



PILOTPROSJEKTET ALIS-VEST: EN UTPRØVING AV UTDANNINGSTILLINGER I ALLMENNEMEDISIN

Sluttrapport fra følgeevaluering

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

Birgit Abelsen, Anette Fosse og Helen Brandstorp

2023



UiT / THE ARCTIC UNIVERSITY
OF NORWAY

FORORD

Pilotprosjektet ALIS-Vest er følgeevaluert av Nasjonalt senter for distriktsmedisin. Følgeevalueringen er et oppdrag for Bergen kommune.

Med denne sluttrapporten oppsummeres følgeevalueringen. Det er tidligere skrevet fire statusrapporter. Flere forskere har vært involvert i arbeidet. Evalueringen ble i de to første årene ledet av Helen Brandstorp, så i to år av Margrete Gaski, før Birgit Abelsen og Anette Fosse sammen har ledet sluttfasen. I tillegg har forskerne Tone Seppola-Edwardsen, Maria Fredriksen Kvamme og Eva MK Nordberg bidratt.

For å belyse pilotprosjektet ALIS-Vest fra ulike perspektiv, har vi vært avhengige av å intervju mange. Vi vil takke alle som har brukt av sin tid til dette; både ALIS, veiledere og helseledere. Vi vil også takke Bergen kommune for et spennende oppdrag og prosjektledelsen av pilotprosjektet ALIS-Vest for et godt samarbeid.

Alta, 23.01.2023

Birgit Abelsen

Forskningsleder

INNHold

| | |
|---|----|
| Sammendrag | 1 |
| Utdanningsstillinger | 1 |
| Rekruttering | 2 |
| Stabilitet | 2 |
| Merkostnader for kommunene | 3 |
| Nasjonal betydning av pilotprosjektet ALIS-Vest | 3 |
| 1 Innledning | 5 |
| 1.1 Utfordringsbildet da ALIS-Vest startet | 5 |
| 1.2 Mål | 6 |
| 1.3 Grep for å nå målene | 6 |
| 1.4 Praktisk innretning av tiltaket | 6 |
| 1.5 Rapportens formål og oppbygning | 8 |
| 2 Metode | 9 |
| 2.1 Et formativt følgeforskningsdesign | 9 |
| 2.2 Avgrensning | 9 |
| 2.3 Datainnsamling | 9 |
| 2.4 Dataanalyse | 11 |
| 2.5 Kostnadsanalyse | 11 |
| 2.6 Etikk | 11 |
| 3 Ble målene om å rekruttere og beholde nådd? | 12 |
| 3.1 Rekruttering sett fra kommunens ståsted | 12 |
| 3.2 Utdanningsstillingenes attraktivitet sett fra ALIS sitt ståsted | 13 |
| 3.3 Stabilitet | 13 |
| 4 Hva har utdanningsstillingene kostet kommunen? | 16 |
| 4.1 ALIS i kontekst – fire eksempler | 16 |
| 4.2 Kommunens utgifter, inntekter og merkostnader | 18 |
| 4.3 Oppsummert | 21 |
| 5 Pilotprosjektet ALIS-Vest sett fra ALIS-perspektivet | 23 |
| 5.1 Faget allmennmedisin | 23 |
| 5.2 Legekontoret som arbeidsplass | 25 |

| | |
|--|----|
| 5.3 Kommunen som tilrettelegger | 26 |
| 5.4 Trivsel i lokalsamfunnet | 28 |
| 6 Pilotprosjektet ALIS-Vest sett fra kommunalt helselederperspektiv | 29 |
| 6.1 Hvorfor deltok kommunene i pilotprosjektet ALIS-Vest? | 29 |
| 6.2 Kommunalt ansatt ALIS på fast lønn – fordeler og utfordringer | 29 |
| 6.3 Listelengde, arbeidstid og fravær | 30 |
| 6.4 Tilrettelegging for utdanning og trivsel | 30 |
| 6.5 Sluttintervjuer – oppsummering ved pilotprosjektets avslutning | 31 |
| 7 Hva skal til for å lykkes med et pilotprosjekt som ALIS-Vest? | 34 |
| 7.1 En kompleks tjenesteinnovasjon | 34 |
| 7.2 Bredt involverende, verdi- og tillitsbasert ledet utvikling | 35 |
| 8 Oppsummering, diskusjon og konklusjon | 39 |
| 8.1 Resultater av pilotprosjektet i korte trekk | 39 |
| 8.2 Hva har virket rekrutterende? | 40 |
| 8.3 Hva har virket stabiliserende? | 40 |
| 8.4 Kommunens merkostnader ved utdanningsstillingene | 42 |
| 8.5 Varighet av en utdanningsstilling for spesialisering i allmenntidmedisin | 43 |
| 8.6 Konklusjon | 43 |
| Vedlegg 1 Oversikt over tema i intervjuene 2017-2022 | 45 |
| Vedlegg 2 Økonomirapportering | 53 |
| Vedlegg 3 Kommunens utgifter, inntekter og merutgifter | 54 |

SAMMENDRAG

PILOTPROSJEKTET ALIS-VEST: EN UTPRØVING AV UTDANNINGSSTILLINGER I ALLMENNEMEDISIN Sluttrapport fra følgeevaluering

Birgit Abelsen, Anette Fosse og Helen Brandstorp

Denne sluttrapporten er den femte og siste følgeevalueringsrapporten om pilotprosjektet ALIS-Vest. Rapporten sammenfatter funnene fra de fire tidligere rapportene, og oppsummerer erfaringene fra hele prosjektperioden 2017-2022. I kapittel 1 beskrives bakgrunnen for pilotprosjektet ALIS-Vest, mål og virkemidler samt den praktiske innretningen. I kapittel 2 presenteres det metodiske grunnlaget for følgeevalueringen. I kapittel 3 vurderer vi om målet om å rekruttere og beholde leger ved å tilby utdanningsstillinger er nådd. Kapittel 4 gir innsikt i kommunenes merkostnader ved å tilby utdanningsstillinger. Kapittel 5 gir innblikk i pilotprosjektet ALIS-Vest sett fra ALIS sitt perspektiv, mens kapittel 6 gir tilsvarende innblikk sett fra kommunale helselederes perspektiv. Kapittel 7 er viet en refleksjon basert på et innenfra-perspektiv om hva som skal til for å lykkes med et pilotprosjekt som ALIS-Vest. Kapittel 8 oppsummerer, diskuterer og konkluderer om resultatene.

Utdanningsstillinger

Hovedformålene med det femårige pilotprosjektet ALIS-Vest i Vestland fylke var å sette deltakerkommunene i stand til å tilby godt tilrettelagte utdanningsstillinger til allmennleger i spesialisering (ALIS), og å sikre rekruttering og stabilisering av allmennleger til kommunene.

Det er den første fasen av pilotprosjektet som i hovedsak har vært følgeevaluert. Den første fasen omfattet 11 kommuner og 16 utdanningsstillinger. De fire grepene som ble gjort for å nå målene - tilrettelagt utdanningsløp med god supervisjon og veiledning, fast lønn, etablering av fellesskap og kollektiv læringsprosess for deltakerkommunene, og kunnskapsgenerering og formidling gjennom følgeevaluering - har alle vært viktige.

Følgeevalueringen viser at det er ulike faktorer som bidrar til henholdsvis rekruttering og stabilitet. For å beholde legene i kommunen over tid, må mange faktorer virke sammen på en positiv måte. Følgeevalueringen tyder på at det ikke er avgjørende hvor lenge en utdanningsstilling varer. Det viktigste er muligheten en utdanningsstilling gir unge leger til å tre inn i fastlegetjenesten uten økonomisk risiko, med klare rammer for arbeidet som fast lønn, regulert arbeidstid, et planlagt utdanningsløp og mulighet for fritid.

I pilotprosjektet ALIS-Vest var det bestemt ved start at utdanningsstillingene skulle ha en varighet på minimum fem år. I intervju med helselederne har ikke varigheten av utdanningsstillingen eksplisitt blitt problematisert eller adressert, utover at enkelte helseledere har snakket om at det er en stor, positiv forbedring i stabiliteten i fastlegetjenesten om de klarer å beholde leger i

kommunen i fem år. Hvis fastlønnede utdanningsstillinger i allmenntmedisin skal bli en nasjonal ordning, må spørsmål knyttet til varighet og overgang til vanlig fastlegepraksis avklares. I en situasjon med større konkurranse om fastlegejobber og utdanningsstillinger vil det være behov for forutsigbarhet knyttet til varigheten av utdanningsstillinger og overgangen fra utdanningsstilling til ordinær fastlegepraksis.

Rekruttering

Da deltakerkommunene i pilotprosjektet ALIS-Vest lyste ut de første fastlønnede utdanningsstillingene i 2017, opplevde de svært god søkning. Kommuner som ikke hadde hatt en eneste søker til vanlige fastlegeavtaler med privat næringsdrift, opplevde å ha mange søkere til de fastlønnede utdanningsstillingene. ALIS oppga flere årsaker til at de så utdanningsstillingene i pilotprosjektet ALIS-Vest som attraktive; klare rammer for økonomi, arbeidstid og fritid, samt mulighet til å lære faget allmenntmedisin gjennom et strukturert spesialiseringsopplegg. Utdanningsstillingene ser ut til å ha bygget ned inngangsbarrieren til fastlegjetjenesten som mange unge leger opplever.

Utover i prosjektperioden økte rekrutteringsutfordringene til fastlegeordningen nasjonalt. Dette var også merkbart i pilotprosjektet ALIS-Vest. Det ble færre søkere til utdanningsstillingene som ble ledige underveis.

Stabilitet

Ved avslutningen av pilotprosjektet ALIS-Vest (i august 2022), var det i 13 av de 16 utdanningsstillingene en fastlege som enten var blitt spesialist i allmenntmedisin (på gammel ordning) eller som var på god vei til å bli det. Totalt har det i de 16 utdanningsstillingene i Vestland fylke vært tilsatt 23 ulike ALIS i løpet av prosjektperioden, 10 ALIS har sluttet underveis. Av de 23 ALIS som har vært tilsatt i en av utdanningsstillingene, arbeidet 20 i allmenntmedisinsk virksomhet ved utgangen av august 2022; flere som fastleger i andre kommuner. Flere av fastlegene som er blitt spesialister i allmenntmedisin i de fastlønnede utdanningsstillingene, har gått over til næringsdrift etter endt spesialisering. Våre konklusjon er at samme lege i 10 av 16 stillinger gjennom prosjektperioden og en beholdning av 13 ferdige eller nesten ferdige spesialister i allmenntmedisin ved avslutningen av pilotprosjektet, er et rimelig godt resultat sett i forhold til den generelle ustabiliteten i fastlegeordningen de senere år.

Følgeevalueringen identifiserte en rekke samvirkende forhold av betydning for stabilitet i ALIS-stillingene. Klare rammer for ALIS sitt daglige arbeid, som sikrer normal arbeidstid og rom for fritid var viktig. Rom for å vokse inn i jobben med velfungerende supervisjon og veiledning, og aksept for at det tar tid å bli kjent med både faget allmenntmedisin, listeinnbyggerne, journalsystemet og arbeidsmåtene skapte trygghet og trivsel. Det samme gjorde en gjensidig vilje til fleksibilitet, både i forhold til kommunen og til kollegene. Mulighet for medvirkning og påvirkning av arbeidssituasjon og arbeidsmiljø skapte opplevelse av tilhørighet. Tid til sosialt liv og fritidsaktiviteter var viktig for trivsel.

Merkostnader for kommunene

En fastlønnet utdanningsstilling fjerner økonomisk risiko for ALIS ved å tre inn i fastlegetjenesten. Ved starten av pilotprosjektet ALIS-Vest representerte de fastlønnede utdanningsstillingene en ny og ukjent merkostnad for deltakerkommunene. Våre beregninger basert på fire skjønsmessig valgte eksempler, viser at disse merkostnadene har variert relativt mye. Variasjonen skyldes kjennetegn dels ved ALIS, dels ved utformingen av den lokale fastlegetjenesten og dels ved kommunen. Merkostnadene er i liten grad problematisert i de intervjuene vi har gjort med kommunale helseledere gjennom pilotprosjektperioden. Flere av kommunene hadde ved starten av pilotprosjektet erfaring med høye kostnader og stor ustabilitet over tid knyttet til vikarbruk i sin fastlegetjeneste. De opplevde at kostnadene gikk ned og stabiliteten opp når de fikk ALIS inn i utdanningsstilling.

I fire skjønsmessig valgte merkostnadseksempler, ser vi at høye driftskostnader i fastlegekantorene er en vesentlig kostnadsdriver. Disse kostnadene er på samme høye nivå uavhengig av om legen er erfaren eller uerfaren. Lønnsnivået i utdanningsstillingene i pilotprosjektet ALIS-Vest er bestemt lokalt. Noen av kommunene har brukt et høyt lønnsnivå som insentiv for å tiltrekke seg leger. En annen vesentlig utgift for noen av kommunene var vikar for ALIS under institusjonstjenesten.

I løpet av pilotprosjektperioden etablerte Helsedirektoratet nasjonale tilskuddsordninger som ikke var tilgjengelige for utdanningsstillingene i pilotprosjektet ALIS-Vest. Dagens nasjonale tilskuddsordning bidrar med langt større tilskuddsbeløp enn tilskuddet til pilotkommunene. Tilgang til dagens muligheter for nasjonale tilskudd, ville redusert deltakerkommunenes merkostnader til utdanningsstillingene betraktelig.

Nasjonal betydning av pilotprosjektet ALIS-Vest

Pilotprosjektet ALIS-Vest har oppnådd noe som lokale prosjekter sjelden klarer; å danne grunnlag for en nasjonal tilskuddsordning. Pilotprosjektet ALIS-Vest ble etablert med utgangspunkt i den gamle spesialiseringsordningen. Med ny spesialiseringsordning er det i dag kommet på plass en nasjonal tilskuddsordning til dekning av utdanningskostnader rettet mot kommunene som gjelder for alle ALIS. Tilskuddsordningen må kunne sies å være sterkt inspirert av pilotprosjektet ALIS-Vest. Det er også kommet på plass regionale ALIS-kontor. Etableringen av det regionale kontoret ALIS Vest har skjedd med utgangspunkt i prosjektadministrasjonen for pilotprosjektet ALIS-Vest.

1 INNLEDNING

I desember 2016 sendte Bergen kommune en søknad til Helsedirektoratet om finansiering til et femårig prosjekt de kalte «*Utdanningsstillinger i primærhelsetjenesten (ALIS-Vest)*». Prosjektet var utarbeidet av en prosjektgruppe ledet av kommuneoverlege Rolf Martin Tande i Masfjorden kommune. Helsedirektoratet brukte kun kort tid på å bevilge penger til prosjektet og **pilotprosjektet ALIS-Vest** var en realitet. Pilotprosjektet ble gjennomført i perioden 2017-2022 med Bergen kommune som prosjekteier, i et samarbeid som involverte kommuner, forskere, KS og legeforeningen.

1.1 Utfordringsbildet da ALIS-Vest startet

Søknaden til Helsedirektoratet vektla at det med samhandlingsreformen var lagt politiske føringer om å overføre oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Med dette økte behovet for allmennleger i kommunene med tilstrekkelig og bred kompetanse til å ivareta de nye oppgavene. Mange kommuner på Vestlandet hadde imidlertid allerede store vansker med å rekruttere og beholde leger. En nasjonal undersøkelse initiert av KS, viste at fire av ti kommuner på denne tiden opplevde det vanskelig å rekruttere fastleger (KS-rapport 2015).

St. Meld. 26 (2014-2015) om fremtidens primærhelsetjeneste, signaliserte at leger som skal jobbe klinisk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, må være spesialister i allmenntilleggsmedisin eller under slik spesialisering. På det tidspunktet søknaden ble sendt og innvilget, hadde det komme en forskrift om dette som ville tre i kraft fra mars 2017¹. Det var også klart at spesialistutdanningen for leger ville bli lagt om. Men enn så lenge var det den gamle spesialiseringsordningen i allmenntilleggsmedisin som var gjeldende.

Helse- og omsorgsministeren ba allerede i 2010 de regionale helseforetakene sørge for at flest mulig leger i spesialisthelsetjenesten kunne spesialisere seg i faste stillinger. Kommunene ble ikke bedt om tilsvarende, selv om utdanningsstillinger i allmenntilleggsmedisin ble utredet på bestilling fra Helsedirektoratet allerede i 2008². I utredningen kom det fram at fastlønnede utdanningsstillinger ville kunne øke interesse for allmenntilleggsmedisin blant unge leger. I en situasjon hvor spesialistutdanningen for leger ble stadig mer strømlinjeformet i helseforetakene, hardnet konkurransen om de unge legespesialiseringskandidatene til. Det var behov for tiltak som kan sikre rekruttering av leger som fant det attraktivt å bli spesialister i allmenntilleggsmedisin. I søknaden fra Bergen kommune til Helsedirektoratet ble det understreket at det nå var tid for å gjøre noe med rammene for spesialistutdanningen i allmenntilleggsmedisin og prøve ut utdanningsstillinger.

¹ [Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger \(spesialistforskriften\) - Lovdata](#)

² Steinert, S., Thorsen, O. (2008) Utdanningsstillinger i allmenntilleggsmedisin. Rapport, Oslo: Helsedirektoratet.

1.2 Mål

Målet med pilotprosjektet ALIS-Vest var todelt:

- å sette deltakende kommuner i stand til å tilby allmennleger under spesialisering (ALIS) godt strukturerte **utdanningsstillinger**
- å sikre **rekruttering** av leger til fastlegeordningen og andre allmennt medisinske oppgaver i kommunene, **og at legene blir over tid** og bidrar til stabilitet i legetjenesten

1.3 Grep for å nå målene

Grepene som er gjort i pilotprosjektet ALIS-Vest for å nå målene om å rekruttere og beholde fastleger i kommunen, og sørge for at de får gjennomført spesialisingsløpet i allmennt medisin, kan deles i fire. De var rettet mot fastleger som ønsker å spesialisere seg i allmennt medisin, veiledere som er erfarne fastleger, kommuner og allmennt helsen:

Grep 1: Et tilrettelagt utdanningsløp for ALIS på fem år, med mulighet for å ta nødvendige kurs og få daglig supervisjon og veiledning lokalt og i en **felles veiledningsgruppe**. Dette sto i kontrast til den rådende situasjonen hvor det i stor grad var opp til den enkelte lege å selv organisere sin spesialistutdanning.

Grep 2: Fjerning av økonomisk risiko ved å starte som fastlege, ved at ALIS blir kommunalt ansatt med fast lønn i en utdanningsstilling, hvor kursutgifter og kostnader forbundet med nødvendig utdanningsfravær ble dekket av kommunen.

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

Grep 4: Kunnskapsgenerering og formidling fra følgeevaluering. Deling og diskusjon av funn har foregått underveis. Det er publisert årlige rapporter og formidlet på de årlige ALIS-konferansene.

1.4 Praktisk innretning av tiltaket

1.mars 2017 sendte Bergen kommune ut en formell invitasjon til alle rådmenn, kommuneoverleger og ledere for helse- og omsorgstjenestene i alle kommuner i Hordaland og Sogn og Fjordane (nå: Vestland fylke) til å søke om å bli med i pilotprosjektet ALIS-Vest. Søknadsfristen var 15. mars. Pilotprosjektets styringsgruppe valgte ut deltakerkommunene basert på søknadene og kriterier om at de kunne dokumentere rekrutteringsutfordringer, hadde ressurser til både veiledning og supervisjon lokalt og at utdanningsstilling ikke ville bli plassert i en solopraksis.

De 11 deltakerkommunene i Vestland fikk tildelt en, to eller tre utdanningsstillinger og forpliktet seg til å lyse ut **utdanningsstillingene med fast lønn med minimum varighet på fem år**. Tjenesten kunne variere gjennom de fem årene, men minst to årsverk måtte være i åpen, uselektert allmennpraksis. Alle utdanningsstillingene ble inkludert i en felles annonse i Tidsskrift for den norske legeforening i april med søknadsfrist 23. mai.

Figur 1 viser deltakerkommunene i Vestland og antall utdanningsstillinger. Kommunene er ulike på mange vis og varierer i folketall mellom Hyllestad kommune med 1 290 innbyggere og Bergen kommune med 286 930 innbyggere³.



Figur 1: Kartet viser de 11 deltakerkommunene og antall tilhørende utdanningsstillinger i første fase av pilotprosjektet ALIS-Vest

Startarbeidsplassen for ALIS skulle være på et legekontor med flere leger, og det skulle sikres veiledning og tilrettelegging for spesialistutdanning. Prosjektleder i pilotprosjektet ALIS-VEST skulle sammen med ALIS og kommunen utarbeide en utdanningsplan for hele femårsperioden. I prosjektet var det lagt opp til at ALIS skulle få **minimum to timer planlagt veiledning per måned lokalt av en veileder som var spesialist i allmennmedisin, og daglig supervisjon**. Alle ALIS skulle gjennomføre **felles gruppeveiledning med veiledere fra pilotprosjektet ALIS-Vest**. Kursutgifter og kostnader forbundet med nødvendig utdanningsfravær som ikke ble dekket av legeforeningens utdanningsfond, skulle dekkes av kommunen.

³ Folketall per 1.1.2022. Kilde: SSB.

Det ble vektlagt at ALIS skulle få erfaring med sykehjem, kommunal øyeblikkelig-hjelp-døgnet, helsestasjon, skolehelsetjeneste og legevakt. Ved permisjoner i forbindelse med sykdom, svangerskap og fødsel ville tilsettingstiden bli forlenget tilsvarende.

I løpet av den femårige tilsettingen i utdanningsstilling lå det en klar forventning om at ALIS skulle gjennomføre ett års tjeneste i spesialisthelsetjenesten (sykehusåret i gammel spesialiseringsordning). Prosjektledelsen hadde hatt samtaler med aktuelle helseforetak om å få etablert stillinger i sykehus for å sikre at ALIS fikk gjennomført sykehusåret.

Det var opp til kommunen å velge ALIS for tilsetting, bestemme lønnsnivå og listelengde for utdanningsstillingene. Pilotprosjektet ALIS-Vest bidro med et netto årlig tilskudd på 150 000 kroner til den enkelte utdanningsstillingen til dekning av kommunens utdanningskostnader (formelt ga pilotprosjektet ALIS-Vest kommunene 200 000 kroner og kommunene bidro med en egenandel på 50 000 kroner per år per stilling).

Pilotprosjektet ALIS-Vest la ingen føringer med hensyn til hva som skulle skje etter den femårige utdanningsstillingsperioden.

1.5 Rapportens formål og oppbygning

NSDM har på oppdrag fra Bergen kommune gjort følgeevaluering i tilknytning til pilotprosjektet ALIS-Vest gjennom hele den perioden prosjektet har vært virksomt. Følgeevalueringen har undersøkt om målene med pilotprosjektet ble nådd.

Som del av følgeevalueringen, er det tidligere publisert fire statusrapporter⁴ i tillegg til denne sluttrapporten. Funn fra de fire statusrapportene er inkludert i denne sluttrapporten. I kapittel 2 presenteres det metodiske grunnlaget for følgeevalueringen. I kapittel 3 vurderer vi om målet om å rekruttere og beholde leger ved å tilby utdanningsstillinger er nådd. Kapittel 4 gir innsikt i kommunens merkostnader ved å tilby utdanningsstillinger. Kapittel 5 gir innblikk i pilotprosjektet ALIS-Vest sett fra ALIS sitt perspektiv, mens kapittel 6 gir tilsvarende innblikk sette fra kommunale helselederes perspektiv. Kapittel 7 er viet en refleksjon basert på et innenfra-perspektiv om hva som skal til for å lykkes med et pilotprosjekt som ALIS-Vest. Kapittel 8 oppsummerer, diskuterer og konkluderer om resultatene av pilotprosjektet ALIS-Vest.

⁴ Seppola-Edvardsen, T. & Brandstorp, H. (2018). *Utdanningsstillinger i allmenntjenestemedisin: ALIS-Vest. Fokus på rekruttering og stabilisering*. Nasjonalt senter for distriktsmedisin.

Brandstorp, H. & Seppola-Edvardsen, T. (2019). *Del 2. Utdanningsstillinger i allmenntjenestemedisin: ALIS-Vest oppfølgingsstudie med fokus på stabilisering*. Nasjonalt senter for distriktsmedisin.

Gaski, M., Kvamme, M.F., Nordberg, E.K.N. & Abelsen, B. (2020). *Utdanningsstillinger i ALIS-Vest. Delrapport 3*. Nasjonalt senter for distriktsmedisin.

Gaski, M., Kvamme, M.F., Abelsen, B. & Nordberg, E.K.N. (2021). *Utdanningsstillinger i ALIS-Vest. Delrapport 4*. Nasjonalt senter for distriktsmedisin.

2 METODE

I dette kapitlet gir vi en kortfattet beskrivelse av forskningsdesign, datainnsamling og -analyse.

2.1 Et formativt følgeforskningsdesign

Følgeforskning brukes gjerne som begrep, for å beskrive systematisk utforskning av pågående tiltak som følges over tid. Forskerrollen kan i ett ytterpunkt inntas som nøytral observatør, som gjør en samlet summativ analyse og i ettertid forteller hvordan det gikk⁵. I et annet ytterpunkt kan forskerrollen inntas som endringsagent og aktiv deltaker i utviklingsprosesser som iverksettes⁶. Betegnelsen formativ følgeforskning brukes når forskere inntar en posisjon mellom disse ytterpunktene. Et viktig formål med forskningen er å **bidra til å forme og korrigere tiltak og prosesser gjennom å formidle erfaringer underveis**.

Evalueringen av pilotprosjektet ALIS-Vest har hatt et formativt følgeforskningsdesign i den forstand at vi har publisert rapporter og formidlet muntlig våre funn underveis i prosjektperioden. Vi har søkt å identifisere og beskrive faktorer og strategier som fremmer positive utfall, og også føringer og mulige barrierer som ligger i prosesser som hemmer positive utfall. Hensikten har vært å bidra med handlingsrelevant kunnskap til ulike interessenter.

2.2 Avgrensning

I de to først driftsårene av pilotprosjektet ALIS-Vest deltok 11 kommuner fra daværende Hordaland og Sogn og Fjordane fylke (etter hvert: Vestland fylke). I denne første fasen ble til sammen 16 utdanningsstillinger etablert i deltakerkommunene. Disse stillingene har i all hovedsak vært besatt av ALIS som har spesialisert seg i allmenntidmedisin på gammel spesialiseringsordning. Det er de 11 kommunene og de 16 tilhørende utdanningsstillingene som i hovedsak har vært inkludert i følgeevalueringen.

Fra 2019 ble pilotprosjektet ALIS-Vest utvidet med åtte kommuner fra Rogaland og Møre og Romsdal og til sammen 15 utdanningsstillinger. Denne andre fasen har i liten grad vært del av vårt følgeevalueringsprosjekt (for mer informasjon se Boks 1 i kapittel 3).

2.3 Datainnsamling

Vi har intervjuet kommunale helseledere i fem omganger og ALIS i fire omganger. Alle intervju bortsett fra noen intervju i runde fire (se under), ble gjort med informanter i deltakerkommuner i Vestland fylke per telefon eller Teams. Flere, både blant helselederne og ALIS, er intervjuet gjentatte ganger. Tema for intervjuene er oppsummert i vedlegg 1.

⁵ Olsen, O.E., Mikkelsen, A., & Lindøe, P.H. (2002). Fallgruver i følgeforskning. Tidsskrift for samfunnsforskning vol. 43, 2, 191-217.

⁶ Baklien, B. (2000). Evalueringsforskning for og om forvaltningen. I Mønnesland, J, Foss, O. (red): Evaluering av offentlig virksomhet. Oslo: NIBR.

Den **første intervjurunden** ble gjennomført fra oktober 2017 til februar 2018, kort tid etter at forskerne hadde vært på besøk hos aktuelle ALIS og kommuneledere på deres arbeidsplasser. Da intervjuet vi 10 helseledere og 12 ALIS.

Den **andre intervjurunden** ble gjennomført i perioden mai til september i 2018. Da intervjuet vi åtte helseledere og ni ALIS.

Den **tredje intervjurunden** ble gjennomført fra januar til oktober 2019. Da gjorde vi intervju med medarbeidere på deltakende legekontor; sju leger med veilederansvar og sju hjelpepersonell (helsesekretærer, sykepleiere og bioingeniører). Vi intervjuet også 10 helseledere og sju ALIS.

I den **fjerde intervjurunden** fra mars til september i 2020, intervjuet vi 10 helseledere og seks ALIS. Det ble videre gjort intervju med sju helseledere og fire leger med veilederansvar i kommuner i Rogaland og Møre og Romsdal.

I den **femte intervjurunden** som ble gjennomført i juli og august 2022, gjorde vi sluttintervju med ni helseledere. Det ble også gjort sluttintervju med prosjektleder for ALIS-Vest.

Tabell 1: Oversikt over intervjurunder og informanter

| Intervjurunde | Informanter |
|----------------------------|---|
| Oktober 2017 -februar 2018 | 10 helseledere 12 ALIS |
| Mai - september 2018 | 8 helseledere 9 ALIS |
| Januar - oktober 2019 | 7 leger med veilederansvar 7 hjelpepersonell (helsesekretærer, sykepleiere og bioingeniører) 10 helseledere 7 ALIS |
| Mars - september 2020 | 10 helseledere 6 ALIS 7 helseledere (ALIS Vest, del 2) 4 leger med veilederansvar (ALIS Vest, del 2) |
| Juli - august 2022 | 9 helseledere 1 prosjektleder |

I tillegg har vi gjennomført en **kartlegging av kommunenes kostnader knyttet til utdanningsstillingene** i Vestland fylke. Rådata til kartleggingen er hentet fra rapporteringsskjema som vi har utformet og som kommunene har sendt inn som del av sin rapportering til prosjektledelsen for ALIS-Vest i tre omganger 2020/2021/2022.

2.4 Dataanalyse

Intervjumaterialet er i all hovedsak analysert med utgangspunkt i prinsippene for tematisk analyse⁷. Analyseprosessen besto av følgende trinn: å gjøre seg kjent med dataene, foreslå innledende koder, foreslå tema, revidere tema, definere og navngi tema, og produsere kondensert tematekst.

2.5 Kostnadsanalyse

Deltakerkommunene har rapportert økonomidata til prosjekteier i pilotprosjektet ALIS-Vest for 2018, 2019 og 2020 (rapporteringsskjema finnes som vedlegg 2). Dette datamaterialet er supplert og utdypet i den grad det har vært nødvendig, med opplysninger innhentet ved personlig kommunikasjon (muntlig eller skriftlig via epost) med helseledere i kommunene. Med utgangspunkt i datamaterialet er det gjennomført en kostnadsanalyse for å beregne hva en utdanningsstilling for ALIS koster kommunen illustrert med fire ulike eksempler fra fire ulike kommuner. Analysene gir grunnlag for å si noe om kostnadsnivå og -utvikling over tid.

2.6 Etikk

Informantene har fått muntlig og skriftlig informasjon om datainnsamlingen som er gjort i forbindelse med gjennomføringen av følgeevalueringen. Deltakelse i intervju og utfylling av registreringsskjema har vi tolket som et informert samtykke til å delta. Siden vi har behandlet personopplysninger, ble studien meldt til NSD (# 361998).

⁷ Braun, V. & Clarke, V., 2006. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), pp. 77-101.

3 BLE MÅLENE OM Å REKRUTTERE OG BEHOLDE NÅDD?

3.1 Rekruttering sett fra kommunens ståsted

Da deltakerkommunene i pilotprosjektet ALIS-Vest lyste ut de første utdanningsstillingene i 2017, opplevde de svært god søkning. **Kommuner som ikke hadde hatt en eneste søker til vanlige fastlegeavtaler med privat næringsdrift, opplevde å ha mange søkere til de fastlønnede utdanningsstillingene.** Bergen kommune hadde 72 søkere, mens Hyllestad, Odda og Bømlo hadde henholdsvis 15, 14 og 12 søkere⁸. Alle var riktignok ikke kvalifisert blant søkerne til de minst folkerike og minst sentrale kommunene, men interessen for disse fastlønnede utdanningsstillingene var merkbart annerledes enn for vanlige næringsdriftavtaler.

Pilotprosjektet ALIS-Vest tilbød utdanningsstillinger, men de var på ingen måte strømlinjeformede. De ble formet av den lokale konteksten i de ulike deltakerkommunene. Alle ALIS ble ansatt som fastleger. Alle deltok i tillegg i kommunens legevaktordning.

Bruttoårslønnsnivå ved tilsetting varierte ifølge intervjuede helseledere, mellom 615 000 og 900 000 kroner. Inntekt fra deltagelse i legevakt kom i tillegg. Den kommunen med lavest lønnsnivå fikk tilstrekkelig søkere uten å tilby høy lønn, og ville la andre deltakerkommuner få bruke lønn som virkemiddel for å rekruttere. Det er også eksempler på at deltakerkommuner har vært behjelpelig med å skaffe ALIS bolig. I noen av kommunene var det skrevet inn i arbeidsavtalen med ALIS at stillingsform etter 5 år var valgfritt. Det vil si at legene kunne fortsette som kommunalt tilsatt fastlege eller gå over til privat næringsdrift. Andre hadde muntlige avtaler som åpnet for at ALIS og kommunen kunne forhandle frem endringer i betingelsene underveis i utdanningsløpet.

Det var stor variasjon i antallet listeinnbyggere på ALIS sine lister ved oppstart i utdanningsstillingene. **Noen ALIS skulle bygge opp en ny liste fra null. Mer vanlig var en liste med mellom 700 og 900 listeinnbyggere.** En typisk ordning i pilotprosjektet var at kommunen hadde kjøpt en praksis med en relativt stor liste fra en erfaren fastlege som vil pensjonere seg. Listen ble så delt opp da en regner med at ALIS ikke kunne betjene en like lang liste som en erfaren fastlege.

Noen kommuner tilpasset ved starten antallet veiledningstimer til ALIS sine behov. Eksempelvis fikk en ALIS med utdanning fra utlandet som ikke hadde gjennomført LIS1, og en ALIS som startet med en lang liste, tilbud om tre timer veiledning per uke mot normalt to.

Utdanningsstillingene representerer en ny og ukjent kostnad for kommunene. Dette ble i liten grad problematisert i intervju med de kommunale helselederne ved starten av pilotprosjektet ALIS-Vest.

⁸ Seppola-Edvardsen, T. & Brandstorp, H. (2018). Utdanningsstillinger i allmennmedisin: ALIS-Vest. Fokus på rekruttering og stabilisering. Nasjonalt senter for distriktsmedisin. <https://www.nsdm.no/wp-content/uploads/2018/04/NSDM-rapport-Utdanningsstillingeri-ALIS-Vest-April2018.pdf>

3.2 Utdanningsstillingenes attraktivitet sett fra ALIS sitt ståsted

I intervjuene med ALIS som ble gjort i den første intervjurunden, kom det frem at den viktigste motivasjonen for at de søkte en utdanningsstilling, var ønsket om å jobbe innen allmennmedisin, som allmennlege eller fastlege. ALIS la vekt på verdier som å jobbe med helhet og sammenhenger i menneskers liv og helse, i tillegg til variasjon og fleksibilitet i egen arbeidshverdag. **Flere ALIS nevner at de hadde et ønske om å være fastlege, men at terskelen for å starte som privat næringsdrivende var for høy.**

For noen ALIS var det først og fremst utdanningsstillingen som trakk dem til kommunen, men de fleste fortalte at de søkte utdanningsstillingen fordi den var knyttet til sted eller kommunen, og at de ønsket å jobbe der. De fleste ALIS bodde i arbeidstedkommunen, mens et par dagpendlet mellom bosteds- og arbeidstedkommune. Både ALIS som flyttet 'hjem' eller kjente stedet fra før og ALIS som ikke kjente stedet fra før, uttrykte et visst behov for å «se an» hvordan de ville trives.

ALIS oppga flere årsaker til at de så utdanningsstillingene som svært attraktive:

1. **Tryggheten i fast lønn** som inkluderer trygderettigheter og friheten fra å binde seg ved å investere i liste og ta på seg ansvar og plikter som følger med næringsvirksomhet. Man slipper dermed usikkerheten mht. investering i noe som man ikke vet hva innebærer av økonomi, jobb og plikter.
2. **Ønske om å ha tid til familie og fritid.** Fritid ble vektlagt av alle ALIS-informantene, også de uten familie og like mye av menn som av kvinner. Menn understrekte verdien av tid til familie like ofte som kvinner.
3. **Muligheten til å lære faget allmennmedisin gjennom et strukturert spesialiseringsopplegg,** med fri til kurs og samlinger, og med opplegg for veiledning og supervisjon.

I svarene kan vi identifisere at mye av **utdanningsstillingenes verdi sett fra ALIS ved starten av pilotprosjektet ALIS-Vest lå i klare rammer for økonomi, arbeidstid og fritid.** ALIS ønsket å slippe risikoen og usikkerheten knyttet til økonomi, ansvar for egen bedrift og tidsbruk langt utover normal arbeidstid.

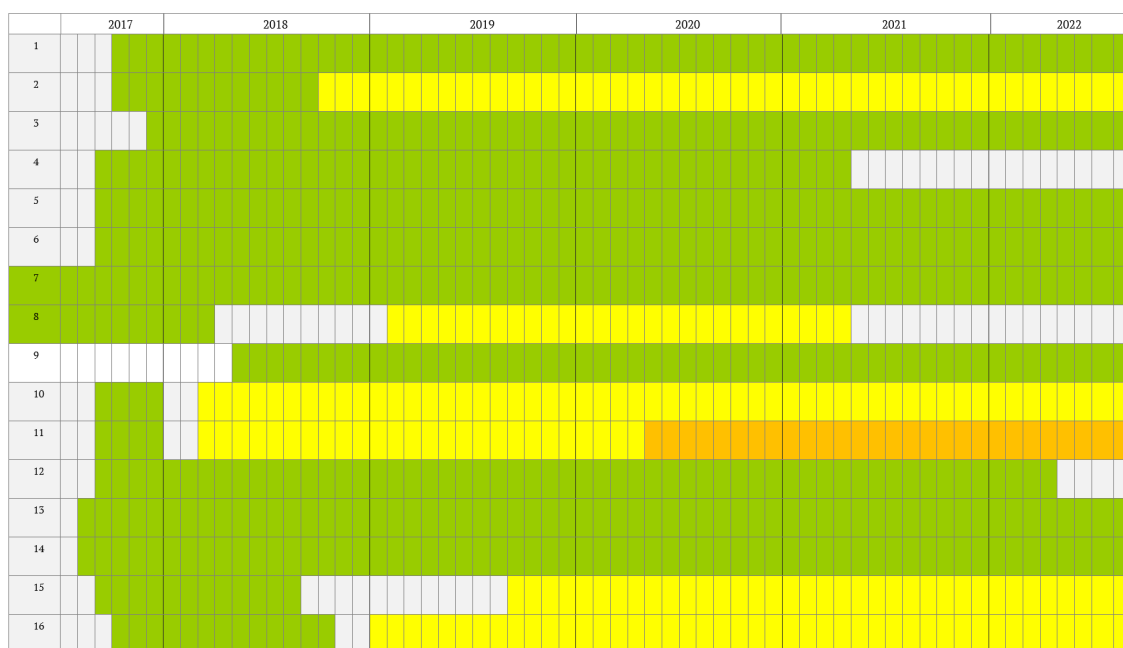
3.3 Stabilitet

Vi knytter begrepet stabilitet til varighet og i dette tilfellet er det **varigheten av ALIS sitt tilsetningsforhold i utdanningsstillingen og utover denne** som er av interesse. Hvor lenge tilsetningsforholdet må vare før man kan kalle det stabilt, vil variere avhengig av den kommunale konteksten.

Totalt har det i de 16 utdanningsstillingene i Vestland fylke vært tilsatt 23 ulike ALIS i løpet av prosjektperioden, 10 ALIS har sluttet underveis. Figur 2 illustrerer at i løpet av prosjektperioden, har ti av de 16 utdanningsstillingene vært besatt av samme ALIS hele veien. Det har vært skifte av ALIS i seks av utdanningsstillingene; én gang (gjelder fem stillinger) eller to ganger (gjelder en stilling).

Utover i prosjektperioden økte rekrutteringsutfordringene til fastlegeordningen nasjonalt. Dette var også merkbart i pilotprosjektet ALIS-Vest. Det ble færre søkere til utdanningsstillingene som ble ledige underveis i Vestland. Det siste drøye året av prosjektet satte prosjektledelsen stopp for inntak av nye ALIS når en utdanningsstilling ble ledig. Dette gjaldt tre av utdanningsstillingene.

Ved avslutningen av pilotprosjektet ALIS-Vest (august 2022), var det i 13 av de 16 utdanningsstillingene en fastlege som enten var blitt spesialist i allmenmedisin (på gammel ordning) eller som var på god vei til å bli det.



Note: Hver linje representerer en utdanningsstilling, og hver rute representerer en måned. Grønn er varigheten på tilsetningsperioden til den 1. ALIS i utdanningsstillingen, gul er varigheten for den eventuelle 2. ALIS i utdanningsstillingen og oransje er varigheten for den eventuelle 3. ALIS i utdanningsstillingen.

Figur 2: ALIS-stabilitet i de 16 utdanningsstillingene i Vestland fylke fra juli 2017 til 31. august 2022

Av de 23 ALIS som har vært tilsatt i en utdanningsstilling, arbeidet 20 i allmenmedisinsk virksomhet ved utgangen av august 2022; flere som fastleger i andre kommuner. Flere av fastlegene som er blitt spesialister i allmenmedisin i de fastlønnede utdanningsstillingene, har gått over til næringsdrift etter endt spesialisering.

Er resultatet knyttet til de 16 utdanningsstillingene godt med hensyn til stabilitet? Det er ikke enkelt å svare på dette. Det skyldes at pilotprosjektet ALIS-Vest omfatter et lite antall stillinger og har vart i kort tid. Kommunene er svært ulike med hensyn til folketall og tilhørende størrelse på fastlegjetjenesten. Statistiske beregninger vil være beheftet med stor grad av usikkerhet. Varighet av fastlegeavtaler er nå en nasjonal kvalitetsindikator for allmenlegetjenesten som

Helsedirektoratet publiserer årlig⁹. For hele Vestland fylke har varigheten av fastlegeavtaler gått ned fra 2017 hvor median varighet var 8 år, til 2021 hvor median varighet var 7,8 år. Blant de 11 kommunene i Vestland fylke som deltok i pilotprosjektet ALIS-Vest, var det i 2021 veldig stor variasjon i median varighet av fastlegeavtaler; fra Masfjorden med 20,7 år til Hyllestad med 1,2 år. Median varighet av fastlegeavtaler har økt i fem av kommunene, blitt redusert i fem av kommunene og stått på stedet hvil i en av kommunene i perioden fra 2017 til 2021. **I denne konteksten kan det tenkes at samme lege i 10 av 16 stillinger gjennom prosjektperioden og en beholdning av 13 ferdige eller nesten ferdige spesialister i allmenntidisin ved avslutningen av pilotprosjektet, er et rimelig godt resultat sett i forhold til den generelle ustabiliteten i fastlegeordningen de senere år.**

DEN ANDRE FASEN AV PILOTPROSJEKTET ALIS-VEST startet i 2020 og omfattet **15 utdanningsstillinger** for ALIS i **åtte kommuner i Rogaland og Møre og Romsdal**. I denne fasen ønsket man å prøve ut både fastlønnsstillinger og næringsdrift. Det var imidlertid en utfordring å få på plass utdanningsstillinger med næringsdrift. Det er derfor bare prøvd ut i én av kommunene i Møre og Romsdal med to utdanningsstillinger.

I august 2022 var det en ALIS i ni av utdanningsstillingene (herunder de to utdanningsstillingene med næringsdrift). Tre stillinger har ikke vært besatt i det hele tatt. Sammenliknet med første fase, var det betydelig vanskeligere å rekruttere ALIS til utdanningsstillingene i andre fase.

Vår intervjustudie med helseledere og veiledere avdekket forventninger i kommunene som deltok i andre fase om at deltagelse i pilotprosjektet ALIS-Vest skulle bidra til å møte to typer behov; for det første behov for rekruttering og stabilisering i legetjenestene, og for det andre økte støttebehov av nyere dato tilknyttet ny spesialiseringsordning i allmenntidisin som ble iverksatt fra mars 2019. Det ble pekt på behov for felles ressurser i regi av ALIS-Vest eller andre, som kan støtte kommuner med å finne fram til og håndtere gode formaliserte løsninger i tråd med den nye spesialiseringsordningen. Opprettelsen av de regionale ALIS-kontorene kan ses som et svar på dette behovet.

Prosjektlederen av pilotprosjektet i ALIS-Vest fortalte i intervju med oss at kontakten rundt de 15 utdanningsstillingene hadde vært med helselederne i de åtte kommunene. Det hadde ikke vært noen direkte kontakt med den enkelte ALIS og ikke noe forsøk på å lage felles veiledningsgruppe. Noen få kommuner meldte seg av prosjektet underveis fordi det var bedre økonomi utenfor enn innenfor pilotprosjektet etter at den nasjonale tilskuddsordningen kom.

Boks 1: Beskrivelse av den andre fasen av pilotprosjektet ALIS-Vest

⁹ [Varighet på kommunenes avtaler med fastleger - Helsedirektoratet](#)

4 HVA HAR UTDANNINGSSTILLINGENE KOSTET KOMMUNEN?

Hensikten med dette kapittelet er å få fram deltakerkommuners kostnader ved å tilsette ALIS i fastlønnet utdanningsstilling som del av pilotprosjektet ALIS-Vest.

I utgangspunktet er det ment at finansieringselementene i fastlegeordningen (basistilskudd per listeinnbygger, trygderefusjoner (betalt via HELFO) og egenandeler fra listeinnbyggere) skal dekke alle kostnader knyttet til en fastleges virksomhet. I kommuner med mindre enn 5 000 innbyggere skal kommunen gi et utjamningstilskudd til næringsdrivende fastleger dersom gjennomsnittlig listelengde i kommunen er lavere enn 1 200 personer. Utjamningstilskuddet skal svare til differansen mellom basistilskuddet for 1 200 personer og basistilskuddet for gjennomsnittlig listelengde i kommunen. Utjamningstilskuddet er dermed et likt beløp for alle fastleger i kommunen uavhengig av den enkeltes listelengde. Finansieringsmodellen tar ikke høyde for utgifter knyttet til spesialisering. Kostnader som ikke dekkes av finansieringselementene, må dekkes av andre. Utgangspunktet ved starten av pilotprosjektet ALIS-Vest, var at næringsdrivende ALIS selv dekket disse kostnadene. I tilfellet hvor ALIS er ansatt i kommunen, er det naturlig at kommunen dekker kostnadene.

En fastlønnet ALIS ansatt i en utdanningsstilling antas å innebære en merkostnad for kommunen. Hvor store merkostnadene er, viste seg i pilotprosjektet ALIS-Vest å variere mye fra ALIS til ALIS og fra kommune til kommune. De avhenger av mange ulike kontekstuelle forhold som legens erfaring og produktivitet, listelengde, tilgjengelig arbeidstid til å betjene listen, lønnsnivå, kostnader forbundet med spesialistutdanningen samt kostnader ved drift av legekantoret knyttet til tilsatt hjelpepersonell, lokaler og medisinsk/teknisk utstyr. Hva som er rimelig å regne som en kostnad for en utdanningsstilling for ALIS, kan også avhenge av hva kommunen har av merkostnader knyttet til øvrige fastleger i kommunen. Det er rimelig å anta at kommunens merkostnader knyttet til en fastlønnet utdanningsstilling vil reduseres over tid i takt med at ALIS får mer erfaring og kan øke sin produktivitet. **Det årlige tilskuddet fra pilotprosjektet ALIS-Vest var ment å redusere kommunenes merkostnader ved de fastlønnede utdanningsstillingene.**

Siden kostnadene knyttet til en ALIS i utdanningsstilling er kontekstavhengig som beskrevet over, og dermed høyst variabel fra ALIS til ALIS, fant vi det ikke hensiktsmessig å beregne noen gjennomsnittskostnad for en ALIS. Manglende rapportering fra deltakerkommuner vanskeliggjorde beregninger som inkluderte alle ALIS. Vi har valgt å synliggjøre kommunenes merkostnader gjennom fire ulike eksempler.

4.1 ALIS i kontekst – fire eksempler

Vi har skjønnsmessig valgt ut fire ALIS som vi har fulgt gjennom pilotprosjektperioden. De har arbeidet i ulike lokale kontekster. **I det videre gir vi en kortfattet beskrivelse av særtrekk både ved ALIS og ved arbeidskonteksten gjennom utdanningsløpet.** Vi har særlig lagt vekt på å få fram kostnadsrelevante aspekter som eierskap til legekantoret, driftsformen til øvrige fastleger ved legekantoret, listetype og listelengde.



ALIS 1

ALIS 1 ble ansatt i en utdanningsstilling på et privat eid legekantor. De øvrige legene ved legekantoret drev privat næringsdrift etter hovedmodellen i fastlegeordningen. Kommunen kjøpte praksisen for 250 000 kroner og en eierandel i legekantoret for 200 000 kroner fra en privat næringsdrivende lege og overlot listen til ALIS 1. Listen har hatt 700 listeinnbyggere gjennom hele pilotprosjektperioden. ALIS 1 hadde i tillegg til listen, fra 1. oktober 2018, 20 prosent av sin stilling knyttet til ivaretagelse av annet kommunalt allmennlegearbeid. ALIS 1 begynte sitt sykehusår i 2021. Kommunen fikk inn en ny ALIS som vikar i utdanningsstillingen, på de samme betingelsene som ALIS 1. Underveis i sykehusåret, sa ALIS 1 opp. Vikaren gikk over i fast utdanningsstilling, men kommunen fikk ikke tilskudd fra pilotprosjektet ALIS-Vest fordi det var kort tid igjen av prosjektet. I sluttintervjuet med en helseleder i kommunen kom det fram at kommunen underveis i pilotprosjektet ALIS-Vest har gått fra en situasjon hvor de har hatt små kostnader til fastlegetjenesten, stabil legedekning og små rekrutteringsproblemer, til en situasjon med store utfordringer og tilhørende kostnadsvekst. Ved legekantoret hvor ALIS 1 var plassert, har kommunen overtatt eierskapet. Næringsdriftavtalene er gjort om til 8.2-avtaler og to lister driftes med skiftende og dyre vikarer fra vikarbyrå.



ALIS 2

ALIS 2 ble også ansatt i en utdanningsstilling på et privat eid legekantor. De øvrige legene drev privat næringsdrift etter hovedmodellen i fastlegeordningen. **ALIS 2 startet med 0-liste.** Listen hadde ved utgangen av 2018, 2019, 2020 og 2021 henholdsvis 385, 491, 550 og 800 listeinnbyggere. Parallelt med oppbyggingen av egen liste, arbeidet ALIS 2 som vikar på de øvrige fastlegenes lister. Inntektene fra dette arbeidet tilfalt kommunen. ALIS 2 hadde ikke noe annet kommunalt allmennlegearbeid knyttet til sin stilling i 2018 eller 2021, men 5 prosent i 2019 og 20 prosent i 2020. ALIS 2 gjennomførte sykehusåret i 2021/22. Vikar for ALIS 2 jobbet med utgangspunkt i de samme betingelsene som ALIS 2. I august 2022 hadde ALIS 2 sendt inn søknad om spesialistgodkjenning og gått over fra fastlønnet utdanningsstilling til privat næringsdrift i det aktuelle legekantoret. Listen som ALIS 2 bygget opp fra null, ble slått sammen med en annen liste på samme kontor til en liste med ca. 1300 listeinnbyggere. ALIS 2 betalte 500 000 kroner til tidligere hjemmelshaver. Kommunen lot ALIS 2 beholde den selvbygde listen vederlagsfritt.



ALIS 3

ALIS 3 ble ansatt i en utdanningsstilling på et kommunalt eid legekantor. Ved dette legekantoret var det andre ALIS, både i og utenfor pilotprosjektet ALIS-Vest, som alle var ansatt med fast lønn i utdanningsstillinger. De øvrige fastlegene ved legekantoret var privat næringsdrivende med 8.2-avtale som innebar at kommunen dekker driftskostnadene ved legekantoret. Deltakelsen i pilotprosjektet ALIS-Vest inngikk i en større omlegging av organiseringen av legetjenesten i kommunen hvor to legekantor ble slått sammen til ett og antall fastlegehjemler ble økt. I forbindelse med tilsettingen av flere ALIS, laget kommunen tre lister av det som i utgangspunktet var to. Den ene listen eide kommunen. Den andre ble overdratt til kommunen i forbindelse med kjøpet av en næringsdrivende leges praksis. **ALIS 3 fikk en av listene som ble kommunal etter kjøpet av praksis** (pris: 120 000 kroner). Listen hadde ved utgangen av 2018, 2019, 2020 og 2021 henholdsvis 864, 750, 750 og 750 listeinnbyggere. ALIS 3 hadde både i 2018 og 2019, 5 prosent av sin stilling knyttet til ivaretagelse av annet allmennlegearbeid for kommunen. I 2020 og 2021 økte denne andelen til 10 prosent. I 2019 reforhandlet ALIS sin

fastlegeavtale med kommunen og gikk fra en fastlønnsavtale til en avtale med fastlønn og bonus. Bonus innebar at ALIS 3 fikk utbetalt 20 prosent av egen inntjening av refusjoner og egenandeler fra pasienter. I 2021 gikk ALIS 3 ut i svangerskapspermisjon og deretter over i sykehusåret. Etter planen skal ALIS 3 være tilbake i sin stilling som fastlege i mars 2023 som ferdig spesialist i allmennmedisin. I ALIS 3 sitt fravær, har kommunen hatt en ALIS som vikar i stillingen. Ifølge en helseleder med samme betingelser og kostnadsnivå for kommunen.

ALIS 4

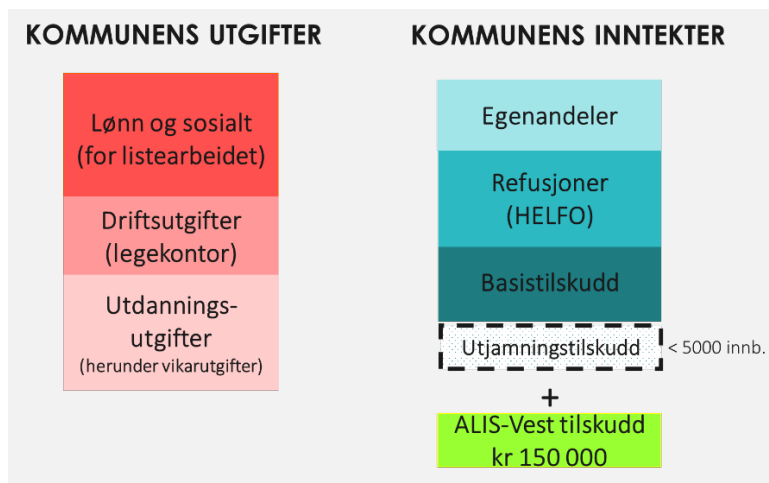
ALIS 4 ble ansatt i en utdanningsstilling på et kommunalt eid legekontor. De øvrige fastlegene ved kontoret var ansatt i kommunen og hadde fast lønn. ALIS 4 var tenkt inn i et forestående generasjonsskifte blant fastlegene på legekontoret. **ALIS 4 bygget en egen 0-liste** i påvente av dette som man antok ville vokse, som følge av generasjonsskiftet. Kommunen hadde hatt god stabilitet i fastlegetjenesten i mange år og det var i starten en utfordring å få innbyggere til å velge ALIS 4 som fastlege. Listen hadde ved utgangen av 2018, 2019, 2020 og 2021 henholdsvis 222, 278, 458 og 541 listeinnbyggere. Utdanningsstillingen ble opprettet i samarbeid med en annen kommune. ALIS 4 jobbet på sin egen og andre legers liste på legekontoret i tilsettingskommunen og hadde annet allmennmedisinsk arbeid både i tilsettingskommunen og samarbeidskommunen. ALIS 4 hadde i 2018 og 2019 35 prosent av sin stilling knyttet til annet allmennlegearbeid. Avtalen med nabokommunen ble sagt opp fra 1. januar 2020 og ALIS 4 sin stilling knyttet til annet allmennmedisinsk arbeid ble redusert til 20 prosent både i 2020 og 2021. ALIS 4 ble fast ansatt i en fastlønnet stilling ved legekontoret i 2020. Legen sluttet i stillingen av familiære grunner ved utgangen av april 2022 og var ved utgangen av august 2022 fastlønnet fastlege i nabokommunen og ferdig spesialist i allmennmedisin.

4.2 Kommunens utgifter, inntekter og merkostnader

Figur 3 illustrere kommunens utgifter og inntekter knyttet til utdanningsstillingene i pilotprosjektet ALIS-Vest. Kommunens merkostnader til en utdanningsstilling er differansen mellom utgifter og inntekter relatert til stillingen og beregnet med utgangspunkt i finansieringsmodellen for fastlegeordningen.

I utgiftberegningene har vi inkludert lønn og sosiale utgifter knyttet til den delen av utdanningsstillingen som er viet listearbeidet, driftsutgifter ved legekontoret som kan tilskrives ALIS og utdanningsutgifter som kan knyttes til ALIS som utgifter til kurs og reiser til kurs og veiledning som ikke dekkes av legeforeningens fond, utgifter til veiledning og utgifter til å dekke vikar ved ALIS sitt fravær. Vi har ikke inkludert etableringsutgifter knyttet til kjøp av praksis for å etablere lister til ALIS i de tilfeller hvor det er aktuelt (se vedlegg 3).

I inntektberegningene har vi inkludert finansieringselementer fra fastlegeordningen som basistilskudd, refusjoner fra HELFO, egenandeler og utjamningstilskudd. Utjamningstilskudd er bare aktuelt å beregne for ALIS 4 som er den eneste ALIS blant våre utvalgte eksempler, tilsatt i en kommune med under 5 000 innbyggere. I tillegg kommer det årlige netto tilskuddet på 150 000 kroner fra pilotprosjektet ALIS-Vest.



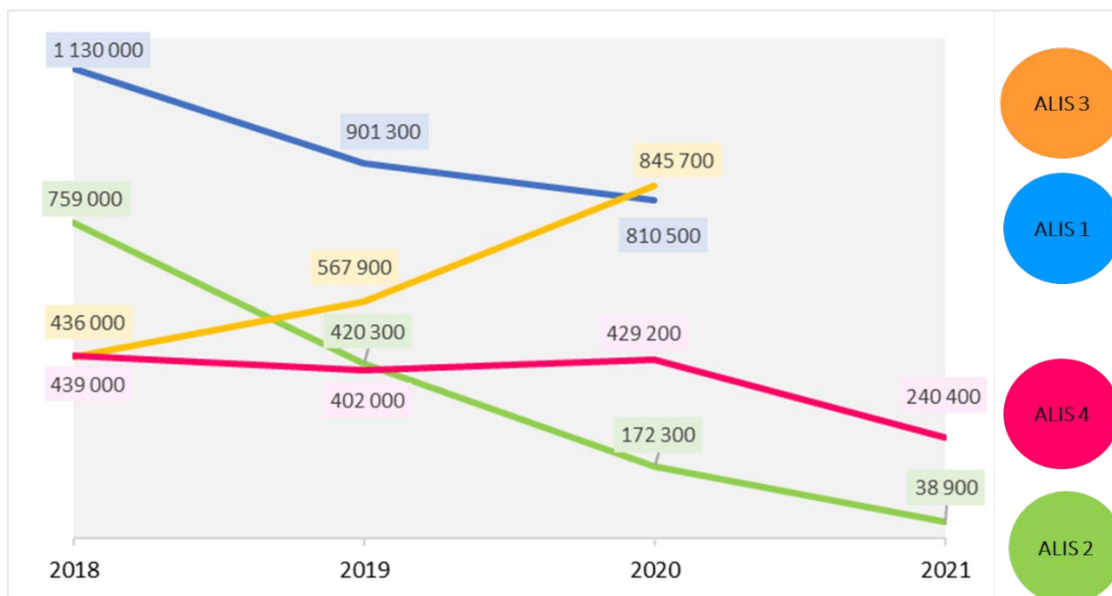
Figur 3: Kommunens utgifter og inntekter hensyntatt i våre beregninger av merkostnader ved en fastlønnet utdanningsstilling for ALIS

Detaljerte tall som kommunene har rapportert om utgifter og inntekter knyttet til den enkelte av de fire ALIS-eksemplene for årene 2018-2021, finnes som vedlegg til denne rapporten (vedlegg 3). Denne oppstillingen inkluderer også beregninger av kommunenes årlige merkostnader ved å tilby ALIS en fastlønnet utdanningsstilling. Ytterligere detaljer om disse beregningene finnes i tidligere statusrapporter fra prosjektet¹⁰.

Figur 4 viser beregningene av de merkostnadene kommunene har hatt knyttet til ALIS 1, ALIS 2, ALIS 3 og ALIS 4 i årene 2018-2021. Figuren viser at merkostnadene, som forventet, er redusert over tid for ALIS 1, ALIS 2 og ALIS 4. Mens de økte for ALIS 3. I det videre beskriver vi utviklingen i merkostnadene for den enkelte ALIS mer i detalj.

¹⁰ Gaski, M., Kvamme, M.F., Nordberg, E.K.N. & Abelsen, B. (2020). Utdanningsstillinger i ALIS-Vest. Delrapport 3. Nasjonalt senter for distriktsmedisin. <https://www.nsdm.no/wp-content/uploads/2020/02/2020-NSDM-rapport-3-.pdf>

Gaski, M., Kvamme, M.F., Abelsen, B. & Nordberg, E.K.N. (2021). Utdanningsstillinger i ALIS-Vest. Delrapport 4. Nasjonalt senter for distriktsmedisin. <https://www.nsdm.no/wp-content/uploads/2021/02/2021-NSDM-rapport-4-31-januar-.pdf>



Figur 4: Kommunenes årlige merkostnader ved å tilsette ALIS 1 - ALIS 4 i fastlønnede utdanningsstillinger. Tall er beløp i kroner.



Kommunens merkostnad for ALIS 1 er beregnet for årene 2018-2020. Kostnadene har ligget på et høyt nivå, noe som i hovedsak har skyldtes en **høy driftskostnad** knyttet til ALIS i det private legekantoret¹¹ og **høye utdanningskostnader**. Det er særlig kostnader knyttet til kommunens innleie av vikar for å dekke ALIS 1 sitt fravær fra legekantoret i forbindelse med utdanningsfravær som har bidratt til høye utdanningskostnader. Det ble ikke etablert noen kollegial fraværordning for å dekke ALIS 1 sitt fravær, slik man har fått til på legekantorene hvor ALIS 2, ALIS 3 og ALIS 4 har arbeidet. I 2018 og 2019 utgjorde utdanningskostnaden rundt 21 prosent av kommunens utgifter. I 2020 utgjorde utdanningskostnaden hele 33 prosent av kommunens utgifter fordi det mot slutten av året kom inn en vikar siden ALIS 1 startet sykehusåret. **Hovedårsaken til at kommunens merkostnader ble redusert over tid, var at ALIS 1 økte sin produktivitet i takt med økt erfaring.** Siden ALIS 1 sluttet underveis i sykehusåret, er det ikke gjort beregninger for 2021.



Kommunens merkostnader for ALIS 2 er beregnet for årene 2018-2021. Merkostnadene er redusert fra et relativt høyt nivå i 2018 til nær null i 2021. Dette skyldes i hovedsak at **ALIS 2 har hatt et relativt sett moderat lønnsnivå, at listelengden har økt fra null til 800 listeinnbyggere i perioden og at produktiviteten har økt i takt med mer erfaring.** Utdanningskostnadene var lave i 2018 (4 prosent) og ble ytterligere redusert fram til 2020 (1 prosent), før de økte i 2021 (20

¹¹ Driftskostnad er ikke særlig høy for ALIS. Den er den samme for alle legene på legekantoret.

prosent) fordi ALIS 2 deler av året var i sykehusjeneste og ble erstattet med vikar på legekantoret.

ALIS 3

Kommunenes merkostnader for ALIS 3 er beregnet for perioden 2018-2020. Kostnadsbildet for ALIS 3 skiller seg fra trenden for de øvrige ALIS ved at **merkostnadene har økt over tid**. Hovedårsakene til økningen er at ALIS 3 underveis har forhandlet seg fram til et **økt fastlønnsnivå og en avtale som inkluderer bonus** (20 prosent av inntjening fra refusjoner og egenandeler) og **reduisert antall listeinnbyggere** på sin liste. Kommunen har også rapportert **økte driftskostnader** knyttet til ALIS 3 ved det kommunale legekantoret i perioden. Utdanningskostnadene er redusert fra 2018 (10 prosent) til 2020 (5 prosent) som andel av kommunens totale utgifter. Kommunen har ikke rapportert tall for 2021 siden ALIS 3 var i fødselspermisjon.

ALIS 4

Kommunens merkostnader for ALIS 4 er beregnet for perioden 2018-2021. **Merkostnadene lå på omtrent samme nivå i 2018-2020, før de gikk ned i 2021**. Hovedårsaken til at merkostnadene gikk ned i 2021, var at **listelengden økte**. Fram til da hadde ALIS 4 sitt **lønnsnivå økt, mens listelengden ikke økte før i 2020 og produktiviteten holdt seg rimelig konstant**. Kommunen rapporterte markant økte driftsutgifter knyttet til ALIS 4 i 2021. Utdanningskostnadene er redusert fra 2018 (5 prosent) til 2021 (1 prosent) som andel av kommunens totale utgifter.

4.3 Oppsummert

Kommunenes utgifter, inntekter og merkostnader knyttet til å ansette ALIS i fastlønnnet utdanningsstilling er i dette kapitlet synliggjort gjennom fire skjønsmessig valgte eksempler. Eksemplene illustrerer at det er **stor variasjon i merkostnader knyttet til den enkelte ALIS**. Dette har sammenheng med ulike forhold både ved ALIS, legekantor og kommune. Eksempelet ALIS 2 viser at det var mulig å redusere kommunens årlige merkostnader ned mot null gjennom utdanningsløpet. Dette forutsatte et moderat fastlønnsnivå, gradvis økt listelengde (fra null til 800) og økt produktivitet i takt med økt erfaring. Eksempelet ALIS 3 viser at det også var fullt mulig for kommunen å ende opp med å øke de årlige merkostnadene underveis. Dette skyldes at kommunen har vært villig til å strekke seg langt for å beholde ALIS 3 som fastlege både ved å tilby bedre lønns- og arbeidsbetingelser med lavere listetak underveis i utdanningsløpet. ALIS 2 har vært ansatt i utdanningsstilling i en større bykommune hvor det ikke er noen tradisjon for at kommunen pådrar seg merkostnader for å rekruttere og beholde fastleger. ALIS 3 har vært ansatt i utdanningsstilling i en kommune som opp gjennom årene har brukt svært mye penger i sitt strev med å rekruttere og beholde fastleger og leie inn vikarer når dette ikke har vært mulig. Kommunen har vært tydelig på at de foretrekker å investere i leger som blir værende over tid, framfor å bruke mye penger på korttidsvikarer som kommer og går. Vurderinger av kommunenes merkostnader til fastlønnede utdanningsstillinger må ses i lys av slike forhold. Helseledere i begge kommuner opplevde at investeringene i ALIS ga god avkastning.

Kommunenes merkostnader knyttet til tilsetting av ALIS i fastlønnede utdanningsstillinger er også undersøkt i pilotprosjektet ALIS-Nord¹². Her er erfaringene også at fastlønnet ALIS i utdanningsstilling representerer en merkostnad for kommunen og at variasjonsspennet i kommunale merkostnader var betydelig større enn i pilotprosjektet ALIS-Vest. Tallgrunlaget er i begge prosjektene spinkelt, og gir ikke grunnlag for å trekke bastante konklusjoner.

¹² Holte JH, Markussen TE, Olsen T. Følgestudie: ALIS-Nord Underveisnotat 2. Fafo-notat 2021:21.

5 PILOTPROSJEKTET ALIS-VEST SETT FRA ALIS-PERSPEKTIVET

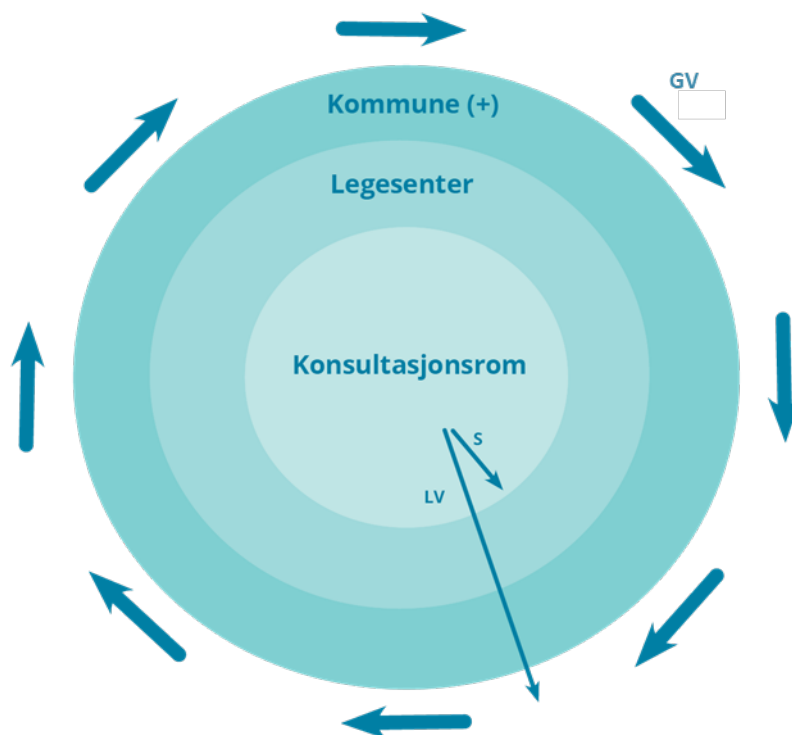
I løpet av pilotprosjektet ALIS-Vest gjennomførte vi fire intervjurunder med ALIS, til sammen 34 intervjuer. Blant disse er noen ALIS intervjuet en gang, andre to, tre eller fire ganger. Den første intervjurunden i 2017-2018 fokuserte på rekruttering, der vi undersøkte hva som trakk unge leger til ALIS-Vest-stillingene. I den andre intervjurunden i 2018 var vi opptatt av stabilisering – hva som var viktig for at ALIS skulle velge å bli værende i jobben. Den tredje intervjurunden ble gjennomført i 2019, og løftet blant annet frem refleksjoner rundt ALIS sin faglige utvikling. I 2020 gjorde vi fjerde intervjurunde, med tema som ALIS sine erfaringer med kommunale samarbeidspartnere, avtalejusteringer, samt hvorfor noen ALIS slutter. Veiledning og supervisjon var viktige tema i alle rundene.

I dette kapittelet sammenfatter vi funnene fra det samlede ALIS-intervjumaterialet.

I kapittel 3.2 har vi oppsummert hva ALIS oppga som årsaker til at de så utdanningsstillingene i pilotprosjektet ALIS-Vest som svært attraktive, nemlig **klare rammer for økonomi, arbeidstid og fritid, samt mulighet til å lære faget allmenntid gjennom et strukturert spesialiseringssopplegg**. Dette var også viktige elementer i hva som fikk dem til å bli værende. Å rekruttere og beholde leger var blant hovedmålene med prosjektet. I intervjuene med ALIS ble mange ulike aspekter belyst ved hva som skal til for å oppnå rekruttering og stabilitet. I dette kapittelet sammenfatter vi funnene fra de fire intervjurundene med ALIS.

5.1 Faget allmenntid

Den viktigste motivasjonen for å søke en utdanningsstilling var nysgjerrighet på faget allmenntid. Prosjektet ga de fleste ALIS gode rammebetingelser for å lære faget og å utvikle seg som fagperson. Gjennom de gjentatte intervjurundene vokste det fram en modell for hvordan ALIS sine fokusområder endret seg med økende kunnskap og erfaring (se Figur 5). Det første året gikk med til å **gjøre seg kjent med** listepasientene, pasientjournalene og konsultasjonssituasjonen. Noen ALIS kom til en veletablert legepraksis med gode rutiner og ryddige journaler, mens andre ALIS overtok liste og praksis som var preget av langvarig ustabil legedekning, eller de begynte i en 0-liste. Disse måtte bruke tid på å rydde i journaler og medisinlister, etablere rutiner og bygge listen og praksisen. Mange var opptatt av at kommunen og kollegene må **anerkjenne at det å være fersk innebærer at man ikke kan forvente «full produktivitet»** fra første dag, og at listelengde og arbeidsoppgaver må gjenspeile dette.



Figur 5: Fokusfelt og veiledning
 LV=Lokal veiledning, S=Supervisjon og GV= Gruppeveiledning

Når ALIS hadde fått en viss oversikt og trygghet i konsultasjonsrommet kunne **fokusfeltet utvides til å romme engasjement for legekantoret**. Flere beskrev en teamtilhørighet til legekantoret, og deltok etter hvert gjerne i internundervisning og utvikling av felles rutiner og prosedyrer. **En ytterligere utvidelse av fokusfelt kom når ALIS hadde fått oversikt over samarbeidspartnere i kommunen og på lokalsykehuset**. Etter et par år i jobben visste ALIS mer om andres kompetanse og hvilket tilbud som finnes i øvrig helsetjeneste. Det ble lettere å navigere i systemet, for eksempel i forhold til NAV. ALIS beskrev også hvordan bedre kjennskap til hjemmesykepleien ga trygghet for at pasienten kunne følges opp hjemme. Flere ALIS fortalte at **tverrsektorielt samarbeid var lettere å få til når man har kort pasientliste, har litt mer erfaring og praktiserer i små oversiktlige lokalsamfunn**. ALIS trakk også frem noen forhold som de mente fremmer tverrsektorielt samarbeid; for eksempel å gjøre seg tilgjengelig for informasjon, ha åpenhet om hva man ikke kan, og jobbe slik at flere eier problemstillingen og kan bidra til løsning selv om ansvaret tilhører legen.

I tredje intervjurunde kom det fram at ALIS, som da hadde vært i jobben i 1-1,5 år, begynte å kjenne **effekten av kontinuitet som fastlege**. Kjennskap til pasientens forventninger og

sykehistorie gjorde det lettere å planlegge konsultasjonene og timeboka. De hadde fått oversikt over pasientjournalen og erfarte hvor nyttig en ryddig journal med oppdatert medisinliste er som et godt utgangspunkt for konsultasjonen. Dette var spesielt merkbart når pasienten kom med flere problemstillinger.

Faget allmenntid medisin var en viktig motivasjonsfaktor for å søke ALIS-Vest. Mange kommenterte at selve **arbeidet som fastlege hadde innfridd forventningene** deres, både med tanke på variasjon, utfordring og mulighetene til å jobbe med pasienter som hele mennesker i den enkeltes livssituasjon, og følge dem over tid. Legevakt og andre allmenntid medisiniske oppgaver ble beskrevet som interessante avvekslinger som de fleste ønsket velkommen. ALIS opplevde fastlegejobben og fagfeltet som potensielt både stabiliserende og destabiliserende. **Autonomi i disposisjon av egen tid, påvirkning og medvirkning** ble trukket frem som verdifulle verktøy for både å håndtere og trives i fastlegejobben. ALIS beskrev en dualitet ved yrket ved at **høyt tempo og uforutsigbarhet gjorde jobben engasjerende og spennende, men at det samtidig kunne være opphav til stress og følelse av utilstrekkelighet**. Hovedinntrykket var likevel mest positivt for de fleste.

Det var unison enighet blant ALIS om at **supervisjon (S), lokal veiledning (LV) og gruppeveiledning (GV)** var av avgjørende betydning for faglig og personlig utvikling, trygghet og trivsel (se Figur 5). ALIS fortalte at **den lokale veiledningen** stort sett foregikk til faste tidspunkt, oftest individuelt og med en kollega i kommunen som er spesialist i allmenntid medisin. Tema var gjerne knyttet til pasient, og til samarbeid i legekontor og/eller samarbeid med andre tjenester i kommunen. Den lokale veiledningen kunne også omfatte avgrensning av jobb mot privatliv og fritid.

Mens den lokale veiledningen omhandlet mer generelle faglige problemstillinger knyttet til pasientkasus og diagnoser, fortalte ALIS at **den fortløpende, behovsstyrte supervisjonen** ble brukt til avklaring av avgrensede kliniske problemstillinger, gjerne med pasient til stede.

Gruppeveiledningen hadde både en faglig og en sosial betydning, som også ivaretok ALIS som person. Veiledningsgruppen ble beskrevet som et forum hvor ALIS kunne ta opp det man måtte ønske av tema. Samtlige ALIS fortalte om en stor grad av trygghet seg imellom, godt fasilitert av veilederne i gruppen. Mange la vekt på at denne gruppetilhørigheten var en viktig stabiliserende faktor for fastlegejobben. Gruppen representerte en pause og en mulighet til å reflektere rundt aspekter ved fastlegehverdagen sammen med kolleger i tilsvarende situasjon. Thorsen og Husebø¹³ fant i sin studie om kvaliteten på veiledningen i pilotprosjektet ALIS-Vest, også at ALIS oppga gruppeveiledning som den mest nyttige veiledningsformen i spesialistutdanningen.

5.2 Legekantoret som arbeidsplass

Når ALIS uttalte seg om hva som var viktig for å bli værende i stillingen, nevnte de **trivsel – særlig som et godt arbeidsmiljø, en følelse av fellesskap på jobb og et strukturert spesialiseringsløp**.

¹³ Thorsen O, Husebø D. KVALIS-studien. Kvaliteten på veiledningen i ALIS-Vest. 2022.

Legekontorene i pilotprosjektet ALIS-Vest var ulike når det gjaldt stabilitet, driftsform og størrelse. Noen var veletablerte privat eide eller kommunale legekantor med stabile leger og gode rutiner. Andre hadde hatt ustabil legedekning i lang tid og fikk en ny start med pilotprosjektet ALIS-Vest. Det var et krav for å kunne delta i prosjektet at ALIS hadde fastlegekolleger på legekantoret. De fleste ALIS opplevde et inkluderende arbeidsmiljø.

Det å kunne få hjelp når man trengte det var viktig. I intervjuene kom det frem at ALIS opplevde det **mest prekært om den daglige supervisjonen manglet** i form av manglende tilstedeværelse, eller mangel på tid, som for eksempel når ALIS måtte dele på oppmerksomheten med turnusleger og studenter.

Det å føle seg velkommen og ikke til bry var viktig for trivselen på legekantoret. Jevnlige fellesmøter mellom legene, og mellom alle på legekantoret bidro til teamfølelse og tilhørighet. Lav terskel for å dele utfordringer og spørre hverandre om råd likeså.

ALIS som jobbet ved et legekantor som ved oppstart var preget av mye ustabilitet og vikarer, kjente etter hvert behov for å sette i gang ulike tiltak for å bedre både organisering av legekantoret og det faglige så vel som det sosiale miljøet. Det å jobbe strategisk på vegne av legekantoret i møte med kommunal administrasjon, ble beskrevet som nødvendig og meningsfullt for enkelte ALIS, da det ga **mulighet til å forme arbeidsplassen på egne og på legekantorets vegne.**

Et annet viktig aspekt for ALIS var at kollegene på legekantoret og kommunen aksepterte tilrettelegging for gradvis opptrapping av ALIS' arbeidsrytme i dialog med ALIS selv, til et tempo som passet de etablerte praksisene på kontoret.

5.3 Kommunen som tilrettelegger

Hovedattraksjonene ved utdanningsstillingene i pilotprosjektet ALIS-Vest for de unge legene var fast lønn, ordnet arbeidstid som ga rom for fritid, og et strukturert utdanningsløp med veiledning. Flere ALIS nevnte det som en inspirerende tilleggsfaktor at opplegget var en **nyskaping i spesialistutdanningen av allmennleger**, og at det var spennende å være med på utformingen. Prosjektet la opp til at kommunen skulle være en aktiv tilrettelegger for ALIS i nært samarbeid mellom kommunen og ALIS.

ALIS var altså opptatt av **tryggheten fast inntekt** innebærer, samtidig som de ønsket fleksibilitet i egen arbeidshverdag. De ga uttrykk for at de **aksepterte at den fleksibiliteten de satte pris på også gikk begge veier** – mellom kolleger og mellom dem selv og kommunen. De fleste opplevde at kommunene anstrengte seg for å få til gode løsninger for ALIS, som opplevde trygghet i å være kommunalt ansatt, med tilrettelegging fra arbeidsgivers side for å dra på kurs og delta på opplæring etter eget ønske.

Arbeidsbelastningen varierte en del mellom ALIS. Listestørrelsen varierte, hovedsakelig mellom 600 og 900 pasienter. Flere fortalte at de opplevde grei arbeidsbelastning, med arbeidsdager fra ca. 08-16, og med god tid til familie og fritid, som ønsket. Dessuten hadde de **tid til å sette seg inn**

i ting og lære underveis i arbeidsdagen. Noen påpekte at kommunene må være klar over at når de ansetter en ALIS er det i utgangspunktet en lege som ikke er fullt opplært, og derfor **trenger tid og hjelp til å lære og komme inn i arbeidet**. Kommunen må derfor ikke planlegge med at de får inn en ferdig spesialist som kan være en full ressurs fra første dag.

Flere kommenterte at det å være kommunalt ansatt ga dem større mulighet til å følge opp pasientene, enten gjennom samarbeid med andre, eller ved at de satte av ekstra tid. De følte det tilfredsstillende å ha mulighet til å ta hensyn pasientens beste, uten at det betyr inntektstap.

Noen opplevde arbeidsmengden som for stor. ALIS nevnte flere årsaker til dette, som listelengde, organisering av tjenesten (for eksempel knyttet til kommunale oppgaver eller fravær) behov for å komme inn i arbeidet, eller etablere rutiner (for eksempel knyttet til føring av pasientjournal).

I et nyskapende pilotprosjekt som ALIS-Vest må veien til en viss grad bli til mens man går. Flere ALIS erfarte dette, og fortalte at de var klar over det og syntes det var interessant å være med på. Så lenge de kunne ta opp ting og visste at kommunen jobbet med å få på plass løsninger, virket det ikke som det var et problem at de måtte vente litt på at det ordnet seg.

I et par tilfeller virket det likevel som ALIS mistet motet, kanskje fordi det ble for mye som måtte ordnes opp i, eller at de ikke opplevde bedring eller hadde tro på at ting lot seg løse. Spesielt gjaldt dette forhold knyttet til manglende legeressurser, veiledning, arbeid med rutiner og arbeidsbelastning. Disse legene sa opp sine stillinger.

Arbeidsavtalene mellom ALIS og kommunene var ulike. Avtalene var stort sett utarbeidet lokalt med bakgrunn i avtaler med andre leger og standardavtaler. De fleste **hadde lagt til spesifikke ALIS-rettigheter og plikter.** Etersom ALIS hadde ordinær ansettelse i kommunene, var det mulig å forhandle og legge til rette lokalt for lønnsnivå, lengde på pasientlisten, antall timer med andre offentlige oppgaver med mer.

Lønnsnivået for ALIS varierte mye mellom de ulike kommunene. Dette var begrunnet med rekrutteringssituasjonen og lokale behov. Blant ALIS ble det en økende misnøye med lønna hos de som opplevde at de hadde stor arbeidsbyrde og lav lønn sammenlignet med andre ALIS. Noen møtte **ingen vilje fra kommunens side til å diskutere lønna** og valgte å slutte. Andre ga uttrykk for å ha opplevd **fleksibilitet fra kommunens side for å gjøre endringer i arbeidsavtalen**, noe som resulterte i bedre betingelser.

I begynnelsen av ansettelsesforholdet var ALIS opptatt av at det ikke var lagt noen klare planer for **sykehusåret**. Etter hvert virket det som at de fokuserte mest på arbeidet med pasientene på legekantoret, og flere ga uttrykk for at de ønsket å vente med institusjonstjenesten til de hadde arbeidet noen år på egen pasientliste. Blant de som startet sykehustjenesten, er det flere eksempler på at ALIS etter hvert sluttet i kommunen.

I fjerde intervjurunde var mye **fortsatt uklart om hva som skulle skje med utdanningsstillingene etter gjennomført spesialisering**. Fra enkelte ALIS ble det gitt uttrykk for usikkerhet med hensyn til hva som skjer med listen etter at spesialiseringen er ferdig.

5.4 Trivsel i lokalsamfunnet

De fleste ALIS ga uttrykk for at de hadde **søkt stillingen fordi den var knyttet til et sted eller en kommune de ønsket å bo eller jobbe i**. Flere fortalte at de hadde valgt turnussted eller første jobb på bakgrunn av anbefalinger fra kollegaer og kjente som hadde jobbet der før. Noen hadde et ønske om å komme tilbake til hjemlige trakter eller anså pendleravstanden mellom hjem og det nye arbeidsstedet som overkommelig. Flere ønsket å fortsette å bo på et sted de allerede kjente fra turnus eller tidligere jobb, mens andre valgte kommunen fordi den oppfylte ønskene til en type sted de kunne tenke seg å bo på, for eksempel et mindre samfunn omgitt av natur og med muligheter til å drive med ønskede fritidsinteresser.

Den enkelte ALIS hadde sin egen motivasjon og forventninger knyttet til å søke jobb i 'sin' kommune. De som ikke kjente stedet fra før, flyttet dit med et ønske om å prøve og se hvordan det gikk. Noen uttrykte at fem år var et litt langt perspektiv å forholde seg til, men at det ikke var umulig dersom de kom til å trives med jobben og stedet. Også de som flyttet 'hjem' eller kjente stedet fra før uttrykte et visst behov for å **«se det an»** med å bo på stedet, eller pendle. **Trivselen var både knyttet til jobb og fritid. Alle i familien til ALIS må trives på stedet, både når det gjelder jobb, skole og fritid**. Mulighet til å komme inn i det sosiale miljøet og knytte kontakter var viktig. En søken etter kontakt med sosiale arenaer og etablering av sosiale relasjoner gikk igjen i ALIS sine kommentarer til hvordan de trivdes på stedet. **En forutsetning for å knytte kontakter på fritiden var at ALIS faktisk hadde fritid (altså ikke må jobbe det meste av tiden)**. Både tilflyttere og tilbakeflyttere (de som har flyttet tilbake til sin tidligere hjemkommune eller region) gikk gjennom en **prosess med å bli kjent og etablere seg (på nytt) på stedet og i det sosiale fellesskapet**. Det virket som at de som ikke hadde med seg partner/familie til sin nye kommune, var de som var mest usikker på om de ville bli ut tiden.

6 PILOTPROSJEKTET ALIS-VEST SETT FRA KOMMUNALT HELSELEDERPERSPEKTIV

Vi har gjennomført til sammen 47 intervjuer med helseledere i fem omganger i løpet av pilotprosjektperioden. Gjennomgående tema har blant annet vært kommunenes motivasjon for å delta i pilotprosjektet ALIS-Vest, økonomien, fordeler og ulemper med kommunalt ansatt ALIS, kommunens tilretteleggingsarbeid, utforming av ALIS-avtaler, listelengde og fravær.

I dette kapittelet sammenfatter vi funnene fra det samlede helseleder-intervjumaterialet.

6.1 Hvorfor deltok kommunene i pilotprosjektet ALIS-Vest?

Vikarleger koster kommunene dyrt. Helselederne forventet at utgiftene til ALIS ville bli lavere, selv om pilotprosjektets utdanningsstillinger representerte en ny og ukjent kostnad for kommunene. Deltagelse i prosjektet krevde at kommunene selv opprettet og bar ansvaret for sine utdanningsstillinger. **Helselederne forventet at deltagelse i prosjektet ville øke muligheten til å få leger til å bli værende over tid,** og at prosjektet også ville bidra med hjelp til utdanning av legene, blant annet gjennom veiledningsgruppen.

En annen «gulrot» for kommunene var at **prosjektet ga både nettverk og kompetanse,** og bidro til å bygge forståelse blant kommunenes ledere for legers spesialistutdanning i kommunene. Nettverket og møteplassene i prosjektet ga en følelse av fellesskap hvor kommunene kunne søke støtte og råd for hvordan de kunne løse problemstillinger som dukket opp. Pilotprosjektet ALIS-Vest la også vekt på å spre kunnskap om prosjektet til andre via media, møter og konferanser. Oppmerksomheten prosjektet fikk, ga inspirasjon til alle. Pilotprosjektet ALIS-Vest ble derfor viktig for at kommunene tok ansvar for legenes utdanning.

6.2 Kommunalt ansatt ALIS på fast lønn – fordeler og utfordringer

Å tilby kommunal ansettelse i fastlønn utdanningsstilling i stedet for en hjemmel knyttet til privat næringsdrift, var et av de sentrale elementene i pilotprosjektet ALIS-Vest. **Avtalene kommunene laget med ALIS ble utformet lokalt,** med utgangspunkt i standardavtaler og avtaler kommunen hadde med andre leger fra før. De fleste kommunene la til **spesifikke ALIS-rettigheter og -plikter.** Noen skrev også inn at kommunen forpliktet seg til å legge til rette for utdanningen.

Et sentralt usikkerhetsmoment for kommunene var kostnadene, både når det gjaldt kostnader for fastlønnede utdanningsstillinger i forhold til næringsdrift og i forhold til aktivitetene knyttet til spesialistutdanningen. Blant deltakerkommunene var det i tillegg **bekymring for hvilken virkning fast lønn og ønsket om mye fritid ville ha på arbeidsinnsatsen til ALIS, og dermed på produksjonen av legetjenester.** Kommunens inntekter ville avhenge av hvor mye den enkelte ALIS tjente inn via takster og egenandeler, og utgiftene ville avhenge både av ALIS sitt lønnsnivå, eventuelle vikarer for ALIS, utdanningsvirksomheten og driftsutgifter for ALIS i legekantoret. Noen ALIS begynte på et kommunalt legekantor med en blanding av næringsdrivende leger og kommunalt ansatte leger og/eller medarbeidere. En helseleder pekte på at kommunen **egentlig ikke ønsket hybridversjoner hvor noen er fastlønnede og noen er næringsdrivende.** Alternativet

kunne være at kommunen kjøpte opp et helt kontor, og ansatte alle leger med fastlønn, men dette ville bli svært kostbart for kommunene.

Noen helseledere pekte på at en av fordelene med fastlønte fastleger, i tillegg til rekrutteringsargumentet var at **kommunen fikk en viss styringsrett** over disse legene, og det ga muligheter for å få gjort annet enn rent klinisk arbeid med pasientlista. Helseledere beskrev også hvordan de hadde opplevd **større fleksibilitet og en mer integrert legetjeneste med kommunalt ansatte ALIS og kommunalt ansatte fastleger**. I flere av kommunene som deltok i pilotprosjektet ALIS-Vest, ble kommunen og de næringsdrivende legene enige om å gå over til fast lønn og kommunal ansettelse for alle, enten ved nyansettelser eller ved at etablerte leger skiftet driftsform. **ALIS-Vest så ut til å bane vei for fastlønsstillinger i kommuner hvor man politisk hadde gått imot dette tidligere.**

6.3 Listelengde, arbeidstid og fravær

Helselederne hadde flere mulige **grep for å tilpasse arbeidsmengden til den enkelte ALIS**: lengden på pasientlisten, omfanget av de kommunale oppgavene og antall timer med veiledning. I prosjektet ble listelengder justert opp og også ned. Mange helseledere la vekt på at justering må skje basert på enighet.

Noen helseledere fulgte med på **hvor lange ventetider ALIS hadde**, og deres inntrykk var at ALIS hadde **stort fravær og lang ventetid grunnet utdanningsvirksomhet**. I en kommune anslo leder for legetjenesten at **ALIS gjennomsnittlig var borte fra kontoret en dag i uken** grunnet utdanningsvirksomhet og fri etter legevakt.

Flere av helselederne opplevde **kommunens spillerom i utforming av betingelser for ALIS som svært begrenset**. Kommunene strakk seg fordi man var malt opp i et hjørne. Til gjengjeld hadde kommunen oppnådd stabilitet i stillingen.

Utdanningstiden for ALIS i prosjektet ble anslått til fem år, med mulighet for forlengelse ved permisjoner. Bare unntaksvis ble bindingstid skrevet inn i arbeidsavtalene. Noen kommuner skrev inn i arbeidsavtalen at stillingsform etter 5 år skulle være valgfri. Andre var muntlig åpne for at ALIS og kommunen kunne forhandle frem endringer i stillingen underveis i utdanningsløpet. I senere intervjuer virket det **fortsatt ganske åpent hva som skulle skje når ALIS er ferdig med spesialiseringen**. I noen av kommunene ble det antatt at ALIS ville fortsette som fastlege i fastlønnet stilling. Flere helseledere uttrykte en forventning om at ALIS skulle gå over i næringsdrift etter endt spesialisering. I en kommune ble det sagt at ALIS har rett på fast stilling i kommunen etter spesialisering (for eksempel på sykehjem), men ikke rett til en hjemmel. I en annen kommune sa helselederen at det var en tabbe av kommunen at det ikke stod noe i avtalen om tilsetningsforhold etter spesialisering.

6.4 Tilrettelegging for utdanning og trivsel

Det var et gjennomgående tema at **de administrativt ansatte med ansvar for legetjenesten fikk mer å gjøre etter at kommunene ble med i pilotprosjektet ALIS-Vest**. I noen kommuner ble det opprettet nye administrative stillinger for å kunne følge opp kommunens leger tettere. Ønsket

om å tilby tett oppfølging av ALIS og fleksibilitet til å finne løsninger for den enkelte lege lokalt, tok tid og krevde administrative ressurser.

En viktig oppgave for lokale helseledere var å **sikre god lokal veiledning**, stort sett utført av fastleger på samme kontor som ALIS. Veilederne ble kompensert økonomisk. I noen kommuner hadde en av legene veiledningen som sin avtalefestede offentlige oppgave. Lokal veileder med arbeidssted utenfor legekantoret viste seg mindre heldig. Også **supervisjon** (den daglige ad hoc hjelpen) var viktig, og kompensasjon for dette arbeidet ble vurdert i noen kommuner.

Helselederne fortalte at **ALIS sine ulike bakgrunner ga ulike veiledningsbehov**, fordi ALIS hadde utdanningen sin fra både inn- og utland. For de fleste var stillingene en av de første etter turnus/LIS1, men spennet i erfaringsbakgrunn gikk fra manglende turnustjeneste/LIS1-tjeneste til flere års erfaring i andre spesialiteter. I prosjektet var det lagt opp til at ALIS skulle få et minimum på 2 timer planlagt veiledning per måned, med spesialist i allmenntidisin lokalt. **Noen kommuner tilpasset antallet veiledningstimer til ALIS sine behov**. Eksempelvis kunne ALIS som ikke hadde hatt LIS1-tjeneste eller som startet som vikar på en stor liste, få tilbud om 3 timer per uke. Det var også eksempler på at kommunen planla at antallet veiledningstimer skulle reduseres i takt med ALIS sin økte erfaring og forventet reduserte behov.

Ved starten av pilotprosjektet ALIS-Vest ble det lagt til rette for at alle ALIS fikk starte i samme **veiledningsgruppe** rett etter oppstart i stillingen lokalt. Denne gruppen dannet et nettverk for ALIS fra ulike kommuner, der både medisinske tema og personlige spørsmål kunne diskuteres. Denne delen av utdanningsopplegget **nevnes som svært viktig av helselederne i prosjektet**.

Sykehusåret ble av helselederne sett på som en ekstra utfordring. Mange opplevde det som uklart hvorvidt pilotprosjektet ALIS-Vest skulle være med å skaffe disse institusjonsplassene eller ikke. Tidligere har det vært vanlig at legen selv ordner seg sykehusjobb for å få institusjonstjenesten. Kommunenes tilrettelegging besto ifølge helselederne foreløpig i å **vise fleksibilitet og generelt være støttende i forhold til gjennomføring av institusjonstjenesten**. Helseledere fra enkelte av deltakerkommunene fortalte om interkommunalt samarbeid og dialog med helseforetaket.

Et annet forhold når det gjaldt helselederens arbeid med å legge til rette for spesialistutdanningen i allmenntidisin, var at de måtte **finne løsninger på personalkabalen** som skulle legges i forhold til permisjoner og fravær, pasientlister, kontorplass og arbeidsmiljø, supervisjon og veiledning. Dette var forhold som fastleger i stor grad hadde ordnet opp seg imellom tidligere.

6.5 Sluttintervjuer – oppsummering ved pilotprosjektets avslutning

I løpet av sommeren 2022 intervjuet vi helseledere i åtte av deltakerkommunene om deres tanker i slutfasen av pilotprosjektet ALIS-Vest. I løpet av femårsperioden 2017-2022 skjedde det betydelige endringer i spesialistutdanningen for allmenntidleger. Ny forskrift for spesialistutdanning ble iverksatt i 2019, og innebar blant annet økt kommunalt ansvar for å sikre gode utdanningsløp. Pilotprosjektet ALIS-Vest startet med den gamle spesialiseringsordningen, men hadde helt fra starten mange elementer som ble nasjonale med forskriftsendringen, blant annet at kommunene

tok et større ansvar for tilrettelegging for ALIS. De fleste legene i pilotprosjektet ALIS-Vest fullfører spesialistutdanningen på gammel ordning (overgangsregler), men noen av helselederne hadde i løpet av perioden også gjort seg erfaringer med ny spesialistordning.

I sluttintervjuet fokuserte vi på overgangen fra ALIS til ferdig spesialist, erfaringer med institusjonstjenesten, generelle erfaringer med ALIS-ordningen, pilotprosjektet ALIS-Vest og om kommunen som utdanningsvirksomhet. I pilotprosjekt-perioden skjedde det både kommunesammenslåinger og bytte av helseledere i mange av kommunene, men noen av helselederne vi intervjuet hadde vært med fra starten. Her følger en kort oppsummering av temaområdene.

Om progresjon i ALIS-løpet

Normert tid for spesialistutdanningen er fem år, men erfaringen viser at den som regel tar lenger tid enn planlagt. Det har mange, dels forventede årsaker, som for eksempel svangerskap og fødselspermisjoner, jobb-skifte, sykdom og andre livshendelser. En erfaring som ble nevnt av flere helseledere var at ALIS-legen var mye borte på grunn av utdanningsaktiviteter. Dette må kommunen og de andre legene ta høyde for. ALIS-ordningen og ny spesialistutdanning har foreløpig vart kort, men inntrykket var at den er mer arbeidskrevende for kommunen, og mer byråkratisk enn den gamle ordningen.

Om institusjonstjenesten

De fleste ALIS i pilotprosjektet ALIS-Vest har ordnet institusjonstjenesten selv. Det pågår arbeid i regi av det regionale ALIS Vest-kontoret for å få på plass avtaler mellom kommunene og Helse Bergen. I ny spesialiseringsordning er det et krav at registrerte utdanningsvirksomheter har en avtale med sitt helseforetak om dette. Det er lansert en portal der stillinger som er aktuelle for ALIS legges ut i – men en del går ifølge prosjektleder i ALIS-Vest enda via jungeltelegrafan.

Om overgangen fra ALIS til spesialist

I pilotprosjektet ALIS-Vest var ikke overgangen ved oppnådd ferdig spesialitet avtalefestet i utgangspunktet. Mot slutten av de fem årene hadde en del helseledere hatt samtaler med ALIS, og opplevde det som nyttig med en forventningsavklaring. Noen ville fortsette i fastlønnsstilling, andre gå over til næringsdrift. Der hvor legen ønsket å fortsette i kommunen, fortsetter de stort sett med samme liste som de har hatt i ALIS-løpet, eventuelt med en viss økning av listelengden. Dialogen rundt dette ble av helselederne beskrevet som god og konstruktiv. **De fleste kommunene lot det være opp til legen selv å bestemme videre driftsform.** Noen kommuner ga uttrykk for at de fortrinnsvis ønsket at alle legene skal være på fast lønn, mens andre kommuner foretrakk næringsdrift.

Om pilotprosjektet ALIS-Vest

Prosjektet fikk god omtale av alle helselederne. De som hadde vært med fra starten mente det ble godt rigget. **Kommunene ble invitert inn tidlig i prosessen, og de var med på å utvikle prosjektet fra starten. Man kom ikke bare trekkende med et prosjekt – de fikk være med å forme det.** Helselederen i en kommune som har hatt stabil ALIS gjennom hele prosjektperioden mente at det har vært et bra løp der alt var avtalt og dekket, kursfravær avklart osv., samt at legene har

vært fleksible og ordnet fraværdekning osv. seg imellom. En helseleder erfarte pilotprosjektet ALIS-Vest som et viktig grunnlag for utviklingen av ALIS-ordningen i Norge. Felles gruppeveiledning ble av flere nevnt som viktig. Likeså var tilbudet om veileder-opplæring og kommunenettverket nyttige.

Om regionalt ALIS-kontor

De fleste hadde **ikke hatt kontakt** med det regionale ALIS-kontoret foreløpig, men mange nevnte at det **kan bli nyttig å be om råd derfra i fremtiden**. En helseleder, som også er lege, fortalte at hen hadde **stor nytte av veilederkurset** som ble holdt av det regionale ALIS-kontoret.

Om kommunen som utdanningsvirksomhet

Til slutt i intervjuet spurte vi noen av helselederne om deres tanker rundt kommunens ansvar for spesialistutdanningen. Den nye ordningen med at kommunen skal være registrert utdanningsvirksomhet og ha ansvar for allmennlegenes spesialistutdanning har ført til mye mer arbeid for kommunen. Noen av helselederne mente at dette **systemet er for sårbart, og at ansvaret kanskje bør opp på et høyere nivå**. Et par helseledere pekte på at **ordningen har ført til en bedre struktur og bevissthet i kommunen for sikring av at legene i kommunen får nødvendig utdanning**, og at det er **bra, men arbeidskrevende**.

7 HVA SKAL TIL FOR Å LYKKES MED ET PILOTPROSJEKT SOM ALIS-VEST?

Pilotprosjektet ALIS-Vest har oppnådd noe som lokale prosjekter sjelden klarer; å danne grunnlag for en nasjonal tilskuddsordning. Pilotprosjektet ALIS-Vest ble etablert med utgangspunkt i den gamle spesialiseringsordningen. Med ny spesialiseringsordning er det i dag kommet på plass en nasjonal tilskuddsordning til dekning av utdanningskostnader rettet mot kommunene som gjelder for alle ALIS. Tilskuddsordningen må kunne sies å være sterkt inspirert av pilotprosjektet ALIS-Vest. Det er også kommet på plass regionale ALIS-kontor. Etableringen av det regionale kontoret ALIS Vest har skjedd med utgangspunkt i prosjektadministrasjonen for pilotprosjektet ALIS-Vest.

Det er ikke gjort noen systematisk kunnskapsgenerering eller eget delprosjekt for å forklare hvordan man kan lykkes på den måten. I stedet presenteres **en refleksjon basert på et innenfraperspektiv**¹⁴, fra oppstartsperioden 2015-19, og to teoretiske rammeverk 1) hvordan EU sin innovasjon- og forskningsdel nå rigger sine store samfunnsoppdrag, såkalte "Missions"¹⁵ 2) en såkalt "Realist Review" (en type målrettet kunnskapsgjennomgang) om transformering av store systemer (LST, Large System Transformation). I gjennomgangen er teori om kompleksitet anvendt.¹⁶

7.1 En kompleks tjenesteinnovasjon

Utviklingen av pilotprosjektet ALIS-Vest ble i første delrapport beskrevet som en kompleks tjenesteinnovasjon. Figuren under er hentet fra selskapet Kantega¹⁷ som har oversatt den mye brukte Cynefin¹⁸ modellen til norsk. Den viser at i en uordnet kompleks sammenheng der mennesker med selvstendige viljer er sentrale, er det ikke mulig å planlegge ut fra forhåndsdefinert "god praksis", slik det er når situasjonen er mer ordnet, men komplisert. I en kompleks setting, som pilotprosjektet ALIS-Vest, der ALIS og kommunene var aktører med selvstendige viljer, vil man måtte prøve og så lære og justere underveis ved å stadig analysere og følge opp det som fungerer.

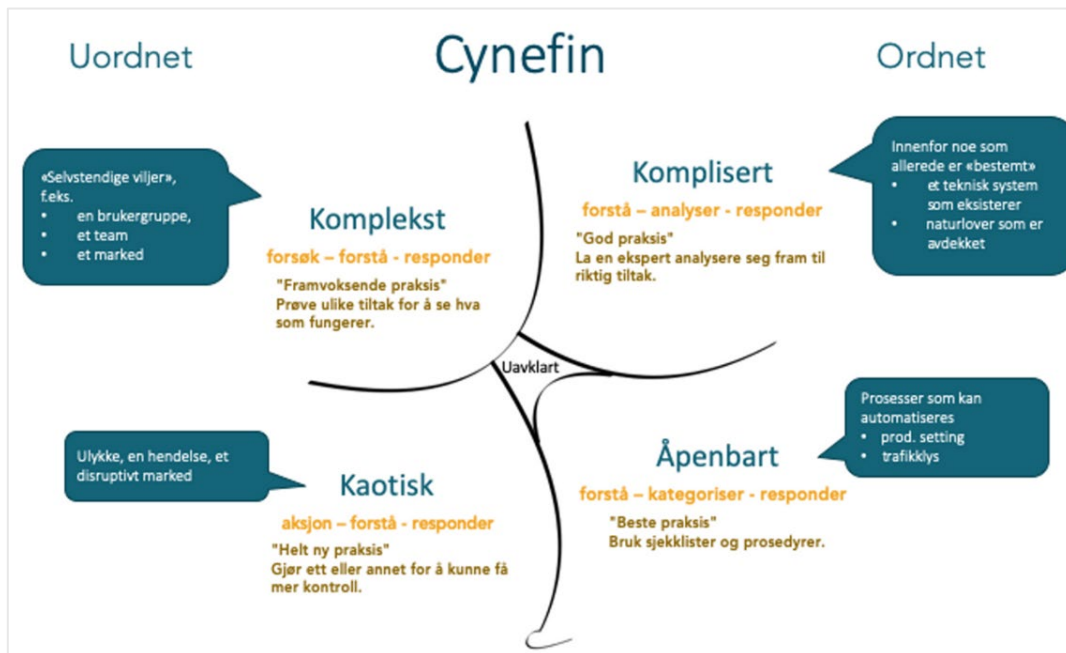
¹⁴ Dette kapitlet er skrevet av Helen Brandstorp som var med å utvikle pilotprosjektet ALIS-Vest, ledet følgeevalueringen av ALIS-Vest og var ansatt i prosjektadministrasjonen i en 20 prosent stilling de to første årene av pilotprosjektperioden.

¹⁵ https://research-and-innovation.ec.europa.eu/funding/funding-opportunities/funding-programmes-and-open-calls/horizon-europe/eu-missions-horizon-europe_en#what-are-eu-missions

¹⁶ Best A, Greenhalgh T et al. Large-systems transformation in health care: A realist review. *Milbank Q.* 2012 Sep;90(3):421-56

¹⁷ <https://www.kantega.no/blogg/komplekst-prosjekt-hva-na>

¹⁸ Cynefin er et walisisk ord for habitat.



Figur 6: Cynefin-modellen

Kilde: Kantega, <http://cognitive-edge.com/videos/cynefin-framework-introduction>

7.2 Bredt involverende, verdi- og tillitsbasert ledet utvikling

Selv om pilotprosjektet ALIS-Vest var et lite prosjekt, har det mange likhetstrekk med de nye, store EU-satsningene som kalles "Missions" (oppdrag).

- En "Mission" har **en klar retning via et konkret, tydelig og modig målbilde**.
- Dette nås via mange aktiviteter, både gjennom initiativ fra det praksisnære ("**bottom up**") og fra staten ("**top down**").
- Målene nås via **tverrfaglige aktiviteter, på tvers av sektorer** og gjennom **relasjoner på mange nivå**. Kunnskap anvendes, deles og utvikles i en bred forstand, for felles sak.
- En "Mission" beskrives som **en modig og inspirerende satsning**, viktig for svært mange.

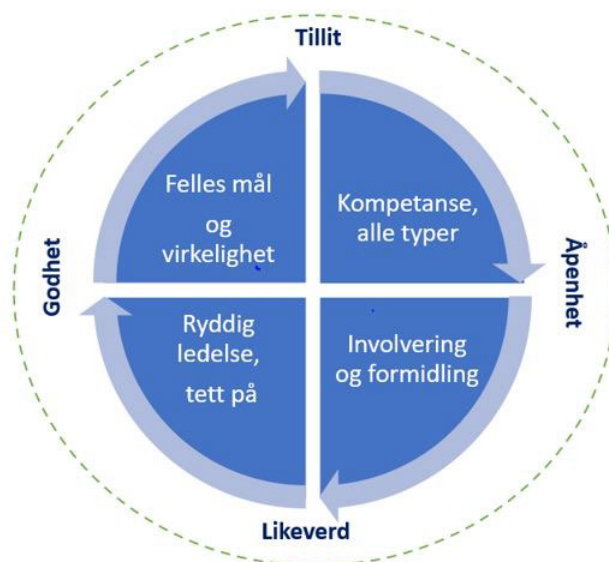
På samme måte som komplekse tjenesteinnovasjoner tar høyde for uforutsigbar utvikling, bygger også de store samfunnsoppdragene i EU på en erkennelse av at samfunnet hele tiden er i endring og søker å tilpasse seg ulike behov. **Detaljerte langtidsplaner vektlegges ikke.**

I tråd med rammeverket for transformering av store system (LST), som nevnes over, vil ulike **verdiforankrede prinsipper være samlende og styrende** i uoversiktlige, komplekse settinger, sammen med retningen som et klart målbilde kan gi. Å være tett på de som eier problemet og ta hensyn til både formell og uformell ledelse, samt stedets historie er også overførbare prinsipper fra LST-rammeverket.

I det videre vil poengene som er uthevet i teksten over, gjennomgås i relasjon til ALIS-Vest.

1. **Målbildet:** ALIS-Vest sitt mål om å rekruttere og beholde fastleger i kommunene som deltok og å utvikle noe andre kunne lære av. Rekruttering og stabilisering gjennom spesialisering var modig ettersom alle endringer i fastlegeordningen erfaringsmessig kunne gi uforutsette uheldige konsekvenser og generere motstand fra involverte parter.
2. **Ingen detaljert femårsplan:** Prosjektet hadde ikke en detaljert femårsplan, men en bredt sammensatt prosjektledelse, tett på og forankret hos politisk ledelse i vertskommunen Bergen. Deltagerne her bidro til kontinuitet ved å følge prosjektet gjennom årene. I tillegg til direktør og kontaktperson for fastlegene i Bergen kommune var lokale deler av interesseorganisasjonene KS og Legeforeningen representert, initiativtaker var med sammen med veiledningssansvarlig og til slutt en av følgeforskerne som også hadde kommunikasjon som sitt felt.
3. **En enkel modell:** Deltagerkommunenes hadde få føringer foruten å tilby ALIS fast lønn. Avtalenes innhold ble besluttet lokalt og forhandlet med de nyrekrutterte legene. Den enkle modellen var på den måten tilpasset ulike kommuner og legers behov.
4. **Verdiforankrede prinsipper:** I ALIS-Vest var den gjensidige tilliten mellom prosjektledelse og deltagerkommunene tydelig. Prosjektet var preget av åpenhet innad og utad samt en respektfull holdning om at alle gjorde så godt de kunne. Prinsippet om likeverd mellom alle involverte preget møter og gjennom vekten som ble lagt på å gi informasjon, også via media, samt mulighet for dialog. Utrygghet og skepsis ble møtt av erfarne, lyttende ledere. Igjen understrekes det at dette ikke er undersøkt eksplisitt, men det er vårt inntrykk at dette bidro til å sikre at troen og håpet om å nå målet ble holdt oppe.

Under sees en modell som søker å få frem de nevnte karakteristika ved pilotprosjektet ALIS-Vest



Figur 7: Karakteristika ved pilotprosjektet ALIS-Vest

5. **«Bottom up»:** Kommunelege Rolf Martin Tande erfarte at etter omlegging av turnuslegeordningen, tapte kommunen i den nye konkurransen om turnusleger. Noe senere undersøkelser fra NSDM har bekreftet¹⁹. LIS 1 kunne uhindret finne seg en ny stilling i det nye "resttorget" og ganske enkelt droppe å komme til kommunen de egentlig hadde fått stilling i. Tande mente det var bedre å konsentrere seg om å kunne tilby et godt opplegg for ferske fastleger – allmennleger i spesialisering (ALIS). NSDM ble kontaktet allerede vinteren 2015 og valgte å støtte initiativet basert på innsikter om stabiliseringseffekter av grep knyttet til utdanning og andre faglige aktiviteter. "Fagfolk vil ha gode fagmiljø", var et av slagordene. Det gir trygget for det amerikanske undersøkelser²⁰ har vist er viktig for legers trives: mulighet for god pasientbehandling. Spesialistutdanning, sammen med lokale forhold, er viktig for å sikre at man kan gi nettopp det. Dessuten var den blitt obligatorisk for alle fastleger.
6. **Tverrfaglig og -sektoriell forankring:** Tande samarbeidet med kolleger lokalt og NSDM våren 2015 og ideene ble drøftet høsten 2015 med andre kommuneleger, samt representanter for de som jobber med spesialistutdanning i Helsedirektoratet, lederen i Norsk forening for allmenntilleggsmedisin og KS. Tande forankret ideene hos politikere lokalt, regionalt og på Stortinget.
7. **Støtte top down:** Økonomisk støtte fra staten kom høsten 2016. Både Bergen kommune og helse- og omsorgsdepartementet forpliktet seg i et felles møte. Budskapet fra den første konferanse om fastlegeordningen tidligere den høsten, var kanskje blitt hørt: "Om ikke noe gjøres, har vi ingen fastlegeordning om fem år"²¹? Når fastlegesaken ble en del av valgkampen i 2017, året etter, var prosjektet allerede i gang.
8. **Støtte fra internasjonale erfaringer:** Pilotprosjektet ALIS-Vest fikk dessuten tryggheten fra et parallelt EU-finansiert prosjekt, Recruit and Retain²², der NSDM var norsk partner og to av prosjektets kommuner også deltok (Årdal og Odda)²³. Kunnskapsdeling på tvers med workshop og internasjonalt seminar ble strategisk plassert i Bergen.
9. **Tilknyttet etablerte ordninger:** Pilotprosjektet ALIS-Vest heftet seg på en allerede godt etablert spesialistutdanning i allmenntilleggsmedisin, en ordning som man kan hevde passer like



¹⁹ Abelsen B, Gaski M. Ny turnuslegeordning for leger. NSDM-rapport 2017 [Ny turnuslegetjeneste for leger | NSDM](#)

²⁰ Friedberg, MW et al. Factors Affecting Physician Professional Satisfaction and Their Implications for Patient Care, Health Systems, and Health Policy. Santa Monica, CA: RAND Corporation, 2013. https://www.rand.org/pubs/research_reports/RR439.html. Also available in print form.

²¹ [Frykter fastlege-kollaps innen fem år - Jobb og utdanning - Dagens Medisin](#)

²² [Recruit & Retain – Making It Work \(rrmakingitwork.eu\)](#)

²³ Abelsen B, Brandstorp H. Recruit & Retain – Making it Work. Den norske case-studien. NSDM-rapport 2019. Tromsø: Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet.

godt for by og land. Særlig ble gruppeveiledningen i denne utdanningen et sterkt bindeledd mellom de ferske allmennlegene – dog i en toppet variant. Gruppeveileder Hans Høvik inviterte til samlinger i egen stue, sørget for fellesskapsbygging på kurs og andre steder og fulgte også opp legenes lokale veiledere og kommunale ledere.

10. Samarbeid i mange retninger: Veiledningsansvarlig Høvik spilte på et mangfold av relasjoner han allerede hadde eller utviklet lokalt, regionalt og sentralt i både Legeforeningen og Helsedirektoratet. Det samme gjorde både legeforeningens og KS sin representant. Trygging og relasjonsbygging til kommunene skjedde særlig gjennom felles møteplasser og konferanser, men også mer løpende. Via åpenhet med massemedier var det mange som delte sine erfaringer – støttet av en praksisnær følgeevaluering. Alle kommuner ble besøkt av forskere fra NSDM det første året. Misforståelser og mye stilte spørsmål ble forsøkt besvart direkte, men også gjennom kronikker og deltagelse i sosiale medier.

8 OPPSUMMERING, DISKUSJON OG KONKLUSJON

Med bakgrunn i et representantforslag²⁴ fra fire senterpartipolitikere, vedtok Stortingets flertall 13. februar 2018 følgende:

«Stortinget ber regjeringen sørge for en gradvis opptrapping av antall utdanningsstillinger i allmennmedisin, der en ser på ulike modeller for å ivareta faglig støtte og sosiale rettigheter, og informere Stortinget om dette i statsbudsjettet for 2019 (Vedtak 466).

Stortinget ber regjeringen gjøre prosjektordningen med allmennlege i spesialisering (ALIS) til en nasjonal ordning der allmennleger i spesialisering sikres tilbud om fastlønn. (Vedtak 467)»

Storingsvedtakene har foreløpig ikke ført til noen nasjonal ordning der ALIS sikres tilbud om å gjennomføre spesialiseringen i utdanningsstilling med fast lønn. Det som kom på plass i 2022, er tilskuddsordningen **Nasjonal ALIS og veiledning** hvor alle kommuner kan søke tilskudd til å lage ALIS-avtale med alle sine leger som spesialiserer seg i allmennmedisin. De kan også få dekket utgifter til veiledning av legene. Den nasjonale tilskuddsordningen er i stor grad innrettet mot at ALIS skal virke som fastleger i næringsdrift, i tråd med hovedmodellen i fastlegeordningen. Vi er med andre ord fortsatt et stykke unna å nå målsettingen om utdanningsstillinger som ligger i Storingsvedtakene.

8.1 Resultater av pilotprosjektet i korte trekk

Pilotprosjektet ALIS-Vest har i perioden 2017-2022 prøvd ut fastlønnede utdanningsstillinger. Alle ALIS ble ansatt som fastleger. Alle deltok i tillegg i kommunens legevaktordning. Utdanningsstillingene har i liten grad vært strømlinjeformede. De ble formet av den lokale konteksten i de ulike deltakerkommunene.

Da pilotprosjektet ALIS-Vest ble avsluttet, var det 13 fastleger i de 16 stillingene i deltakerkommunene. Noen av disse legene var blitt ferdige spesialister i allmennmedisin, andre var fortsatt under spesialisering. Noen av legene hadde konvertert fra fastlønnet utdanningsstilling til selvstendig næringsdrift. Det var også eksempler på at legene beholdt et tilsetningsforhold og fast lønn når de konverterte fra utdanningsstilling til ordinær fastlegestilling. Legene som konverterte fra fastlønnet utdanningsstilling til næringsdrift var ferdige spesialister i allmennmedisin, mens noen av legene som konverterte fra fastlønnet utdanningsstilling til fastlønnet ordinær fastlegestilling fortsatt var under spesialisering. Flere av de 10 legene som hadde vært tilsatt i kortere eller lengre perioder i de 16 utdanningsstillingene i pilotprosjektet ALIS-Vest, men som ikke var del av prosjektet da det ble avsluttet, hadde fortsatt som fastlege i andre kommuner. Noen av dem var ferdige spesialister, mens andre fortsatt var under spesialisering i allmennmedisin.

²⁴ [Sak - stortinget.no](https://www.stortinget.no/Sak)

8.2 Hva har virket rekrutterende?

Resultatene fra pilotprosjektet ALIS-Vest tyder på at det ikke er avgjørende hvor lenge utdanningsstillingen varer. **Det viktigste synes å være muligheten en utdanningsstilling gir for å tre inn i fastlegetjenesten med klare rammer for arbeidet, som fast lønn, regulert arbeidstid, et planlagt utdanningsløp og mulighet for fritid.** Utdanningsstillingene ser ut til å ha bygget ned inngangsbarrieren til fastlegetjenesten som mange unge leger opplever.

De fleste av utdanningsstillingene i pilotprosjektet ALIS-Vest var lokalisert til en distriktskommune. **De fleste ALIS som ble tilsatt i utdanningsstillingene i distrikt hadde en stedstilknytning.** De var enten opprinnelig fra stedet, hadde egen arbeidserfaring fra stedet eller hadde kjente som hadde formidlet gode arbeidserfaringer om stedet. Stedstilknytning synes å ha gjort utdanningsstillingene ytterligere interessant for aktuelle leger.

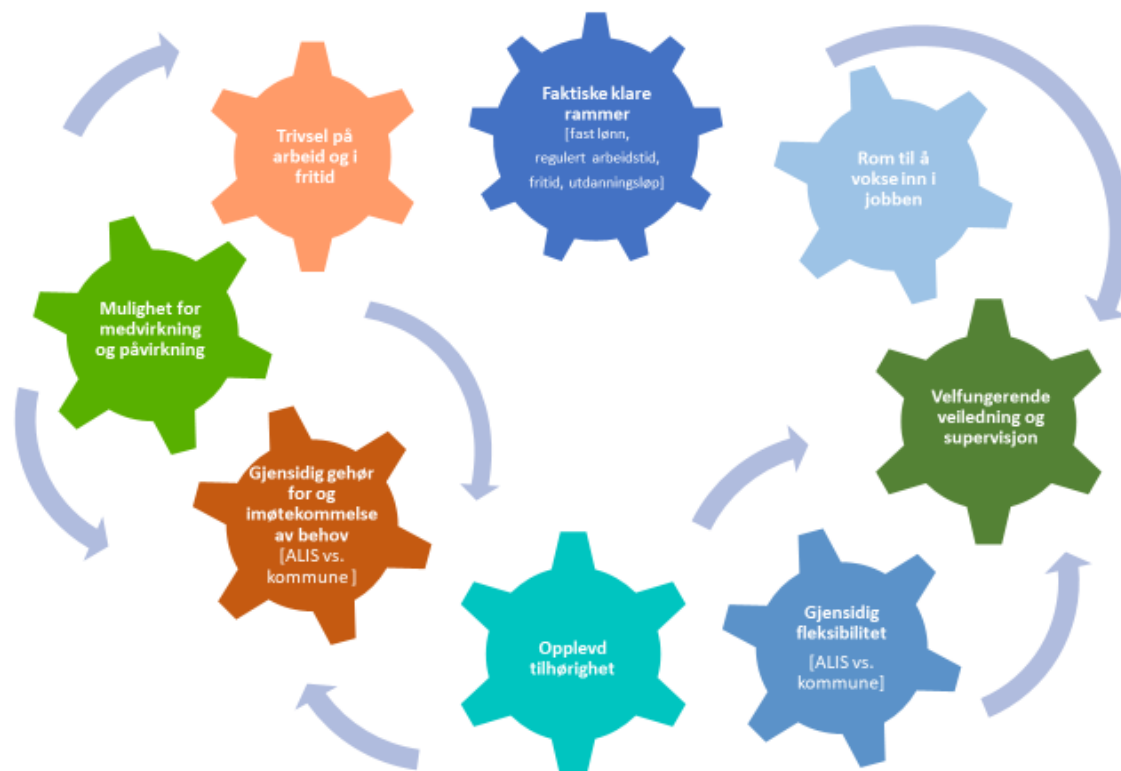
Figur 8 illustrerer de to rekrutterende faktorene som er tydelig i pilotprosjektet ALIS-Vest.



Figur 8: Faktorer som virket rekrutterende til utdanningsstilling i allmenmedisin

8.3 Hva har virket stabiliserende?

Figur 9 illustrerer de faktorene som har virket inn på ALIS sin stabilitet i utdanningsstillingene i pilotprosjektet ALIS-Vest. I det videre oppsummeres de kort:



Figur 9: Faktorer som stabiliserer ALIS

Faktiske klare rammer for ALIS sitt daglige arbeid må være på plass og fungere etter hensikten. Det betyr at arbeidet med listen som hovedregel må kunne utføres innenfor normal arbeidstid, slik at det blir rom for fritid og utdanningsaktiviteter.

Rom til å vokse inn i jobben var et gjennomgående tema i intervjuene med ALIS. Det er viktig for ALIS at både kommunen og kollegene og medarbeiderne på legekantoret anerkjenner og legger til rette for at det tar tid å gjøre seg kjent og komme inn i faget og arbeidsmåtene.

Velfungerende veiledning og supervisjon er avgjørende for å sikre ALIS god læring, trygghet og trivsel.

Gjensidig fleksibilitet mellom ALIS og kommunen, og internt på legekantoret bidrar til trivsel og vilje til å strekke seg.

Opplevd tilhørighet på legekantoret og i kommunen skjer når ALIS føler seg velkommen, for eksempel ved lav terskel for å dele utfordringer og spørre om råd, og mulighet for deltakelse i sosiale aktiviteter.

Gjensidig gehør og imøtekommelse av behov, for eksempel når ALIS har opplevd høy arbeidsbelastning som medfører behov for reduksjon av listen. Dette må kommunen ha hørsel for og være villig til å justere.

Mulighet for medvirkning og påvirkning av egen arbeidssituasjon og timebok, deltakelse i utvikling av legekantoret, tverrfaglig samarbeid.

Trivsel på arbeid og i fritid er en grunnleggende følelse som har stor betydning for om ALIS velger å bli værende.

8.4 Kommunens merkostnader ved utdanningsstillingene

En fastlønnert utdanningsstilling fjerner økonomisk risiko for ALIS ved å tre inn i fastlegetjenesten. Ved starten av pilotprosjektet ALIS-Vest representerte de fastlønnede utdanningsstillingene en ny og ukjent merkostnad for deltakerkommunene. Våre beregninger basert på fire skjønnsmessig valgte eksempler, viser at disse merkostnadene har variert relativt mye. Variasjonen skyldes kjennetegn dels ved ALIS, dels ved utformingen av den lokale fastlegetjenesten og dels ved kommunen. Merkostnadene er i liten grad problematisert i de intervjuene vi har gjort med kommunale helseledere gjennom pilotprosjektperioden. Flere av kommunene hadde ved starten av pilotprosjektet erfaring med høye kostnader og stor ustabilitet over tid knyttet til vikarbruk i sin fastlegetjeneste. De opplevde at kostnadene gikk ned og stabiliteten opp når de fikk ALIS inn i utdanningsstilling.

I løpet av pilotprosjektperioden har Helsedirektoratet etablert nasjonale tilskuddsordninger som ikke har vært tilgjengelig for utdanningsstillingene i pilotprosjektet ALIS-Vest. Det som var tilgjengelig for deltakerkommunene i pilotprosjektperioden, var et netto årlig tilskudd per utdanningsstilling på 150 000 kroner. Dagens nasjonale tilskuddsordning bidrar med langt større tilskuddsbeløp som gjør at kommunen kan søke inndekning for ALIS sine utdanningskostnader og kostnader til veiledning. Flere av deltakerkommunene har sentralitetsgrad 6²⁵ som gjør at de kvalifiserer for ekstra tilskudd. For ALIS som bygger opp lister fra bunn, slik som var tilfelle i to av våre fire eksempler, finnes det i dag også en mulighet for å få grunntilskudd i to år. Grunntilskuddet garanterer basistilskudd for 500 listeinnbyggere, for leger som har kortere liste i en listeoppbyggingsfase. **Tilgang til dagens muligheter for nasjonale tilskudd, ville redusert deltakerkommunenes merkostnader til utdanningsstillingene betraktelig.**

I våre fire skjønnsmessig valgte merkostnadseksempler, ser vi at **høye driftskostnader i fastlegekantorene er en vesentlig kostnadsdriver**. Disse kostnadene er på samme høye nivå uavhengig av om legen er erfaren eller uerfaren. Lønnsnivået i utdanningsstillingene i pilotprosjektet ALIS-Vest er bestemt lokalt. Noen av kommunene har brukt et høyt lønnsnivå som insentiv for å tiltrekke seg leger. Grunntilskuddet kan ses som et bidrag til både å dekke legenes driftskostnader og lønnsinntekt. Argumentasjonen for grunntilskuddet er først og fremst knyttet til å fjerne inngangsbarrierer til fastlegetjenesten for unge leger. Våre analyser som viser hvordan

²⁵ [Sentralitetsindeksen - SSB](#)

ALIS sine fokusområder gradvis utvides med økt erfaring, tyder på at ferske leger trenger tid til å utvikle nødvendig produktivitet for fastlegevirksomhet. De må lære seg faget allmenmedisin samtidig som de må lære seg hvordan det praktiseres. De trenger tid til å gjøre seg kjent med listeinnbyggerne, pasientjournalene og konsultasjons-situasjonen. Våre analyser viser at i tilfeller hvor ALIS overtar lister som har vært betjent av vikarer over tid, kan dette være forbundet med mye arbeid fordi det må ryddes og skapes oversikt. Når ALIS hadde fått en viss oversikt og trygghet i konsultasjonsrommet kunne fokusfeltet utvides til å romme engasjement for legekantoret. En ytterligere utvidelse av fokusfelt kommer når ALIS hadde fått oversikt over samarbeidspartnere i kommunen og på lokalsykehuset. Våre analyser viser med andre ord at **ferske leger må bygge opp sin produktivitet som fastleger over tid**. Listelengde, arbeidsoppgaver og tilgjengelig finansiering må gjenspeile dette. **For at det skal være mulig også for leger som overtar lister som er så lange at de ikke gir rett til grunntilskudd, trengs det trolig ytterligere finansiering som dekker kommunenes kostnader ved å tilby fastlønnede utdanningsstillinger.**

8.5 Varighet av en utdanningsstilling for spesialisering i allmenmedisin

I pilotprosjektet ALIS-Vest var det bestemt ved start at utdanningsstillingene skulle ha en varighet på minimum fem år. Eventuelle permisjoner i forbindelse med eksempelvis svangerskap og fødsel skulle gi tilsvarende forlengelse av arbeidsforholdet. I pilotprosjektet er det eksempel på at utdanningsstillingene har vart i fem år, at de har vart kortere tid og også at de kommer til å vare lenger enn fem år. I intervju med helselederne har ikke varigheten av utdanningsstillingen eksplisitt blitt problematisert eller adressert, utover at enkelte helseledere har snakket om at det er en stor, positiv forbedring i stabiliteten i fastlegjetjenesten om de klarer å beholde leger i kommunen i fem år. Helselederne i distriktskommunene har ikke vært opptatt av å etablere utvetydige avtaler med legene. De har satset på at veien blir til mens man går og at man finner gode løsninger underveis. Dette var tydelig i den siste intervjurunden med helselederne hvor det kom fram at det fortsatt var uavklart enkelte steder hvordan overgangen mellom utdanningsstilling til vanlig fastlegepraksis skulle foregå. Hvis fastlønnede utdanningsstillinger i allmenmedisin skal bli en nasjonal ordning, må spørsmål knyttet til varighet og overgang til vanlig fastlegepraksis avklares. Pilotprosjektet ALIS-Vest viser at i en situasjon med legemangel kan man tillate at disse spørsmålene er uavklart. I en situasjon med større konkurranse om fastlegejobber og utdanningsstillinger vil det være behov for mer forutsigbarhet knyttet til både varighet og overgang.

8.6 Konklusjon

Deltakerkommunene i pilotprosjektet ALIS-Vest må kunne sies å ha lyktes rimelig godt med å tilby leger godt strukturerte utdanningsstillinger for spesialisering i allmenmedisin.

Utdanningsstillingene har vært fastlønnet og kommunenes kostnader forbundet med dette har variert av ulike grunner. Dagens nasjonale tilskuddsordninger ville redusert kommunenes merkostnader betraktelig. Deltakerkommunene har i varierende grad lyktes med å rekruttere og stabilisere legene som har deltatt i pilotprosjektet ALIS-Vest. Følgeevalueringen viser at det er ulike faktorer som bidrar til henholdsvis rekruttering og stabilitet. For å beholde ALIS over tid, må mange faktorer virke sammen på en positiv måte. Følgeevalueringen tyder på at det ikke er

avgjørende hvor lenge utdanningsstillingen varer. Det viktigste er muligheten en utdanningsstilling gir unge leger til å tre inn i fastlegetjenesten uten økonomisk risiko, med klare rammer for arbeidet som fast lønn, regulert arbeidstid, et planlagt utdanningsløp og mulighet for fritid.

VEDLEGG 1 OVERSIKT OVER TEMA I INTERVJUENE 2017-2022

Intervju med helseledere

OKTOBER 2017-FEBRUAR 2018

- Om hvorfor kommunen ble med i pilotprosjektet ALIS-Vest, bakgrunn
- Om prosessen så langt
- Om avtalen med ALIS
- Om å delta i pilotprosjektet ALIS-VEST

AUGUST-SEPTEMBER 2018

- Hvordan det går lokalt med samarbeidet med ALIS?
Det som går godt og utfordringer?
- Hva tenker kommunen om videreansettelse etter at prosjektet er over dvs. etter 5 år?
- Andre forhold som helseleder ser har betydning for rekruttering og stabilisering?

FAKTAOPPLYSNINGER INNHENTET PER EPOST (OG TELEFON)

- Har kommunen ansatt veileder(e) i prosentstilling for å veilede ALIS?
- Hvor mye veiledning for ALIS er avtalesfestet?
- Hvor mye supervisjon for ALIS er avtalesfestet?
- Følger ALIS ny/gammel spesialiseringsordning?
- Har ALIS kommunalt legearbeid?
 - Hvor stor del av stillingen?
- Jobber ALIS på en liste som eksisterte før den første ALIS startet?
 - Hvis ja: hvem eide den før?
- Er ALIS del av en fraværsordning på legekantoret

OKTOBER-NOVEMBER 2020

- Status. Når er det planlagt at spesialistløpet er ferdig for ALIS(-ene) tilknyttet ALIS-Vest?
- Hvilken rolle spiller ALIS-Vest-prosjektet for ALIS og kommunene? (ALIS-Vest-arrangement, ressurser, kompetanse, nettverk)? Hva savnes?

- ALIS-avtalen i din kommune; om endringer over tid i betingelser eller innhold i ALIS sitt arbeid (hvem deltar i diskusjoner, hvordan er fleksibiliteten og kommunens spillerom). Gjennomføring av institusjonstjenesten – status.
- Samarbeid mellom ALIS og øvrig kommunal helse- og sosialtjeneste – sett fra kommunens side (ALIS sine andre allmennlegeoppgaver, hvilke ambisjoner har kommunen?)

JUNI-AUGUST 2022

- Er ALIS/ALIS-ene blitt ferdig spesialist? Hvis ikke, hvor mye mangler?
- Erfaringer med organisering av institusjonstjenesten?
- Planer for overgang fra ALIS til spesialist i allmennmedisin og fastlege
 - Er dette avklart og avtalt i god tid?
 - Fortsatt fast lønn eller overgang til næringsdrift?
 - Omgjøring av stillingen fra ALIS til vanlig fastlege? Listeansvar?
 - Avslutte arbeidsforholdet og ta inn ny ALIS?
 - Utfordringer?
 - Økonomiske forhold rundt overgangen?
 - Forholdet til de andre legene?
- Generelt erfaringer med ALIS-ordningen?
- Generelle erfaringer med ALIS-Vest?
- Generelle erfaringer med regionalt ALIS-kontor?

Intervju med prosjektleder for pilotprosjektet ALIS-Vest

AUGUST 2022

- Hva er etter ditt syn de viktigste erfaringene fra del 1 av ALIS-Vest prosjektet (med fastlønnede ALIS-stillinger i Vestland)?
- Hvilken kontakt har du hatt underveis med den enkelte kommune og ALIS i del 1?
- Hva er etter ditt syn de viktigste erfaringene fra del 2 av ALIS-Vest prosjektet (med ALIS på fastlønn eller i næringsdrift i Rogaland og Møre og Romsdal)?
- Hvilken kontakt har du hatt underveis med den enkelte kommune og ALIS i del 2?
- Hvordan har samspillet vært mellom tilskuddet til den enkelte ALIS fra ALIS-Vest og nasjonalt ALIS-tilskudd?
- I hvilken grad har man nådd målsettingene med ALIS-Vest?
- Generelle erfaringer med ALIS-ordningen?
- Erfaringer med overgangen fra ALIS-Vest til regionalt ALIS-kontor?
- Hvilke tanker gjør du deg om kommunens nye rolle som utdanningsvirksomhet?

Intervju med veiledere

2019

Temaer: Stabilisering og veiledning inn i en større kollegial sammenheng, kontinuitet og endring på kontoret, opp imot temaer vektlagt av ALIS; fritid, mestring, felleskap, trygghet)

Introduksjon: Om mål, praktisk gjennomføring, og ivaretagelse av konfidensialitet for personen og tredjepersoner på kontoret/ i kommunen.

- Kan du si litt om din tilknytning til stedet og kontoret?
- Hva vil du si har vært viktigst for at du har blitt værende i stillingen?

Første tema: Utfordringer med rekruttering og stabilisering før pilotprosjektet ALIS-Vest

- Hvilke utfordringer har dere hatt med å rekruttere og beholde fastleger på kontoret forut for ALIS – Vest?
 - a. Hvordan har disse utfordringene preget din arbeidshverdag?
 - b. Hvordan har de preget driften og påvirket pasientene?

Andre tema: Utdanningsstilling(e) som del av et kollegie

- Kan du kort beskrive en typisk arbeidsuke ved legekantoret der du jobber?
- Hvordan vil du sammenlikne din arbeidshverdag med andre fastlegekontor i landet?
- Har det skjedd endringer med måten du jobber på med årene?
 - Måten du tenker om jobben som fastlege?
- Jobber du annerledes etter at ALIS begynte?
 - Er det noe nytt som dere har begynt med?
- Er det noe du tenker det er spesielt viktig å holde fast ved og å formidle til en ny lege i spesialisering ved måten du jobber?
 - Om å være allmennlege?
 - Om å være fastlege på akkurat dette kontoret?
 - Og på dette stedet?
- Hva er en god eller mindre god kollega ved legekantoret?
 - Kommer du på et eksempel som kan illustrere dette?
- Finnes det sosiale møtepunkter kontoret og på fritiden, hvor ALIS deltar?
 - Felles lunsj satt opp? Internundervisning?
- Hvilke forventninger hadde du til å innføre utdanningsstilling(er)?
- Hva er ditt hovedinntrykk av innføringen av utdanningsstillinger nå?
 - Opplever du at arbeidshverdagen på kontoret er endret med innføringen?
 - Forbedringer?
 - Forverring? Belastninger?
- Hva fungerer godt med utdanningsstilling på kontoret?
 - For pasientene? ... For deg som lege? ... For kontordrifta? ...For ALIS?

- Hva opplever du har bidratt til dette?
- Hva har dette krevd av kommunen...av deg...av andre på kontoret... av ALIS?
- Eksempler på utfordringer med utdanningsstilling på kontoret?
 - Hvordan håndteres utfordringene på kontoret?
 - Hva står i veien for at evt. utfordringer blir løst?
- Hvordan fungerer det i forhold til fravær?
 - Håndterer du/ dere fravær annerledes nå enn før ALIS? (ex ift. kollegial fraværsordning?)
- Hvordan opplever du samarbeidet med kommunen omkring ALIS- Vest?
- Hvordan opplever du samarbeidet med ALIS -Vest prosjektet
- Hvilken støtte og veiledning(supervisjon) krever en ALIS lokalt/ på kontoret i det daglige?
 - Kan du kort beskrive et eksempel som kan illustrere hva supervisjon typisk innebærer?
 - Fungerer det hos dere? Hva bidrar til at det fungerer/ ikke?
 - Mottar du kompensasjon for supervisjonen? Tilstrekkelig?
 - Får du selv veiledning til veilederrollen? Hvordan opplever du dette?

Avrunding:

- Ut ifra dine erfaringer på kontoret som vi nå har snakket om, hvilke suksesskriterier kan vi trekke ut for å lykkes med stabilisering av ALIS på en god måte framover?
- Av de temaene som har vært diskutert, hvilke er du mest spent på i fortsettelsen?
- Er det noe du tenker at du vil tilføye?

Intervju med medarbeidere på legekantor

2019

Temaer: Stabilisering og tilrettelegging, kontinuitet og endring på kontoret opp imot temaer vektlagt av ALIS selv; (fritid, mestring, felleskap, trygghet).

Introduksjon: Om mål, praktisk gjennomføring, og ivaretagelse av konfidensialitet for personen og tredjepersoner på kontoret/ i kommunen.

- 2) Kan du/dere sier litt om deg/dere selv, hvor lenge du har jobbet på kontoret, og kort om din rolle i forhold til ALIS-Vest og tilrettelegging for ALIS?

Første tema: utfordringer med rekruttering og stabilisering før ALIS-Vest

- 3) Kan dere beskrive utfordringene med å få og beholde leger på kontoret forut for ALIS – Vest?
 - a. Hvordan påvirket utfordringene din/deres arbeidshverdag som helsesekretærer?
 - b. Kommer du/dere på en hendelse som kan illustrere dette?
 - c. Hvordan påvirket de driften og pasientene?
 - d. Hvordan handterte du dette?

Andre tema: Utdanningsstillingene som del av kollektiv(er)

- 1) Hvordan ville dere beskrive en typisk arbeidsuke på kontoret? -En typisk dag?
- 2) Hvordan vil du/dere beskrive arbeidsfellesskapet på kontoret?
 - a. Har dere noen eksempler, for eksempel en hendelse, som kan illustrere dette?
 - b. Hva er en god kollega ved legekontoret?
 - c. Hva er viktig for dere når det gjelder samarbeid med legene?
 - d. Kan dere si noe mer om hvorfor det er viktig?
- 3) Hva slags oppgaver/ rolle har du/ dere praktisk og sosialt når nye leger starter opp?
 - a. Hvilken støtte og hjelp krever en ALIS lokalt/ på kontoret i det daglige?
 - b. Finnes det sosiale møtepunkter på kontoret og på fritiden, hvor dere og ALIS deltar?
- 4) Ser dere tegn til endringer i hvordan arbeidsdagen – og uka fungerer etter oppstart med ALIS?
 - a. Har dere noen eksempler som kan illustrere dette?
- 5) Hvilke forventninger hadde du/dere til innføringen av utdanningsstillinger?
- 6) Hva er deres hovedinntrykk av innføringen av utdanningsstillinger nå?
 - a. Hvordan fungerer det i forhold til fravær?
 - b. Har det skjedd endringer i forhold til hvordan fravær håndteres? (ex ift. kollegial fraværsordning?) Merarbeid?
- 7) Hva fungerer godt med utdanningsstilling på kontoret?
 - a. For pasientene? ... For legen(e)? ... For dere? ... For kontordrifta?
 - b. Hva opplever dere har bidratt til dette?
 - c. Hva har dette krevd av dere, legen (e) og ALIS?
- 8) Eksempler på utfordringer med utdanningsstilling på kontoret?
 - a. Utfordringer med å integrere ALIS i kontordriften?
 - b. Utfordringer med å holde på ALIS?
 - c. Hvordan ble/blir utfordringene handtert på kontoret?
 - d. Hva står i veien for at evt. utfordringer blir løst?
- 9) Hva er et godt samarbeid med kommunen? Opplever dere dette?
 - a. Ift. andre helsetjenester, Samarbeid med administrasjon
 - b. Hvordan fungerer samarbeidet omkring ALIS- Vest?

Avrundning:

- 10) Ut ifra dine/deres erfaringer på kontorene som vi nå har snakket om, hvilke suksesskriterier kan vi trekke ut for å lykkes med å skaffe og beholde ALIS på en god måte framover?
- 11) Av de temaene som har vært diskutert, hvilke er du/dere mest spente på i fortsettelsen?
- 12) Oppsummering + Er det noe du/dere tenker at dere vil tilføye?

Intervju med ALIS

OKTOBER 2017-FEBRUAR 2018

- Hva gjør allmennlegestillingen attraktiv i utgangspunktet?
- Hva er viktig for at legen skal bli værende i stillingen eller i kommunen?

- Hvordan utformes samarbeidet i helsevesenet ellers og andre instanser i kommunen?
- Hva skjer når legen er ferdig i spesialiseringsstillingen? Hvilke avveininger gjøres av legen og kommunen på dette stadiet?
- Hvordan planlegges og gjennomføres sykehusåret?

AUGUST-SEPTEMBER 2018

Hovedspørsmålet var *Hvordan har det gått så langt og hvordan tenker ALIS nå om fremtida?* Her er eksempler fra intervjuguiden:

Er forventningene du hadde da du valgte å søke/takke ja til stillingen blitt innfridd?

- Hva er viktig for å trives i jobben og ha lyst til å fortsette på kort og lang sikt?
- Dessuten underspørsmål rundt situasjonen på intervjutidspunktene, knyttet til tematikkene arbeid, sted og fritid, og spesialiseringsløpet.

2019

Vi brukte en intervjuguide med overordnede tema som jobb, sted og person; forventninger knyttet til dette og endringer fra prosjektets start.

2020

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

Generelt

- Hvor langt er du kommet i spesialiseringen? Ny eller gammel ordning?
- Hvordan er en typisk arbeidsuke for deg?
- Hvordan vil du beskrive innholdet i jobben din?
 - Faglig
 - Pasientlisten din
 - Utover pasientlisten
- Arbeidsavtale, er det gjort noen endringer siden du begynte? Eksempelvis listelengde, kommunale oppgaver e.l.?

Tverrfaglig samarbeid som fastlege

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

- Kan du beskrive et konkret møte fra tverrfaglig samarbeid, gjerne som fant sted nylig.
Med utgangspunkt i dette:
Hvilke forventninger til tverrfaglig samarbeid tror du det stilles av deg i denne situasjonen?
Av samarbeidsaktører?
Av kommune?
Av pasienter?
Hvilke forventninger hadde du selv til din deltakelse?
Hvordan jobber du med å nå disse?
I aktuelle situasjon
Generelt

Generelt:

- Kan du beskrive din rolle i møte med annet kommunalt helsepersonell?
 - Har din rolleforståelse endret seg fra du startet til i dag og hvordan?
- F.eks. å ta regien; være proaktiv
- Hvis du ser tilbake på da du begynte i jobben frem til i dag, hvilke endringer kan du identifisere hos deg selv som fastlege, da særlig i tverrfaglig sammenheng?
- Har du mulighet til å påvirke rammene for tverrfaglighet i kommunen?
 - Hva ville du endret og hvorfor?
- Tverrfaglighet – har det noen innvirkning på stabilitet i fastlegejobben for deg?
- På hvilken måte blir du eller de andre fastlegene involvert i kommunens planer for helsetjenesten?

Sykehusåret / institusjon

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

2020 SLUTTINTERVJU

- Overordnet tema: Med utgangspunkt i rammeverket Recruit & Retain skal jeg forsøke å identifisere faktorer hos den enkelte ALIS knyttet til rekruttering, stabilisering og destabilisering.
- Når startet du og hvor lenge var du i prosjektstillingen?
- Hva gjorde at du søkte på ALIS-stillingen?
- Hva hadde stedet/geografien å si for deg?
- Alene eller med partner/familie?
- Hvilke rammebetingelser fikk du?
- Fagfeltet allmenntidmedisin?

- Hvilke forventninger hadde du til selve jobben?
 - Allmennt medisinsk klinikk
- Spesialiseringsløpet, tilrettelegging og praktisk gjennomføring
- Kommunehelsetjenesten, din rolle og dine forventninger
- Kolleger og medarbeiderne på kontoret
- Hvilke forventninger hadde du til stedet?
 - Sosialt
 - Natur
 - Annet?
- Hvordan var en typisk arbeidsdag for deg som ALIS i ALIS Vest?
 - Tidsbruk, type oppgaver, samarbeid med kontoret for øvrig
- Teamtilhørighet?
- Faglig – mestring?
- Kommunale oppgaver? Legevakt?
- Oppsigelse – når begynte du å tenke på det?
 - Hva var årsaken(e)?
 - Tok du kontakt med arbeidsgiver eller andre for å drøfte alternativer?
- Hva kunne ha vært gjort annerledes for at du hadde blitt værende?
- Hva ville du rådet kommunen til i fbm med rekruttere ny ALIS?
- Hva jobber du med i dag?
- Annet?

VEDLEGG 2 ØKONOMIRAPPORTERING

SKJEMA FOR ØKONOMIRAPPORTERING ALIS-VEST FOR 2021 (Likt skjema for 2018, 2019 og 2020)

KJENNETEGN OG KOMMUNENS UTGIFTER OG INNTEKTER KNYTTET TIL DEN ENKELTE ALIS

NB! Det er viktig at data rapporteres om den enkelte ALIS i tabellen under.

| | ALIS 1 | ALIS 2 | ALIS 3 |
|--|--------------------|--------------------|--------------------|
| Kjønn | | | |
| Startdato i stillingen | | | |
| Sluttdato (hvis sluttet i 2021) | | | |
| Legekantor | | | |
| Listelengde per 1.1.2021 | | | |
| Listelengde per 31.12.2021 | | | |
| Prosent annet allmennmedisinsk legearbeid per 1.1.2021 | | | |
| Prosent annet allmennmedisinsk legearbeid per 31.12.2021 | | | |
| UTGIFTER I 2021 | Oppgi beløp | Oppgi beløp | Oppgi beløp |
| Lønn og sosiale utgifter | | | |
| Bonusutbetaling av inntjening til ALIS | | | |
| Drift av legekantor (knyttet til ALIS), inkl. lokaler, hjelpepersonell, utstyr | | | |
| Kursavgifter (ALIS) | | | |
| Reise- og oppholdsutgifter (ALIS) | | | |
| Vikarutgifter ved ALIS fravær | | | |
| Lønn/honorar til veileder for ALIS | | | |
| Praksiskompensasjon til veileder | | | |
| Reise- og oppholdsutgifter for veileder | | | |
| Vikarutgifter for å dekke veileders fravær | | | |
| Lønn/honorar til supervisjon av ALIS | | | |
| Utgift til ALIS-VEST | | | |
| Utgifter til kommunens deltagelse i ALIS-VEST, arbeidstid, reiser etc. | | | |
| INNTEKTER I 2021 | | | |
| Basistilskudd | | | |
| Egenandeler | | | |
| Refusjon fra HELFO | | | |
| Tilskudd fra ALIS-VEST | | | |
| Andre inntekter | | | |

VEDLEGG 3 KOMMUNENS UTGIFTER, INNTEKTER OOG MERUTGIFTER

Beregninger av kommunenes utgifter, inntekter og merutgifter for ALIS 1 – ALIS 4 i 2018-2021. Basert på tall rapportert fra kommunene (se skjema i vedlegg 2).

| ALIS1 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|--|------------------|------------------|------------------|--|
| Lønn og sosiale utgifter | 948 000 | 879 000 | 605 100 | Sykehusår fra 1.9.2020. Sluttet underveis. Kommunen tilsatte ny ALIS med samme betingelser, men fikk ikke ALIS-tilskudd fra pilotprosjektet ALIS Vest. |
| (Stillingsandel) | (80%) | (80%) | (80%) | |
| Driftsutgifter | 756 000 | 792 000 | 800 000 | |
| Utdanningsutgifter | 477 000 | 443 100 | 676 914 | |
| Totale utgifter | 2 181 000 | 2 114 100 | 2 082 000 | |
| Basistilskudd, refusjoner og egenandeler | 901 000 | 1 062 800 | 1 121 460 | |
| ALIS-Vest tilskudd | 150 000 | 150 000 | 150 000 | |
| Totale inntekter | 1 051 000 | 1 212 800 | 1 271 500 | |
| Merkostnad | 1 130 000 | 901 300 | 810 500 | |

| ALIS2 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|--|------------------|------------------|------------------|------------------|
| Lønn og sosiale utgifter | 918 000 | 893 000 | 765 649 | 556 038 |
| (Stillingsprosent) | (100%) | (95%) | (80%) | (80%) |
| Driftsutgifter | 507 000 | 554 965 | 563 004 | 583 004 |
| Utdanningsutgifter | 66 000 | 39 600 | 7 433 | 277 597 |
| Totale utgifter | 1 491 000 | 1 487 600 | 1 336 100 | 1 416 600 |
| Basistilskudd, refusjoner og egenandeler | 582 000 | 917 301 | 1 013 799 | 1 227 671 |
| ALIS-Vest tilskudd | 150 000 | 150 000 | 150 000 | 150 000 |
| Totale inntekter | 732 000 | 1 067 300 | 1 163 800 | 1 377 700 |
| Merkostnad | 759 000 | 420 300 | 172 300 | 38 900 |

| ALIS3 | 2018 | 2019 | 2020 |
|--|------------------|------------------|------------------|
| Lønn og sosiale utgifter | 1 065 000 | 1 267 000 | 1 294 400 |
| (Stillingsprosent) | (95%) | (95%) | (10%) |
| Driftsutgifter | 539 000 | 615 500 | 700 000 |
| Utdanningsutgifter | 170 000 | 143 400 | 112 000 |
| Totale utgifter | 1 774 000 | 2 025 900 | 2 106 400 |
| Basistilskudd, refusjoner og egenandeler | 1 188 000 | 1 308 000 | 1 110 700 |
| ALIS-Vest tilskudd | 150 000 | 150 000 | 150 000 |
| Totale inntekter | 1 338 000 | 1 458 000 | 1 260 700 |
| Merkostnad | 436 000 | 567 900 | 845 700 |

| ALIS4 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|--|------------------|------------------|------------------|------------------|
| Lønn og sosiale utgifter | 763 000 | 763 000 | 1 027 000 | 1 065 800 |
| (Stillingsprosent) | (35%) | (35%) | (20%) | (20%) |
| Driftsutgifter | 375 000 | 375 000 | 350 000 | 500 000 |
| Utdanningsutgifter | 53 000 | 31 500 | 40 000 | 22 000 |
| Totale utgifter | 1 191 000 | 1 169 500 | 1 417 000 | 1 587 800 |
| Basistilskudd, utjamningstilskudd, refusjoner og egenandeler | 602 000 | 617 500 | 837 800 | 1 197 400 |
| ALIS-Vest tilskudd | 150 000 | 150 000 | 150 000 | 150 000 |
| Totale inntekter | 752 000 | 767 500 | 987 800 | 1 347 400 |
| Merkostnad | 439 000 | 402 000 | 429 200 | 240 400 |

Etableringsutgifter

For å etablere ALIS 1 kjøpte kommunen en liste fra en privat næringsdrivende fastlege som kostet 250 000 kroner og fastlegens eierandel i legekantoret hvor listen er plassert som kostet 200 000 kroner. For å etablere ALIS 3 kjøpte kommunen en liste fra en privat næringsdrivende fastlege for 360 000 kroner. Denne ble koblet sammen med en

kommunalt eid liste og delt i tre ulike lister. ALIS 3 fikk en av disse listene, mens de to øvrige ble fordelt til andre ALIS ved legekantoret. Splitting i tre lister gjør at vi regner en etableringsutgift for kommunen for ALIS 3 sin liste på 120 000 kroner. ALIS 2 og ALIS 4 sine 0-lister representerer ingen etableringsutgift for kommunen.

Det er ikke helt innlysende hvordan kommunens etableringsutgifter skal behandles i merkostnadsregnestykkene. I en privat bedrift ville utgiften blitt ført i balansen som en verdi. Kommuner fører ikke balanseregnskap. De fører utgifter når de oppstår. Det er imidlertid ikke rimelig å betrakte dette som en utgift, men som en verdi som er lik kostprisen ved kjøpstidspunktet. Det vil etter hvert vise seg hvordan denne verdien utvikler seg. Hvis listen (og eierandelen i legekantoret for ALIS 1 sitt tilfelle) taper seg i verdi, vil det være rimelig å føre dette som ALIS-utgifter. Hvis listen (og eierandelen) stiger i verdi, er den med på å redusere ALIS-utgiftene. Hvorvidt verdien reduseres, stiger eller holder seg konstant, vet man ikke før listen omsettes i markedet (eller nedskrives). Dette er altså en potensiell ALIS-kostnad som ikke er helt tydelig før den endelig har oppstått. Vi synliggjør etableringsutgiftene her, men har holdt dem utenfor merkostnadsregnestykkene.