

01.07.2018

Spesialistutdanning i allmenntmedisin

INNHOLDSFORTEGNELSE

BEGREPER	3
1 OPPDRAG	4
• 1.1 Oppdrag fra HOD	4
2 ORGANISERING OG METODE	5
3 BAKGRUNN	6
• 3.1 Om utdanningsstillinger	6
• 3.2 Pågående ALIS-prosjekter	7
• 3.3 Kommunenes ansvar	8
4 FORSLAG TIL MODELLER	8
• 4.1 Modell 1: ALIS næringsdrivende	11
• 4.2 Modell 2: ALIS fast lønn – ansatt fastlege (kommunalt ansatt eller ansatt på fastlegekontoret)	13
• 4.3 Modell 3: ALIS fast lønn – med hovedstilling i kommunen utenfor fastlegeordningen	15
• 4.4 Oppsummering	17

BEGREPER

LIS: Lege i spesialisering.

ALIS: Allmennlege i spesialisering del 3.

Fastlege: Lege som inngår avtale med en kommune om deltakelse i fastlegeordningen, uavhengig av om legen er ansatt i kommunen eller er selvstendig næringsdrivende.

Fastlegeavtale: En individuell avtale som inngås mellom kommune og den enkelte fastlege. Det kan inngås fastlegeavtale som næringsdrivende eller ansatt i kommunen.

Listeinnbygger: En person som er tilknyttet en fastlegeliste.

Veiledning: Innebærer refleksjon, råd, oppfølging av faglig progresjon under spesialisering. Veiledningen skal bidra til vurdering av LIS gjennom regelmessige samtaler mellom LIS og mer erfaren lege, som er spesialist i allmennmedisin. Veiledningen skal foregå individuelt og som gruppeveiledning sammen med andre ALIS.

Supervisjon: Innebærer bistand fra mer erfaren lege i tilknytning til konkrete situasjoner i den daglige virksomheten der LIS har behov for råd for å kvalitetssikre behandlingsopplegg og bedre sin praksis.

Registrert utdanningsvirksomhet: Kommune eller andre offentlige eller private virksomheter som skal inngå avtale med eller ansette leger som skal gjennomføre spesialistutdanning i allmennmedisin, samfunnsmedisin eller arbeidsmedisin.

Godkjent utdanningsvirksomhet: Et helseforetak, privat sykehus, privat rusinstitusjon, laboratorium eller annen virksomhet som er godkjent for å kunne tilby utdanning i en eller flere medisinske spesialiteter.

1 OPPDRAG

1.1 Oppdrag fra HOD

Formålet med oppdraget er å bedre rekrutteringen til fastlegepraksis gjennom å tilby tilrettelagte og forutsigbare utdanningsløp for leger som ønsker spesialistutdanning i allmenntidmedisin.

KS/Oslo kommune, Legeforeningen og Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) (Trepertssamarbeidet for fastlegeordningen) har besluttet å nedsette en arbeidsgruppe for å utrede ulike modeller for utdanningsstillinger for spesialisering i allmenntidmedisin i både fastlønnet stilling og ved næringsdrift og å vurdere konsekvensene av økte kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Oppdraget gitt til arbeidsgruppen er todelt:

- 1) Det skal utredes ulike modeller for utdanningsstillinger. Modellene skal leveres til HOD 1. juli 2018, slik at den kan inngå som et grunnlag for en omtale i statsbudsjettet for 2019.
- 2) Utredningens andre del omhandler konsekvensutredning og økonomisk administrative beregninger og skal leveres 1. november 2018.

Arbeidet med utredningen av ulike modeller for utdanningsstillinger må gjøres innenfor rammen av forslag til endringer i forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger, som er ute på høring med frist for uttalelsene 22. juni 2018.

Mandat

Arbeidsgruppen har fått i oppdrag å skissere løsninger for å stimulere til at det utdannes nye allmenntidlegespesialister for å sikre at framtidig behov i kommunene bli dekket. Det skal utredes 2-4 alternative modeller for organisering og finansiering av stillinger/avtaler for allmenntidleger i spesialisering (ALIS), inkludert fordeler og ulemper ved disse modellene. Det skal minimum vurderes én modell for utdanningsstilling med fastlønn og én modell for næringsdrift. Videre skal arbeidsrettslige konsekvenser knyttet til fastlønnede utdanningsstillinger vurderes. I modellene skal det drøftes hvordan ALIS kan gjøres til en nasjonal ordning, herunder vurdere finansiering og mulighet for fastlønn. I tillegg må det kommunale ansvaret komme tydelig frem i hver modell.

Denne første delen av utredningen beskriver modeller som vil kunne tilpasses ulike økonomiske rammer. De økonomiske og administrative konsekvensene av modellene utredes i andre del av oppdraget.

2 ORGANISERING OG METODE

Helsedirektoratet representerer HOD i dette arbeidet og er ansvarlig for å drifte og lede utredningsarbeidet. I Helsedirektoratet har første del av utredningen vært forankret i avdeling Kommunale helse- og omsorgstjenester. Arbeidet har vært organisert med en intern og en eksternt arbeidsgruppe, sistnevnte med representanter fra Treparsssamarbeidet, herunder KS, Oslo Kommune og Legeforeningen.

I tidsperioden 13. juni til 29. juni 2018 er det blitt avholdt tre interne arbeidsmøter i Helsedirektoratet og ett eksternt arbeidsmøte. I tillegg har alle deltakere i begge grupper bidratt med skriftlige innspill.

Under er en oversikt over forankring og deltakelse i utredningsarbeidet:

- Prosjekteier: Per Magne Mikaelson i Kommunal helse- og omsorgsavdeling
- Prosjektleder: Nina Brøyn fra Avd. Velferdsteknologi og rehabilitering

Eksterne deltakere

- Aadel Heilemann, advokat/seksjonsleder, Legeforeningen
- Ståle Sagabråten, Norsk forening for allmennmedisin, Legeforeningen
- Elisabeth Stura, Allmennlegeforeningen Legeforeningen
- Hanne Riise-Hanssen, advokat/seksjonsleder, Legeforeningen
- Liv Overaae, KS
- Hege Torvbråten, KS
- Jon Ørstavik, Oslo kommune

Intern arbeidsgruppe i Helsedirektoratet

- Ellen Flakke, Avdeling velferdsteknologi og rehabilitering (Prosjektstøtte/konsulent)
- Kjell Maartmann-Moe, Avdeling kommunale helse- og omsorgstjenester
- Karin Straume, Divisjon helseøkonomi og kompetanse
- Heidi Stien, Avdeling retningslinjer og fagutvikling
- Ole Jørgen Grannes, Avdeling helserefusjoner
- Anne Cecilie Holter-Sørensen, Avdeling helserefusjoner
- Astrid Osmundsvaag Nesland, Divisjon helseøkonomi og kompetanse (konsulent)

3 BAKGRUNN

3.1 Om utdanningsstillinger

Kommuner som ansetter lege i klinisk arbeid etter 1. mars 2017, skal som hovedregel legge til rette for at legen gjennomfører spesialisering i allmennmedisin. I dag er om lag 60 % av alle fastleger spesialister i allmennmedisin. Det antas at 20-25 % av fastlegene er under spesialisering. De resterende 15-20 % av fastlegene er ikke i spesialisering i allmennmedisin¹.

3.1.1 Spesialisering i allmennmedisin

Spesialistutdanningen for leger omfatter praktisk tjeneste, teoretisk undervisning og andre læringsaktiviteter, alt utført etter tildelt autorisasjon. Gjennomføring av spesialistutdanning i allmennmedisin har til nå i stor grad vært overlatt til ALIS selv, men fra 1. mars 2019 vil kommunene få et tydeligere ansvar for å legge til rette for at legen skal kunne gjennomføre spesialistutdanningen. Endringer i spesialistforskriften for å tilpasse den til allmennmedisin, har nylig vært på høring. Forslagene i høringen legges til grunn i den videre teksten.

I den nye ordningen vil spesialistutdanningen knyttes opp mot læringsmål, som beskriver hva en lege skal forstå, eller være i stand til å utføre. For å oppnå disse læringsmålene, må legen utføre en rekke læringsaktiviteter. Den viktigste læringsaktiviteten vil fortsatt være «learning by doing» i praksis, under supervisjon og veiledning. I tillegg til gruppeveiledning som tidligere, er det foreslått systematisk individuell veiledning av spesialist i allmennmedisin og supervisjon fra mer erfarne leger.

For å oppnå læringsmålene vil det kreves at legen har to årsverk i åpen, uselektert allmennpraksis. Nødvendige kurs og andre strukturerte læringsaktiviteter, som gjensidig praksisbesøk og trening på spesielle praktiske prosedyrer vil inngå i utdanningsperioden. Tidligere var det krav om et års sykehusjeneste. Dette er nå formulert noe mer generelt som læringsmål, knyttet til arbeid med en selektert pasientgruppe. Her blir samhandling mellom nivåene i helsetjenesten en nødvendig forutsetning. Det er forutsatt at denne tjenesten skal være på nivå med det tidligere «sykehusåret». Kommunen plikter å legge til rette for dette i gjennomføringen av spesialistutdanningen og eventuelt inngå avtale med et helseforetak om dette.

¹ Fremtidens legespesialister – Spesialitetsstruktur og -innhold i samfunns- og allmennmedisin - SISAM-rapporten (IS-2139) og fastlegestatistikken til HELFO hva gjelder de 60%. De 20-25 % er et estimat.

Kommuner som skal ha allmennleger i spesialisering, må registrere seg som utdanningsvirksomhet. Ved søknad om registrering må kommunen legge fram en utdanningsplan. Denne må synliggjøre hvordan læringsmålene kan oppnås i kommunen, eventuelt i samarbeid med andre kommuner eller utdanningsvirksomheter. I tillegg får kommunene ansvar for å lage en *individuell* utdanningsplan sammen med enkelt kandidat.

Kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Forskrift om kompetansekrav (Kompetanseforskriften)² for leger gjelder ved legers tiltredelse i fastlegehjemler, stillinger ved kommunale legevakter og andre stillinger med oppgave om å yte helsehjelp etter helse- og omsorgstjenesteloven. Følgende vil gjelde fra 1. mars 2017:

§3 Krav om spesialisering i allmennmedisin: Kommunen skal sikre at leger som tiltrer en fastlegefastlegeavtale, stilling ved kommunal legevakt eller annen stilling med oppgave om å yte helsehjelp i medhold av helse- og omsorgstjenesteloven:

- a) har spesialistgodkjenning i allmennmedisin
- b) er under spesialisering eller
- c) har godkjenning som allmennlege/EU-lege

§ 4 angir unntak fra kravet om spesialisering i allmennmedisin: leger som tiltrer et vikariat av inntil ett års varighet, deltar i kommunalt organisert legevakt utenom sitt ordinære arbeid eller har en godkjent spesialistutdanning og arbeider utenfor fastlegeordningen.

3.2 Pågående ALIS-prosjekter

Flere kommuner har igangsatt egne prosjekter for å prøve ut ulike ordninger for ALIS. Videre har Stortinget bevilget midler til to prøveordninger for utdanningsstillinger i allmennmedisin: dette gjelder følgende prosjekter:

- **Femårig prøveordning med utdanningsstillinger:** Prosjektet ble avsluttet i 2017 og skal evalueres av Helsedirektoratet.
- **ALIS–Vest:** Prosjekt med utdanningsstillinger i allmennmedisin igangsatt høsten 2017³. Prosjektet på Vestlandet er kommet godt i gang, og har allerede rekruttert flere unge leger til utdanningsstillinger i Hordaland og Sogn- og Fjordane. I Hordaland og Sogn og Fjordane har ti kommuner startet opp med kommunale utdanningsstillinger.

Et annet ALIS-prosjekt som er igangsatt er:

- **ALIS Levanger:** Prosjekt med utdanningsstillinger i allmennmedisin igangsatt høsten 2017. Fire ALIS er ansatt i fastlønnet stilling i kommunen; to stillingshjemler som sykehjemslege er opprettet og to fastlønte fastleger (50%) ved fastlegekontor med næringsdrivende fastleger er opprettet. Etter endt utdanning forsetter ALIS i disse hjemlene som godkjente spesialister.

² <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2017-02-17-192e>

³ <https://alivest.wordpress.com/>

3.3 Kommunenes ansvar

Kommunen har som ansvar å sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige allmennlegetjenester. Endringer i rammevilkår, blant annet kompetansekrav til leger og ansvarsoppgaver for både primærhelsetjenesten og fastlegene, medfører behov for endringer. Gjennom spesialistforskriften, styrking av ledelsen av fastlegeordningen og øvrige medisinske tjenester, vil det i de fleste kommuner bli sikret riktig allmenntilleggs kompetanse og kapasitet.

4 FORSLAG TIL MODELLER

Fellestrekk for modellene

Kompetanseforskriften pålegger kommunen å sikre at leger som tiltrer en Fastlegeavtale, stilling ved kommunal legevakt eller annen stilling med oppgave om å yte helsehjelp i medhold av helse- og omsorgstjenesteloven.

For alle som søker på en fastlegestilling eller fastlegehjemmel i kommunen, samt stilling utenfor fastlegeordningen, og som ikke fra før av er spesialist, vil det være behov for å legge til rette for utdanningsløp. Det betyr at enhver fastlegeavtale eller avtale om klinisk legestilling i kommunen utenfor fastlegeordningen, som utlyses, må inneholde bestemmelser om spesialisering i allmenntilleggs og etterutdanning når avtale inngås med ALIS.

De modeller som skal utvikles bør ikke etableres på siden av dagens system. Modellene som utvikles bør være varige løsninger som ikke legger opp til "midlertidige stillinger/hjemler", men midlertidige stillinger kan opprettes innenfor dagens lov og avtaleverk.

Kontinuiteten og den personlige relasjonen er viktig for kvaliteten i fastlegeordningen. Stabilitet i fastlegedekningen over tid er et mål i seg selv.

Rekrutteringstiltakene som innføres nå, skal ikke kun bidra til rekruttering på kort sikt, dvs å få leger gjennom et spesialiseringsløp. Det er også viktig å tilrettelegge for at leger som har fullført spesialistutdanningen fortsetter på samme sted/i samme område.

Det er viktig å utarbeide en ordning der den delen av spesialiseringen som foregår i fastlegepraksis innholdsmessig ikke avviker i særlig grad fra vanlig fastlegepraksis. Videre er det viktig at nye ALIS i så stor grad som mulig blir kjent med og får erfaring med fastlegens oppgaver og arbeidsform også tidlig i karrieren.

Modellene må ta hensyn til overdragelsesretten til fratredende lege (i de tilfellene en utdanningsavtale er en utlyst hjemmel som tidligere har vært besatt). Fratredende lege må ha overdragelsesretten i behold i henhold til gjeldende regler. Modellene må også ta hensyn til de

Øvrige legene i gruppepraksisen og forpliktelsene som følger med å ha ALIS på legekantoret. I den forbindelse bør det utredes om fastlegepraksiser som har ALIS skal kompenseres for dette.

I alle modellene er det viktig at kommunen bidrar til at ALIS sikres nødvendig tjeneste i godkjent utdanningsvirksomhet, og at de regionale helseforetak legger til rette for at aktuelle institusjonslæringsmål kan gjennomføres uten forsinkelser i spesialisingsløpet. Den enkelte kommune eller kommunefelleskap og helseforetak må sørge for at det inngås samarbeidsavtaler om dette.

I alle modellene må det sikres tilgang til regelmessig veiledning og supervisjon, jmf spesialistforskriften. Nyutdannede leger uttrykker behov for mer systematisert oppfølging og tiltaket vil derfor kunne ha en gunstig effekt på rekruttering. Dette må avklares lokalt og i forhold til den enkelte ALIS behov. Supervisjon må gjennomføres på arbeidsstedet. Veileder og supervisor må godtgjøres dersom de ikke har fast lønn og dette arbeidet ikke er en del av deres offentlige legearbeid.

Fastleger (også ALIS) har 44 ukers arbeidspåkt og de øvrige 8+ ukene er avsatt til videre- og etterutdanning og ferie.

Supervisjon bør som hovedregel gjennomføres av en erfaren allmennlege, fortrinnsvis spesialist i allmennmedisin. Supervisjonsavtale bør inngås med hele fastlegekantoret og det må avtales godtgjøring for supervisering.

Det må settes av nok ressurser til å lede og administrere spesialistutdanningen i kommunen evt. gjennom samarbeid mellom kommuner. Erfaringer fra den femårige prøveordningen med utdanningsstillinger, som ble avsluttet i 2017, viser at en kommunal koordinator som følger leger i spesialisering, har positiv effekt.

Kommunenes ansvar

I forslaget til ny spesialistforskrift er det lagt opp til at kommunenes ansvar øker betydelig både når det gjelder ALIS i og utenfor fastlegeordningen. Kommunen som utdanningsvirksomhet vil få ansvar å legge til rette for at leger under spesialisering i allmennmedisin kan oppnå læringsmålene og gjennomføre utdanningsløpet. Kommunens ansvar omfatter å:

- sende inn en søknad om registrering av kommunen som utdanningsvirksomhet vedlagt en plan for spesialistutdanningen i allmennmedisin
- sørge for at det utarbeides en individuell utdanningsplan med et utdanningsløp i samråd med legen og at planen revideres ved behov
- legge til rette for at utdanningen kan skje etter den individuelle planen
- legge til rette for at legen får nødvendig veiledning og supervisjon
- oppnevne en individuell veileder
- utstede bekreftelse på gjennomført praktisk tjeneste

Den nye rollen som spesialistforskriften tildeler utdanningsvirksomheten (kommunen), kan utvikles og profesjonaliseres mer effektivt av kommuner i fellesskap, enn av enkeltkommuner.

Leger i spesialisering har ansvaret for egen læring, blant annet ved å følge opp den individuelle utdanningsplanen og delta i læringsaktiviteter.

Uavhengig av fremtidig modell for ALIS, kan ulike økonomiske virkemidler bedre rekrutteringen avhengig av hvilke behov kommunen har.

Det finnes i dag ulike økonomiske tilskuddsordninger for ALIS, herunder Legeforeningens lånefond, Legeforeningens utdanningsfond og statlige tilskuddsordninger.

Statlige tilskuddsordninger bør være øremerkede. Dette vil sikre en målrettet finansiering for å øke rekruttering. Tilskudd tildeles kommunen der de kan dokumentere at de har en plan for rekrutteringstiltak. Enkelte tilskudd bør vurderes utbetalt direkte til ALIS. Det er ulike behov for rekrutteringstiltak i kommunene og dermed vil tiltakene kunne være forskjellige. De viktigste støtteordningene til ALIS er de som bidrar til forutsigbarhet, tilrettelegging og mindre økonomisk risiko tidlig i karrieren. Eksempler på støtteordningen er:

- dekning av utgifter i forbindelse med gjennomføring av læringsaktiviteter
- forpliktende avtaler om supervisjon og veiledning
- kommunens må inngå konkrete avtaler om gjennomføring av institusjonslæringsmål (enten i HF eller annen institusjon) slik at ALIS vet hvor og når slik tjeneste skal gjennomføres. Dette gir mulighet til planlegging og forutsigbarhet for ALIS, kommunen og gruppepraksisen

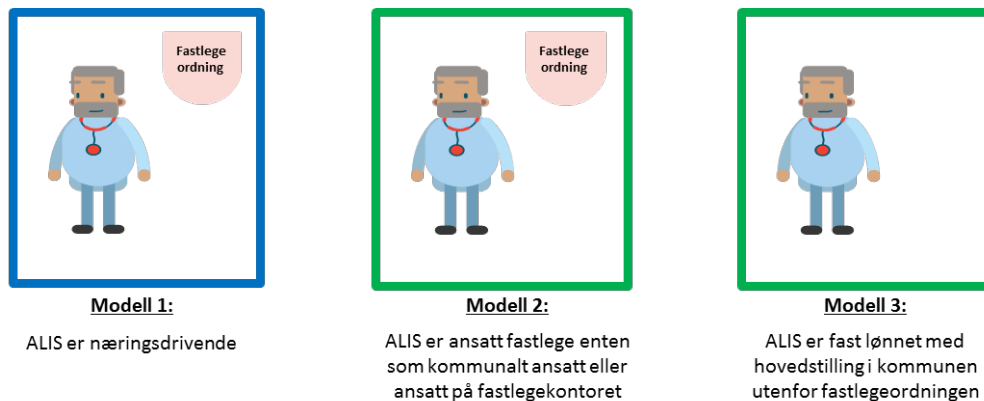
Det foreslås søkbare tilskudd til:

- **Supervisjon/ veiledning:** ALIS bør i en periode ved oppstart ha tilgang til veiledning og supervisjon utover forskriftens krav. Utdanning av veiledere er viktig slik at ALIS raskt kommer i gang med gruppeveiledning. Veiledning skal utføres av spesialist, og refusjonsordningen for dette bør gjenopprettes. Supervisjonsavtale bør inngås med hele fastlegekontoret/ virksomheten der tjenesten gjennomføres.
- **Kurs/læringsaktiviteter:** Støtte til gjennomføring av læringsaktiviteter knyttet til spesialistutdanningen som ikke dekkes på annen måte (Legeforeningens utdanningsfond).
- **Koordinering:** Regional organisering for koordinering må vurderes. I tillegg må dekning av utgifter til koordinering av spesialistutdanningen av allmennlegene i ett område (for eksempel i nedslagsfeltet til et lokalsykehus) og til samlinger av veiledere og gruppeveiledere i området (gjerne fellessamlinger for kommunen(e) og sykehuset) vurderes.
- **Kommunalt kjøp av fastlegepraksis:** Det kan søkes om dekningsbidrag.
- **Kommunal deling av lister:** En ordning for deling av lister utredes i forbindelse med andre del av leveransen.

Skisse til modeller

Følgende tre modeller for ALIS er utarbeidet for å sikre at nyutdannede leger får faglig og økonomisk trygghet og forutsigbare arbeidsforhold:

- Modell 1: ALIS næringsdrivende
- Modell 2: ALIS fast lønn – ansatt fastlege (kommunalt ansatt eller ansatt på fastlegekontoret)
- Modell 3: ALIS fast lønn – med hovedstilling i kommunen utenfor fastlegeordningen



Illustrasjon av tilknytningsformer i de tre alternative modellene for ALIS

I det følgende gis en beskrivelse av de tre alternative modellene for ALIS med forslag til rekrutteringstiltak, kommunens ansvar, nasjonal ordning, fordeler og ulemper. Utredningen tar ikke stilling til de enkelte rekrutteringsforslagene, og har heller ikke prioritert dem.

4.1 Modell 1: ALIS næringsdrivende

I denne modellen er ALIS næringsdrivende. ALIS må ha eget listeansvar. Det kan vurderes å avtale kort liste ved oppstart. Det må utarbeides prinsipper og tiltak for hvordan den næringsdrivende ALIS kan sikres økonomisk i starten av fastlegevirksomheten.

Forslag til rekrutteringstiltak

- Inntektsgaranti kan vurderes.
- Det utbetales et rekrutteringstillegg/grunntilskudd ved oppstart i fastlegepraksis. Tilskuddet skal dekke renter/avdrag for lån til kjøp av praksis og til dekning av fate utgifter ved legekantoret, kurs og andre utdanningsaktiviteter.
- Rentefritt etableringslån som er avdragsfritt de første årene.
- Det betales et årlig tilskudd, f.eks. tilsvarende differansen i basistilskudd, jfr. Omtale om avtalt opptrapping av listestørrelse.
- Kommunen dekker kostnader for deltakelse på læringsaktiviteter i forbindelse med spesialistutdanning som ikke dekkes av Legeforeningens fond.
- Det må innføres gode incentiver for legekantoret som har en ALIS i praksisen. Særlig i begynnelsen kan det ikke forventes at ALIS bidrar like mye til administrasjon og drift av legekantoret, slik at de øvrige leger må ta større del av dette ansvaret. Mange kommuner har allerede inngått økonomiske samarbeidsavtaler (såkalt 8.2 avtaler) i rekrutteringsøyemed. Kommunal medfinansiering og støtteordninger til legekantoret bør vurderes, både reforhandling av eksisterende avtaler og inngåelse av nye avtaler der slike ikke er inngått.
- Det bør vurderes om kommunen skal bistå med bistand til inntak av vikar i praksis når ALIS har fravær fra praksis, for eksempel i forbindelse med gjennomføring av læringsaktiviteter utenfor praksis. Slike vikariater kan benyttes til å gjennomføre tjenestetid for andre ALIS, slik at utdanningskapasitet ikke står ubenyttet.

- Det bør vurderes om kommunen skal utbetale ekstra godtgjøring til ALIS for å dekke løpende utgifter i praksisen ved fravær knyttet til gjennomføring av læringsaktiviteter.
- Det settes et noe lavere listetak for ALIS ved oppstart første hele driftsår for de som starter med en eksisterende liste. Listen kan deretter øke i takt med at ALIS får økt erfaring. Dette må i tilfelle inngå i fastlegeavtalen, og listetaket må fremgå.
- Dersom kommunen har inngått samarbeid med andre kommuner om spesialistutdanning, vil det også kunne tilbys samlinger mv for ALIS, veiledere og supervisorer.

Kommunalt ansvar

Kommunen har ansvar og oppgaver som registrert utdanningsvirksomhet, jfr. forslag i spesialistforskriften. For å sørge for gjennomstrømming i utdanningsløpene bør kommunen inngå samarbeidsavtaler om utdanning med RHF eller HF i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1 og § 6-2 nr. 7.

Nasjonal ordning

Finansielle støtteordninger fra staten må vurderes. Modellen har som formål å bedre rekruttering og sikre stabil fastlegedekning i hele landet. Statlig finansiering vil kunne bidra til likere betingelser nasjonalt. Uten statlig finansiering risikerer man at det blir store forskjeller mellom kommuner avhengig av ulikheter i kommunal finansiering. ALIS må inngå oppgjørsavtale med Helfo og kreve egenandeler og refusjon i henhold til gjeldende takster på vanlig måte.

Arbeidsrettslig ansvar

Kommunen har ikke noe arbeidsgiveransvar overfor selvstendig næringsdrivende fastlege. Legens og kommunens rettigheter og plikter er regulert i statsavtalen, rammeavtalene, sentrale forbundsvise særavtaler, individuell avtale, stønadsforskriften og fastlegeforskriftene.

Fordeler

- Ordning bygger på hovedmodellen for fastlegepraksis.
- ALIS vil bli kjent med og får erfaring med næringsdrift også tidlig i karrieren.
- Avtale om spesialisering med tilrettelegging som en del av fastlegeavtalen gir forutsigbarhet for ALIS.

Ulemper

- Det må forutsettes at det er behov for fastlegeavtalen (tilstrekkelig pasientgrunnlag). Det kan ligge en risiko for legens inntekt ved for kort liste. Modellen må kompensere for denne risikoen. En modell med inntektsgaranti det første året er brukt noen steder og bør vurderes.

4.2 Modell 2: ALIS fast lønn – ansatt fastlege (kommunalt ansatt eller ansatt på fastlegekontoret)

I denne modellen tiltrer ALIS en fastlønnet stilling som fastlege. Følgende ansettelsesforhold kan vurderes:

- 1) Kommunalt ansatt i fastlegestilling enten i privat eller kommunal fastlegepraksis
- 2) ALIS ansettes på legekantoret

I teksten under omtales begge ansettelsesforholdene for Modell 2 samlet. I videre utredning bør det vurderes nærmere detaljene knyttet til henholdsvis ALIS fast lønn ansatt fastlege som 1) kommunalt ansatt og 2) ansatt på fastlegekontoret.

Kommunen lyser ut en fast stilling når det er behov for å dekke fastlegebehovet. Den faste stillingen kan være:

- Enten en eksisterende fast stilling som lyses ut fordi fratredende lege slutter, eller
- kommunen kan velge å omgjøre en næringsdrivende fastlegeavtale til en fastlønnet stilling. I disse tilfellene må fratredende lege kompenseres av kommunen.
- Alternativ er at kommunene har behov for flere leger og det lyses ut en nyopprettet stilling med fastlegeliste (nulliste).

Kommunene ansetter her ALIS i en ordinær stilling som fastlege, i henhold til arbeidsmiljøloven og tariffavtalene. Der ALIS er ansatt på legekantoret må legekantoret ha en avgjørende beslutningsmyndighet på hvem som skal ansettes i egen praksis siden en slik tilknytning forutsetter godt samarbeid over tid. I arbeidsavtalen forplikter ALIS seg til å gjennomføre spesialisering i allmenmedisin, med oppsigelsesrett i henhold til vanlige regler. ALIS må ha eget listeansvar.

Forslag til rekrutteringstiltak

- Kommunen dekker kostnader for deltakelse på læringsaktiviteter i forbindelse med spesialistutdanning, som ikke dekkes av Legeforeningens fond. Dette er regulert i SFS 2305. pkt 11.2 Det følger av denne bestemmelsen at utgifter til videre- og etterutdanning skal legen fortrinnsvis søke dekket av fond i henhold til sentral avtale (statsavtalen) – utdanningsfond II. Kommunen må forutsette at legen søker fra dette fondet. For ansatte leger vil det være naturlig at kommunen dekker overskytende beløp. Oslo kommune har egne avtaler om dette.
- ALIS bør få anledning til å avtale et lavere listetak ved oppstart for de som starter med en eksisterende liste. Listen kan deretter øke i takt med at ALIS får økt erfaring. Detaljer rundt dette må inngå i fastlegeavtalen.
- Legen får fastlønn og egenandeler/refusjoner og pro capitatilskuddet, tilfaller kommunen. Det er også mulig å se på bonusordninger i rekrutteringsøyemed, regulert av Hovedtariffavtalens regler for bonusordninger. For eksempel at legen får en viss andel av refusjoner.
- Ved ansettelse på legekantoret der de øvrige legene er selvstendig næringsdrivende, må kommunen inngå avtaler med legesenteret om fordeling av utgifter. Det må også settes av ressurser til supervisjon. Veiledning og gruppeveiledning kommer i tillegg.

- Eventuell konvertering til næringsdrift må avtales mellom kommunen og ALIS ved oppstart. Det bør utarbeides nasjonale føringer for vilkår og prosess knyttet til overgangen til næringsdrift. Det må også være mulig at legen kan ansettes i kommunen enten som fastlege, eller i andre legestillinger. Det bør diskuteres om konvertering kun kan skje ved fullført spesialistutdanning eller på et hvilket som helst tidspunkt.

Kommunalt ansvar

Kommunen har ansvar og oppgaver som registrert utdanningsvirksomhet, jfr. forslag i spesialistforskriften. Kommunen skal sørge for at egne ansatte, som utfører tjeneste eller arbeid etter loven, får påkrevd videre- og etterutdanning (hol § 8.2). Dersom kommunen har inngått samarbeid med andre kommuner om spesialistutdanning vil det også kunne tilbys samlinger med videre.

I denne modellen er det opp til den enkelte kommune å inngå arbeidsavtale med ALIS.

Når ALIS ansettes i kommunen, vil kommunen ha forpliktelser overfor ALIS både i henhold til reglene i spesialistforskriften og som arbeidsgiver. Som arbeidsgiver har de et tilretteleggingsansvar, retten fremgår i til enhver tid gjeldene lov- og avtaleverk.

Kommunen har også oppgaver i spesialiseringssløpet i henhold til spesialistforskriften når ALIS er ansatt på legekantoret, jfr. forslag til spesialistforskrift §5. Det forutsettes at kommunen og legekantoret samarbeider og inngår avtaler om hvem som har ansvar for hva.

Nasjonal ordning

Finansielle støtteordninger fra staten må vurderes. Modellen har som formål å bedre rekruttering og sikre stabil fastlegedekning i hele landet. Statlig finansiering vil kunne bidra til likere betingelser nasjonalt. Uten statlig finansiering risikerer man at det blir store forskjeller mellom kommuner avhengig av ulikheter i kommunal finansiering. ALIS må inngå oppgjøravtale med Helfo og kreve egenandeler og refusjon i henhold til gjeldende takster på vanlig måte.

Arbeidsrettslig ansvar

Kommunen er arbeidsgiver. Det bør utarbeides arbeidsavtaler som inngås mellom partene.

Fordeler

- I arbeidsavtalen mellom kommunen og ALIS kan det inngå vilkår å fortsette som næringsdrivende, enten ved fullført spesialisering, eller også tidligere i spesialistutdanningen.
- Utdanningsstilling med fast lønn, gir mer økonomisk forutsigbarhet for legen og innebærer ikke finansiell risiko for legen.
- ALIS som ansettes på legekantoret kan være motiverende for både ALIS og legene i gruppepraksisen. I en slik modell må ALIS sikres en viss deltakelse i kantorets drift.

Ulemper

- Kommunene vil kunne få økte utgifter ved denne ordningen, alt ettersom hvordan ordningen er innrettet, herunder betaling av kursavgift, fri med lønn etc.
- Kollegial fraværdekning mellom fastleger med næringsdrift og fast ansettelse, kan vanskeligjøres av at legene har ulike vilkår.

4.3 Modell 3: ALIS fast lønn – med hovedstilling i kommunen utenfor fastlegeordningen

Modellen er tilrettelagt for leger som er ansatt i kommunen i andre stillinger enn fastlegepraksis, med intensjon om å forbli i slike stillinger over tid. Også disse vil trenge spesialistutdanning i allmennmedisin. Aktuelle stillinger for ALIS i denne modellen vil blant annet være sykehjem, helsestasjon, KAD/ØHD, større legevakter og stillinger innen rusomsorg og migrasjonshelse. Omfanget av slike stillinger er betydelig. Erfaringer fra Oslo kommune viser at det i Oslo kan være i størrelsesorden like mange «ALIS utenfor fastlegeordningen» som ALIS i tradisjonell fastlegeutdanning (150-200 av hver type). En betydelig andel av læringsmålene (kanskje opp mot 75 %) kan oppnås i stilling utenfor fastlegeordningen. ALIS vil i tillegg til sitt primære arbeidssted trenge tjeneste i åpen uselektert praksis og i godkjent utdanningsinstitusjon.

Spesialistforskriften fastsetter at kommunen har ansvar for å lage en overordnet plan for utdanning i kommunen og en individuell utdanningsplan for alle legene. Planene vil omfatte hvor og når den praktiske tjenesten kan gjennomføres, og hvordan læringsmålene skal oppnås. En slik plan vil også kunne gi informasjon om vikarbehov og danner grunnlaget for et system for at leger med hovedstilling utenfor fastlegeordningen oppnår alle læringsmålene inklusive to års tjeneste i fastlegepraksis.

Forslag til rekrutteringstiltak

- Tiltakene for ALIS ansatt bør gjelde på samme måte for ALIS med hovedstilling utenfor fastlegeordningen. I denne modellen er det aktuelt å opprette noen «gjennomstrømningsstillinger» på fastlegekontorer for å sikre at disse legene får gjennomført to år i åpen uselektert praksis. Slike stillinger vil ikke videreføre listeanvar når spesialiseringen er fullført.
- For å lykkes med nødvendige rotasjoner for denne gruppen ALIS må man benytte ledige vikariater som utdanningsstillinger i allmennpraksis. Veiledning og supervisjon forutsetter at ALIS og veileder/supervisor er til stede samtidig. Det må benyttes de samme kompensasjonsmekanismene her, som i gruppepraksis for næringsdrivende.
- Dersom kommunen har inngått samarbeid med andre kommuner om spesialistutdanning vil det også kunne tilbys samlinger med videre.

Kommunalt ansvar

Kommunen har ansvar og oppgaver som registrert utdanningsvirksomhet, jfr. forslag i spesialistforskriften. Kommunen skal sørge for at egne ansatte som utfører tjeneste eller arbeid etter loven her, får påkrevd videre- og etterutdanning (hol § 8.2).

Nasjonal ordning

Finansiell støtteordning fra staten må vurderes. I dag finnes følgende støtteordninger:

Legeforeningens lånefond, Legeforeningens utdanningsfond og statlige tilskuddsordninger, jmf. kapittel 4. Kommunen kan ikke påregne å få investeringen i spesialistutdanning tilbake i form av økte inntekter gjennom bruk av spesialisttakster, i og med at slike takster i liten grad benyttes i de aktuelle stillingene utenfor fastlegekontor. Kostnadene med å gjennomføre spesialistutdanningen vil falle på kommunen og må utredes nærmere.

Modellen har som formål å bedre rekruttering og sikre stabil fastlegedekning i hele landet. Statlig finansiering vil kunne bidra til likere betingelser nasjonalt. Uten statlig finansiering risikerer man at det blir store forskjeller mellom kommuner avhengig av ulikheter i kommunal finansiering. ALIS må kunne inngå oppgjørsavtale med Helfo og kreve egenandeler og refusjon i henhold til gjeldende takster på vanlig måte.

Arbeidsrettslig ansvar

Kommunen har arbeidsgiveransvar. I perioder kandidaten tjenestegjør i annen virksomhet, innvilges det utdanningspermisjon og arbeidsgiveransvaret plasseres i perioden i den virksomheten legen tjenestegjør.

Fordeler

- Det kan defineres utdanningsløp som dekker behovet for spesialisering av en gruppe leger som til nå i liten grad har fått tellende tjeneste for sitt arbeid. Løpene vil kunne tilpasses lokale forhold og representere et viktig kvalitetsløft for å gjøre det mulig å realisere kravene i forskrift om kompetansekrav for leger.
- Utdanningsstilling med fast lønn gir mer økonomisk forutsigbarhet for legen.
- Fast lønn gir ikke finansiell risiko for legen.
- Fast lønn gjør rotasjoner mellom virksomheter enklere og er forenelig med hvordan tjeneste utenfor fastlegeordningen vanligvis er betalt.
- Et spesialiseringsløp i rotasjon mellom forskjellige stillinger gir bredere erfaringsgrunnlag og kan redusere «lekkasje» av ferdige spesialister fra aktuelle stillinger i kommunale helse- og omsorgstjenester til fastlegepraksis.
- Kommunen kan bygge opp kompetanse og kapasitet til å tilby også andre enn sine egne ansatte leger et spesialistløp- forutsatt finansieringsordninger.

Ulemper

- Den delen av utdanningen som gjennomføres i fastlegepraksis må organiseres som en gjennomstrømningsstilling f.eks. en felleliste, en deleliste eller en vikarordning, med de ulempene dette medfører for innbyggerne på listen.
- Kommunene kan få økte utgifter ved denne ordningen alt ettersom hvordan ordningen er innrettet, herunder betaling av kursavgift, fri med lønn etc.
- Rotasjonsordninger og krav til spesialisering vil kreve betydelig ressursinnsats for koordinering/administrasjon av spesialiseringen. Det vil også redusere legenes kliniske arbeidstid sammenliknet med tidligere praksis og dermed øke kommunens utgifter.
- Dersom veileder skal være spesialist, vil man inntil det finnes flere allmennspesialister i relevante stillinger måtte kjøpe veiledertjeneste fra fastlegespesialister som kan ha manglende kapasitet og begrenset kjennskap til ALIS sin arbeidsplass.

4.4 Oppsummering

Tre alternative modeller for leger i spesialistutdanningen i allmennmedisin er skissert med fordeler og ulemper. Til hver modell har rekrutteringstiltak, kommunens ansvar og nasjonal rolle blitt vurdert. De tre modellene er:

- Modell 1: ALIS næringsdrivende
- Modell 2: ALIS fast lønn – ansatt fastlege (kommunalt ansatt eller ansatt på fastlegekontoret)
- Modell 3: ALIS fast lønn – med hovedstilling i kommunen utenfor fastlegeordningen

I denne utredningen av modeller er det funnet flere elementer som trolig vil kunne bedre rekruttering til fastlegeordningen ved tilrettelagte og forutsigbare utdanningsløp for leger i spesialistutdanning i allmennmedisin og deres veiledere og supervisører.

I utredningen tas det ikke stilling til de enkelte rekrutteringsforslagene, og heller ikke prioritet mellom dem. Modellene bør vurderes hver for seg, eller i en kombinasjon med bakgrunn i behovet i de ulike kommunene. Modellene må sees i sammenheng med andre utviklingstiltak som kan bidra til å rekruttere og beholde erfarne fastleger og allmennleger i kommunene. Ledelse og nye finansieringsformer er viktige elementer i denne utviklingen.

Forslag fra Legeforeningen som bør drøftes i det videre arbeidet er grunntilskudd eller rentefritt etableringslån ved oppstart av praksis, kompensasjon for redusert listelengde og incentiver for praksisen der ALIS inngår.

Forslag fra Legeforeningen som bør drøftes i det videre arbeidet er:

- grunntilskudd eller rentefritt etableringslån ved oppstart av praksis
- kompensasjon for redusert listelengde
- incentiver for praksisen der ALIS inngår

