NASJONALT SENTER FOR DISTRIKTS MEDISIN

UTDANNINGSSTILLINGER I ALLMENNMEDISIN: ALIS-VEST

Delrapport 4

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

Margrete Gaski, Maria Fredriksen Kvamme, Birgit Abelsen og Eva MK Nordberg

2021

FORORD

Pilotprosjektet ALIS-Vest følgeevalueres av Nasjonalt senter for distriktsmedisin. Dette er den fjerde delrapporten i rekken. Stikkord for rapporten er rekrutterings- og stabiliseringsutfordringer, samarbeid mellom ALIS og øvrig kommunal helse- og sosialtjeneste, organisering, kommunenes kostnader, og en ny generasjon deltakere i ALIS-Vest.

Rapportens bidrag kommer fra fire forskere. Maria Fredriksen Kvamme har intervjuet informanter i Rogaland og Møre og Romsdal, analysert dette datamaterialet, bidratt til avsnitt 4.3 og skrevet kapittel 6. Birgit Abelsen har analysert økonomidata fra kommunene og skrevet kapittel 5. Eva MK Nordberg har intervjuet ALIS-ene, som danner deler av datagrunnlaget for kapitlene 2.3, 3 og 4. Margrete Gaski har intervjuet helseledere i prosjektkommunene i Vestland, analysert dette datamaterialet sammen med ALIS-intervjuene og skrevet de øvrige delene av rapporten.

For å belyse ALIS-Vest fra ulike perspektiv, har vi vært avhengige av å intervjue mange. Vi vil takke alle som har brukt av sin tid til dette; både ALIS-er, veiledere og helseledere.

Setermoen, 31.01.2021
Margrete Gaski
Prosjektleder/Forsker 1

INNHOLD

Sammendrag 1

forkortelser og begreper 5

1 innledning 7

1.1 ALIS-Vest 7

1.2 Deltakerkommuner 8

1.3 Metoder og datagrunnlag i følgeforskningen 9

2 Rekrutterings- og stabiliseringsutfordringer 11

2.1 Stabilitet blant ALIS-ene i ALIS-Vest 11

2.2 Status per november 2020: rekrutteringsutfordringer i kommunene 12

2.3 Hvorfor slutter ALIS? 14

2.4 Oppsummering 15

3 Samarbeid ALIS - øvrig kommunal helsetjeneste 16

3.1 Organisering av andre allmennlegeoppgaver for ALIS 16

3.2 Enklere hvis man har kommunal ansettelse 18

3.3 Enklere med kort liste, erfaring, samlokalisering og små samfunn 19

3.4 Tilgjengelighet, åpenhet og at flere eier problemstillingen 21

3.5 Oppsummering 22

4 Organisering 23

4.1 Nye ALIS-modeller utvikles i kommuner i 1. generasjon ALIS-Vest 23

4.2 Utvikling av og endringer i ALIS-avtaler 27

4.3 Institusjonstjenesten i en overgangsfase 30

4.4 Oppsummering 35

5 ALIS og kommunens kostnader 36

5.1 ALIS i kontekst – fire eksempler 37

5.2 Utgifter, finansiering og kostnader for fire ALIS i 2019 39

5.3 Vurderinger 44

5.4 Oppsummering 46

6 Ny generasjon på ny ordning 47

6.1 Deltar av rekrutterings – og stabiliseringshensyn 48
6.2 ALIS-avtalene: Fleksibilitet for ALIS innenfor lokale rammer 50
6.3 Ny spesialiseringsordning – formalisering av etablerte praksiser 52
6.4 Økte økonomiske og faglige ressurser - behov og forventninger 53
6.5 Betydningen av ALIS-Vest for ny generasjon deltakerkommuner 56
7 ALIS-Vest ved utgangen av 2020 57
Referanser 62
Vedlegg: Invitasjonsbrev og intervjuguider 63
Vedlegg 1 Invitasjonsbrev til informanter i Rogaland og Møre og Romsdal 63
Vedlegg 2 Intervjuguide om allmennleger i spesialisering (Rogaland/Møre og Romsdal) 66
Vedlegg 3 Informasjon til helseledere i Vestland (høsten 2020) 68
Vedlegg 4 Intervjuguide ALIS 69
Vedlegg 5 Intervjuguide ALIS som har sluttet i stilling 71

SAMMENDRAG

Margrete Gaski, Maria Fredriksen Kvamme, Birgit Abelsen og Eva MK Nordberg:
Utdanningsstillinger i allmennmedisin: ALIS-Vest. Delrapport 4
NSDM-rapport 2021

Dette er den fjerde i rekken av følgeforskningsrapporter om ALIS-Vest. Hovedformålene med følgeforskningen er å utforske hvordan grepene som er tatt i ALIS-Vest for å oppnå bedre legerekruttering, stabilisering og gjennomføring av spesialiseringen i allmennmedisin settes ut i livet og virker: Grep 1 er en godt strukturert spesialistutdanning med veiledning for ALIS i et tilrettelagt utdanningsløp på fem år, med mulighet for å ta nødvendige kurs og få daglig supervisjon og planlagt veiledning lokalt. Grep 2 er en kommunal ansettelse i en fastlønnet utdanningsstilling som gjør det mulig å starte som fastlege uten å måtte ta økonomisk risiko og investere i en praksis, og innebærer et netto tilskudd på 150 000 kroner per år per ALIS fra ALIS-Vest. Grep 3 er å etablere et fellesskap og en kollektiv informasjonsutveksling og læringsprosess. Dette har omfattet å lage felles arrangement (årlige ALIS-konferanser) for ALIS, veiledere og helseledere, og samlinger for lokale veiledere.

Det meste av følgeforskningsrapporten er avgrenset til å gjelde det opprinnelige prosjektområdet til ALIS-Vest (Vestland fylke). Rapporten tar for seg rekrutterings- og stabiliseringsutfordringer, samarbeid mellom ALIS og øvrig kommunal helse- og sosialtjeneste, organisering og kommunenes kostnader forbundet med å ha en ALIS. Ett kapittel tar spesielt for seg nye deltakerkommuner i ALIS-Vest fra Rogaland og Møre og Romsdal.

Stabilitet og rekruttering

Per november 2020 var alle de 16 ALIS-stillingene i Vestland besatt. I seks av de 16 stillingene har det vært en viss ustabilitet i form av at ALIS har sluttet og en ny har fått stillingen. En av stillingene har vært besatt av tre ulike ALIS-er. I følge helselederne har rekrutteringsutfordringene i løpet av prosjektperioden økt i de fleste av deltakerkommunene. Det ble pekt på drivkrefter som ligger utenfor ALIS-Vest prosjektet. Både ALIS-er og helseledere er gjennom tidligere evalueringsrunder i ALIS-Vest intervjuet om hva som bidrar til rekruttering og stabilitet blant ALIS. Sluttintervjuer blant ALIS viste imidlertid at uansett hvor gode betingelsene og tilretteleggingen er, så forhindrer ikke dette ALIS fra å slutte i stillingen hvis personlige grunner eller familieforhold står i veien

for å bli værende som ALIS. Aktuell læring for de som ansetter ALIS-er er viktigheten av god kartlegging av forutsetninger hos ALIS til å bli over tid på stedet.

Bedre samarbeid mellom kommunalt ansatt ALIS og øvrig helse- og sosialtjeneste

Et tema i årets rapport er samarbeid mellom ALIS og øvrig kommunal helse- og sosialtjeneste. Vi belyser aspekter ved samarbeidet sett fra to perspektiver; ALIS og helseledere. Temaet samarbeid mellom ALIS og øvrig kommunal helse- og sosialtjeneste er koblet til ALIS-enes arbeid med annet allmennlegearbeid. Noen ALIS-Vest-kommuner har tatt grep med hensyn til organisering av annet allmenlegearbeid; større stillinger for annet allmennlegearbeid, eller 50/50-stillinger for ALIS med henholdsvis arbeid på fastlegelisten og annet allmennlegearbeid.

Intervjuundersøkelsen blant ALIS-ene bekreftet funn fra tidligere intervjuer; at ALIS i den første tiden har vært mest opptatt av å jobbe på sin liste, og har mindre behov for å engasjere seg i for eksempel tverrsektorielt samarbeid generelt. Både helseledere og ALIS-er forklarte hvordan samarbeidet mellom ALIS og øvrig kommunal helse- og sosialtjeneste syntes å være bedre og enklere å få til hvis man er kommunalt ansatt. ALIS-er beskrev videre hvordan dette samarbeidet er lettere å få til med kort pasientliste, når man får litt mer erfaring, og hvis man praktiserer i små oversiktlige samfunn eller er samlokalisert med øvrig helse- og sosialtjeneste. Andre forhold som ALIS-er vektla var å gjøre seg tilgjengelig for informasjon fra andre, ha åpenhet om hva man ikke kan, og jobbe slik at flere eier problemstillingen selv om ansvaret tilhører legen.

Spredning av ALIS-Vest-modell og etablering av nye ALIS-modeller

Deltakelsen i ALIS-Vest har bidratt til å endre legetjenesten i deltakerkommunene. ALIS-modellen som er direkte finansiert gjennom ALIS-Vest er spredt innenfor noen av deltakerkommunene i den forstand at flere ALIS-stillinger er opprettet uten at det foreligger noe økonomisk tilskudd til dette fra helsemyndighetene. Mindre kostnadskrevende ALIS i næringsmodeller er under utvikling og en stor kommune har opprettet et legesenter for at legevaktsleger og ØDH-leger skal kunne fullføre sin spesialisering der uten å måtte kjøpe seg inn i en praksis med egen liste.

Opplever begrenset og varierende grad av fleksibilitet for å endre ALIS-avtaler

Helseledere har opplevd et begrenset spillerom i utforming av ALIS-avtaler. ALIS-er har opplevd varierende grad av fleksibilitet i form av hvor lydhøre og åpne helseledelsen i kommunene er for å endre ALIS-avtaler underveis, når dette tas opp. Mye er fortsatt uklart når det gjelder hva som skal skje med utdanningsstillingene til ALIS-ene etter gjennomført spesialisering.

Uklart om tilrettelegging for institusjonstjeneste i en overgangsfase

ALIS-er ønsket å vente med institusjonstjenesten til de har arbeidet noen år på egen pasientliste. En statusbeskrivelse av gjennomføring av institusjonstjenesten i ALIS-Vest viste at det var utydelige forventninger til hvilken tilrettelegging av institusjonstjeneste som skal foregå i regi av ALIS-Vest prosjektet. Det var variasjon i tilretteleggingen som allerede hadde foregått i de opprinnelige kommunene i ALIS-Vest i denne overgangsperioden mellom gammel og ny spesialiseringsordning. Avtaler med helseforetak for nye kommuner i ALIS-Vest gjenstod.

Kommunenes kostnader med å ha en fastlønnet ALIS går i hovedsak ned over tid

Kommunenes kostnader med å ha en fastlønnet ALIS er synliggjort med et skjønnsmessig utvalg av fire eksempler. I 2019 varierte kommunens kostnader knyttet til de fire ALIS-eksemplene mellom 402 000 og 571 000 kroner. Kommunenes kostnader var i 2019 lavere enn i 2018 for tre av fire ALIS, og kostnadsvariasjonen de fire ALIS-ene imellom var betydelig mindre i 2019 sammenlignet med 2018.

Kommunenes kostnader med å ha en fastlønnet ALIS er svært kontekstavhengige

Eksemplene viser at kommunenes kostnader er svært kontekstavhengige. Vi antar at kommunenes kostnader blir mindre etter hvert som mer av spesialistutdanningen i allmennmedisin fullføres, ALIS-ene får mer erfaring og øker den aktivitetsbaserte inntjeningen, en større listepopulasjon kan ivaretas og kapasiteten til å gjøre annet allmennlegearbeid øker.

Ny generasjon deltakerkommuner med støttebehov knyttet til ny spesialiseringsordning

Kapitlet om en ny generasjon ALIS-er på ny spesialiseringsordning beskriver de åtte nye deltakerkommunene i Rogaland (Sauda, Suldal, Tysvær, Time og Karmøy) og Møre og Romsdal (Giske, Hustadvika og Ålesund). Intervjuene avdekket forventninger i kommunene om at deltagelse i ALIS–Vest skulle bidra til å møte to typer behov; for det første behov for rekruttering og stabilisering i legetjenestene, og for det andre økte støttebehov av nyere dato tilknyttet ny spesialiseringsforskrift for allmennmedisin. Kapitlet konkluderer med at det trenges felles ressurser i regi av ALIS-Vest eller andre, som kan støtte kommuner med å finne fram til og håndtere gode formaliserte løsninger i tråd med den nye spesialiseringsforskriften.

ALIS-Vest ved utgangen av 2020

Ved utgangen av 2020 syntes de tre definerende grepene som ble gjort i utformingen av ALIS-Vest ved oppstarten i 2017 å ha ulik betydning. Før ALIS-Vest kom i gang var det i stor grad opp til den enkelte fastlege selv å organisere spesialistutdanningen i allmennmedisin. Grep 1, som var en godt strukturert spesialistutdanning med veiledning,

og det at kommunen har et ansvar for ALIS-en, var nytt med ALIS-Vest. Etter 1.3.2019 er imidlertid en godt strukturert spesialistutdanning med veiledning blitt en ny nasjonal norm som kom med den nye spesialistforskriften, og gjelder for alle som har startet spesialisering etter dette tidspunktet. Dermed ble Grep 1 i ALIS-Vest, som hadde stor betydning i oppstarten, «hentet inn» av at det kom en forskrift som gjelder for alle.

Grep 2, som var en kommunal ansettelse i en fastlønnet utdanningsstilling, syntes å ha hatt stor påvirkning på legetjenesten i deltakerkommunene. Det å kunne starte som fastlege som ansatt, uten å måtte ta økonomisk risiko og investere i en praksis, har vært viktig i forhold til å styrke rekrutteringen. Det var ulike oppfatninger av betydningen av selve tilskuddet på 150.000 kroner. Grep 3, å etablere et fellesskap og en kollektiv informasjonsutveksling og læringsprosess, har vært mindre synlig det siste året enn tidligere år, og kan i noen grad tilskrives begrensningene som kom med Koronapandemien. Helselederne har pekt på hvordan dette fellesskapet var viktigst i oppstarten.

De regionale ALIS-kontorene kan i fremtiden være en ressurs for kommuner og ALIS-er i forhold til den nye spesialistforskriften, i tilrettelegging av institusjonstjenesten, og bidra i oppbyggingen av en ny generasjon veiledere.

FORKORTELSER OG BEGREPER

ALIS= allmennlege i spesialisering. Vi har valgt å skrive ALIS med store bokstaver, da det er denne skrivemåten som benyttes av de fleste involverte.

0-liste = en liste som i utgangspunktet er uten pasienter, som legen skal bygge opp selv

8.2-avtale = en driftsform som er en blandingsmodell med næringsdrift kombinert med at kommunen holder hjelpepersonell og/eller lokaler og utstyr. Legen refunderer kommunes utlegg i sin helhet, med mindre det er avtalt redusert innbetaling.

0-avtale = en variant av en 8.2-avtale (populært kalt for gull-avtale) hvor kommunen dekker legens driftskostnader mot at legen avstår fra å motta basistilskudd og eventuelt utjamningstilskudd fra kommunen.

Listeinnbygger = en person som er tilknyttet en fastlegeliste

1 INNLEDNING

Dette er den fjerde i rekken av NSDM sine følgeforskningsrapporter om ALIS-Vest. I denne rapporten er fokuset rettet spesielt mot å utforske oppfatninger av samarbeidet mellom ALIS og den øvrige helse- og sosialtjenesten i kommunen (kapittel 3). Hovedtemaet i evalueringen, om rekruttering og stabilisering, belyses i kapittel 2 med en oppdatering av stabiliteten i ALIS-stillingene, og rekrutteringsutfordringer i kommunene. Vi tar også for oss hvordan innholdet i ALIS-arbeidet utvikles over tid ved å studere hvilken fleksibilitet som finnes for å endre ALIS-avtalene (kapittel 4), og ikke minst hvordan kommunenes utgifter utvikles over tid (kapittel 5). Sett i lys av ny spesialistordning utforskes trekk ved en ny generasjon ALIS-stillinger i to nye fylker, sett fra veiledere og helselederes ståsteder (kapittel 6).

1.1 ALIS-Vest

ALIS-Vest startet i 2017, og er planlagt avsluttet i 2022. Formålet med ALIS-Vest er å sette deltakende kommuner i stand til å tilby leger godt strukturerte utdanningsstillinger for spesialisering i allmennmedisin, samt sikre rekruttering og stabilisering av leger til fastlegearbeid og andre allmennmedisinske oppgaver i kommunene. Pilotprosjektet ble utarbeidet i et samarbeid som involverte både myndigheter, forskere, KS og Legeforeningen, og er finansiert av Helsedirektoratet. Nærmere beskrivelser av ALIS-Vest finnes på nettsiden https://www.bergen.kommune.no/hvaskjer/tema/alis-vest. De definerende grepene som ble gjort i utformingen av ALIS-Vest ved starten i 2017 er rettet mot å styrke gjennomføringen spesialiseringen i allmennmedisin, og mot rekruttering og stabilisering av ALIS-er:

Grep 1 - en godt strukturert spesialistutdanning med veiledning for ALIS i et tilrettelagt utdanningsløp på fem år, med mulighet for å ta nødvendige kurs og få daglig supervisjon og planlagt veiledning lokalt. ALIS-ene i ALIS-Vest hadde fra oppstart en felles veiledningsgruppe. ALIS-er som startet senere har i noen grad vært knyttet til andre grupper.

Grep 2 – en kommunal ansettelse i en fastlønnet utdanningsstilling som gjør det mulig å starte som fastlege uten å måtte ta økonomisk risiko og investere i en praksis. Stillingen innebærer at kommunen (med et netto tilskudd på 150 000 kroner per år per ALIS fra ALIS-Vest) betaler for kurs[1] og nødvendig fravær i forbindelse med gjennomføring av spesialistutdanningen.

[1] I den grad utgiftene ikke dekkes av Legeforeningens fond.

Grep 3 - etablere et fellesskap og en kollektiv informasjonsutveksling og læringsprosess. Dette har omfattet å lage felles arrangement (årlige ALIS-konferanser) for ALIS, veiledere og helseledere, og samlinger for lokale veiledere. Fellesskapet er i noen grad administrativt, ved at det bygges kompetanse rundt kommunens og veilederens rolle.

Endringer underveis i rammebetingelser og kontekst for ALIS-Vest

Fra 1. mars 2017 ble det forskriftsfestet at alle fastleger og andre leger i kurativ virksomhet i kommunene skal være spesialister eller under spesialisering i allmennmedisin. Etter at ALIS-Vest var i gang, ble nye regler for spesialistutdanningen for leger i allmennmedisin gjort gjeldende (fra 1.3.2019).[2] Kravene i den nye spesialistforskriften gjelder alle leger som starter i spesialisering i allmennmedisin, og derfor også alle kommuner med ALIS-er. Dette har gjort det definerende Grep 1 – en godt strukturert spesialistutdanning med veiledning, til en del av en ny nasjonal norm.

1.2 Deltakerkommuner

Figur 1 viser ALIS-Vest deltakerkommunene som startet i 2017 og 2018 med etter hvert 16 utdanningsstillinger basert på fastlønn i Vestland fylke.

Deltakerkommuner og antall ALIS:

- Bergen (3)
- Bømlo (2)
- Bjørnafjorden (tidl. Fusa) (1)
- Gulen (1)
- Hyllestad (1)
- Kvam (1)
- Lærdal (2)
- Masfjorden (1)
- Ullensvang (tidl. Odda) (2)
- Stord (1)
- Årdal (1)

Figur 1: Kart som viser de opprinnelige 11 deltakerkommunene i ALIS-Vest

[2] Minst to år av spesialistutdanningen i allmennmedisin skal foregå i åpen, uselektert praksis. Det tidligere sykehusåret er erstattet med læringsmål knyttet til samhandling og selektert pasientpopulasjon. Et grunnleggende prinsipp i ny spesialistutdanning er læring i praksis under supervisjon og med jevnlig oppfølging ved individuell veiledning. I tillegg stilles det krav om gruppeveiledning.

Utvidelsen av ALIS-Vest i 2020 til Rogaland og Møre og Romsdal innebar tre nye deltakerkommuner i Møre og Romsdal (Hustadvika, Ålesund og Giske), og fem nye i Rogaland (Suldal, Tysvær, Time, Karmøy og Sauda).

1.3 Metoder og datagrunnlag i følgeforskningen

Til denne fjerde delrapporten er det gjort nye intervjuer med ALIS-er og helseledere i de opprinnelige deltakerkommunene i ALIS-Vest, samt med helseledere og veiledere i nye prosjektkommuner i Rogaland og Møre og Romsdal. I tillegg er rapporten basert på innrapporterte økonomidata fra deltakerkommunene i Vestland til ALIS-Vest. Mange av NSDMs bidragsytere til rapporten deltok også i foregående års evaluering av ALIS-Vest.

Intervjuer og analyser i Rogaland og Møre og Romsdal

En kontaktperson fra helseledelsen og en lokal veileder fra hver deltakerkommune ble invitert til individuelle, semi-strukturerte telefonintervju i tidsrommet mars - juni 2020 (Vedlegg 1 Invitasjonsbrev). Totalt 11 involverte personer, sju representanter fra helseledelsen og fire aktive eller blivende lokale veiledere deltok. Blant de intervjuede var det fire kommuneoverleger og fire administrative ledere med en annen faglig bakgrunn enn medisin. Noen av kommuneoverlegene var også kollega og supervisør for ALIS i rollen som fastlege. Alle de åtte kommunene var representert i del-undersøkelsen med en eller to representanter hver. Intervjuguiden (Vedlegg 2) var todelt og kartla a) den lokale legetjenestekonteksten og nye krav til kommunen som utdanningsvirksomhet, og b) avtaler og organisering for ALIS ved oppstart og på sikt. Intervjuene hadde mellom 30 og 60 minutters varighet. De ble transkribert verbatimt. Konkret informasjon om avtaler og organisering ble trukket ut for videre arbeid og sentrale tema i materialet fremstilt ved hjelp av grunnleggende prinsipper for tematisk analyse (Braun og Clarke 2006).

Intervjuer med helseledere og ALIS og analyser i Vestland fylke

I denne fjerde delrapporten ble det sendt ut nye henvendelser om intervju til helseledere i de opprinnelige deltakerkommunene i Vestland, med informasjon om prosjektet og mulighetene for å trekke seg, samt tema for intervju (Vedlegg 3). Dette ble gjort fordi vi regnet med at det har vært en del utskiftinger i de aktuelle stillingene som helseleder siden oppstarten av ALIS-Vest i 2017, da de første invitasjonene til intervjuene ble sendt. Positivt svar på henvendelsen ble oppfattet som samtykke til intervju. Benevnelsen helseleder omfatter i denne sammenhengen stillinger som innehar ledelse av fastlegevirksomheten. Dette innebærer stillinger med ulik tittel og innhold, fra kommuneoverlege til kommunalsjef og etatsleder.

Informantene som ble intervjuet har mottatt informasjon om følgeevalueringen i tidligere intervjurunder. Enkelte nye informanter mottok den samme informasjon

muntlig i forkant av intervjuet, med påfølgende samtykke. Spørsmålene i intervjuguiden til ALIS (Vedlegg 4) tok utgangspunkt i fastlegejobben, med hovedfokus på ALIS sine refleksjoner knyttet til egen rolle i tverrfaglige sammenhenger så vel som øvrig samarbeid med kommunen og deres tanker og planer knyttet til sykehusåret. Sluttintervjuene (Vedlegg 5) tok utgangspunkt i rammeverket Recruit & Retain og tok sikte på å identifisere faktorer hos den enkelte ALIS knyttet til rekruttering, stabilisering og destabilisering.

Alle intervjuer ble transkribert verbatimt. Den kvalitative analysen som ligger til grunn for kapitlene 2, 3, 4 og 7 er gjennomført etter prinsippene for tematisk innholdsanalyse (Braun og Clarke 2006). Tematisk analyse er en metode for å identifisere, analysere og rapportere mønstre i et kvalitativt datamateriale.

Økonomidata og analyser

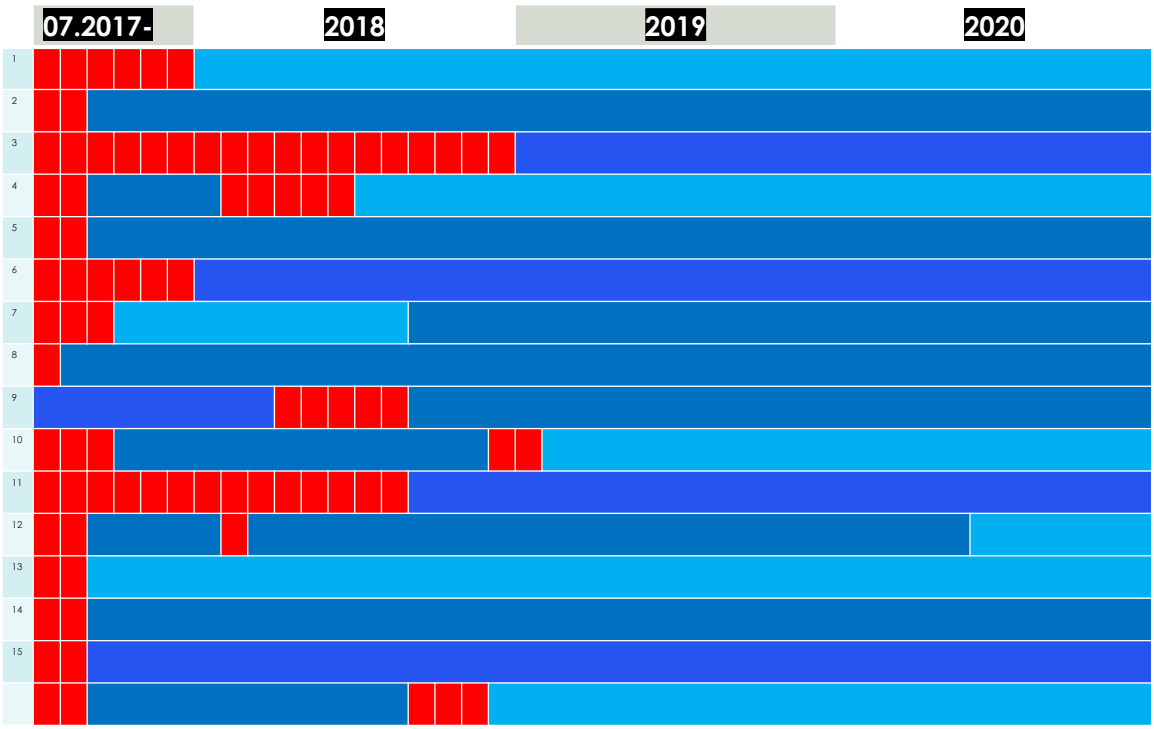
Økonomianalysen i kapittel 5 er basert på data som kommunene har rapportert til prosjekteier i ALIS-Vest i 2018 og 2019. Dette datamaterialet er supplert og utdypet i den grad det har vært nødvendig, med opplysninger innhentet ved personlig kommunikasjon (muntlig eller skriftlig via epost) med helseledere kommunen. Med utgangspunkt i datamaterialet er det gjennomført en kostnadsanalyse for å beregne hva ALIS koster kommunen illustrert med fire ulike eksempler fra fire ulike kommuner. Til denne rapporten er kostnadene beregnet for 2019. Disse kostnadene sammenholdes med data fra kostnadsanalysen som tidligere er gjort med basis i data fra 2018 (Gaski et al 2020). Analysene gir grunnlag for å si noe om kostnadsutviklingen over tid.

2 REKRUTTERINGS- OG STABILISERINGSUTFORDRINGER

Bakgrunnen for at vi i følgeevalueringen av ALIS-Vest vier mye oppmerksomhet til temaet stabilitet og stabilisering, er betydningen av kontinuitet i lege-pasientforholdet. Den norske fastlegeordningen er utformet med tanke på å styrke den relasjonelle kontinuiteten mellom lege og pasient, det vil si at et mål er en vedvarende terapeutisk relasjon mellom pasient og lege som strekker seg over ulike sykdomsperioder, og at dette kan føre til kunnskap og kjennskap til hverandre og opplevelse av tillit, tilhørighet og trygghet for pasienten og personlig ansvar for legen (Hjortdal 2015). Vi har derfor sjekket stabiliteten i stillingene i ALIS-Vest ved utgangen av 2020, og helseledere i deltakerkommunene i ALIS-Vest i Vestland fylke har beskrevet hvordan de oppfatter at rekrutteringsutfordringene i løpet av prosjektperioden har utviklet seg.

2.1 Stabilitet blant ALIS-ene i ALIS-Vest

Per november 2020 var alle de 16 ALIS-stillingene besatt. Den siste som kom med i ALIS-Vest våren 2020 for å erstatte en som sluttet, hadde vært ALIS utenom ALIS-Vest i samme kommune siden høsten 2018. Figur 2 er en tidslinje som viser stabiliteten i de 16 stillingene i Vestland fylke. Hvert av de blå feltene representerer en ALIS. De røde feltene er perioder med ubesatt stilling. Starten på de ulike blå feltene markerer start på tilsettingen som ALIS. Lengden på det blå feltet indikerer hvor lenge ALIS-en har vært i stillingen. I 10 av 16 stillinger har det vært samme ALIS hele veien. I de øvrige utdanningsstillingene har det vært to ALIS i fem av stillingene, og tre ALIS i den siste av stillingene. Den som har vært lengst i sin ALIS-stilling nærmer seg tilsetting i 3,5 år. Halvparten har vært ALIS i mer enn tre år. Figuren er i utgangspunktet basert på data fra HELFO om basistilskudd for fastlegeordningen, og korrigert etter intervjuer med helseledere. Når legen er sykemeldt eller har permisjon for å ha for eksempel institusjonstjeneste eller fødselspermisjon, går ikke dette frem av figuren. Vi vet at det har vært en god del av denne typen fravær i noen stillinger. Dermed indikerer figuren adskillig større legestabilitet enn det som er den faktiske kontinuiteten i fastlege-pasientrelasjonene. Denne figuren må derfor ikke forveksles med det som er målet med stabilitet i stillingene: å få kontinuitet i lege-pasientforholdet.



Figur 2: Tidslinje som viser stabiliteten i de 16 stillingene i 1. generasjon ALIS-Vest (Vestland fylke)

Ferdige med spesialiseringen

Ut fra anslag gjort på basis av intervju med helseledere og enkelte ALIS, kan vi antyde at tre av de 15 ALIS-ene kan være ferdige spesialister i allmennmedisin i løpet av første halvår 2021, og de fem eller seks neste i løpet av 2022. Disse anslagene er imidlertid beheftet med stor usikkerhet, da innsamlet informasjon ikke er fullgod, og mange forsinkelser kan inntreffe underveis.

2.2 Status per november 2020: rekrutteringsutfordringer i kommunene

Antall lister uten fast lege i kommunene i 1. generasjon ALIS-Vest var ifølge nettsiden MinFastlege (kun) 9 av 348 lister per november 2020 (Tabell 1). Denne datakilden gir imidlertid et begrenset bilde av rekrutteringsutfordringene, fordi den ikke fanger opp fastlegeavtaler som er til salgs.

Tabell 1: Fastlegelister i kommunene i ALIS-Vest i Vestland. Status per november 2020[3]

Kommune	Antall lister	Liste uten fast lege	Kommune	Antall lister	Liste uten fast lege
Bergen	242	0[4]	Lærdal	3	1
Bjørnafjorden	25	4	Masfjorden	3	0
Bømlo	14	1	Stord	22	1
Gulen	3	1	Ullensvang	16	0
Hyllestad	3	1	Årdal	7	0
Kvam	10	0	**Total**	**348**	**9**

Helselederne i 10 av 1. generasjonskommunene i ALIS-Vest beskrev rekrutteringsutfordringene ved utgangen av 2020. Dette gir et utfyllende bilde av bemanningssituasjonen. Årsakene til de økte rekrutteringsutfordringene knyttes ikke til forhold ved ALIS-Vest.

Rekrutteringsutfordringene har økt for de fleste

Helseledere i flere store kommuner pekte på at rekrutteringsutfordringene har økt de siste årene, helt uavhengig av oppstarten av ALIS-Vest. En helseleder uttalte at «*det var gryende problemer i 2017, og en markant forskjell kom i 2018*.» I en annen kommune ble legetjenesten beskrevet som veldig stabil fra 2001 til 2018, nesten ikke med utskiftning og samtidig rimelig for kommunen siden alle fastlegene var næringsdrivende. Nå har den eldre generasjonen med erfarne spesialister begynt å gi seg, noe som ble sett på som en stor utfordring. En tredje helseleder sa at de først trodde at de ikke hadde rekrutteringsutfordringer, men så viste det seg at de har hatt rekrutteringsproblemer kontinuerlig de siste årene. De innså også at en erfaren privatpraktiserende spesialist i allmennmedisin ikke kunne erstattes av kun én ny uerfaren lege:

> *«Vi må forvente at vi for det første må slanke listene, så vi må erstatte en med to ofte, og så vi forventer hvert andre år at vi må tilsette en ny lege fremover».*

Helseledere har erfart at det er store forventninger til at kommunene skal gjøre noe med blant annet listelengde og vaktbelastning. Hvis ALIS ikke skal ha flere på lista, har noen kommuner for få fastleger til å dekke alle innbyggerne. Etter hvert som erfarne leger slutter eller blir pensjonister, som har lister på 1000 – 1100, så kan de ikke få en

[3] Data fra MinFastlege per 10.11.2020
[4] 23 næringsdriftavtaler var per sept 2020 lyst ut som ledige

nyutdannet lege inn i slike fastlegeavtaler. Det kan gjøre rekrutteringsutfordringene ytterligere utfordrende i fremtiden.

Også ved et mindre legekontor oppfattet helseleder at rekrutteringsutfordringene hadde økt de siste tre årene. Helselederen forklarte at det i løpet av kort tid ble en stor overvekt av unge og uerfarne leger, og ingen erfarne. Dette hadde ikke virket stabiliserende på de nye unge legene.

En av kommunene meldte om en lys bemanningssituasjon med gode søkere til alle ledige stillinger, og at ALIS-Vest så langt har vært en ubetinget suksess: "*..om det kan knyttes til ALIS-prosjektet eller til andre ting … men kommunen har ingen bemanningsutfordringer..*" Kommunen hadde tidligere en situasjon der de brukte flere millioner årlig på vikarleger, og en veldig ustabil legedekning. En annen av kommunene hadde ikke rekrutteringsutfordringer, men stabiliseringsutfordringer. De observerte et mønster med at leger under spesialisering som ikke hadde lokal tilknytning flyttet fra kommunen når de var ferdige med spesialiseringen: «*Det som er cluet er jo det at hvis ikke de har en tilknytning til kommunen, altså sosialt eller familie eller hva som helst, så blir de i cirka fem år til de har fått spesialiteten og så flytter de."* I denne situasjonen kan man stille spørsmål ved om ALIS-Vest fungerer bedre som rekrutteringsverktøy enn stabiliseringsverktøy – og hvorvidt fem år kan betraktes som et godt nok resultat.

2.3 Hvorfor slutter ALIS?

I tidligere evalueringsrunder i ALIS-Vest har ALIS-er, helseledere og andre medarbeidere på legekontor pekt på hva som bidrar til rekruttering og stabilitet blant ALIS-er. Gjennom delstudiene med ulike perspektiv har vi beskrevet hvordan stabilisering av en ALIS er komplekst og handler om mange faktorer. Faktorene kan oppsummeres slik:

- *tryggheten* fast inntekt innebærer
- *rådighet over/autonomi i disposisjon av egen tid* (fleksibilitet i egen arbeidshverdag) ved overkommelig arbeidsmengde som sikrer fritid og familieliv
- *klare ansettelsesforhold* for eksempel om hvor mye ALIS skal arbeide og gradvis opptrapping av ALIS` arbeidsrytme i dialog med ALIS selv, til et tempo som passer de etablerte praksisene på kontoret
- *påvirkning og medvirkning* på arbeidsplassen
- trivsel og et godt *arbeidsmiljø*, en følelse av fellesskap på jobb
- et *strukturert spesialiseringsløp* med tilgang på og *kvalitet i veiledning* og *supervisjon*
- gruppetilhørighet til *veiledningsgruppe* som stabiliserende faktor

- *trivsel knyttet til kommunen som bosted* – er 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
- *gode fagmiljø* hvor kunnskap deles, også med andre profesjoner
- forståelse for ALIS´ behov hos *kommunal administrativ ledelse*
- *gode bindeledd* (mellomledere) som muliggjør at erfaringsbasert kyndighet og administrativ myndighet arbeider sammen for å lykkes med stabilisering

Som en del av evalueringen av ALIS-Vest, har vi intervjuet et knippe av ALIS-ene som har sluttet i ALIS-Vest før fullført spesialisering. Sluttintervjuene viste at gode betingelser og førsteklasses tilrettelegging likevel ikke alltid er nok til å beholde ALIS-en. Resultatene viste at familieforhold eller personlige grunner er en årsak til at ALIS slutter; enten det er denne årsaken alene, eller fulgt av en oppfatning av lav lønn.

Aktuell læring for de som ansetter ALIS-er er derfor viktigheten av god kartlegging av forutsetninger hos ALIS til å bli over tid på stedet.

2.4 Oppsummering

Per november 2020 var alle de 16 ALIS-stillingene i deltakerkommunene i Vestland besatt, og det har vært samme ALIS i 10 av de 16 stillingene i hele perioden. Status per november 2020 når det gjelder ledige fastlegelister og rekrutteringsutfordringer i de samme kommunene, var økte utfordringer for de fleste av kommunene i løpet av prosjektperioden, men knyttet til drivkrefter som ligger utenfor ALIS-Vest prosjektet.

Både ALIS-er og helseledere er gjennom tidligere evalueringsrunder i ALIS-Vest intervjuet om hva som bidrar til rekruttering og stabilitet blant ALIS. Sluttintervjuer blant ALIS viste at uansett hvor gode betingelsene og tilretteleggingen er, så forhindrer ikke dette ALIS fra å slutte i stillingen hvis personlige grunner eller familieforhold står i veien for å bli værende som ALIS.

3 SAMARBEID ALIS - ØVRIG KOMMUNAL HELSETJENESTE

Et tema i årets rapport er samarbeid mellom ALIS og øvrig kommunal helse- og sosialtjeneste. Vi belyser aspekter ved samarbeidet sett fra to perspektiver; ALIS og helseledere.

Årets intervjuundersøkelse bekreftet funn fra fjorårets intervjuer; at ALIS i den første tiden er mest opptatt av å jobbe på sin liste, og har mindre behov for å engasjere seg i for eksempel tverrsektorielt samarbeid generelt. I kapitlet utforsker vi hvordan helseledere og ALIS-er vurderer betydningen av kommunalt ansatte leger på utførelsen av det tverrsektorielle samarbeidet, og hvordan ulike kontekster og holdninger påvirker dette samarbeidet. Først i kapitlet beskrives noen grep som er tatt i ALIS-Vest-kommuner med hensyn til annet allmenlegearbeid; større stillinger for annet allmennlegearbeid, og 50/50-stillinger for ALIS.

3.1 Organisering av andre allmennlegeoppgaver for ALIS

Deltakelse i andre allmennlegeoppgaver kan ses på som et sentralt element i utviklingen av samarbeidet mellom den enkelte ALIS og kommunens øvrige helse- og sosialarbeid. ALIS kan, som andre fastleger i fulltidspraksis, pålegges å delta inntil 7,5 timer per uke i andre allmennlegeoppgaver i kommunen, for eksempel i helsestasjon- og skolehelsetjenesten eller i sykehjem. Fjorårets evalueringsrapport om ALIS-Vest viste at ALIS-ene hadde andre allmennlegeoppgaver i ulik grad, noe som tilsvarte mellom fem og 40 prosent av stillingen sin. To ALIS-er hadde ikke andre allmennlegeoppgaver.

Trend med større stillinger i annet allmennlegearbeid i store kommuner

Intervjuer med helseledere i de fleste kommunene som deltar i ALIS-Vest, viste at det er en trend at det opprettes større stillinger (50 eller 100 prosent) som sykehjemsleger. Fire av de små kommunene hadde imidlertid ikke samlet sykehjemsoppgaver på en stilling. To av de litt større kommunene hadde også laget større stillinger for helsestasjonslege. I småkommunene var det kun mellom tre og sju fastlegestillinger totalt, og med tre legestillinger vil en sykehjemstilling uansett ikke kunne være en særlig stor stillingsprosent. Et argument som ble nevnt mot samling av andre allmennlegeoppgaver i større stillinger var at det er delingen mellom listearbeidet og det kommunale arbeidet som er interessant. Et annet argument var at det kan bli sårbart hvis sykehjemarbeidet skal tillegges kun en person. En helseleder som har strittet litt imot store sykehjemstillinger, ville gjerne at det skulle være flere å spille på og at det gir en bedre kommunikasjon og flyt med flere som er med på sykehjemmet. Lederen så samtidig at dette også har sin side ved at det blir pulverisering av ansvar.

Fra en av kommunene ble det kommentert at det er lenge siden noen har hatt sykehjemsfunksjonen, og at det en tid kun har vært vikarlege der. En av de større kommunene hadde nylig prøvd å lyse ut en 50 prosent stilling på sykehjem, uten å få søkere.

Motiverte ALIS til sykehjem, skole- og helsestasjon: 50/50-stillinger

En helseleder forklarte at det er vanskelig med fastlegene som gjerne har en 16-17 prosents stilling og som kommer inn på sykehjem eller helsestasjon en dag i uken og helst bare vil gå igjen. Sykehjemmet spesielt har behov for leger som kan gjøre mer enn bare å være en ren kliniker, og spesielt etter samhandlingsreformen kreves det at de som deltar er interesserte og kan tenke på flere ting. De hadde derfor gjort grep for å skaffe fastleger som er motiverte til og har lyst til å jobbe med andre allmennlegeoppgaver, og lyste ut nye ALIS-stillinger som 50/50 prosent fastlege/andre allmennlegeoppgaver. Slik kunne de som søkte vite hva de søkte seg til, og var forhåpentligvis mer motiverte for å jobbe slik også. En annen side av dette grepet var bidrag til stabilisering for noen av de næringsdrivende fastlegene som dermed kunne få slippe andre allmennlegeoppgaver. 50/50-stillinger oppfyller kravene til spesialisering på normert tid med to år i uselektert åpen allmennpraksis, sånn at det ikke skal bety noe for totaltiden i spesialiseringsløpet.

En helseleder i en annen stor kommune ønsket heller ikke små stillinger og begrunnet det med at

> *«..en lege som bare stønter inn og har noen timer og går igjen, tar ikke noe systemansvar for helsestasjonen.»*

Helselederen argumenterte med at store stillinger er bedre for helsestasjonen og at det vil være bedre i ALIS-løpet også; at du får en helt annen læringseffekt og kontinuitet i arbeidet. I hvert fall de kommunalt ansatte ALIS-ene i denne kommunen skulle ha sin økt på helsestasjonen. Lederen mente imidlertid at de som er ALIS med næring som driftsform, i større grad vil ha en dag eller to i uka med andre allmennlegeoppgaver.

Får veiledning økt status som annet allmennlegearbeid?

En tradisjon i allmennmedisin er at spesialister ved legekontoret tar veiledningsoppgaver med leger i spesialisering. En helseleder forklarte hvordan de så på det med veiledning som en kommunal oppgave sånn at veiledningsoppgaver gjerne fritar for å være for eksempel sykehjemslege. De fordelte de kommunale oppgavene mellom alle legene og da fikk noen veiledning som sin kommunale oppgave.

3.2 Enklere hvis man har kommunal ansettelse

Helseledere beskrev hvordan de har opplevd større fleksibilitet og en mer integrert legetjeneste med kommunalt ansatte ALIS og kommunalt ansatte fastleger. Ett av legekontorene som deltar i ALIS-Vest drev i utgangspunktet næringsdrift, men gikk over til å bli kommunale da en kommunal ALIS ble ansatt. Helseleder mente at driftsformen har mye å si for samarbeidet med øvrig kommunal helse- og sosialtjenesten, som har utviklet seg til det bedre:

> *«(legekontoret) er blitt mye mer en del av kommunen og har et godt samarbeid med den øvrige, spesielt den administrative delen av helsetjenesten. Og for så vidt også de andre omsorgssentra, sykehjem, PU tjeneste og så videre. Ja det er et mye bedre og større samarbeid ja, det er det.»*

Endringen innebar blant annet faste og strukturerte møter med kreftsykepleier og de som arbeidet med psykisk utviklingshemmede, geriatriutredning og psykiatrien, og de som jobbet tverrfaglig med smittevern. Legekontoret har på en helt annen måte blitt en integrert del av kommunehelsetjenesten, beskrev helselederen, sammenlignet med da kontoret bestod av selvstendig næringsdrivende. Da var legekontoret en satellitt utenfor.

En annen helseleder pekte på det faktum at ALIS er kommunalt tilsatt, som gjør at man har en forpliktelse på en helt annen måte enn de som har privat praksis, og at man som kommune synes at det er positivt. Helselederen sammenlignet med erfaringer fra en jobb i en annen kommune som hadde næringsdrift, og slo fast at det med kommunal tilsetting ikke var noe stort problem å få legene med på samarbeidsmøter, selv om hver av legene i utgangspunktet har hvert sitt faglige tildelte hovedansvarsområde. Legene hadde faste tilsynsdager på sykehjemmet men de kunne ringe hver dag hvis det var noe problem på sykehjemmene, og de kom eventuelt på tilsyn utenom tilsynsdagene. Legene tapte ikke penger på det, men hadde de vært privatpraktiserende med tapt inntekt her, så hadde det blitt noe helt annet. Og da hadde de fakturert, beskrev helselederen.

Et annet forhold som ble berørt, var kommunens styringsrett over kommunalt tilsatte ALIS, for eksempel til å påpeke at en ALIS skal samhandle med pleie og omsorg. En helseleder i en stor kommune med mest næringsdrivende fastleger forklarte at det var en tanke bak det å ha en fastlønnet lege og ansatte sykehjemsleger: da har man en viss styringsrett, for eksempel i en situasjon med Korona. «*Derfor så er det viktig å ha kloa i noen av de tenker jeg, og at ikke det blir for sårbart*». Samtidig vedgikk helselederen at

det skal litt til før man dirigerer en lege, selv om legen er kommunalt ansatt: «*Det er flere runder der. Ja (litt latter), så, så kom ikke her.*»

ALIS-enes synspunkter på hvilken betydning driftsformen har for samarbeidet mellom ALIS og øvrig kommunal helse- og sosialtjeneste, handlet i første rekke om muligheten til delta i møter med helse- og sosialtjenesten. En ALIS på et legekontor hvor øvrige leger var næringsdrivende, pekte på at hvis du er fast ansatt og ikke må tenke på inntjening så kunne man jo hatt møter, for eksempel der man kunne tatt opp pasientcaser. «*Jeg har litt tro på det å møtes ansikt til ansikt, så er det lettere å diskutere ting enn at det er melding frem og tilbake, da mister man kanskje litt nyanser. kanskje man kunne hatt faste møtepunkt en gang i måneden.*» ALIS-en kommenterte at man kunne møtt andre fra helsetjenesten og vært flere i samme rom, kanskje uten pasienter så man kunne diskutert, men at mange synes dette er vanskelig når man er selvstendig, for det går utover tiden du får brukt på andre ting.

En annen ALIS nevnte at det som er så fint med å være fastlønnet er at man kan få til flere møter og gjerne delta mer fysisk på møter, for eksempel med NAV. Et annet forhold var at en kommunalt ansatt ALIS uten for lang pasientliste kan sette av nok tid, og dermed gjøre en bedre jobb:

> *«her har jeg mulighet til å sette opp dobbeltime og trippeltime hvis pasientens behov skulle tilsi at det er nødvendig og da har jeg tid til å hente kunnskapen jeg trenger med pasienten og gjøre det i samarbeid med pasienten. Så det og så være i ALIS-stillingen, fastlønnet, gir også mer mulighet til å bli flinkere».*

3.3 Enklere med kort liste, erfaring, samlokalisering og små samfunn

ALIS-ene beskrev hvordan tverrsektorielt samarbeid er lettere å få til når man har en kort pasientliste, når man har litt mer erfaring, hvis man praktiserer i små oversiktlige samfunn eller er samlokalisert med øvrig helse- og sosialtjeneste.

Kort liste gir mulighet til å ha raskt og effektivt tverrfaglig samarbeid

En fordel med å ha en relativt kort liste er at du har mulighet til å rokkere om og finne tid til tverrfaglig samarbeid, for eksempel være effektiv med papirarbeid og gjøre vurderinger raskt. En ALIS viste til at det var tre dagers frist til å svare på forespørsel fra hjemmesykepleien, men ALIS-en svarte stort sett samme dag og trodde at hjemmesykepleier var ganske fornøyde med det. Kort liste og fleksibilitet åpnet også opp for mer hjemmebesøk, for eksempel i samarbeid om palliative pasienter. Denne ALIS-en hadde god erfaring med å møtes i tverrsektorielt samarbeid hjemme hos pasienten.

Jo mer erfaring, jo bedre kan man navigere i systemet

En ALIS fortalte at jo mer erfaring man har, jo mer kan man om å navigere i systemet, for eksempel i forhold til NAV. ALIS beskrev en pasient som hadde falt mellom to stoler i systemet. Det begynte å gå nedover både psykisk og somatisk, og ALIS tok regien og samlet relevante aktører som kunne hjelpe pasienten. Da fikk de ting til å skje.

Etter et par år i jobben visste ALIS mer om andres kompetanse og hvilket tilbud som finnes i øvrig helsetjeneste. For eksempel hadde ALIS blitt mer erfaren med hjemmesykepleiens funksjoner, og brukte dem mer aktivt enn før. ALIS var også tryggere på at pasientene kan bli fulgt opp litt mer hjemme, at hjemmesykepleien har et blikk på medisinhåndteringen, og stolte på at hjemmesykepleien tar kontakt hvis behov.

Samlokalisering og faste møter fremmer tverrfaglighet

Samlokalisering med andre helse- og sosialtjenester ble nevnt som fremmende for tverrfaglig samarbeid. En ALIS trakk frem det gode samarbeidet med en fysioterapeut som var samlokalisert med legekontoret: «*jeg kan bare springe inn på kontoret når som helst og han inn til meg og. Eventuelt foreslå dersom noen trenger MR. Veldig greit*.» Samme ALIS beskrev en pasientliste med pasienter med kroniske og sammensatte lidelser, som fordret et stort behov for tverrfaglig samarbeid. I dette tilfellet var det tilrettelagt for samarbeid gjennom et fast lunsjmøte med hjemmesykepleien annenhver uke, hvor de diskuterte pasienter. En ALIS ved et legekontor som ikke praktiserte faste møter, trakk frem betydningen av situasjonsavhengige samarbeidsmøter med hjemmesykepleien:

> *«Det kan være greit å samles for å finne ut veien videre eller oppfølgingsmøter om ting fungerer som forventet.»*

Noen ganger er det ALIS som tar initiativ til større oppmøte, andre ganger er det andre. En annen ALIS peker på styrken i å motta samme informasjon sammen.

Enklere når samme lege og sykepleier har de fleste pasientene

Det å forholde seg til *en* sykepleier som har oversikt over alle pasientene med hjemmesykepleie på ALIS sin liste, og kjenner pasientene, ble sett på som en verdi av en ALIS. Det går an i et lite samfunn hvor alle som bor i omsorgsboliger forholder seg til samme sykepleier og fastlege. ALIS vurderte at det nok er vanskeligere i en større bygd eller by, da det er flere både sykepleiere og leger som er involvert rundt pasientene.

3.4 Tilgjengelighet, åpenhet og at flere eier problemstillingen

ALIS-ene trakk frem noen forhold som de mente fremmer tverrsektorielt samarbeid; for eksempel å gjøre seg tilgjengelig for informasjon, ha åpenhet om hva man ikke kan, og jobbe slik at flere eier problemstillingen selv om ansvaret tilhører legen.

Informasjon bør gå direkte til legen – fordrer tilgjengelighet

En ALIS pekte på at det fremmer tverrsektorielt samarbeid å signalisere en flat struktur, i forhold til at det som helsefagarbeider sier om en pasient kan være vel så verdifullt som det sykepleier forteller. Det er ikke alltid det legen har sagt trenger å være det rette. ALIS var overbevist om betydningen av at informasjon ikke gikk via flere ledd før den nådde legen, noe som forutsetter en tilgjengelig lege. For å få dette til nevnte ALIS et eksempel, som at man etter visitten på sykehjem kan gjøre oppfølgingsarbeidet på vaktrommet på sykehjemmet, fremfor å gå tilbake til legekontoret; da er man «*nært der det skjedde og uansett hvem som hadde vært inne hos en pasient kunne jeg snakke direkte med den i stedet for å vente til neste visitt for å få informasjon*.»

Åpenhet rundt det man ikke har kompetanse om

I starten kjente en ALIS på at man ikke alltid strakk til i forhold til det som var forventningen, for eksempel det å komme inn i et samarbeid i kraft av å være fastlege, samtidig som man er en relativt uerfaren ALIS:

> *«men etter hvert skjønner en det er ikke alt en kan ha kontroll på... Så jeg har ikke noe problem med å si at dette vet jeg absolutt ingenting om. ... De fleste skjønner at en ikke kan ha kontroll på alt.»*

Åpenhet rundt det ALIS ikke har kompetanse om, springer ut fra en trygghet som kommer fra erfaring, mente ALIS. Faglig trygghet kan også være å vite hva du ikke kan: «*Og jeg tror at med erfaring så lærer du like mye hva du ikke kan, som hva du kan. Og da blir det mye lettere å kunne gi beskjed når du er utenfor ditt kompetanseområde*.»

Nyttig at flere eier problemstillingen selv om ansvaret er legens

En ALIS syntes at det var betryggende å samarbeide med kompetente fagfolk med erfaring. For eksempel kreftsykepleier som kom med en del triks og forslag som ALIS ikke hadde tenkt på, var til veldig god hjelp. ALIS beskrev situasjonen som at man da har en felles agenda, og at flere eier problemstillingen, og at man ikke bare skal fikse alt selv, selv om smertelindring er en legeoppgave.

Greit å samarbeide når man har sett pasienten

En ALIS syntes at det fungerte godt å samarbeide ut mot andre yrkesgrupper i kommunen i de tilfellene der ALIS kjente pasienten. Det kunne være en utfordring med pasienter over 80 som har blitt fulgt opp av hjemmesykepleien, hvor de kommer med spørsmål og legen ikke har sett pasienten. Det fungerte dårligere, mente ALIS.

3.5 Oppsummering

Vi har belyst aspekter ved samarbeidet mellom ALIS og andre kommunale helse- og sosialtjenester sett fra to perspektiver; ALIS og helseledere. Temaet samarbeid henger til en viss grad sammen med ALIS-enes arbeid med annet allmennlegearbeid. Noen ALIS-Vest-kommuner har tatt grep med hensyn til annet allmenlegearbeid og laget større stillinger for annet allmennlegearbeid, eller 50/50-stillinger for ALIS som innebærer at halvparten av tiden brukes på arbeid på egen pasientliste, og halvparten på annet allmennlegearbeid.

Årets intervjuundersøkelse bekreftet funn fra fjorårets intervjuer; at ALIS i den første tiden er mest opptatt av å jobbe på sin liste, og har mindre kapasitet til å engasjere seg i for eksempel tverrsektorielt samarbeid generelt. Både helseledere og ALIS-er forklarte hvordan de oppfatter at det tverrsektorielle samarbeidet blir bedre og enklere å få til hvis man er kommunalt ansatt. ALIS-ene beskrev videre hvordan tverrsektorielt samarbeid er lettere å få til med kort pasientliste, når man får litt mer erfaring, og hvis man praktiserer i små oversiktlige samfunn eller er samlokalisert med øvrig helse- og sosialtjeneste. Andre forhold som ALIS-ene vektla var å gjøre seg tilgjengelig for informasjon, ha åpenhet om hva man ikke kan, og jobbe slik at flere eier problemstillingen selv om ansvaret tilhører legen.

4 ORGANISERING

I dette kapitlet har vi først stilt spørsmål om hvordan ALIS-modellen som er direkte finansiert gjennom pilotprosjektet ALIS-Vest sprer seg i deltagerkommunene, og hvilke andre ALIS-modeller som eventuelt vokser frem. Videre beskrives hvordan ALIS-er og helseledere oppfatter fleksibiliteten til å endre ALIS-avtaler underveis, og ulike avtaler og oppfatninger om hva som skjer med utdanningsstillingene etter gjennomført spesialisering. Siste del tar for seg status i gjennomføring av institusjonstjenesten i ALIS-Vest; hvilken tilrettelegging som foregår, og hvilke forventninger som kan avdekkes i denne overgangsperioden mellom gammel og ny spesialiseringsordning.

4.1 Nye ALIS-modeller utvikles i kommuner i 1. generasjon ALIS-Vest

Tabell 2 gir oversikt over hovedtrekk i ALIS-modellene som vokser frem i kjølvannet av ALIS-Vest, etter hvert som nye ALIS-er som ikke omfattes av tilskudd og oppfølging fra ALIS-Vest kommer i gang med sin spesialisering i deltakerkommunene.

Tabell 2: Riss av modeller i kjølvannet av ALIS-Vest

Modell	Betingelser/ tilrettelegging	Trekk ved kommune
Fastlønnsmodeller lik ALIS-Vest	Fastlønnsstilling, dekning av utgifter til kurs, fri til kurs, kommunen ordner vikar	
	Fastlønnsstillingsvariant med 50% listearbeid og 50% annet allmennlegearbeid (jfr kap 3.1)	Kommune med overvekt av næringsdrivende fastleger
ALIS i næring	Kan omfatte dekning av utgifter til kurs samt praksiskompensasjon ved utdanningsfravær. Noen kommuner jobber med å få til mer gunstig tilrettelegging for ALIS.	Ikke de minste kommunene
Spesialisering av legevaktsleger og ØHD-leger på eget nyopprettet legesenter	Utfordring med lønnsplassering	Stor bykommune

Betingelsene i ALIS-Vest er spredt i flere av kommunene

I de fleste av kommunene i ALIS-Vest hvor det har begynt nye ALIS etter at ALIS-Vest kom i gang, er ALIS-Vest modellen videreført og spredt på den måten at nye ALIS-er har fått noenlunde de samme betingelsene og tilretteleggingen som ALIS-ene som tilhører ALIS-Vest; fastlønnsstilling, veiledning, dekning av utgifter til kurs, fri til kurs, og at kommunen er behjelpelig med vikar når ALIS skal ta institusjonstjenesten. En forskjell fra tidligere er

at nye ALIS-er ikke har felles veiledningsgruppe med andre ALIS-er med samme vilkår, og selve ALIS-Vest prosjektet bak seg som pådrivere.

En av de litt større deltakerkommunene i ALIS-Vest (som er slått sammen med en mindre kommune som opprinnelig deltok i ALIS-Vest) opprettet allerede året før ALIS-Vest startet et kommunalt legekontor med en fastlønnet ALIS hvor kommunen dekket hele utdanningsløpet. Ved utgangen av 2020 var dette kommunale kontoret utvidet og bestod av en spesialist, tre ALIS-er og en turnuslege. I en annen kommune kommenterte helselederen at det som ALIS-Vest har utarbeidet må ligge til grunn for ordningen til kommende ALIS-er. Det som var nytt for kommunen å forholde seg til, var den nye spesialistutdanningen og læringsmålene. En tredje helseleder så for seg at andre ALIS-er må ha tilbud om fastlønn under spesialisering, og en mulighet til å velge fortsatt fast lønn eller konvertere til næringsdrift etter spesialisering, eventuelt med bonusavtaler.

Enkelte helseledere mente at det kunne være lønnsomt å være raus med tilbud om veiledning. I en av kommunene som hadde en ordning med to timer per uke i veiledning, signaliserte man at de vil gi mer hvis ALIS ikke har norsk turnus.

Eget legesenter for å spesialisere leger fra legevakt og ØHD

I en stor kommune var det opprettet et kommunalt legesenter med to spesialister og tre kommunalt ansatte ALIS-er, med betingelser som lignet avtalene i ALIS-Vest. Dette var ALIS-er som tidligere har arbeidet enten på legevakt eller ØHD i kortere eller lengre tid, og som trengte uselektert allmennpraksis for å blir spesialister i allmennmedisin. For disse var det ikke et alternativ å kjøpe seg inn i næringsdrift for å gjennomføre spesialistutdanningen. En problemstilling som dukket opp i den forbindelse, var lønnsplassering i tilfeller hvor ALIS-en har 10-20 års praksis fra legevakten. Burde man ha en lønnsstige, og hva skal lønnen være hvis du kommer inn i en slik stilling halvveis inn i et ALIS-løp?

Næringsdrift er også valgt - parallelt med fremvekst av faste ALIS-stillinger

Utenom i de minste kommunene, var det fortsatt en del av kommunene i ALIS-Vest som hadde ALIS i næringsdrift, samtidig som de hadde fastlønnede ALIS-er. Enkelte ALIS-er hadde selv valgt næringsdrift fremfor fast ansettelse, og andre hadde ikke fått anledning til å velge fastlønnet stilling. ALIS i næring omfattet både ALIS-er som startet med sin spesialisering før ALIS-Vest prosjektet startet i 2017, og ALIS-er som startet etter 2017. En av helselederne kommenterte at pendelen svinger fra kommunal stilling til næring, og at de nødig vil undergrave næringsmodellen fordi det er mye suksess med den. Det ble kommentert at det ligger veldig lite i regjeringen sin handlingsplan for fastlegeordningen som hjelper kommune til å kunne tilby fastlønn, og at fastlønnsstillinger er dyrere for kommunene enn næringsdrivende ALIS. Derfor blir næringsdrift et alternativ. En

kommune jobbet med «lokkeavtaler» for å rekruttere ALIS-er til næringsdrift, og viste til at det finnes tilskudd fra Helsedirektoratet til dette. ALIS-er i næringsdrift og deres veiledere ble fulgt opp med råd og tilskudd (dekning av utgifter til kurs samt praksiskompensasjon). Kommunene var interesserte i ALIS i næring fordi dette var den rimeligste modellen for kommunene, selv om mange unge fastleger signaliserte at de ønsket fast lønn, i alle fall under spesialisering. Selv om administrasjonen ønsket fast lønn, var det flere helseledere som viste til at det har vært vanskelig å få politisk gjennomslag for å gjøre endringer. En endring som har vært foreslått, var en toårig tilbakekjøpsgaranti for unge leger som investerer i en praksis.

Enkelte helseledere hevdet at næringsdrift er en gammeldags måte å drive fastlegetjenesten på, fordi det ofte ender med for lange arbeidsdager, og fordrer at man ikke kan leve et «normalt» familieliv, men arbeide for mye og brenne lyset i begge ender:

> *«..jeg tenker det er nok kanskje mer en ukultur som har vært lenge at når du er fastlege så er du næringsdrivende og styrer din egen skute og jobber, holdt på å si 12 timers arbeidsdager og kona skal være hjemme og lage mat.»*

ALIS-Vest som døråpnet for å gjøre hele legetjenesten kommunal?

Vi observerte en gradvis overgang til flere faste stillinger på flere av legekontorene hvor det fra 2017 har vært en fast ansatt ALIS. Har ALIS-Vest blitt en døråpner for flere fastlønnsstillinger i nye kommuner?

I en kommune valgte den andre faste legen på et opprinnelig privat legekontor å bli kommunalt ansatt da ALIS startet, for å få like vilkår og stabilitet, selv om det medfulgte et lønnstap. I et par andre kommuner har de fleste legene blitt kommunalt ansatte, enten ved nyansettelser eller ved at etablerte leger har skiftet driftsform. ALIS-Vest har banet vei for fastlønnsstillinger i kommuner som ellers ikke ville ha valgt dette. En helseleder fortalte at ALIS-Vest var oppe i kommunestyret da kommunen skulle inn i prosjektet, fordi det kostet å være med, blant annet å kjøpe ut en privatpraksis. Siden har politikerne sett at ALIS-Vest har hjulpet på rekrutteringsarbeidet, og ALIS-Vest har gjort noe med hele legetjenesten i forhold til at kommunen prøver å få noenlunde like ordninger med fastlønnsstillinger for alle leger som kommer og som skal spesialisere seg. En helseleder i en annen kommune som tradisjonelt heller ikke hadde fastlønnede stillinger men avtalehjemler for ALIS, uttalte at deltakelsen i ALIS-Vest åpnet for fastlønnsstilling i en kommune hvor man politisk hadde gått imot dette tidligere. ALIS-Vest «*var en lur måte å finne fastlønn, få vekk fastlønnsdiskusjon lokalt på, ... det var en del av prosjektet*.» Etter noen år med fastlønnet ALIS har administrasjonen i denne kommunen fått anledning til å inngå flere avtaler med faste stillinger, som rekrutteringstiltak.

Vi har registrert at det i flere kommuner er en frykt for å undergrave modellen med næringsdrift. En utfordring med fastlønnsstillinger som en helseleder peker på, kan være at næringsdrivende fastleger, som totalt sett er i klart flertall, kan føle seg forbigått. En helseleder som tok opp dette, pekte på problemer med å rekruttere arvtakere og frykten for at egne hjemler mister sin verdi. Vi har også observert at det i noen kommuner har blitt gjort et prinsipielt valg (gjerne politisk) om at man ikke ønsket for mange fastlønnede leger, og derfor var tilbakeholdne med å opprette for mange fastlønnede stillinger for ALIS. Et argument som ofte ble brukt, var økonomien. Det ble sett på som en stor kostnad for kommunen å kjøpe hjemler. Et forhold som flere nevnte var at kommunen må ta over en del av ansvaret i de næringsdrevne legekontorene hvis det ansettes fastlønnede ALIS-er der. En helseleder pekte på at man egentlig ikke ønsket hybridversjoner hvor noen er fastlønnet og noen er næringsdrivende, og at alternativet er at kommunen kjøper opp et helt kontor, og gjør alle om til fastlønnet, noe denne kommunen ikke hadde økonomi til. Statlige tilskudd ble nevnt som en mulig løsning. Produktivitet med hensyn til arbeid på pasientlista ble trukket frem som argument mot fastlønnede leger. Det ble pekt på noen fordeler med fastlønte fastleger, i tillegg til rekrutteringsargumentet; kommunen har i utgangspunktet en viss styringsrett og det gir muligheter for å få gjort annet enn rent klinisk arbeid med pasientlista. En helseleder nevnte for eksempel muligheten for å gjennomføre en massevaksinasjonsøvelse:

> *«Det kunne du aldri fått til med disse næringsdrivende fastlegene, i hvert fall ikke uten at du må gjerne fort betale de 10-15.000 hver per dag de skal være med på det. Og allikevel om du hadde betalt de så vil jo de fleste føle at de er borte fra ... praksisen sin og pasientene..»*

Respons på utlysninger viste imidlertid ganske klart at nye generasjoner leger i utgangspunktet ikke syntes å være så veldig interesserte i næringsmodellen. En helseleder kommenterte at de lyste ut og lyste og lyste ut gjentatte ganger etter å få leger, men uten resultat, men da de lyste ut etter fastlønnede, fikk de 72 søkere:

> *«... så markedet, eller hva skal jeg si, eh nye generasjoner er ikke så veldig interessert i næringsmodellen, sånn i utgangspunktet. Så om det er ALIS-Vest som truer, eller om det er etterspørselen som tvinger frem en sånn ordning, det kan man jo diskutere.»*

En annen helseleder kommenterte at det som er mest styrende er hva de som søker på stillingene ønsker.

4.2 Utvikling av og endringer i ALIS-avtaler

Alle ALIS-ene inngikk ulike arbeidsavtaler ved oppstart, stort sett utarbeidet lokalt med bakgrunn i avtaler med andre leger og standardavtaler. De fleste hadde lagt til spesifikke ALIS-rettigheter og plikter (Seppola-Edvardsen og Brandstorp, 2018 s. 26). I forbindelse med årets rapport har vi stilt spørsmål om i hvilken grad og på hvilken måte betingelser for ALIS og innholdet i arbeidet er diskutert underveis i spesialiseringsløpet. Hvordan oppfattes fleksibiliteten i avtalene til å gjøre endringer underveis? Vi har beskrevet hvordan kommunenes spillerom oppfattes som svært begrenset, og beskrevet oppfatninger av hva som skal skje med den faste stillingen etter endt spesialiseringsløp.

ALIS-er har møtt varierende grad av fleksibilitet i forhold til avtalene

En ALIS som senere sluttet, beskrev at man som nyutdannet er dårlig orientert om lønnsnivået i allmennpraksis. Betingelsene var ikke noe som ble diskutert eller forhandlet, og ALIS hadde heller ikke grunnlag for å diskutere dette den gang:

> *«Jeg tror det hadde med at jeg rett og slett ikke snakket med så mange om den stillingen og de betingelsene jeg hadde da. Det var liksom helt greit, sånn som det var.»*

Etter noen måneder innså ALIS-en at det ofte ble jobbet en time ekstra og fant også ut at lønna var lav i forhold til en annen ALIS, men oppfattet ingen vilje fra kommunens side til å diskutere lønna da saken ble tatt opp: «*Da jeg sa opp, så var det liksom på samme dag at de sa at* «*du skal få 850 000 hvis du blir*»». Men ALIS hadde bestemt seg for å slutte.

Flere ALIS-er har opplevd at deres ønsker ble hørt av kommunen, enten det gjaldt administrative saker eller innholdet i arbeidet. En ALIS fortalte om at de la frem for helseledelsen et ønske om å endre innholdet i jobben - og da ble det sånn.

> *«Jeg tenker det var veldig greit og jeg følte kommunen hørte godt etter på det forslagene vi kom med.»*

En annen ALIS tok selv initiativ til å komme i gang med annet allmennlegearbeid etter å ha vært i kontakt med en lege i kommunen som ønsket å overlate dette til andre. «*Så da sa jeg at jeg kunne høre med kommunen og sa at «dere ønsker ditt og vi ønsker datt» og så gikk det slik*.» En tredje ALIS fortalte at annet allmennlegearbeid ikke var så godt planlagt fra kommunens side, men ALIS-en fikk lov til å praktisere «faglig fordypning» en dag per uke i påvente av å bli tildelt annet allmennlegearbeid fra kommunen.

En ALIS ga uttrykk for å ha opplevd fleksibilitet fra kommunens side for å gjøre endringer i arbeidsavtalen, noe som resulterte i bedre betingelser. ALIS-en fortalte om at det var en ny situasjon for kommunen å ha en fastlønnet fastlege, men at dialogen med kommunen var ryddig og grei. Samtidig ga ALIS uttrykk for å praktisere litt fleksibilitet selv. På den ene siden jobbet ALIS en del gratis overtid, og på den andre siden tok ALIS noe av dette ut ved å gå tidligere enkelte dager uten av det medførte dårlig samvittighet for det eller at man måtte få godkjenning på forhånd.

En annen ALIS tok selv initiativ til forhandling et godt stykke ut i spesialiseringsløpet. Det resulterte ikke i så mange endringer, utenom at det ble fast tilsetting som avløste en femårig utdanningsstilling. Både kommunen og ALIS selv ønsket kommunal tilsetting.

Ikke alle ALIS-er hadde erfart god oppfølging og fleksibilitet fra arbeidsgivers side. En pekte på mangel på medarbeidersamtale, mangel på oppfølging og opplæring i forhold til taksting («*vi har sikkert litt å gå på der*»), registrering av fravær («*de forventer veldig at vi bare får det til*»), og savn av dialog om lønnsutvikling og eventuelt insentiv til taksting. En annen ALIS uten selvstendig vaktkompetanse fikk ikke gå så mye legevakt som ønsket fordi legevaktsjefen argumenterte med at dette medførte kostnader for nødvendig bakvakt. ALIS tok ikke dette opp med noen i helseledelsen. Da ALIS sluttet viste det seg at helselederen ikke hadde vært klar over dette. Det skjedde på grunn av manglende kommunikasjon og uvitenhet om at en del av spesialistene gjerne ville gi bort vaktene sine og stille opp gratis som bakvakt.

Helseledere beskrev fleksibilitet begge veier

En helseleder som var relativt ny i jobben, beskrev at betingelsene var formet i et samarbeid med legene om hvor mye de klarte å jobbe. En annen helseleder været at det var tid for å diskutere betingelser, og inviterte ALIS til en samtale for å få en status på situasjonen og ting som bør endres. Helseleder så på kommunen som en veldig fleksibel arbeidsgiver, og oppfattet at det har vært gjensidig. En tredje helseleder beskrev den første ALIS-avtalen de hadde som urealistisk å gjennomføre i form av at overtid stadig ble akkumulert, samtidig som legevakt skulle inngå i arbeidstiden. Avtalen ble etter en tid justert slik at legevakt ble tatt utenom og ALIS fikk litt mer tid avsatt til arbeid med pasientlista, noe som medførte høyere kostnader for kommunen. En av de kommunale sjefene var ikke helt enig, men helselederen beskrev en nye avtalen som rimelig. Inntrykket var at begge parter viste fleksibilitet. To helseledere uttrykte at ansettelse og avtaleinngåelse gikk knirkefritt og det var enighet om vilkårene. Den ene forklarte at det ikke hadde vært behov for å endre avtalen. Den andre uttrykte at det nok kommer veldig an på ALIS-en man har; det er forskjell på de og på hvilke behov man som arbeidsgiver har for å følge det opp og eventuelt gjøre endringer.

Kommunenes spillerom som svært begrenset

Flere av helselederne som vi intervjuet var helt klare på at de opplevde kommunens spillerom i utforming av betingelser for ALIS som svært begrenset. En helseleder sa at kommunen strakk seg fordi man var malt opp i et hjørne. Til gjengjeld har kommunen oppnådd stabilitet i stillingen: «*altså det som en har gjort der har jo vært litt sånn, nesten sånn panikkpreget for å få på plass et eller annet. ... men det har jo fungert da.... vi har jo da klart å beholde (ALIS) som vi ellers ikke ville ha gjort*.» En annen helseleder uttrykte at kommunen ikke har handlingsrom, men tilpasser seg til det ALIS kan klare. Planen var at ALIS sin listelengde skulle øke gradvis etter hvert som ALIS ble kjent med listen sin. Det har de ikke klart, selv om det står i arbeidskontrakten at listelengden skulle øke. Helseleder begrunnet dette med at de ser hvor stor arbeidsmengde det er, og at ALIS allerede bruker mer enn full tid:

> *«Og så ser vi jo da at de jobber utover kveldene, de sitter masse på fritiden sin med kontorarbeid. Så hvordan vi skal presse dem til å ha høyere pasienttall, det vet jeg ikke. Jeg tror ikke det blir det i løpet av de fem årene hvert fall.»*

Helselederen vedgikk at kommunen egentlig ikke har rom til å øke ALIS sin liste: «... *hvis vi presser dem mer så blir de sykmeldt for eksempel, sant, så er det jo dumt å gjøre det*.»

En tredje helseleder så klart at det var ALIS som var parten som var i posisjon til å ha det beste forhandlingskortet: «*en arbeidsgiver som ligger nede for telling må jo lage avtaler etter vedkommendes behov (latter). Når det er null søkere bak, ja (latter).»* En fjerde helseleder mente at kommunen bare må legge til rette og se hvordan de kan imøtekomme ALIS sine ønsker for lønn og hvordan de vil ha arbeidsdagen:

> *«jeg tror ikke vi kan komme med så mange begrensninger i forhold til, vi begynner å bli litt sånn desperate for å ha stabilitet for innbyggerne våre. Så vi må bare gi de det de vil ha omtrent.»*

En femte helseleder kommenterte at det er en balansegang hvor mye du kan presse ut av kommunalt ansatte leger kontra private, og kjøre på med travle arbeidsdager. Samtidig må jo kommunen ha en viss inntekt.

En helseleder oppfattet at ALIS-legen, som de fleste fastleger, ønsket å ha en vanlig arbeidsdag, «*så sitter da kommuneoverlegen igjen hvis det er på en måte mye som skjer og ting som koker».* Helselederen vedgikk at ALIS-ene «*de får det jo veldig servert, så en kan jo bli sikkert litt bortskjemt ja*».

Hva skjer med den faste stillingen etter 5 år - ulike avtaler og oppfatninger

Vi har så langt ikke kommet over ALIS-avtaler hvor det er et krav at ALIS skal gå over til næringsdrift etter spesialisering. Etter intervju med mange av helselederne virket det fortsatt å være ganske åpent hva som skal skje når ALIS er ferdig med spesialiseringen. I en av de minste kommunene var ALIS nesten ferdig spesialisert, og etter både arbeidsgiver og arbeidstakers ønske ansatt i en fast stilling med noenlunde de samme betingelsene som før. I to andre kommuner, en liten og en litt større, ble det også antatt at ALIS fortsetter i fastlønnet stilling. Noen helseledere uttrykte en forventning om at ALIS skal gå over i næringsdrift etter endt spesialisering, uten at det stod i arbeidsavtalen. En av helselederne skisserte en åpning for at ALIS går over til å være næringsdrivende; det ble sett på som lukrativt økonomisk etter å ha blitt spesialist, og da vil det bli en forhandlingssak om de må kjøpe listen, mente helselederen. En annen helseleders holdning var at fastlønnsordning passer fint for å komme i gang som fastlege, men at det gjerne kan være overgang til avtalebasert næringsdrift etter spesialisering. Denne forventningen var ikke uttalt i de minste kommunene. I en annen kommune ble det sagt at ALIS har rett på fast stilling i kommunen etter spesialisering (for eksempel på sykehjem), men ikke rett til en hjemmel. I en siste kommune sa helselederen at det ble gjort en tabbe av kommunen med tilsetting av ALIS med fast lønn, uten at det stod noe i avtalen om tilsettingsforhold etter spesialisering. Denne avtalen har imidlertid blitt revidert, og man så for seg forhandlinger om eventuell overgang til næringsdrift.

Fra enkelte ALIS ble det gitt uttrykk for usikkerhet med hensyn til hva som skjer med listen etter at spesialiseringen er ferdig:

> *«Så sykehusåret kanskje bare blir en mulighet til å si adjø til listen og at den blir spredt utover.. det vet vi ikke».*

En annen ALIS syntes det var rart at kommunen ikke fulgte mer opp, siden det ikke var klargjort hva som skjer etter fem år. ALIS-en trodde at tanken var at det skulle være en rekrutteringsstilling på 5 år, og det var sagt at det går an å gå i diskusjon om å endre.

4.3 Institusjonstjenesten i en overgangsfase

Gjennomføring av den obligatoriske institusjonstjenesten (sykehusåret) for leger i distriktene som spesialiserer seg i allmennmedisin, har ofte medført flytting til en by med sykehus, med risiko for at kommunen mister den ansatte til sykehuset. Det har vært vanlig at den som spesialiserer seg i allmennmedisin selv har ordnet med stilling i spesialisthelsetjenesten. Næringsdrivende fastleger har selv skaffet sin vikar. Med den nye spesialistutdanningen gjeldende fra mars 2019, ble kravet til institusjonstjeneste

redusert fra 1 til ½ år, og det ble mulig å dele opp institusjonstjenesten i perioder og antallet institusjonstyper man kan ha tellende tjeneste i, økte.[5] Hva er status i gjennomføring av institusjonstjenesten i ALIS-Vest; hvilken tilrettelegging foregår, og hvilke forventninger kan vi avdekke i denne overgangsperioden mellom gammel og ny spesialiseringsordning? Avsnittet er basert på intervjuer med helseledere og ALIS i deltakerkommunene i Vestland, samt intervjuer med veiledere og helseledere i Rogaland og Møre og Romsdal.

ALIS-er ønsker å vente med institusjonstjenesten

En gjennomgang av intervjuene med informantene i årets evalueringsrapport, ga et bilde av at ALIS-ene i de opprinnelige prosjektkommunene i Vestland var på ulike steder i spesialiseringen i forhold til gjennomføring av institusjonstjeneste. Enkelte hadde gjort unna institusjonstjenesten før de startet som ALIS, og 3-4 ALIS-er hadde kommet så kort i spesialiseringsløpet at det foreløpig ikke ble sett på som aktuelt å planlegge institusjonstjeneste. De øvrige ALIS-ene syntes å være enten i planlegging av, i startgropen for, eller i gang med institusjonstjenesten. For veiledere til ALIS-ene i Rogaland og Møre og Romsdal var ikke institusjonstjeneste et aktuelt tema så tidlig i spesialiseringsløpet (veilederintervjuene ble gjort våren 2020).

De aller fleste ALIS-ene som var i ferd med å starte institusjonstjeneste og som var med fra starten av ALIS-Vest prosjektet, hadde ordnet en stilling selv. En ALIS sa det slik:

> *«Jeg tror forventningen er at vi, som andre fastlegene, fikser dette selv og så finner kommunen vikar».*

Fra intervjuer med ALIS-er fikk vi en forståelse av at ALIS-er ønsket å jobbe seg inn på egen pasientliste, før de begynte å tenke på avvikling av institusjonstjenesten. En ALIS beskrev en enighet mellom ALIS-ene om dette, og nevnte andre argumenter for å vente med institusjonstjenesten, som også handlet om ansiennitet og lønn:

> *«Det handler først om å bli kjent med listen sin og komme inn i arbeidet. I tillegg har det litt med ansenitet også og mulig for å få bedre lønn, har du 4 år fra allmennpraksis tror jeg du får lønn tilsvarende LIS3-ansenitet. Det spiller også inn. Det virker som at alle ALIS-ene tenker det samme der.»*

[5] https://www.helsedirektoratet.no/tema/autorisasjon-og-spesialistutdanning/spesialistutdanning-for-leger/allmennmedisin

En annen ALIS la vekt på at institusjonstjenesten skulle gi mye faglig, og at man kunne velge institusjonstjeneste på en avdeling som kunne svare til behovet på egen liste.

Avtaler med helseforetak gjenstår for nye kommuner i ALIS-Vest

De regionale helseforetakene og tilhørende lokale helseforetak spiller en nøkkelrolle for å gi tilgang til institusjonstjeneste for ALIS. Deltakerkommunene i ALIS-Vest fra Vestland hører alle under Helse Vest RHF, det gjør også de nye deltakerkommunene fra Rogaland, mens deltakerkommunene fra Møre og Romsdal hører inn under Helse Midt RHF. Det er følgende koblinger mellom helseforetak og kommuner:

- Helse Førde: Årdal, Lærdal, Hyllestad
- Helse Bergen: Masfjorden, Gulen, Bergen, Bjørnafjorden
- Helse Fonna: Bømlo, Stord, Odda, Suldal, Tysvær, Sauda, Karmøy
- Helse Stavanger: Time
- Helse Møre og Romsdal: Hustadvika, Ålesund og Giske

Representanter fra flere kommuner i Rogaland og Møre og Romsdal fortalte at en plan og avtale for ALIS-stillinger i helseforetak er det området i arbeidet med ALIS' utdanningsløp en er kommet kortest med. På den ene siden syntes ikke slike avtaler å oppleves som en hastesak, da en så for seg at ALIS skal jobbe i kommunen de første årene. På den andre siden uttryktes også en avventende usikkerhet over hvordan en skal gå fram i møte med helseforetakene - en arena hvor en nettopp mangler de innarbeidede erfaringene en ellers har med bruk av læringsarenaer for leger i ulike faser av sin utdanning. En helseleder sa det slik:

> *" For de fleste … er det ikke det som haster mest. Og så er det nok litt byråkratisk dette helseforetaket. Så det er ikke alltid så lett å få til men vi har god tro (lett latter)."*

To informanter fortalte om en noe byråkratisk dialog som var innledet på ledelsesnivå med helseforetak, men som så langt ikke hadde ført til håndfaste resultater. En helseleder fortalte at hen avventer innspill og støtte fra ALIS-Vest prosjektet til hvordan slike avtaler bør inngås. I to kommuner beskrev de imidlertid en begynnende sondering av muligheten til å benytte alternativ til helseforetak for å oppnå læringsmålene, for eksempel en relativt nærliggende KAD-avdeling. En av kommunene hadde sendt inn søknad om godkjenning for et slikt alternativ, og avventet svar fra Helsedirektoratet.

Kommunesamarbeid og dialog med helseforetaket i enkelte «gamle» kommuner i ALIS-Vest

Helseledere fra enkelte av deltakerkommunene i Vestland fortalte om interkommunalt samarbeid og dialog med helseforetaket. En helseleder viste til at kommuneoverlege-forum i helseforetaksområdet har vært pådrivere for å få en avtale med helseforetaket om institusjonstjeneste. Disse kommunene hadde en fagavtale med helseforetaket klar i juli 2020. De var ikke kommet så langt som å sette av stillinger øremerket for ALIS, men hadde en kontaktperson i helseforetaket som de kunne melde behov til:

> *«Så er det formalisert at de skal gjøre kjent når de har muligheter og leger ute skal på en måte prioriteres for, eller de skal i alle fall være med i vurderingene når de skal ha vikarer inne, eller vikariater eller ting som oppstår.»*

Utgangspunktet for avtalen var et halvt år sykehustjeneste, og å benytte permisjoner til dette. I en annen kommune, hvor ALIS ikke var kommet så langt i spesialiseringsløpet, fortalte helseleder at det foreløpig ikke hadde vært noe tema å tilrettelegge for institusjonstjenesten. Kommunene i lokalsykehusområdet hadde imidlertid fått til en reell diskusjon med sykehuset om øremerkede stillinger til utdanningskandidater i allmennmedisin.

Uklare forventninger til tilrettelegging i regi av ALIS-Vest prosjektet

ALIS-Vest-prosjektet har hatt som intensjon å være behjelpelig med institusjons-tjenesten. I utlysningsteksten til ALIS-stillinger i 2017 var det beskrevet at det har vært samtaler med spesialisthelsetjenesten om å få etablert faste stillinger i sykehus for å sikre at ALIS får gjennomført institusjonstjenesten. Både i den første og den andre evaluerings-rapporten fra NSDM ble institusjonstjenesten beskrevet som noe som er uavklart og som gjenstår å løse for ALIS og kommunene, med hjelp fra prosjektet. Institusjonstjenesten ble nevnt som en bekymring i større grad i første intervjurunde (2017), enn i den andre (2018). Intervjuene i forbindelse med årets evaluering, viser at det er ulike forventninger og ulik tilrettelegging i en tid som må beskrives som en overgang mellom ordningen med sykehusår som hver enkelt lege i spesialisering ordnet selv, og den nye ordningen med institusjonstjeneste hvor helseforetak og ALIS-prosjekt ser ut til å gjøre en viss tilrettelegging.

Per november 2020 syntes prosjektledelsen i ALIS-Vest å være i tidlig fase for tilrettelegging av institusjonstjeneste. Høsten 2020 var det noen forhandlingsmøter med Helse Bergen, Haukeland sykehus og Haraldsplass sykehus (lokalsykehus for Bergensområdet) for å få på plass utdanningsstillinger for alle ALIS-er knyttet til Helse

Bergen fra 1. mars 2021, det vil si tjenestesteder for allmennleger med rullering hver sjette måned. Det var aktuelt med stillinger på enkelte viktige avdelinger, for eksempel mottaksklinikken, barneklinikken, kvinneklinikken, medisinsk avdeling og geriatrisk avdeling, i hovedsak for ALIS-er fra Bergen kommune men også med tanke på øvrige ALIS knyttet til ALIS-Vest. En helseeleder ga uttrykk for å savne avklaringer med hensyn til institusjonstjenesten, og mente at det har vært uklart hvorvidt ALIS-Vest prosjektet skulle være med å skaffe disse plassene eller ikke:

> *«Så nå har jo (ALIS) skaffet seg en plass selv, sånn som jeg har fått inntrykk av. Jeg vet ikke om hun har fått noe hjelp derifra, det vet jeg ikke.»*

En kommuneoverlege oppga å ha brukt en del tid på å få utformet en midlertidig avtale med helseforetaket om institusjonstjeneste, med bidrag fra ALIS-Vest, i påvente av særavtaler knyttet til tjenesteavtalene og samarbeidsavtalene. Kommunelegen kjente ikke til om andre kommuner har gjort lignende arbeid «*men det var så tidsnød på det at jeg måtte bare sparke i alle retninger og få det gjennom. Det kan jo være at ALIS-Vest har gjort noe lignende, det vet jeg ikke*».

Kommunenes tilrettelegging: være støttende, fleksibel og gi permisjon

Kommunenes tilrettelegging syntes i følge helselederne foreløpig å handle om å vise fleksibilitet og generelt være støttende i forhold til gjennomføring av institusjons-tjenesten. En helseleder i en av kommunene som hadde ALIS i institusjonstjeneste, forklarte at kommunens tilrettelegging for ALIS bestod av å oppfordre til å søke på ledige stillinger, og legge til rette for permisjon, selv om tidspunktet i utgangspunktet var noe vanskelig i forhold til drift av fastlegekontoret:

> *«vi må jo på en måte prøve å legge til rette når det blir lyst ut ledige stillinger og ikke når det passer driften, når vi har ALIS, altså det prøver vi jo på. At de får være med på det de skal og så legger vi inn vikarer for de da».*

I en annen kommune hadde helselederen vært i dialog med ALIS om tidspunkt for gjennomføring av institusjonstjenesten. Kommunens holdning var at ALIS kunne legge dette opp etter eget ønske, og samtidig ønsket man å tilpasse gjennomføringen i forhold til andre fastlegers planlagte permisjoner. Helselederen i en tredje kommune fortalte at de ikke har hatt noen tilretteleggingsrolle for ALIS sin institusjonstjeneste. Helselederen observerte at ALIS-er tenker ulikt om hvordan de ønsker å gjennomføre institusjonstjenesten: «*det er jo snakk om unge folk alle disse her som har små barn, sånn at det er litt ulikt, om de vil ta med seg familien og reise og ta spesialiseringen eller om de vil gjøre det lokalt og som en del av arbeid, vanlig hverdag*».

Bedre å sende ALIS til sykehus enn til kommunale enheter?

Helseleder i en stor kommune fortalte at da kommunen ble registrert som utdanningsvirksomhet, registrerte de egne virksomheter som ble godkjent for institusjonstjeneste (med 100 prosent overlegestilling tilknyttet institusjonen). Det ble også jobbet opp mot spesialisthelsetjenesten for å få en avtale med de. En annen helseleder så det ikke som så aktuelt å ha institusjonstjeneste i KAD-avdelinger eller andre enheter i primærhelsetjenesten: «*...tror det er gunstig at LIS legene har sykehusår på skikkelig vis.*» Helselederen mente at med tanke på etablering av helsesamarbeid og pasientflyt (som de slet med), var det positivt at ALIS var inne i spesialisthelsetjenesten for å få erfaring og bli kjent: *«de skal, må ut å lukte litt og. Det er viktig.*»

4.4 Oppsummering

Deltakelsen i ALIS-Vest har bidratt til å endre legetjenesten i deltakerkommunene. ALIS-modellen som er direkte finansiert gjennom ALIS-Vest er spredt innenfor noen deltakerkommuner, samtidig som rimeligere ALIS i næring-modeller er under utvikling. I en stor kommune er det opprettet et eget kommunalt legesenter for at legevaktsleger og ØDH-leger skal kunne gjennomføre åpen uselektert allmennpraksis og fullføre sin spesialisering.

Helseledere har opplevd et begrensa spillerom i utforming av ALIS-avtaler. ALIS-er har opplevd varierende grad av fleksibilitet i form av hvor lydhøre og åpne helseledelsen i kommunene er for å endre ALIS-avtaler underveis, hvis dette tas opp. Mye er fortsatt uklart hva som skal skje med utdanningsstillingene etter gjennomført spesialisering.

ALIS-er foretrekker å vente med institusjonstjenesten til de har arbeidet noen år på egen pasientliste. En statusbeskrivelse av gjennomføring av institusjonstjenesten i ALIS-Vest viser at det var utydelige forventninger til hvilken tilrettelegging som skal foregå i regi av ALIS-Vest prosjektet, avtaler med helseforetak gjenstår for nye kommuner i ALIS-Vest, og det var variasjon i tilretteleggingen som allerede har foregått i de opprinnelige kommunene i ALIS-Vest i denne overgangsperioden mellom gammel og ny spesialiseringsordning.

5 ALIS OG KOMMUNENS KOSTNADER

Kommunenes kostnader knyttet til det å ha en fastlønnet ALIS inngår som en del av det som kartlegges i følgeevalueringen av ALIS-Vest. Et hovedpremiss ved 1. generasjon ALIS i ALIS-Vest, er at de skal ha fast lønn. En fastlønnet lege antas å innebære en merkostnad for kommunen – hvis man legger hovedmodellen for organisering og finansiering av fastlegeordningen til grunn for beregningene. Hvor store disse ekstra kostnadene er, kan variere mye. De avhenger av mange ulike kontekstuelle forhold som legens erfaring og produktivitet, listelengde, tilgjengelig arbeidstid til å betjene listen, lønnsnivå, kostnader forbundet med spesialistutdanningen samt kostnader ved drift av legekontoret knyttet til tilsatt hjelpepersonell, lokaler og medisinsk/teknisk utstyr. Hva som er rimelig å regne som en kostnad for en ALIS, kan også avhenge av hva kommunen har av merkostnader knyttet til øvrige fastleger i kommunen.

I fjorårets rapport fra følgeforskningen synliggjorde vi variasjoner i kommunenes kostnader i 2018 ved å ha en ALIS, med fire ulike eksempler: ALIS 1, ALIS 2, ALIS 3 og ALIS 4 (Gaski et al 2020). De fire ALIS-ene representerte ALIS i varierende kontekst (som beskrevet over). Beregningene viste at kommunens kostnader i 2018 knyttet til de fire ALIS-eksemplene varierte mellom 436 000 og 830 000 kroner. Vi konkluderte fjorårets analyse med å anta at kommunenes kostnader vil blir mindre etter hvert som legene fullfører mer av spesialistutdanningen i allmennmedisin og blir mer faglig kompetent samtidig som de får mer erfaring og kapasitet til å øke den aktivitetsbaserte inntjeningen, ivareta en større listepopulasjon (gjelder de som har startet med en 0-liste) og gjøre annet allmennmedisinsk arbeid.

I beregningene gjort i dette kapitlet synliggjør vi hva de fire ALIS-ene kostet kommunen i 2019[6]. Som i fjorårets regnestykker, har vi for å beregne kostnadene også denne gangen sammenliknet kommunens utgifter til ALIS med finansieringselementene i hovedmodellen for finansiering av fastlegers arbeid. Vi ser videre på hvordan kostnadene har utviklet seg fra 2018 til 2019.

Videre i dette kapitlet presenterer vi først den lokale konteksten rundt de fire ALIS-ene og hovedresultatene i kostnadsanalysene for 2018 og 2019. Deretter viser vi mer detaljert gangen i kostnadsanalysen for 2019. Vi beskriver først hvilke ulike utgifter kommunene har rapporter for 2019 og gjør sammenlikninger med tall for 2018. Deretter beregner vi tilgjengelig finansiering for utgiftene i 2019 med utgangspunkt i hovedmodellen for finansiering av fastlegeordningen. Her gjør vi også sammenlikninger

[6] Vi har for enkelhets skyld brukt kronebeløp slik de er rapporter av kommunene for 2018 og 2019 og ikke gjort noen justeringer basert på endring i konsumpris fra 2018 til 2019.

med tall for 2018. Vi diskuterer deretter kostnadene for 2019 med utgangspunkt i den enkelte ALIS og gjør sammenlikninger med 2018. Vi avslutter kapitlet med noen vurderinger om antatt videre kostnadsutvikling for kommunene.

5.1 ALIS i kontekst – fire eksempler

Figur 3 gir en beskrivelse av noen kostnadsrelevante aspekter ved konteksten de fire ALIS-ene inngår i som eierskap til legekontoret de jobber ved, driftsformen til øvrige fastleger ved legekontoret, listetype og listelengde. Den viser også hovedresultatet av kostnadsanalysene knyttet til den respektive ALIS i 2018 og 2019.

ALIS 1 arbeider på et privat eid legekontor. De øvrige legene er privat næringsdrivende etter hovedmodellen i fastlegeordningen. Kommunen har kjøpt ALIS 1 sin liste fra en privat næringsdrivende lege. Kommunen kjøpte samtidig denne legens eierandel i legekontoret. Per 31.12.2018 var det 700 listeinnbyggere på ALIS 1 sin liste. Per 31.12.2019 var antall listeinnbyggere fortsatt 700. Fra 1. oktober 2018, ble 20 prosent av ALIS 1 sin stilling knyttet til ivaretakelse av annet allmennlegearbeid for kommunen. Denne stillingsandelen vedvarte i hele 2019. Våre beregninger viser at ALIS 1 kostet kommunen 571 000 kroner i 2019. Dette var 259 000 kroner mindre enn i 2018.

Tilknyttet ALIS 1 har kommunen oppgitt at de i 2018 og 2019 hadde vikarutgifter på henholdsvis 300 000 kroner og 330 000 kroner. Dette er utgifter som kommunen har hatt i forbindelse med ALIS 1 sitt fravær fra legekontoret. Det er imidlertid knyttet usikkerhet til om hele dette beløpet kan knyttes til ALIS 1. Vi har som en forenkling, valgt å ikke inkludere disse ekstraordinære utgiftene i våre regnestykker.

ALIS 2 arbeider også ved et privat eid legekontor hvor de øvrige legene driver privat næringsdrift etter hovedmodellen. ALIS 2 startet med 0-liste. Parallelt med oppbyggingen av egen liste har ALIS 2 hatt aktivitetsbasert inntjening (takstinntekter fra HELFO og egenbetaling fra pasienter) for arbeidet med pasienter på listene til de øvrige fastlegene ved legekontoret. Per 31.12.2018 var det 385 listeinnbyggere på ALIS 2 sin liste. Per 31.12.2019 hadde antall listeinnbyggere økt til 491. Fra 1. januar 2019 ble 5 prosent av ALIS 2 sin stilling knyttet til ivaretakelse av annet allmennlegearbeid for kommunen. Våre beregninger viser at ALIS 2 kostet kommunen 420 000 kroner i 2019. Dette var 339 000 kroner mindre enn i 2018.

ALIS 3 arbeider på et kommunalt eid legekontor. Ved dette legekontoret er det flere ALIS som alle er ansatt med fast lønn. De øvrige fastlegene ved legekontoret er privat næringsdrivende med 0-avtale med kommunen. Dette innebærer at kommunen både nå og tidligere dekker en god del av utgiftene knyttet til driften av fastlegetjenesten. Deltakelsen i ALIS Vest inngår i en større omlegging av organiseringen av legetjenesten i

kommunen hvor to legekontor er slått sammen til ett og antall fastlegehjemler er økt. I forbindelse med tilsettingen av flere ALIS, laget kommunen tre lister av det som i utgangspunktet var to. Den ene listen eide kommunen. Den andre kjøpte de fra en privat næringsdrivende lege. ALIS 3 har en av disse tre listene. Per 31.12.2018 var det 864 listeinnbyggere på ALIS 3 sin liste. Per 31.12.2019 var antall listeinnbyggere redusert til 750. ALIS 3 hadde både i 2018 og 2019, 5 prosent av sin stilling knyttet til ivaretakelse av annet allmennlegearbeid for kommunen. I 2019 reforhandlet ALIS sin fastlegeavtale med kommunen og gikk fra en fastlønnsavtale til en avtale med fastlønn og bonus. Bonus innebærer at ALIS 3 får utbetalt 20 prosent av egen inntjening av refusjoner og egenandeler fra pasienter. Våre beregninger viser at ALIS 3 kostet kommunen 570 kroner i 2019. Dette var 134 000 kroner mer enn i 2018.

ALIS 4 arbeider på et kommunalt eid legekontor. De øvrige fastlegene ved kontoret er ansatt i kommunen og har fast lønn. ALIS 4 er tenkt inn i et forestående generasjonsskifte blant fastlegene på legekontoret. I påvente av dette bygger ALIS 4 en egen 0-liste som forventes kraftig utvidet som følge av generasjonsskiftet. Kommunen har hatt god stabilitet i fastlegetjenesten i mange år og det er foreløpig en utfordring å få innbyggere til å velge ALIS 4 som fastlege. Per 31.12.2018 var det 222 listeinnbyggere på ALIS 4 sin liste. Per 31.12.2019 hadde antall listeinnbyggere økt til 278. ALIS-stillingen er opprettet i samarbeid med en annen kommune. ALIS 4 jobber på sin egen og andre legers liste og hadde både i 2018 og 2019 annet allmennmedisinsk arbeid både i tilsettingskommunen og samarbeidskommunen tilsvarende 35 prosent av stillingen. Avtalen med nabokommunen er sagt opp fra 1. januar 2020. Våre beregninger viser at ALIS 4 kostet kommunen 402 000 kroner i 2019. Dette var 37 000 kroner mindre enn i 2018.

Kostnadene for den enkelte ALIS framkommer ved å legge sammen kommunens samlede utgifter (se kapittel 1.2) og trekke fra tilgjengelig finansiering (se kapittel 1.2). I det videre vil vi gå mer detaljert inn i dette.

	ALIS 1	ALIS 2	ALIS 3	ALIS 4
Type kontor:	Privat	Privat	Kommunalt	Kommunalt
Andre leger:	Hovedmodell	Hovedmodell	0-avtale	Fast lønn
Listetype:	Kjøpt	0-liste	Kjøpt	0-liste
Listelengde per 31.12.2018:	700	385	864	222
Listelengde per 31.12.2019:	700	491	750	278
Kostnad 2018 (kr):	830 000	759 000	436 000	439 000
Kostnad 2019 (kr):	571 000	420 000	570 000	402 000

Figur 1: Oppsummert om kostnadskontekst og kommunal kostnad knyttet til fire ALIS i 2018 og 2019.

5.2 Utgifter, finansiering og kostnader for fire ALIS i 2019

I våre beregninger er kommunens kostnader knyttet til ALIS avgrenset til arbeid med listepopulasjonen. Dette fordi både annet allmennmedisinsk arbeid og legevakt er oppgaver som i sin helhet finansieres av kommunen og dermed ikke omfattes av hovedmodellen for finansiering av fastlegeordningen. Hovedmodellen forutsetter at fastlegen inngår en individuell avtale med kommunen om privat næringsdrift for å ivareta individrettet kurativt legearbeid for en definert listepopulasjon, kombinert med en kommunal deltidsstilling på inntil 7,5 timer for å gjøre andre allmennlegeoppgaver[7].

I det videre beskriver vi detaljene i beregningene av utgifter og finansiering, før vi til slutt sammenholder disse for å beregne kommunens kostnader (kostnader = utgifter - finansiering) i 2019.

[7] FOR-2012-08-29-842 Forskrift om fastlegeordning i kommunene

Alle de fire ALIS ble ved tiltredelse ansatt med fast lønn. Det er opp til kommunen og ALIS å avtale lønnsnivå. Kommunene som deltar i ALIS-Vest, var ved prosjektstart enige om at de kommunene som har minst utfordringer med å rekruttere leger, ikke skal være lønnsledende. Fastlønnsnivået varierer følgelig mellom ALIS i ulike kommuner. Figur 4 viser at lønn og sosiale utgifter for de fire ALIS-eksemplene i 2019 varierte mellom 0,94 og 1,174 mill. kroner – altså innenfor et variasjonsspenn på 234 000 kroner. Variasjonsspennet i lønn og sosiale utgifter i 2019 var 8,6 prosent lavere enn i 2018. For ALIS 4 var utgiften den samme i 2018 og 2019, mens for de øvrige ALIS var lønn og sosiale utgifter justert opp med mellom 2,4 og 10 prosent. ALIS 3 hadde i 2019 en fastlegeavtale som innebar en bonusutbetaling på 165 000 kroner som tilsvarer 20 prosent av egen inntjening av refusjoner og egenandeler fra pasienter. Bonusutbetalingen er i det videre regnet inn som del av lønn og sosiale utgifter for ALIS 3.

Alle fire ALIS ivaretok annet allmennmedisinsk arbeid for kommunen i 2019. Stillingsandelene til dette arbeidet varierte mye, mellom 5 og 35 prosent. I beregningene av kommunenes utgifter til ALIS, holdes utgiftene knyttet til det allmennmedisinske arbeidet som ALIS gjør for kommunen utenfor det videre regnestykket. Det er utgiftene knyttet til listearbeidet som er relevant å ta med.

Stillingsdetaljer 2019	ALIS 1	ALIS 2	ALIS 3	ALIS 4
Lønn og sosialt (kr):	1 099 000	940 000	1 162 000	1 174 000
Bonus (20%):			165 000	
Kommunalt arbeid:	20%	5%	5%	35%

Figur 2: Stillingsdetaljer knyttet til fire ALIS i 2019

Utgifter

Figur 5 viser at lønn og sosiale utgifter for de fire ALIS-enes listearbeid, varierte mellom 0,763 og 1,269 millioner kroner – altså innenfor et variasjonsspenn på 506 000 kroner. Variasjonsspennet i lønn og sosiale utgifter knyttet til listearbeidet var 41 prosent høyere i 2019 sammenliknet med 2018.

ALIS genererer driftsutgifter ved legekontoret som det er rimelig å legge inn i regnestykket. Figur 5 viser at disse driftsutgiftene varierte mellom 375 000 og 792 000 kroner. Variasjonen her tilskrives ulikheter i dimensjonering og type hjelpepersonell, lokaler og medisinsk/teknisk utstyr ved de ulike legekontorene som ALIS er knyttet til. For **ALIS 4** var driftsutgiftene rapportert å være de samme i 2018 og 2019, mens de blant de øvrige ALIS hadde økt med mellom 5 og 14 prosent fra 2018 til 2019. Vi har ingen informasjon om årsaken til variasjonen.

Det er knyttet utdanningsutgifter til ALIS som blant annet handler om graden av formaliserte avtaler om veiledning og supervisjon, samt geografiske avstander med tilhørende reisekostnader for ALIS ved å delta i veiledningsgruppe og kurs. Figur 5 viser at disse utgiftene varierer mye mellom de fire ALIS-ene[8]. For alle ALIS var utdanningsutgiftene lavere i 2019 sammenliknet med 2018. For **ALIS 1**, **2** og **4** rundt 40 prosent lavere, mens de for **ALIS 3** var redusert med nær 16 prosent.

I figur 5 summeres kommunens totale utgifter i 2019 for de fire ALIS-eksemplene. Utgiftene varierer mellom 1,170 og 2,028 millioner kroner, altså innenfor et variasjonsspenn på 858 000 kroner. Variasjonsspennet i kommunenes utgifter var 24,4 prosent høyere i 2019 sammenliknet med 2018.

Utgifter 2019	ALIS 1	ALIS 2	ALIS 3	ALIS 4
Lønn og sosialt for listearbeid (kr):	879 000	893 000	1 269 000	763 000
Driftsutgifter (kr):	792 000	555 000	616 000	375 000
Utdanningsutgifter (kr):	113 000	40 000	143 000	32 000
Sum (kr):	1 784 000	1 488 000	2 028 000	1 170 000

Figur 5: Kommunens utgifter knyttet til fire ALIS i 2019

[8] Det kan diskuteres om også driftsutgifter og utdanningsutgifter burde vært redusert tilsvarende reduksjonen for lønn og sosiale utgifter. Men for enkelhetsskyld har vi ikke gjort det i dette regneeksempelet.

Finansiering

Beregningene av tilgjengelig finansiering for de fire ALIS-eksemplene, bygger i hovedsak på hovedmodellen for finansiering av fastlegeordningen hvor basistilskudd, refusjoner fra HELFO, egenandeler og utjamningstilskudd inngår. I utgangspunktet er det ment at hovedmodellen for finansiering av fastlegeordningen skal dekke alle utgifter knyttet til en fastleges virksomhet. Utgifter som ikke dekkes av hovedmodellen, må dekkes av andre. I tilfeller hvor legen er ansatt i kommunen, er det naturlig at kommunen dekker disse utgiftene. I tilfeller hvor legen er selvstendig næringsdrivende, er det legen selv som må dekke dem.

En fastlege som driver privat næringsdrift etter hovedmodellen, får sin inntekt fra fire hold: basistilskudd per listeinnbygger, statlige refusjoner, pasienters egenandeler og den eventuelle kommunale deltidsstillingen. For den kommunale deltidsstillingen betaler kommunen praksiskompensasjon for hver time fastlegen er fraværende fra egen praksis for å ivareta andre allmennlegeoppgaver. De får i tillegg fast lønn for de timene de jobber. De kan alternativt få honorar for den kommunale deltidsstillingen.

I kommuner med mindre enn 5 000 innbyggere skal kommunen gi et utjamningstilskudd til næringsdrivende fastleger dersom gjennomsnittlig listelengde i kommunen er lavere enn 1 200 personer. Utjamningstilskuddet skal svare til differansen mellom basistilskuddet for 1 200 personer og basistilskuddet for gjennomsnittlig listelengde i kommunen. Utjamningstilskuddet er dermed et likt beløp for alle fastleger i kommunen uavhengig av den enkeltes listelengde. Kommunen hvor ALIS 4 er tilsatt, er den eneste med under 5 000 innbyggere og følgelig den eneste kommunen hvor det er aktuelt å beregne utjamningstilskudd.

Figur 6 viser den samlede finansieringen fra disse hovedmodellelementene i 2019 for de fire ALIS-eksemplene.

Kommunene som deltar i ALIS-Vest får et tilskudd per år på 200 000 kroner fra prosjektet og bidrar selv med en egenfinansiering på 50 000 kroner. Dette ga i 2019 et netto tilskudd på 150 000 kroner per kommune som i figur 3 framkommer som ALIS-Vest tilskudd. Vi har regnet dette inn som del av den tilgjengelige finansieringen for ALIS-stillingen.

I våre beregninger for 2019, varierer den samlede tilgjengelige finansieringen for de fire ALIS-eksemplene mellom 0,732 og 1,458 millioner kroner – et variasjonsspenn på 729 000 kroner. Den samlede tilgjengelige finansieringen for de fire ALIS-eksemplene ble i 2018 beregnet til mellom 0,732 og 1,051 millioner kroner – et variasjonsspenn på 319 000 kroner. Variasjonen i 2018 skyldtes i all hovedsak variasjon i listelengde de fire

ALIS-ene imellom. I 2019 kan variasjonen også tilskrives variasjon i listelengde, men også i inntjening (refusjoner og egenandeler). Variasjonsspennet i beregnet tilgjengelig finansiering økte med 28,5 prosent fra 2018 til 2019.

Finansiering 2019	ALIS 1	ALIS 2	ALIS 3	ALIS 4
Basistilskudd, utjamningstilskudd* refusjoner og egenandeler:	1 062 813	917 301	1 308 000	617 500*
ALIS-Vest tilskudd:	150 000	150 000	150 000	150 000
Sum:	**1 212 813**	**1 067 301**	**1 458 000**	**767 500**

Figur 6: Tilgjengelig finansiering knyttet til fire ALIS i 2019

Kostnader

Figur 7 viser kommunens kostnader i 2019 knyttet til de fire ALIS-eksempler. Kostnadene har framkommet ved å legge sammen kommunens samlede utgifter (se figur 5) og trekke fra tilgjengelig finansiering (se figur 6). Beregningene viser at kommunens kostnader i 2019 knyttet til de fire ALIS-eksemplene varierte mellom 402 000 og 571 000 kroner. Variasjonsspennet var på 169 000 kroner.

ALIS 2 og ALIS 4 genererte de laveste kostnadene for kommunen i 2019. Kostnadene for ALIS 1 og ALIS 3 lå på et noe høyere nivå og var ellers nesten helt like. ALIS 2 og ALIS 4 hadde betydelig lavere listelengde enn de øvrige to. Det var også knyttet betydelig lavere utdanningskostnader til ALIS 2 og ALIS 4 sammenliknet med de to øvrige. ALIS 2 kom ut med de nest laveste kostnadene for kommunen. Dette skyldes et relativt sett lavt lønnsnivå kombinert med en relativt sett høy inntjening og lave utdanningskostnader. ALIS 4 kom - til tross for et relativt sett høyt lønnsnivå og en lav inntjening - ut med de laveste kostnadene for kommunen. Dette har sammenheng med en høy stillingsprosent

knyttet til annet allmennlegearbeid for kommunen, lave driftskostnader, lave utdanningskostnader og at utjamningstilskudd er lagt inn som del av tilgjengelig finansiering. Hovedårsakene til at kostnadene for ALIS 1 og 3 lå på et høyere nivå enn for ALIS 2 og 4, var høye driftskostnader og betydelig høyere utdanningsutgifter – spesifikt knyttet til veiledning.

Sammenliknet med 2018, ble kommunens kostnader i 2019 redusert for ALIS 1, 2 og 4 med henholdsvis 259 000, 339 000 og 37 000 kroner, mens de økte med 134 000 kroner for ALIS 3.

Kostnad for kommunen 2019	ALIS 1	ALIS 2	ALIS 3	ALIS 4
Utgifter (kr):	1 784 000	1 487 000	2 028 000	1 170 000
- Finansiering (kr):	1 213 000	1 067 000	1 458 000	768 000
= Kostnad (kr):	571 000	420 000	570 000	402 000

Figur 7: Kommunens kostnader knyttet til fire ALIS i 2019

5.3 Vurderinger

Da vi gjorde beregninger av kommunenes utgifter, tilgjengelig finansiering og kostnader basert på tall for 2018 (Gaski et al 2020), var vår prognose at kommunens kostnader i de fire ALIS-eksemplene vil reduseres i takt med legenes økte erfaring. Vi forventet blant annet at alle de fire ALIS-ene vil bli mer effektive leger med mer erfaring og at de ville øke den aktivitetsbaserte inntjeningen (refusjoner og egenandeler). Våre beregninger for 2019 viser at dette var tilfelle for ALIS 1, 2 og 3 som hadde henholdsvis 25 prosent, 7,5 prosent og 34 prosent høyere inntjening per listeinnbygger, mens ALIS 4 hadde 30 prosent lavere inntjening per listeinnbygger i 2019 sammenliknet med 2018. Beregningene viser videre at inntjeningen per listeinnbygger varierte mye ALIS-ene imellom. I 2019 hadde ALIS 2 høyest inntjening per listeinnbygger. ALIS 2 hadde 90 prosent høyere inntjening per listeinnbygger sammenliknet med ALIS 4 som hadde lavest, og 35 og 15 prosent høyere inntjening per listeinnbygger enn henholdsvis ALIS 1 og ALIS 3. Disse beregningene indikerer at det er betydelige individuelle forskjeller ALIS-

ene imellom. ALIS 2 sin høye inntjening per listeinnbygger, kan skyldes at legen har tatt konsultasjoner for de andre fastlegene ved legekontoret parallelt med oppbygging og betjening av egen liste.

Vi antok også at økt erfaring vil gi kapasitet til å ivareta en større listepopulasjon. Rapporteringene viser at ALIS 2 var den som har økt antall listeinnbyggere mest. ALIS 4 hadde en beskjeden økning. ALIS 1 hadde samme antall listeinnbyggere ved utgangen av 2019 som ved utgangen av 2018, mens ALIS 3 i samme periode reduserte antall listeinnbyggere betydelig. De fire ALIS-ene hadde ved utgangen av 2019, en mer lik listelengde enn ved utgangen av 2018 - men det er fortsatt stor variasjon i listelengden dem imellom. Vi mener det fortsatt er grunn til å forvente at ALIS-ene på sikt vil ha kapasitet til å ivareta en større listepopulasjon.

Vi antok videre at mer erfaring også vil gi kapasitet for annet allmennlegearbeid. ALIS 4 har siden starten hatt en høy prosentandel annet allmennlegearbeid i sin stilling. Denne vil neppe øke. Det er snarere grunn til å anta at den vil bli redusert siden kommunen har sagt opp avtalen med den samarbeidende kommunen hvor ALIS 4 har utført en del av annet allmennlegearbeid. ALIS 2 og ALIS 3 hadde i 2019 lave stillingsprosenter knyttet til annet allmennlegearbeid. ALIS 2 er ansatt i en folkerik kommune som i stor grad løser disse oppgavene med kommunalt ansatte leger og ikke fastleger. Det er derfor interessant å se om stillingsprosenten vil øke med tiden for ALIS 2. ALIS 3 arbeider i en mindre kommune hvor fastleger tradisjonelt tar hånd om annet allmennlegearbeid. Det er derfor grunn til å anta at stillingsandelen til denne typen arbeid vil øke på sikt.

Tallene for 2018 viste at det var stor variasjon i kommunenes utdanningsutgifter - særlig til veiledning. Vi antok et det på sikt vil skje tilpasninger som gjør disse utgiftene mer like kommunene imellom. Rapporteringene fra kommunene for 2019, viser at utgiftene til veiledning for noen kommuner ligger på omtrent samme nivå som i 2018, mens de for noen kommuner er redusert. Det er imidlertid fortsatt stor variasjon i veiledningsutgiftene. Vi har imidlertid fortsatt tro på at disse utgiftene vil bli mer lik kommunene imellom over tid.

Vi antok til slutt at alle de fire ALIS vil ha en lønnsutvikling. Våre beregninger viser kommunenes lønnsrelaterte utgifter har økte for alle ALIS fra 2018 til 2019, samtidig var størrelsen på økningen ulik. Vi antok i fjorårets rapport at ALIS 1, 2 og 3 vil kunne finne det attraktivt å endre sine fastlegeavtaler med kommunen fra fastlønnsavtaler mot større eller mindre grad av næringsdrift ettersom de blir mer erfarne i fastlegejobben. Så langt, er det bare ALIS 3 som har endret sin avtale til en fastlønnsavtale med bonus. Dette har økt ALIS 3 sin inntekt. ALIS 3 har som forventet økt inntjeningen per

listeinnbygger. Men siden listen samtidig er redusert, endte kommunen opp med høyere kostnader i 2019 sammenliknet med 2018.

Når det gjelder tallenes størrelsesorden, er det grunn til å minne om at datagrunnlaget er lite og at det derfor er viktig å være forsiktig med å trekke bastante konklusjoner. Det varierer hvor vant kommunene i ALIS-Vest er med å bruke penger på legetjenesten. Vurderingene av hva ALIS koster blir dermed relativ til det utgangspunktet den enkelte kommune starter med. De mest kostnadsvante kommunene har kanskje ikke regnet inn absolutt alle utgifter. Her ligger det et usikkerhetsmoment.

5.4 Oppsummering

Kommunenes kostnader med å ha en fastlønnet ALIS er synliggjort med et skjønnsmessig utvalg av fire eksempel. Kostnadsanalysene for 2018 og 2019 knyttet til den respektive ALIS, viser at:

- kommunenes kostnader i 2019 var lavere enn i 2018 for tre av fire ALIS
- kostnadsvariasjonen de fire ALIS-ene imellom var mindre i 2019 sammenliknet med 2018

Våre beregninger viser at kommunens kostnader i 2019 knyttet til de fire ALIS-eksemplene varierte mellom 402 000 og 571 000 kroner. Spennet mellom laveste og høyeste kostnad var på 169 000 kroner. I 2018 varierte kommunenes kostnader mellom 436 000 og 830 000 kroner. Spennet mellom laveste og høyeste kostnad var da 394 000 kroner. Kostnadsspennet ble følgelig redusert med 57,1 prosent fra 2018 til 2019.

Eksemplene viser at kommunenes kostnader er svært kontekstavhengige. Både utgifter og finansiering varierer med kontekst. Vi antar at kommunenes kostnader blir mindre etter hvert som mer av spesialistutdanningen i allmennmedisin fullføres, ALIS-ene får mer erfaring og kapasitet til å øke den aktivitetsbaserte inntjeningen, en større listepopulasjon kan ivaretas, og kapasiteten til å gjøre annet allmennlegearbeid øker. Vurderingene av hva ALIS koster er relativ til det utgangspunktet den enkelte kommune startet med. Nytten av en stabil ALIS er potensielt stor men utfordrende å tallfeste. Vi har ikke gjort noe forsøk på slik tallfesting i våre beregninger.

6 NY GENERASJON PÅ NY ORDNING

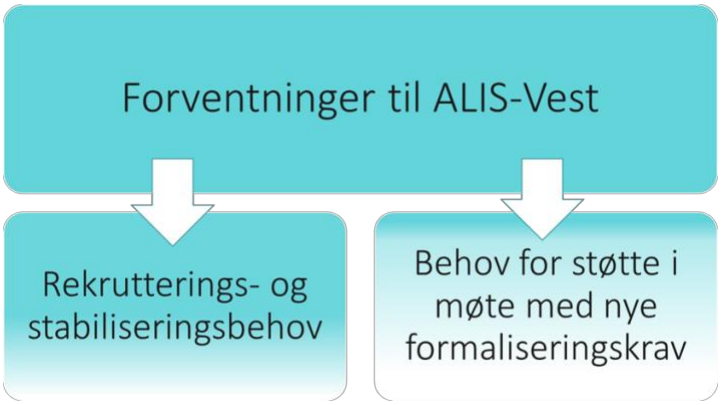
Formålet med del-undersøkelsen som presenteres i dette kapitlet har vært å kartlegge trekk ved organisering av ALIS–Vest stillingene i de åtte nye deltakerkommunene i Rogaland (Sauda, Suldal, Tysvær, Time og Karmøy) og Møre og Romsdal (Giske, Hustadvika, Ålesund), sett i lys av lokale forhold og vurderinger og ny spesialiseringsforskrift for allmennmedisin.

Flertallet av kommunene startet opp sin deltagelse i ALIS-Vest i løpet av våren 2020. To kommuner planla tilsetting i ALIS-stillingen høsten 2020 (Tabell 3). Utgangspunktet for undersøkelsen var en nysgjerrighet på hvilken rolle og betydning ALIS-Vest er i ferd med å få for en ny generasjon deltakende kommuner, og i en kontekst hvor nasjonale reformer har gjort flere av prosjektets definerende grep til en del av en ny nasjonal norm.

Tabell 3: ALIS-Vest oppstart i nye kommuner i Møre og Romsdal og Rogaland

Fylke	Kommune	Første ALIS i prosjektet tilsatt
Møre og Romsdal	Giske	1.3.2020
	Hustadvika	1.3.2020
	Ålesund	1.3.2020
Rogaland	Sauda	1.7.2019
	Suldal	Høst 2020
	Tysvær	1.2.2020
	Time	Høst 2020
	Karmøy	1.9.2019

Et hovedtema i intervjuene med informanter i nye ALIS-Vest-kommuner var at kommunene kjennetegnes av både gjenkjennelige behov for rekruttering og stabilisering i legetjenestene (avsnitt 1-2), samt økte støttebehov av nyere dato tilknyttet ny spesialiseringsforskrift (avsnitt 3-4). Figur 8 illustrerer hvordan intervjuene tematiserer en forventning i kommunene til at deltagelse i ALIS–Vest skal bidra til å møte begge typer behov. Den lyseste fargegraderingen i figuren skal illustrere hvordan økte støttebehov så langt synes mindre dekket av ALIS-Vest enn de mer gjenkjennelige behovene for rekrutterende og stabiliserende utdanningsløsninger.



Figur 8: Forventninger til ALIS-Vest om å møte både kjente og nye behov

Kommunenes fokus i innledende fase syntes først og fremst å ligge på lokale læringsarenaer, mens etableringen av samarbeid med sykehus for oppnåelse av læringsmål der, gjenstår. I denne innledende fasen tematiseres tilpasning til ny spesialiseringsordning ikke som en helt ny rolle for kommunene, men snarere som et arbeidskrevende formaliseringsarbeid og en kompliserende byråkratisering av allerede etablerte utdanningsrelaterte arenaer og praksiser lokalt.

6.1 Deltar av rekrutterings – og stabiliseringshensyn

De nye deltakerkommunene i ALIS-Vest har legetjenester av ulik størrelse, fra den minste legetjenesten med sju fastlegehjemler i kommunen, til den største med 63 fastleger. Legetjenesten i kommunene er også ulikt organisert. Tre av de minste kommunene har valgt å samle fastlegene i ett senter (Tabell 4). Trass i bredden i utvalget har alle kommunene vekt på rekruttering og/eller stabilisering i valg og lokal operasjonalisering av ALIS-Vest som utdanningsmodell.

Fokus i ALIS-Vest på rekrutterings- og stabiliseringsmål i sammenheng med utdanning synes i stor grad å gi gjenklang på tvers av alle de nye kommunene, og er et trekk ved modellen som vektlegges som en styrke:

> *«Vi har egentlig brukt det (ALIS–Vest) som en del av rekrutteringsplanen vår. Å gjøre det litt mer attraktivt for legene å søke her og bli værende. For da vet de at det er en strukturert plan for deres utdanningsforløp og spesialisering. … De som er ALIS kandidater ønsker helst å begynne som kommunalt ansatt.»*
> *Helseleder)*

ALIS-Vest forbindes med rekrutterende betingelser for ALIS, som synes avgjørende for å innhente godt kvalifiserte søkere i mange tilfeller:

««Å ikke skulle måtte kjøpe seg inn på noen ting og skulle ha mulighet for å ha sykefravær og fri lønn under kurs. Den pakken solgte vi inn for å få vedkommende til å ta stillingen. … Det har jo vært utfordringer med rekrutteringen … vi har ikke kunnet velge fra øverste eller midtre hylle for å si det sånn. Nå, ved å tilby noe sånt kunne vi plukke fra øverste hylle.» (Lokal veileder for ALIS)

Tabell 4: Deltakerkommunenes fastlegetjenester:

Fylke	Kommune	Fastlegehjemler inkludert ALIS[9]	Antall legesenter	Driftsmodell
Møre og Romsdal	Giske	10	1	Privat næringsdrift i kommunalt eid senter med gode leiebetingelser) (1 fastlege har fastlønn)
	Hustadvika	12	2	Privat næringsdrift, legesenteret hvor ALIS jobber har 0-avtale.
	Ålesund	64	16	Fastlønn (8 legesentre), privat næringsdrift (8 legesentre)
Rogaland	Sauda	8	1	Fastlønn
	Suldal	7	1	Fastlønn
	Tysvær	10	4	Privat næringsdrift i kommunalt eid senter med gode leiebetingelser.
	Time	17	3	Privat næringsdrift
	Karmøy	28	6	Fastlønn med bonus, privat næringsdrift

Tre kommuner rekrutterte en LIS1 med ALIS–Vest betingelser til å fortsette i legesenteret. To kommuner hadde allerede ansatt nye fastleger som så fikk tilbud om ALIS-Vest stillingen i stabiliseringsøyemed. Øvrige kommuner anvendteALIS-Vest stillingen i utlysning. Alle kommuner vektla det økonomiske tilskuddet som følger med en ALIS-Vest stilling som en støtte til kommunens rekrutterings– og stabiliseringsstrategi, som en gjerne så utvidet til alle ALIS i kommunen. Tilskuddet åpner for gode betingelser for den av ALIS-ene som mottar ALIS-Vest stillingen, ved at utgifter til kurs- og veiledningsrelatert fravær dekkes.

Like eller ulike betingelser for ALIS-ene i samme kommune?

Ulike betingelser for ulike ALIS i samme kommune trekkes imidlertid fram som et tema en har vært nødt til å ta stilling til. Enkelte beskrev for eksempel pågående vurderinger om hvorvidt en skal prioritere å anvende ALIS-Vest stillingen til rekruttering av nye eller

[9] Supplert med informasjon fra Timehelsenorge.no

til stabilisering av allerede etablerte, men ikke ferdig spesialiserte, fastleger i kommunen. At noen, men ikke alle, får gode betingelser, skaper ikke nødvendigvis trivsel og stabilitet. Flere tok opp dilemmaet som følger av at gode, rekrutterende betingelser i prosjektet kan skape urettferdige forskjeller for ALIS i andre stillinger:

> *«De her godene med å dekke utgifter hvis de drar på kurs og sånn. Det er bare ALIS-Vest legen som får. … Jeg tror kanskje dem som er mest skadelidende det er dem som er LIS3 som ikke er inne i en sånn type prosjektstilling og som er selvstendig næringsdrivende. Fordi du må bruke en god del tid på utdanning som du ikke har kompensasjon for.» (Helseleder)*

Flere uttrykte et ønske om flere tildelte ALIS-Vest stillinger for å kunne tilby et mer rettferdig og tilfredsstillende system på tvers. Enkelte kommuner tilbyr for egen regning like betingelser for alle sine ALIS for å stimulere til trivsel og stabilisere i bredden, men uttrykte en forventning om at slike betingelser utvides gjennom breddetilskudd på sikt.

6.2 ALIS-avtalene: Fleksibilitet for ALIS innenfor lokale rammer

Et overordnet inntrykk av ALIS sine avtaler er at de er tilpasset den enkelte ALIS sine dynamiske utdanningsbehov og begrensninger, og at de for øvrig er tilpasset lokale tjenestebehov og samkjørt i stor grad med andre leger i kollegiet hvor de er plassert, her uttrykt av en veileder for fastlønnet ALIS i et ellers næringsdrevet fastlegesenter:

> *«Hun er kommunalt ansatt men vi behandler henne som om hun er en av oss. Det er bare avlønninga som er forskjellig.» (Veileder i ellers næringsdrevet fastlegesenter)*

I fire kommuner er ALIS-avtalen helt tilsvarende avtalene til øvrige leger i fastlegesenteret hvor hen er plassert, men med en noe mindre pasientliste ved oppstart. Et flertall ALIS forventes videre å utføre andre allmennlegeoppgaver en dag i uken, samt bidra i legevaktsordninger på lik linje med andre fastleger (Tabell 5). Lys blå farge i tabellrubrikken indikerer at avtalen for ALIS og øvrige fastlege-kollegaer i legesenteret er lik.

Vurderinger mellom fastlønn og næringsdrift har vært et diskusjonstema i alle kommuner. ALIS-Vest åpner for deltakelse med både fastlønn og næringsavtaler. Foreløpig prøves næringsdrift ut på kun en av de prosjekt-tilknyttede ALIS-stillingene i Rogaland og Møre og Romsdal. En av de intervjuede fortalte at ALIS fikk velge om prosjektstillingen skulle være organisert som næring eller fastlønn, og valgte sistnevnte. Flere beskrev en forventning om at ALIS vurderer overgang til næringsdrift når de er ferdige spesialister. I to kommuner mottok fastlønnet ALIS en form for bonus. Ingen av informantene har fanget opp misnøye fra selvstendig næringsdrivende kolleger i

legesenter som har fastlønnede ALIS, eller opplevelse av at skiller mellom ALIS og kolleger som ikke er i spesialisering sine avtaler blir for store. Snarere beskrev flere fastlønnede ALIS-stillinger som en utvikling andre fastleger i kommunen ønsket, begrunnet i både faglige og økonomiske utfordringer forbundet med dårlig rekruttering og ustabilitet.

Tabell 5: ALIS-avtaler i Møre og Romsdal og Rogaland

Fylke	Kommune	ALIS-avtale	Pasientliste ved oppstart	Andre allmennlege-oppgaver	Legevakt	Inngår i ordinær fraværsdekning
Møre og Romsdal	Giske	Privat nærings-drift	1000, planlagt redusert	Nei Ikke behov	Ja	Ja
	Hustadvika	Fastlønn	350 (fra 0) Tak: 500	20%	Ja	Ja
	Ålesund	Fastlønn	800	10 % fra høsten	På sikt	Ja
Rogaland	Sauda	Fastlønn	750	20 %	Ja	Ja
	Suldal	Fastlønn	730 + Delt listeansvar	20 %	Ja	Ja
	Tysvær	Fastlønn	800	Ikke Avgjort	Ikke avgjort	Ja
	Time	Fastlønn med bonus	600	20%	-	Ja
	Karmøy	Fastlønn med bonus	700 Tak: 900	20%	Ja	Ja

Alle ALIS tilknyttet prosjektet får dekket utgifter i forbindelse med kurs gjennom at kommunen dekker det overskytende av hva legeforeningens utdanningsfond dekker. Avtaler for ALIS, og innholdet i ALIS-stillinger, er i de fleste kommuner tenkt å dynamisk kunne tilpasses ALIS' behov for en allsidig tjeneste, hvor læringsmålene stiller noen premisser. Flere nevnte også en plan om å drøfte andre allmennlegeoppgaver med ALIS med tanke på interesser og kompetanse hver enkelt har med seg. Samtidig stiller tjenestebehovet visse krav som slike forhandlinger må forholde seg til. Det hører med til

dette bildet at flere nevner fleksibilitet i møte med lokale behov som en forventning en stiller til alle kommunens fastleger. En helseleder beskriver denne typen avveininger slik:

> *«Det går på en måte i begges interesser. Primært skal hun være fastlege på legekontoret. … og behovet vil endre seg for andre allmennmedisinske oppgaver …. Og da har vi jo ganske mange leger å spille på. Så vi tenker jo at det er ganske god mulighet til å tilpasse til den enkelte legen sine interesser og mulighet.»*

6.3 Ny spesialiseringsordning – formalisering av etablerte praksiser

For de åtte nye deltakerkommunene i ALIS-Vest sammenfalt innledende fase i prosjektet med innføringen av ny spesialiseringsordning for allmennmedisin og nye tilhørende oppgaver. I tre av kommunene er sågar ALIS-Vest stillingen kommunens første og eneste ALIS på ny ordning. I fem av kommunene var det flere ALIS på ny ordning utover den(m) som er tilknyttet ALIS-Vest (Tabell 6). Tabellen viser videre at antall spesialister i kommunen, og dermed veiledningsressurser en har å spille på, er begrenset i flere kommuner.

Tabell 6: Antall ALIS på ny ordning -og spesialister som kan veilede dem

Fylke	Kommune	Spesialister i allmennmedisin (supplert info på helsenorge.no)	ALIS i ALIS-Vest	ALIS på ny ordning totalt
Møre og Romsdal	Giske	4	1, snart 2	3
	Hustadvika	9	1	1
	Ålesund	37	1, av 4 tildelte	2+
	Sauda	1	1	3+
Rogaland	Suldal	1	1	1
	Tysvær	5	1	4
	Time	8	1	1
	Karmøy	13	3	4+

Arbeidet med lokale læringsarenaer bygger på ofte tradisjonsrike praksiser rettet mot utdanning og faglig utvikling i fastlegesentrene, sykehjem, helsestasjon, legevakt og andre legetjenester. Dette er her uttrykt av en helseleder i en liten kommune som opplever at kvalitet i veiledning i kommunens legetjeneste har vært prioritert i en årrekke:

> *«(stedet) har alltid hatt en tradisjon … når det er noen som er nye så blir de fulgt opp av en veileder … Så det er ganske sentralt (her) i fra før av. Og så blir*

det jo bare forsterket av prosjektet. Nå er det i alle fall formelt. Så jeg vet ikke om det har vært en så stor overgang. For den praksisen har vært her siden jeg begynte (Helseleder)

Innledende ideer vi gikk inn med i del-undersøkelsen om kommunenes rolle som utdanningsvirksomhet som noe helt nytt, ble med dette grundig nyansert i alle intervju, her illustrert ved en av kommuneoverlegene:

«Vi har mange av de samme læringsarenaene som før … I praksis har det ikke vært noe sånt voldsomt etableringsarbeid egentlig. Fordi, altså internundervising har vi fra før. Og supervisjon har vi drevet med fra før. Veiledning har vi hatt. Så det har på en måte ikke vært så mye nytt sånn sett da. Litt oftere veiledning enn det vi har hatt. Eller litt mer satt i system.» (Kommuneoverlege)

Det informantene beskriver som nytt i denne fasen er i stedet graden av byråkratisering som innbefatter at slike etablerte praksiser blir *«satt ord på»*, og nye formelle krav forsøkes tilpasset til dem. En veileder sa det slik:

«Det har blitt mer byråkrati. At du må fylle ut læringsmålene. Dossier er veldig omfattende. Utover det er det veldig likt, det er veiledning og kurs. Supervisjon. Møter.» (Lokal veileder for ALIS)

På den ene side synes det formelle arbeidet med kartleggingsarbeid og utarbeiding av overordnet utdanningsplan mindre omfattende i små, oversiktlige kommuner enn i de større. Enkelte beskrev også et innledende håp om at slik formalisering - selv om den oppleves som omstendelig i starten - på sikt kan føre til at en *«tvinges»* til et mer systematisk og kvalitetsmessig bedre arbeid mindre preget av skjønn. Andre uttrykte mer usikkerhet om hvor mye en vil få igjen for de nyetablerte formene for *«byråkratisering»*, og en bekymring for at belastningen kan bli for stor for og rammene kan bli for rigide for allerede *«hardtarbeidende»* spesialister, spesielt i forbindelse med lokal veiledning. Dette temaet beskrives nærmere i avsnittet om behov for felles ressurser.

6.4 Økte økonomiske og faglige ressurser - behov og forventninger

Alle informanter uttrykte behov for økt økonomisk og faglig støtte til spesialiseringen av allmennleger fra flere hold, inkludert fra ALIS-Vest. I kommuner hvor en har valgt å legge til rette for flere legers spesialisering ved å tilby tilsvarende betingelser som i ALIS-Vest stillingen, utgjorde dette en betydelig kostnad, her uttrykt av en helseleder i en mindre kommune:

" Jeg tenker jo egentlig at det burde vært omvendt. At de kommunene som er villige til å gi flere leger spesialisering burde ha blitt belønnet for mer. For det er faktisk en del arbeid med det. Vi blir straffet for det. Og det er dumt."

Særlig gjaldt behovet og forventningene økt lønn, kompensasjon og faglig støtte til oppgaver knyttet til supervisjon og veiledning.

Forventninger til kompensasjon for supervisjon

Selv om fastlegene i kommunene så langt syntes *"medgjørlige"* og har tatt oppgaven med supervisjon uten å stille krav, uttrykte flere av de intervjuede en forventning om at supervisjon også kompenseres økonomisk på sikt. En av grunnene til dette som informantene uttrykte var at supervisjonsoppgaver er krevende å planlegge i forhold til andre oppgaver og slik kan føre til en travlere hverdag for allerede pressede fastleger. Selv om supervisjon syntes å være en verdsatt og prioritert oppgave i deltagende legesentra, var det ikke opplagt hvordan tid skal settes av på mest hensiktsmessige og økonomisk forsvarlig måte i forhold til egne pasientavtaler, her uttrykt av en lokal veileder for ALIS:

" Det er jo vanskelig å si når de trenger denne supervisjonen. Du kan ikke på forhånd si at du trenger fem minutter per time. … Så jeg tenker der burde myndighetene vært kanskje litt mer på banen."

Flere uttrykte bekymring for at en stor og dårlig kompensert belastning samles på få spesialister, særlig i mindre kommuner. Denne problemstillingen knyttet informantene til kravet i ny spesialiseringsforskrift om at veileder selv skal være spesialist i allmennmedisin, her satt ord på av en helseleder i en relativt liten kommune:

«Nå når det stilles litt mer strukturelle krav til veiledningen … det er jo større krav enn det har vært tidligere … Da var det ikke krav om å være spesialist og da hadde vi litt flere å spille å ta av. Nå er det litt mye som faller på spesialistene.»

Flere beskrev også vansker med å rekruttere supplerende spesialister og annet kompetent personell, for eksempel for å avlaste etablerte spesialister i kommunen eller erstatte en erfaren kommuneoverlege når denne går av med pensjon.

Forventninger til faglige veileder-ressurser

Behovet for faglige ressurser til veiledere ble spesielt vektlagt i materialet. En av helselederne beskrev forventninger til at de som blir nye veiledere får kontakt med veiledere i andre kommuner:

" Forskjellen, altså gulroten for oss har vært at dem som da blir veileder kan få kontakt med et nettverk av veiledere uteforbi kommunen. Og gjerne noe sånn der kjappere innføring i både avtaler og gruppeveiledning for de som starter." (Kommuneoverlege)

Samtlige intervjuede veiledere, og enkelte av helselederne, uttrykte behov for flere veilederkurs. Noen har deltatt i et veilederkurs, men det planlagte kurs nummer to ble avlyst på grunn av korona-pandemien. Andre deltok ikke siden ALIS ikke var i gang på kurstidspunktet. Kurstema som etterspørres, er blant annet konkrete mål for veiledningen, hva en må forvente av en ALIS, og gjensidig hva ALIS skal kunne forvente av veileder. Flere etterspurte også mer veiledning omkring hvordan man tolker det de oppfatter som uklare læringsmål i elektronisk kompetanseportal for dokumentasjon av ALIS' utdanningsløp (Dossier), for å oppnå den forventede systematikken som formaliseringsarbeidet er ment å skape:

" Det er litt på dette Dossier …. For det er veldig mye sånne ulne beskrivelser, noen måloppnåelser er veldig ulne. Det er veldig greit med måloppnåelser som er mer praktiske der en skal sette inn en spiral eller skal kunne sy et sår eller sånn, men det er litt mer ulne spørsmål som kan være mer vanskelige. (Lokal veileder for ALIS)

Flere ønsket seg også felles portaler og digitale møteplasser for å kunne utveksle erfaringer, hvor en kunne finne ulike ressurser som undervisningsvideoer, sjekklister, muligheter til å innhente kompetanse på emner det skal snakkes om, undervisningsstiger, moduler, og etiske dilemmaer. Og gjerne med mulighet til å snappe opp når det skjer nye ting i faget. Enkelte av helselederne fortalte om nyttige erfaringsdelinger med flere nabokommuner, for eksempel for tilpassing av offentlig publiserte læringsmål til lokale forhold, som møter noe av dette behovet i kommunene. I noen grad rettes forventningen til kommende regionale ALIS-kontor, og en av helselederne beskrev at hen har *«satt av mange spørsmål»* til disse kontorene kommer i drift. Flere uttrykte likevel en forventning til mer oppfølging og *«drahjelp»* fra prosjektet i form av å bygge nettverk, også i utviklingen av fellesressurser som kan komme flere til gode lokalt, regionalt og nasjonalt:

" Jeg ser for meg det å bygge opp et nettverk der vi kan få litt avlastning på den faglige delen … Jeg tror det er veien å gå. Jeg har mange konkrete ideer til ting som jeg mener burde gjøres … for eksempel en felles elektronisk portal hvor vi kan diskutere fagstoff. … det er mange kommuner som lurer på det samme. Så hvorfor ikke samle det på en plass? Så det er det jeg håper ALIS-Vest bidrar til.» (Kommuneoverlege)

6.5 Betydningen av ALIS-Vest for ny generasjon deltakerkommuner

Hva kan vi foreløpig si om hva ALIS- Vest betyr for en ny generasjon deltakerkommuner? På den ene side fremstår forskjellen mellom ALIS-Vest stillinger og andre legestillinger i kommunen som mindre tydelig i materialet enn i tidligere undersøkelser foretatt av NSDM (e.g. Seppola-Edvardsen og Brandstorp 2018). Dette inntrykket kan handle om at strukturerte utdanningsløp i større grad er i ferd med å bli en norm med ny spesialiseringsforskrift. Avlyste prosjektarrangementer som følge av koronapandemien, for eksempel den andre planlagte samlingen for lokale veiledere, kan ytterligere ha bidratt til at prosjektdeltakelse i ALIS-Vest foreløpig ikke har utgjort så stor forskjell som forventet mellom prosjektkommuner og andre kommuner. Kommunene er også i en innledende fase, hvor de ikke har fått tid til å lære prosjektet å kjenne i dybden.

Enkelte tema som omhandler forskjeller fra andre ALIS-stillinger trer likevel fram som betydningsfulle for kommunene i innledende fase. Disse er rekruttering gjennom fastlønnsavtaler, rekruttering og stabilisering gjennom gode utdanningsbetingelser fra prosjekt-tilskuddet, samt forventningen om mer og flere prosjektbaserte støttende strukturer for kommuneledere og veiledere. Mens utvalget gir uttrykk for at ALIS–Vest bidrar med spesialiseringsløsninger som tar høyde for lokale rekrutterings- og stabiliseringsbehov, belyser materialet et større potensiale for felles ressurser i regi av ALIS-Vest som kan støtte deltakerkommuner med å finne fram til og handtere gode formaliserte løsninger i tråd med den nye spesialiseringsforskriften slik at hver enkelt kommunelege, helseleder eller veileder slipper å føle at han eller hun driver et *«one-man show»* og må *«finne opp hjulet på nytt»*.

Sistnevnte forventning kan peke på et behov for revitalisering av prosjektets *«vi»* gitt endringer i konteksten. De kan også spilles tilbake til nasjonale utfordringer knyttet til ny spesialiseringsordning som oppgis i andre typer kommuner i andre deler av landet, og som en kan se for seg bli løst gjennom opprettelsen av regionale ALIS-kontorer. Eventuelt kan de peke på nye frontlinjer hvor prosjektet ALIS-Vest på nytt kan tenkes å bidra i utvikling av løsninger til gode for flere enn de vestlandske allmennlegetjenestene.

7 ALIS-VEST VED UTGANGEN AV 2020

Hvilken rolle og hvilken betydning har ALIS-Vest per desember 2020? De tre definerende grepene som ble gjort i utformingen av ALIS-Vest ved oppstarten i 2017 var rettet mot spesialisering, rekruttering og stabilisering: *Grep 1 - en godt strukturert spesialistutdanning med veiledning*, *Grep 2 – en kommunal ansettelse i en fastlønnet utdanningsstilling*, og *Grep 3 - etablere et fellesskap og en kollektiv informasjonsutveksling og læringsprosess*. Hvilken betydning synes disse grepene å ha for deltakerkommunene ved slutten av 2020?

Grep 1 - en godt strukturert spesialistutdanning med veiledning

Før ALIS-Vest kom i gang var det i stor grad opp til den enkelte fastlege selv å organisere spesialistutdanningen i allmennmedisin. En godt strukturert spesialistutdanning med veiledning, og det at kommunen har et ansvar for ALIS-en, var nytt med ALIS-Vest. ALIS-Vest har arbeidet med å synliggjøre kommunens ansvar, og bidratt til å løfte dette på agendaen ikke bare i deltakerkommunene, men også nasjonalt. Etter 1.3.2019 er imidlertid en godt strukturert spesialistutdanning med veiledning blitt en ny nasjonal norm som kom med den nye spesialistforskriften og gjelder for alle som har startet spesialisering etter dette tidspunktet. Forskriften setter minimumskrav til antallet veiledningstimer, krav til veilederne, og krav til kommunene som utdanningsinstitusjoner. Dermed ble Grep 1 i ALIS-Vest «hentet inn» av at det kom en forskrift som gjelder for alle.

Grep 1 har imidlertid hatt stor betydning for deltakerkommunene. En helseleder som vi intervjuet kommenterte at dette grepet i ALIS-Vest betyr en trygghet for at ALIS-ene blir fulgt opp, og at man kan føle seg trygg på at de får en god gruppeveiledning og veiledning på hvordan de skal gå frem, inkludert praktiske ting i spesialistløpet. En annen helseleder fremhevet den store betydningen av den felles veiledningsgruppen i ALIS-Vest, og pekte på at dette ikke er noe som man lokalt i kommunen ville fått til. En annen helseleder mente at de nye ALIS-ene kanskje ikke blir så «pushet» på å ta kursene sine som i den opprinnelige ALIS-Vest veiledningsgruppen, hvor inntrykket var at de drev hverandre litt mer. En siste helseleder så på tilretteleggingen for spesialisering som en trygghet i forhold til at ALIS-en bindes til kommunen, og at dette blir en stabilitet for dem.

Spesialistforskriften fra 1.3.2019 ble imidlertid ikke fulgt av alle nødvendige støttestrukturer. Kapitlet om en ny generasjon ALIS-er på ny spesialiseringsordning avdekket at det trenges felles ressurser i regi av ALIS-Vest eller andre, som kan støtte kommuner med å finne fram til og håndtere gode formaliserte løsninger i tråd med den nye spesialiseringsforskriften. Det samme resultatet fremkom i en studie av

bykommuners tilrettelegging for ALIS (Abelsen et al. 2020); at eksisterende og planlagte nasjonale støtteordninger bare delvis møter behovet i kommunene.

Grep 2 – en kommunal ansettelse i en fastlønnet utdanningsstilling som gjør det mulig å starte som fastlege uten å måtte ta økonomisk risiko og investere i en praksis, står frem som en del av ALIS-Vest som ved slutten av 2020 har stor betydning for kommunene. En stilling knyttet til ALIS-Vest innebærer at kommunen betaler for kurs[10] og nødvendig fravær i forbindelse med gjennomføring av spesialistutdanningen. Det å kunne starte som fastlege som ansatt, uten å måtte ta økonomisk risiko og investere i en praksis, synes altså så langt å være «gullet» i ALIS-Vest i forhold til å rekruttere.

Flere kommenterte selve tilskuddet til kommunene per ALIS som netto er på 150 000 kroner per år. For enkelte lot dette tilskuddet å ha liten betydning: «*At kommunen får 150.000 det er hyggelig, men vi hadde nok hatt ALIS-Vest uten også, tenker jeg, på faglig grunnlag. Men det er sikkert hyggelig for de som sitter med budsjettet*». Flere helseledere kommenterte at 150 000 kroner ikke finansierer de ekstra kostnadene som den faste stillingen innebærer, men at det er mye bedre enn ingen ting. En helseleder sammenlignet de 150 000 kronene med utgiftene til et vikarbyrå, og beskrev at det er småpenger i den store sammenhengen hvis de 150 000 kronene bidrar til å rekruttere bra, slik at bruken av vikarer går ned.

Et annet moment er at dette grepet fra ALIS-Vest har bidratt til at helseledelsen i noen kommuner har fått politisk gjennomslag for et ønske om å opprette faste stillinger med formål å styrke rekrutteringen – på bekostning av politikeres ønsker om å opprettholde en modell med næringsdrift.

Grep 3 - etablere et fellesskap og en kollektiv informasjonsutveksling og læringsprosess, har omfattet tiltak som å lage felles arrangement (årlige ALIS-konferanser) for ALIS, veiledere og helseledere, nettside og samlinger for lokale veiledere. Fellesskapet er i noen grad administrativt, ved at det er bygd kompetanse rundt kommunens og veilederens rolle. Evalueringen har vist at helseledere ønsker tilknytning til ALIS-Vest fremfor å starte en prosess selv og lage planer selv for å kunne ha en ny ALIS i kommunen.

Noen av helselederne som ble intervjuet omtalte veiledersamlinger i ALIS-Vest som nyttige, godt organiserte, som har gitt faglig påfyll og tatt opp problemstillinger som veilederne står i. Noen etterspurte flere samlinger. Andre helseledere kjente ikke til om det hadde vært veiledersamlinger, og ga uttrykk for at de har savnet vedlikehold og

[10] I den grad utgiftene ikke dekkes av Legeforeningens fond.

oppfølging av veiledere, noe som man fra kommunens side ikke var i stand til å tilby. Det ble foreslått at det regionale ALIS-kontoret som er under etablering burde ta ansvar for denne viktige funksjonen, og være med å rekruttere inn folk til å bli veiledere. En helseleder ga uttrykk for at det har vært en trygghet å vite at veilederne får veiledning på hvordan de skal være veiledere for ALIS-ene.

En helseleder forklarte hvordan erfaringsutveksling med andre helseledere har vært nyttig, for eksempel med informasjon om hvordan ALIS-ordningene kommer til å bli videre, men at det beste har vært å høre på ALIS-ene selv når de har fortalt hva de har av utfordringer og hvordan det har vært for dem. Erfaringsutvekslingen har også handlet om å få eksempler fra andre kommuner hvor man ser at utfordringene er ganske like, noe som har vært gode innspill. Helseledernes nytte av fellesskapet i ALIS-Vest har i følge dem selv i mindre grad vært knyttet til at de selv har utviklet nettverk og forbedret kompetansen. Enkelte uttalte at ALIS-Vest har gitt nettverk og nyttig erfaringsutveksling for dem selv, men de fleste viste til at nettverket nok har vært nyttigere for ALIS-ene, eller at de i mindre grad selv har benyttet seg av ALIS-Vest for å øke kompetansen eller få råd. En helseleder påpekte at man får svar når man spør: «*hvis jeg har tatt kontakt på mail eller ringt eller et eller annet så har jeg fått svar, så det er ikke noe sånn jeg savner*». En helseleder med lang erfaring mente at ALIS-Vest er nyttigere for mindre erfarne helseledere: «*jeg har ikke brukt de, jeg har, jeg er litt sånn at jeg tar, tar ansvar selv og får ting gjort ... men jeg ser jo for meg at etterkommere vil ha nytte av det. For det er, det er et regelverk man skal forholde seg til som ikke er så helt bent fram altså*». Denne oppfatningen ble bekreftet av en relativt fersk helseleder, som viste til en bratt læringskurve for å kunne forstå organiseringen av legetjenesten, og at ALIS-Vest har vært en god støtte som ble flittig brukt i starten og har vært en nyttig part å drøfte med.

Fra ALIS-Vest til regionale kontor – ulike forventninger

ALIS-Vest har fra starten i 2017 i stor grad vært rettet mot den enkelte ALIS som deltar. ALIS-Vest har vært mindre systemrettet enn det som så langt gjelder for ALIS-Nord, som startet i 2019. ALIS-Nord har en uttalt målsetting om å bidra til systemutvikling ved å bistå kommunene med råd og veiledning og ved å sikre informasjonsdeling (Holte 2020). I 2019 ble det bevilget ressurser til opprettelse av fem regionale ALIS-kontorer spredt utover landet, som skal bistå kommunene i rekruttering og tilrettelegging for spesialisering og til trygghet for legen gjennom spesialistløpet. [11]

[11] ALIS-kontorene skal støtte/gi råd til kommunene mht implementering av utdanningsplaner, bistå kommunene og samarbeide regionalt om å utvikle, koordinere og gjennomføre læringsaktivitet, dele erfaringer og sikre lik utdanning på tvers av regionene, samarbeide med Helsedirektoratet, RegUt og

Når ALIS-Vest videreføres som et regionalt kontor, skal det ikke ha oppfølgingsansvar for spesifikke ALIS-er på samme måte som i ALIS-Vest, men serve alle kommuner i en stor region. Helselederne ga uttrykk for ulike forventninger knyttet til regionale ALIS-kontor. En forventet at kontoret må være administrasjonsrettet. En annen hadde tro på at det blir mer samspill når det blir et regionalt kontor, sammenlignet med et ALIS-Vest kontor preget av at det er drevet av en kommune. En tredje forventet at det først og fremst må opprettes ALIS-stillinger som kommunene kan bli tildelt. En fjerde forventet at regionale kontor vil ta seg av veiledning for ALIS-er og veiledere.

Behov for å utvikle veilederkompetanse

Endringen i regelverket som førte til at alle fastleger må spesialisere seg, har satt nytt fokus på mangelen på spesialister som kan være veiledere i flere av kommunene i ALIS-Vest. En helseleder beskrev at «*på dette kontoret var det bare en spesialist blant alle de legene, og så plutselig hadde vi to som skulle veiledes*», og forklarte at det er en komplisert kabal å få det til å gå opp med både LIS1 og ALIS, legekontor lokalisert på ulike steder, mangel på ekstra kontorplasser ved legekontor hvor det er spesialister, og kursing av nye veiledere. «*For det blir, det er jo selvfølgelig en, en utfordring for de som blir veiledere også, å sette seg inn i alt dette her og følge opp og sette av tid til det*». En annen helseleder hadde ikke så god oversikt over veilederkompetansen i egen kommune, men trodde at det kun var èn lege som hadde kompetanse til gruppeveiledning, og denne legen nærmet seg pensjon. Helselederen tenkte at det snart vil komme et behov for veilederkompetanse som de må være oppmerksomme på.

ALIS-Vest som en merkevare og en inngangsport til bedre legetjenester?

ALIS-Vest er et prosjekt som har vært mye omtalt i ulike fora for fastleger. En helseleder oppfattet en stilling i ALIS-Vest som en slags merkevare forbundet med kvalitet: «*da vet legene hva de går til, og at de er sikret et utdanningsløp*». Helselederen understreket hvor viktig det er at kommuner hvor det ikke er så godt samarbeidsklima mellom helseledelsen og fastlegene, er med på ALIS-Vest. Da får ALIS en gruppe, de får en reise til kurs, de går inn i en fastlønnstilling og det blir et organisert løp. Tilhørigheten til ALIS-Vest kan altså ses på som en mulighet til å gi «ensomme» fastleger et større miljø og drahjelp i spesialiseringen.

Helseledere kommenterte på ulike måter hvordan ALIS-Vest har fungert som en inngangsport til å gjøre legetjenesten i kommunen bedre. Et eksempel var at man som en følge av økt fokus på tilrettelegging for spesialisering, også har satt fokus på hvordan legevakten er organisert. Et annet eksempel var at deltakelse i ALIS-Vest ble

---

Legeforeningen, koordinere innspill fra kommunene og ta det videre til Helsedirektoratet, avklare hvordan veiledning under institusjonstjenesten skal foregå. (Referat fra møte Nasjonalt ALIS-kontor 24.11.20)

inngangsporten til mye bedre legetjenester i kommunen, ved at man tok tak i hele organiseringen av legetjenester.

Mer dynamiske før?

Flere helseledere kommenterte på ulike måter hvordan de oppfattet at ALIS-Vest var mest dynamiske i startfasen. En viste til at helselederne selv hadde flest spørsmål i starten av prosjektet, og mest bruk for ALIS-Vest da, og lite nå. En helseleder savnet en oppsummerende statussamling; hvor er vi nå og hvor skal vi hen? En annen viste til at Koronapandemien har forsterket inntrykket av mindre prosjektaktivitet nå: *«Men jeg tenker og at litt er kanskje slitasje, men det er veldig mye som ikke skjer lenger på grunn av Korona. Sant og folk trenger å treffe folk, altså vi kan jo godt ha Teams-møter men det er ikke det samme.»*

REFERANSER

Abelsen B, Brandstorp H. Recruit & Retain - Making it Work. Den norske case-studien. Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet 2019.

Abelsen B, Gaski M, Fosse A, Kvamme MF, Ekeland E. Tilrettelegging for ALIS i bykommuner. Fokus og status i innledende arbeid. Fafo-notat 2020:09. https://www.fafo.no/zoo-publikasjoner/fafo-notater/item/tilrettelegging-for-alis-i-bykommuner-fokus-og-status-i-innledende-arbeid

Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual. Res Psychol. (2006) 3:77–101. https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1191/1478088706QP063OA

Hjortdal P 2015. Personlig kontinuitet; Det handler om kunnskap, tillit og koordinering.

Holte J.H. Følgestudie: ALIS-Nord Underveisnotat. Fafo-notat 2020:10. https://fafo.no/images/pub/2020/10331.pdf

Seppola-Edvardsen T, Brandstorp H. Utdanningsstillinger i allmennmedisin: ALIS-Vest. Fokus på rekruttering og stabilisering. Rapport Nasjonalt senter for distriktsmedisin 2018.

VEDLEGG: INVITASJONSBREV OG INTERVJUGUIDER

Vedlegg 1 Invitasjonsbrev til informanter i Rogaland og Møre og Romsdal

INVITASJONSBREV OM DELTAGELSE I FORSKNINGINTERVJU

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet: «Følgeforskning ALIS-Vest, rekruttering og stabilisering»

Bakgrunn og formål
Parallelt med gjennomføringen av prosjektet ALIS-Vest er det lagt opp til og startet opp følgeforskning på prosjektet fra Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM).

Hovedformålene med følgeforskningen er å utforske hvordan grepene som er tatt i ALIS-Vest for å oppnå bedre rekruttering, stabilisering og gjennomføring av spesialiseringen i allmennmedisin, settes ut i livet og virker. Inkludert i dette er å studere organisatoriske rammer for ALIS i hver enkelt kommune. Ettersom gode løsninger for rekruttering, stabilisering og spesialisering 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, så erfaringene fra ALIS-Vest vil være av interesse for svært mange. Vi rapporter til ALIS-Vest for å gi kommunene og prosjektledelsen mulighet til å korrigere eller gjøre justeringer der det er ønskelig og for å oppnå prosjektets mål. Rapportene omhandler 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

prosjektet ALIS-Vest, og er involvert i det lokale arbeidet med rekruttering, stabilisering og spesialisering og/ eller veiledning av ALIS.

Hva innebærer deltakelse i studien?
Vi ønsker å intervjue deg en gang med mulighet for frivillige oppfølgingsintervju i seinere faser av prosjektet. Dersom du takker ja til å delta, vil forsker Maria Fredriksen Kvamme gjøre første intervju med deg våren 2020 over telefon. Intervjuet vil bli tatt opp på lydfil om du samtykker til dette.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger
Personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt og intervjuene med deg vil kun bli hørt av forskere hos NSDM. Utsagn og opplysninger som brukes i rapporter skal ikke kunne identifiseres og føres tilbake til deg. Lydfiler vil kun bli lagret inntil transkribering og/ eller analyser er gjort,

der skriftlig samtykke foreligger. Om du velger muntlig samtykke oppbevares lydfilen som dokumentasjon på samtykket fram til prosjektet avsluttes. 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 kun anonymiserte data lagres til eventuelt 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 eventuell utdanning.

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

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

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?
Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

Hvor kan jeg finne ut mer?
Dersom du ønsker å delta, har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med

Forsker Maria Fredriksen Kvamme tlf. 97182260

Leder for Nasjonalt senter for Distrikts Medisin, Anette Fosse: post@nsdm.uit.no

Vårt personvernombud ved UiT- Norges Arktiske Universitet: Joakim Bakkevold *personvernombud@uit.no, 776 46 322 og 976 915 78*

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Samtykke til deltakelse i studien kan oppgis muntlig ved intervjusamtalen, skriftlig per epost eller sendes per brevpost med bruk av nedenfor svarslipp:

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)

Om du velger skriftlig samtykke per brevpost sendes dette til:

NSDM, Institutt for samfunnsmedisin,

v. Maria Fredriksen Kvamme,

UiT- Norges arktiske universitet

Postboks 6050 Langnes, 9037 Tromsø

Med vennlig hilsen

Forsker

Maria Fredriksen Kvamme

Vedlegg 2 Intervjuguide om allmennleger i spesialisering (Rogaland/Møre og Romsdal)

TEMA Kontekst: kommunen som utdannings-virksomheten. (mest veiledere, roller i kommunen, dossierbruk mm)

- Hvor mange fastleger er det i kommunen? Andel spesialister?
- Antall i spesialisering? Hvor mange av dem er på ny / gammel spesialiseringsordning?
- Med ny spesialiserings-forskrift for allmennleger har kommunene fått en ny rolle som utdanningsvirksomhet.
- Hvilke grep har kommunen tatt så langt for å imøtekomme dette?
- Hva gjenstår?
- Hvilke hensyn og vurderinger har vært mest diskutert ifbm. kommunens planlegging?
- Hvem i kommunen er nye oppgaver og roller fordelt på?
- I hvilken grad medfører nye oppgaver økte kommunale utgifter til lønn/ administrasjon? (annet?)
- Hvordan har etableringen av nye læringsarenaer for ALIS fungert? Hvordan har samarbeidet vært/ prosessen vært med å etablere samarbeid med for eksempel helseforetak?
- Hvordan rekrutteres og velges ALIS ut? Involveres legekontoret?
- Har alle ALIS i kommunen samme avtale? Er den i gang? Siden når?

TEMA Avtaler og organisering for ALIS i ALIS Vest, ved oppstart og på sikt (involvert i å lage? mest helseledelsen)

- Hvor stort er kontoret hvor ALIS i ALIS vest jobber? (I antall FL lister inkludert ALIS-en)
- Hvilke driftsformer har de andre legene på kontoret?
- Næring? Kommunal? Kombinasjon?
- Lokal blandingsmodell? Ex kommunen dekker…)
- Er dette typisk for kommunens FL for øvrig?
- Hvilken listetype har ALIS? 0-liste?
- Kommunen har kjøpt/ fått? Pris?
- Kommunal liste fra før uten fast lege?
- Lokal variant? Ex overføring pasienter fra annen liste, delt opp liste etc.)
- Hvordan er veileder engasjert?
- Er supervisjon inkludert i dette? Hvem skal stå for supervisjon?
- Timelønnet?, %, inngår i stilling i kommuneoverlegestilling etc.?
- Hvor mange pasienter har ALIS på sin liste?
- Ved oppstart og på sikt?
- Har ALIS andre allmennlege oppgaver fra start?
- Om lag som andre FL? (to a dager mye)

- % av stillingen/ utover 100%en?/ egen tilleggsstilling? På sikt?
- I hvilken grad jobber/ bidrar ALIS fast på andre legers lister? % andel?
- Har ALIS den samme fraværsordningen som øvrige leger?
- Kontrollfestet?/ er det et krav i arbeidskontrakten at hen skal delta i kollegial fraværsdekning?
- Hva forventes i praksis?
- Hvordan dekkes ALIS opp for?
- Er fraværsdekningen godtgjort? Hvordan?
- Hvordan er innholdet og utviklingen i ALIS sitt arbeidsforhold bestemt?
- Er det fleksibilitet /rom for å justere på sikt? Hvor mye rom har ALIS selv til dette/justere/ønske seg?
- Er det enighet eller diskusjon omkring ovennevnte aspekter ved ALIS sineavtaler?

AVRUNDING

- Hvordan opplever du at opplegget for spesialiseringsutdanningen (ALOIS VEST og evt andre modeller i din kommune) fungerer i praksis?
- Med hensyn til for eksempel rekruttering og stabilisering av FL? Økonomi? Pasientsikkerhet?
- Har du noe å tilføye?

Vedlegg 3 Informasjon til helseledere i Vestland (høsten 2020)

Informasjon om deltakelse i forskningsprosjekt: Evaluering av ALIS-Vest

Evalueringen

Parallelt med gjennomføringen av ALIS-Vest gjøres det følgeforskning i regi av Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM). Formålet med NSDM sin evaluering er i første rekke å utforske hva som virker rekrutterende og stabiliserende på legene i prosjektet. Vi vil både dokumentere erfaringer og få frem nyttige strategier og formidle disse videre, slik at denne kunnskapen kan brukes av andre. Våre rapporter gir muligheter for ALIS-Vest til å korrigere eller gjøre justeringer der det er ønskelig og for å oppnå prosjektets mål.

Hva innebærer deltakelse i forskningsprosjektet?

Du blir spurt om å bli intervjuet fordi du jobber i lege-/helseledelsen i en av deltakerkommunene i ALIS-Vest. For å unngå å skrive underveis i intervjuet, vil det bli gjort lydopptak. Intervjuet vil handle om følgende tema:

- Status. Når er det planlagt at spesialistløpet er ferdig for ALIS(-ene) tilknyttet ALIS-Vest i din kommune?
- Hvilken rolle spiller ALIS-Vest-prosjektet for ALIS og kommunene? (ALIS-Vest-arrangement, ressurser, kompetanse, nettverk)? Hva savnes? Hvilke endringer er det i tilretteleggingen for og oppfølgingen av ALIS i din kommune nå, sammenlignet med før 2017?
- ALIS-avtalen i din kommune; om endringer over tid i betingelser eller innhold i ALIS sitt arbeid (hvem deltar i diskusjoner, hvordan er fleksibiliteten og kommunens spillerom).
- Samarbeid mellom ALIS og øvrig kommunal helse- og sosialtjeneste – sett fra kommunens side (ALIS sine andre allmennlegeoppgaver, hvilke ambisjoner har kommunen?)

Ditt personvern

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt og intervjuene med deg vil kun bli hørt av forskerteamet. Skriftlig materiale som publiseres vil være anonymisert. I rapporteringen og analysen av intervjuene vil det ikke være mulig å kjenne igjen enkeltpersoner. Prosjektet skal etter planen avsluttes 31.12.2022. Datamaterialet anonymiseres og lydopptak slettes ved prosjektets slutt. Studien er meldt til og behandlet av Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS (Prosjektnr. 361998). NSD har vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Frivillig å delta

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke deg uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert. Dersom du har spørsmål til studien, ta kontakt med prosjektleder for evalueringen seniorforsker Margrete Gaski telefon 97004116, eller vårt personvernombud ved UiT- Norges Arktiske Universitet: Joakim Bakkevold personvernombud@uit.no, 776 46 322 og 976 915 78.

Vedlegg 4 Intervjuguide ALIS

Overordnet tema: Tverrfaglig samarbeid om listepasienter, øvrig samarbeid i kommunen og planlegging sykehusåret. Spørsmålene i intervjuguiden tar utgangspunkt i fastlegejobben, nå med hovedfokus på ALIS' refleksjoner knyttet til egen rolle i tverrfaglige sammenhenger så vel som øvrig samarbeid med kommunen og deres tanker og planer knyttet til sykehusåret.

Generelt

Hvor langt er du kommet i spesialiseringen? Ny eller gammel ordning?
Hvordan er en typisk arbeidsuke for deg?
Hvordan vil du beskrive innholdet i jobben din?
- Faglig
- Pasientlisten din
- Utover pasientlisten

Arbeidsavtale, er det gjort noen endringer siden du begynte? Eksempelvis listelengde, kommunale oppgaver e.l.?

Tverrfaglig samarbeid som fastlege

Hvordan er det lagt til rette for tverrfaglighet i kommunen du jobber?
- Praktisk/konkret (hvem, hvilke faggrupper, hvor ofte etc);
- overordnet/helhetlig
- ad hoc/kontinuerlig

Kan du beskrive et konkret møte fra tverrfaglig samarbeid, gjerne som fant sted nylig.
Med utgangspunkt i dette:
Hvilke forventninger til tverrfaglig samarbeid tror du det stilles av deg i denne situasjonen?
- Av samarbeidsaktører?
- Av kommune?
- Av pasienter?

Hvilke forventninger hadde du selv til din deltakelse?
- Hvordan jobber du med å nå disse?
  - I aktuelle situasjon
  - Generelt

Generelt:
Kan du beskrive din rolle i møte med annet kommunalt helsepersonell?
- Har din rolleforståelse endret seg fra du startet til i dag og hvordan?
  - F.eks. å ta regien; være proaktiv

Hvis du ser tilbake på da du begynte i jobben frem til i dag, hvilke endringer kan du identifisere hos deg selv som fastlege, da særlig i tverrfaglig sammenheng?
Har du mulighet til å påvirke rammene for tverrfaglighet i kommunen?
- Hva ville du endret og hvorfor?

Tverrfaglighet – har det noen innvirkning på stabilitet i fastlegejobben for deg?

På hvilken måte blir du eller de andre fastlegene involvert i kommunens planer for helsetjenesten?

Sykehusåret / institusjon

Når tenker du å gjennomføre den delen av spesialiseringen?
På hvilken måte er kommunen involvert i når og hvor?
Tilrettelegges det noe fra kommunens side om gjennomføringen av sykehusåret/institusjonspraksis? I såfall hvordan / eventuelt hva tenker du at kan gjøres?
På hvilken måte tror du sykehusåret/institusjonstjenesten påvirker deg som fastlege – i forkant; underveis og på lengre sikt?
Annet du ønsker å ta opp?

Vedlegg 5 Intervjuguide ALIS som har sluttet i stilling

Overordnet tema: Med utgangspunkt i rammeverket Recruit & Retain skal jeg forsøke å identifisere faktorer hos den enkelte ALIS knyttet til rekruttering, stabilisering og destabilisering.

1. Når startet du og hvor lenge var du i prosjektstillingen?
2. Hva gjorde at du søkte på ALIS-stillingen?
    - Hva hadde stedet/geografien å si for deg?
    - Alene eller med partner/familie?
    - Hvilke rammebetingelser fikk du?
    - Fagfeltet allmennmedisin?
3. Hvilke forventninger hadde du til selve jobben?
    - Allmennmedisinsk klinikk
    - Spesialiseringsløpet, tilrettelegging og praktisk gjennomføring
    - Kommunehelsetjenesten, din rolle og dine forventninger
    - Kolleger og medarbeiderne på kontoret
4. Hvilke forventninger hadde du til stedet?
    - Sosialt
    - Natur
    - Annet?
5. Hvordan var en typisk arbeidsdag for deg som ALIS i ALIS Vest?
    - Tidsbruk, type oppgaver, samarbeid med kontoret for øvrig
    - Teamtilhørighet?
    - Faglig – mestring?
    - Kommunale oppgaver? Legevakt?
6. Oppsigelse – når begynte du å tenke på det?
    - Hva var årsaken(e)?
    - Tok du kontakt med arbeidsgiver eller andre for å drøfte alternativer?
    - Hva kunne ha vært gjort annerledes for at du hadde blitt værende?
    - Hva ville du rådet kommunen til i fbm med rekruttere ny ALIS?
7. Hva jobber du med i dag?
8. Annet?