem for statsråd Bent Høie. Mottagelsen var positiv og Bergen kommune forpliktet seg som eier av prosjektet. Prosjektsøknaden inkluderte i alt 12 ALIS stillinger i Hordaland og Sogn og Fjordane.

21.desember 2016 bevilget Helsedirektoratet midler til prosjektet.

27. januar 2017 møttes den nye prosjektledelsen i Helsehuset i Bergen. Man besluttet oppstart for ALIS til 1. september. Kriterier for inkludering av kommune: Rekrutteringsutfordringer, ressurser til både veiledning og supervisjon lokalt, ikke solopraksis.

22. februar 2017 møtte interesserte helseledere og leger fra kommuner i Hordaland og Sogn og Fjordane til et informasjonsmøte på Helsehuset. NSDM var med som innledere om rekruttering og stabilisering.

Deltagende kommuner febr'17

Hyllestad	Stord
Ullensvang	Bømlo
Høyanger	Fedje
Kvinnherad	Gulen
Tysnes	Årdal
Osterøy	Kvam
Bergen	Fusa
Lindås	Odda
Fjell og Sund	Austrheim

1.mars 2017 sendte Bergen kommune en formell invitasjon til å søke om å bli med i prosjektet til alle rådmenn, kommuneoverleger og ledere for helse- og omsorgstjenestene i de to fylkene, frist 15. mars. Styringsgruppen valgte ut prosjektkommunene basert på ovennevnte kriterier og søknadene. Prosjektkommunene ble så inkludert i en felles annonse i Tidsskrift for den norske legeforening i april. Bergen kommunes utlysningstekst ble sendt til kommunene som laget egne utlysninger med søknadsfrist 23. mai og start 1. september.

31. mai 2017 arrangerte Bergen kommune et møte for de inkluderte kommunene, forskere og fylkeslegene. De fleste kommunene hadde fått mange flere kvalifiserte søkere til fastlegestillingene enn det som var vanlig. Forskere fra NSDM og fra det allmennmedisinske miljøet ved Universitetet i Bergen orienterte om følgeforskningen.

1.september 2017 var det kick-off seminar for ALIS-Vest i Litteraturhuset i Bergen. 13 av 14 ALIS var tilstede (bildet under) sammen med sine lokale veiledere, helseledere, representanter for administrativ og politisk ledelse i Bergen kommune, andre lokale og nasjonale politikere og representanter fra Legeforeningen og Helse- og omsorgsdepartementet. (Her er referat https://www.nsdm.no/ma-ikke-bli-5arig-turnustjeneste/. Program er her https://alisvest.wordpress.com/2017/06/30/oppstart-av-alis-vest/)

Kommune	Antall søkere	Antall tilsatte
Bømlo	12	2
Odda	14	2
Stord	14	1
Hyllestad	15	1
Lærdal	4	2
Årdal	5	1
Bergen	72	2
Masfjorden (Modalen)		1
Gulen		1
Fusa		1

Tabell og bilde av ALIS 1. september 2017

27. september 2017: Rolf Martin Tande la frem prosjektet i et høringsseminar i Stortinget.

25. oktober 2017: ALIS-prosjektet inviterte involverte til å delta på NSDM sitt seminar om rekruttering, stabilisering og spesialisering av leger i kommunene med gjester fra hele landet, også fra Skottland, Island og Sverige. (Referat finnes her https://www.nsdm.no/tiden-for-festtaler-er-forbi/

7. november 2017: Helen Brandstorp la frem prosjektet for Legeforeningens sentrale og fylkesvise ledelse.

1. desember 2017: Prosjektet presentert på Helsedirektoratets Fastlegekonferanse av Rolf Martin Tande.

5. februar 2018: Prosjektet lagt frem av Rolf Martin Tande på Utkantkonferansen i Nordhordland.

13. februar 2018: Stortinget ber regjeringen sørge for en gradvis opptrapping av antall utdanningsstillinger i allmennmedisin, der en ser på ulike modeller for å ivareta faglig støtte og sosiale rettigheter, og informere Stortinget om dette i statsbudsjettet for 2019 og å gjøre prosjektordningen med allmennlege i spesialisering (ALIS) til en nasjonal ordning der allmennleger i spesialisering sikres tilbud om fastlønn.

Gruppeveiledninger for ALIS: Har vært avholdt hjemme hos veileder Hans Høvik i Bergen. Det planlegges veiledningsmøter i prosjektkommunene. Alle ALIS er inkluderte i gruppen.

Samling med lokale veiledere: Vellykket samling av ALIS' lokale veiledere høsten 2017.

Styringsgruppemøter. Omtrent hver måned møtes styringsgruppen bestående av etatsdirektør Brita Øygard og spesialrådgiver for fastlegetjenesten, Karsten Sylta (begge i Bergen kommune), prosjektledere i 20%, Rolf Martin Tande og Hans Høvik, leder av

Hordaland legeforening, Gunnar Ramstad, daglig leder KS-Vest, Astrid Toft. Prosjektleder i 20%, Helen Brandstorp, er observatør i møtene.

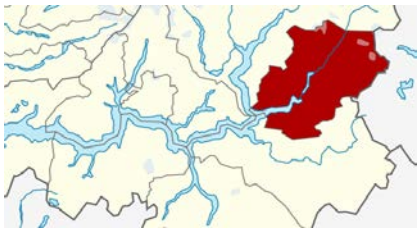
Fra venstre: Brita Øygard, Hans Høvik, Gunnar Ramstad og Karsten Sylta.

7 BAKGRUNNSINFORMASJON OM KOMMUNENE

Her presenteres litt informasjon om hver prosjektkommune, som beliggenhet, næringsveier, demografi. Noen opplysninger om folkehelse inkluderes som en vag indikator på utfordringene fastlegene vil møte og tilslutt finnes en kort beskrivelse av hvordan legetjenesten er organisert og utviklet i relasjon til ALIS-Vest prosjektet.

7.1 Årdal

Årdal ligger innerst i Sognefjorden og består av to industristeder, separert av det 9 km lange Årdalsvatnet: Årdalstangen og Øvre Årdal med 5 363 innbyggere. Kommunen har i mange tiår hatt solid økonomi grunnet sine store industribedrifter.



Bilder: Wikipedia

Folkehelse

Kommunen har en aldrende befolkning, relativt mange psykisk utviklingshemmede og «tunge brukere», ifølge kommunen. Folkehelseinstituttet viser relativt høy andel ungdom

med fedme og/eller som har vært beruset og røykere blant kvinner, men lavere andel psykiske lidelser, muskel/skjelettlidelser og god trivsel på skolen blant 10. klassinger.

Legetjenesten

Det har vært vanlig å rekruttere turnusleger til stillinger i kommunen. Etter en tid med utfordringer med å beholde leger, ble Årdal med i et NSDM-prosjekt i 2016, kalt Recruit and Retain - Making it Work, etter tips fra fylkeslegen.
I løpet av 2016 ble legekontoret i Årdalstangen lagt ned for å samle legetjenestene i ett legekontor i Øvre Årdal. To nye stillinger er blitt opprettet i løpet av 2016-17, slik at det nå er 7 fastlegehjemler og turnuslege i kommunen. Legehjemlene drives både av leger med fastlønn og privat næringsdrivende fastleger. Ventetiden har gått ned fra 5 uker til en uke. Det rapporteres om godt arbeidsmiljø på kontoret

Fra 2015/16 har Årdal kommune også etabler et legevaktsamarbeid med Lærdal og Aurland kommuner. Legevakten ligger på Lærdal sykehuset og er en del av Sogn lokalmedisinske senter, som inkluderer kommunale akutte døgnplasser (KAD).

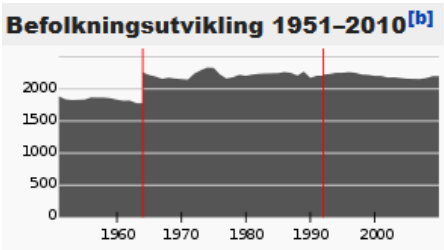
Samarbeid mellom kommune og legetjeneste

Kommunalsjefen som leder for legetjenesten, har faste møter med alle helsetjenestene. Kommunene har ingen kommuneoverlege. Alle legene møter både rådmann og ordfører i kommunens samarbeidsutvalg (SU), som fungerer som et uformelt organ der man tar opp permisjoner eller nye ordninger. Kommunalsjefen er sekretær og vektlegger god kommunikasjon.

7.2 Lærdal

Lærdal er en kommune med 2 159 innbyggere innerst i Sognefjorden, rett sør for Årdal. Den er en jordbrukskommune og har i mange århundrer vært et knutepunkt for ferdsel mellom Vestlandet og Østlandet

I kommunen ligger Lærdal sykehus som er del av helseforetaket Helse Førde.



Bilder: Wikipedia

Folkehelse

Folkehelseinstituttet oppgir at det er flere skader som ble behandlet i sykehus enn i landet som helhet, men mindre frafall i videregående skole og mindre psykiske lidelser og muskel og skjelettsykdommer.

Legetjenester

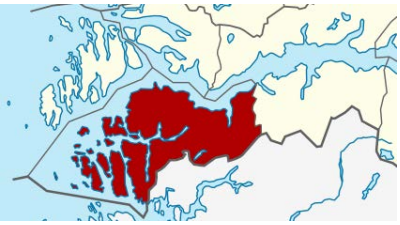
Lærdal helsesenter har 3 legestillinger og turnuslege. Legevakten er på Sogn lokalmedisinske senter på Lærdal sykehus og er et samarbeid mellom 3 kommuner. Legevaktsentralen ligger et annet sted og er et samarbeid mellom 7 kommuner, mens de kommunale døgnsengene på Sogn lokalmedisinske senter er et samarbeid mellom fire kommuner.

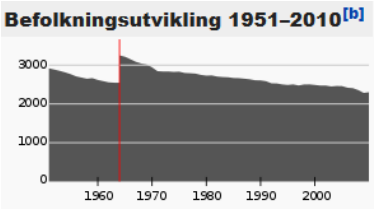
Lærdal har i mange år hatt stabil legedekning. En gjennomgang av tjenesten av eksterne konsulenter avdekket imidlertid at det var mangler på systemnivå. Det samfunnsmedisinske arbeidet var ikke blitt prioritert, pasientrettet arbeid hadde fått rangen. Omtrent på samme tid ble det klart at bygdas privatpraktiserende lege i solopraksis, ønsket å pensjonere seg. Kommunen ønsket derfor å samle to legekontor under samme tak og å ha kommunalt ansatte leger. Informasjon om ALIS-Vest-prosjektet kom via e-post "i rett tid" og de allerede utviklede ideene er blitt fulgt opp.

7.3 Gulen

Gulen er en kommune i Ytre Sogn i Sogn og Fjordane med 2 370 innbyggere og ligger på sørsiden av innløpet til Sognefjorden. Kommunen består av 1 500 øyer, holmer og skjær i tillegg til fastlandet. Administrasjonssenteret er Eivindvik, som også er en av fire skolekretser. De andre tre er Brekke, Dalsøyra og Byrknes (Byrknesøyna).

Gulen har historisk sett vært en landbruks- og fiskerikommune, men har hatt vekst de siste årene med sin sentral beliggenhet i forhold til oljeindustrien på Mongstad.





Bilder: Wikipedia

Folkehelse

Folkehelseinstituttet skriver at befolkningen har mindre psykiske lidelser og muskel og skjelettsykdommer enn landet for øvrig, men bruker litt mer antibiotika. Mestringsnivået i lesing blant 5. klassinger ligger under landet ellers og det er noen flere skader som blir behandlet i sykehus.

Legetjenesten

Kommunen har i mange år hatt tre, stabile privatpraktiserende leger i Eivindvik, som i tillegg har betjent to utekontor: på Brekke (45 minutter unna) og Byrknes (60 min unna). Nå er de tre legestillingene gjort om til kommunale stillinger. Kommunen har inngått i legevaktsamarbeid i Nordhordland der legevakten er plassert i Knarvik, 1 time og 54 minutter med bil (Google maps.)

7.4 Hyllestad

Hyllestad kommune ligger i Ytre sogn, på nordside av fjorden og har 1 438 innbyggere. Industri, landbruk og sjøbruk har vært grunnlaget for størsteparten av sysselsettingen i kommunen.

Bilder: Wikipedia

Folkehelse

Fra folkehelseinstituttet: Hyllestad kommune ligger høyere enn landsgjennomsnittet på andel som behandles for hjerte og karsykdommer i sykehus, men ligger lavt i bruk av antibiotika og psykiske lidelser i primærhelsetjenesten.

Legetjenesten

Legekontoret i Hyllestad ligger i kommunehuset og består av 1 lege som også er kommuneoverlege, en ALIS og turnuslege. Tidligere har kommunen hatt to legestillinger, men den ene stilingen har ikke vært besatt av stabil lege.
Med opprettelse av ALIS-stilling har ventetidene til lege gått ned i kommunen.

Legene har øvelser sammen med ambulanse og brann lokalt og de er svært godt utstyrt i tilfelle akutte hendelser. Kommuneoverlege og veileder for ALIS er anestesilege som også har en del erfaring med sykehjemsmedisin og palliativ medisin.

Hyllestad inngår i legevaktsamarbeid med flere andre kommuner med legevakt plassert i Førde.

7.5 Masfjorden og Modalen

Masfjorden er en kommune med 1700 innbyggere lengst nord i Hordaland. Kommunen ligger rundt Masfjorden. Kommuneadministrasjonen ligger på Masfjordnes, på sørsiden av fjorden. Kommunen er tredelt med egne skoler på Masfjordnes (Sørsida), Hosteland (Nordbygda) og Matre.

Bilder: Wikipedia

Legetjenestene

Kommunen har ett legekontor med 3 leger (der en også er kommuneoverlege), i tillegg jordmor i 20 % stilling og sykepleier i 100%. Frem til opprettelsen av ALIS-stilling, hadde kommunen turnuslege. Etter omleggingen av turnuslegeordningen i 2013-14 fikk kommunen et betydelig merarbeid sammenliknet med før for å rekruttere turnuslege. Erfaringen lokalt er at tilskuddet for å ha turnuslege ikke veier opp for jobben som kreves for å skaffe turnuslege, veilede ekstra underveis og kanskje ende opp med vikar for turnuslegen da denne ikke kommer til kommunen. En ordning med ALIS vurderes som mer forutsigbart for kommunen.
ALIS har en delt ansettelse med 80% i Masfjorden og 20 % i nabokommunen Modalen.

Modalen har en befolkningen på 383 og er Norges nest minst folkerike. Inntekter kommer fra vannkraft og eksport av sand fra egne sandtak.

Kombinert kommuneoverlege og fastlege i Modalen har også forskningskompetanse.

Bilder: Wikipedia

7.6 Bergen

Bergen kommune er Norges nest mest folkerike kommune, med 278 556 innbyggere. Kommunen ligger på Bergenshalvøya. Handel, skipsfart, verkstedindustri og offentlig administrasjon har tradisjonelt vært de viktigste næringene i Bergen. I de siste tiårene har petroleumsrelatert virksomhet også blitt en viktig næring.

Bilde: Wikipedia

Folkehelse

Fra Folkehelseinstituttet: forskjellen i forventet levealder mellom de som har grunnskole som høyeste utdanning og de som har videregående eller høyere, er større enn lander som helhet, men andelen barn som bor i husholdninger med lav inntekt er lavere enn i landet som helhet.

Legetjenestene

Bergen kommune har i alt 71 legekontor og 220 legehjemler, ifølge forbrukerrådet (oktober 2017). Grunnet utfordringer med stabilisering av leger og god kjennskap til utfordringene i omliggende kommuner, ble kommunen med som pådriver for å utvikle ALIS-Vest prosjektet og tok på seg et eieransvar.
To privatdrevne legekontor er gjennom søknad plukket ut til å være inkludert i ALIS-Vest-prosjektet med en ALIS hver: Krambua legesenter og Laksevåg Legesenter.

Kommunen har kjøpt opp en hjemmel på ett kontor, men har bare kjøpt kontorplass på det andrekontoret der ALIS har startet opp en ny liste og må rekruttere pasienter til denne. Begge steder betaler kommunen for husleie osv. svarende til én lege.

7.7 Fusa

Fusa kommune ligger sør for Bergen og Os kommuner og har ca. 4 000 innbyggere. Kommunen har kraftinntekter og industri knyttet til offshore-virksomhet og shipping.

Bilder: Wikipedia

Folkehelse

Fra Folkehelseinstituttet: I forhold til landet for øvrig har kommunen flere skader som må behandles på sykehus og flere 10. klassinger som mistrives på skolen og 5.klassinger som har lavt mestringsnivå i lesing.

Legetjenester

Eikelandsosen helsesenter har fem fastlegehjemler og de har egen legevakt. Kontoret er kommunalt drevet, men legene utenom ALIS er privat næringsdrivende.
I noen år har det vært relativt stor grad av gjennomtrekk i legestillingene og kommunen har hatt store utgifter til vikarer. Nå er stillingene besatt.

ALIS-stilingen ble opprettet som en kombinasjon av 40 % sykehjemslege, 20% fastlege for 350 pasienter og legevakt svarende til 40 % stilling.

7.8 Bømlo

Bømlo er en øykommune sør i Hordaland med nær 12 000 innbyggere. Den omfatter etter 1963 de tidligere kommunene Moster, Bremnes og Bømlo. Det er en vekstkommune med spredt befolkning. Kjøretid fra nord til sør er ca. 45 minutter. Fiskeri er en viktig næring sammen med verkstedindustri, og en del pendler til nabokommunen Stord.

Bilder: Wikipedia

Folkehelse

I følge kommuneansatte er det relativt mange pasienter med rusproblemer og psykiatriske lidelser i kommunen, samt relativt mange eldre og mennesker med innvandrerbakgrunn.

Legetjenesten

Det er fire legekontor i Bømlo kommune. Begge ALIS er ansatt i hvert sitt legekontor på det største tettstedet i kommunen, Svortland: Bremnes legesenter (5 leger og turnuslege) som er samlokalisert med sykehjem og andre tjenester og det private legekontoret Kystlegane (5 leger), som ligger i bare kort gangavstand fra det første.

Etter å ha erfart at kommunen ikke klarte rekruttere kvalifiserte søkere til hjemmel i privat legekontor, ble hjemmelen kjøpt opp av kommunen og konvertert til ALIS-stilling. Kommunen har også kjøpt opp aksjekapitalen og er juridisk deleier. Noen av pasientene til denne store hjemmelen ble flytte til det kommunale kontoret der ALIS-stiling nummer to er.

I kommunen er ellers Moster legekontor (2 leger) og Bømlo legekontor på Langevåg (1 lege).

Kommunestyret vedtok plan for legetjenesten i kommunen oktober 2017 der blant annet harmonisering av rutiner og kvalitetsarbeid er et mål. Gjennom arbeidet med å opprette ALIS stillinger, har helselederteamet begynt å vurdere om det er mulig å samarbeide mer mellom legekontor internt i kommunen, eksempelvis med kvalitetsarbeid.

Bømlo kommune er med i et samarbeid om legevakt og legevakten ligger i nabokommunen Stord.

7.9 Stord

Stord er en bykommune i Hordaland med nær 19 000 innbyggere. Antallet er i jevn vekst og verkstedindustri preger kommunen. Kommunesenteret Leirvik, på folkemunne «Vikjo», har ca. 14 000 innbyggere. Sagvåg er nest største tettsted med ca. 3 500 innbyggere. Lokalsykehuset i kommunen er organisert i Helse Fonna HF, med administrasjon i Haugesund i Rogaland.

Bilder: Wikipedia

Folkehelse

I følge Stord kommunes ledelse er det relativt mye sykelighet knyttet til rus og psykiatri i Stord. Kommunen har også asylmottak. Det er mange mannlige gjestearbeidere i kommunen som bruker legevakta.

Legetjenestene

Det er fem legekontor i Stord kommune: Heiane legesenter, Landsbylegane, Leirvik legekontor, Stord Legesenter og Øyo Legekontor. Det har ikke vært uvanlig at legers fra Stord kommer tilbake etter endt utdannelse.
Kommunen hadde i mange år hatt en stabil legedekning og kommuneoverlege (i 70 %). I de siste 1- 1,5 år har man imidlertid ikke lyktes i å rekruttere til en etablert hjemmel. I tiden før ALIS-Vest- prosjektet forsøkte man å gjøre om en privat hjemmel til fastlønnet stiling, men lyktes ikke å få enighet om det politisk. I mellomtiden har et nytt kommunestyre vedtatt å etablere en utdanningsstilling.

Grunnet befolkningsveksten og økt legebehov, har kommunen ikke ledige legekontor. ALIS er derfor gått inn i et ledig årsvikariat på Heiane legesenter der hjelpepersonellet er kommunalt ansatt, mens legene driver privat næringsdrift. Listelengdene i kommunen har et snitt på ca. 900.

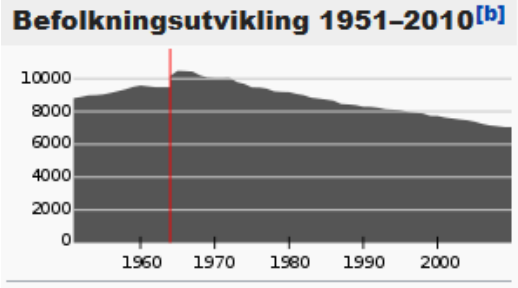
Legevakten ligger vegg-i-vegg med sykehuset i Stord, i nye lokaler, tatt ibruk i 2017. Legevakten dekker ca. 30 000 innbyggere i kommunene Bømlo, Fitjar og Stord. Nybygget huser også en interkommunal døgnenhet med 4 døgnsenger og 4 intermediærsenger. Denne betjenes av seks fastleger i rotasjon på dagtid og av legevaktlegen på natt.

Kommunen har gode samarbeidserfaringer med fra både lokalt samarbeidsutvalg og allmennlegeutvalget. Inkludering av fastleger i utviklingsarbeid har imidlertid vært krevende økonomisk fra kommunens side.

7.10 Odda

Odda kommune i Hordaland har til sammen 7 000 innbyggere og har vært kjent for sin energikrevende industri både i og like utenfor bysentrumet der 5 089 innbyggere bor. Odda ligger innerst i Sørfjorden i Hardanger og andre tettsteder i kommunen er Tyssedal, Røldal og Skare. I de senere år har turisme blitt en større næring. Det store smelteverket midt i sentrum er lagt ned og en del bygninger er endret til kulturbygg.

Kommunens lokal sykehus er inkludert i Helse Fonna HF, med hovedsete i Haugesund (Rogaland).



Bilder: Wikipedia

Folkehelse

Fra Folkehelseinstituttet: Forskjellen i forventet levealder mellom de som har grunnskole som høyeste utdanning og de som har videregående eller høyere utdanning, er større enn i landet som helhet. Flere enn landsgjennomsnittet av kvinner røyker, og flere skader behandles på sykehus. Lavere mestringsnivå i lesing blant 5. klassinger, men høyere trivsel på skolen blant 10. klassinger.

Legetjenestene

Kommunen har totalt 3 legekontor: Bygdarbøen legesenter og Odda legesenter i Odda sentrum samt Røldal legekontor i fjellbygda Røldal. Legesentrene har tilsammen 7 fastlegestillinger samt en turnuslegestilling på Bygdarbøen Legesenter. Kommunen har slitt med å beholde leger i flere år, men har god erfaring med å rekruttere blant turnusleger/LIS1 som har vært på sykehuset eller i kommunen. Fra 2015 har Odda vært med i prosjektet Recruit & Retain-Making it Work (i regi av NSDM) sammen med Årdal kommune. Det handler også om legerekruttering og -stabilisering.
På grunn av de mange kvalifiserte søkere til kommunens to ALIS stilinger, valgte kommunen å opprette to liknende ALIS-stillinger utenom ALIS-Vest-prosjektet. Disse to er imidlertid ikke inkludert i gruppeveiledningen i ALIS-VEST.

De to legekontorene i Odda sentrum slås sammen i 2018 og vil være på ett sted. Slik blir det enklere for ALIS å få daglig supervisjon fra den ene av to spesialister i allmennmedisin.

8 REFERANSELISTE

Abelsen, B., Gaski, M., & Brandstorp, H. (2016). Fastlegeordningen i kommuner med under 20.000 innbyggere. Rapport, Tromsø: Nasjonalt senter for distriktsmedisin.

Alexandersen, Ø., Jørgensen,E., Østerås, J., & Hasvold,T. (2004). Medisinerutdanningen i Tromsø – sikrer den legerekrutteringen til Nord-Norge? *Tidsskr Nor Legeforen*; 124: 2107-9

Aquist, A.-C. (2003). Everyday life and urban planning: an approach in Swedish human geography. In J. O. a. K. Simonsen (Ed.), *Voices from the north. New trends in Nordic human geography* (pp. 121-137). Aldershot: Ashgate.

Baklien, B. (1995). Evaluators do it under difficult circumstances. Notat til internseminar ved NIBR-Alta

Baklien, B. (2000). Evalueringsforskning for og om forvaltningen. I Mønnesland, J, Foss,O. (red): *Evaluering av offentlig virksomhet*. Oslo: NIBR.

Beck, U., Nielsen, T. H., & Eriksen, A. (2004). *Globalisering og individualisering : B. 2 : Arbeid og frihet* (Vol. B. 2). Oslo: Abstrakt forl.

Brandstorp, H. (2015). Utdanningsstillinger i vinden. Nyhetssak på nettside: http://arkiv.nsdm.no/nyheter_cms/2015/oktober/utdanningsstillinger-i-vinden/610

Dagens Medisin. (2008) Allmennlegene vil ha egne utdanningsstillinger i allmennmedisin. De mener det er veien å gå for å bedre rekrutteringen til faget. Kopi av teksten finnes her: http://arkiv.nsdm.no/nyheter_cms/2008/april/allmennlegene-vil-ha-egne-utdanningsstillinger-i-allmennmedisin.-de-mener-det-er-veien-aa-gaa-for-aa-bedre-rekrutteringen-til-faget./33

Dahlberg, K., Nyström, M., & Dahlberg, H. (2007). *Reflective lifeworld research* (Second edition ed.): Studentlitteratur, Lund.

Foss, O (2000) Evaluering- samfunnsforskning i politikkens tjeneste. I Mønnesland, J., Foss, O. (red.): *Evaluering av offentlig virksomhet*. Oslo: NIBR

Fossåskaret, E. (1997). Ustrukterte intervjuer med få informanter gir i seg selv ikke noen kvalitativ undersøkelse. In E. Fossåskaret, Fuglestad, Otto Laurits, Aase, Tor Halfdan (Ed.), *Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolkning av kvalitative data* (pp. s. 11-45). Oslo: Universitetsforl., cop. 1997.

Fossåskaret, E. (2003). Industristedets alliansar og konfliktar i konstruksjon av sjølforståing. In T. Thuen (Ed.), *Sted og tilhørighet* (Vol. nr. 27, pp. 77-102). Bergen,Kristiansand: Program for kulturstudier, Norges forskningsråd Høyskoleforl.

Friedberg, M.W., Chen, P.G., Van Busum, K.R., Aunon, F., Pham, C., Caloyeras, J.P., Mattke, S., (…) Tutty, M. (2013). *Factors Affecting Physician Professional Satisfaction and Their Implications for Patient Care, Health Systems, and Health Policy*. Rand Corporation.

Gaski, M., Halvorsen, P.A., Aaraas, I.J., & Aasland, O.G. (2017). Utdanner Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet leger til å arbeide i distrikter? *Tidsskr Nor Legeforen*; 137: 1026-31

Greenhalgh, T., Robert,G., Bate, P. (2004). How to Spread Good Ideas. A systematic review of the literature on diffusion, dissemination and sustainability of innovations in health service delivery and organisation. Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation. R & D (NCCSDO)

Greenhalgh, T., Fahy, N., & Shaw, S. (2018). The bright elusive butterfly of value in health technology development: Comment on "providing value to new health technology: The early contribution of entrepreneurs, investors, and regulatory agencies" *International Journal of Health Policy and Management*; 7, 81-85.

Grytten, F. (1999). Frank Sinatra song ingen songar om Ålvik. In S. Fossåskaret (Ed.), *Ferrofolket ved fjorden. Globale tema i lokal soge - Bjølvefossen-Ålvik-Hardanger*: Nord4 Bokverksted.

Gullestad, M. (1989). *Kultur og hverdagsliv: på sporet av det moderne Norge*: Universitetsforlaget.

Guneriussen, W. (1992). *Meningsforstående samfunnsvitenskap : idehistorisk bakgrunn og moderne posisjoner* (Vol. 61). Tromsø: Universitetet i Tromsø, Institutt for samfunnsvitenskap.

Helsedirektoratet. (2018). *Fastlegers tidsbruk.* Rrapport fra Nasjonalt kompetansesneter for legevaktmedisin.

Holte, J.H. (2015 a). *Remuneration and organization in general practice: Three essays on doctors' preferences.* (Doctoral thesis), UiT The Arctic University of Tromsø, Tromsoe.

Holte, J.H., Kjaer, T., Abelsen, B., & Olsen, J.A. (2015 b). The impact of pecuniary and non-pecuniary incentives for attracting young doctors to rural general practice. *Social science & medicine, 128*, 1-9. doi:https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.12.022

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg., 2. oppl. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.

KS. (2015). Legetjenester i kommunene 2015: tabellrapport. Finnes her: http://arkiv.nsdm.no/filarkiv/File/rapporter/KS_20Legetjenester_20i_20kommunene_2031_03_2015.pdf

Lindøe, P.H., Mikkelsen, A., & Olsen, O.E. (2002). Fallgruver i følgeforskning. Tidsskrift for samfunnsforskning 02,

McMullen, H., Griffiths, C., Leber, W. & Greenhalgh, T., 2015. Explaining high and low performers in complex intervention trials: a new model based on diffusion of innovations theory. McMullen et al. Trials 16:242.

Manen, M.v. (1990). *Researching lived experience*. New York: State University of New York Press, New York, NY.

Marshall, T.H. (2006 (1948)). *Citizenship and social class*. London: Polity Press.

Norbye, A.-K.B. (2009). En smak av støl, en smak av frihet og natur – Om minner, sanser og følelser i (re)-konstruksjon av sted. *Norsk antropologisk tidsskrift*(01-02), 57-68.

Ono, T., Schoenstein, M., & Buchan, J. (2014). Geographic imbalances in doctor supply and policy responses. Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD). Retrieved from https://search.proquest.com/docview/1516143336?accountid=17260

Petersen, A., & Lupton, D. (1996). *The new public health: Health and self in the age of risk*: Sage Publications, Inc.
Playford, D.E., Nicholson, A., Riley, G.J., & Puddey, I.B. (2014) Longitudinal rural clerkships: increased likelihood of more remote rural medical practice following graduation. *BMC Medical Education*; 15:55
Ringholm, T., Teigen, H., Aarsæther, N. (2013). *Innovative kommuner*, Oslo: Cappelen Damm Akademiske
Sennett, R. (2001). *Det fleksible mennesket : personlige konsekvenser av å arbeide i den nye kapitalismen*. Bergen: Fagbokforl.
Steinert, S., Thorsen, O. (2008) *Utdanningsstillinger i allmennmedisin*. Rapport, Oslo: Helsedirektoratet,
Thuen, T. (2003). Steder, grenser, tilhørigheter. Noen innledende betraktninger. In T. Thuen (Ed.), *Sted og tilhørighet* (Vol. nr. 27). Bergen,Kristiansand: Program for kulturstudier, Norges forskningsråd Høyskoleforl.
Tollan, A., Magnus, J.H.(1993). Tromsøkandidatene – blir de i Nord-Norge? *Tidsskr Nor Lægeforen*; 113: 27-9.
Wadel, C. (1991). *Feltarbeid i egen kultur : en innføring i kvalitativt orientert samfunnsforskning*. Flekkefjord: SEEK.
Wolcott, H.F. (2005). *The art of fieldwork*: Rowman Altamira.

VEDLEGG 1: FORSKERNES ROLLER OG FORMATIV FØLGEFORSKNING

Forskernes kompetanse og roller i dette prosjektet

I etnografisk og kvalitativ forskning vil forskeren alltid være en del av feltet og vil ha påvirkning på resultatene i en eller annen form. Det er derfor svært viktig at forskerne reflekterer over egne ståsteder og prøver å ta de forholdsregler som er mulig for å legge til rette for en nyansert utforskning og analyse av feltet. Med andre ord er forskerens integritet og den vitenskapelige kvaliteten på forskningen viktig, herunder gjennomsiktighet med hensyn til de «prosedyrer som danner grunnlag for konklusjonene» (Kvale & Brinkmann, 2015: 108).

Nasjonalt senter for distriktsmedisin og Helen Brandstorp som leder har vært inne i ALIS-Vest prosjektet slik det er redegjort for i kapittel 6, Utvikling av prosjektet ALIS-Vest, og er del av prosjektledelsen med ansvar for formidling og forskning. Tone Seppola-Edvardsen har vært ansatt som forsker tilknyttet følgeforskningen på ALIS-Vest-prosjektet, men er også i det daglige en del av det faglige og sosiale miljøet på NSDM.

Når vi opptrer som deltagende observatører og som intervjuere i prosjektet, bygger vi på vår kompetanse og vår måte å se verden på, som medisinsk antropolog og jurist (TSE) og tidligere fastlege, nå leder av NSDM og del av prosjektledelsen (HB). Disse rollene, i tillegg til NSDMs generelle engasjement for legetjenesten i distriktene, kan oppleves å medføre en asymmetrisk maktrelasjon (Kvale & Brinkmann, 2015: 110) og påvirker hva de vi snakker med ønsker å fortelle, og måten vi oppfatter materialet på. Det kan medføre at vi tolker våre data som mer positive enn de gir grunnlag for, eller er så bekymret for å gjøre nettopp det, at vi blir for opptatt av å se etter det som kan være problematisk. Samtidig kan denne kompetansen og disse perspektivene bidra til at vi får frem et bredt spekter av nyttig kunnskap (Guneriussen, 1992), og den kan trygge deltagerne i at vi har en bred basis for å forstå deres synspunkter og valg.

For å prøve å motvirke den den blindhet som kan oppstå når man studerer et felt man kjenner for godt (Wadel, 1991), og prøve å unngå å påvirke de vi har møtt og snakket med ute i kommunene, har vi lagt det opp slik at TSE, som ikke er lege, har gjort intervjuene med legene, mens HB, som ikke selv har erfaring som ansatt i kommunal administrasjon og ledelse, har gjort intervjuene med disse. Begge forskerne har deltatt i besøkene rundt i kommunene, og har vært åpne om bakgrunn og roller, og informert om formålet med forskningen.

Overfor ALIS har vi understreket at deltakelsen er anonym og frivillig. Et par har valgt å ikke delta. I forespørselen om deltakelse (vedlagt) går det frem at notater og

transkriberte intervjuer kun vil leses av andre forskere på NSDM og i anonymisert form. Intervjuene har vært semi-strukturerte og delt opp i tematikker som vi ønsket å høre deres mening om. TSE har understreket at det er ALIS' perspektiv som er viktig, og at de selv velger om de vil svare på alle spørsmål og står fritt til å ta opp helt andre tematikker. I intervjuene med legene har TSE lagt opp til en utforskende og deltakende stil (Kvale & Brinkmann, 2015: 119-120), med en åpen og aksepterende holdning overfor den intervjuede, der formålet har vært å forstå dennes synspunkter.

Vi har lagt vekt på diskusjoner og kritisk lesing av hverandres materiale, og har i analysene vært opptatt av å se etter både sammenhenger og motsetninger i materialet (se mer om dette under kapittelet «Forskningsspørsmål, materiale og metode»). En foreløpig rapport har også vært sendt ut til ALIS, kommunene og ALIS-Vest ved prosjektledelsen, for å få tilbakemeldinger på eventuelle uklarheter eller misforståelser.

Formativ følgeforskning

Hensikten med evalueringer i politisk og forvaltningsmessig sammenhenger, er å bidra med handlingsrelevant kunnskap for å styrke forholdet mellom politiske mål og konkrete handlinger (tiltak) som settes i verk for å realisere dem (Foss, 2000). Evaluering kan i så måte både være et styringsmiddel, og bidra til organisasjonsmessig læring.
Dersom en evaluering av et pågående tiltak innebærer å følge tiltaket over en gitt tidsperiode, brukes gjerne betegnelsen følgeevaluering. Forskerrollen i en følgeevaluering kan på den ene siden plasseres i et ytterpunkt som nøytral observatør hvor han eller hun foretar en summativ evaluering, dvs. en evaluering som oppsummerer og i ettertid forteller hvordan det gikk (Lindøe et al, 2002). Et annet ytterpunkt er å innta forskerrollen som endringsagent, og delta aktivt i de utviklingsprosessene som iverksettes i programmet (dvs. å drive deltagende aksjonsforskning, Baklien, 2000).

Betegnelsen følgeforskning brukes når forskeren inntar en posisjon mellom disse ytterpunktene og det gjennomføres en dialogbasert analyse. Dette kalles formativ evaluering som innebærer at evalueringen bidrar til å forme og korrigere tiltak og prosesser underveis gjennom å formidle de erfaringer som gjøres i kommunene underveis i prosessen. Denne tilnærmingen vil sannsynligvis være mest hensiktsmessig i prosjektet ALIS-Vest, som er organisert med egen prosjektledelse og styringsgruppe. Også ved kontakt med kommunene kan NSDM opptre som kunnskapsformidler om løsninger og erfaringer som opparbeides i andre kommuner.

Valget av en formativ følgeevaluering innebærer at beskrivelser av prosesser vektlegges i større grad enn effekter. Evalueringen vil søke å identifisere og beskrive faktorer og strategier som fremmer positive utfall, og også de føringer og mulige barrierer som ligger i prosessene som skal føre fram til måloppnåelse (Baklien, 1995).

VEDLEGG 2: BEHOVET FOR SUPERVISJON OG VEILEDNING

Dette skrivet er et svar på henvendelse fra styringsgruppen i ALIS-Vest om å gi en skriftlig oppsummering om behov for supervisjon og veiledning basert på forskningsintervjuene, og slik gi innspill til styringsgruppas beslutning januar 2018 om hvorvidt veiledningen i kommunene skal økes.

Metoden

Vi vil understreke at intervjuene ikke har hatt som formål å utforske denne problemstillingen spesifikt, og intervjuspørsmålene derfor heller ikke har vært utformet for å få svar på akkurat dette. Vi har lagt opp til at slike problemstillinger, som dukker opp underveis i prosjektet eller som følger av analysen av tidligere intervjuer, skal kunne utforskes nærmere i neste intervjurunde.
Oppsummeringen baserer seg på semi-strukturerte en-til-en intervjuer med 10 av ALIS som har blitt ansatt gjennom prosjektet. Hvert intervju har vart mellom en halv til en time. Intervjuene har fulgt en intervjuguide som vi har laget med tanke på å dekke både jobb og fritid, motivasjon, forventninger og erfaringer med å delta i prosjektet og jobbe i den aktuelle kommunen. I tråd med intensjonen for semi-strukturerte intervjuer har intervjuguiden vært brukt veiledende og som hjelp til å huske hva vi gjerne ville ha svar på, men under intervjuene har jeg vært åpen for å følge de tematikker og retninger som den intervjuede selv tok initiativ til.

De spørsmålene i intervjuguiden som mest spesifikt spurte etter veiledning, var et underpunkt under spørsmålet om hvordan ALIS har opplevd jobben sin så langt. Her spurte jeg vanligvis også om hvordan de opplevde veiledningen. I tillegg har veiledning vært nevnt under hva som anses viktig for å trives i jobben og ønske å fortsette, eller hvorfor man eventuelt har sagt opp. Det har variert hvor utfyllende og i hvilken sammenheng temaene veiledning og supervisjon kom opp, men alle har uttalt seg om dette i en eller annen form.

Resultater

De fleste virker ikke som de skiller klart mellom supervisjon og veiledning, kanskje fordi begge deler praktiseres fleksibelt og går over i hverandre i mange kommuner, eller fordi terminologien ikke er godt kjent hos alle.
De fleste uttrykker at de er generelt fornøyd med veiledningen og veileder. Mengde eller antall timer veiledning har omtrent ikke vært tematisert og det kan virke som at dersom den ene typen veiledning er god, og praktiseres fleksibelt, kan man tåle noen mangler ved den andre. Kun én nevner et konkret antall timer per uke, men dette ser ut til å være et anslag knyttet til supervisjon som av og til blir færre timer enn avtalt. Hen er likevel fornøyd fordi hen opplever å få hjelp når hen trenger det. Av svarene kan det virke som

at det føles mest prekært om den daglige supervisjonen mangler i form av manglende tilstedeværelse, eller mangel på tid, som for eksempel at man må dele på oppmerksomheten med turnusleger og studenter. Varighet og forventning om bedring i situasjonen ser ut til å ha betydning for om dette anses akseptabelt av dem som rammes.

Det virker som at skillet mellom supervisjon og veiledning ofte praktiseres fleksibelt. Noen av ALIS har veileder i sitt daglige kontorfellesskap og kollegamiljø, og i når de omtaler veiledningen er de opptatt av tilgjengelighet og skiller sjelden supervisjon og veiledning. En kommenterer for eksempel at «Veileder her er veldig tilgjengelig både ad-hoc og på faste veiledningssamtaler. Vi har også ofte en halvtime på morgenen der vi kan diskutere problemstillinger». En annen, som har veileder et annet sted forteller for eksempel at de så langt ikke har hatt noe møte, men at hen har brukt veileder «på telefon når jeg har trengt det i forhold til ting på kontoret der og da». På den andre siden forteller hen også at hen har kollegaer som er hen kan spørre om faglige problemstillinger. Det går igjen hos flere at hele kollegamiljøet bidrar. ALIS kan spørre den som har tid når hun/han trenger det. En forteller for eksempel at hen ikke bare har én veileder på kontoret, men fem, og at det går på rundgang å ha ansvar for veiledningen.

Når ALIS prater om hva som er viktig for å trives i jobben eller hvordan de har opplevd jobben hittil, går trygghet og læring igjen. Jeg oppfatter at dette handler både om det daglige (supervisjon), og om faglig utvikling mer overordnet. Trygghet i form av et godt og tett arbeidsmiljø og erfarne kollegaer å spørre og diskutere faglige problemstillinger med er nevnt av flere som viktig. Det samme gjelder mulighet for læring og tid til å ha fokus på det faglige.

Konklusjon på behovet for supervisjon og veiledning

På bakgrunn av det som er kommet frem i intervjuene, og med de forbehold som nevnt innledningsvis om spørsmålenes fokus, vil jeg understreke at det ikke bare er mengde veiledning (antall timer) som er viktig for å dekke ALIS-enes behov. Det dreier seg like mye om rammene for arbeidet som ALIS i form av godt arbeidsmiljø med erfarne kollegaer og et velfungerende system.

Tilgjengelighet og fleksibilitet på veiledning og supervisjon ser ut til å bli lagt mer vekt på enn mengde. Men det kan også tenkes at der ALIS er fornøyd med tilgjengelighet og fleksibilitet, overstiger i realiteten antall timer det som er minstemålet? På den andre siden kan det være at det, i de tilfellene der ALIS er misfornøyd med antall timer, like mye handler om helheten i arbeidshverdagen, og at det er flere faktorer som er utfordrende?

Å utvide antall timer med veiledning kan muligens bidra til å avhjelpe manglende struktur (for eksempel i form av nok erfarne kollegaer) og kanskje medføre bedre tilgjengelighet og fleksibilitet. Av intervjuene går det frem at daglig supervisjon er minst like viktig som veiledning, og at fast veiledning ikke i lengden kan erstatte supervisjon. Flere av de intervjuede har uttalt at kommunen må huske på at de er leger under opplæring og ikke bare sårt tiltrengt arbeidskraft som kan fungere optimalt fra første dag. Dersom det er slik at ønsket om mer veiledning egentlig er uttrykk for mer omfattende behov, kan det være at kommunen og ALIS bør jobbe sammen for å finne flere typer løsninger.

Tromsø 22. januar 2018

Tone Seppola-Edvardsen

VEDLEGG 3: INVITASJONSBREV TIL ALIS OM DELTAGELSE I FORSKNINGINTERVJUER

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet:

«Følgeforskning ALIS-Vest, rekruttering og stabilisering»

Bakgrunn og formål

Parallelt med gjennomføringen av prosjektet ALIS-Vest legges det opp til følgeforskning på prosjektet. Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) er den ene aktøren og forskere ved Universitetet i Bergen den andre. De fra Bergen skal se på selve veiledningen.

Formålet med NSDM sin evaluering er å utforske hva som virker rekrutterende og hva som virker stabiliserende i prosjektet. Ettersom god rekruttering og stabilisering er omforente verdier for alle involverte i prosjektet, vil vår forskning ha som mål å bidra positivt til dette. Vi vil både dokumentere erfaringer og få frem nyttige strategier og formidle disse videre, slik at denne kunnskapen kan brukes i kommunene og ellers i helsesektoren der det kan være aktuelt å prøve ut lignende prosjekter. Problemer med rekruttering av allmennleger med spesialistutdanning er en utfordring i hele landet, også i bykommuner, så erfaringene fra ALIS-Vest vil være av interesse for svært mange.

Aktuelle tema og problemstillinger vil være:

- Hva gjør allmennlegestillingen attraktiv i utgangspunktet?
- Hva er viktig for at legen skal bli værende i stillingen eller i kommunen?
- Hvordan utformes samarbeidet i helsevesenet ellers og andre instanser i kommunen?
- Hva skjer når legen er ferdig i spesialiseringsstillingen? Hvilke avveininger gjøres av legen og kommunen på dette stadiet?
- Hvordan planlegges og gjennomføres sykehusåret?

Vi vil rapportere til ALIS-Vest og kommunene underveis om det vi finner i løpet av prosessen. Dette kan gi kommunene og prosjektledelsen mulighet til å korrigere eller gjøre justeringer der det er ønskelig og for å oppnå prosjektets mål. Rapportene vil omhandle samlede funn og skal ikke identifisere enkeltkommuner eller enkeltpersoner.

Du blir spurt om å delta i studien fordi du er ansatt i en av kommunene som deltar i rekrutteringsprosjektet ALIS-Vest.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Vi ønsker å intervjue deg en gang hvert halvår frem til senest våren 2022, avhengig av bevilgninger til prosjektet. I tillegg vil vi besøke kommunen du jobber i en gang i løpet av høsten 2017 som del av en bli-kjent-runde der vi besøker kommunene som deltar i prosjektet. Dersom du takker ja til å delta, vil forsker Tone Seppola-Edvardsen gjøre første intervju med deg i november/desember 2017 over *Skype for Business*, dersom din arbeidsgiver har dette verktøyet, eller over telefon. Intervjuet vil bli tatt opp på lydfil.

Vi vil også snakke med representanter for kommuneledelsen og muligens andre leger eller andre yrkesgrupper innen helsesektoren i din kommune om organiseringen av helsetjenesten og om arbeid med rekruttering og stabilisering av helsepersonell.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt og intervjuene med deg vil kun bli hørt av intervjuer og en eventuell ekstern transkribatør. Transkriberte og anonymiserte intervjuer vil kunne bli lest av forskere hos NSDM. Utsagn og opplysninger som brukes i rapporter skal ikke kunne identifiseres og føres tilbake til deg. Lydfiler vil bli lagret inntil transkribering er gjort. Skriftlig materiale vil være anonymisert og navneliste/koblingsnøkkel som knytter materialet til navn vil bli lagret nedlåst på et eget sted. Deltakerne skal anonymiseres i eventuelle publikasjoner.
Prosjektet skal etter planen avsluttes våren 2022. Etter prosjektsslutt vil anonymiserte data bli lagret til eventuelt senere vitenskapelig bruk. Sensitive data skal ikke lagres.

Frivillig deltakelse
Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke eller be om at det ikke gjøres lydopptak, uten at du trenger å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert. At du eventuelt ikke ønsker å delta, eller trekker deg, vil ikke få noen betydning for ditt arbeidsforhold eller din spesialistutdanning.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med forsker Tone Seppola- Edvardsen tlf. 91869779, eller leder for Nasjonalt senter for distriktsmedisin, Helen Brandstorp tlf. 99152115.

Studien er vurdert av Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS, som har funnet at vår plan for databehandling tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Samtykke til deltakelse i studien:

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta
Jeg samtykker til at det gjøres **lydopptak** av intervjuene (sett kryss): **Ja__/___Nei**

(Dato og din signatur)

(Ditt navn med blokkbokstaver)

Sendes til:
NSDM, Institutt for samfunnsmedisin,
v. Tone Seppola-
Edvardsen, UiT
Norges arktiske
universitet
Postboks 6050 Langnes, 9037 Tromsø