NASJONALT SENTER FOR DISTRIKTS MEDISIN

RECRUIT & RETAIN – MAKING IT WORK

Den norske case-studien

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

Birgit Abelsen og Helen Brandstorp

2019

Northern Periphery and Arctic Programme 2014–2020

EUROPEAN UNION
Investing in your future
European Regional Development Fund

making it work

Foto: Helen Brandstorp

FORORD

Denne rapporten er skrevet som del av sluttrapporteringen av prosjektet Recruit & Retain – Making it Work. Prosjektet er støttet av EU-programmet The Northern Perifery and Arctic Program (http://www.interreg-npa.eu) og har gått over tre år fra februar 2016 til januar 2019.

Prosjektet har vært ledet fra Sverige av Glesbygdsmedicinskt Centrum i Storuman. Øvrige partnere er Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM), Northern Ontario School of Medicine (Canada), NHS Highland (Skottland) og Akureyri sykehus (Island).

Hovedmålsettingen med prosjektet har vært å finne fram til modeller for å arbeide systematisk med rekruttering og stabilisering av nøkkelpersonell til velferdstjenester i distrikt. Det enkelte land har gjennomført sine egne delprosjekt. NSDM har i sitt delprosjekt jobbet med Meløy, Odda og Årdal, tre kommuner som over tid har hatt store rekrutterings- og stabiliseringsutfordringer i sin fastlegetjeneste, med mål om å bedre situasjonen. De øvrige partnerne i prosjektet har gjennomført liknende delprosjekt i sine land. Denne rapporten er skrevet med utgangspunkt i NSDMs perspektiv på prosjektet og gjennomføringen av det.

Prosjektet Recruit & Retain – Making it Work blir avsluttet med en felles sluttkonferanse 15. januar 2019 som vil foregå parallelt i de fem ulike partnerlandene. Den norske delen av dette arrangementet er lagt til Tromsø. Det vil være en felles nettbasert del i alle land samtid. I skrivende stund krysser vi fingrene for at alt det tekniske som dette krever, fungerer slik det skal når det skal.

Alta, 07.01.2019
Birgit Abelsen
prosjektleder

Bilde: Fra partnermøte i Ullapool, Skottland i mars 2017.

INNHOLD

Sammendrag 1

1 Bakgrunn 3

2 Utgangspunktet for case-studien 7

3 Våre partnere og formålet med vårt felles arbeid 9

3.1 Mål 9

3.2 Valget av case-kommuner 9

3.3 Nærmere om case-kommunene 9

3.4 Aktiviteter og tidslinje 11

3.5 Ressurser til gjennomføringen 14

4 De viktigste resultater og lærdommer 15

4.1 De viktigste resultatene case-kommunene hadde felles 15

4.2 Resultater unike for den enkelte case-kommune 16

4.3 Lærdommer 21

5 Hvordan opprettholde et stabilt fastlegekorps? 22

5.1 Anbefalinger for kontinuerlige aktiviteter 22

Referanser 27

SAMMENDRAG

Recruit & Retain – Making it Work
Den norske case-studien

Den norske case-studien i EU-prosjektet Recruit & Retain – Making it Work har hatt mål om å bidra til: 1) å forbedre rekruttering og stabilitet av fastleger i tre case-kommuner, 2) identifisere vellykkede strategier for rekruttering og stabilisering og 3) formidle disse strategiene til andre liknende kommuner.

Tre kommuner

De tre kommunene som deltok i det norske case-studien, var Meløy i Nordland, Odda i Hordaland og Årdal i Sogn og Fjordane. Disse kommunene ønsket selv å være med i den norske case-studien og meldte aktivt sin interesse for deltakelse. Ved starten av prosjektet hadde kommunene det til felles at de i løpet av de siste tiårene hadde opplevd både nedgang og aldring i befolkningen. De hadde også hatt langvarige problemer med å rekruttere og stabilisere fastleger.

Tre lokale Recruit & Retain prosjekt

Som deltakere i prosjektet, har alle de tre case-kommunene planlagt og gjennomført sitt eget lokale Recruit & Retain prosjekt. De har satt egne prosjektmål og bestemt egne arbeidsmetoder. NSDM har støttet de tre lokale prosjektene med oppdatert og relevant vitenskapelig kunnskap om rekruttering og stabilisering av leger. NSDM har også gjennom den tre år lange prosjektperioden, arrangert to workshops. Målet med disse var å la representanter fra de tre case-kommunene møte andre med relevant erfaringskompetanse for gjensidig inspirasjon, erfaringsutveksling og kunnskapsdeling. I den første workshop'en var alle deltagerne norske. Året etter, var det også internasjonal deltagelse fra Skottland, Sverige og Island.

Medieoppmerksomhet og kommunikasjon

Gjennom hele perioden har NSDM sørget for medieoppmerksomhet rundt prosjektet gjennom sitt kommunikasjonsarbeid, i tillegg til målrettet informasjonsarbeid overfor sentrale nasjonale parter: Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, Legeforeningen og KS.

Hovedresultat

Det viktigste resultatene som trekkes fram i alle tre case-kommuner, er at de gjennom deltakelse i Recruit & Retain – Making it Work har vært i stand til å etablere og gjennomføre et lokalt prosjektarbeid som har satt fokus på rekruttering og stabilisering

av fastleger, og som har vært forankret, forstått og hatt sterkt støtte på administrativt og politisk toppnivå i kommunen.

Det neste viktige resultatet, oppnådd i alle tre case-kommuner, er at de som del av sitt lokale prosjekt, har evaluert og endret sin lokale fastlegetjeneste. Alle har endt opp med å utvide antallet fastleger for å redusere arbeidsbelastningene på den enkelte lege. I løpet av prosjektperioden har alle de tre case-kommuner også lyktes med å redusere antall ledige fastlegehjemler/-stillinger.

Viktige lærdommer

Den viktigste lærdommen case-kommunene selv rapporterer at de sitter igjen med etter endt prosjektgjennomføring, er at:

1. Prosessen lokalt har vært like viktig som resultatet
2. Det å sikre fleksible arbeidsforhold for fastleger blir stadig viktigere for å beholde dem
3. Det er langt lettere å rekruttere enn å beholde fastleger

Anbefalinger for å oppnå stabilitet

Denne rapporten presenterer til slutt anbefalinger for det kontinuerlige arbeidet med å oppnå et stabilt fastlegekorps, basert på de tre case-kommunene og et rammeverk for arbeid med å rekruttere og stabilisere sentrale fagfolk i rurale områder, utviklet av det internasjonale partnerskapet bak prosjektet Recruit & Retain – Making it Work (*The Making it Work framework for Sustainable Rural Remote Workforce*). Vi tror anbefalingene også kan være gode råd til andre kommuner som sliter med rekruttering og stabilisering av fastleger.

1 BAKGRUNN

I perioden 2007-2019 har Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) vært med i et internasjonalt partnerskapsprosjekt bestående av forskere, helsetjenesteledere, HR-fagfolk, helsepersonell samt fageksperter på sosial og kulturell utvikling som bor og jobber i nordlige og rurale deler av Sverige, Norge, Island, Skottland, Grønland, Irland, Nord-Irland og Canada. Prosjektet har studert faktorer relatert til rekruttering og stabilisering av arbeidskraft til velferdstjenester i disse områdene.

Den første fasen ble finansiert av EUs Northern Periphery Programme, og prosjektet ble kalt Recruit & Retain (2007-2013). Finnmarkssykehuset HF var partner fra Norge og NSDM var rådgiver. I denne fasen utviklet, implementerte og evaluerte partnerskapet en rekke løsninger som skulle støtte rekruttering og stabilisering av sentral arbeidskraft til nordlige og rurale områder. Andre fase ble finansiert av EUs Northern Periphery and Arctic Programme og ble kalt Recruit & Retain - Making it Work (2016-2019), med NSDM som norsk partner. Sammen med partnere fra Sverige, Island, Skottland og Canada, har vi jobbet videre med de samme problemstillingene og utviklet et rammeverk for rekruttering og stabilisering av sentral arbeidskraft til rurale områder kalt: «*Making it Work: A Framework for a Sustainable Rural Remote Workforce»*.

Dette rammeverket beskriver, etter partnerskapets mening, nødvendige elementer i en strategi for å sikre rekruttering og stabilisering av de rette fagfolkene for å kunne yte sentrale og nødvendige velferdstjenester i distriktsområder. Det overordnede målet med rammeverket er å bidra til god helse og gode levekår til befolkninger i distrikt gjennom god tilgang til sentrale tjenester.

Rammeverket består av ni strategiske gjøremål, fordelt på de tre stegene *Planlegge*, *Rekruttere* og *Beholde* med fem suksesskriterier plassert sentralt.

> Planlegge – Dette steget innebærer aktiviteter som kan gjøres lokalt, regionalt eller på et nasjonalt nivå for å sikre at befolkningens behov blir regelmessig vurdert, at tjenestemodellene er hensiktsmessige og at de riktige menneskene blir rekruttert til de lokale tjenestene.
>
> Rekruttere – Dette steget innebærer aktiviteter som vanligvis ligger til det lokale nivået. Det må sikres at de som rekrutteres, får den støtten og informasjonen som trengs for å gjøre det store valget det er å flytte til en ny kommune. De må også sikre at de og familiene føler seg velkommen og blir integrert i lokalsamfunnet.

Beholde – Dette steget omfatter aktiviteter som er nødvendig for å gi den støtten som trengs, for å sikre at nåværende og fremtidige fagfolk har karrieremuligheter i distrikt og at mulighetene oppleves som positive.

De følgende **fem suksesskriterier** er essensielle for å kunne implementere rammeverket:

1. Anerkjennelse av det unike i distrikt

En tilbakevendende diskusjon i fagfeltet Rural Health er at strategier og løsninger som lages i urbane settinger, ikke alltid passer godt i distrikt. De tar gjerne ikke helt høyde for ulike aspekter ved arbeidslivet ruralt. De mest robuste løsningene er de som passer både i rurale og urbane strøk.

2. Inkludering av distriktenes perspektiver

For å virkelig anerkjenne og integrere det unikt rurale, er det viktig å involvere befolkningene og tjenesteyterne her. Involvering av lokalsamfunn er et viktig element i rammeverket og bør være en del av nasjonal og regional planutvikling for distriktene. Utgangspunktet bør være kjøreregelen: "Ingenting om oss uten oss".

3. Tilstrekkelige ressurser

Helsetjenestene trenger dedikerte mennesker. Ressursbruken som må til for å rekruttere og beholde disse, er mye mindre enn det som kreves med en mer ustabil arbeidsstokk. I tillegg trengs ulike former for videre- og etterutdanning, lokal kursvirksomhet og liknende. Uten ressurser til dette, vil man lokalt ha fokus på de umiddelbare utfordringene med å rekruttere vikarer og ikke klare å bygge opp en mer stabil stab av personell. I tillegg trengs egnede lokaliteter og utstyr. Det inkluderer fasiliteter for trening og fagutvikling. God internettilgang er helt nødvendig.

4. Årlige sykluser med aktiviteter

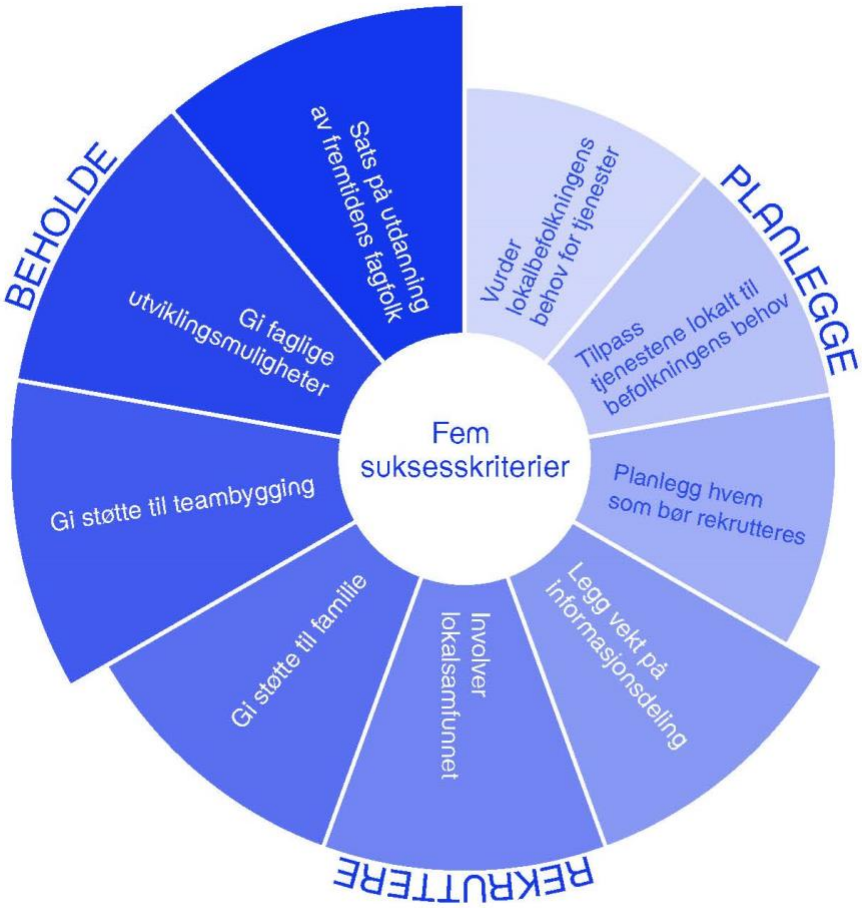
Ofte er rekrutteringsaktiviteter drevet av akutte behov som oppstår når noen slutter. Det kan gå på bekostning av mer langsiktig arbeid som promotering blant unge, utvikling av utdanningsmuligheter lokalt og viktige tiltak for å stabilisere lokale fagfolk. Når mulige tiltak er identifisert, er det en fordel om de kan inngå i en årlig syklus slik at de gjentas og slik at navngitte mennesker eller stillinger har ansvar. Å inkludere slike aktiviteter i

arbeidsbeskrivelser og rolleforventninger kan bidra til å sikre at initiativene blir fremtidsrettet og ikke glemmes.

5. Regelmessige evalueringer

For å sikre stabile arbeidstagere over tid, trengs jevnlige evalueringer. Måling av noen sentrale parametere knyttet til hvert av de ni elementene i rammeverket, kan være nyttig for å følge med på utvikling over tid.

Dokumentet *"Making it work… A framework for a sustainable rural remote workforce»* gir en grundig beskrivelse av de ulike elementene i rammeverket. Figur 1 gir en grafisk beskrivelse av de ni strategiske elementene i modellen. Modellen er ikke ment som en lineær prosess og elementene er derfor plassert i en sirkel eller spiral.



Figur 1: The Making it Work Framework: A Framework for a Sustainable Rural Remote Workforce

Som en del av prosjektet Recruit & Retain – Making it Work, har hvert partnerland jobbet med sine unike case-studier. Disse nasjonale case-studiene har gitt viktig empiriske innspill til utviklingen av rammeverket *Making it Work: A Framework for a Sustainable Rural Remote Workforce*. De resterende delene av denne rapporten gir en beskrivelse av den norske case-studien.

2 UTGANGSPUNKTET FOR CASE-STUDIEN

NSDM har hatt ansvar for gjennomføringen av den norske case-studien i prosjektet Recruit & Retain – Making it work. NSDM er et tverrfaglig kompetansesenter som skal *fremme forskning, fagutvikling, utdanning og nettverk blant leger og helsepersonell i distriktene. Ved å bygge bro mellom praksis, akademi og forvaltning skal NSDM bidra til kvalitet, rekruttering og stabilitet i helsetjenesten (se www.nsdm.no).*

Den norske case-studien har handlet om rekruttering og stabilisering av fastleger til distriktskommuner. Den har, med andre ord, ligget midt i NSDMs interesse- og virkefelt.

Alle innbyggere i Norge har rett til å ha en fastlege. En fastlege har inngått avtale med en kommune for å ivareta allmennlegeoppgaver knyttet til en avgrenset populasjon som vedkommende fastlege har på sin liste. Rekruttering og stabilisering av fastleger har vært en kjent og utbredt utfordring i mange norske distriktskommuner helt siden fastlegeordningen ble etablert. Abelsen et al (2015) viste eksempelvis at det er store og systematiske forskjeller i varigheten av fastlegeavtaler. Avtalene varer nær tre ganger så lenge i de mest folkerike kommunene, sammenliknet med de minst folkerike. Korttidsvikarer for å dekke opp for mangelen på faste leger, har vært langt mer vanlige i de minst befolkede kommunene enn i de folkerike kommunene (Abelsen et al. 2016). Media har bydd på anekdoter om enkeltkommunene som har engasjert 20-30 korttidsvikarer i løpet av en toårsperiode. Denne typen diskontinuitet i fastlegetjenesten øker risikoen for feil og truer pasientsikkerheten. Det er god forskningsbasert dokumentasjon for at kontinuitet i lege-pasient forholdet gir bedre helse (TOP, 2017). Det er med andre ord gode holdepunkter for at en fast lege vil gi pasienter helsegevinst uansett hvor i landet pasienten bor.

Da vårt prosjekt startet i 2016, var rekrutteringsutfordringer knyttet til fastleger dokumentert både i distriktskommuner og i urbane kommuner (KS, 2015). Men denne dokumentasjonen skapte ikke noe særlig offentlig debatt. I dag er rekruttering og stabilisering av fastleger en utfordring som står langt høyere opp på den politiske agenda. Siden sommeren 2017, er det et stadig tilbakevendende tema i det offentlige ordskiftet. Utfordringene ser ut til å ha mye å gjøre med 1) økt arbeidsbelastning blant fastleger fordi antallet fastleger i kommunene ikke har holdt tritt med den økte etterspørselen etter fastlegenes kompetanse og arbeidskraft, og 2) et generasjonsskifte blant fastleger, særlig i større bykommuner, hvor unge leger i mindre grad enn før synes å være villig til å gjøre de investeringene som må til, for å overta private fastlegepraksiser.

Det er den enkelte kommune som bærer hovedansvaret, med å finne måter å rekruttere og beholde fastleger, innenfor rammen av stramme budsjett og egen kreativitet. Norge kan sies å ha manglet en nasjonal politikk for rekruttering og stabilisering av fastleger. Trepartssamarbeidet mellom staten, KS og Legeforeningen, som en velfungerende fastlegeordning forutsetter, har vært sovende. Dette samarbeidet er imidlertid revitalisert det siste året og bærer bud om at noe vil skje i sakens anledning på nasjonalt nivå.

Selv om utfordringene med å rekruttere og stabilisere fastleger så langt har vært størst i distriktskommuner, så er det ingen automatikk i at distriktskommuner nødvendigvis sliter på dette området. Mange distriktskommuner i Norge har gode og stabile fastleger. Men dette fordrer ofte noe ekstra av kommunen. For å tiltrekke seg og beholde fastleger, benytter kommunene ulike incitamenter. Noen tilbyr økt lønn, ekstra ferie og har etablert permisjonsordninger (Abelsen og Bæck, 2005). Andre har etablert vikarordninger hvor faste vikarer tar seg av legevakten deler av året for å lette belastningen på de faste legene (Brandstorp, 2014). Enkelte har slått sammen små legekontor til ett større for å skape større fagmiljø (Gaski og Abelsen 2015). Organisatoriske problemer som samarbeidsklima mellom fastleger og kommunes administrative og/eller politiske ledelse og bruken av incentiver (finansielle og andre), er viktige forklarende faktorer når man forsøker å forstå årsakene til variasjoner i rekrutteringsutfordringer og fastlegestabilitet (Abelsen og Bæck, 2005). I den norske case-studien ønsket vi å bringe inn denne kunnskapen for å se om den kunne være nyttig for kommuner som sliter med rekruttering og stabilisering av fastleger.

3 VÅRE PARTNERE OG FORMÅLET MED VÅRT FELLES ARBEID

3.1 Mål

Hovedmålene med den norske case-studien var å:

1) forbedre rekruttering og stabilitet av fastleger i tre case-kommuner
2) identifisere vellykkede strategier for rekruttering og stabilisering
3) formidle disse strategiene til andre liknende kommuner

3.2 Valget av case-kommuner

De tre case-kommunene meldte seg selv aktivt på som deltakere i prosjektet. Gjennom NSDMs nettside og bruk av sosiale medier inviterte vi kommuner (case) til å delta i prosjektet i mars 2016.

De kravene vi stilte var:

1) at case-kommunene skulle ha hatt langvarige vanskeligheter med rekruttering og stabilisering av fastleger
2) at case-kommunene befant seg i støtteområdet for EUs Northern Periphery and Arctic Program
3) at case-kommunene var villige til aktivt å engasjere seg i systematisk forbedringsarbeid forankret på øverste administrative nivå i kommunen

Elleve kommuner søkte om å delta.

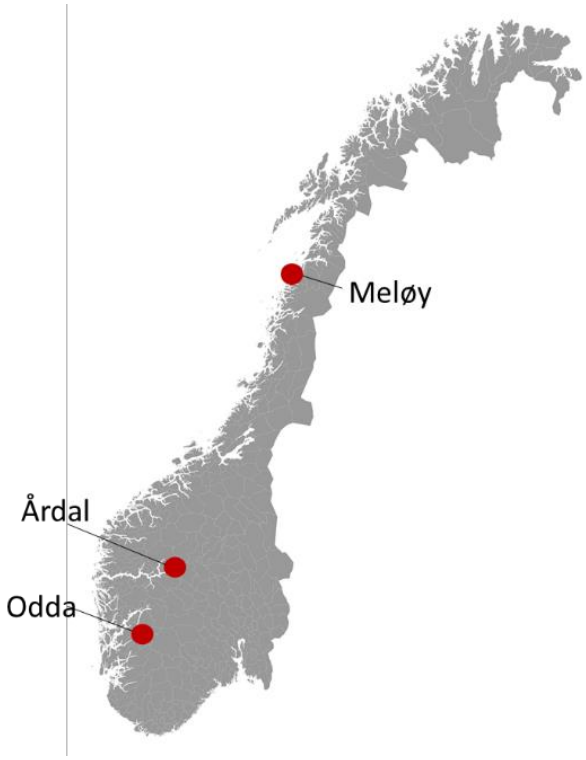
3.3 Nærmere om case-kommunene

De tre kommunene som ble valgt, var: Meløy som ligger i Nordland, Odda som ligger i Hordaland og Årdal som ligger i Sogn og Fjordane (se kart i figur 2).

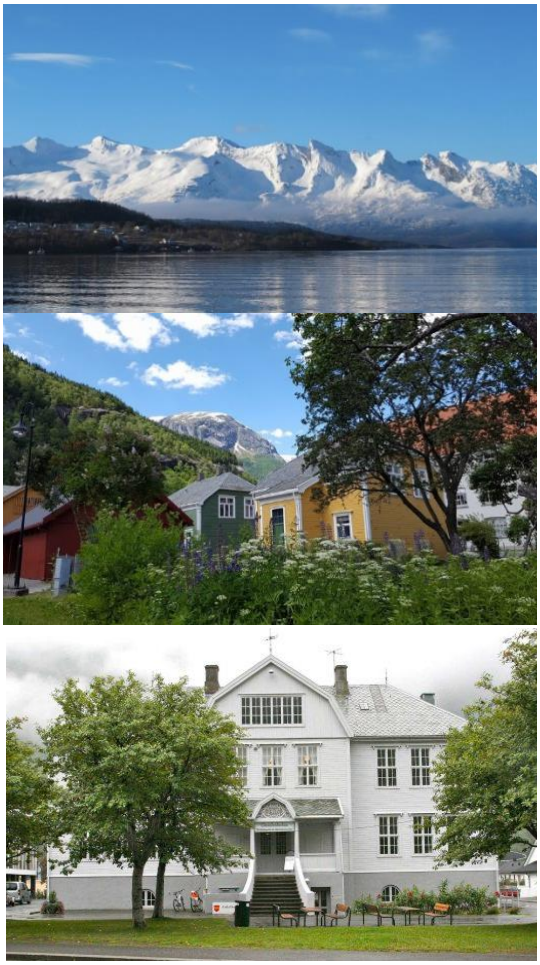
Befolkningsstørrelsen i de tre case-kommunene varierte noe (se tabell 1). De hadde alle en befolkningsstørrelse over norsk kommunalt mediannivå som per 1. januar 2018 var 4 672 innbyggere. I løpet av de siste ti årene har befolkningen gått ned i alle de tre case-kommunene, og befolkningen over 67 år har økt i alle. Befolkningsandelen over 67 år var over nivået på landsbasis som var 14,9 prosent i 2018, i alle case-kommunene. Befolkningsandelen over 67 år har også økt i alle case-kommunene de siste 10 årene, men mindre i Odda enn i de to andre case-kommunene. Økningen på nasjonalt nivå i aldersgruppen over 67 år de siste 10 årene, var 2 prosent.

Alle case-kommunene har næringsvirksomhet basert på vannkraft og har gjennomgått nedjusteringer og omstilling de siste årtiene. I likhet med alle andre norske kommuner, er primære helsetjenester tilgjengelig i alle tre case-kommunene. Odda har et lite sykehus med begrenset omfang av spesialiteter. Det viktigste transportalternativet i alle tre case-

kommuner er privatbil. Alle case-kommuner har mer enn en times kjøretur med bil til nærmeste flyplass.



Figur 1: Geografisk plassering av de tre case-kommunene



Bilde 1: Glimt fra Meløy, Odda og Årdal

Tabell 1: Kjennetegn ved befolkningen i de tre case-kommunene

	MELØY	ÅRDAL	ODDA
Befolkning per 1.1.2018	6 346	5 277	6 835
% endring i befolkningen siste 10 år	- 4.4 %	- 5.8 %	- 3.1 %
% befolkning > 67 år	18.5 %	20.2 %	19.9 %
% endring I befolkningen > 67 år siste 10 år	+2.9 %	+3.1 %	+0,5 %

3.4 Aktiviteter og tidslinje

Våren 2016: Den første aktiviteten vi startet med i alle case-kommunene var et møte mellom case-kommunenes representanter (den lokal prosjektgruppen) og prosjektdeltakere fra NSDM. For NSDMs forskere var det viktig å besøke den enkelte case-kommune og bli kjent med de lokale forholdene, den lokale kontekst og møte case-kommunenes representanter på deres hjemmebane. Fra case-kommunene deltok rådmann, ulike helseledere, fastleger og annet administrativt personell. I Meløy var lokale politikere også til stede. På disse møtene presenterte forskerne fra NSDM forskningsresultat og oppdatert kunnskap om rekruttering og stabilisering av leger. Det dannet utgangspunkt for begynnende diskusjoner om behovet for å gjennomgå og justere eksisterende tjenestemodeller.

Bilde 2: Første møte mellom representanter fra Odda kommune og NSDMs team. Bak fra venstre: Ingebjørg Brekke, Ragnhild Helle, Marit Dagestad, Steinar Jacobsen, Anne-Lise Naasen og Ole Jørgen Jondahl. Foran fra venstre: Margrete Gaski, Helen Brandstorp og Birgit Abelsen.

Høsten 2016: Det ble bestemt at hver case-kommune skulle planlegge og gjennomføre sitt eget lokale rekrutterings- og stabiliseringsprosjekt. De satte sine egne mål og bestemte sine egne arbeidsmetoder. I september 2016 organiserte NSDM en todagers workshop i Bergen. I tillegg til deltakerne fra case-kommunene, inviterte vi personer fra andre distriktskommuner med betydelig praktisk erfaring, suksess og/eller relevant kunnskap om rekruttering og stabilisering av fastleger. Målet med workshopen var både gjensidig inspirasjon og kunnskapsoverføring til case-kommunene, og mellom deres

lokale prosjekter. De inviterte var Karsten Kehlet, Evy Nordby og Anita Ustad fra Senjalegen, Per Stensland, fylkeslege i Sogn og Fjordane, Erik Langfeldt fra Nordkapp kommune og Rolf Martin Tande fra Masfjorden kommune og leder for prosjekt for utdanningsstillinger.

Bilde 3: Evy Nordby fra Lenvik kommune og Rolf Martin Tande fra Masfjorden kommune var to av ressurspersonene som deltok på workshopen i Bergen høsten 2016

Våren 2017: I løpet av prosjektperioden økte kompetansekravene til fastleger. Fra 1. mars 2017 må en ny fastlege være spesialist i allmennmedisin eller under slik spesialisering. Dette innebærer nye krav til kommunene om å sørge for tilrettelegging for spesialisering allmennmedisin for sine fasteleger. Dette nye kravet gav fart i utviklingen av ALIS-Vest-prosjektet, som NSDMs hadde vært engasjert i utformingen av siden 2015. ALIS-Vest fikk statlige midler til oppstart i 2017. Det eies av Bergen kommune og går ut på å tilrettelegge for fastlønnede utdanningsstillinger for spesialisering i allmennmedisin, for leger i 12 utvalgte kommuner i Hordaland og Sogn og Fjordane. Dette for å sikre fastlegerekruttering og rekruttering til andre allmennmedisinske oppgaver i kommunene.

To av case-kommunene er også inkludert i "ALIS-Vest-prosjektet". Under NSDMs 10 års jubileum på Sentralen i Oslo i juni fortalte representanter fra case-kommunene om sitt arbeid og fremskritt så langt i sine lokale Recruit & Retain - Making It Work-prosjekter i en egen seksjon. Representanter fra Helsedepartementet, Helsedirektoratet og Legeforeningen var blant tilhørerne.

Høsten 2017: I oktober ble det gjennomført en ny todagers workshop med de tre case-kommunene. Også denne gang i Bergen. Kommunene fortalte hverandre om fremdrift og fremskritt i sine lokale prosjekter. De utvekslet erfaringer, delte refleksjoner og inspirerte

hverandre. På dag to av workshopen, arrangerte NSDM et internasjonalt dagsseminar: "Rekruttere, beholde og spesialisere leger i kommunene" med deltakere fra Skottland, Island og Sverige. Før lunsj var temaet for seminaret rekruttering og stabilisering av lege generelt. Etter lunsj var spesialisering/etterutdanning for leger i distrikt hovedtemaet. Fokuset var på hva vi kan lære av hverandre i Norge, Island, Skottland og Sverige. Seminaret samlet mer enn 50 deltakere fra hele Norge, både helsemyndigheter og kommunale helsearbeidere og ledere. Det ble også streamet.

Bilde 4: Deltakere på det internasjonale dagsseminaret "Rekruttere, beholde og spesialisere leger i kommunene" i Bergen i oktober 2017

NSDMs team startet i september 2017 et arbeid med å utvikle et prosjekt som ligner ALIS-Vest for de tre nordligste fylkene i Norge (ALIS-Nord). Interessenter fra kommuner i Finnmark, Troms og Nordland ble inkludert, fylkesleger, Legeforeningen lokalt og andre ble invitert til det første møtet i Tromsø. Bardu kommune ledet møtene første halvår.

Våren 2018: I løpet av våren 2018 utarbeidet NSDMs team den ferdige prosjektbeskrivelsen til "ALIS-Nord-prosjektet" og arrangerte møter med representanter for det nye trepartssamarbeidet: Helse- og omsorgsdepartementet/ Helsedirektoratet, KS og Legeforeningen. Dette ble gjort i samarbeid med Bodø kommune som tok på seg prosjektlederansvaret etter Bardu, og søkte om midler til å finansiere prosjektet fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Høsten 2018: NSDMs team gjennomførte sluttmøter med case-kommunene for å oppsummere resultatene og erfaringene fra de lokale prosjektene. "ALIS-Nord-prosjektet"fikk finansiering, i første omgang 15,6 millioner kroner for de to første årene av den femårige prosjektperioden.

3.5 Ressurser til gjennomføringen

De ressursene som ble lagt inn i prosjektet fra case-kommunene, var arbeidstimer for planlegging og gjennomføring av egne lokale prosjekt, utgifter til nye fastlegestillinger, arbeidstid til veiledning og supervisjon til nye leger, investeringer i nye legekontor og liknende. Blant besparelser var blant annet lavere utgifter for legevikarer. I tillegg til dette, tilførte NSDM arbeidstid for tilrettelegging og gjennomføring finansiert av NSDM og EUs Northern Periphery and Arctic Programme. Kostnader og gevinster av prosjektet er ikke estimert som kroner og ører.

4 DE VIKTIGSTE RESULTATER OG LÆRDOMMER

I det følgende beskriver vi de viktigste resultatene fra den norske case-studien. Vi presenterer først de resultatene case-kommunene hadde felles og deretter resultater som var unike for den enkelte case-kommune. Denne oversikten er basert på Skype-møter som ble gjennomført i oktober 2018 i regi av NSDM, med deltakere fra case-kommunene for å oppsummere deres erfaringer. Det ble tatt lydopptak av diskusjonene i møtene. Lydopptakene ble deretter transkribert og analysert. Vi presenterer kondenserte analysefunn og bruker noen sitater i teksten som stammer fra disse møtene.

4.1 De viktigste resultatene case-kommunene hadde felles

Det viktigste resultatene som ble trukket fram i alle tre case-kommuner, var at de gjennom deltakelse i Recruit & Retain – Making it Work hadde vært i stand til å etablere og gjennomføre et lokalt prosjektarbeid som har satt fokus på rekruttering og stabilisering av fastleger, og som har vært forankret, forstått og hatt sterkt støtte på administrativt og politisk toppnivå i kommunen. Disse lokale prosjektene gjorde det mulig å både diskutere og gjennomføre nye løsninger lokalt og generere økonomiske ressurser for å implementere dem. En representant fra en case-kommune sa det slik:

> *«Det å bli med i prosjektet gjorde at vi kom høyere opp i systemet. De er blitt litt mer interesserte og skjønner litt mer. Ordfører, rådmann og kommunalsjef sitter i styringsgruppen. Det er når man får slik forankring at det kan komme noe positivt ut av prosjektet, at det ikke bare blir hengende i lufta.»*

Det neste viktige felles resultatet som er oppnådd i alle tre case-kommuner, er at de som del av sitt lokale prosjekt, har evaluert og endret sin lokale fastlegetjeneste. Alle har endt opp med å utvide antallet fastleger for å redusere arbeidsbelastningene på den enkelte lege. I løpet av prosjektperioden har alle de tre case-kommuner også lyktes med å redusere antall ledige fastehjemler/-stillinger.

Tabell 2 viser nøkkelresultater for hver enkelt case-kommune. Tallene fra 2015 er per 1. januar, mens tallene fra 2018 er per 1. august. Meløy og Odda har redusert antall fastlegestillinger som ble betjent av vikarer. Dette var ikke tilfellet i Årdal. Stillingene betjent av vikarer i Årdal gjenspeiler at tre av deres fastlege var gjennomførte sykehusåret i 2018 som en del av sin spesialisering i allmennmedisin.

Tabell 2: Utvikling i fastlegehjemler/-stillinger i de tre case-kommunene fra 2015 til 2018

	MELØY		ÅRDAL		ODDA	
	2015	2018	2015	2018	2015	2018
Antall fastlegehjemler-/stillinger	7	8	5	6	7	8
Antall ledige fastlegehjemler/-stillinger	3	1	3	0	2	0
Antall fastlegehjemler/-stillinger betjent av vikar	3	1	2	3	5	0

Tabell 3 viser endringer i kjønns- og aldersfordelingen blant case-kommunenes fastleger. Fastlegene var noe yngre og kvinneandelen redusert i 2018 sammenliknet med 2015.

Tabell 3: Fastlegenes kjønns- (kvinner) og aldersfordeling i 2015 og 2018

	MELØY		ÅRDAL		ODDA	
	2015	2018	2015	2018	2015	2018
Under 30 år		1		1		1
30-44 år	1/1	1	1/2	1/4	1	2/2
45-59 år		3			3	2
60+ år	1/1	2			1	1

4.2 Resultater unike for den enkelte case-kommune

Meløy

I etterkant av den første workshopen, dro representanter fra Meløy på en studietur for å besøke Senjalegen i Lenvik kommune. Workshopen hadde gitt dem et innblikk i en modell for organisering av fastlegetjenesten som de ønsket å utforske nærmere sammen med en større gruppe enn den som deltok fra Meløy på workshopen. Besøket på Senja lærte dem mer om hvordan de kunne endre og forbedre sin egen tjenestemodell. Helseadministrasjonen i Meløy har foreslått å slå sammen tre mindre legekontor som i dage er spredt i kommunen, til ett større legekontor. Dette forslaget har vakt store protester lokalt og har vært diskutert politisk i flere runder. Det er foreløpig ikke vedtatt. En av deltakerne fra Meløy fortale om hvordan studieturen ga inspirasjon til å tenke nytt:

> *«Etter besøk der fikk vi mye ny kunnskap. Før tenkte vi lokalisering. Etter besøket forstod vi at det er mye mer vi kan gjøre.»*

Meløy har valgt å åpne for større fleksibilitet enn tidligere, for at fastleger selv kan velge om de vil være ansatt og fastlønnet eller drive egen næringsdrift. De har også fått nye

ideer om hvordan de skal organisere seg for å dekke sine legevikarbehov. Istedenfor å tenke separat om hvert enkelt fravær, har de forsonet seg med og tatt høyde for at fravær av ulike grunner er vanlig blant fastleger. Det er en del av hverdagen og må ses i et bredere perspektiv. De har nå laget en egen liste som betjenes av langtidsvikarer som dekker opp for sporadisk fravær blant ulike fastleger. Denne ordningen har redusert ventetiden for å få legetimer og ble kommentert slik av en av kommunens representanter:

> *«Ventetiden har nå gått ned. Før bestilte folk time for sikkerhets skyld. Nå går det bare et par dager å få time.»*

Bilde 5: Virksomhetsleder Liv Stavne og kommunalsjef Kristin Eide Holdal i Meløy kommune

Prosjektdeltakerne fra Meløy opplevde at deres rykte som arbeidsgiver for fastleger, har blitt bedre. De opplevde også at det nye kompetansekravet om at fastleger må være spesialister i allmennmedisin eller under slik spesialisering, har gjort det enklere å rekruttere fastleger. De som vil jobbe som fastleger, ser nødvendigheten av spesialisering i allmennmedisin - også hvis de skulle foretrekke å praktisere som fastlegevikarer i fremtiden.

Årdal

I løpet av prosjektperioden ble det etablert en ny felles kommuneoverlege som dekker Årdal og de to nabokommunene Aurdal og Lærdal. Deltakerne fra Årdal fortalte et en slik stilling bidrar til bedre oversikt over behovene i området og at felles kommuneoverlege har vært et tema lenge. Det er også etablert et felles allmennlegeutvalg i de tre kommunene som har skapt et større fagmiljø og et meget godt interkommunalt samarbeid. Tradisjonelt har det vært vanskelig å få kommunene til å samarbeide. Deltakerne fra Årdal fortalte at det er vanskelig å si om dette samarbeidet ville ha skjedd uten at de var med i Recruit & Retain – Making it Work. Men etter at de ble med i prosjektet, har den øverste ledelsen i kommunen vært mer interessert i manglene ved fastlegetjenesten. Før var fokuset bare på å dekke opp ledighet. Nå er de mer interessert i hvorfor fastleger ikke blir værende. Systemforbedringer som de nevnt over, ses som et uttrykk for at kommuneledelsen har større ambisjoner om å gjøre noe for å forbedre situasjonen.

Bilde 6: Fastlege Bjarte Hove, (tidligere) kommunalsjef Rigmor Svanberg og fastlege Tarique Sikder

I oktober 2018 var fastlegesituasjonen vanskelig i Årdal, men ikke ansett som en krise. Tre fastleger var fraværende for å gjennomføre sykehusåret, som del av sin spesialisering i allmennmedisin. Det er generelt vanskelig for fastlege som har sitt daglige virke i en distriktskommune, å få innpass for å gjennomføre sykehusåret. Når de får tilgang, må de bare ta den sjansen. Situasjonen i Årdal høsten 2018 ble beskrevet som "*et sammenfall av uheldige omstendigheter*". De håpet at legene vil komme tilbake til Årdal etter sykehusåret, men de vet at det er vanlig at fastleger ikke kommer tilbake til

distriktskommuner etter året i spesialisering i en by med sykehus. Det å måtte reise fra kommunen, skaper en oppbruddstemning. Ett år er lang tid.

Tidlig i prosjektperioden var situasjonen mye bedre. En av deltakerne (en fastlege) sa det slik:

> *«Vi hadde et halvår med full bemanning – ventelisten gikk ned og presset på akutt-timer gikk ned. Vi var ikke på etterskudd hele tiden. Vi fikk smaken på det gode liv. Håper at det er mulig å komme dit igjen. Vi tror fortsatt på å rekruttere blant turnusleger i distriktet.»*

Årdal ansatte en fastlege som del av "ALIS-Vest-prosjektet" i september 2017. I oktober 2018 hadde denne legen sagt opp sin stilling. Deltakerne fra Årdal mente imidlertid fortsatt at "ALIS-Vest-prosjektet" vil bidra til å bedre rekruttering og stabilisering av fastleger i området og søkte etter en ny fastlege gjennom ALIS-Vest. De tvilte på at de ville ha deltatt i "ALIS-Vest-prosjektet" hvis de ikke hadde hørt om dette initiativet på den første workshopen i prosjektet.

Odda

Deltakerne fra Odda fortalte at de har opplevd store synergier ved å delta både i Recruit & Retain -Making it Work og i "ALIS-Vest-prosjektet". De fortalte at hvis de ikke allerede hadde deltatt i Recruit & Retain -Making it Work, ville de ikke ha deltatt i "ALIS-Vest-prosjektet". ALIS-Vest er imidlertid viktigere for Odda nå. De har rekruttert to fastleger som en del av dette prosjektet og to på lignende vilkår (dvs. tilrettelegging for spesialisering i allmennmedisin i fastlønnede utdanningsstillinger).

I løpet av prosjektperioden har de også fusjonert to fastlegekontor til ett større. De har ansatt en ny kommuneoverlege som har bidratt med å etablere nye og viktige rutiner. De føler at ting er på plass og at alt nå er veldig bra. Samlingen av fastlegetjenesten på ett kontor betyr at de har får samlet unge og eldre fastleger. Muligheten for daglig supervisjon og veiledning av leger under spesialisering er på denne måten bedret. De har bare en spesialist i allmennmedisin som kan veilede, og har sørget for å gi arbeidstimer for denne viktige jobben. Det å allokere nok ressurser til dette arbeidet er imidlertid en utfordring.

En av deltakerne sa at det er svært merkbart at alle fastlegestillinger er fylt. Dette gjør det mulig å jobbe mer med å etablere et faglig miljø, som ses som en nøkkel for å sikre at situasjonen stabiliseres. Deltakeren sa det slik:

«Vi må få opp et faglig miljø. Et strukturert møteopplegg for legene. Det er veldig ensomt inne på disse legekontorene.»

Bilde 7: Nye ALIS i Odda flankert av fastlege Steinar Jacobsen til venstre og virksomhetsleder Marit Dagestad til høyre

En uventet utfordring forbundet med det å fylle de ledige fastlegestillingene med leger som går inn i spesialisering i allmennmedisin, er alt fraværet disse legene har på grunn av deltakelse på kurs og veiledning. De lokale politikerne forstår ikke at selv om det er mange nye leger på plass, så er det fortsatt lang ventetid på legetimer. Det er også en utfordring å få til kollegial fraværsdekning legene imellom. Det er noen uenigheter om hvordan dette skal organiseres mellom legene som er privatpraktiserende og de som er ansatt i kommunen.

4.3 Lærdommer

De viktigste lærdommene som case-kommunene tar med seg i sitt videre rekrutterings og stabiliseringsarbeid, er:

- Prosessen er like viktig som resultatet.
  For å gjøre få til en god omstillingsprosess er det viktig å inkludere et bredt spekter av mennesker. Det inkluderer alle typer ansatte i fastlegetjenesten, lokale politikere, representanter for kommunal ledelse og også vanlige mennesker som bor i kommunen. Forsøk på endring skaper som hovedregel, motstand. En bred forankring gjør det ikke enkelt, men det gjør det enklere både å fremme og gjennomføre upopulære men nødvendig endring, når man vet at man har allierte i ryggen.
- Det å sikre fleksible arbeidsforhold for fastleger blir stadig viktigere.
  Selv om det er vanskelig å skape fleksibilitet for den enkelte fastlege når tjenesten er underbemannet, er det viktig å kunne planlegge på lang sikt. Hverken fastlegene eller omgivelsene kan bare være opptatt med å løse dagens krise. Selv om du er ekstremt motivert, er det vanskelig å overleve i en konstant krisesituasjon over tid.
- Det er lettere å rekruttere enn å beholde fastleger.
  Folk velger det som passer for dem best. De må være motiverte av noe utover jobben for å bli værende. De som tar med seg familien når de kommer som nye fastleger til en distriktskommune, er de som mest sannsynlig blir værende.
- Ta vare på fastlegevikarer, spesielt de du vil beholde.
  Sørg for gode arbeidsforhold, gode boliger, oppdatert utstyr og få dem til å føle seg velkommen. Tenk på korttidsvikarer som potensielle fastleger.
- Snakk vel om allmennpraksis.
  Det å være fastlege er ikke like travelt overalt. Mye av det som er sagt om stor arbeidsbelastning er sant, men det smøres også tykt på. Det er ikke likt overalt. De positive sidene og gevinstene må framsnakkes.

5 HVORDAN OPPRETTHOLDE ET STABILT FASTLEGEKORPS?

Rammeverket i prosjektet Recruit & Retain - Making it Work, The *Making it Work Framework for Rural Remote Workforce Stability,* beskriver aktivitetsområder som kan gi gode betingelser for å få en stabil og hensiktsmessig stab av personell, hvis de implementeres på en holistisk og integrert måte. Basert på rammeverket og arbeidet som er gjort så langt i våre norske case-kommuner, vil vi under presentere anbefalinger for videre arbeid med å stabilisere fastleger. Det er kanskje ikke mulig å implementere alle anbefalingene, og rekruttering av én fastlege vil skje samtidig som man gjør tiltak for å beholde en annen.

5.1 Anbefalinger for kontinuerlige aktiviteter

PLANLEGGE

Vurder lokalbefolkningens behov for tjenester: I følge Folkehelseloven fra 2012, skal norske kommuner ha tilstrekkelig oversikt over sin befolkningens helse og faktorer som påvirker helsen, for å kunne:

- Bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller.
- Fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse.
- Sikre at kommuner, fylkeskommuner og statlige helsemyndigheter setter i verk tiltak og samordner sin virksomhet i folkehelsearbeidet på en forsvarlig måte.
- Legge til rette for et langsiktig og systematisk folkehelsearbeid.

Folkehelseinstituttet (FHI) publiserer hvert år en Folkehelseprofil for den enkelte kommune[1]. Disse kan lastes ned fra en nettside og brukes aktivt av kommunene, ifølge FHI. Det er viktig at kommuner i distriktene har kapasitet til å vurdere sin befolknings helsetjenestebehov, og særlig at de gjør virksomme endringer når det trengs. Slikt vurderingsarbeid og initiativ til endringer trenger ikke komme fra en lege, men det er en fordel om en lege er med i, og gjerne leder, dette arbeidet. En kommuneoverlege med samfunnsmedisinsk kompetanse og interesse, vil være særlig egnet for oppgaven.

Ressursene som ligger til kommuneoverlegefunksjonen, varierer signifikant mellom norske kommuner, og det generelle inntrykket er at de er underdimensjonert (Agenda Kaupang, 2016). Noen små kommuner har ikke kommuneoverlege som kan ta denne

[1] https://www.fhi.no/hn/helse/folkehelseprofil/

oppgaven, enten fordi de ikke prioriterer det, eller fordi de ikke har klart å rekruttere en lege til stillingen. En slik stilling kan imidlertid opprettes som et interkommunalt samarbeid, slik Årdal kommune har vist i denne studien.

Tilpass tjenestene lokalt til befolkningens behov: Det er generelt vanskelig å rekruttere og beholde fastleger i distrikt. Det er enda vanskeligere, ja nesten umulig, å beholde fastleger med lite attraktive arbeidsforhold. Denne norske case-studien viser at alle tre case-kommuner fant det formålstjenlig å opprette en ny hjemmel i deres fastlegetjeneste etter å ha gjort en grundig gjennomgang.

Det er viktig å etablere en lokal rutine der den lokale fastlegetjenesten blir revidert regelmessig og spørsmål som «trenger vi endringer» og «hvordan skal disse endringene skje?», blir stilt og besvart. Vi vil anbefale at dette gjøres som en del av planarbeidet med samfunnsdelen av kommuneplanen, en lovpålagt plan som utvikles hvert fjerde år (etter hvert kommunevalg). Vi vil også anbefale at slike revideringer av fastlegetjenesten settes i gang av toppledelsen i kommunen (rådmann- og ordførernivået). En sentral avtale (ASA 4310) anbefaler at kommunene lager sin egen plan for legetjenester basert på nødvendige administrative data. Frem til nå er det ikke mange kommuner som har fulgt opp denne anbefalingen.

Planlegg hvem som bør rekrutteres: Mange kommuner legger mye krefter i å rekruttere fastleger. Men etter vår erfaring brukes lite ressurser på å finne ut hvorfor noen fastleger blir værende mens andre slutter. Vi vil anbefale at distriktskommuner lager systematiske oversikter over fastleger som slutter og er interessert i hvorfor de velger å slutte. Vi vil anbefale systematiske slutt-intervjuer når fastleger sier opp.

Vi vil også anbefale at det med jevne mellomrom gjøres en spørreundersøkelse eller strukturerte intervju blant de stabile fastlegene om hva som er viktig for at de blir værende i jobben. Det kan f.eks. gjøres hvert fjerde år, som en del av det å tilpasse tjenestene lokalt til befolkningens behov, som det står om over (under Tilpass tjenestene lokalt til befolkningens behov). Tilsammen vil dette danne et godt utgangspunkt for rekruttering av nye fastleger. Hvis kommunens egne systematisk genererte data viser at det ikke er de rette legene som rekrutteres, bør kommunen gjøre endringer i sitt rekrutteringsarbeid.

REKRUTTERE

Legg vekt på informasjonsdeling: Alle kommuner er forskjellige og det gjelder også hver lokal helsetjeneste. For å promotere de gode og positive sidene ved den lokale

helsetjenesten, trengs godt kommunikasjonsarbeid. Slik «positiv media» kan også virke positivt på det som allerede er bra og det kan spre seg som ringer i vann.

Utdanningsinstitusjoner er steder som spesielt er egnet for spredning av informasjon om lokale helsetjenester, både ved å møte studentene ansikt-til-ansikt og via sosiale medier. Tidligere kommuneoverlege i Odda inviterte media med da kommunen inviterte legestudenter fra Odda på en spesiell julemiddag, som ledd i deres rekrutteringsarbeid[2]. I tiden etter dette stilte han opp på flere intervju vedrørende legemangel i Odda, i den hensikt å rekruttere fastleger. Den samme åpne holdningen til å stå frem i media har blitt videreført av de rekrutterte legene.

Involver lokalsamfunnet: Case-kommunene i det norske Recruit & Retain - Making it Work-prosjektet, har klart å forankre sine lokale prosjekter hos toppledelsen i sine kommuner. Det faktum at rådmannsnivået og politikere er interesserte i fastlegetjenestene, er et eksempel på involvering av lokalsamfunn som har stor positiv effekt, og det er blitt lagt merke til utenfor kommunene også. Det er et poeng å beholde dette engasjementet, både strukturelt og på et individuelt plan. Lederen for fastlegetjenesten bør sørge for at de har en relasjon til toppledelsen i kommunen og holde dem godt informert om utviklingen i fastlegetjenesten. Årdal har etablert faste møtepunkter mellom fastlegene og ledelsen i kommunen. Andre muligheter for ledere av fastlegetjenesten, er å ta rede på når rådmann og politisk ledelse møtes og så spørre om å få gi en kort presentasjon for dem. Dette bør helst etableres som en rutine, minimum en gang i året.

Gi støtte til familie: Det sies ofte at leger gifter seg med leger eller får ektefeller med høy utdannelse. Det kan være vanskelig å finne jobber til begge parter i distrikt. I følge vår erfaring er dette ikke alltid tilfelle og bør ikke tas for gitt.

For fastleger med barn kan det være viktig å få frem om det er lett å få barnehageplass, trygg skolevei og enkelt å komme seg til fritidsaktiviteter for barna og om lokalsamfunnet generelt er trygt og familievennlig. I Odda viser helselederne at de bryr seg ved at de forteller om hvordan de ferske fastlegene tar del i ulike lokale sportsaktiviteter.

[2] https://www.nrk.no/hordaland/slik-skal-dei-plukke-legar-til-hardanger-1.12731528

BEHOLDE

Gi støtte til teambygging: Leger er generelt opptatt av sin faglige utvikling. For å beholde fastleger, er det å utvikle et inkluderende og faglig utviklende miljø for både de nye og de mer erfarne fastlegene, noe av det viktigste man kan gjøre.

Et mulig faglig samlingspunkt, som også involverer annet lokalt helsepersonell, er trening i samhandling i lokale akuttmedisinske team. Akuttforskriften pålegger både kommuner og helseforetak å etablere slike treninger mellom nivåene. En nasjonal spørreundersøkelse har imidlertid vist at det er mange kommuner som ikke gjør det og sannsynligvis enda færre helseforetak (Abelsen & Brandstorp, 2017)[3]. Forskning har vist at akuttmedisinsk teamtrening utenfor sykehus skaper en god læringskultur lokalt og bedrer evnen til samhandling (Brandstorp et al. 2016). Lokal trening i samhandling skaper også en følelse av profesjonell trygghet (Brandstorp, 2017).

Forskning gjort i Alta kommune (ibid) viser at unge fastleger sier de ikke ville blitt værende i en krevende legejobb langt fra sykehus hvis de ikke fikk trent på akuttmedisinsk samhandling ved sin egen arbeidsplass, med eget utstyr, egne kolleger og lokale problemstillinger (såkalt in situ-trening). Gjennom slik trening blir de kjent med egen og andres kompetanse og rolle. Tilhørighet til en felles helsetjeneste utvikles sammen med de andre gruppene av helsepersonell. Det blir en felles forpliktelse å sørge for at tjenestene som ytes er gode, noe som i sin tur kan bidra til stabilt personell som samarbeider og avlaster hverandre.

En grunn for at slik trening ikke er etablert i flere kommuner, kan være at det ikke betales godtgjørelse til deltagerne for tiden de bruker på trening. Det er imidlertid mulig å få på plass. I forskningsarbeidet fra Alta, kommer det frem at personellet har personlige «fagdager» i sine arbeidsavtaler, og akuttmedisinsk teamtrening gjøres på slike dager. Ansvaret for treningen er lagt til en fastlege som gjerne også har annet ansvar på legevakta. Hun eller han jobber sammen med et tverrfaglig fasilitatorteam. Treningene skjer på den samme ukedagen hver måned, og deltagerne skriver seg opp på profesjonsspesifikke lister slik at det ikke er noen tvil om hvem som skal trene når, og slik at de ulike profesjonene er representert. Treningene har svært stor oppslutning lokalt og er frivillige. Læringsmålene er ikke definert før trening, men teamdeltagerne utfordres gjennom treningsdagen av fasilitatorene og hverandre til å jobbe med ulike forhold. Treningene reflekterer dermed kompleksiteten i de medisinske utfordringene lokalt og

[3] https://www.nsdm.no/nasjonal-kartlegging-kompetansekravene-i-legevakt/

gir rom for å rette oppmerksomhet mot hver deltagers eget ansvar. Vi vil sterkt anbefale distriktskommuner å starte med akuttmedisinske teamtrening.

Gi faglige utviklingsmuligheter: Læringsmål som bare kan oppnås i sykehus og som er en del av spesialistutdanningen i allmennmedisin, er en utfordring på flere måter. Det såkalte «sykehusåret» vil endre navn og innhold snart, men frem til nå har sykehusåret vært en stor utfordring for mange fastleger mht. å bli spesialist. Mange fastleger i distrikt kommer ikke tilbake til sin kommune, men blir værende i sykehusjobber etter dette året. Det ville sannsynligvis være en fordel om legene kunne ta sykehusåret på en mer fleksibel måte enn i dag. Muligheten for å dele opp året i mindre deler og å øke antallet institusjonstyper man kan få ha tellende tjeneste i, er nye nasjonale tiltak som skal utvikles fremover. De regionale helseforetakene og tilhørende lokale helseforetak er ansvarlige for sykehusene, men får også et ansvar for den nye institusjonstjenesten som allmennleger må ha i sin spesialistutdanning. De må engasjere seg og spille en nøkkelrolle for å sikre bedre tilgang til slik institusjonstjeneste. Fasilitering og forutsigbarhet knyttet til «sykehusåret» for fastleger i spesialisering vil være viktig for å sørge for stabilisering av fastleger i kommunene underveis.

Sats på utdanning av fremtidens fagfolk: Distriktskommuner bør legge til rette for at legestudenter får praksisperioder eller jobb i ferier i deres kommune. De må også legge til rette for spesialisering og opprettholdelse av spesialiteten for sine leger. Tilrettelagte utdanningsstillinger eller utdanningshjemler for ferske fastleger anbefales. Se mer på www.alis-vest.no eller i den første rapporten om utdanningsstillinger (Seppola-Edvardsen & Brandstorp, 2018).

REFERANSER

Abelsen B, Gaski M, Brandstorp H. Varighet av fastlegeavtaler. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135:2045–9. doi: 10.4045/tidsskr.15.0003

Abelsen B, Gaski M, Brandstorp H. Fastlegeordningen i kommuner med under 20 000 innbyggere. NSDM-rapport 2016. Tromsø: Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet.

Abelsen B, Bæck UDK. Lav stillingsstabilitet som utfordring for fastlegeordningen i Finnmark og Nord-Trøndelag: Sluttrapport. Norut Tromsø Report no. SF 2005:6.

Abelsen B, Brandstorp H. Oppfyller kommunene kompetansekrav i akuttforskriften? NSDM-rapport 2017. Tromsø: Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet

Agenda Kaupang. 2016. Kommunal legetjeneste – kan den ledes? KS FoU Rapport 9010.

ASA 4310 – Rammeavtale mellom KS og Den norske legeforening om allmennlegepraksis i fastlegeordningen i kommunene.

Brandstorp H. 2014. Akuttmedisin og legevakt i distriktene. Innspill til Akuttutvalget, Nasjonalt senter for distriktsmedisin. Helsevitenskapelig fakultet, UiT Norges Arktiske universitet.

Brandstorp H, Halvorsen PA, Sterud B, Haugland B, Kirkengen AL. Primary care emergency team training in situ means learning in real context. Scandinavian Journal of Primary Health Care, 2016, 34: 295–303.

Brandstorp H. Training interactions in local teams: using critical participatory action research to explore context based learning. PhD avhandling. 2017. Tromsø: UiT Norges arktiske universitet.

Gaski M, Abelsen B. Senjalegen. En evaluering. Rapport 31.10.2015. Tromsø: Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet.

KS. 2015. Legetjenester i kommunene 2015: tabellrapport. Found here: http://arkiv.nsdm.no/filarkiv/File/rapporter/KS_20Legetjenester_20i_20kommunene_2031_03_2015.pdf

Seppola-Edvardsen T, Brandstorp H. Utdanningsstillinger I allmennmedisin: ALIS-Vest. Fokus på rekruttering og stabilisering. NSDM-rapport 2018. Tromsø: Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet

TOP. 2017. Evidence Summary - the benefits of relational continuity in primary care. Toward Optimized Practice (TOP), Alberta. Found here:
https://www.topalbertadoctors.org/file/top--evidence-summary--value-of-continuity.pdf