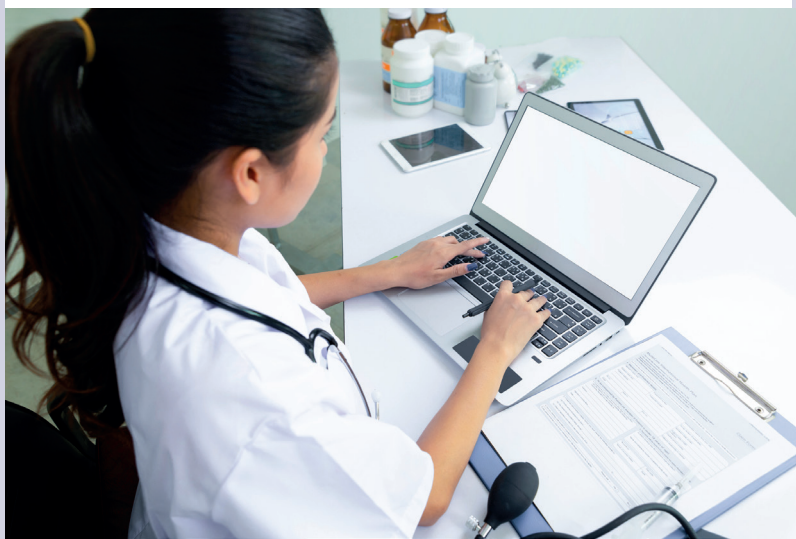


Jon Helgheim Holte

Følgestudie: ALIS-Nord Underveisnotat



Fafo-notat
2020:10

Jon Helgheim Holte

Følgstudie: ALIS-Nord. Underveisnotat

Fafo-notat 2020:10

Fafo-notat 2020:10

© Fafo 2020

ISSN 0804-5135

Omslagsfoto iStock Rat0007

Forskningsprosjekt om spesialistutdanningen i allmenntidning

I 2017 og 2019 ble de nasjonale kravene til spesialistutdanning for leger i allmenntidning (ALIS) endret. Omleggingen av spesialistutdanningen gir kommunen en ny rolle ved at den i større grad enn tidligere tilskriver kommunene et ansvar for å legge til rette for at fastleger og andre leger i kommunale kliniske stillinger under spesialisering i allmenntidning kan oppnå læringsmålene og gjennomføre utdanningsløpet.

For å utvikle kunnskap om hvordan kommunene kan ivareta sin nye rolle som utdanningsvirksomhet på best mulige måter, følger vi utviklingen og erfaringer med ALIS-ordninger i et utvalg av kommuner fram til utgangen av 2022. Vi ser blant annet på organisering og arbeidsmåter som kommunene utvikler. Vi er spesielt opptatt av å forstå hvordan ALIS-ordningene virker inn på rekruttering, stabilitet, kvalitet og økonomi. Prosjektet gjennomføres av Fafo i samarbeid med Nasjonalt senter for distriktsmedisin og Agenda Kaupang. Studien gjennomføres på oppdrag fra KS.

Underveis i prosjektperioden vil det bli publisert en serie med notater fra de ulike delstudiene. Resultatene fra de ulike delstudiene sammenfattes i en avsluttende rapport. Dette arbeidsnotatet er del av denne serien.

Oversikt over relevante lover, forskrifter, rapporter og nettsteder

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsedirektoratets nettside om spesialistutdanning i allmenntidning: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/autorisasjon-og-spesialistutdanning/spesialistutdanning-for-leger/allmenntidning>
- Spesialistforskriften: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-12-08-1482>
- Lovverk/rundskriv spesialistforskriften: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/autorisasjon-og-spesialistutdanning/spesialistutdanning-for-leger/artikler/spesialistforskriften>
- Rammeavtalen ASA 4310 og kommunelegeavtalen SFS 4305: <https://www.ks.no/fagomrader/lonn-og-tariff/legeavtaler/>
- Handlingsplan for allmenntidningstjenesten: <https://www.regjeringen.no/contentassets/96f6581333ee48559cdabf23c8772294/handlingsplan-for-allmenntidning.pdf>
- Evaluering av fastlegeordningen 2019: <https://www.regjeringen.no/contentassets/7cd212bf5f0642c1a5d0d480f0923e6d/evaluering-av-fastlegeordningen---slutt-rapport-fra-ey-og-vista-analyse.pdf>
- Rapport om finansiering av fastlegeordningen: <https://www.ipsos.com/nb-no/ny-rapport-variasjoner-i-finansiering-av-fastlegeordningen>

Innhold

| | |
|---|-----------|
| Innhold | 4 |
| Forord..... | 5 |
| Sammendrag..... | 6 |
| 1 Om ALIS-Nord..... | 9 |
| 1.1 Systemnivå – mer rettet mot kommunene enn den enkelte ALIS..... | 9 |
| 1.2 Ny modell for spesialistutdanning..... | 10 |
| 1.3 Tilnærming for å nå målene – forutsetter aktive kommuner | 10 |
| 1.4 Organisasjon og finansiering..... | 10 |
| 1.5 Kommunene i ALIS-Nord-prosjektet..... | 11 |
| 1.6 Næring og fastlønn | 12 |
| 2 Metode | 14 |
| 2.1 Metode og datagrunnlag..... | 14 |
| 3 ALIS-Nord-stillingene – driftsform, lokal kontekst og innhold | 16 |
| 3.1 Driftsform..... | 16 |
| 3.2 Lokal kontekst og organisering..... | 18 |
| 3.3 Innhold i ALIS sitt arbeid | 22 |
| 3.4 Om ALIS-Nord-legene | 24 |
| 4 Erfaringer i ALIS-kommunene..... | 26 |
| 4.1 Hvorfor har kommunene ønsket å bli med i prosjektet?..... | 26 |
| 4.2 Rekruttering til ALIS-Nord-stillingene | 26 |
| 4.3 Tilrettelegging for spesialistutdanningen i allmenntillegging etter ny modell | 34 |
| 4.4 Vurdering av deltakelse i ALIS-Nord | 41 |
| 5 ALIS sine erfaringer | 43 |
| 5.1 Motivasjon for å begynne i ALIS-Nord-stillingen | 43 |
| 5.2 Preferanser for driftsform | 46 |
| 5.3 Spesialistutdanningen i allmenntillegging | 48 |
| 5.4 Vurdering av ALIS-Nord | 52 |
| 5.5 Videre karriereplaner..... | 52 |

Forord

I dette notatet presenteres resultatene fra den første delstudien av ALIS-Nord-prosjektet. Takk til alle informantene som har tatt seg tid til å stille til intervju eller svare på survey. Takk også til prosjektleder i ALIS-Nord Svein Steinert for godt samarbeid. Terje Olsen, forskningsleder ved Fafo, har bistått med innspill og kommentarer underveis i hele prosessen, fra utvikling av intervjuguider/survey til ferdigstilling av notatet – takk for det.

Oslo, august 2020
Jon Helgheim Holte, forsker ved Fafo

Sammendrag

Som en del av forskningsprosjektet om spesialistutdanningen i allmennmedisin skal vi følge, dokumentere og trekke lærdommer fra utviklingen av ALIS-Nord fram til 2022. ALIS-Nord er et femårig prosjekt for å styrke fastlegeordningen i Nord-Norge. Kommunene som deltar i prosjektet, mottar tilskudd til én eller to ALIS-stillinger. Totalt er det innvilget tilskudd til 32 stillinger fordelt på 25 kommuner. Bakgrunnen for forskningsprosjektet er kort omtalt på side 3 i dette notatet. ALIS-Nord-prosjektet beskrives nærmere i kapittel 1.

I dette notatet presenteres resultatene fra den første delstudien av ALIS-Nord-prosjektet. Studien er hovedsakelig basert på kvalitative intervjuer med ALIS og helseledere og en survey som ble sendt til alle kommunene som deltar i ALIS-Nord. Se nærmere beskrivelse av metode i kapittel 2.

I denne omgangen har vi vært særlig opptatt av å dokumentere og forstå hvordan prosessen med rekruttering til ALIS-Nord-stillingene har fungert. Dette belyses både fra helseledernes og fra ALIS sitt perspektiv. Videre har vi undersøkt hvordan helselederne legger til rette for spesialistutdanningen i allmennmedisin, og hvordan ALIS opplever at dette fungerer. Deres erfaringer med den nye modellen for spesialistutdanning i allmennmedisin er et sentralt tema. Vi har også undersøkt hvordan helselederne og ALIS vurderer at ALIS-Nord-prosjektet fungerer.

I det følgende gis det en kort oppsummering av hovedresultatene fra studien.

Vanskelig å rekruttere til næringsdriftstillinger. ALIS-Nord prosjektet har som mål å utvikle utdanningsstillingsmodeller for både næring og fastlønn. I utgangspunktet ble det lagt opp til en 50/50-fordeling mellom fastlønn- og næringsdriftstillinger i prosjektet. Resultatene fra surveyen viser at det kun var inngått avtale om næringsdrift for seks av de 26 ALIS-Nord-stillingene som var bemannet i mars 2020. I intervjuene gir helseledere uttrykk for at det er utfordrende å rekruttere unge leger til næringsdrift, og flere har sett seg nødt til å inngå avtale om fastlønn selv om de egentlig ønsket å delta i prosjektet med næringsdrift. ALIS peker selv på tre hovedgrunner til at de foretrekker fastlønn framfor næringsdrift:

- 1 De ønsker ikke å binde seg til stillingen, siden de fortsatt er usikre på om de skal bli fastlege og/eller er usikre på om de ønsker å bli værende i kommunen på lengre sikt.
- 2 De ønsker å konsentrere seg om det faglige framfor å styre med administrasjon og økonomi.
- 3 De ønsker trygderettighetene som følger med kommunal ansettelse.

Det skal understrekes at enkelte ALIS fortsatt ønsker næringsdrift.

I notatet peker vi på at overgangsavtaler, med overgang fra fastlønn til næring etter en stund, kanskje vil kunne fungere som en løsning for å opprettholde næringsdriftsmodellen i kommuner som sliter med å rekruttere til næringsdrift. Om det faktisk er lettere å rekruttere unge leger til overgangsavtaler, må testes ut i praksis.

Helselederne og ALIS savner en tydeligere «oppskrift» for den nye modellen for spesialistutdanning i allmennmedisin. I intervjuene kommer det fram at mange

av helselederne har oppfattet det som utfordrende å finne ut hvordan de skal tilpasse seg den nye modellen for spesialistutdanning i allmennmedisin. Flere etterlyser tydeligere retningslinjer og instruks fra sentralt hold. I intervjuene med ALIS er det flere som framhever at de synes læringsmålene i den nye utdanningsmodellen er diffuse. De er usikre på hva de må gjøre for å oppnå læringsmålene, og ikke minst hvordan de skal dokumentere dette. Det er tydelig at ukklarheten knyttet til læringsmål, samt utfordringer med å dokumentere oppnådde læringsmål i det digitale verktøyet Dossier, har skapt en del frustrasjon. Mange understreker at læringsmålene bør konkretiseres i større grad. Samtidig er det flere som gir uttrykk for at de begynner å finne ut av dette nå, og at de først og fremst opplever at det handler om oppstartsvansker.

Tilgang til kurs for veiledere kritisk punkt. I intervjuene med både ALIS og helselederne er det mange som framhever at veilederne trenger mer opplæring og kurs i hvordan de skal ivareta veilederansvaret etter ny modell. Noen viser til at tilgjengeligheten av kurstilbud ikke er bra nok per i dag. Det blir også pekt på at helselederne og ALIS selv trenger mer kurs og opplæring om hvordan de skal ivareta sine roller i den nye modellen for spesialistutdanning i allmennmedisin.

Vurdering av kommunens rolle som tilrettelegger for spesialistutdanningen. I intervjuene gir de fleste ALIS uttrykk for at de hovedsakelig er fornøyd med opplegget for spesialistutdanningen i kommunen og oppstarten mer generelt. De er stort sett fornøyd med tilbudet om individuell veiledning og viser til at det fungerer greit med kurs. Noen ønsker at arbeidsbelastningen reduseres noe. Men det er få som sier at arbeidspresset per i dag er uoverkommelig, og flere har en forståelse av at de i så måte er skjermet for den situasjonen mange fastleger står i nå. Det er ganske få som har begynt å tenke på institusjonstjenesten. Noen ALIS viser til at de savner individuelle utdanningsplaner. Frustrasjonen knyttet til at læringsmålene er diffuse, og at det er uklart hvordan LIS3 skal gjennomføres (se avsnitt ovenfor), blir ikke primært rettet mot kommunen, men i større grad mot nasjonale myndigheter som har rullet ut et nytt system i stor skala før innholdet er ordentlig på plass.

Eksempler på konkrete tiltak for å legge til rette for gode utdanningsløp. Kommunene som deltar i ALIS-Nord, har lokalt utviklet ulike løsninger for å tilrettelegge for spesialistutdanningen, som de opplever at fungerer bra, for eksempel har de opprettet administrative stillinger for utdanningen og satt av ekstra ressurser til veiledning. Dette beskrives nærmere i notatet.

Økonomi. I denne omgangen har vi ikke kartlagt kostnadene for spesialistutdanningen. Det vil vi se nærmere på i neste runde. Likevel har økonomi blitt løftet fram som et tema av de fleste helselederne vi har intervjuet. Flere framhever at kommunene bruker mer ressurser på spesialistutdanningen nå enn tidligere.

Behov for regionalt samarbeid om spesialistutdanningen for allmennmedisin. Resultatene fra intervjuene med helselederne, samt det at mange kommuner ønsket å delta i ALIS-Nord-prosjektet (halvparten av kommunene i Nord-Norge søkte om å delta), viser at man i kommunene opplever at det er behov for regionalt samarbeid om å utvikle modeller for spesialistutdanningen i allmennmedisin.

Samlet vurdering av ALIS-Nord-prosjektet. Resultatene fra surveyen viser at de fleste helselederne generelt opplever at deltakelsen i ALIS-Nord-prosjektet er nyttig for deres kommune. Dette blir langt på vei bekreftet i intervjuene med et utvalg helseledere. På den mer kritiske siden er det flere helseledere som etterlyser mer aktiv

oppfølging og informasjonsdeling fra prosjektet, og enkelte kommuner mener at prosjektet i større grad burde ha blitt innrettet mot ALIS-Nord-legene. Videre i prosjektet blir det trolig viktig for partene å avklare roller og forventninger seg imellom. I intervjuene kommer det fram at flere ALIS har et distansert forhold til ALIS-Nord-prosjektet, og at de ikke helt har forstått hva deltakelsen i prosjektet innebærer.

1 Om ALIS-Nord

ALIS-Nord er et femårig prosjekt for å styrke fastlegeordningen i Nord-Norge, med Bodø kommune som prosjekteier. Prosjektet har som mål å (www.alis-nord.no)

- sikre **rekruttering og stabilitet** i fastlegestillinger og -hjemler i nordnorske kommuner
- utvikle **utdanningsstillingsmodeller** for nordnorske forhold som passer for både fastlønn og næringsdrift
- sikre at nye fastleger får et **kvalitetssikret og effektivt spesialiseringsløp i allmennmedisin**, herunder sikre tilrettelegging, forutsigbarhet og fleksibilitet knyttet til oppnåelse av læringsmål i spesialisthelsetjenesten
- utvikle **kommunenes rolle og kompetanse som tilrettelegger** for legers spesialistutdanning i allmennmedisin og gjøre dem mer attraktive som arbeidsgivere
- **generere kunnskap** som myndigheter, andre kommuner og helseforetak kan nyttiggjøre seg

1.1 Systemnivå – mer rettet mot kommunene enn den enkelte ALIS

Kommunene som deltar i prosjektet, mottar tilskudd til én eller to ALIS-stillinger (200 000 kr per år for hver stilling). Totalt er det innvilget tilskudd til 32 stillinger fordelt over 25 kommuner. Det sikrer at alle kommunene som deltar i prosjektet, har minst én ALIS som ligger noenlunde likt i utdanningsløpet. I utgangspunktet ble det lagt opp til at alle ALIS skulle ansettes i 2019, og at de som noen av de første i landet skal følge ny ordning for spesialistutdanning i allmennmedisin. Tildelingen av tilskuddsmidler til spesifikke stillinger skaper samtidig en forpliktende relasjon mellom prosjektledelsen og deltakerkommunene. Det medfører for eksempel at kommunene skal rapportere og inngå i dialog og samarbeid med prosjektledelsen om oppfølgingen av disse stillingene.

Selv om prosjektet er sentrert rundt de 32 ALIS-Nord-stillingene, understreker prosjektlederen at de i ALIS-Nord er opptatt av å jobbe på systemnivå. Framfor å utvikle unike ALIS-Nord-stillinger, med særegne vilkår og støttefunksjoner eksklusivt forbeholdt de ALIS som deltar i prosjektet, ønsker de å bidra til at kommunene utvikler gode systemer for utdanningsløp, som gjelder for alle ALIS. I prosjektet legger man stor vekt på at systemene og løsningene som utvikles, skal kunne opprettholdes etter at prosjektfasen er over. Derfor har det i utgangspunktet ikke blitt lagt opp til at ALIS som inngår i prosjektet (de 32 ALIS-Nord-stillingene), skal tilbys særskilt oppfølging, eller at det skal etableres egne strukturer for utdanningsløp gjennom prosjektet, for eksempel egne veiledningsgrupper eller kurs for ALIS-Nord-legene. På dette området skiller ALIS-Nord-prosjektet seg fra søskenprosjektet ALIS-Vest i retning av å være mer systemorientert og i noe mindre grad direkte rettet mot de ALIS som inngår i prosjektet. Som vi kommer tilbake til i kapittel 4 og kapittel 5, er det noen kommuner og ALIS som kunne ønske at prosjektet i større grad var rettet mot ALIS.

1.2 Ny modell for spesialistutdanning

ALIS-Nord-legene skal gjennomføre spesialistutdanningen i henhold til den nye modellen for spesialistutdanning i allmennmedisin. Omleggingen av spesialistutdanningen tildeler kommunene en ny rolle ved at det i større grad enn tidligere er kommunens ansvar å legge til rette for at fastleger og andre leger i kommunale, kliniske stillinger under spesialisering i allmennmedisin kan oppnå læringsmålene og gjennomføre utdanningsløpet.¹ Hvordan kommunene kan ivareta sin nye rolle som utdanningsvirksomhet på en mest mulig hensiktsmessig måte, blir altså en sentral problemstilling i dette prosjektet.

1.3 Tilnærming for å nå målene – forutsetter aktive kommuner

ALIS-Nord-prosjektet har til hensikt å bidra til systemutvikling ved å bistå kommune med *råd og veiledning* (for eksempel utforming av utdanningsplaner, avtaler om driftsform m.m.) og ved å sikre *informasjonsdeling* (sikre at kommunene i prosjektet kan lære av hverandre).

Prosjektet forutsetter at kommunene er aktive og selv tar initiativ til å utvikle system for utdanningsløpene. Framfor å være ovenfrastyrt, ved at ALIS-prosjektet innfører standardiserte planer og utdanningsmodeller («one size fits all»-løsninger), er intensjonen at prosjektkoordinatorene primært skal bidra med å støtte opp under kommunenes lokale arbeid med å utvikle løsninger, det vil si «bottom up» til forskjell fra «top down». Prosjektledelsen opplever at utfordringene og den lokale konteksten i kommunene som inngår i prosjektet, er for forskjellige til at det gir god mening å utvikle standardiserte løsninger for hvordan kommunene skal tilrettelegge for gode utdanningsløp. Det gjelder særlig for grunnleggende forhold knyttet til organisering og finansiering av utdanningen. For mer spesifikke ting, for eksempel registrering av læringsmål i Dossier, vil prosjektet tilby mer generelle råd og veiledning. På sikt, etter hvert som kommunene erfarer hvordan ulike løsninger og modeller fungerer, kan det bli aktuelt å utvikle mer generelle råd og anbefalinger for ulike *typer* kommuner (små/store, næring/fastlønn). Prosjektledelsen anser at det er svært viktig at planene forankres og drives fram lokalt slik at kommunene får et «eierskap» til dette, framfor at det gjøres forsøk på å tvinge den enkelte kommune til å adoptere sentralt utviklede planer.

1.4 Organisasjon og finansiering

Prosjektet er finansiert av Helsedirektoratet med støtte fra fylkesmennene i Nord-Norge og med en egenandel fra deltakerkommunene. ALIS-Nord er organisert med en prosjektleder i full stilling og en prosjektmedarbeider i 30 prosent stilling i hver av de fire helseforetaksområdene i Nord-Norge (Finnmark, UNN, Nordland og Helgeland).

Prosjektleder ble ansatt 1. januar 2019. Prosjektmedarbeiderne ble med unntak for Helgeland ansatt i september 2019. Prosjektmedarbeiderstillingen på Helgeland har vært utlyst flere ganger, men er foreløpig ikke bemannet, og inntil videre fungerer prosjektleder som koordinator for dette området.

¹ Se nærmere beskrivelse og aktuelle lenker her: <https://www.ks.no/fagomrader/helse-og-omsorg/fastleger/spesialistutdanning-i-allmennmedisin/>

Det er etablert en styringsgruppe med representanter fra Helse-Nord, KS, Legeforeningen, NSDM² og en representant fra kommunene i hver av de fire helseforetaksområdene. Styringsgruppen, som ledes av helseleder i Bodø, avholdt første møte 16. januar 2019 og har siden avholdt jevnlig møter.

1.5 Kommunene i ALIS-Nord-prosjektet

I februar 2019 ble det sendt informasjon og invitasjon til alle kommuner i Nord-Norge om deltakelse i ALIS-Nord. Det var stor interesse for å delta, og ved søknadsfristens utløp 1. april 2019 hadde ALIS-Nord mottatt 35 søknader fra til sammen 45 kommuner i Nord-Norge.³ Det betyr at om lag halvparten av kommunene i Nord-Norge søkte om å delta (45 av 87). Befolkningen i søknadskommunene utgjør 75 prosent av landsdelens innbyggere.

Innenfor rammene av prosjektet var det ikke rom for å inkludere alle kommunene som søkte om å delta. Følgende kriterier ble lagt til grunn i vurderingen av søknadene:

- Seks kommuner (kommunegrupper) bør rekrutteres fra hvert helseforetaksområde.
- De utvalgte kommunene bør til sammen være representative for fastlegeordningen i Nord-Norge.
- ALIS-Nord bør rekruttere tilstrekkelig mange kommuner som ønsker å utprøve «ALIS-næring» for å bidra til utvikling av hovedmodellen i fastlegeordningen i tråd med oppdraget fra HOD.
- Kommuner som har avtale om – eller planlegger – interkommunalt samarbeid om utvikling av legetjenester, bør prioriteres.
- ALIS-Nord bør ha med kommuner som inngår i forvaltningsområdet for samisk språk.
- ALIS i prosjektet bør ikke være ansatt eller allerede ha inngått avtale med kommunen før 1. januar 2019.
- Ingen kommune bør få støtte til mer enn to ALIS i prosjektet.
- ALIS bør gjennomføre spesialistutdanning i allmennmedisin etter ny modell i spesialistforskriften.
- Søknaden bør inneholde de mest sentrale opplysningene som det ble spurt om i invitasjonsbrevet. Det viktigste for den enkelte ALIS:
 - egen pasientliste
 - eget kontor
 - gode rammer for daglig supervisjon
 - garanti for strukturert veiledning tre timer per måned 10,5 måneder per år
 - rimelig vaktbelastning
 - bakvakt på legevakt

Av de totalt 35 søknadene om å bli med i prosjektet ble 25 innvilget. Se oversikt over kommunene i tabell 1.1.

² NSDM har observatørstatus i styringsgruppa.

³ Flere kommuner per søknad skyldes som oftest sammenslåing med virkning 1.1.2020. I tillegg har noen kommuner søkt som samarbeidende kommuner. Se nærmere informasjon om rekruttering og vilkår for valg av kommuner i rapporten *Fastlegetjenesten i Nord-Norge, Status, utfordringer og forslag til tiltak, kapittel 12*: <https://www.nsdm.no/wp-content/uploads/2019/09/Rapport-om-fastlegetjenesten-i-Nord-Norge.-Status-utfordringer-og-forslag-til-tiltak-002-2.pdf>

Tabell 1.1 Oversikt over ALIS-Nord-kommunene

| ALIS-Nord-kommunene | |
|------------------------|------------------|
| Finnmark | Helgeland |
| Tana | Sømna |
| Karasjok | Brønnøy |
| Vadsø | Vega |
| Alta | Dønna |
| Hammerfest | Vefsn |
| Sør-Varanger | Rana |
| UNN | Nordland |
| Tromsø | Beiarn |
| Senja | Steigen |
| Målselv | Hamarøy |
| Bardu | Øksnes |
| Harstad | Vestvågøy |
| Narvik | Bodø |
| Nye Tjeldsund + Evenes | |

1.6 Næring og fastlønn

I ALIS-Nord-prosjektet har man ønsket å teste ut næring og fastlønn. Det ble framhevet som et sentralt element i søknaden som Bodø kommune, i samarbeid med NSDM, utviklet for å få bevilget støtte til prosjektet. På dette punktet skiller ALIS-Nord seg fra ALIS-Vest som bare benytter fastlønn.

Flertallet av søkerkommunene ønsket å utprøve en ny modell med ALIS-fastlønn. For å sikre en best mulig balanse mellom fastlønn og næring ble derfor flere av kommunene som ønsket ALIS-næring, prioritert med å få støtte til to stillinger. Det er hovedsakelig de relativt store kommunene, med tradisjon for næringsdrift, som ønsket ALIS-næring, men også noen mellomstore kommuner ønsker denne modellen.

I utgangspunktet ble det innvilget støtte til 17 fastlønnsstillinger og 15 næringsstillinger. Prosjektledelsen utformet en skisse til en mulig modell for næringsstillingene, men det ble ikke gitt detaljerte føringer eller stilt krav til vilkårene for stillingene. Det ble heller ikke gitt nærmere føringer for vilkårene for fastlønnsstillingene. Som vi kommer tilbake til i kapittel 3, er det stor variasjon i hvordan stillingene er innrettet, og det er altså ikke slik at vilkårene for alle *ALIS-Nord-næringsstillingene* er identiske, og det er heller ikke slik at vilkårene for alle *ALIS-Nord-fastlønnsstillingene* er like. I prosjektet har det vært et ønske om å teste ulike varianter av fastlønn og næring.

Selv om det i utgangspunktet, ved tildeling av tilskudd, ble gitt en tydelig føring på om kommunene skulle inngå avtale om fastlønn eller næring for ALIS-Nord-stillingene, har det ikke blitt stilt et ufravikelig krav om driftsform. På grunnlag av søknadene og kjennskap til lokale forhold vurderte prosjektledelsen det som rimelig sikkert at kommunene ville ende opp med å inngå avtale om fastlønn for de 17 fastlønnsstillingene. For de 15 næringsstillingene var det større grad av usikkerhet. I flere kommuner ga helseledere uttrykk for at det kunne bli utfordrende å rekruttere ALIS

til næring, siden de har opplevd at det generelt har vært vanskelig å rekruttere fastleger til næring særlig de senere årene, men – slik prosjektledelsen oppfattet det – gikk alle kommunene som fikk tildelt støtte til næring, inn i prosjektet med et genuint ønske om å rekruttere ALIS til næring.

vi valgte 17 stillinger som ville bli fastlønn, og 15 stillinger som kunne bli næring (prosjektleder ALIS-Nord)

Som vi kommer tilbake til i kapittel 4, har flere kommuner slitt med å rekruttere ALIS til næringsstillingene, og noen av stillingene har blitt gjort om til fastlønn. I denne rapporten vil vi legge stor vekt på å forstå prosessen rundt dette.

2 Metode

For å dokumentere og trekke lærdommer fra utviklingen av ALIS-Nord-prosjektet vil vi følge det fram til utgangen av 2022. Underveis i prosjektperioden vil vi gjennomføre intervjuer med et bredt spekter av aktører, som ser utdanningsstillingene fra ulike perspektiver, herunder ALIS, kommunale helseledere, ledere ved helseforetak, veiledere og helsekretærer ved legekantorene.

Følgestudien av ALIS-Nord inngår, som nevnt innledningsvis, som en del av et større prosjekt om spesialistutdanningen for allmennmedisin. Hensikten er å framskaffe kunnskap om hvordan kommunene kan ivareta sin nye rolle som utdanningsvirksomhet på en best mulig måte. Særlig er vi opptatt av å forstå hvordan ulike ALIS-ordninger virker inn på *rekruttering, stabilitet, kvalitet og økonomi*. I den første delstudien for ALIS-Nord har vi vært særlig opptatt av å dokumentere og forstå hvordan prosessen med *rekruttering* til ALIS-Nord-stillingene har fungert.

2.1 Metode og datagrunnlag

Dette notatet er hovedsakelig basert på kvalitative intervjuer med ALIS og helseledere og en survey sendt til kommunale helseledere. I tillegg har vi hatt nær dialog med prosjektledelsen.

Intervjuer med ALIS

I den første intervjurunden med ALIS har vi vært spesielt opptatt av å undersøke og prøve å forstå hvilke faktorer som har påvirket deres jobbvalg: Hvorfor har de søkt og takket ja til å begynne i ALIS-Nord-stillingen? Hvilke preferanser har de for driftsform? Vi har også undersøkt hvordan oppstarten har fungert, generelt og særlig med hensyn til opplegget for spesialistutdanningen, og hvilke planer de har for videre karriere.

I denne runden har vi intervjuet ti ALIS i perioden desember 2019–januar 2020. Ett intervju ble gjennomført over Skype. De øvrige intervjuene ble gjennomført per telefon. Intervjuene ble tatt opp. I etterkant ble intervjuene delvis transkribert. Kontaktopplysningene ble framskaffet gjennom prosjektledelsen i ALIS-Nord.

Survey

For å kartlegge den lokale konteksten og vilkårene for ALIS-Nord-stillingene gjennomførte vi en elektronisk survey. Surveyen ble utarbeidet av Fafo, NSDM og prosjektledelsen i ALIS-Nord i fellesskap. Bakgrunnen for dette var at vi ikke ønsket å belaste kommunene med både en intern rapport til ALIS-Nord og en annen rapport til Fafo.

Surveyen ble utarbeidet og gjennomført ved hjelp av programmet Research Studio fra QuenchTec. Invitasjonen til undersøkelsen ble sendt til kommunene i en e-post 11. februar 2020. Ved svarfristens utløp (1. mars) hadde vi mottatt svar fra 18 av 25 kommuner. Etter flere purringer per e-post og telefon fastsatte vi siste frist for rapportering til 15. mars. Det ga følgende resultat:

- 24 av 25 kommuner har svart.
- 18 kommuner oppgir at de har fått innvilget tilskudd til én ALIS-Nord-stilling.
- 6 kommuner oppgir at de har fått innvilget tilskudd til to ALIS-Nord-stillinger.
- 1 kommune som ikke har svart, har fått tilskudd til to ALIS-Nord-stillinger.

Totalt har vi altså mottatt svar om status for 30 av 32 ALIS-Nord-stillinger.

Beskrivelsen av ALIS-Nord-stillingene i dette notatet (kapittel 3) er basert på resultatene fra surveyen, som gir et øyeblikksbilde av status i mars 2020. Vi er kjent med at det har skjedd endringer i mellomrommet mellom surveyen og utgivelsen av denne rapporten. Noen ALIS har sluttet, og noen ALIS har blitt ansatt. Dette kommer vi tilbake til i senere rapporter.

Intervjuer med kommunale helseledere

I den første intervjurunden med helseledere har vi undersøkt hvordan de opplever at prosessen med rekruttering til ALIS-Nord-stillingene har fungert, hva de gjør for å legge til rette for spesialistutdanningen (generelt og særlig knyttet til ALIS-Nord-stillingene), og hvordan de opplever at deltakelsen i ALIS-Nord-prosjektet har fungert. Spesielt har vi vært opptatt av å forstå hvorfor en del kommuner har hatt utfordringer med å rekruttere til ALIS-næring.

Vi har intervjuet syv helseledere fordelt over alle helseforetaksområdene og har prioritert å inkludere kommuner som i utgangspunktet var tildelt støtte til næringsstillinger. Disse kommunene er typisk større og har en mer sentral beliggenhet enn kommuner med fastlønn. I neste runde vil vi inkludere flere mindre kommuner med fastlønn. Intervjuene ble gjennomført i perioden juni–august 2020. De fleste intervjuene ble gjennomført over Teams.

3 ALIS-Nord-stillingene – driftsform, lokal kontekst og innhold

Kommunene som deltar i ALIS-Nord, har hatt stor frihet til å bestemme hvordan stillingene skal innrettes og tilpasses lokale behov. Som beskrevet i kapittel 1, bestemmer de vilkårene for fastlønn og næring (for eksempel lønnsnivå for fastlønn eller om de skal tilby etableringstilskudd, forhøyet basistilskudd eller annen form for subsidiering av næringsstilling), og de har det siste ordet når det gjelder valg av type driftsform (næring eller fastlønn). Den lokale konteksten og organiseringen (størrelsen på legekantoret, driftsform og kompetanse for de øvrige legene ved kontoret, listetype, organisering av veiledning og supervisjon) og innholdet i ALIS-Nord-legen sitt arbeid (omfang av kommunale oppgaver og legevakt) vil også kunne variere både på tvers av kommuner og internt i kommunene med to ALIS-Nord-stillinger. Disse forholdene kan ha betydning for rekruttering og stabilitet samt hvordan ulike tiltak for å legge til rette for spesialistutdanningen i allmenntidisin virker, og hvilke tilretteleggingsbehov de ulike kommunene har.

I dette kapitlet beskrives vilkårene, organiseringen og den lokale konteksten for de 26 ALIS-Nord-stillingene som det var inngått avtale om på tidspunktet for surveyen. Se nærmere beskrivelse av surveyen i kapittel 2.

3.1 Driftsform

Tabell 3.1 viser driftsform for de 26 ALIS-Nord-stillingene som kommunene hadde inngått avtale om på tidspunktet for surveyen. Den vanligste varianten er fastlønn med bonus. Vi har ingen detaljert oversikt over hvordan bonusordningene er innrettet, men vårt inntrykk (basert på kommunens kommentarer i surveyen og intervjuene med ALIS) er at de fleste mottar 20 prosent av egenandel og takst (Helfo-refusjonen). Det er bare inngått avtale om næringsdrift for om lag en fjerdedel av stillingene (seks stillinger). Dette er oppsiktsvekkende lavt, gitt målsettingen om å få til en god blanding mellom nærings- og fastlønnsstillinger. Vi kommer nærmere tilbake til hvorfor flere kommuner har slitt med å rekruttere ALIS til næring, i kapittel 4 og 5.

Tabell 3.1 Driftsform for ALIS-Nord-stillingene

| | N |
|--|----------|
| Fastlønn med bonus (tillegg av en viss andel av egenandeler og/eller HELFO-refusjon) | 13 |
| Fastlønn uten bonus | 7 |
| Næringsdrift – legen holder både lokaler, utstyr og hjelpepersonell selv | 4 |
| Næringsdrift – med kommunal leieavtale for lokaler, utstyr og/eller personell | 2 |

Vilkårene for fastlønn varierer

Gjennomsnittlig bruttoårslønn for fastlønnstillingene er 925 600 kr med variasjon i spennet mellom 626 000 og 1 400 000. Eventuell bonus og legevakt kommer på toppen av dette. Grunnlønnen for de som har bonus, er lavere enn for de som har ren fastlønn (894 000 vs. 984 300).

Vilkårene for næring varierer

Det er stor variasjon i vilkårene for de seks næringsstillingene. Se tabell 3.2.

Tabell 3.2 Mottar ALIS-Nord-legene noen av de følgende formene for økonomisk støtte? [etableringstilskudd, etableringslån, forhøyet basistilskudd, redusert månedsleie] [eventuelt appendiks]

| | Organisasjonsform | Forhøyet basistilskudd | Etableringstilskudd | Redusert månedsleie av lokaler, utstyr, hjelpepersonell e.l. (8.2-avtaler) | Annet |
|-------------------|--|--|---------------------|--|--|
| Kommune A | | | | | |
| Stilling 1 | Legen holder både lokaler, utstyr og hjelpepersonell selv | 4000,- ekstra hver måned tilsvarende forsterket basistilskudd for 800 pasienter | 500 000 | - | - |
| Stilling 2 | Legen holder både lokaler, utstyr og hjelpepersonell selv | 4000,- ekstra hver måned tilsvarende forsterket basistilskudd for 800 pasienter | 500 000 | - | - |
| Kommune B | | | | | |
| Stilling 3 | Kommunal leieavtale for lokaler, utstyr og/eller personell | - | - | - | Ekstra veiledning og utdanningspakke |
| Kommune C* | | | | | |
| Stilling 4 | Kommunal leieavtale for lokaler, utstyr og/eller personell | Forhøyet basistilskudd (dvs. ALIS mottar et per capita tilskudd som overstiger den gjeldende normalsatsen på 499 kr pe | - | Ja. (Kommunen går inn som partner på legekontoret, og legen bidrar med «egenbetaling» på 25 000 til driften. Øvrige utgifter tar kommunen, men de beholder basistilskuddet.) | |
| Kommune C | | | | | |
| Stilling 5 | Legen holder både lokaler, utstyr og hjelpepersonell selv | - | - | - | ALIS-legen fikk tilbud fra kommunen om støtte for å kunne kjøpe seg inn i legesenteret, men ønsker heller å leie i utgangspunktet. Hun fikk også overført 600 pasienter fra annen lege ved senteret. |
| Kommune D | | | | | |
| Stilling 6 | Legen holder både lokaler, utstyr og hjelpepersonell selv | Basistilskudd for 900 pas. selv om listen er 800 | - | - | - |

*Kommunen har fått tildelt støtte til næringsstillinger, men har konvertert en av stillingene til fastlønn på grunn av utfordringer med rekruttering, og legen som har inngått avtale om næring, arbeider nå midlertidig på fastlønn.

Hvor attraktive stillingene er rent økonomisk, kan ikke uten videre leses ut av tabellen. Det vil avhenge av flere andre forhold, for eksempel kostnader ved å ta over fastlegeliste i kommunen (prisen er klart høyest i kommunen som tilbyr etableringstilskudd) og antall innbyggere som følger med på listen ved oppstart, men i intervjuene med ALIS kommer det tydelig fram at legene selv oppfatter at det stor forskjell mellom stillingene. Se nærmere omtale av dette i kapittel 5.

Støtte til utdanning

For alle de 26 stillingene oppgir kommunenes helseledere at de bidrar med å dekke ALIS-Nord-legens utdanningsutgifter (ut over det som dekkes av legeforeningens Utdanningsfond II). Mange kommuner oppgir at de tilbyr permisjon med lønn. Nedenfor følger noen eksempler på helseledernes utdypende kommentar om andre former for støtte.

«Alle leger i kommunen får kr. 3.500.- pr lege inntil 5 kursdager pr. år. ALIS får ytterligere 5 dager pr år.»

«Kommunen har etablert utdanningsfond for de som gjennomfører spesialisering i privat drift. De får dekt utgifter for kurs som ikke dekkes av fond II, samt praksiskompensasjon for sitt fravær inntil 200.000 per lege.»

«Fri m/lønn for kursing 10 dager pr år. |Dekning av reiseutgifter (Legeföreningen dekker som regel kursavgift)»

«Listelengden er lavere enn hos andre fastleger i kommunen, og ingen kommunale oppgaver knyttet til hjemmelen. Vurderes som gjennomførbart å kunne kombinere listeansvar med videreutdanning»

«Er fleksible, men ikke noen spesielle ordninger»

Noen kommuner påpeker også at de bidrar til å subsidiere utdanningen ved at de dekker kostnader for veiledning og supervisjon.

3.2 Lokal kontekst og organisering

Listetype

Alle ALIS-Nord-legene arbeider med egne listeinnbyggere, og med unntak for fire ALIS som startet med å bygge opp listen fra «scratch» (såkalt nulliste), har legene fått tildelt innbyggere ved oppstart (se tabell 3.3). Den gjennomsnittlige listelengden ved oppstart var 732 innbyggere med variasjon fra 341 til 1091 (se figur 3.1). De fleste kommunene oppgir at de har satt et listetak for ALIS-Nord-stillingene: Det gjelder for 20 stillinger, for to stillinger er det uklart, og for fire stillinger er det ikke satt noe listetak. Det gjennomsnittlige listetaket på tidspunktet for surveyen var 780 innbyggere med variasjon fra 600 opp til 1100. Flere kommuner påpeker at listetaket ikke ligger helt fast, og at det vil vurderes underveis, eller at det skal justeres opp når ALIS får mer erfaring.

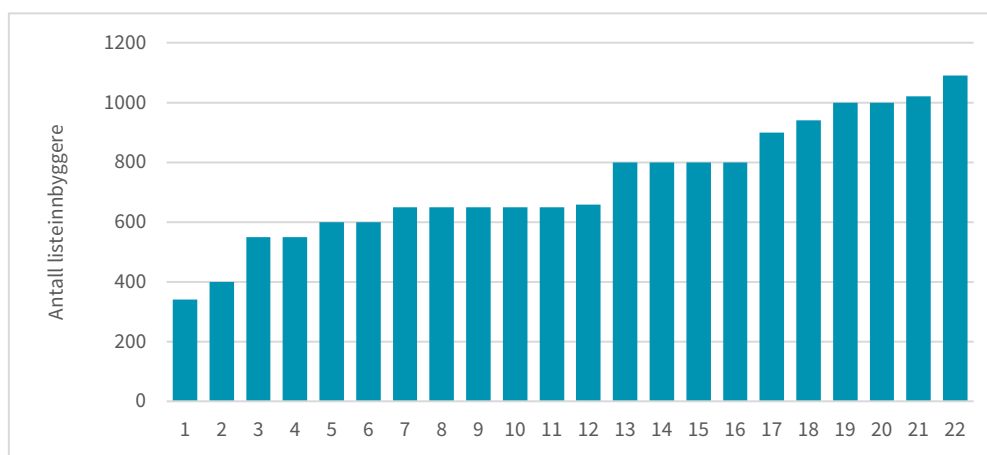
For fire av stillingene har kommunen kompensert tidligere hjemmelshaver for opparbeidet praksis («kjøpt innbyggerlisten»), og for to av praksisene har ALIS selv kompensert tidligere hjemmelshaver. I surveyen oppgir helselederen i en kommune med to ALIS-Nord-stillinger at de har betalt henholdsvis 155 000 kr og 185 000 kr for praksisene.

Tabell 3.3 Listetype

| Har ALIS-Nord-legen fått tildelt en egen fastlege-hjemmel/pasientliste? | N |
|---|----|
| Ja – tatt over kommunalt eid pasientliste | 10 |
| Ja – tatt over liste fra en privat fastlege | 9 |
| Ja – det er opprettet en nullliste | 4 |
| Ja – nyopprettet hjemmel/stilling med pasienter* | 3 |

*(Eksempel: Det har blitt opprettet to stillinger på grunnlag av pasientlisten til avtroppende fastlege, flere fastleger har ønsket å redusere listelengden, og overskuddet av pasienter har blitt overført til en nyopprettet hjemmel e.l.)

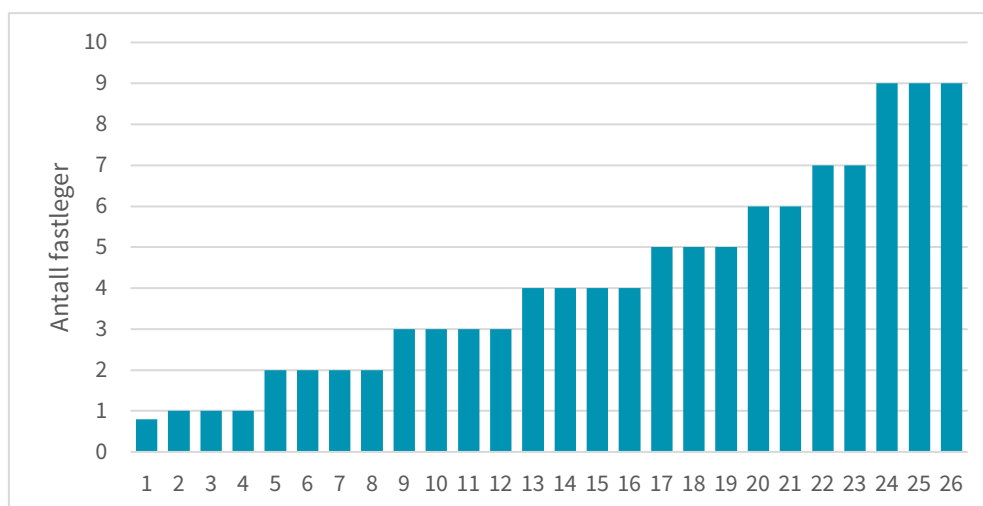
Figur 3.1 Antall innbyggere på listene for de 22 stillingene som har listeinnbyggere ved oppstart



Fastlegekontoret

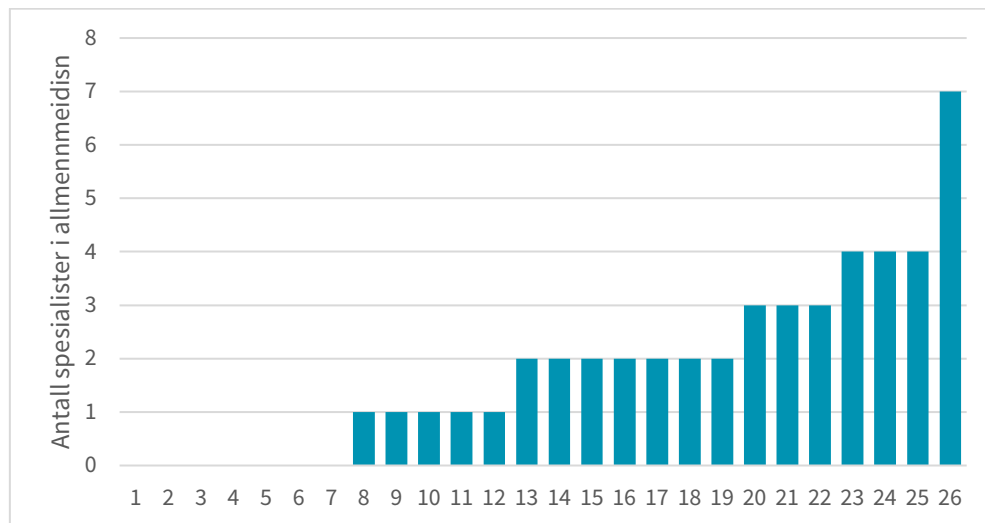
Størrelsen på fastlegekontorene der ALIS-Nord-stillingene er plassert, varierer. På det minste kontoret er det bare én fastlege i 80 prosent stilling, og ved det største kontoret er det ni leger. I snitt er det fire fastleger på kontoret i tillegg til ALIS-Nord-legen. Se oversikt i figur 3.2.

Figur 3.2 Antall fastleger ved kontoret for hver av de 26 ALIS-Nord-stillingene (ikke medregnet ALIS-Nord-stillingen)



Det er også variasjon i hvor mange leger som har spesialisering i allmennmedisin ved kontorene. I snitt er det 1,8 leger per kontor. Syv av kontorene har ingen leger med spesialisering i allmennmedisin. Se oversikt i figur 3.3.

Figur 3.3 Antall leger med spesialisering i allmennmedisin ved kontoret for hver av de 26 ALIS-Nord-stillingene



Driftsform

De fleste ALIS-Nord-legene med fastlønn jobber ved rene fastlønnskontor, det vil si kontor der alle de andre legene er fastlønnete og kommunen eier legekantoret. Det gjelder for 13 av de totalt 20 fastlønnstillingene. For de andre stillingene med fastlønn er to lokalisert ved privat eide legekantorer hvor de øvrige legene er næringsdrivende og fem ved kontorer hvor det er både næringsdrivende og fastlønnede leger fra før. Alle næringsstillingene tilhører rene næringskontor.

Deltakelse i SKIL – Senter for kvalitet i legekantorer

ALIS-Nord-prosjektet ønsker at fastlegekantorene med ALIS-Nord-stillinger deltar i systematisk kvalitetsutvikling i regi av SKIL.⁴ Foreløpig er det få kontor som deltar i SKIL. For 18 av stillingene svarer helseleder «nei» til at det har blitt inngått samarbeid med SKIL. For fire stillinger svarer de «vet ikke», og for bare to stillinger svarer helseleder «ja».

Organisering av individuell veiledning og supervisjon

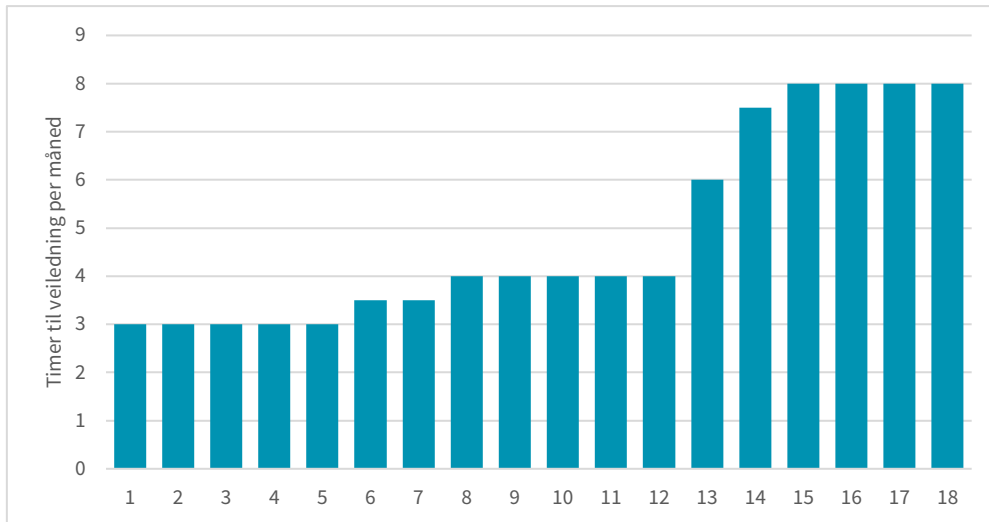
24 av 26 stillinger i ALIS-Nord følger ny ordning for spesialistutdanning i allmennmedisin.

For 22 av stillingene var det inngått avtale med individuell veileder på tidspunktet for surveyen. Det er en del variasjon i hvor mye tid kommunene har satt av til veiledning. I snitt har de satt av fem timer per måned (median fire timer) med variasjon fra tre timer til åtte timer.⁵ Se figur 3.4.

⁴ <https://www.skilnet.no/>

⁵ På spørsmålet om antall timer veiledning fikk kommunene anledning til å fylle inn et fritekstsvare. De ble bedt om å oppgi timer per måned i 10,5 av årets måneder, slik at spørsmålet harmonerer med forskrift som angir at individuell veiledning i gjennomsnitt skal utgjøre minimum 3 timer per måned i 10,5 av årets måneder. Noen har angitt svaret i uker framfor måned. Da har vi ganget opp timean-

Figur 3.4 Hvor mange timer med individuell veiledning er det avtalt at ALIS-Nord-legen skal motta?



Som oftest tilhører ALIS-Nord-legen og veileder samme kontor (det gjelder for 17 stillinger), men det finnes flere unntak (det gjelder for syv stillinger), og som vi kommer tilbake til i kapittel 4, skaper det noen særskilte utfordringer når det gjelder tilrettelegging for veiledning og supervisjon.

Kommunens praksis for å kompensere veiledere varierer. Flere av veilederne er kommunalt ansatte og har veiledningsoppgaver som en del av sin stilling. For veiledere med næringsdrift benytter kommunen ulike løsninger. Informasjon om kompensasjon for veiledning ble hentet inn gjennom et ikke obligatorisk frittekstspørsmål, vi har derfor ikke en helt detaljert oversikt over vilkårene for kompensasjon av veiledning, men i tabell 3.4 har vi forsøkt å oppsummere svarene for hvordan veiledningen av i alt 24 stillinger kompenseres.

Tabell 3.4 Kompensasjon for veiledning

| | N |
|--|---|
| Kommunalt ansatt (veiledning inngår som en del av stillingen) | 9 |
| Bistilling / lønn tilsvarende en prosentstilling (8–10 %) | 5 |
| Honorar i henhold til pkt. 14/14d i normaltariffen | 2 |
| Timelønn | 3 |
| Lønn (uten nærmere presisering) | 2 |
| Kommunal lønn og praksiskompensasjon for 8 t per md. i 10,5 md. i året | 1 |
| Ikke avtalt (fordi ALIS-lege ikke har tiltrådt stilling) | 2 |

Supervisjon

Det er mindre vanlig at supervisjon avtales. For seks stillinger er det inngått avtale om supervisjon. I de øvrige kommunene er det ikke inngått noen formell avtale om dette. Av kommentarene til spørsmålet om supervisjon framgår det at flere av

tallet t med fire. I tolkningen av resultatene må vi også ta høyde for at noen kommuner kan ha oppgitt hvor mange timer veilederne mottar kompensasjon for, framfor hvor mange timer ALIS mottar. Det kommer fram av enkelte svar.

kommunene som har lagt seg over minimumskravet for veiledning, forventer at supervisjon blir dekket som en del av avtalt kompensasjon for veiledning:

«Veileder/legesenteret kompenseres for 8t per måned, og kan dermed gi rom for supervisjon ut over 3,5t veiledning per måned.»

En kommune understreker at de forventer at ALIS skal få supervisjon uten at det lønnes særskilt.

«Det er lagt til grunn at ALIS kan be om hjelp (få supervisjon) fra alle leger ved kontoret uten at dette lønnes særskilt.»

Flere av helselederne påpeker at de foreløpig ikke har tatt stilling til organiseringen og finansieringen av supervisjon.

Individuell gjennomføringsplan (utdanningsplan)

For de fleste stillingene har kommunene enten utarbeidet en utdanningsplan (11 stillinger), eller så er de i gang med å lage en utdanningsplan (13 stillinger). Se tabell 3.5.

Tabell 3.5 Er det utarbeidet en individuell gjennomføringsplan for ALIS-Nord-legen?

| | N |
|--|----|
| Nei | 2 |
| Kommunen jobber med å lage utdanningsplan nå | 13 |
| Ja | 11 |

Gruppeveiledning

ALIS-Nord-legene deltar i ordinær gruppeveiledning. Det er altså ikke satt opp egne veiledningsgrupper for ALIS-Nord-legene slik som i ALIS-Vest-prosjektet. Halvparten av ALIS-Nord-legene var kommet i gang med gruppeveiledning på tidspunktet for surveyen, og to leger hadde allerede gjennomført gruppeveiledning før de begynte i ALIS-Nord-stillingen. Se tabell 3.6.

Tabell 3.6 Har ALIS-Nord-legen begynt i obligatorisk gruppeveiledning?

| | N |
|---|----|
| Ja | 13 |
| Legen gjennomførte gruppeveiledning før oppstart i ALIS-Nord-stillingen | 2 |
| Nei | 7 |
| Vet ikke | 4 |

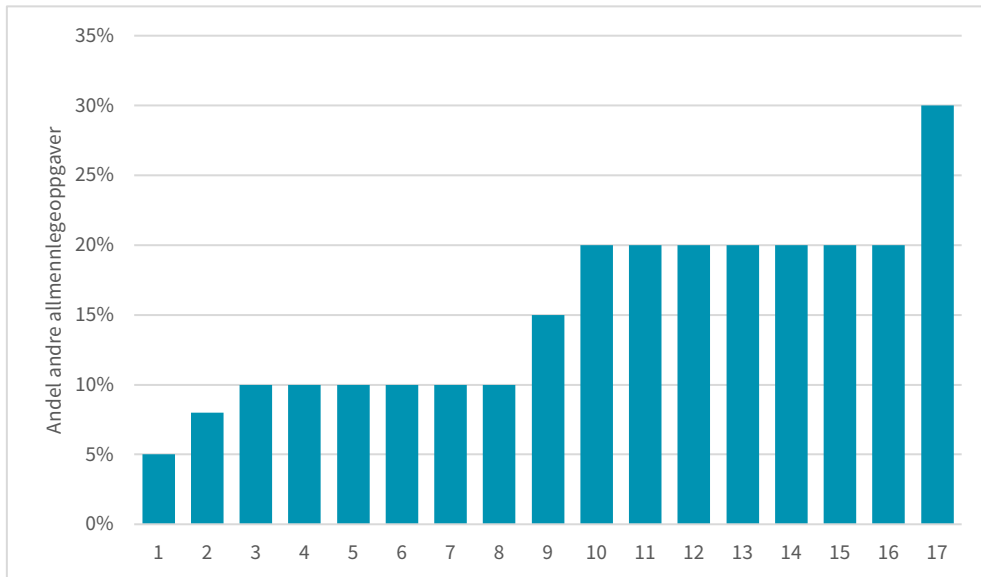
3.3 Innhold i ALIS sitt arbeid

Kommunale oppgaver

Alle fastleger i fulltidsstilling kan pålegges å jobbe inntil 7,5 timer med andre allmennlegeoppgaver, som sykehjem, helsestasjon og skolehelsetjenesten og fengsel. De fleste ALIS-Nord-legene (N = 18) har kommunale arbeidsoppgaver, men det fin-

nes også en del stillinger (N = 8) uten kommunale oppgaver. For stillingene med kommunale oppgaver var den gjennomsnittlige kommunale stillingsprosenten 15 med variasjon fra 5 til 30 prosent. Se figur 3.5.

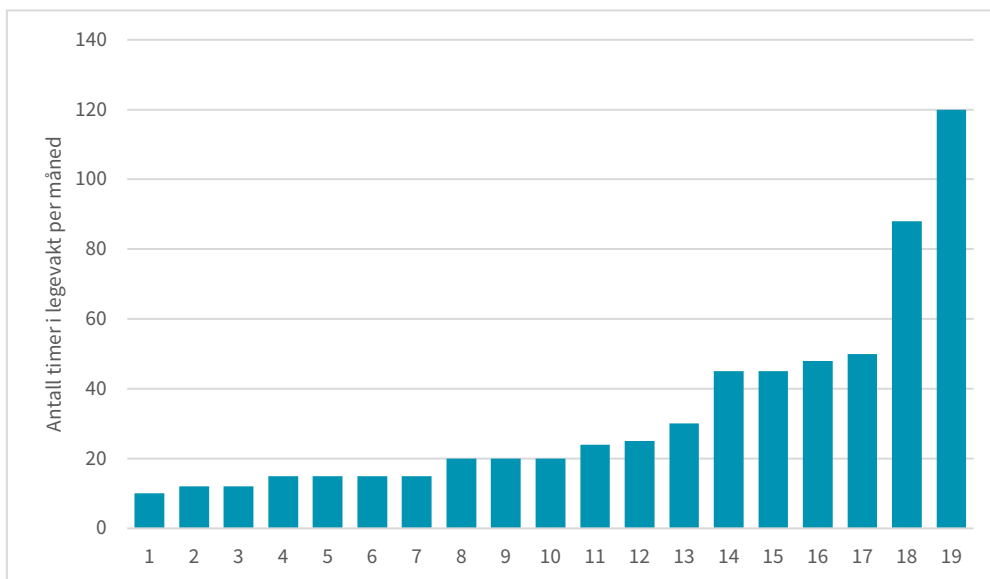
Figur 3.5 Stillingsprosent kommunale oppgaver



Legevakt

Alle ALIS-Nord-legene deltar i legevakt, men omfanget av vaktbelastningen varierer i stor grad mellom stillingene. Medianverdien for antall timer i legevakt per måned er 20. Se figur 3.6.⁶

Figur 3.6 Timer legevakt per måned



⁶ En del ledere var usikre på antall timer per uke, og noen svarer uten å angi et presist timeantall, eksempel «inngår i 6-delt vaktturnus». Svarene er avgitt i et åpent kommentarfelt.

3.4 Om ALIS-Nord-legene

Kjønnsbalansen for ALIS-Nord-legene er nøyaktig 50/50, det vil si 13 kvinner og 13 menn. Den gjennomsnittlige alderen for legene er 33 år med variasjon fra 27 til 55 år.⁷

Tolv av legene hadde gjennomført deler av spesialistutdanningen før de begynte i ALIS-Nord-stillingen. Blant disse legene anslo helselederne at åtte leger hadde gjennomført om lag 20 prosent av utdanningen. De øvrige legene hadde gjennomført anslagsvis 40 prosent (én lege), 60 prosent (to leger) og 80 prosent (én lege) av utdanningen.⁸

Lokal tilhørighet

I intervjuene med ALIS kom det fram at mange hadde en lokal tilhørighet til kommunen, enten ved at de hadde vokst opp i kommunen eller en nærliggende kommune, eller ved at de hadde gjennomført LIS1⁹/turnus eller hatt vikariat i området. Flere framhevet at det hadde stor betydning for valget deres om å begynne i stillingen. For å undersøke om inntrykket vi fikk av å intervju et begrenset utvalg med ALIS, er representativt, inkluderte vi flere spørsmål om lokal tilhørighet i surveyen til kommunene. Vi er særlig interessert i dette fordi det er kjent at lokal tilhørighet kan ha betydning for rekruttering og stabilitet.¹⁰

Resultatene fra undersøkelsen bekrefter at mange av ALIS-Nord-legene har en form for lokal tilhørighet til kommunen: Fire av legene har erfaring både fra å jobbe som turnus- og vikarlege i kommunen før de begynte i ALIS-Nord-stillingen. Seks leger har tidligere jobbet som vikar, og seks leger har tidligere hatt turnus/LIS1 i kommunen. Totalt har altså 16 av legene erfaring med å jobbe i kommunen før de begynte i ALIS-Nord-stillingen. I tillegg har fire leger (som ikke tidligere har hatt vikariat eller turnus i den samme kommunen) hatt turnus i en geografisk nærliggende kommune før de begynte i ALIS-Nord-stillingen.

Det er også mange som har vokst opp eller bodd lenge i området der de har begynt å jobbe. Nærmere bestemt viser resultatene fra surveyen at syv av legene har vokst opp eller bodd lenge i kommunen, og at ytterligere syv leger har bodd i en nærliggende kommune før de begynte på medisinstudiet. Til slutt, når det gjelder lokal tilhørighet, har vi stilt spørsmål om hvor ALIS har studert medisin. Resultatene viser at medisinstudenter fra UiT er sterkt overrepresentert, med nøyaktig halvparten av stillingene. Se resultater fra spørsmålene om lokal tilhørighet i tabell 3.7.

⁷ Alder er ukjent for to leger.

⁸ Lederne som svarte «ja» til at legen hadde gjennomført deler av spesialistutdanningen i allmennmedisin før de begynte i ALIS-Nord-stillingen, ble stilt følgende spørsmål: Om lag hvor stor andel av spesialistutdanningen i allmennmedisin har ALIS-Nord-legen gjennomført? [20 %, 40 %, 60 %, 80 %]

⁹ Se nærmere forklaring av betegnelsen LIS1, LIS2 og LIS3 her: <https://tidsskriftet.no/2017/08/aktuelt-i-foreningen/alt-du-ma-vite-om-ny-spesialistutdanning>

¹⁰ Se for eksempel: Grobler, L., Marais, B.J., Mabunda, S. Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 6.

Tabell 3.7 Lokal tilhørighet

| | N |
|---|----|
| Har ALIS-Nord-legen jobbet i kommunen før han/hun begynte i stillingen? [flere kryss mulig] | |
| Ja – turnus/LIS1 | 10 |
| Ja – vikar | 10 |
| Nei | 10 |
| Har ALIS-Nord-legen jobbet i en geografisk nærliggende kommune før han/hun begynte i stillingen? [flere kryss mulig] | |
| Ja – turnus/LIS1 | 10 |
| Ja – vikar | 10 |
| Nei | 10 |
| Har ALIS-Nord-legen bakgrunn fra kommunen (dvs. har legen vokst opp eller bodd i kommunen over lengre tid før utdanningen)? | |
| Ja | 7 |
| Nei | 19 |
| Vet ikke | 0 |
| Har ALIS-Nord-legen bakgrunn fra Norge-Norge (dvs. har legen vokst opp eller bodd i landsdelen over lengre tid før utdanningen)? | |
| Ja | 7 |
| Nei | 11 |
| Vet ikke | 1 |
| Hvor har ALIS-Nord-legen studert medisin? | |
| Tromsø | 13 |
| Oslo | 4 |
| Trondheim | 2 |
| Utlandet | 6 |
| Vet ikke | 1 |

4 Erfaringer i ALIS-kommunene

I dette kapittelet ser vi nærmere på hvorfor kommunene har ønsket å bli med i ALIS-Nord, hvordan prosessen med å rekruttere til ALIS-Nord-stillingene har fungert, hvordan de legger til rette for spesialistutdanningen i allmennmedisin, hvordan de opplever at deltakelsen i prosjektet har fungert så langt, og hva de tenker om den videre utviklingen av prosjektet. Kapittelet er basert på resultater fra spørreundersøkelsen og intervjuer med et utvalg helseledere. Se nærmere beskrivelse av metode i kapittel 2.

4.1 Hvorfor har kommunene ønsket å bli med i prosjektet?

Fra intervjuene med helselederne, samt fritekstsvarene i surveyen, ser vi at det er tre hovedgrunner til at man i kommunene har ønsket å bli med i prosjektet. Det er: 1) nettverk (utveksle erfaringer og ha dialog med andre kommuner), 2) bistand fra prosjektledelsen (tilgang til eksperthjelp) og 3) tilskuddsmidler (200 000 kr per år for hver ALIS-Nord-stilling). Av disse faktorene har vi inntrykk av at pengene ofte er minst viktig, og at nettverk er viktigst. En kommune påpeker at tilskuddsmidlene er for «småpenger» å regne målt opp mot det de bruker på å subsidiere fastlegestillingene i kommunen. Dette utsagnet er fra en større kommune, og verdiene av pengene er nok større for en del mindre kommuner. Alle helselederne vi har intervjuet, framhever at de ikke ønsker å sitte alene med å finne ut av hvordan de skal tilpasse seg den nye ordningen for spesialistutdanning i allmennmedisin, og mange har forhåpninger til at prosjektet skal bidra til å bedre rekrutteringssituasjonen i kommunen. Vi har også intervjuet noen helseledere som oppgir at de handler «proaktivt», i den forstand at de ikke har store problemer med rekruttering nå, men ser at mange andre kommuner sliter og derfor ønsker å reagere *før* det oppstår problemer.

Det å få sparret med andre kommuner og få med meg noen ekspert på laget, som jeg kan sparre med, det var en av hovedgrunnene. Og så er det jo det at vi også kjenner på det med rekrutteringssituasjonen. Det har vært utfordrende de siste to-tre år.

Resultatene fra intervjuene, samt det at mange kommuner ønsket å delta i prosjektet (halvparten av kommunene i Nord-Norge søkte om å delta – se kapittel 1), viser at man i kommunene opplever at det er behov for regionalt samarbeid om å utvikle modeller for spesialistutdanningen i allmennmedisin. Hvorvidt ALIS-Nord-prosjektet så langt har svart til kommunens forventninger, kommer vi tilbake til i kapittel 4.4.

4.2 Rekruttering til ALIS-Nord-stillingene

På tidspunktet for surveyen var 26 av de 30 ALIS-Nord-stillingene vi har oversikt over, bemannet. Fra de kvalitative intervjuene med ALIS (se kapittel 5) framgår det at det er litt variabelt om kommunene i rekrutteringsprosessen har flagget at stillingene er knyttet til ALIS-Nord-prosjektet eller ikke. Dette har vi undersøkt nærmere i

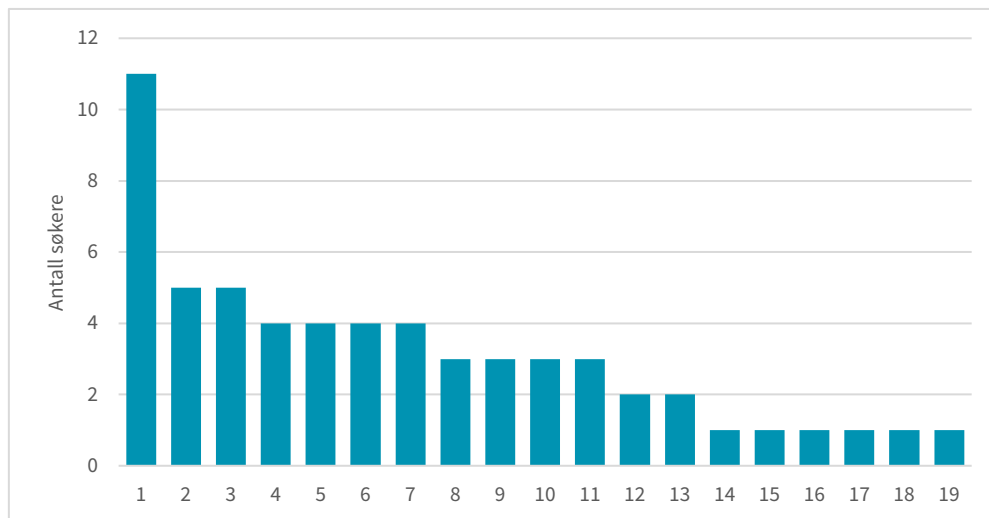
surveyen. Resultatene viser at de fleste stillingene er lyst ut med referanse til prosjektet, men at det også finnes en del unntak, se tabell 4.1.

Tabell 4.1 Hvordan har kommunene rekruttert leger til ALIS-Nord-stillingene?

| | N |
|---|----|
| Utlysning der det ble framhevet at stillingen er knyttet til ALIS-Nord-prosjektet («særskilt ALIS-Nord-utlysning») | 16 |
| Utlysning uten henvisning til ALIS-Nord-prosjektet (f.eks. ansettelsesprosess som ble satt i gang før deltakelsen i ALIS-Nord ble avklart) | 6 |
| Direkte tilbud til intern lege (ingen utlysning) | 4 |
| ALIS-Nord-stillingen er ikke bemannet per i dag (dvs. at ingen har begynt i stillingen, og det er heller ikke inngått avtale/kontrakt om at noen snart skal begynne i stillingen) | 4 |

For 19 av de 22 stillingene som hadde blitt utlyst og bemannet på tidspunktet for surveyen, var det tilstrekkelig med én utlysningsrunde. Det er stor variasjon i hvor mange søkere det var på disse stillingene. Se figur 4.1.

Figur 4.1 Antall søkere for de 19 stillingene som ble bemannet i første søknadsrunde



Av de tre stillingene som har blitt utlyst flere ganger, har to stillinger blitt lyst ut én ekstra gang, og én stilling har blitt lyst ut to ekstra ganger før stillingen ble bemannet. For disse stillingene har det kun vært én kvalifisert søker i runden som førte fram til at stillingen ble besatt.

Utfordring med å rekruttere til næringsstillinger

Som vist i kapittel 3 er det kun inngått avtale om næring for seks av de 26 stillingene som var bemannet på tidspunktet for surveyen. Det er altså stor avstand fra målet om å få til ca. 50/50 fordeling mellom næring og fastlønn i ALIS-Nord-prosjektet.

I surveyen har vi undersøkt hvilke føringer kommunene har lagt for driftsform i utlysningene for stillingene. Se tabell 4.2. Videre har vi undersøkt om noen kommuner har lyst ut stillingen som næring og likevel endt opp med å inngå avtale om fastlønn, eller omvendt – lyst ut stillingen som fastlønn og endt opp med å inngå avtale om næring. Bortsett fra én kommune, som oppgir at betingelsene for driftsform ble endret mellom første og siste utlysning for én stilling (fra næring til fastlønn), har ingen kommuner endret betingelsene underveis. Resultatene viser at kommunene

som har valgt å lyse ut stillingene med valgfri driftsform, det gjelder for syv stillinger, som regel ender opp med å inngå avtale om fastlønn.

Tabell 4.2 Ble stillingen lyst ut med fastlønn eller næringsdrift, eller ga kommunen søkerne mulighet til å velge driftsform?

| | N |
|--------------|----|
| Næringsdrift | 5 |
| Fastlønn | 10 |
| Valgfritt | 7 |

* Spørsmålet er stilt for de 22 stillingene som har blitt utlyst og besatt. For de tre kommunene med flere utlysninger er det betingelsene for den siste utlysningen som er telt, det vil si utlysningen som førte fram til at stillingen ble besatt.

I intervjuene med et utvalg helseledere, hvorav flesteparten (seks av syv) representerer kommuner som i utgangspunktet ble tildelt støtte til næringsstillinger, har vi stilt nærmere spørsmål om hvordan rekrutteringsprosessen har fungert.

Totalt har kommunene til helselederne vi har intervjuet, fått tildelt støtte til ti stillinger. Av disse stillingene var det blitt inngått avtale om næring for tre stillinger (hvorav én for øyeblikket er midlertidig på fastlønn), fastlønn for fem stillinger (hvorav to nylig var sagt opp), og to stillinger stod fortsatt ubesatt på tidspunktet for intervjuene. Kommunene har hatt ulik tilnærming både når det gjelder vilkår for stillingene (grad av subsidiering), og hvor strenge føringer de har lagt for at ALIS skal inngå avtale om næring.

I intervjuene kommer det fram at i flere kommuner har man valgt å lyse ut stillingene med valgfri driftsform, framfor å merke stillingen med «næring», fordi de har forventet at det er vanskelig og kanskje i det hele tatt ikke mulig å få søkere til næringsdrift. I første omgang har de primært vært opptatt av å få søkere til stillingene, og så har de heller forsøkt å påvirke aktuelle kandidater til å velge næringsdrift. Hvor strenge føringer de har lagt for at ALIS skal inngå avtale om næring, varierer. En kommune oppgir at de nok kunne ha klart å rekruttere til næringsdrift, men at de ikke har ønsket å tvinge det gjennom siden de unge legene helst ønsker å ha fastlønn i det minste i oppstartsfasen. I denne kommunen tilbyr de sterkt subsidierte næringsstillinger, og rekrutteringssituasjonen er generelt god.

Ingen tvil om at næring er det beste/enkleste for kommunen å administrere, så vi ønsket gjerne at de skulle inngå næringsavtale. Men begge er unge nyetablerte leger, og de ønsket uten tvil fastlønn, og da så ikke vi noen grunn til å tvinge gjennom næring. Det er viktigere for oss at vi får stabilitet.

Det vanligste, slik det kom fram i intervjuene med helselederne, er imidlertid at kommunene opplever det som strengt nødvendig å tilby fastlønn for å få bemannet stillingene.

Av alle de vi har ansatt nå, er det ingen som lukter på næringsavtaler. Alle vil ha fastlønnsavtaler med provisjon.

Driftsform er naturligvis bare en av flere faktorer som påvirker rekrutteringen til ALIS-stillinger, flere kommuner forteller at de også har utfordringer med å rekruttere til fastlønn, og søkertallene viser at det ikke er noen overflod av søkere til de fleste stillingene i ALIS-Nord (se figur 4.1), men det er tydelig at driftsform kan ha avgjørende betydning. Det viser for eksempel følgende sitat.

Vi har nesten ikke hatt søkere de siste to årene [næring], så jeg tenkte nå må vi prøve fastlønn, så vi ønsket å ha fastlønn for å få erfaring med det. ... Lenge siden vi har hatt så stor søkning, kanskje ni–ti kvalifiserte. ... Artig å se, for det er helt i tråd med den tilbakemeldingen jeg får fra leger som går på studiet, og unge som ikke lukter på en fastlegejobb her hos oss, de sier at det er for mye ansvar å gå inn i en næringsdrift som helt fersk lege, for de ønsker å fokusere på faget de første årene ... sånn at jeg tenker at vi må ta de tilbakemeldingene vi får, og lytte til dem, så nå i år har jeg ansatt to leger til som får fastlønn, de er egentlig rekruttert inn i næringsdrift, men har valgt å gå over i fastlønn i hvert fall de første to år, og så får de lov til å konvertere tilbake til næringsdrift når de føler seg trygg.

Det at unge leger ønsker fastlønn framfor næring, er ikke noe nytt. Flere studier og evalueringer dokumenterer at stadig flere leger foretrekker fastlønn framfor næring, særlig gjelder det for unge leger og aller mest unge kvinnelige leger.¹¹ I ALIS-Vest-prosjektet, der alle ALIS ansettes i kommunen, erfarte samtlige deltakerkommuner at de fikk flere kompetente søkere til disse stillingene enn de hadde fått på utlysninger av hjemler den senere tid.¹² Det har heller ikke kommet som noen stor overraskelse for deltakerkommunene at det er utfordrende å rekruttere til næring. (Som forklart i kapittel 1 var det allerede ved oppstart knyttet spenning til om kommunene ville lykkes med rekruttering til næring.)

De fleste helselederne vi har intervjuet, representerer kommuner som har hatt en tradisjon for å benytte næring. Hvorfor kommunen foretrekker næring framfor fastlønn, har ikke vært et sentralt tema for intervjuene, men enkelte respondenter framhever at næring gir mer kostnadseffektiv drift, og at de ikke ønsker å ha administrasjonsoppgaver.

Vi trenger minst to leger på fastlønn for å erstatte en på næring, mer effektivt, bedre kostnadskontroll, sterkere insentiv.

Vi ser at det er billigere for oss å ha fastleger på hovedmodell for næring.

Selv om de fleste helselederne vi har intervjuet, er tydelige på at de helst ønsker næring, i alle fall så lenge vilkårene ligger tett opp til hovedmodellen, er det også flere som gir uttrykk for at de ser fordeler med fastlønn, særlig når det gjelder tilrettelegging for spesialistutdanningen i allmenntidmedisin. En helseleder påpeker for eksempel at man betaler mye for å utplassere ALIS ved private kontor, og at det samtidig skaper noen utfordringer for oppfølging og kommunens kontroll med progresjon i utdanningsløp m.m. Andre påpeker at de har forståelse for at ALIS ønsker fastlønn til å begynne med, slik at de fullt og helt kan konsentrere seg om det faglige og slippe å tenke på problemstillinger knyttet til administrasjon og drift.

Helselederne vi har intervjuet, opplever at det er flere årsaker til at ALIS ikke ønsker å bli selvstendig næringsdrivende. En helseleder peker på at det er større mobilitet i arbeidsmarkedet i dag, «alle skifter jobb oftere nå», og mener at det kan ha påvirket legenes preferanser for driftsform og tilbøyelighet for å kjøpe seg inn i en praksis. Andre har inntrykk av at de unge legene ønsker å konsentrere seg om det rent

¹¹ Se for eksempel: Holte, J.H., Abelsen, B., Halvorsen, P.A. et al. General practitioners' altered preferences for private practice vs. salaried positions: a consequence of proposed policy regulations? BMC Health Serv Res 15, 119 (2015).

¹² Seppola-Edvardsen, H. & Brandstorp, H. (2018) Utdanningsstillinger i allmenntidmedisin: ALIS-Vest fokus på rekruttering og stabilisering [<https://www.nsd.no/wp-content/uploads/2018/04/NSDM-rapport-Utdanningsstillingeri-ALIS-Vest-April2018.pdf>]

faglige («slippe å drive butikk»), og en helseleder mener at de unge legene ikke tiltrekkes av næring fordi de legger mindre vekt på økonomi og karriere og mer vekt på fritid enn den forrige generasjonen. Denne helselederen stiller spørsmål om insentivene i næringsmodellen i det hele vil fungere på den nye generasjonen. I intervjuene med ALIS har vi undersøkt hvilke preferanser de har for driftsform. Det kommer vi tilbake til i kapittel 5.

For å redusere bindingen som følger med å kjøpe seg inn i praksis, har kommunen til en av helselederne vi har intervjuet, innført en ordning med «gjenkjøpsgaranti» som gjelder for alle næringsstillinger i kommunen. Tanken er at det skal bidra til å gi legen mer økonomisk trygghet, og helselederen mener at en slik type løsning vil kunne bidra til å løse noe av problemet med at unge leger kvier seg for å begynne som næringsdrivende, som følge av at det i stor grad binder dem til praksisen uten sikkerhet for at de vil få igjen det de betaler for å kjøpe seg inn, dersom de ønsker seg ut. I dagens situasjon med store problemer knyttet til fastlegeordningen og stor usikkerhet om bærekraften til fastlegeordningen mener helselederen at dette vil kunne fungere som et tiltak for å redusere risiko/økonomisk utrygghet ved næringsdrift. Ordningen har foreløpig ikke blitt testet ut i praksis. Derfor er det litt uklart nøyaktig hvordan det vil fungere. Til tross for tiltaket med «gjenkjøpsgaranti» og at kommunen, ifølge helselederens eget utsagn, gir «bra kompensasjon for alt som har med utdanning å gjøre», har ikke kommunen lyktes med å rekruttere til næring. Etter flere utlysingsrunder har de nå åpnet opp for fastlønn for ALIS-Nord-stillingene.

Andre kommuner har lagt vekt på å finne en modell for tilknytting som innebærer at ALIS ikke behøver å kjøpe seg inn i kontoret ved oppstart, ved at de tilbyr avtale om kommunale leieavtaler for lokaler, utstyr og personell (såkalte 8.2-avtaler). Samtidig påpeker noen at man ved å tilby slike avtaler legger til rette for at ALIS i større grad kan fokusere på det faglige. I kommunen til en av de få helselederne vi har intervjuet, som har opplevd det som forholdvis uproblematisk å rekruttere til næring, tilbyr de en avtale som innebærer at kommunen tar ansvar for administrasjon, har arbeidsgiveransvar for støttepersonell og holder utstyr og lokaler mot at de tar basistilskuddet (såkalt «nullavtale»). I praksis innebærer det at ALIS i sin arbeidshverdag merker liten eller ingen forskjell fra om de hadde blitt ansatt: «ikke sånn som i byen, legene kommer og går for å ta unna pasienter». Den viktigste forskjellen er at legene ikke har de samme rettighetene ved sykdom. I tillegg tilbys ALIS en gunstig «utdanningspakke» som sikrer god kompensasjon for fravær knyttet til utdanning og god tilgang til veiledning.

Denne kommunen bidrar med å subsidiere stillingen. Det vil si at basistilskuddet (som kommunen beholder mot å dekke kontor, utstyr og personell) langt ifra dekker kommunens kostnader. Det er som regel tilfellet for slike avtaler.¹⁵ Fordelen, slik helselederen ser det, er at legen fortsatt har et sterkt insentiv til å ha høy produktivitet og kostnadseffektiv drift, siden inntekten deres i stor grad bestemmes av hvor mye de takster.

Det finnes mange ulike varianter av såkalte 8.2-avtaler. Ofte krever kommunene en månedlig leie i tillegg til at de beholder basistilskuddet. En helseleder forteller for eksempel at de har forsøkt å tilby ALIS en avtale, der kommunen tar basistilskuddet pluss en månedlig leie på 25 000 kr for å holde ALIS med lokale, utstyr og personell. Dette innebærer fortsatt at kommunen bidrar med å subsidiere stillingene, særlig ved oppstart, fordi de har lagt opp til at ALIS skal bygge opp lister fra null. Etter hvert

¹⁵ Rapport om finansiering av fastlegeordningen: <https://www.ipsos.com/nb-no/ny-rapport-variasjoner-i-finansiering-av-fastlegeordningen>

som ALIS bygger opp innbyggerlisten, vil kommunens inntekter fra å holde igjen basistilskuddet øke, og graden av subsidiering reduseres. For ALIS sin del innebærer denne avtalen at de ved oppstart vil begynne med minus 25 000 kr i måneden.

Nærmere om vilkår for næringsdrift

Hvorvidt det lar seg gjøre å rekruttere til næringsdrift, vil naturligvis avhenge av vilkårene som settes for stillingene. Blant helseledere vi har intervjuet, er det ganske stor variasjon. I noen kommuner har man forsøkt å holde seg ganske tett til hovedmodellen, men de fleste tilbyr subsidierte stillinger (f.eks. forsterket basistilskudd, etableringstilskudd, ulike varianter av 8.2-avtaler) og likevel opplever mange det som utfordrende å rekruttere ALIS til næring.

Helselederen i en kommune som har forsøkt å holde seg til hovedmodellen, generelt og for ALIS-Nord-stillingene, forklarer at de nærmest av prinsipp har valgt å holde seg til hovedmodellen. En viktig grunn er at de ikke har ønsket å overby mindre og mer perifere distriktskommuner og bidra til kostnadsdriving for fastlegetjenesten i regionen, men nå opplever kommunen at det ikke lenger lar seg gjøre å rekruttere og beholde leger på hovedmodellen. Kommunen opplever at deres politikk på dette området har bidratt sterkt til å skape en mangelfull og ustabil fastlegedekning i kommunen.

Det [fastlegekrisen] handler om at vi i stor grad har holdt oss til den ordinære ordningen for næring, hovedmodellen. Samtidig som utfordringen med å rekruttere og beholde fastleger i Norge har tiltatt, har mange leger hos oss sluttet av naturlige årsaker, alder m.m., og da ble det vanskelig når vi samtidig har forsøkt å holde oss til den ordinære hovedmodellen.

Kommunen har nå vedtatt at vilkårene for næring skal forbedres, og da er det snakk om en kraftig styrking med subsidiering på om lag 300 000–350 000 kr per stilling. Forsterket driftstilskudd er tenkt som «første trinn i raketten», det neste blir å ansette flere leger, slik at de ikke trenger å ha så lange lister. Samtidig skal de tjene bra. Helselederen i denne kommunen er særlig opptatt av at næringsdrivende leger ikke skal tjene dårligere enn fastlønnete fastleger. Kommunen foretrekker å subsidiere næringsstillingene framfor å gå over til fastlønn, fordi de opplever at det gir langt mer kostnadseffektiv drift. Helselederen oppgir at kommunens kostnader til vikarbruk, som har eskalert de senere årene for å dekke ledige hjemler, omtrent tilsvarer kostnadene som vil følge av at vilkårene for fastlegene bedres, og sånn sett går det altså sånn omtrent opp i opp økonomisk, ifølge denne helselederen. Forutsetningen er da at styrkingen av de økonomiske vilkårene bidrar til å stanse «vikarstafetten».

Når det gjelder rekrutteringen til ALIS-Nord-stillinger, klarte de å rekruttere en ALIS til en ordinær avtale. Ifølge helseleder var det mest flaks, ved at det dukket opp en aktuell kandidat som flyttet til kommunen med familie på akkurat det tidspunktet stillingen ble utlyst, og denne legen vil nå i likhet med alle andre fastleger få bedre vilkår. Den andre stillingen (kommunen har to stillinger) har fortsatt ikke blitt bemannet.

Helselederens opplevelse av at «alle andre» har gått bort fra hovedmodellen, understøttes av resultatene fra rapporten *Fastlegetjenesten i Nord-Norge – status, utfordringer og forslag til tiltak*¹⁴ som med data fra 2019 viser at bare syv kommuner tilbyr næring i henhold til hovedmodellen. Ifølge helselederen vi har intervjuet, har flere

¹⁴<https://www.nsd.no/wp-content/uploads/2019/09/Rapport-om-fastlegetjenesten-i-Nord-Norge.-Status-utfordringer-og-forslag-til-tiltak-002-2.pdf>

av disse kommune nå gått bort fra hovedmodellen. Rekruttering inn i næring etter hovedmodellen er altså mer eller mindre lagt helt død i Nord-Norge, ikke bare i de små kommunene (der det lenge har vært vanlig å avvike fra hovedmodellen), men også i de store kommunene. Vi har ikke kartlagt detaljene i de ulike næringsavtalene som tilbys av kommunene til ALIS i prosjektet, men for oss virker det som om kommunene har strukket seg ganske langt for å tilby gode avtaler uten at det har blitt oppfattet som godt nok av unge leger.

For de seks næringsstillingene som var bemannet på tidspunktet for surveyen, følger det med forhøyet basistilskudd for fire stillinger pluss etableringstilskudd på 500 000 kr for to stillinger, og for et par stillinger tilbyr kommunen leieavtale for utstyr (altså en form for 8.2-avtale). Slik det framgår av resultatene fra surveyen, er det kun én av stillingene som likner en ordinær avtale etter hovedmodellen. Se tabell 3.2.

Helselederen i kommunen som helt fram til nå har beholdt hovedmodellen (se sitat ovenfor), er ikke alene om å være skeptisk til utviklingen i retning bort fra en felles hovedmodell. Se for eksempel følgende sitat fra helselederen i en kommune som har endt opp med å inngå avtale om fastlønn til tross for at de ønsket å rekruttere til næringsdrift.

Har dere gjort noen vurderinger av det å bedre vilkår på næring fremfor å gå over til fastlønn? Ja. Det er jo store diskusjoner ... og det handler jo om delvis prinsipper også, for hvis vi ... den kombinasjonen av at det her handler om nasjonal helsepolitikk og hvordan man ønsker å drifte primærhelsetjenesten, og hvis vi som kommuner begynner å lage alskens varianter, så har vi ikke lenger noen hovedmodell i Norge, da har vi ingen felles noen ting, og da går vi ut av avtaleverket og rammeverket, og da har vi egentlig ingen som regulerer oss lenger, og det er komplisert. Og for det andre, da er det òg sånn at hvis vi begynner å inngå individuelle avtaler og gjøre forskjell på de næringsdrivende fastlegene, så gir jo det grobunn for en mindre grad av stabilitet, for det er lett at ... det at vilkårene blir forskjellige, gjør at folk ikke trives, så jeg tror at vi skal være kjempforsiktig med det.

Det er også flere andre helseledere som framhever at de ikke ønsker å tilby særskilte økonomiske vilkår for enkelte leger. En av helselederne vi har intervjuet, forteller at de har gjennomført en demokratisk prosess der vilkårene for ALIS-Nord-stillingene har blitt fastsatt i samråd med de etablerte fastlegene i kommunen. Det førte fram til at ALIS fikk innvilget gode betingelser for støtte til utdanning, som vil gjelde både for ALIS-Nord-stillingen og andre ALIS-stillinger, men det vil ikke bli opprettet sær egne/gullkantete avtaler for andre sider av ALIS-stillingen.

Helselederne trekker fram et interessant poeng her: Det er mulig at kortsiktig tankegang om å rekruttere leger for enhver pris, med veldig gunstige næringsavtaler eller fastlønn, på lengre sikt vil kunne bidra til å skape mindre stabilitet i det etablerte fastlegekorpset. For å unngå misnøye blant de etablerte kan nivået heves for alle, men da vil kostnadene for fastlegeordningen eskalere, og det er viktig å ta med det i regnskapet når nye leger tilbys veldig gode vilkår. Samtidig må dette holdes opp mot at det er nødvendig å sikre god rekruttering for å unngå at de etablerte fastlegene blir overbelastet og slutter som følge av det. Flere av de helselederne vi har intervjuet, gir uttrykk for at de befinner seg i en veldig vanskelig situasjon nå.

Overgangsavtaler – mulig løsning for å opprettholde næringsdrift i Nord-Norge?

For at ALIS-Nord-prosjektet skal lykkes med målsettingen om å utvikle utdanningsstillingsmodeller for nordnorske forhold som passer for både fastlønn og næringsdrift, er det nødvendig å få flere ALIS inn på næringsavtaler. Slik det ser ut nå, er overgangsavtaler som innebærer at ALIS begynner med fastlønn og senere går over til næring, den mest aktuelle løsningen.

I intervjuene med helselederne kommer det fram at flere av kommunene har inngått avtale om at ALIS på sikt kan gå over til næring *dersom* de selv ønsker det. ALIS-Nord-prosjektet har bistått en kommune med å utforme en slik overgangsavtale, og den vil også kunne benyttes av andre. I en annen kommune forklarer helseleder at intensjonen helt klart er at ALIS-Nord-stillingen skal konverteres til næring etter endt utdanning. Vi er ikke kjent med at noen kommuner har inngått avtaler som tvinger ALIS over til næring i løpet av utdanningsperioden, men noen vurderer om det kan bli aktuelt å inngå avtaler med tidsbegrensning, særlig når de skal innplassere ALIS på private kontor. En helseleder forklarer at overgangsavtalene, som åpner opp for at ALIS på eget initiativ kan endre fra fastlønn til næring, gjelder for ALIS som tilhører et kommunalt kontor. På sikt, når de skal ha inn ALIS på de private kontorene, vil de forsøke å få på plass overgangsavtaler («hybridavtaler») som innebærer at ALIS begynner på fastlønn og senere automatisk går over til næring. Helselederen i denne kommunen er tydelig på at de ikke ønsker å gi opp næring.

Med denne type avtaler vil altså ALIS få anledning til å fokusere på det rent faglige de første årene, og de vil ikke behøve å kjøpe seg inn i praksisen ved oppstart. Prosjektlederen i ALIS-Nord, samt helselederne i flere av kommunene vi har intervjuet, har forhåpninger til at en del unge leger vil ønske å gå over til næring etter noen år med fastlønn. Legenes preferanser for denne typen avtaler kommer vi tilbake til i kapittel 5. I tiden framover vil det bli interessant å følge med på om flere avtaler konverteres fra fastlønn til næring, og hvilke vilkår som eventuelt legges til grunn for de nye stillingene.

Innspill til utvikling av næringsavtaler

Når det gjelder utvikling av næringsmodeller, er det særlig to forhold helselederne vi har intervjuet, er opptatt av: For det første er det mange som advarer mot å utvikle særegne avtaler for unge leger, fordi det kan skape misnøye blant de etablerte legene og på den måten rokke ved grunnmuren for fastlegeordningen i kommunene. Se nærmere redegjørelse for dette poenget ovenfor. For det andre er det mange som er opptatt av at graden av kommunal subsidiering må begrenses. Noen helseledere gir uttrykk for at kostnadene til fastlegeordningen er i ferd med å drives ut av kontroll som følge av at kommunene overbyr hverandre ved å gi stadig bedre vilkår for både næring og fastlønn, uten at det nødvendigvis resulterer i at det totale antallet leger i distriktet øker noe særlig av den grunn. Det gir grunn til å stille spørsmål om det er behov for en mer helhetlig og koordinert politikk for næringsavtaler og lønn.

Ny handlingsplan vil ikke hjelpe alle ALIS

For å styrke allmennlegetjenesten la regjeringen i mai 2020 fram Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020–2024.¹⁵ I planen varsler regjeringen at de vil endre og

¹⁵ <https://www.regjeringen.no/contentassets/96f6581333ee48559cdabf23c8772294/handlingsplan-for-allmennleger.pdf>

styrke basisfinansieringen av fastlegeordningen. Flere av helselederne vi har intervjuet, som har inngått avtale om næring eller fortsatt har en forhåpning om at de vil klare å rekruttere til næring, forteller at de allerede subsidierer stillingene så kraftig at det ikke vil ha noen direkte innvirkning på ALIS sine vilkår, med mindre kommunen svarer med å heve vilkårene ytterligere slik at graden av kommunal subsidiering holdes konstant. Ingen av helselederne vi har intervjuet, har planer om å skru opp vilkårene som følge av handlingsplanen. I disse kommunene vil altså endringen primært bidra til å redusere graden av kommunal subsidiering. En helseleder uttrykker det slik: «Vi blør litt mindre.»

4.3 Tilrettelegging for spesialistutdanningen i allmenntidisin etter ny modell

Som det framgår av kapittel 3 er det stor variasjon i den lokale konteksten, organiseringen og vilkårene for ALIS-Nord-stillingene. I intervjuene med helselederne har vi stilt mer inngående spørsmål om hvordan de legger til rette for spesialistutdanningen (generelt og særlig for ALIS-Nord-stillingene) og deres erfaringer med den nye ordningen for spesialistutdanning i allmenntidisin.

Kommunene savner tydeligere «oppskrift»

I intervjuene kommer det fram at mange av helselederne har oppfattet det som utfordrende å finne ut hvordan de skal tilpasse seg den nye modellen for spesialistutdanning i allmenntidisin. De har brukt mye tid og ressurser på å forsøke å finne ut av regelverket og hva de må gjøre for å oppfylle sin nye rolle som utdanningsvirksomhet. Mangelen på tydeligere retningslinjer og instruks har skapt mye frustrasjon i kommunene. Problemet, slik i hvert fall en del kommuner opplever det, er at beskrivelsen av den nye ordningen blir for abstrakt.

Synes det har vært mye å sette seg inn i. Det må jeg si. ... Har nok savnet det her med verktøy veldig. Kunne godt ha laget noe webinar i forhold til utdanningsløp og utdanningsplan. Det har jeg savnet veldig. ... Vi må liksom finne opp kruttet på nytt.

Opplevde at det skulle etableres et nytt LIS3-løp [det vil si et nytt utdanningsløp for spesialistutdanningen for allmenntidisin], men uten at det fantes noen grunnmur ... veldig mye uklart, og veldig få svar, og vi har brukt mye tid på å finne ut av hvordan det skal løses ... systemet skulle liksom bare falle på plass

De fleste helselederne vi har intervjuet, viser til at veiledningen og oppfølgingen av ALIS i hovedsak fungerer bra i praksis, men mange uttrykker en bekymring for at læringsaktivitetene kanskje ikke loggføres riktig eller utføres nøyaktig etter boka (slik det er tenkt fra direktoratet), og at utdanningen til slutt ikke vil bli godkjent sentralt på grunn av misforståelser eller formalfeil. Det er særlig den formelle biten med registrering av læringsmål i Dossier som mange ikke helt forstår eller har forståelse for.

Det som er tilbakemeldingen fra både ALIS og veileder, er at det er forferdelig tungvint det her Dossier-systemet. Sånn at de lurer liksom litt på hvor mye av det her skal vi skrive inn, hvor detaljert skal vi være i praktiske ferdigheter, hvor skal vi legge det inn, osv. Det er egentlig det som er utfordringen, det er ikke de faglige tingene, og det er ikke å få hjelp hos spesialisten, men det er

rett og slett hvordan de formelt skal sikre at de får med det som skal til for at de får godkjent spesialiteten.

«Den nye ordningen er blitt svært byråkratisk med en altfor omfattende rapportering. Læringsmålene oppleves til dels kunstige, og altfor detaljerte. Det går utover tiden til reell læring og faglig diskusjon.» (sitat fra survey)

Utfordringer med registrering av læringsmål i Dossier nevnes i de fleste intervjuene.¹⁶ Videre framhever de fleste helselederne vi har intervjuet, at de er usikre på hvordan de individuelle utdanningsplanene skal utformes. Mange etterlyser maler for det.

Flere av helselederne opplever at ALIS har vist stor forståelse for at dette er nybrottsarbeid, og at brikkene er i ferd med å falle på plass nå etter at kommunen, veileder og ALIS har brukt mye tid på finne ut av dette. Den klare beskjeden er likevel at de ønsker tydeligere retningslinjer fra sentralt hold.

Veiledning og supervisjon

I den nye modellen for spesialistutdanningen i allmennmedisin legges det opp til at mye av læringen skal skje gjennom veiledning og supervisjon, og det er kommunenes ansvar å sikre at dette gjennomføres. I intervjuene, samt fritekstsvar i surveyen, kommer det fram at flere helseledere opplever det som utfordrende å sikre kvalifisert veilederkompetanse.

En utfordring gjelder veiledning når ALIS og veileder ikke tilhører samme kontor. Som vist i kapittel 3 har flere av ALIS-Nord-stillingene blitt lagt til fastlegekontor uten spesialist. Det innebærer at de må få tildelt veileder fra et annet kontor. En av helselederne vi har intervjuet, viser til at det skaper distanse og utfordringer til tross for at veilederen i dette tilfellet tilhører et legekontor som ligger like i nærheten. Som et grep for å få det til å fungere bedre legges det nå opp til at veileder skal inn en dag i uken på kontoret til ALIS. I denne kommunen gjelder dette midlertidig inntil et nytt helsesenter er etablert. Legen som først ble ansatt i ALIS-Nord-stillingen, sluttet etter kort tid, og helselederen peker på at utfordringer knyttet til veiledning kan ha bidratt til dette. En annen helseleder erfarer at det har fungert bedre å ha veileder og ALIS på ulike kontor. I denne kommunen er veileder fysisk til stede for strukturell veiledning til avtalte timer og i tillegg tilgjengelig på telefon. Ifølge helselederen opplever veileder og ALIS at det er veldig lite behov for telefonoppfølging. Heller ikke i denne kommunen opplever helseleder at det er optimalt å ha veileder og ALIS adskilt, men konkluderer med at «Det går greiere enn vi hadde trodd/fryktet. ... Vi trodde det skulle bli mye verre».

Ingen av helselederne vi har intervjuet, gir uttrykk for at de har hatt store utfordringer med å få skaffe veileder til ALIS-Nord-stillingene, selv om noen forklarer at de har måttet jobbe aktivt med rekrutteringen. «Må gå på direkte på personer for å spørre. Da får jeg det til.» Flere framhever imidlertid at veilederne trenger opplæring, og at tilgangen til kurs for veileder har vært for dårlig.

Synes de har vært litt laidback i forhold til å organisere det. Vet ikke om det er

¹⁶ I ny spesialistutdanning for leger er det tatt i bruk en kompetanseportal for digital attestering av læringsaktiviteter og godkjenning av læringsmål. Kompetanseportalen skal både benyttes til å registrere utdanningsvirksomhetens overordnede utdanningsplan og til å følge opp den enkelte LIS underveis i spesialistløpet. Leverandøren av kompetanseportalen er *Dossier Solutions*. Derfor omtaler mange kompetanseportalen som Dossier. Se nærmere beskrive av kompetanseportalen her: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/autorisasjon-og-spesialistutdanning/spesialistutdanning-for-leger/artikler/kompetanseportalen>

fylkeslegen, ALIS-Nord, legeforeningen eller hvem som har ansvar, men ALIS-Nord starta opp i september i fjor og første mulighet [for kursing av veiledere] ble mai i år ... det tenker jeg, det går for treigt!

Når det gjelder kompensasjon for veiledning, gir enkelte helseledere uttrykk for at de har strevd litt med å komme til enighet med fastlegene om en avtale. Noen av dem peker på at dette bør avklares sentralt.

Kommunene i ALIS-Nord har ulike praksiser for hvordan de kompenserer veiledning, og hvor mange timer veiledning det gis kompensasjon for (se kapittel 3.2). En av helselederne vi har intervjuet, forklarer at de har tilsatt veileder i 8 prosent stilling etter kommunal lønn mot at ALIS gis tre timer med veiledning per uke. De ligger altså langt over minimumskravet for veiledning etter ny forskrift, og helselederen framhever at dette er et sentralt tiltak i deres utdanningsmodell. Siden veileder kompenseres etter kommunal lønn (like i overkant av 400 kr timen), forteller helselederen at de likevel ikke har vesentlig høyere utgifter enn det som følger av «statens forslag» med tre timer veiledning og én time forberedelse per måned til 1000 kr per time. Med «statens forslag» tenker helselederen her på helsedirektoratets tilskuddsordning for veiledning i spesialistutdanning i allmennmedisin som angir at «Kommunene gis tilskudd til dekning av kostnader til veiledning i spesialiteten allmennmedisin med inntil tre timers veiledning samt en time forberedelse/etterarbeid for veileder, totalt fire timer, per måned i 10,5 av årets måneder (jf. Spesialistforskriftens § 25). [...] Timesatsen for 2020 er på kr 1000 per time.»¹⁷

Helselederen opplever at det overhodet ikke er vanskelig å få rekruttert veiledere med betingelsene de har i kommunen per i dag. Dersom de skulle bli nødt til å kompensere veileder etter satsene som ligger til grunn i tilskuddsordningen, uten at det er mulig å få kompensasjon for flere timer til veiledning, vil kommunen bli tvunget til å subsidiere veiledningen eller nedjustere timeantallet. Helselederen er tydelig på at timeantallet som legges til grunn for veiledning i den nasjonale tilskuddsordningen, er altfor lavt.

Selv om ingen av helselederne vi har intervjuet, har opplevd store utfordringer med å få tak i veiledere, i hvert fall ikke til ALIS-Nord-stillingene, er det flere som påpeker at det kan bli en utfordring i framtiden. En helseleder, som tilhører en kommune der de sliter med rekruttering og stabilitet, uttrykker en bekymring for hva som vil skje dersom de til slutt sitter igjen uten spesialister i allmennmedisin, for om de mister alle spesialistene, er det umulig å bygge opp en velfungerende modell for spesialistutdanningen som krever veiledning og supervisjon.

Her er det viktig å understreke at helselederne vi har intervjuet, representerer relativt store kommuner, siden vi i den første intervjurunden målrettet har kontaktet kommuner som ønsket å inngå avtale om næringsdrift, se nærmere beskrivelse av datagrunnlag og metode i kapittel 2. Det kan hende at helselederne i mindre kommuner opplever det som mer utfordrende å skaffe veileder, selv om resultatene fra surveyen viser at de fleste har lyktes med det (for 22 av totalt 26 stillinger var det inngått avtale med individuell veileder). På spørsmålet «Hva opplever kommune som mest utfordrende/vanskelig i arbeidet med å legge til rette for spesialistutdanningen i allmennmedisin?» viser fritekstsvarene i surveyen at mange nevner *veiledning* som en utfordring (uten at detaljene i dette kommer helt tydelig fram). Se for eksempel følgende svar:

¹⁷ <https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/veiledning-i-spesialistutdanning-i-allmennmedisin-LIS3>

«Kravene til veiledning, både kompetanse og tidsbruk. Hva med et sentralt veilederkorps som kan veilede 'online'?»

«Dersom vi klarer å rekruttere ALIS vil det bli et stort problem å klare å skaffe nok veiledere»

«Lite kontor, én spesialist som skal ivareta veiledningen. Sårbart ved fravær.»

Supervisjon

Som vist i kapittel 3.2 blir supervisjon sjelden avtalesfestet. I intervjuene med helselederne har vi stilt nærmere spørsmål om deres forståelse av begrepet *supervisjon*. Resultatene viser at mange helseledere ikke har en helt klar formening om hva som er distinksjonen mellom veiledning og supervisjon, og at de særlig er usikre på hvilke forpliktelser de har når det gjelder tilrettelegging for supervisjon.

Skrevet et punkt om supervisjon og hvordan det skal foregå [i utdanningsplanen], men ikke noe utover det, det skal avtales med veileder ... men det er veldig vanskelig det her ... formalitetene er veldig omfattende, og det er komlat ... et komlat system.

En av helselederne vi har intervjuet, forteller at de har valgt å formalisere og avtalesfeste supervisjon, ved å legge inn et punkt om at alle legene med spesialisering skal bidra med supervisjon inntil to timer per uke for ALIS ved kontoret. I denne kommunen er de i ferd med å revidere avtalen til alle fastlegene, ved å styrke basistilskuddet kraftig, og samtidig har de da valgt å legge til punktet om supervisjon.

Institusjonstjenesten

I surveyen har vi stilt spørsmål om kommunen har inngått samarbeid med helseforetak om å legge til rette for at ALIS-Nord-legen(e) får nødvendig tjeneste i sykehus/spesialisthelsetjenesten. Se resultater i tabell 4.3.

Tabell 4.3 Har din kommune inngått samarbeid med helseforetak om å legge til rette for at ALIS-Nord-legen(e) får nødvendig tjeneste i sykehus/spesialisthelsetjenesten?

| | N |
|---|----|
| Ja | 4 |
| Kommunen er i dialog med helseforetak om å lage en slik avtale nå | 11 |
| Nei | 6 |

I intervjuene med helseledere har ikke institusjonstjenesten blitt løftet fram som et sentralt tema, men enkelte helseledere har gitt uttrykk for at de opplever utfordringer med å komme i dialog med helseforetak.

Økonomi

I denne omgangen har vi ikke kartlagt kostnadene for spesialistutdanningen. Det vil vi se nærmere på i neste runde, men *økonomi* har blitt løftet fram som et tema av de fleste helselederne vi har intervjuet. Flere framhever at kommunene bruker mer ressurser på spesialistutdanningen nå enn tidligere.

Det er ingen tvil om at det er utrolig mye dyrere for kommunen å drive legetjenesten nå enn bare for fem år siden, og spesielt knyttet til utdanning.

I tillegg til kostnadene som er direkte knyttet til utdanningen (veiledning, administrasjon, kompensasjon for fravær på grunn av kurs osv.), er det mange som framhever at de økonomiske betingelsene i ALIS sine kontrakter (næring eller lønn) er satt på et nivå som medfører en kraftig subsidiering fra kommunenes side. Ofte er ikke disse avtalene unike for ALIS. Som vist i kapittel 4.3 framhever flere helseledere at de legger vekt på at ALIS skal ha de samme økonomiske vilkårene som alle andre, men da er det ofte slik at de andre fastlegene har inngått gunstige / sterkt subsidierte avtaler med kommunen. Dette handler altså først og fremst om at mange kommuner i ALIS-Nord-prosjektet anser det som nødvendig å subsidiere stillingene for å rekruttere og beholde fastleger.

En helseleder, som tilhører en kommune som nok ligger helt i det øvre sjiktet blant kommunene i ALIS-Nord, forteller at de bruker 7 millioner *ekstra* for å holde liv i fastlegeordningen i 2019. Og vedkommende legger til at ekstrautgiftene for 2020 fort vil kunne beløpe seg opp mot 9–10 millioner.

FLO [fastlegeordningen] bli stadig mer kommunal.

På grunnlag av resultatene fra surveyen og intervjuene med noen utvalgte helseledere, som viser at det er stor variasjon i hvordan ALIS-Nord-stillingene er innrettet, og hva kommunene gjør for å legge til rette for spesialistutdanningen, vil vi tro at det også er betydelig variasjon i kostnadene. Det vil vi se nærmere på i framtidige undersøkelser.

Positive til den grunnleggende ideen om å legge ansvaret for spesialistutdanningen til kommunene

Selv om kommunene savner en tydeligere oppskrift og er kritiske til eller bekymret for flere forhold ved den nye modellen for spesialistutdanningen i allmenntidisin, slik vi har beskrevet ovenfor, er det mange som framhever at de er positive til den grunnleggende ideen om at kommunene i større grad skal følge opp ALIS.

Vi har mye mer kontroll nå på hva hver enkelt lege gjør nå, fordi kommunen har fått et ansvar for å følge det opp. Så på den måten er det veldig bra. Vi vet at det er noen som er på dem [veileder] og sørger for at de lærer seg det de skal. Og så er vi på dem [veileder] igjen og har fellesmøter og sjekker opp at framgangen er som den skal, og at det faktisk blir gjort.

Veldig bra at det innføres nytt opplegg for utdanningen, men savner grunnmuren [...]

En helseleder forklarer at de tidligere bare har «oppbevart» leger i spesialisering, og nå må de følge opp, og det tenker hun i utgangspunktet at er veldig bra for både ALIS og kommunen.

Flere av helselederne vi har intervjuet, er inne på det samme. De positive utsagnene om den nye modellen etterfølges imidlertid veldig ofte av et «men», og det er som vi har vist ovenfor, gjerne knyttet til at de savner en tydeligere instruks, eller at de opplever det som krevende å legge til rette for spesialistutdanningen på en god måte innenfor de økonomiske rammene som staten legger til grunn.

Eksempler på konkrete tiltak for å legge til rette for gode utdanningsløp

Til slutt i dette kapitlet ønsker vi å peke på noen konkrete tiltak som kommunene har gjennomført for å legge til rette for spesialistutdanningen, og som det kanskje kan være aktuelt for andre kommuner å se hen til.

Ekstra ressurser til administrativ oppfølging

Flere kommuner har opprettet eller planlegger å opprette administrative stillinger for utdanningen. I en kommune har de for eksempel en egen ALIS-koordinator som er ansatt i 25 prosent stilling. Koordinatoren, som er fastlege i kommunen, har det faglige ansvaret for ALIS og vil blant annet ha ansvar for å lage individuelle planer for alle ALIS og være kontaktperson for Dossier (følge opp registrering og ta kontakt hvis ALIS ikke registrerer læringsmål). Koordinatoren vil selv ha ansvar for å veilede enkelte ALIS og i tillegg ha ansvar for å følge opp andre veiledere (tilby kursing m.m.). Dette gjelder for en relativt stor kommune. For to av de siste ansettelsene opplever helselederen at opplegget for utdanning har telt positivt. De som har blitt ansatt, har ifølge helselederen lagt vekt på at kommunen er bedre forberedt og tilbyr tydeligere rammer for utdanningen enn andre kommuner.

I en annen kommune har de planer om å opprette en 20 prosents stilling til utdanning. Den som blir ansatt i stillingen, vil få ansvaret for veiledning av ALIS-Nordstillingen, utvikle utdanningsplan og sørge for at kommunen holder seg oppdatert på nye retningslinjer og regelverk.

Flere andre kommuner viser til at de har gjennomført eller planlegger å foreta grep for å sikre at ledelsen og administrasjonen av fastlegeordningen, generelt og for ALIS, blir bedre. En kommune viser for eksempel til at kommunelegene skal kobles mer på ALIS, og de skal ansette tre kommuneleger i delstillinger framfor å ha en kommuneoverlege. Helselederen forklarer at hun tror det representerer et kjempeløft. Flere andre peker på organisatoriske endringer i retning av at det ansettes ledere med mer avgrenset ansvar for legetjenesten, mens det tidligere har vært vanligere med bredere lederstillinger for helse – dette har vi ikke gått inn i detalj på i intervjuene.

Ekstra ressurser til veiledning

I flere av kommunene har man valgt å legge seg over minimumskravet for veiledning (tre timer). En kommune har for eksempel gitt veileder anledning til å føre timer tilsvarende *inntil* 10 prosent stilling per ALIS. Her har en lege veilederansvar for tre ALIS (hvorav to tilhører ALIS-Nord), og denne legen har altså anledning til å føre timer tilsvarende 30 prosent stilling for veilederrollen. I denne kommunen er veileder næringsdrivende og ALIS på fastlønn. Helselederen forteller at de har ønsket å lage et fleksibelt system som tar høyde for at veiledningsbehovet kan variere både avhengig av tid (typisk vil behovet for veiledning avta over tid) og person (hvor mye veiledning ALIS ønsker og har behov for, vil kunne variere fra person til person). Forløpig opplever veilederen at ingen ALIS ønsker / har behov for så mye veiledning som avtalen med kommunen tillater. Det er altså ikke opplagt at ALIS alltid ønsker veldig mye veiledning. En forutsetning i denne modellen er at veileder er villig til å godta usikkerheten som følger med at timeantallet ikke er nøyaktig fastsatt.

Utdanningspakke

En helseleder forteller at de har laget en egen «utdanningspakke» for ALIS. Det innebærer at ALIS mottar god kompensasjon for fravær for kurs og veiledning og får dekket alle utgifter som ikke dekkes av legeforeningens utdanningsfond, og at veileder kompenseres med seks timer for veiledning per uke. Disse tiltakene blir samlet omtalt som «utdanningspakken». Denne pakken vil gjelde for alle ALIS, kanskje med unntak av timeantallet for veiledning som er satt langt over minimumskravet for ny forskrift, blant annet med bakgrunn i at de mottar tilskuddsmidler for stillingen fra ALIS-Nord-prosjektet.

«Viktig å være tett på»

I intervjuene med helseledere har vi stilt spørsmål om de har noen tips til andre kommuner når det gjelder tilrettelegging for spesialistutdanningen. Flere av de vi har intervjuet, framhever da at det er veldig viktig at helselederen er tett på i oppfølgingen av ALIS og veiledere. En helseleder forteller for eksempel at helseleder, ALIS og veileder møtes i fellesskap en gang hver tredje måned. I tillegg er helselederen opptatt av at terskelen for å ta kontakt underveis skal være lav. Hensikten er å få avklart ting fortløpende og sikre at det ikke oppstår misforståelser om ansvars- og rollefordeling.

Skape gode fellesskap

Flere av helselederne framhever at det er viktig å skape en større helhet og et sammensveiset fagmiljø, framfor at alle sitter inne på hvert sitt kontor. Det gjelder for alle legene, men i særdeleshet de unge legene. Helselederen i en kommune, der de fleste fastlegene tilhører ett stort kommunalt kontor, forteller at det settes av god tid til daglige morgenmøter, og at de i tillegg møtes en gang i måneden for å ha undervisning/diskusjon om en faglig problemstilling. Helselederen er selv til stede på en del av disse møtene. Hovedpoenget er å skape en arena for å diskutere, snakke og spørre. En helseleder påpeker at denne typen aktiviteter i seg selv kan forstås som en del av supervisjonen.

Fellesskap mellom alle legene ved kontoret er veldig viktig. De møtes hver morgning klokka 8. Diskuterer både fag og sydentur.

Forsiktig arbeidsbelastning

Flere av helselederne vi har intervjuet, er opptatt av at arbeidsbelastningen for ALIS ikke må bli for høy til å begynne med. Som vist i kapittel 3 har mange satt et listetak. Helselederen i en kommune som legger opp til forsiktig progresjon i arbeidsbelastningen underveis, uttrykker det på følgende måte: «viktig å unngå at førsteåret blir helt jævlig».

Generelle tiltak for å styrke fastlegeordningen

Som vist ovenfor har flere av kommunene innført målrettede tiltak for å legge til rette for spesialistutdanningen. Videre er det flere helseledere som framhever at den viktigste forutsetningen for å skape gode utdanningsløp, er at fastlegeordningen i kommunen fungerer bra, og at de derfor legger vel så mye vekt på å sikre at de etablerte fastlegene har det bra. I den forbindelse er det også flere som framhever at det faglige er vel så viktig som det økonomiske.

Universelle løsninger

Som nevnt i kapittel 1 ønsker ALIS-Nord-prosjektet å bidra til at kommunene utvikler gode systemer for utdanningsløp som gjelder for alle ALIS, både ALIS som deltar og ikke deltar i prosjektet. De fleste helselederne vi har intervjuet, oppgir at tiltakene de har innført for å tilrettelegge for spesialistutdanningen i allmennmedisin, vil gjelde alle ALIS (nåværende og framtidige). Det viktigste unntaket vi kjenner til, er at noen tilbyr særskilte vilkår for de økonomiske betingelsene for ALIS-Nord-stillingen. Det gjelder særlig de to næringsstillingene med etableringstilskudd (se tabell 3.2), i tillegg er det noen som er usikre på om de vil kunne opprettholde antall veiledningstimer på det samme nivået for alle ALIS.

Vi må heller tenke sånn at vi drar nytte av det vi lærer i ALIS-Nord til alle våre ALIS.

4.4 Vurdering av deltakelse i ALIS-Nord

Surveyen viser at de fleste helselederne generelt opplever at deltakelsen i ALIS-Nord-prosjektet er nyttig for deres kommune.

Tabell 4.4 I hvilken grad opplever du at deltakelsen i ALIS-Nord-prosjektet er nyttig for din kommune?

| | N |
|------------------------------|----|
| Svært stor grad | 5 |
| Stor grad | 13 |
| Verken stor eller liten grad | 4 |
| Liten grad | 2 |
| Svært liten grad | 0 |

I intervjuene med helselederne, samt kommentarer i åpne tekstfelt i surveyen, kommer det fram at mange kommuner har fått bistand av prosjektet (leder eller regional koordinator) blant annet til utarbeidelse av utdanningsplan, tolkning av regelverk for ny spesialistutdanning og utforming av rekrutteringsstrategier. Når det gjelder rekruttering, er det flere kommuner som opplever at «ALIS-Nord-merkelappen» i seg selv har bidratt positivt. Videre blir nettverk, fellesskap og erfaringsutveksling ofte nevnt på spørsmålet om hva kommunene har fått ut av å delta i ALIS-Nord så langt. Det virker som om mange opplevde det som veldig nyttig å delta på konferansen i Bodø (6. november 2019), og det er liten tvil om at deltakerkommunene ønsker flere slike samlinger/treffpunkt i tiden framover.

På den mer kritiske siden er det flere kommuner som etterlyser mer aktiv oppfølging og informasjonsdeling fra prosjektet, og enkelte kommuner mener at prosjektet i større grad burde ha blitt innrettet mot ALIS-Nord-legene. Vi har også inntrykk av at noen kommuner helst ønsker å få servert mer ferdig snekrete modeller for spesialistutdanningen enn det ALIS-Nord-prosjektet tilbyr. Som beskrevet i kapittel 1 legger prosjektledelsen til grunn at kommunene skal ha en aktiv rolle i utviklingen av planer og system, slik at modellene for spesialistutdanning best mulig tilpasses lokale forhold og gis solid lokal forankring/eierskap, og noen kommuner har nok forventet at de ved å delta i ALIS-Nord-prosjektet skulle komme til et mer dekket bord. I den første fasen av ALIS-Nord har vi inntrykk av at det først og fremst er kommunene som selv har tatt initiativ og satt av ressurser til å utvikle utdanningsmodeller som har fått utbytte av å delta i ALIS-Nord-prosjektet, ved at de har hatt tilgang til en sparringpartner i dette arbeidet. Videre i prosjektet blir det trolig viktig for partene å avklare roller og forventninger seg imellom.

Blant de helselederne vi har intervjuet, er det særlig én helseleder som gir uttrykk for at ALIS-Nord-prosjektet i liten grad lever opp til kommunens forventninger.

Så for meg at dette skulle bli noe større, men forventningen har ikke blitt innfridd.

Når det gjelder vurderingen av deltakelse i ALIS-Nord, er det også mange helseledere som påpeker at det er for tidlig å trekke noen slutninger nå. Det er viktig å understreke at ALIS-Nord-prosjektet er et ungt prosjekt. 2019 fungerte som et etableringssår, med rekruttering til stillinger av både ALIS og koordinatorene. 2020 er det første (mer) ordinære driftsåret. Prosjektleder og prosjektmedarbeiderne hadde opprinnelig en plan om å besøke alle ALIS-Nord-kommunene i løpet av våren 2020. Det ble forhindret av koronapandemien. Det ble isteden gjennomført digitale møter med alle

deltakerkommunene i mai/juni 2020. Møtene hadde en tidsramme på inntil to timer, og fra kommunene deltok ALIS, veileder og helseleder. En av hovedkonklusjonene var at prosjektet burde bidra til mer kontakt mellom ALIS-Nord-kommunene (nettverk). Prosjektledelsen har respondert på dette og sendte i sommer invitasjon til en samling i Bodø 29.–30. september for ALIS, veiledere og helseledere i kommuner som søker til Helgelandsykehuset og Nordlandssykehuset. En tilsvarende samling vil bli avholdt i Tromsø 8. og 9. oktober for kommuner som søker til UNN og Finnmarksykehuset. Den aktuelle koronasituasjonen vil avgjøre om dette lar seg gjøre.

Møtene som er gjennomført den siste tiden, og treffene/samlingene som er planlagt høsten 2020, vil trolig bidra til at kommunene opplever prosjektet som mer aktivt og i noe større grad rettet mot ALIS. Det vil vi undersøke nærmere i framtidige survey- og intervjuer.

Til slutt

Det kan kanskje framstå som et paradoks at helselederne opplever at man i stor grad må «finne opp kruttet» på egen hånd (som vist i kapittel 4.3), samtidig som de gir uttrykk for å være fornøyd med å delta i ALIS-Nord-prosjektet. En mulig forklaring er at vurderingene av ALIS-Nord er betinget av at det er et ungt prosjekt. Mange helseledere opplever dessuten at det ikke finnes noen helstøpt modell for spesialistutdanningen på nasjonalt nivå. Det kan hende at det bidrar til å forklare hvorfor man i kommunene har forståelse for at de på regionalt nivå i ALIS-Nord-prosjektet ikke klarer å løse alle utfordringene på kort sikt. Tvert imot kan det kanskje tenkes at det nettopp er mangelen på en tydelig nasjonal instruks som forklarer hvorfor de opplever det som nyttig å inngå i et nettverk med flere andre kommuner.

5 ALIS sine erfaringer

I dette kapittelet tar vi utgangspunkt i datamaterialet fra intervjuer med ALIS. Vi ser nærmere på hvorfor ALIS har ønsket å begynne i ALIS-Nord-stillingene, og hvilke preferanser de har for driftsform. Videre ser vi på hvordan de opplever at opplegget for spesialistutdanning i allmennmedisin og deltakelsen i ALIS-Nord-prosjektet fungerer, og hvilke tanker de har om videre karriereplaner.

5.1 Motivasjon for å begynne i ALIS-Nord-stillingen

I intervjuene med ALIS innledet vi med å stille et spørsmål om hvorfor de har søkt og takket ja til å begynne i stillingen. Vi har stilt direkte spørsmål om betydning av ALIS-Nord hvis respondentene ikke har tatt det opp på eget initiativ. Ellers har ALIS reflektert fritt over spørsmålet om hvorfor de har begynt i stillingen.

Allmennmedisin versus sykehus

På spørsmålet om hvorfor ALIS har søkt og takket ja til stillingen, begynner de ofte med å reflektere rundt fordelene og ulempene med å bli allmennlege versus sykehuslege. Variasjonen i arbeidsoppgaver, muligheten til å jobbe normal arbeidstid (dagtid) og verdien av å bli kjent med pasienter over tid trekkes ofte fram som fordeler ved fastlegeyrket. Noen trekker også fram autonomi, «større mulighet til å kontrollere ting selv», som en fordel. Det at man i stor grad står alene, blir av mange framhevet som den største ulempen ved fastlegeyrket. Det gjelder både sosialt og faglig.

Liker godt det at du treffer mye folk, og den måten å jobbe på ... dagene går fort, og det er liksom ingen dager som er like, og det er spennende sånn sett. Men det er klart, det har jo både fordeler og ulemper. Det er jo mer sosialt på sykehus og mer faglig miljø, og man får snakket mer og diskutert ting, så det er mange fordeler der òg.

I intervjuene kommer det fram at mange ALIS er opptatt av å finne en god balanse mellom fritid og jobb. Flere er i en etableringsfase med små barn eller i ferd med å begynne å tenke på det, og noen påpeker at de har valgt å bosette seg i Nord-Norge på grunn av naturen og mulighetene for et rikt friluftsliv. Når ALIS reflekterer over hvorfor de har valgt allmennpraksis framfor sykehus, kommer det fram at flere har tenkt at mulighetene for å få til en god balanse mellom jobb og fritid er bedre i allmennpraksis, særlig fordi de slipper å gå turnus med lange vakter og veksling mellom dag og natt, og at det har bidratt til å tippe valget deres i retning av allmennpraksis.

Jeg har alltid hatt en oppfatning av at jeg ikke ønsker å bruke livet mitt på jobb. Jeg har jo veldig mange andre ting som jeg synes er kult ... Da så jeg jo tidlig at fastlege kunne være et alternativ, altså det er jo vakter, men ikke sånn som på sykehus der du går døgnvakter flere ganger i uka, og man må liksom legge hele sjela i det.

Jeg tror at de unge som er nyutdannet i dag, de er andre typer leger enn det det var før ... eh ... jeg tror at folk har lyst til å være mer hjemme sammen med familien sin, de ønsker å kunne jobbe åtte til fire.

En ALIS, som tidligere har jobbet flere år ved sykehus og opplevd det som veldig belastende og lite familievennlig, gir uttrykk for at hun har forhåpninger til at fastlegejobben skal bli mindre belastende:

Det er tungt å kjenne at liksom yrket ditt spiser alt ... kreativiteten forsvinner, drømmer forsvinner, altså det er bare, du har blitt lege, da, og det er det eneste som står igjen ... så jeg håper å bli fastlege med å være litt [ALIS sier sitt navn] i tillegg.

Selv om mange har en forhåpning til at de vil finne en god balanse mellom arbeid og fritid som fastlege, er det flere som legger til at de er tvilende til om forventningene faktisk vil bli innfridd. De fleste vi har intervjuet, uttrykker en bekymring for utviklingen i fastlegeordningene de senere årene, med stadig mer press på ordningen og veldig høy arbeidsbelastning for mange etablerte fastleger («fastlegekrisen»). Som vi kommer tilbake til i kapittel 5.5, bidrar det til at flere ALIS er avventende til om de ønsker å bli fastlege.

Resultatene fra intervjuene, som viser at de unge legene legger stor vekt på å finne en god balanse mellom fritid og jobb, samsvarer i stor grad med resultater fra andre studier og evalueringer, herunder evalueringen av ALIS-Vest.¹⁸

For helselederne i kommunene er det viktig å ha en forståelse av at de unge legene ikke ønsker å vie livet sitt utelukkende til legegjerningen, slik tidligere generasjoner med leger kanskje har vært mer tilbøyelige til å gjøre. Når det gjelder tilrettelegging for spesialistutdanning i allmennmedisin, er det viktig å ta hensyn til dette ved å sørge for at ALIS gis tilstrekkelig med tid til utdanning, og at dette ikke er noe som kommer på toppen av en ordinær stilling.

Betydning av ALIS-Nord

I intervjuene med ALIS har vi spurt om ALIS-Nord-prosjektet har hatt noen betydning for deres valg om å begynne i stillingen. Det er en del variasjon i svarene. Noen ALIS forteller at ALIS-Nord-prosjektet – så vidt de kan huske – ikke ble nevnt i rekrutteringsprosessen, og at tilbudet om å delta i prosjektet har dukket opp i etterkant, og én respondent er fortsatt litt usikker på om hun er med i prosjektet. For disse legene har prosjektet altså definitivt ikke hatt noen betydning. (Dette rimer med kommunenes rapportering om at en del stillinger har blitt lyst ut uten henvisning til ALIS-Nord, og at noen interne leger har fått direkte tilbud om å delta, se tabell 4.1.)

Stillingen ble ikke utlyst som ALIS-Nord-stilling. Den ble omgjort til det i ettertid, når det ble klart at kommunen kom med i ALIS-Nord. Det skjedde i etterkant. ALIS-Nord var ikke et tema på noen som helst måte ved ansettelse. Det var ikke forespeilet ALIS-Nord. Det var vel ingen som visste hva det var, da jeg begynte.

¹⁸ Seppola-Edwardsen, H. & Brandstorp, H. (2018) Utdanningsstillinger i allmennmedisin: ALIS-Vest fokus på rekruttering og stabilisering [<https://www.nsdm.no/wp-content/uploads/2018/04/NSDM-rapport-Utdanningsstillingeri-ALIS-Vest-April2018.pdf>]

De fleste som vi har intervjuet, gir imidlertid uttrykk for at ALIS-Nord har bidratt til å forklare hvorfor de har søkt og takket ja til stillingen. Vi ser at det er to hovedgrunner til at ALIS har ønsket å bli med i ALIS-Nord-prosjektet.

1 Noen ALIS har hatt en – ofte litt vag – forestilling om at tilknyttingen til ALIS-Nord-prosjektet vil bidra til å sikre at opplegget for spesialistutdanningen blir bra. Flere forteller at de har hørt om ALIS-Vest, og når utlysningen til ALIS-Nord dukket opp, har de tenkt at dette er noe tilsvarende for Nord-Norge, og at det er veldig positivt. Det har tydeligvis gått en del rykter om disse stillingene.

Hadde jo hørt om prosjektet, egentlig bare tittelen og litt om at det var et rekrutteringsprosjekt, men det var ikke løftet frem hva prosjektet inneholdt og innebar, ble først presentert på intervju ... også der var det ikke helt kartlagt hva det inneholdt ... **Opplever du at det var uklart for de som ansatte deg?** Ja, det var i hvert fall den følelsen jeg satt igjen med. At det var såpass nytt at man egentlig ikke visste helt hva det innebar.

Jeg har en god venninne i ALIS-Vest ... så jeg har jo visst om disse stillingene en god stund, og tenkt at ja, det hørtes ikke så dumt ut, det der.

2 Noen ALIS sier at det er de særskilte vilkårene for stillingene som har vært avgjørende. Det gjelder særlig for to ALIS som har fått veldig gunstige vilkår for næringsdrift.

Det var faktisk tre hjemler som lå ute, før ALIS-Nord kom opp i bildet, og jeg søkte ikke på hjemlene før det kom ALIS-Nord-tilskudd, og det var rett og slett på grunn av det økonomiske. Jeg synes det var vanskelig ... altså det hadde gått rundt, men det hadde gått litt dårligere rundt.

Det er relativt sjelden at ALIS-Nord-stillingene gis særskilte økonomiske vilkår (se nærmere beskrivelse i kapittel 4.3), men det er tilfellet for disse stillingene, og det har åpenbart hatt en positiv effekt på rekruttering.

I intervjuene kommer det også fram at enkelte ALIS har en forståelse av at de har fått tilbud om fastlønn med relativt lav listelengde, fordi stillingen er knyttet til ALIS-Nord, og at kommunen normalt ville utlyst stillingen med næringsdrift. Ut fra denne forståelsen gir de uttrykk for at ALIS-Nord-prosjektet har hatt stor betydning for deres jobbvalg.

Det [ALIS-Nord] har vært avgjørende i den forstand at jeg slapp å kjøpe en liste og binde meg opp til det. [...] jeg har jo lyst til å bli fastlege, men jeg har ikke vært mer sikker enn at hadde det vært sånn at om jeg måtte ta opp et stort lån og kjøpe en liste, så hadde jeg nok sannsynligvis ikke gjort det. Da hadde jeg sikkert sittet på sykehuset nå, i en stilling der. Så det at man kan få prøve seg med normal oppsigelsestid, det tenker jeg at er en nøkkel for at man tør å ta sjansen.

Lokal tilhørighet

Mange ALIS har en form for tilhørighet til området hvor de har begynt å jobbe, ved at de har vokst opp der, og/eller at de har jobbet der tidligere (se tabell 3.7). Det samme gjelder for flere av de vi har intervjuet, og lokal tilhørighet blir ofte framhevet som en av hovedgrunnene for at de har valgt å begynne i stillingen: «fordi jeg er herifra og kunne tenke meg å bli fastlege.»

Det er ikke alltid at planen om å flytte tilbake er like fastsatt. En ALIS forteller at han egentlig ikke hadde noen plan eller sterkt ønske om å flytte tilbake til hjemkommunen, men at han endte opp med å gjøre det fordi kommunen utlyste en stilling med veldig gode betingelser.

Noen av de vi har intervjuet, har hatt turnus/LIS1 eller vikariat ved kontoret der de nå har begynt som ALIS. De framhever at positive erfaringer, særlig i form av god veiledning og godt fagmiljø, bidrar sterkt til å forklare deres valg om å begynne i stillingen.

Vi har en veldig erfaren allmennlege på kontoret, som veileder oss alle, og som er utrolig flink, og som pensjonerer seg om noen år, og da tenker jeg at det var en fin person å lære av i alle fall noen år fremover, god til å sette grenser ... så det var litt av motivasjonen, det at jeg trivdes så godt i LIS1 her, at jeg godt kunne tenke meg å fortsette, og vi var på en måte ikke helt ferdig med å bo i Nord-Norge, da.

Det er også flere som peker på forhold som ikke er direkte knyttet til jobben, for eksempel partners mulighet for å få jobb, og at naturen og de rike mulighetene for friluftsliv har vært avgjørende for valget deres om å begynne i stillingen. Til slutt, når det gjelder legenes jobbvalg, er det mange som understreker at det er mange faktorer som spiller inn samtidig, og at det ikke minst er mye tilfeldigheter.

5.2 Preferanser for driftsform

Som vist i det forrige kapittelet har helselederne i kommunene slitt med å rekruttere ALIS til næringsdrift. I intervjuene med ALIS har vi stilt mer inngående spørsmål om legenes preferanser for næringsdrift. I utvalget vi har intervjuet, inngår det tre ALIS som for øyeblikket har næring. De øvrige har fastlønn uten bonus (to ALIS) eller med bonus (fem ALIS).

Begrunnelse for ønske om fastlønn

I intervjuene kommer det fram at det er flere grunner til at ALIS ønsker fastlønn. Flere framhever at de ikke ønsker å binde seg til stillingen, siden de fortsatt er usikre på om de skal bli fastlege, og/eller usikre på om de ønsker å bli værende i kommunen på lengre sikt. Det er tydelig at ALIS anser det som langt mer forpliktende å inngå avtale om næringsdrift. Nøyaktig hvorfor de anser det som mer forpliktende, blir vanligvis ikke eksplisitt begrunnet i intervjuene.

En annen grunn, som blir pekt på som avgjørende av flere ALIS, er at de ønsker å konsentrere seg om det faglige framfor å styre med administrasjon og økonomi – de ønsker ikke å «drive butikk». En tredje grunn, som ofte blir framhevet i intervjuene, er at ALIS ønsker trygderettighetene som følger med kommunal ansettelse.

Synes jo det er veldig greit å starte med, sånn som nå, at det på en måte er kommunalt kontor og fastlønn, altså at du slipper å være selvstendig næringsdrivende, for det tror jeg kan være en del i starten, det her med at du skal drive en business samtidig som du skal sette deg inn i å være fastlege og spesialisering ... så jeg synes jo det var veldig greit, det var på en måte en fast sum, og du hadde liksom alle rettigheter og at det eneste du trengte å tenke på, er pasientene, og du møter opp på jobb, og så drar du når du er ferdig. Men jeg ser jo det at jeg kunne sikkert tjent bedre som selvstendig næringsdrivende, men det hadde jo vært mer jobb.

Fastlønn med bonus

Fastlønn med bonus er den klart vanligste driftsformen for de 26 ALIS-Nord-stillingene vi har oversikt over (se tabell 3.1). Vi har intervjuet fem ALIS som har fastlønn med bonus, og alle gir uttrykk for at de er veldig fornøyd med denne ordningen. En av de som har ordinær fastlønn, forteller at han ønsker å gå over til fastlønn med bonus, og en annen ALIS forteller at han ser for seg at det kan bli aktuelt på sikt. Flere ALIS framhever at fastlønn med bonus er en gunstig avtale for kommunen, siden det gir bedre og mer korrekt takstføring. Den korte forklaringen på dette er at når ALIS er fast ansatt uten bonus, påvirkes ikke inntekten deres av takstføringen. Da går alle inntektene fra det de takster, til kommunen. Når ALIS derimot får en andel av disse inntektene, vil de få et sterkere insentiv til å registrere alt de gjør, mest mulig presist, og det kan i sin tur bidra til å øke inntektene til kommunen, selv om bonusen ikke nødvendigvis bidrar til å øke legenes produktivitet. I tillegg er det flere som påpeker at det er fint å ha mulighet til å tjene litt mer mot at de jobber litt mer, og at de tror at ordningen med bonus vil kunne bidra til å gi mer effektiv drift.

Tror at det hadde vært en lur måte å jobbe på, for det er jo ikke noe tvil om at folk blir sløve med takstingen og sånn, når man liksom ikke får noe igjen ut av det. Sånn er det jo bare ... Tror man kanskje kunne vært mer effektiv og taksta bedre hvis man hadde fått en liten prosentandel av det.

Bonusen er vanligvis innrettet slik at ALIS mottar om lag 20 prosent av egenandeler og takstinntekter (HELFO-refusjon). Ingen av de vi har intervjuet, har gitt uttrykk for at de ønsker å justere innretningen på bonusen.

Overgangsavtaler – hva tenker ALIS om å gå over til næring etter en stund?

I intervjuene har vi ikke stilt direkte spørsmål om legenes preferanser for overgangsavtaler, som har blitt skissert som en mulig løsning for å opprettholde næringsdrift i Nord-Norge, se kapittel 4.2. Men vi ser at enkelte ALIS trekker fram tidsdimensjonen og forteller at de først og fremst ikke ønsker å starte med næringsdrift, «synes jo det er veldig greit å starte med, sånn som nå, at det på en måte er kommunalt kontor og fastlønn». Det gir en indikasjon på at noen er tilbøyelige til å gå over til næring etter en stund. Det er også rimelig å anta at noen av de sentrale innvendingene mot næringsdrift, særlig det at ALIS ikke ønsker å binde seg på grunn av usikkerhet knyttet til videre karriere og bosted, og til dels det at man ønsker å sette seg inn i det faglige (se avsnitt ovenfor), vil bli mindre aktuelle etter noen år. Disse resultatene indikerer at overgangsavtaler vil kunne fungere som en løsning for å opprettholde næringsdriftsmodellen i kommuner som sliter med å rekruttere til næringsdrift. Om det faktisk er lettere å rekruttere unge leger til overgangsavtaler, må testes ut i praksis.

Begrunnelse for ønske om næringsdrift

Selv om de fleste ALIS ønsker fastlønn, er det viktig å understreke at det finnes en del unntak. Vi har intervjuet tre næringsdrivende ALIS som alle gir uttrykk for at de helt klart foretrekker næringsdrift framfor fastlønn. Begrunnelsen de gir, er ganske lik. De framhever at friheten og autonomien som følger med å være selvstendig næringsdrivende, er avgjørende. En ALIS peker for eksempel på at hun har veldig god mulighet til å følge opp barn i barnehage/skole og planlegge ferier, siden hun i stor grad selv bestemmer når hun skal jobbe. Hun understreker at det samme ikke gjelder for fastlønnte leger, enten de jobber ved sykehus eller i allmennpraksis. I tillegg kommer det

fram at de liker å ha et økonomisk insentiv for å drive effektivt, og at de blir motivert av at det er en nær sammenheng mellom aktivitet/arbeidsinnsats og inntekt.

Elsker å ha privat næring. Jobber man mer, tjener man mer, og det utrolig motiverende. Og jeg har alltid vært en arbeidsmaur, og nå får jeg betalt for det.

Personlig var jeg egentlig ganske klar på at jeg ikke ville være fastlønnet, fordi at der jeg var i turnus, der var det veldig ... der var alle fastlønnet, og der var ... jeg vil si at effektiviteten og den arbeidsmoralen var mye dårligere enn ved det kontoret jeg har søkt på stilling, så jeg fikk litt sånn dårlig, hva skal jeg, en dårlig opplevelse av det å ha fastlønn.

Nærmere om vilkår

I intervjuene snakker ALIS som oftest om sine grunnleggende preferanser for driftsform uten å drøfte nivå for vilkår mer inngående. Det har vi ikke stilt nærmere spørsmål om, men i enkelte tilfeller har ALIS fortalt at det er nivået på næringsavtalen de har blitt tilbudt, som er hovedproblemet mer enn at de har en aversjon mot næringsdrift per se. Følgende sitat gir et eksempel på det.

Ingen garantert inntekt, og så var det 25 000 garantert i utgifter hver måned, som man måtte betale til legekantoret. ... Det å ta en stilling der du garantert har utgifter og ingen inntekt, det går ikke i en etableringsfase, det burde jo være selvinnløsende.

Som vist i kapittel 4.3 har helselederne i kommunene som vi har intervjuet, lagt opp til at vilkårene for ALIS-Nord-stillingen ikke skal skille seg fra de øvrige ALIS-stillingene. De fleste vi har intervjuet, forteller at de har like vilkår som alle andre, men det er enkelte unntak. De som har inngått avtale med særlig gunstige økonomiske betingelser, sier at de selv kjenner på at det er litt urettferdig. En ALIS forteller at kollegaene ved kontoret gir uttrykk for at de selv ønsker bedre vilkår. Frustrasjonen rettes ikke direkte mot ALIS-Nord-legen, som opplever at hen har blitt tatt imot på en veldig god måte. Den er snarere knyttet til ledelse på et høyere nivå (kommunalt og særlig nasjonalt).

5.3 Spesialistutdanningen i allmenntid

ALIS savner (også) en oppskrift

Som vist i kapittel 4.3 savner de kommunale helsedirektørene tydeligere retningslinjer for hvordan de skal ivareta sin nye rolle som utdanningsvirksomhet. Flere ALIS forteller at de har lagt merke til det.

Tror det hadde vært veldig fint hvis både de her kommunale ledere og de her veilederne hadde fått litt mer kursing og litt mer opplæring i hva det her er for noe ... Det tror jeg hadde gjort det lettere for alle, altså at ting var mer på plass når man begynte ... Også er det jo veldig behagelig hvis noen kan det godt, jeg mener det her med datasystemet og hvordan ting skal registreres ... men det jo alltid sånn at når man innfører nye ting, at det tar litt tid.

I intervjuene med ALIS er det flere som framhever at de synes læringsmålene i den nye utdanningsmodellen er diffuse. De er usikre på hva de må gjøre for å oppnå læringsmålene, og ikke minst hvordan de skal dokumentere dette. En ALIS forteller at

hun er redd for at det de gjør, ikke vil lede fram til at hun får læringsmålene godkjent. Fra intervjuene har vi fått inntrykk av at det er mange ALIS-veilederduoer der ute som etter beste evne forsøker å finne ut av dette på egen hånd.

Det blir veldig opp til meg og min veileder som også føler at hun har litt mangelfull kursing og instruksjon i hva vi skal gjøre når, så det synes jeg har vært mangelfullt.

Det er tydelig at klarheten knyttet til læringsmål, samt utfordringer med Dossier, har skapt en del frustrasjon. Mange understreker at læringsmålene bør konkretiseres i større grad. Samtidig er det flere som gir uttrykk for at de begynner å finne ut av dette nå, og at de først og fremst opplever at det handler om oppstartsvansker.

Flere viser til at de har opplevd noe av det samme for LIS1, det vil si den første delen av den nye spesialistutdanningen som er lik for alle, og at de har troen på at brikkene snart vil falle på plass etter hvert som man får litt mer erfaring med LIS3.

Så det blir nok litt sånn der oppstartsvansker. Men ut fra hvordan det var i LIS1, så endret de jo litt på læringsmål og aktiviteter underveis, når de så at alt ikke lot seg gjennomføre, og ikke alt var relevant, så jeg ser for meg at LIS3-ordningen i allmennmedisin også vil ha litt startvansker, noe den allerede har hatt med at Dossier tok så lang tid å få opp, men jeg har likevel troen på at det vil bli et greit opplegg, og det er jo fint også med den systematiseringen av læringsmål og ting man skal oppnå, egentlig, da kan man stille litt krav til at man faktisk skal gjennom disse punktene, så jeg synes det har fungert greit til nå.

Sånn har det vært litt i LIS1 også, for jeg var jo ... det er kanskje en fordel å ha turnustiden i den nye ordningen, og var litt prøvekanin for kommunen der også, fordi de ikke hadde hatt LIS1 før, de hadde bare hatt turnusleger, så vi kjenner, både leder og jeg, allerede til Dossier-systemet, og vi kjenner også til at læringsmålene ikke alltid er helt konkret formulert, men at man kan jobbe litt sammen for å finne ut hvordan man kan oppnå ulike læringsmål, da, det er noe vi drøfter.

Veiledning og supervisjon

I intervjuene med ALIS har vi stilt spørsmål om hvordan de opplever at veiledningen og supervisjonen fungerer. De fleste sier at de er fornøyd med veilederen, og at de får den støtten de behøver for å utføre arbeidet som fastlege, selv om noen riktignok opplever at de foreløpig ikke helt har funnet ut av formen på dette (for eksempel hvor ofte de skal møtes, og varighet på veiledningstimer). Enkelte ALIS påpeker at kommunen ikke har satt av tilstrekkelig med ressurser til å kompensere veileder. Det gjelder særlig for en kommune der vi har snakket med to ALIS. Hovedproblemet er at verken ALIS eller veileder er helt sikre på om de gjør dette på en måte som fører fram til at læringsmålene og til slutt hele utdanningen blir godkjent. Med bakgrunn i dette framhever flere at veilederne og ALIS selv bør få bedre opplæring i hvordan dette skal gjøres.

I intervjuene gir flere ALIS uttrykk for at betydningen av god veiledning vanskelig kan overvurderes. To ALIS viser til at positive erfaringer med veileder ved LIS1 har vært avgjørende for at de i det hele tatt har ønsket å bli fastlege.

For rekruttering og stabilisering av hele ordningen er det jo helt avgjørende at du får ordentlig veiledning og trives, sånn som jeg sa det, at jeg hadde så god

veiledning i turnusen, var jo det som gjorde at jeg hadde lyst til å bli allmennlege. Jeg hadde ikke tenkt til å bli allmennlege før det.

Supervisjon

I intervjuene med ALIS kommer det fram at heller ikke de har en helt klar forståelse av distinksjonen mellom veiledning og supervisjon. Flere forteller at veileder både står for veiledningen og supervisjonen. En ALIS tolker det for eksempel slik at supervisjon er det som skjer når veileder er til stede i rommet for å observere/overvåke legens praksis, som er nødvendig for at legen skal få dokumentert oppnåelse av læringsmål, mens veiledning er samtaler én til én mellom ALIS og veileder (generell undervisning, diskusjon om spesifikke hendelser i etterkant o.l.). En annen forteller at veiledningen skjer en gang i uken, til avtalt tid med individuell veileder, og om det dukker opp noen spørsmål i løpet av dagen, kan hun gå til hvem som helst på kontoret (stort kontor med mange spesialister). Det siste, supervisjonen, tas uformelt/kollegialt.

Gruppeveiledning

De vi har intervjuet, som har begynt i gruppeveiledning, mener at det fungerer bra. Flere venter fortsatt på å komme i gang med det. En ALIS som selv fikk plass nesten med en gang, forteller at «Det her med veiledergruppe tror jeg er en sånn akilleshæl for mange. Veldig rødt hvilken tid disse veiledningsgruppene opprettes». Dette inntrykket er basert på at han kjenner til kollegaer ved kontoret (ikke ALIS-Nord) som har ventet lenge. Han omtaler det som «jævlig flaks» at han fikk plass med en gang. De vi har intervjuet, har ikke gitt uttrykk for å være veldig utålmodige foreløpig. Det er ikke så rart siden de fleste nokså nylig har begynt.

I tillegg til den ordinære gruppeveiledningen, som er obligatorisk for alle, er det noen som forteller at de deltar i ulike former for intern gruppeveiledning. En ALIS, som tilhører et større kontor med to andre ALIS, forteller for eksempel at de har en intern veiledningsgruppe på kontoret, der de anonymt drøfter kasuistikker. Dette kommer da i tillegg til individuell veiledning og ordinær gruppeveiledning, og det opplever hun at fungerer veldig bra.

Vurdering av kommunens rolle som tilrettelegger for spesialistutdanningen

I intervjuene gir de fleste ALIS uttrykk for at de hovedsakelig er fornøyd med opplegget for spesialistutdanningen i kommunen og oppstarten mer generelt. De er stort sett fornøyd med tilbudet om individuell veiledning og synes det fungerer greit med kurs. Noen ønsker at arbeidsbelastningen reduseres noe. Men det er få som mener at arbeidspresset per i dag er uoverkommelig (se nærmere beskrivelse av et unntak senere), og flere har en forståelse av at de i så måte er skjermet for den situasjonen mange fastleger står i nå. Det er ganske få som har begynt å tenke på institusjonstjenesten. Noen viser til at de savner individuelle utdanningsplaner.

I intervjuene kommer det fram at ALIS selv må finne fram til og søke på kurs, og at det ofte er noe de diskuterer med veileder. Det er ingen kommuner som har laget en fiks ferdig plan for kurs, så vidt vi vet. En ALIS gir uttrykk for at han ønsker et mer definert utdanningsløp, med definerte moduler/pakker, uten at han selv må ta stilling til innhold eller tidspunkt. Han har inntrykk av at løpet er mer definert og organisert andre steder, og viser konkret til det han har hørt om det fra danske kollegaer. Ellers er det ingen som sier at de har noen særlige forventninger eller et sterkt ønske om å få bedre tilrettelegging for kurs, eller reagerer på at de selv må ta initiativ til det. Det

ALIS er fornøyd med, slik vi forstår det, er at kommunen gir dem kompensasjon for å delta på kurs, og at de stort sett opplever det som uproblematisk å få fri til å delta på kurs.

Jeg skal på grunnkurs nå i februar, og da ga jeg bare beskjed til lederen på kontoret at de dagene blir jeg borte på grunn av kurs, og hun bare «det går fint», og så ordner hun timeboka mi ... Og så gjør hun da en avtale med de andre om at de dagene jeg er borte, så tar de øyeblikkelig hjelp eller hvis det skulle være noe, så det går veldig smud, egentlig.

Frustrasjonen knyttet til at læringsmålene er diffuse, og at det er uklart hvordan LIS3 skal gjennomføres (se avsnitt ovenfor), blir ikke primært rettet mot kommunen, men i større grad mot nasjonale myndigheter som har rullet ut et nytt system i stor skala før det er ordentlig på plass.

Selv om de fleste er rimelig fornøyd med opplegget for spesialistutdanningen, finnes det noen unntak, det gjelder særlig for en av de ALIS som vi har intervjuet. I intervjuet kommer det fram at denne legen opplever å ha kommet inn i en veldig kaotisk situasjon. Legen jobber på et kontor uten spesialist i allmennmedisin i en distriktskommune. Hen har ekstern veileder, og de treffes bare én gang i måneden. Det gjør at hen føler seg veldig alene. Legen forteller at hen måtte starte med å rydde opp i masse uavklarte epikriser og blodprøvesvar uten at det egentlig var satt av tid til dette. Som kommunal oppgave har legen fått aleneansvar for sykehjem. Det oppleves som veldig utfordrende. Legen er også frustrert over at kontoret var dårlig utstyrt, og at forslaget til arbeidskontrakt var veldig mangelfullt. Det stod for eksempel ingen ting om opplegget for spesialistutdanningen. I sum opplever legen at arbeidsbelastningen har blitt veldig tung. I stedet for å ha kommet til dekket bord gir hen uttrykk for å ha blitt kastet ut på dypt vann. Legen forteller at hen vurderer å slutte i stillingen hvis det ikke skjer en snarlig forbedring. Skuffelsen oppleves som ekstra stor fordi legen har hatt diametralt forskjellig erfaring med allmennpraksis under LIS1.

Denne historien er ikke representativ for de øvrige ALIS vi har intervjuet, som stort sett er ganske fornøyd med oppstarten. Men den illustrerer på mange måter hva de kommunale helselederne bør prøve å unngå når de skal legge til rette for utdanningsstillinger i allmennmedisin. Den illustrerer også at det kan være mer krevende å legge til rette for spesialistutdanningen i små distriktskommuner, og at det bør utvikles løsninger som sikrer at ALIS i periferien gis god oppfølging.

Institusjonstjenesten

Det er ikke så mange som har begynt å tenke på institusjonstjenesten enda, og det har ikke blitt løftet fram som et sentralt tema i intervjuene. En ALIS, som er litt lenger ut i utdanningsløpet og i utgangspunktet tilhører gammel ordning, forteller at hen har søkt flere stillinger uten å få napp, og relaterer det til at sykehusene foretrekker kandidater som ønsker å bli i stillingen i lengre tid, framfor å ansette en som ønsker praksis i en kortere periode.

En ALIS er opptatt av at praksisen ved sykehus kan gjennomføres på en relevant avdeling, slik at hun kan få kompetanse som utfyller den de allerede har på kontoret, på en best mulig måte, framfor at praksisen bare gjennomføres et tilfeldig sted.

5.4 Vurdering av ALIS-Nord

I intervjuene kommer det fram at flere ALIS har et distansert forhold til ALIS-Nord-prosjektet, og at de ikke helt har forstått hva deltakelsen i prosjektet innebærer. Unntaket er de få ALIS-Nord-legene som har inngått avtaler med særskilt gunstige vilkår.

Man vet ikke helt hva som kreves av arbeidskrav, eller hvordan man skal oppfylle de. Og det har egentlig ikke vært så mye informasjon direkte til meg om hva som forventes at jeg skal gjøre, og når jeg skal gjøre det ... det blir veldig opp til meg og min veileder som også føler at hun har litt mangelfull kursing og instruksjon i hva vi skal gjøre når, så det synes jeg har vært mangelfullt, så om det er noen stor forskjell på å være med i ALIS-Nord-prosjektet versus å bare være en vanlig lege i spesialisering i allmenntidmedisin, det vet jeg egentlig ikke. ... jeg føler meg ikke veldig godt pakket inn.

Flere etterspør egen veiledningsgruppe for ALIS i ALIS-Nord-prosjektet.

Det hadde nok sikkert vært en kul ting at man liksom fikk møtes og hørt hvordan andre har det, og ikke minst hvordan andre kontor løser disse utfordringene ... og at det kanskje hadde vært en sånn veiledningsansvarlig, som var en slags kontaktperson, jeg vet ikke.

Vi skal understreke at intervjuene ble gjennomført ved årsskiftet 2019/2020 før prosjektkoordinatorene hadde hatt møter med ALIS. Høsten 2020 er det planlagt samlinger i ALIS-Nord-prosjektet. Disse aktivitetene vil trolig bidra til at ALIS blir knyttet tettere til prosjektet. For de som kanskje har tenkt at ALIS-Nord er ekvivalenten til ALIS-Vest, er det likevel ikke sikkert at deres forventninger fullt og helt vil bli oppfylt. Som forklart i kapittel 1 skiller ALIS-Nord-prosjektet seg fra ALIS-Vest i retning av å være mer systemorientert og i noe mindre grad rettet mot de ALIS-stillingene som inngår i prosjektet.

Det er også noen som gir uttrykk for at de har stor tro på ALIS-Nord-prosjektet: «Alt er jo ikke på plass. Men tanken er jo kjempegod. Og det er jo et veldig lurt tiltak for å rekruttere folk.» Og noen opplever at de inngår i et større fellesskap ved å delta i ALIS-Nord. «Det er følelsen av at noen ser deg og vet hva du holder på med.»

Enkelte ALIS har inntrykk av at helselederen i kommunen heller ikke har en helt klar forståelse av hva deltakelsen i ALIS-Nord innebærer: «De fikk veldig fort med seg at det var mulig å søke noe tilskudd og sånn, men jeg vet ikke om de er sånn kjempe inne i hva det innebærer ... men det har jo ordna seg, og sånn sett har jo alt det her med veiledning og sånt blitt fulgt da... Men det er ikke noen plan for det enda, tror jeg. ... så det er jo litt opp til oss eller meg sjøl, da.

5.5 Videre karriereplaner

De fleste ALIS vi har intervjuet, gir uttrykk for at de har planer om å gjennomføre spesialistutdanningen i sin nåværende stilling og fortsette i stillingen når de er ferdige, men det kommer også fram at flere er avventende til den videre utviklingen av fastlegeordningen. Flere viser til den såkalte fastlegekrisen, og på tidspunktet for intervjuene (årsskiftet 2019/2020) ventet mange spent på utfallet av handlingsplanen for legetjenesten. Flere forteller om at de føler seg litt skjermet nå, og at de er spent på hva som vil skje etter utdanningen. En ALIS forteller for eksempel at hun har forstått det slik at utdanningsstillingene er tenkt på som oppstartstillinger, og at det i mange tilfeller forventes at innbyggerlistene må økes kraftig etter utdanningen, og at stillingene kanskje må konverteres fra fastlønn til privat praksis. Det tror hun ikke

vil virke rekrutterende verken på henne personlig eller andre kollegaer, og hun understreker at det ikke vil være tilstrekkelig å tilby gode betingelser bare under utdanningsperioden, men at det må gis gode betingelser også etter endt utdanning.

Den største kilden til tvil er altså ikke forhold ved selve spesialistutdanningen, men mer generell tvil om hvordan fastlegeyrket blir framover. Når det gjelder lang-siktige karriereplaner, ser vi at de legene som ikke har tilhørighet til området, er mer tvilende til om de blir værende etter utdanningen, enn de som har tilhørighet til området.

Følgestudie: ALIS-Nord

Som en del av forskningsprosjektet om spesialistutdanningen i allmenntidisin skal vi følge, dokumentere og trekke lærdommer fra utviklingen av ALIS-Nord fram til 2022. ALIS-Nord er et 5-årig prosjekt for å styrke fastlegeordningen i Nord-Norge. Kommunene som deltar i prosjektet mottar tilskudd til en eller to ALIS-stillinger. I dette notatet presenteres resultatene fra den første delstudien av ALIS-Nord prosjektet. Studien er hovedsakelig basert på kvalitative intervjuer med ALIS og helseledere, og en survey som ble sendt til alle kommunene som deltar i ALIS-Nord.



Borggata 2B
Postboks 2947 Tøyen
N-0608 Oslo
www.fafo.no

Fafo-notat 2020:10
ID-nr.: 10331