

Prosjekt ALIS-NORD

Innhold

Prosjekt ALIS NORD	1
1 Innledning.....	3
2 Aktørene i prosjektet – organisering og ansvarsområder	3
3 Målsetting	4
4 ALIS NORD gir mulighet for hurtig rekruttering av fastleger i Nord-Norge.....	5
4.1 Rekrutterings- og stabiliseringsutfordringer	5
4.2 Nye kompetansekrav	5
4.3 Ny spesialistutdanning for leger, inklusive LIS 1	6
4.4 Faste utdanningsstillinger - normen i helseforetak	6
4.5 Det utfordrende sykehusåret	7
4.6 En støttestruktur for kommunene.....	7
5 Kommunene må samhandle om å utvikle sin rolle som ledere av fastlegeordningen i Nord-Norge.....	7
5.1 Kommunene som ledere av sin fastlegeordning	7
5.2 Kommunene får økt innflytelse på og ansvar for utdanningen av fastlegespesialister.....	8
6 ALIS-NORD modellen.....	8
6.1 Veiledning	8
6.2 Fastlønnede utdanningsstillinger	9
6.3 Utdanningshjempler i privat næringsdrift.....	9
7 Administrativt fellesskap	10
8 Tilrettelegging for sykehusåret i samarbeid med helseforetakene.....	10
9 Budsjett for prosjekt ALIS-NORD - fire underprosjekter	11
10 Finansieringsplan for ALIS NORD – fire underprosjekter	11

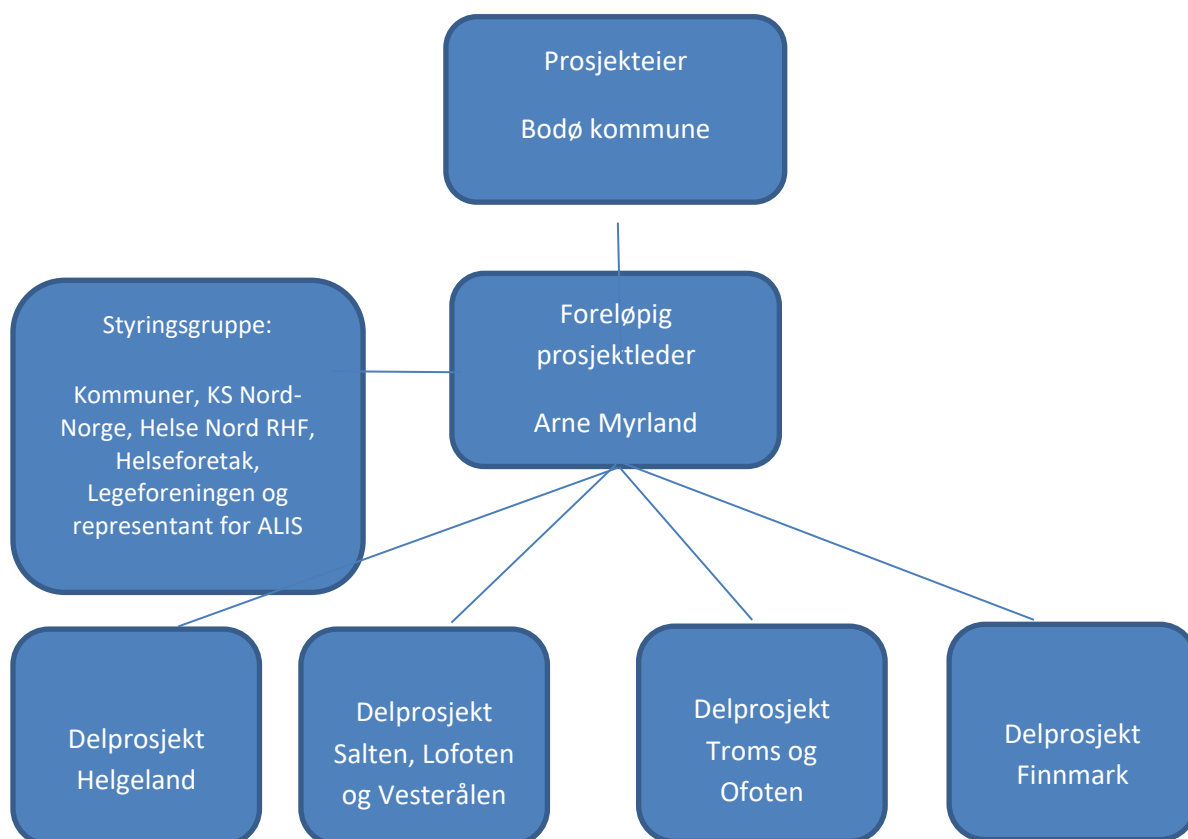
1 Innledning

For å løse noen av de kjente rekrutteringsutfordringene i fastlegetjenesten i Nord-Norge og for å imøtekomme strengere kompetansekrav til fastleger, er det ønskelig å prøve ut en ordning med kommunale utdanningsstillinger/-hjemler for ALIS (allmennlege i spesialisering). Prosjektet vil prøve ut både fastlønnede utdanningsstillinger og utdanningshjemler i privat næringsdrift.

Dette dokumentet gir en beskrivelse av hva ALIS-NORD- prosjektet (heretter omtalt som prosjektet) omfatter, hvem som er aktører i prosjekter og prosjektets bakgrunn. Det redegjøres videre for prosjektets mål og strategier for å nå målene, samt de sentrale styringsverktøyene.

Dokumentet skal være et overordnet styringsverktøy under gjennomføringen av prosjektet, både for Prosjektgruppen og Styringsgruppen.

2 Aktører, organisering og ansvarsområder



Styringsgruppe: Fastsettes endelig i dialog med interessentene.

Prosjekteier: Bodø kommune.

Prosjektleder: Lyses ut og tilsettes som del av prosjektet.

Organisering og omfang: På grunn av de store geografiske avstandene i Nord-Norge er det hensiktsmessig å organisere prosjektet i fire delprosjekter under en felles prosjektleder. Vi foreslår å ta utgangspunkt i en prosjektleder i 100 % stilling for hele ALIS-NORD, samt en prosjektmedarbeider i 30 % stilling i hver av de fire delprosjektene som er inndelt i geografiske områdene tilsvarende nedslagsfelt for helseforetakene og kommunenes overordnede samarbeidsorgan (OSO). Medarbeiderne i de enkelte delprosjektene ansettes i 30 % stillinger som fordeles med en arbeidsdag pr. uke (20 %) og tilgjengelighet pr. mail og telefon resterende del av uka (10 %).

Innenfor de enkelte delområdet inviteres i utgangspunktet alle kommuner til å være med i prosjektet. Prosjektleder og styringsgruppen vil deretter gjennomgå søknadene og velge ut de kommunene som får være med i prosjektet basert på økonomi i prosjektet, geografi, lokale rekrutteringsbehov og hva som er praktisk mulig å få gjennomført for å lykkes med prosjektets målsetting (jfr. pkt. 3).

Prosjektet tar utgangspunkt i en modell med maksimalt 6 deltakerkommuner fra hvert helseforetaksområde, totalt 24 deltakerkommuner. Videre planlegges prosjektet med å kunne gi 8 ALIS i hvert helseforetaksområde tilbud om ALIS-hjemler, totalt ca. 30-32 nye fastlegehjemler i prosjektet. Dette er vurdert ut fra hvilken kapasitet ressursene i prosjektorganisasjonen gir, og med henblikk til hva prosjektet på en realistisk kan følge opp på en hensiktsmessig måte. Vi har her sammenlignet med ALIS Vest.

En kommune i hvert helseforetaksområde må ta på seg å være kjernekommune og vil få noe mer administrativt ansvar for gjennomføringen av prosjektet enn de andre kommunene. Det bør være et tilstrekkelig antall kommuner og tilhørende ALIS med i området til at det blir en hensiktsmessig størrelse slik at ALIS'ene kan utgjøre en veiledningsgruppe. En nærliggende oppgave for kjernekommunen vil være å bidra med veilederressurs til den obligatoriske gruppeveiledningen.

3 Målsettinger

1. Sikre rekruttering og stabilitet i fastlegestillinger og –hjemler i nordnorske kommuner
2. Utvikle utdanningsstillingsmodeller for nordnorske forhold som passer for både fastlønn og næringsdrift
3. Sikre at nye fastleger får et kvalitetssikret og effektivt spesialiseringssløp i allmenntillegging, herunder sikre tilrettelegging, forutsigbarhet og fleksibilitet knyttet til oppnåelse av læringsmål i spesialisthelsetjeneste (sykehusåret)
4. Utvikle kommunens rolle og kompetanse som tilrettelegger for legers spesialistutdanning i allmenntillegging og gjøre dem mer attraktiv som arbeidsgiver.

I tillegg vil det være viktig at det genereres kunnskap som myndigheter og andre kommuner kan nyttiggjøre seg.

4 ALIS-NORD gir mulighet for hurtig rekruttering av fastleger i Nord-Norge

Vi vil i det videre presentere noen argumenter for nødvendigheten av et ALIS-NORD prosjekt.

4.1 Rekrutterings- og stabiliseringsutfordringer

Mange kommuner med lavt folketall og store geografiske avstander er med på å gjøre rekrutterings- og stabiliseringsutfordringene i fastlegetjenesten i Nord-Norge større enn i andre, mer sentrale deler av landet. En nasjonal studie som handler om varigheter av fastlegeavtaler, viste at halvparten av alle fastlegeavtaler var avsluttet innen 5,9 år¹. Hvis man i det samme datamaterialet skiller ut fastlegeavtaler i Nord-Norge, finner man at det tok langt kortere tid (3,8 år) før halvparten var avsluttet.

Mens den årlige utskiftningsandelen (turnoverandelen) blant fastleger i Nord-Norge var 12,8 prosent i 2013, var den 7,3 prosent på landsbasis². Nasjonalt ble antall fastlegestillinger som sto ledig i mer enn tre måneder i kommuner utenfor storbyene, omtrent fordoblet fra 2014 til 2016³. Tilsvarende vekst var litt lavere i Nord-Norge (74 prosent). Dette tyder på stigende rekrutteringsutfordringer nasjonalt, som gjør konkurransen om legene for kommuner i Nord-Norge tøffere. Det gir grunn til å utvikle konkurransefortrinn for å fylle ledige fastlegehjemler/-stillinger i nord.

4.2 Nye kompetansekrav

Kommunene stilles overfor strengere kompetansekrav for bemanning både av fastlegetjenesten og legevaktordningen. Spesialistutdanning i allmennmedisin er nå å regne som obligatorisk for fastleger. Kompetanseforskriften⁴ pålegger kommunen å sikre at fastleger som tilsettes etter 1. mars 2017, er spesialister i allmennmedisin eller under spesialisering.

Akuttmedisinforskriften stiller på sin side krav om at kommunenes legevakt må bemannes med fastleger som er spesialist i allmennmedisin eller godkjente allmennleger med spesifikk legevakterfaring⁵, for at de skal kunne ha selvstendig vakt. 48 prosent av fastlegene i Nord-Norge

¹ Abelsen B, Gaski M, Brandstorp H. Varighet av fastlegeavtaler. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135:2045 – 9.

² Gaski M, Abelsen B. Fastlegetjenesten i Nord-Norge. NSDM-rapport 2018. Tromsø: Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet.

³ Upubliserte data fra NSDM.

⁴<https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2017-02-17-192>

⁵ Etter 1. mars 2017 er det ikke lenger mulig for fastleger å starte et løp for å bli godkjent allmennlege. Denne gruppen leger vil dermed gradvis fases ut.

var per oktober 2017 spesialister i allmenntmedisin, mot 57 prosent på landsbasis². Forskjellen i spesialistandel mellom kvinner og menn var større i Nord-Norge enn på landsbasis; andelen kvinnelige spesialister i allmenntmedisin i Nord-Norge var 37 prosent (mot 50 prosent på landsbasis) og kun 22 prosent i de minst sentrale kommunene. Det faktum at ferdige spesialister i allmenntmedisin er et utpreget knapphetsgode, gjør at de fleste kommuner må tilsette fastleger uten spesialistutdanning og sørge for å legge godt til rette for at de får gjennomført spesialistutdanning. Tradisjonelt har spesialistutdanningen i allmenntmedisin i stor grad vært overlatt til den enkelte lege både å organisere og finansiere. I dagens legemarked er kommuner som ikke legger godt til rette for spesialistutdanning, dømt til å tape i konkurransen om legene.

4.3 Ny spesialistutdanning for leger, inklusive LIS 1

Spesialistutdanningen for leger er i ferd med å legges om blant annet med mål om effektivisering og kvalitetssikring. I september 2017 startet det første kullet som LIS1 (tidligere kalt turnustjeneste) på sykehus med føringer lagt i spesialistforskriften⁶. Mens det tidligere var tjenestetid kombinert med gjennomføring av blant annet prosedyrer og kurs som avgjorde om man fikk spesialistgodkjenning, så bygger utdanningen nå på læringsmål som fortløpende vurderes oppnådd av veiledere og lokal lege som yter supervisjon.

Abelsen og Gaski⁷ finner tegn på at den nye søknadsbaserte turnusordningen virker sentraliserende og at det foregår et visst systematisk bortvalg av turnusstillinger i distrikt. Dette svekker rekrutteringsgrunnlaget til allmenntlegetjenesten i distrikt. I dag er søknad til den delen av LIS1 som foregår i kommunen, koblet sammen med søknad til den første sykehusdelen. I praksis er det derfor bare en søknad til begge arbeidsgivere og kommunene blir tildelt en LIS1 fra sykehus. Slik blir det enklere for LIS1 å velge bort kommuner de blir tildelt eller selv har valgt innenfor sykehusets ordninger. Dersom LIS1 i stedet aktivt må søke LIS1-stilling i kommunen, vil bortvalg kunne bli vanskeligere og kommunene vil få en mulighet til å gjøre seg attraktive.

Hvis nordnorske kommuner kan tilby ALIS-stillinger etter endt LIS1, ville det kunne gjøre dem mer attraktive enn uten.

4.4 Faste utdanningsstillinger - normen i helseforetak

Spesialistforskriften slår fast at spesialistutdanning skal gjennomføres i særskilte utdanningsstillinger. Det er bestemt at faste utdanningsstillinger skal være normen i helseforetak. De samme bestemmelsene gjelder ikke for spesialiseringen i allmenntmedisin. Å starte et utdanningsløp i sykehus i en fast stilling, uten krav om investeringer, med fast lønn og full dekning av alle utgifter som påløper til utdanningen, vil for stadig flere fortone seg som en tryggere løsning enn en karriere som fastlege, med tilhørende mer uklart og tradisjonelt mer økonomisk risikofyllt spesialiseringsløp i allmenntmedisin. Denne skjeve konkurransesituasjonen er et godt argument for at kommunene må ta grep og etablere gode spesialistutdanningsløp for sine leger.

⁶ <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-12-08-1482>

⁷ Abelsen B, Gaski M. Ny turnustjeneste for leger. En studie om implementering og samstyring. NSDM-rapport 2017. Tromsø: Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet.

4.5 Det utfordrende sykehusåret

Det at spesialistutdanning nå er så og si obligatorisk, gjør at det såkalte «sykehusåret» som inngår som en del av spesialistutdanningen i allmenntidmedisin, også er obligatorisk. Dette representerer en utfordring på flere måter og endringer mht. dette foreslås i spesialistforskriften. Det vil ikke spesifiseres hvilken tid ALIS skal bruke på å oppnå forskriftsfestede læringsmål. Men også i den nye spesialistutdanningen, vil ALIS være avhengige av utdanningstid i andre utdanningsorganisasjoner enn sin egen kommune. For å sikre at fastleger i Nord-Norge har mulighet til å gjennomføre et effektivt spesialiseringssløp i allmenntidmedisin er det nødvendig å sikre bedre tilrettelegging og forutsigbarhet knyttet til gjennomføring av sykehusåret. Prosjektet legger opp til et tett samarbeid med Helse Nord i så måte.

Helse Nord RHF støtter prosjektsøknaden og er en naturlig aktør å samarbeide for å få til dette, sammen med de fire overordnede samarbeidsorganene (OSO) i Region Nord. Se for øvrig pkt. 8.

4.6 En støttestruktur for kommunene

Helse- og omsorgsdepartementet foreslår i sitt høringsnotat knyttet til Spesialistforskriften at spesialistutdanning spesifiseres i samarbeidsavtalen mellom helseforetak og kommuner som omhandler utdanning. Vi tror at det vil være behov for nye nettverk og strukturer samarbeid for kommunene, slik avdelinger på sykehus har i sine helseforetak med hensyn til administrativ og juridisk kompetanse.

Vår skisserte struktur for ALIS-NORD representerer en mulighet for et økt samarbeid i nettverk for kommunen i Nord-Norge, i et samarbeid med KS Nord.

5 Kommunene må samhandle om å utvikle sin rolle som ledere av fastlegeordningen i Nord-Norge

5.1 Kommunene som ledere av sin fastlegeordning

Kommunenes "sørge-for"-ansvar for legetjenester er betydelig i dagens regelverk. Samtidig ser vi endringer i rammevilkår og ansvarsoppgaver for både primærhelsetjenesten og fastlegene som medfører behov for endringer i måten fastlegeordningene ledes på. I det siste har også de store problemene med rekruttering av fastleger i kommunene vist at ledelsen og oppmerksomheten på fastlegenes rolle i kommunehelsetjenesten må vies større oppmerksomhet. Dette prosjektet trekker videre frem spesialistutdanningen og "sykehusåret" som områder hvor kommunene må lede mer aktivt fremover. Agenda Kaupang⁸ dokumenterer tydelig manglende ressursbruk og kompetanse i kommunens ledelse av fastlegeordningen. Agenda Kaupangs rapport dokumenterer også at få kommuner har utnyttet potensialet i avtalesystemet overfor fastlegeordningen. ALIS-NORD vil kunne

⁸ Agenda Kaupang (2016). Kommunal legetjeneste - kan den ledes? Tilgjengelig på <http://www.ks.no/fagomrader/utvikling/fou/fou-rapporter/kommunal-legetjeneste---kan-den-ledes/>

være en god samarbeidsarena som vil hjelpe kommunene med å oppfylle sine fastlegeforpliktelser gjennom nettverksarbeid.

5.2 Kommunene får økt innflytelse på, og ansvar for, utdanningen av fastlegespesialister

Spesialistforskriften som er på høring, foreslår at kommunene kan søke om å bli *registrerte* utdanningsvirksomheter, med en noe enklere status enn de *godkjente* utdanningsvirksomhetene som helseforetakene er. Det er kommunens ansvar å legge til rette for at fastleger under spesialisering i allmenntilleggsmedisin kan oppnå læringsmålene og gjennomføre utdanningsløpet. Ansvaret omfatter blant annet å:

- 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 utdanningsvirksomheter, kan trolig utvikles og profesjonaliseres mer effektivt av kommuner i fellesskap, enn ved at hver kommune jobber med dette isolert. ALIS NORD vil kunne være en støttende nettverksorganisasjon.

6 ALIS-NORD modellen

Vi ønsker å bygge på erfaringene fra ALIS-VEST og utdanningsfondet i Harstad kommune i designet av ALIS-NORD prosjektet. Dette for å legge til rette for et prosjekt som favner både fastlønnede utdanningsstillinger og utdanningshjempler i privat næringsdrift. Kommunene som inngår i ALIS-NORD, velger selv hva som passer for dem.

6.1 Veiledning

Både for fastlønnede utdanningsstillinger og utdanningshjempler i privat næringsdrift, gjelder det at legen skal ha tilgang til regelmessig veiledning og daglig supervisjon. Legen skal tilbys 2 time veiledning fra en mer erfaren lege hver uke det første året. Eventuell endring på tid avsatt til dette gjøres etter behov. Veileder skal fortrinnsvis være ansatt på samme legekantor som ALIS.

Fra ALIS-VEST-prosjektet vet vi at muligheten for å spørre en kollega om råd i det daglige, dvs. supervisjon, er viktigere enn planlagt veiledning. Flere mener at denne funksjonen bør formaliseres både med hensyn til ALIS og til legene som yter denne daglige hjelpen. Det ligger foreløpig utenfor prosjektet å beskrive dette i detalj.

Obligatorisk deltagelse i veiledningsgruppe i 2 år kommer i tillegg.

En ALIS er i denne sammenhengen en lege som har gjennomført LIS1, og som kommuner kan inngå en fastlegeavtale med.

6.2 Fastlønnede utdanningsstillinger

Kommunene ansetter her ALIS i en fast ordinær stilling som fastlege, iht. arbeidsmiljøloven og HTA. I arbeidsavtalen forplikter ALIS seg til å gjennomføre spesialisering i allmenntilleggsmedisin. Lønn avtales lokalt mellom ALIS og kommunen. Arbeidssted for ALIS er i en privat eller kommunal legepraksis. ALIS bør primært ha egen pasientliste.

Kommunen dekker kostnader for deltagelse på læringsaktiviteter i forbindelse med spesialistutdanningen som ikke dekkes av legeforskningsfond.

Det foreslås å sette et anbefalt listetak for ALIS ved oppstart på 600 pasienter første hele driftsår for de som starter med en eksisterende liste. Listen bør deretter øke i takt med at ALIS får økt erfaring. Detaljer rundt dette avtales lokalt. Mulig overgang til næringsdrift avtales også lokalt.

6.3 Utdanningshjemler i privat næringsdrift

Det utbetales et rekrutteringstillegg stort kr. 500 000,- ved oppstart. Dersom ALIS slutter før det er gått 3 år må tillegget tilbakebetales. Tilbakebetalingsbeløpet reduseres med kr. 100.000,- pr. år ALIS har arbeidet i hjemmelen.

Det betales et per capita tilskudd for 0-500 pasienter på kr 400 000 årlig de tre første årene.

For pasienter 501-800 betales 125% per capita tilskudd.

For pasienter 801 og oppover betales 100% per capita tilskudd.

Kommunen garanterer med dette et per capita tilskudd tilsvarende 887 listepasienter pr. driftsmåned i denne perioden.

Skjema nedenfor sammenligner kostnader ved en ordinær privat fastlegehjemmel og ALIS NORD hjemmel med næringsdrift

KOMMUNALE KOSTNAD - 800 pasienter						
	Privat hjemmel	ALIS år 1	ALIS år 2	ALIS år 3	ALIS år 4	ALIS år 5
Kostnader:						
Rekrutteringstilskudd		500 000				
Basistilskudd 0-500	225 500	400 000	400 000	400 000	400 000	400 000
Basistilskudd 501 - 800	135 300	169 125	169 125	169 125	169 125	169 125
Basistilskudd 801 -						
Årlige Basistilskudd	360 800	1 069 125	569 125	569 125	569 125	569 125

Per capita tilskuddet er i dag på kr 451 per listeinnbygger per år.

Totale årlige driftskostnader til ALIS for en pasientliste med 800 pasienter vil med dette utgjøre kr. 569 125,-. Dette er en merutgift for kommunen på kr 208 325, sammenliknet med en tilsvarende liste i ordinær næringsdrift. Rekrutteringstilskuddet kommer i tillegg. Etter 5 år går ALIS over i ordinær næringsdrift. Andre ordninger utover dette, må eventuelt forhandles frem lokalt.

ALIS kan i tillegg søke refusjon fra kommunen for kursavgift og reiseutgifter (grunnkurs/emnekurs) og tapt arbeidsfortjeneste ifm. deltakelse på læringsaktiviteter i forbindelse med spesialistutdanningen som ikke dekkes av legeforeningens fond (kr 5 000 per hele dag), inntil kr 50 000 per kalenderår.

Det forslås å sette et maksimalt listetak for ALIS ved oppstart på 600 pasienter første hele driftsår for de som starter med en eksisterende liste. Listen bør deretter øke i takt med at ALIS får økt erfaring. Detaljer rundt dette avtales lokalt.

7 Administrativt fellesskap

Prosjektet vil legge til rette for å utvikle et administrativt fellesskap blant deltagende kommuner som bygger kompetanse og profesjonaliserer kommunenes rolle som utdanningsvirksomhet. Denne rollen kan utvikles og profesjonaliseres mer effektivt av kommuner i fellesskap enn av den enkelte kommune alene.

Den nye modellen for spesialistutdanning i allmenntidisin stiller krav til kommunen på andre måter enn før. Kommunen må registreres som utdanningsvirksomhet og skal sørge for at det utarbeides individuell utdanningsplan for legen, legge til rette for at utdanningen kan skje etter planen, legge til rette for at legen får nødvendig veiledning og supervisjon, legge til rette for læringsaktiviteter slik at ALIS kan oppnå læringsmålene og utstede bekreftelse på oppnådde læringsmål. Dette handler i stor grad om å få nye administrative rutiner utviklet og implementert, hvor kommunene vil kunne ha nytte av å samarbeide.

8 Tilrettelegging for sykehusåret i samarbeid med helseforetakene

Prosjektet tar videre mål av seg å finne gode, praktiske løsninger som gjør at ALIS oppnår de læringsmål som kun kan oppnås i spesialisthelsetjenesten. Dette forutsetter at ALIS får innpass i spesialisthelsetjenesten slik at de får gjennomført hele utdanningsløpet. Vi vet at denne delen av spesialiseringen er en barriere for mange i dag. I Nord-Norge synes dette å være en større barriere for kvinnelige enn for mannlige leger (Gaski og Abelsen 2018). Det er derfor viktig at denne delen av utdanningen tilrettelegges godt og ikke minst fleksibelt som del av ALIS-NORD.

For å få dette til, må det som del av prosjektet, etableres et tett og nært samarbeid med Helse Nord RHF og lokale helseforetak hvor mulige løsninger utvikles og prøves ut. Det vil trolig være en fordel om sykehusåret kunne gjennomføres mer fleksibelt enn det som i dag er tilfelle. Kanskje kan DPS'ene i landsdelen spille en større rolle enn det som er tilfelle i dag. Helse Nord RHF og de lokale helseforetakene i Helse Nord regionen vil spille en nøkkelrolle i prosjektet med å legge til rette i samarbeid med kommunene. Det er tenkt at disse nye og eventuelt mer fleksible løsningene skal arbeides fram som del av ALIS-NORD prosjektet, og fortsette som varige løsninger etter prosjektperioden.

9 Budsjett for ALIS-NORD - fire underprosjekter

Budsjettet er satt opp med henblikk til de geografiske avstander som preger Nord-Norge, samt geografisk plassering av sykehus. ALIS-NORD må ha en prosjektleder med totalansvaret for prosjektet i 100 % stilling.

Det er nødvendig å bygge opp fire parallelle delprosjekter knyttet opp mot helseforetakene. Det betyr at deltakerkommuner samles i underprosjekter lokalisert i de fire helseforetaksområdene. Vi mener at med en prosjektleder for ALIS-NORD i 100 % stilling så vil behovet for årsverk i de fire underprosjektene begrenses vesentlig.

I hvert av disse fire underprosjektene har vi lagt inn en forutsetning om 6 deltakerkommuner med ca. 8 nye fastleger fra hvert helseforetaksområde. Totalt 24 kommuner og ca 32 fastleger i ALIS-NORD stillinger.

Kostnadspost	Årlig kostnad	Total kostnad (5 år)
Prosjektleder	1 680 000	8 400 000
4 ALIS Nord-koordinatører – fastlegespesialist frikjøpt tilsvarende 30 % stilling hver (7500,- pr. uke pr.koordinator)	1 440 000	7 200 000
Tilskudd per kommune*24	250 000*24 = 6 000 000	30 000 000
reiseutgifter, møter/samlinger, etc.	400 000	2 000 000
Andre adm.kostnader	500 000	2 500 000
Arbeidstid i helseforetak	Ikke beregnet	Ikke beregnet
Kostnad per underprosjekt	2 505 000	12 525 000
Total kostnad 4 underprosjekt	10 020 000	50 100 000

10 Finansieringsplan for ALIS-NORD – fire underprosjekter

	Årlig	Totalt (5 år)
Tilskudd fra Helsedepartementet	7 800 000	39 000 000
Skjønnsmidler (Nordland, Troms og Finnmark)	1 020 000	5 100 000
Egenfinansiering per deltakerkommuner*24	50 000*24 = 1 200 000	6 000 000
Arbeidstid i helseforetak	Ikke beregnet	Ikke beregnet
Totalt	10 020 000	50 100 000

Prosjektet forutsetter at hver kommune som deltar mottar et årlig tilskudd stort kr. 250.000,- i prosjektmidler og at disse bidrar inn i finansieringen med kr. 50.000,- pr. kommune.