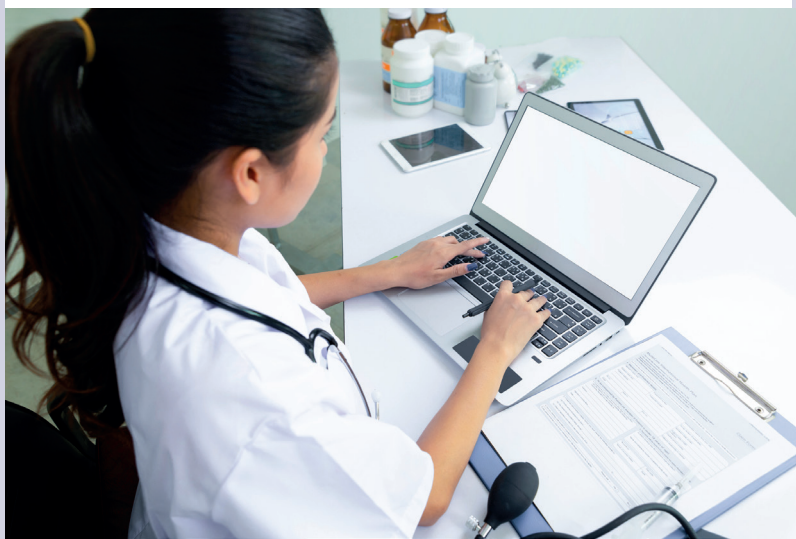




AGENDA
KAUPANG

Jon Helgheim Holte,
Tom E. Markussen og Terje Olsen

Følgestudie: ALIS-Nord Underveisnotat 2



Fafo-notat
2021:22

Jon Helgheim Holte, Tom E. Markussen og Terje Olsen

Følgestudie: ALIS-Nord

Underveisnotat 2

Fafo-notat 2021:22

Fafo-notat 2021:22

© Fafo 2021

ISSN 0804-5135

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 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 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

Forord	5
Sammendrag	6
1 Innledning	9
2 Data og metode	10
2.1 Intervjuer med ALIS	10
2.2 Rapportering fra kommuner.....	10
2.3 Økonomianalyse	10
2.4 Intervjuer med helseledere.....	10
3 Rekruttering og stabilitet	12
3.1 Stabilitet i stillingene.....	12
3.2 Kommunenes vurdering av rekrutteringssituasjon	14
4 Økonomi	16
4.1 Om utvalget	16
4.2 Kommunens utgifter til drift av legekantoret som kan henføres ALIS	17
4.3 Utdanningsutgifter	18
4.4 Vikarutgiftene.....	18
4.5 Vurderinger knyttet til kommunenes utgifter til fastlønnede ALIS	18
4.6 Kommunenes utgifter knyttet til ALIS i privat næringsdrift	19
4.7 Kommunens inntekter og finansiering.....	19
4.8 Fire eksempler: Innledning	20
4.9 Kommunenes utgifter	21
4.10 Finansiering.....	22
4.11 Kommunens kostnader knyttet til de fire fastlegene	22
4.12 Vurderinger.....	23
4.13 Hvilke merutgifter medfører spesialistutdanningen for kommunene?.....	23
4.14 Veiledningskostnader.....	24
4.15 Administrative kostnader	24
4.16 Utgifter ved kurs og kursreiser	25
4.17 Vikarutgifter.....	25
4.18 Oppsummering	26
5 Erfaring i kommunene	27
5.1 Rekruttering til stillingene	27
5.2 Godkjenning som registrert utdanningsvirksomhet.....	28
5.3 Planlegging av ALIS' utdanningsaktiviteter.....	29
5.4 Veiledning og supervisjon	30
5.5 Institusjonstjenesten	31
5.6 Erfaringer med ALIS-Nord-samarbeidet.....	31
5.7 Rekrutteringsproblemer overskygger det meste	32
6 ALIS' erfaringer	33
6.1 Oppfølgingsintervjuer	33
6.2 Exit-intervjuer.....	41
6.3 Innspill og råd fra ALIS.....	44
Referanser	49

Forord

Endringene i spesialistutdanningen for leger i allmenntmedisin (ALIS) i mars 2019 innebærer at kommunene har fått en mer omfattende rolle som utdanningsvirksomhet. I større grad enn tidligere er det kommunens ansvar å legge til rette for at fastleger og andre leger i kommunale stillinger, får spesialisering i allmenntmedisin, slik at de kan oppnå læringsmålene og gjennomføre utdanningsløpet. I denne studien følger vi erfaringene med ulike modeller for organisering og implementering av ALIS-utdanningen. Hensikten er å framskaffe kunnskap om hvordan kommunene kan ivareta sin nye rolle som utdanningsvirksomhet på en best mulig måte.

Studien gjennomføres på oppdrag fra KS, og gjøres av Fafo, i samarbeid med Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) og Agenda Kaupang.

I dette notatet presenterer vi resultater fra den andre delstudien av ALIS-Nord-prosjektet. Vi vil takke alle informantene som har tatt seg tid til å delta i intervjuer eller svare på spørreundersøkelsen. Takk til prosjektleder i ALIS-Nord for godt samarbeid. Takk også til KS. Liv Overaa, Birgit Abelsen, Anette Fosse og Margrete Gaski i NSDM har bidratt med konstruktive kommentarer og innspill til notatet. Takk til våre kollegaer seniorforsker Leif E. Moland for gjennomlesning og intern kvalitetssikring, og til informasjonskonsulent Jon Lahlum for korrekturlesning og ferdigstilling for publisering.

Oslo, oktober 2021
Terje Olsen,
prosjektleder

Sammendrag

Som en del av forskningsprosjektet om spesialistutdanningen i allmennmedisin følger og dokumenterer vi utviklingen i ALIS-Nord-prosjektet fram til 2022. Målet er å trekke lærdommer fra erfaringer man gjør i dette prosjektet, erfaringer som kan ha overføringsverdi til andre kommuner. Betegnelsen ALIS står for allmennleger i spesialisering.

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 bevilget tilskudd til 32 stillinger fordelt på 25 kommuner. Bakgrunnen for forskningsprosjektet er kort omtalt innledningsvis i notatet. ALIS-Nord-prosjektet er tidligere beskrevet i den første delstudien (Holte, 2020). Både første og andre runde av studien er basert på kvalitative intervjuer med ALIS og helseledere, kombinert med en spørreundersøkelse sendt til alle kommunene som deltar i ALIS-Nord.

I denne andre runden har vi vært opptatt av å se nærmere på utviklingen i stillingene, dekning og type ansettelse. Vi har også sett på de økonomiske konsekvenser for kommunene. Av særlig interesse er erfaringer man har i kommunene med kostnader knyttet til å rekruttere, søke godkjenning som utdanningsvirksomhet og tilrettelegging for veiledning/supervisjon. Med bakgrunn i data fra første runde drøftet vi erfaringer ALIS gjorde seg i innledningen av prosjektet (Holte, 2020), og dette følges opp her.

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

Fortsatt utfordringer med å rekruttere

I likhet med i forrige delstudie har de fleste ALIS-Nord-kommunene problemer med å rekruttere til stillingene. Det gjelder særlig der man forsøker å rekruttere til næringsdrift. Men også til fastlønnsstillinger er det vanskelig få relevante søkere til utlyste stillinger. Fra flere av kommunene rapporteres det at man «strekker seg langt» for å imøtekomme krav og forventninger til de søkerne man får. Å strekke seg handler eksempelvis om bruk av bonusordninger, tilpasning av lengde på pasientlister, tilpasning av legevaktbelastning, ferie- og vikarordninger, og fleksibilitet med hensyn til fastlønn eller næringsdrift. Både større, mellomstore og små kommuner opplever utfordringer med å rekruttere. Spesielt de mindre kommunene har begrensede muligheter til å lage fleksible ordninger.

Stabilitet i ALIS-stillingene

I mars 2021 var 26 av de totalt 32 ALIS-Nord-stillingene besatt. 15 av dem ble, i tråd med prosjektets målsetting, bemannet innen utgangen av 2019. De øvrige fire stillingene ble bemannet i løpet av 2020, to stillinger i starten av 2020 og to stillinger omtrent midtveis. Tre ALIS-Nord-stillinger har fortsatt ikke blitt bemannet til tross for at kommune har forsøkt med gjentatte utlysninger. For 19 stillinger har den samme ALIS vært i stillingen hele veien. For 6 ALIS-Nord stillinger har det vært utskiftninger. I alle tilfellene innebærer det at en ALIS har sluttet og at en ny ALIS har

begynt. For to stillinger har ALIS-Nord-legen sluttet uten å bli erstattet. Totalt er vi kjent med at åtte ALIS har sluttet i stillingene hittil.

Hvorfor slutter ALIS?

Vi har intervjuet syv av de åtte ALIS som har sluttet. På spørsmålet om hvorfor de har valgt å slutte i ALIS-Nord-stillingen innleder de fleste med å si at det er et stort spørsmål og at det ikke er mulig å peke på en enkelt grunn («det er sammensatt»). Det tegner det seg et skille mellom de som har sluttet fordi de ikke ønsker å jobbe i allmennpraksis og de som har sluttet fordi de ikke var fornøyd med vilkårene eller andre forhold knyttet til den bestemte stillingen som arbeidsmengde, organisering av fastlegekontor eller bosted. For noen er det mer blandet. De er usikre på om de ønsker å bli fastlege og misfornøyd med vilkår eller bosted.

Økonomi

I denne delstudien har vi også sett nærmere på kostnadene ALIS-Nord-kommunene har, knyttet til spesialistutdanningen. Beregningene bygger på en spørreundersøkelse til alle ALIS-Nord-kommunene og intervjuer med et utvalg administrative ledere i kommunene. Et forsiktig anslag viser at utdanningsutgiftene så langt utgjør rundt fem prosent av kommunens totale utgifter til hver enkelt ALIS. Estimater kan trolig være noe lavt, ettersom det foregår aktivitet knyttet til utdanningen som ikke vises i kommunens regnskaper og budsjetter. Ettersom ALIS i ny ordening ikke har kommet så langt i utdanningsløpet, er dette foreløpig ikke påløpte kostnader. Kostnader knyttet til veiledningen og kommunenes rolle som utdanningsvirksomhet er vanskelig å beregne.

Tungvint å bli godkjent som registret utdanningsvirksomhet

Etter den nye spesialistutdanningsforskriften skal kommunene være registrert som utdanningsvirksomhet for sine ALIS. I forrige runde hadde ALIS-Nord-kommunene påbegynt dette arbeidet, og siden sist har mange gjort seg flere erfaringer. Registreringen skjer på Helsedirektoratets portal. Fellesnevneren vi har fått beskrevet gjennom intervjuene, er at mange lokale helseledere og kommuneoverleger sliter med denne godkjenningen. Mulighetene for veiledning fra direktoratet erfares som mangelfulle, og tilbakemeldingen tar lang tid.

Veiledning og supervisjon fungerer godt – der det er på plass

Helseledere, kommuneoverleger og ALIS er spurt om deres erfaringer så langt med veiledning og supervisjon¹, og mulighetene for å skaffe godkjente veiledere. Det samlede bildet er at dette i hovedsak fungerer godt, der hvor det er på plass. ALIS opplever lav terskel for å diskutere med supervisører, og systemet med veiledning av den enkelte ALIS fungerer godt. I noen tilfeller ser vi at helseledere har laget seg et system der de på halvårlig basis har korte oppfølgingsmøter med den enkelte ALIS og veileder, for å få oppdatering av situasjonen og progresjonen. I enkelte av kommunene er det problemer med å rekruttere veiledere, og noen steder etableres det veiledere utenfor egen kommune.

¹ Veiledning refererer til planlagte og regelmessige samtaler mellom lege i spesialisering og veileder. Veileder er selv spesialist. Supervisjon er bistand, råd og vurderinger i konkrete arbeidssituasjoner i den daglige virksomheten. En supervisør er en erfaren lege eller annen relevant fagperson.

Opplæring til veiledere er vesentlig

Systemet med veiledning er et kritiske element i hele den nasjonale ALIS-ordningen, og påvirker gjennomføring, frafall og den enkelte ALIS' utvikling og progresjon. Som vi påpekte i forrige delrapport, viser ALIS og helseledere fortsatt til at veilederne trenger opplæring og kurs i hvordan de skal ivareta veilederansvaret etter ny modell. Når dette fortsatt ikke har kommet på plass, kan vi si at de gode erfaringene kommunene har med sine veiledere er mer på tross av enn på grunn av de nasjonale kursene. Gjennom ALIS-Nord-samarbeidet har man likevel fått hjelp på dette området.

Mye har gått seg til siden sist

Mye av det som var nytt for ALIS og kommunene i oppstarten, har funnet sin form og fungerer bedre nå enn ved vår første delstudie. Helselederne har funnet litt ulike arbeidsmåter som fungerer for dem, og ALIS har blitt tryggere på hvordan de skal gå fram for å oppfylle læringsmålene. Selv om de nasjonale ordningene for dokumentasjon, registrering som utdanningsvirksomhet og opplæring av veiledere er utfordrende, ser det ut til at ALIS-Nord-samarbeidet i noen grad har fungert som en «støtdemper» for å håndtere de største utfordringene på disse områdene.

Gode erfaringer fra ALIS-Nord-samarbeidet

Resultatene fra spørreundersøkelsen og intervjuene viser at helselederne og ALIS i all hovedsak opplever deltakelsen i ALIS-Nord som nyttig. Kunnskaps- og erfaringsformidling mellom kommuner, oppfølging fra prosjektleder og de regionale prosjektansatte framheves som viktige i dette arbeidet. Samlingene med ALIS, helseledere, kommuneoverleger og veiledere oppfattes som relevante arenaer for nettverksbygging og erfaringsdeling.

1 Innledning

I dette notatet presenteres resultatene fra den andre delstudien av ALIS-Nord-prosjektet. Formålet med dette notatet er å gi en empirisk orientert oppdatering og oversikt over utviklingen og situasjonen i ALIS-Nord-prosjektet ett år etter første runde med datainnsamling. De leserne som vil ha en bredere omtale av prosjektet, finner dette i det forrige notatet (Holte, 2020). I den første delstudien var vi særlig opptatt av å forstå hvordan prosessen med rekruttering til ALIS-Nord-stillingene fungerte (Holte, 2020). Studien viste at de fleste ALIS-Nord-stillingene var bemannet per 1.3.2020 (26 av 30 stillinger), men prosjektets målsetting om å rekruttere om lag halvt om halvt til fastlønn og næringsdrift var ikke oppfylt (6 næring versus 20 fastlønn), og det kom tydelige fram at mange unge leger ikke ønsket næringsdrift.

I denne studien har vi hentet inn oppdatert informasjon om status for ALIS-Nord-stillingene per 1.3.2021 og kartlagt stabiliteten (turnover-raten) i ALIS-Nord-stillingene (kapittel 3). Videre har vi undersøkt hvordan helselederne i kommunene vurderer situasjonen for rekruttering og stabilitet, generelt og særlig for ALIS-Nord-stillingene (kapittel 5) og hvorfor en del ALIS allerede har sluttet i ALIS-Nord-stillingene (kapittel 6).

Når vi intervjuet helseledere i fjor var det mange som framhevet at den nye modellen for spesialistutdanning i allmennmedisin medfører økte kostnader for kommunen. I denne studien har vi forsøkt å tallfeste de økonomiske konsekvensene mer presist (kapittel 4).

Den første delstudien viste at både ALIS og helselederne savnet en tydeligere «oppskrift» for den nye modellen for spesialistutdanning i allmennmedisin. I denne studien har vi undersøkt om dette fortsatt er uklart eller om det har blitt tydeligere etter hvert som helseledere og ALIS har fått mer erfaring med den nye modellen (kapittel 5 og 6). Vi undersøker også om det har skjedd noen utvikling i hvordan helselederne, helt konkret, legger til rette for spesialistutdanningen i allmennmedisin og hvordan ALIS opplever at dette fungerer. Særlig har vi vært opptatt av å identifisere modeller, opplegg eller tiltak som ser ut til å fungere særlig bra.

Om ALIS-Nord-prosjektet – utvikling det siste året

ALIS-Nord er et femårig prosjekt for å styrke fastlegeordningen i Nord-Norge. Se mer utfyllende beskrivelse i det første underveisnotatet (Holte, 2020). Det siste året har naturligvis blitt preget av koronautbruddet, men likevel har det blitt gjennomført en rekke aktiviteter i prosjektet, herunder nettverkssamlinger i Bodø og Tromsø (med fysisk oppmøte) og digitale møter med regional kontaktperson for ALIS-Nord og ALIS sammen med veileder og helseleder. I den siste statusrapporten til Helsedirektoratet gir prosjektledelsen selv en utførlig redegjørelse for hvilke aktiviteter som har blitt gjennomført i prosjektet det siste året og i hvilken grad og på hvilken måte de har endret opprinnelige planer som følge av koronapandemien. (Se statusrapport 2 fra ALIS-Nord til Helsedirektoratet – mars 2021. [Lenke til rapporten.](#))

2 Data og metode

Dette notatet er basert på kvalitative intervjuer med ALIS og helseledere og en survey, kartleggings skjema, sendt til kommunale helseledere.

2.1 Intervjuer med ALIS

I denne runden har vi intervjuet 14 ALIS. Ni ALIS har blitt intervjuet for andre gang, oppfølgingsintervjuer, og de øvrige fem har blitt intervjuet fordi de har sluttet i en ALIS-Nord-stilling, exit-intervjuer. I oppfølgingsintervjuene kom det fram at ytterligere to ALIS har sluttet. De har både blitt intervjuet om utvikling siden sist og hvorfor de har sluttet. Totalt har vi altså intervjuet syv ALIS som har sluttet. Intervjuene ble gjennomført i perioden februar til juni 2021 over telefon eller i Teams.

I oppfølgingsintervjuene har vi lagt vekt på å undersøke om det har skjedd noen endringer siden sist, særlig med hensyn til hvordan ALIS opplever at opplegget for spesialistutdanningen i allmennmedisin og deltakelsen i ALIS-Nord-prosjektet fungerer. Vi har også undersøkt om de har endret sine planer for videre karriere. I tillegg har vi stilt direkte spørsmål om hvordan ALIS vurderer kvaliteten i utdanningen og hvordan koronapandemien har virket inn på deres arbeidshverdag det siste året. I exit-intervjuene har vi lagt vekt på å forstå de viktigste beveggrunnene for at ALIS har sluttet i stillingen.

2.2 Rapportering fra kommuner

For å kartlegge status, turnover og økonomi knyttet til stillingene sendte vi et kartleggings skjema til alle deltakerkommunene i ALIS-Nord. Undersøkelsen ble utarbeidet av Fafo, NSDM og prosjektledelsen i ALIS-Nord i fellesskap. Vi ønsket ikke å belaste kommunene med dobbeltrapportering, og erfaringene fra den forrige surveyen viste at denne tilnærmingen fungerte bra. Helselederne fikk tilsendt kartleggings skjemaet på e-post i starten av februar 2021. Skjemaet ble utformet i Word. Til slutt, etter å ha purret noen ganger på enkelte kommuner, mottok vi svar fra alle kommunene i prosjektet innen midten mars.

2.3 Økonomianalyse

Hovedkilden for økonomianalysen i kapittel 4 er basert på svarene som ble gitt i kartleggings skjemaet som ble sendt ut til ALIS-Nord kommunene våren 2021. I tillegg har vi gjennomført ni intervjuer med informanter fra et utvalg ALIS-Nord-kommuner, for å avklare ulike spørsmål om økonomi. Vi har også hentet inn skriftlige informasjon fra én kommune som ikke hadde anledning til å stille til intervju.

2.4 Intervjuer med helseledere

Som ledd i arbeidet med å belyse erfaringene rundt om i kommunene, har vi intervjuet åtte helseledere og kommuneoverleger. De er alle personer som er sentrale i arbeidet med å implementere den nye ALIS-ordningen, og derfor har jevnlig

kontakt og samarbeid med ALIS-Nord-prosjektet. Arbeidsbelastningen knyttet til i koronasituasjonen har trolig vært medvirkende til at det har vært vanskelig å rekruttere informanter til spesielt denne delen av studien. De informantene vi har rekruttert representerer en variasjon av kommuner når det gjelder kommunestørrelse, fylker og bruk av fastlønn eller næringsdrift.

3 Rekruttering og stabilitet

Per 1.3.2021 var 26 av de totalt 32 ALIS-Nord-stillingene bemannet. For de fleste stillingene er det inngått avtale om fastlønn, enten med bonus (14) eller uten bonus (6). Miksen med fastlønn og næring er omtrent som ved forrige målepunkt. Målet om å rekruttere om lag halvt om halvt til fastlønn og næring er med andre ord fortsatt ikke oppnådd.

Tabell 3.1: Typer av stillinger

	1.3.2020*		1.3.2021**	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Fastlønn uten bonus	7	22	6	19
Fastlønn med bonus	14	44	14	44
Næring	6	19	6	19
Ubemannet	5	16	6	19
Totalt	32		32	

*I Holte (2020) manglet vi informasjon om status for to stillinger. I etterkant har vi funnet ut at den ene stillingen var bemannet med avtale om fastlønn med bonus og at den andre stillingen ikke var bemannet per 1.3.2020, tallene er oppdatert for det nå. **Vi er kjent med at bemanningssituasjonen stadig endres, for en stilling med næringsdrift var ALIS på vei ut og for en annen stilling rapporterte kommunen at det var inngått avtale med oppstart 1.6.2021, enkelte andre kommuner rapporterte også om at de er optimistiske til ansettelsesprosesser som pågikk på tidspunktet for datainnsamlingen, men tallene som presenteres i denne tabellen gir altså et øyeblikksbilde av status for ALIS-Nord-stillingene per 1.3.2020.

3.1 Stabilitet i stillingene

I 19 stillinger har den samme ALIS vært i stillingen i hele perioden.. 15 av disse stillingene ble i tråd med prosjektets målsetting bemannet innen utgangen av 2019.² De øvrige fire stillingene (uten utskiftninger) har blitt bemannet i løpet av 2020, to stillinger i starten av 2020 og to stillinger omtrent midtveis - se detaljert oversikt i Tabell 3.2.

Tre ALIS-Nord-stillinger er fortsatt ikke bemannet. Rapporteringen viser at kommunene har forsøkt å rekruttere til disse stillingene gjennom gjentatte utlysninger uten å lykkes.

«Vi har fått tildelt ALIS-Nord næringshjemmel. Den er lyst ut fire ganger, tre av gangene uten søkere. En meget kvalifisert søker fikk tilbud om hjemmelen, men takket nei og jobber på sykehus. Det jobbes nå med rekrutteringsvideo, vi

² I vurderingen av søknadene om delta i ALIS-Nord ble det lagt vekt på at ALIS i prosjektet ikke burde ha blitt ansatt eller ha inngått avtale med kommunen før 1.1.2019. Ingen kommuner har inkludert ALIS som ble ansatt i kommunen før 2019 ifølge kommunens innrapportering. Derfor har vi startet tidslinjen i figur xx ved 1.1.2019. Det må understrekes at søknadsfristen for å delta i ALIS-Nord var 1.april og deltakerkommunene først fikk svar på søknaden sin høsten 2019. Derfor er det ingen grunn til å forvente at stillingene burde ha blitt bemannet tidlig i 2019. Målet har vært at alle ALIS-Nord stillingene skulle bli bemannet i løpet av 2019.

er på sosiale medier og reklamerer, og i morgen sender jeg ut ny utlysning på hjemmelen. Vi har i tillegg til ledig ALIS-Nord-hjemmel fått to oppsigelser fra fastleger. Kommuneoverlegen (jeg) jobber hardt for tiden med å få en bedre økonomisk avtale for fastlegene. Vi har stor velvilje i administrasjonen, og i morgen oversender jeg til økonomisjefen et kostnadsoverslag over økning av basistilskuddet slik at driftsutgifter for legene går i null. Dette er den billigste måte å løse fastlegekrisen på hos oss – håper vi. Vikarmarkedet er fullt av use-riøse aktører, så vi sliter tungt for tiden.» (Skriftlig rapport fra kommunal hel-seleder.)

For 6 ALIS-Nord stillinger har det vært utskiftninger. I alle tilfellene innebærer det at en ALIS har sluttet og at en ny ALIS har begynt. I vurderingen av stabilitet er det viktig å være oppmerksom på at ALIS-Nord-stillingene ikke nødvendigvis er knyttet til en bestemt fastlegehjemmel/-stilling eller legekantor. En ALIS-Nord-stilling har, slik det kommer fram av kommunes rapportering, blitt flyttet til et annet fastlege-kantor da den første ALIS-Nord-legen sluttet. For de andre fem stillingene med ut-skiftning har ALIS-Nord-stillingen ligget fast på det samme kontoret.

For to stillinger har ALIS-Nord-legen sluttet uten å bli erstattet. Totalt har altså åtte ALIS-Nord-leger sluttet i stillingene så langt. I kapitel 6.2 ser vi nærmere på år-sakene til at ALIS har valgt å slutte.

Tabell 3.2 viser bemanningsutviklingen i hver enkelt ALIS-Nord-stilling. For to stillinger er det vanskelig å lage en presis tidslinje ut fra kommunens rapportering. Slik vi forstår det har den ene av disse stillingene vært ubemannet gjennom hele 2020, men var bemannet en periode i starten av 2019. For den andre stillingen har ALIS i store deler av 2020 vært ute i svangerskapspermisjon med vikar i deler av tiden. Nøyaktig når denne stillingen ble bemannet er uklart.³

³ En kommune har rapportert fødselspermisjon i en stilling, og dette er markert med lysegrønt i ta-bellen. Vi har imidlertid ikke spurt spesifikt om permisjoner, og de kan derfor være noe underrap-portert.

Tabell 3.2 Stabilitet i ALIS-Nord stillingen i perioden mellom 1.1.2019–3.1.2021.

	2019	2020	2021
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13		1.2.2020-30.10.2020 ↔	12.10.2020 -
14			
15			
16		1.9.2019-31.5.2020 ↔	1.6.2020-
17			Fødselspermisjon
18			
19	uklart		
20			
21		1.9.2019-31.8.2020 ↔	01.09.2020 -
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30	uklart		
31			↔
32			

Grønn: stilling bemannet, Rød: stilling ikke bemannet ↔: utskiftning uten at stillingen står ubemannet

3.2 Kommunenes vurdering av rekrutteringssituasjon

I rapporteringsskjemaet har helselederne blitt bedt om å vurdere rekrutteringssituasjonen i kommunen generelt (ikke bare knyttet til ALIS-Nord stillingene). Resultatene viser at de fleste kommunene sliter med å rekruttere fastleger.

Tabell 3.3 I hvilken grad har kommunen vanskeligheter med å rekruttere kvalifiserte leger til hjemler i kommunen? (n = 24)

	Antall	Prosent
Svært liten grad	0	0
Liten grad	3	13
Verken stor eller liten grad	6	25
Stor grad	9	38
Svært stor grad	6	25
Vet ikke	0	0

I gjennomsnitt har kommunene som deltar i ALIS-Nord én ledig fastlegehjemmel/stilling som følge av andre forhold enn fødselspermisjon eller annen type permisjon,

med variasjon fra 0–6. Se oversikt over dette og andre kjennetegn ved deltakerkommunene i ALIS-Nord i tabell 3.4.

Tabell 3.4 Statistikk om fastlegeordningen for kommunene som deltar i ALIS-Nord

	Snitt	Median	Min	Maks	Totalt*
Hvor mange fastlegehjemler er det i din kommune per i dag?	16	11	2	78	396
Hvor mange fastleger har kommunen inngått fastlegeavtale med per i dag?	14	10	2	78	360
Hvor mange av legene i kommunen er under spesialisering i allmennmedisin på ny spesialiseringsordning?	4	2,5	0	15	86
Hvor mange av legene i kommunen er under spesialisering i allmennmedisin på gammel spesialiseringsordning?	3	3	0	13	83
Hvor mange nye fastlegehjemler/stillinger har kommunen etablert i løpet av 2020?	0,5	0	0	4	12
Hvor mange av de nyetablerte hjemlene/stillingene har blitt tildelt leger som ikke er spesialist i allmennmedisin?	0	0	4	4	11
Hvor mange fastlegehjemler/stillinger står per i dag ubesatt som følge av andre forhold enn fødselspermisjon eller annen type permisjon?	1	1	0	6	32

*Samlet for alle deltakerkommunene i ALIS-Nord

4 Økonomi

I dette kapitlet ser vi på kostnadene som er knyttet til ALIS-stillinger i ALIS-Nord-kommunene. Vi ser særlig på de kostnadene som følger av spesialistutdanningen i allmennmedisin. Hovedproblemstillingene vi forsøker å besvare er:

- Hvor store kostnader er det for ALIS-Nord-kommunene knyttet til ALIS-Nord-legene?
- Hvor store kostnader medfører spesialistutdanningen for ALIS-Nord-kommunene?
- Hva er de mest betydelige kostnadsdriverne ved spesialistutdanningen?

For å besvare disse spørsmålene benytter vi svarene som ble gitt i spørreundersøkelsen som ble sendt ut til ALIS-Nord kommunene våren 2021. I tillegg har vi gjennomført ni intervjuer med informanter⁴ fra et utvalg ALIS-Nord-kommuner. Vi valgte kommuner for intervjuer basert på skjønn. Vi ønsket å få med både kommuner som har ALIS i privat næringsdrift og i fastlønnsstillinger. Vi ønsket geografisk spredning, og valgte derfor også ut fra opplysninger som kommunene hadde gitt i spørreundersøkelsen. Vi har også hentet inn skriftlige informasjon fra én kommune som ikke hadde anledning til å stille til intervju. Intervjuene ble gjennomført i september 2021. Intervjuene ble gjennomført på Teams eller telefon.

I avsnittene nedenfor ser vi på kommunenes utgifter og inntekter for ALIS-Nord-legene som var ansatt gjennom hele 2020. I Abelsen et al. (2020a) og Gaski et al. (2021) er det gjort økonomiske beregninger for fire eksempler på ALIS-Vest-legger. For å få sammenlignbare eksempler mellom ALIS-Vest og ALIS-Nord, har vi forsøkt å gjøre tilsvarende beregninger for fire ALIS-Vest-legger. Vi ser nærmere på hvilke merutgifter spesialistutdanningen i allmennmedisin medfører for kommunene, før vi oppsummerer.

4.1 Om utvalget

I kapittel 3 så vi blant annet på stabiliteten knyttet til ALIS-Nord-legene. For å se på kommunenes utgifter og finansiering knyttet til ALIS, har vi primært valgt å se på ALIS med fastlønnsavtale og som har vært ansatt gjennom hele 2020. 14 av de 32 ALIS det var rapportert for i spørreundersøkelsen våren 2021, var ansatte gjennom hele 2020. Fire av de 14 var privat næringsdrivende, mens ti var ansatt i fastlønnsstillinger. Vi mangler innrapporterte tall for én av legene i fastlønnsstilling. Utvalget vi ser på nedenfor består dermed av ni ALIS. Disse var alle ansatt i de respektive ALIS-Nord-kommunene gjennom hele 2020 og hadde fastlønns-avtaler. Én av ALIS-ene var i permisjon i 2020, men vi velger likevel å ta den med i utvalget. Vi ser på noen utgiftstall knyttet til de tre næringsdrivende ALIS-ene som var ansatt gjennom hele 2020 og som det ble rapportert for i spørreundersøkelsen våren 2021.

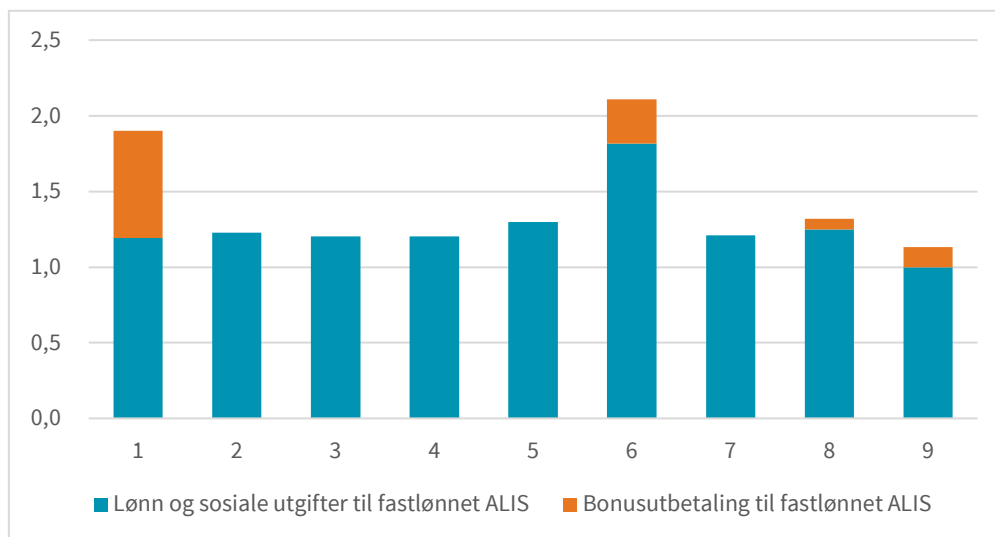
⁴ Informantene var avdelingsledere/enhetsledere/virksomhetsleder ved legetjeneste, enhetsledere helsetjenester, helseledere og kommuneoverleger, rådgiver økonomi og kommunalsjef innenfor helse og omsorg.

Utgiftene som kommunen har til lønn, sosiale utgifter, mv.

Figur 4.1 nedenfor viser kommunenes utgifter i 2020 knyttet til lønn, sosiale utgifter og bonusutbetalinger til de ni ALIS-ene i utvalget. Vi ser at det er variasjon i utvalget. Lege nr. 6 skiller seg ut med vesentlig høyere fastlønn enn de andre legene (om lag 50 prosent mer enn gjennomsnittet av de andre åtte). Listepopulasjonen til denne legen var ved 1. juli 2020 588 innbyggere. I utvalget på ni er det seks som har avtale om fastlønn med bonus. Av figuren ser vi at lege nr. 1 skiller seg ut med høy bonus.⁵ Listen til denne legen hadde 694 pasienter 1. juli 2020.

I utvalget hadde lege nr. 5 hadde lengst liste, med 913 innbyggere per 1. juli 2020. Lege nr. 7 hadde lavest listestørrelse ved samme tidspunkt, med 341 innbygger på listen. For sistnevnte ALIS er det rapportert 40 prosent annet allmennmedisinsk legearbeid.

Figur 4.1 Kommunenes utgifter i 2020 knyttet til lønn, sosiale utgifter og bonus til de ni legene i utvalget. Millioner kroner. Kilde: Spørreundersøkelse våren 2021.



4.2 Kommunens utgifter til drift av legekantoret som kan henføres ALIS

Når det gjelder utgiftene kommunen har rapportert knyttet til drift av legekantorene der ALIS er ansatt og som kan henføres til ALIS, varierer disse veldig mye, fra null til 1,5 millioner. Driftsutgiftene skal her inkludere leie av lokaler og utgifter til hjelpersonell og utstyr.

Etter samtaler med informanter i kommunene, er det mye som tyder på at beregningsmetodene varierer mellom kommunene og at det kan være feil i enkelte av beløpene som er rapportert. Også strukturelle forhold som antall legekantorer i kommunen og geografisk plassering av legekantorene kan gi variasjoner. Det var også to kommuner i utvalget som oppga null i driftsutgifter. Gjennomsnittet i utvalget når vi tar ut de to som hadde oppgitt null i driftsutgifter, i tillegg til én som ligger såpass

⁵ Utvalget av ALIS med fastlønnsavtalte vi har sett på representerer en utgift til sum av årslønn og sosiale utgifter på gjennomsnittlig 1,266 millioner (n = 9). Gjennomsnittlig bonus i 2020 for de seks som var om lag 201 000 kroner (n = 6).

mye over de andre at den kan betraktes som en utligger, er om lag 614 000 kroner (n = 6).⁶

4.3 Utdanningsutgifter

Kommunene har utgifter til lønn eller honorar til veileder, kursavgifter og ALIS-enes reise og opphold når de tar kurs. Rapporterte utgifter for kommunen for lønn/honorar til veileder i 2020, varierte fra null til 150 000 kroner. Gjennomsnittlige utgifter for kommunen knyttet til veileder var om lag 65 000 kroner.⁷ Gjennomsnittsutgifter for kommunen til kursavgifter for ALIS var omkring 3000 kroner, mens gjennomsnittsutgiften for reise og opphold for ALIS i forbindelse med kurs var 10 000 kroner i 2020.

Det er også flere andre kostnadselementer knyttet til spesialistutdanningen. For kommunene var summen av gjennomsnittlige utgifter knyttet til reise og opphold for veileder, vikarutgifter for veileders fravær, lønn/honorar supervisor og utgifter til kommunens deltagelse i ALIS-Nord (arbeidstid, reiser og annet) på om lag 21 000 kroner. Her er variasjonene i utgifter svært store mellom kommunene.

Summerer vi disse utgiftene, finner vi at kommunene rapporterte gjennomsnittlige samlede utgifter som følge av spesialistutdanningen på omkring 99 000 kroner per ALIS i utvalget.

4.4 Vikarutgiftene

Kommune kan ha behov for vikar for ALIS på grunn av fravær av forskjellige årsaker, som foreldrepermisjon, annen type permisjon, sykdom og utdanning og kurs. Vikarutgifter *kan* skyldes fravær på grunn av spesialistutdanningen, men i datamaterialet kan vi ikke skille ut disse vikarutgiftene. Av de ni kommunene, var det tre som oppga vikarutgifter knyttet til ALIS i 2020. Rapporterte vikarutgifter varierer fra 150 000 kroner til 2 288 000 kroner.

4.5 Vurderinger knyttet til kommunenes utgifter til fastlønnede ALIS

Dersom vi legger til grunn gjennomsnittlige utgifter til lønn, sosiale utgifter og bonus på 1,26 millioner kroner per ALIS, gjennomsnittlig 614 000 kroner i utgifter til drift av legekontor og utdanningsutgifter på 99 000 kroner per ALIS, utgjør utdanningsutgiftene i gjennomsnitt 5 prosent av de totale utgiftene for kommunen per lege. Vi har da ikke regnet inn utgifter til vikar, som kan bli betydelige for enkelte år.

Av utgiftspostene som kan henføres direkte til utdanning, indikerer tallene at utgiftene ved lønn/honorar til veileder er størst. I utvalget var disse utgiftene gjennomsnittlig 65 000 kroner per ALIS i 2020.

Vikarutgiftene for kommunene varierer mye i utvalget, men vi har ikke tallgrunnlag til å si om fraværet er grunnet spesialistutdanning. Vi har ikke systematiske opplysninger om hvorvidt det settes inn vikar ved kortvarige fravær til kurs og veiledning. Potensielt kan vikarutgiftene imidlertid bli forholdsvis store i enkeltår på grunn av fravær som skyldes spesialistutdanning, særlig ved den obligatoriske perioden legen

⁶ Beregnet gjennomsnittlige driftsutgifter for de fire eksemplene i Gaski et al. (2021) var om lag 585 000 kroner.

⁷ En kommune har rapportert utgift ved lønn/honorar til veileder på 745 350 kroner, men denne veiledet fem leger i 2020. Vi har derfor delt dette beløpet på 5 for å finne utgift per lege.

skal være i godkjent utdanningsvirksomhet innen kliniske spesialiteter, og/eller i kommunale helseinstitusjoner (det tidligere sykehusåret).

Det er grunn til å anta at aktiviteter og utgifter knyttet til kurs og reiser kan øke framover sammenlignet med koronasituasjonen som var i 2020. Det samme kan muligens gjelde veiledning, uten at vi har informasjon som tilsier at ALIS-ene fikk mindre veiledning enn de har krav på i 2020.

4.6 Kommunenes utgifter knyttet til ALIS i privat næringsdrift

Blant ALIS-Nord-legene det ble rapportert for i spørreundersøkelsen våren 2021, er det tre leger som var ansatt gjennom hele 2020 og hadde avtale om privat næringsdrift. Av disse var to etablert i den samme kommunen. Avtalen mellom kommunen og legene regulerer her etableringstilskudd, forsterket basistilskudd og dekning av utdanningsutgifter (grunnkurs, emnekurs og gruppeveiledning). Disse to næringsdrivende ALIS-ene fikk begge etableringstilskudd på 500 000 kroner da de inngikk avtalen med kommunen. Begge fikk også forsterket basistilskudd på 48 000 kroner i 2020. Kommunen rapporterte henholdsvis 68 000 kroner og 54 000 kroner i lønn/honorar til veileder for disse to ALIS-ene. Dette er de største av de rapporterte utgiftspostene direkte knyttet til spesialistutdanningen for disse to legene. I tillegg er det for begge disse ALIS-ene ført opp mindre utgifter relatert til utdanningen, som kursutgifter, reise og opphold for veileder og vikarutgifter for veileders fravær.

For den tredje ALIS-Nord-legen i privat næringsdrift som arbeidet gjennom hele 2020, og som det er rapportert tall for, er det ført opp 89 000 kroner i lønn/honorar til veileder i 2020. Vi har ikke informasjon om det ble gitt etableringstilskudd til denne legen.

4.7 Kommunens inntekter og finansiering

Kommunene får finansiering av fastlønnede ALIS-er gjennom basistilskuddet, egenandeler som pasientene betaler, refusjon fra Helfo og eventuelle andre inntekter.⁸ For ALIS i utvalget hadde kommunene i gjennomsnitt en inntekt gjennom basistilskuddet på 382 000 kroner, mens inntektene fra egenandeler var gjennomsnittlig 280 000 kroner i 2020 (n = 9). Gjennomsnittlig refusjon fra Helfo var 535 000 kroner (n=9). For den enkelte ALIS fikk kommunen et tilskudd fra ALIS-Nord på 200 000 kroner i 2020. ALIS i utvalget hadde i gjennomsnitt «andre inntekter» i 2020 på 35 000 kroner. Vi har ikke informasjon om hva disse andre inntektene består av.⁹

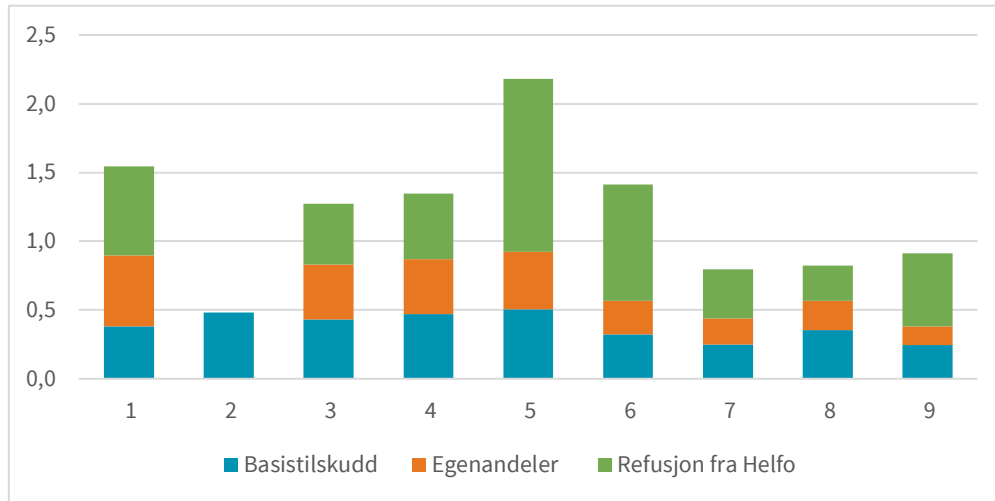
Figur 4.2 nedenfor viser summen av basistilskudd, egenandeler og refusjon fra Helfo i 2020. Merk at lege 2 var i permisjon i 2020, og at dette forklarer hvorfor det er rapportert null på egenandel og refusjon fra Helfo for denne legen. Figuren viser blant annet en betydelig variasjon i størrelsen på refusjonen. Det er rapportert refusjon fra

⁸ Det er ikke spesifisert hvorvidt noe av dette er tilskudd til veiledning fra Helsedirektoratet.

⁹ Helsedirektoratet forvalter en tilskuddsordning som skal bidra til å kompensere for kommunenes kostnader til veiledning av leger som er under spesialistutdanning i allmennmedisin i ny ordning. Ifølge statistikk fra direktoratet fikk fire ALIS-Nord kommuner midler gjennom denne ordningen i 2020. Det er bare én av disse fire kommunene som inngår i utvalget vårt, og denne kommunen har oppgitt 0 under posten «andre inntekter». Midler fra tilskuddsordningen inngår dermed ikke i tallene for våre beregninger.

Helfo på 253 000 for lege 7, mens for lege 5 er det rapportert refusjonsbeløp på 1,256 millioner.¹⁰

Figur 4.2 Kommunenes finansiering gjennom basistilskudd, egenandeler og refusjon fra Helfo 2020. Millioner kroner. Kilde: Spørreundersøkelse og helfo.no



4.8 Fire eksempler: Innledning

Som Gaski et al. (2020) peker på, er kostnadene knyttet til en fastlønnet ALIS kontekstavhengig, blant annet av listelengde og bonusordning, og dermed høyst variabel fra ALIS til ALIS. Det er dermed ikke gitt at det er hensiktsmessig å beregne gjennomsnittstall for ALIS. Tilsvarende som Abelsen et al. (2020a) og Gaski et al. (2021) har gjort for ALIS-Vest, har vi gjort et skjønnsmessig utvalg av fire eksempler på fastlønnede ALIS i forskjellige ALIS-Nord-kommuner for å synliggjøre kommunenes kostnader i 2020, herunder utgiftene som følger av spesialistutdanningen. Vi sammenliknet kommunens utgifter knyttet til ALIS med finansieringselementene i hovedmodellen for finansiering av fastlegers arbeid.

Vi har valgt ut fire ALIS skjønnsmessig etter kriterier om at det er fastleger med fastlønn og at de har vært ansatt gjennom hele 2020. Det har også vært et kriterium at innrapporterings skjemaet har vært noenlunde fullstendig fylt ut. I tillegg har vi lagt vekt på å få geografisk spredning og variasjon med hensyn til sentralitet, det vil si både sentrale og mindre sentrale kommuner. Det er tatt med leger både med og uten bonusordning. De fire legene er i forskjellige kommuner. Vi benevner de fire ALIS-ene ALIS 1 til ALIS 4.

¹⁰ Lege 5 er den eneste i utvalget som er rapportert å ha avtale om fastlønn for legevakt. Uten at vi har konkret informasjon om det, kan det være at det er rapportert refusjon knyttet til legevakttjenesten for denne ALIS-en, og at dette er grunnen til det høye refusjonsbeløpet.

Tabell 4.1 Avtaletyper, listelengder og prosent annet allmennt medisinsk legearbeid for de fire eksempel-ALIS-ene. Kilde: Spørreundersøkelse og Helfo.no

	ALIS 1	ALIS 2	ALIS 3	ALIS 4
Avtaletype	Fastlønn uten bonus	Fastlønn med bonus	Fastlønn med bonus	Fastlønn med bonus
Listelengde per 1.7.20	913	341	645	444
Maks antall på listen	920	800	650	450
Prosent annet allmennt medisinsk legearbeid*	0	40	20	0

* Det er ikke spesifisert hvorvidt deltakelse i legevakt inngår i dette.

4.9 Kommunenes utgifter

Tilsvarende som i Gaski et al. (2021) er våre beregninger av kommunenes utgifter knyttet til ALIS avgrenset til legenes arbeid med listepopulasjonen. Annet allmennt medisinsk arbeid og legevakt er oppgaver som ikke er omfattet av hovedmodellen for finansiering av fastlegeordningen. Hensikten med å bruke samme tilnærming som Gaski et al. (2021) er å gjøre tallene mest mulig sammenlignbare med eksemplene fra ALIS-Vest.

Tabell 4.2 nedenfor viser tall for kommunenes utgifter knyttet til de fire eksempellegene. Utgiftene består blant annet av lønn og sosiale utgifter, bonus, og driftsutgifter ved legekantoret som kan henføres til ALIS.

Tabellen viser at lønn og sosiale utgifter for de fire ALIS-eksemplene i 2020 varierte mellom 1 million og 1,298 millioner. Bonusutbetaling varierte mellom null og 133 000 kroner.

Når det gjelder stillingsandelene knyttet til annet allmennt medisinsk arbeid for kommunen i 2020, varierte dette mellom 0 og 40 prosent. I beregningene av kommunenes utgifter til ALIS, holder vi utgiftene knyttet til det allmennt medisinske arbeidet som ALIS gjør for kommunen utenfor det videre regnestykket.

Det er rapportert vikarutgifter ved ALIS 3's fravær på 150 000 kroner. For de andre legene er det ikke ført opp vikarutgifter.

Fordi det antagelig er vesentlige feil i beregningene av driftsutgifter ved enkelte legekantor, har vi forenklet og satt utgift til gjennomsnittet av legekantor som vi fant i avsnitt 4.2.

Når det gjelder rapporterte utdanningsutgifter for ALIS-ene, varierer disse mellom 42 000 kroner og 310 000 kroner i 2020.

Summen av utgifter til lønn, sosiale utgifter, bonusutbetalinger, vikarutgifter, drift av legekantor og utdanningsutgifter varierer mellom 1,809 og 2,392 millioner kroner, altså et variasjonsspenn på 0,583 millioner. I datamaterialet er det forhold som indikerer at variasjonsbredden hadde vært større dersom vi hadde lagt inn de reelle kostnadene ved drift av legekantor, og ikke brukt gjennomsnittstall.

Tabell 4.2 Sammenstilling av utgiftene knyttet til de fire ALIS-ene. Kilde: Spørreundersøkelse

	ALIS 1	ALIS 2	ALIS 3	ALIS 4
Lønn og sosiale utgifter til fastlønn ALIS 2020	1 297 500	1 211 176	1 248 429	1 000 024
Bonusutbetaling til fastlønn ALIS	0	0	69 579	133 316
Vikarutgifter ved ALIS' fravær	0	0	150 000	0
Driftsutgifter legekontor	613 531*	613 531*	613 531*	613 531*
Utdanningsutgifter	158 166**	42 346	310 000	61 790
Sum utgifter lønn, bonus, drift og utdanning	2 069 197	1 867 053	2 391 539	1 808 661

* Driftsutgifter legekontor er satt som gjennomsnitt av rapporterte tall, jf. avsnitt 4.2 Kommunens utgifter til drift av legekantoret som kan henføres ALIS.

** Rapporterte utgifter for veileder var oppgitt som summen av veiledningsutgifter for 5 leger. Vi har korrigert dette ved å dele de rapporterte utgiftene på 5.

4.10 Finansiering

Tabellen nedenfor viser kommunenes finansiering av de fire ALIS-ene i form av basistilskudd, egenandeler, refusjon fra Helfo og tilskudd fra ALIS-Nord.

I beregningene varierer den samlede tilgjengelige finansieringen for de fire ALIS-eksemplene mellom 0,996 og 2,381 millioner, et variasjonsspenn på 1,185 millioner. Variasjonen kan tilskrives variasjon i inntjening (basistilskudd, refusjoner og egenandeler). ALIS 1 har vesentlig lengre liste enn de andre tre legene (se tabell 4.1), og ALIS 1 skiller seg ut med betydelig høyere basistilskudd, egenandel og refusjon fra Helfo. Det kan være verdt å merke seg at ALIS 1 ikke har avtale om bonusordning.

Tabell4.3 Kommunenes finansiering av de fire ALIS-ene i form av egenandeler, refusjon fra Helfo, basistilskudd og tilskudd fra ALIS-Nord. Alle tall i kroner. Kilde: Spørreundersøkelse og Helfo.no

	ALIS 1	ALIS 2	ALIS 3	ALIS 4
Basistilskudd, egenandeler, refusjon fra Helfo og andre inntekter	2 181 319	796 263	821 476	1 157 225
Tilskudd fra ALIS Nord	200 000	200 000	200 000	200 000
Sum finansiering	2 381 319	996 263	1 021 476	1 357 225

4.11 Kommunens kostnader knyttet til de fire fastlegene

Tabell 4.4 viser kommunenes nettoutgifter knyttet til de fire ALIS-ene. Dette er summen av utgifter (hentet fra tabell 4.2) fratrukket summen av finansiering (hentet fra tabell 4.4 og tabell 4.3).

Tabell 4.4 Oppsummert om kostnadskontekst og kommunal kostnad knyttet til fire ALIS i 2018 og 2019. Kilde: Spørreundersøkelse og Helfo.no

	ALIS 1	ALIS 2	ALIS 3	ALIS 4
Sum utgift	2 069 197	1 867 053	2 391 539	1 808 661
Sum finansiering	2 381 319	996 263	1 021 476	1 357 225
Kommunens nettoutgifter	-312 122	870 790	1 370 063	451 436

Av tabellen ser vi at nettoutgiftene i 2020 varierer mellom -0,312 og 1,370 millioner. Det vil si at kommunen har nettoinntekter knyttet til ALIS 1. Variasjonsspenn er på

1,682 millioner kroner. Også her er det verdt å merke seg at det er indikasjoner på at variasjonsbredden i realiteten er enda høyere enn det tabell 4.4 viser. På grunn av den særskilte kontorstrukturen og driftsopplegget i kommunen der ALIS 3 er ansatt, er kostnadene ved drift av legekontor for denne legen trolig høyere enn det som er lagt til grunn i beregningene.

4.12 Vurderinger

Vi har sett på utgifter og finansiering knyttet til fire eksempler på ALIS-Nord-leger. Tabell 4.4 viste stort spenn i nettoutgifter knyttet til de fire eksemplene. Hovedgrunnen til variasjonsspennet ser ut til å ligge på finansieringssiden, spesifikt betydelige forskjeller i listelengde, størrelse på egenandeler og refusjon mellom ALIS-ene. ALIS 1 som skiller seg ut med klart størst listepopulasjon, og er også den som bidrar med klart mest inntekter til kommunen. Også forskjeller i rapporterte vikarutgifter og utdanningsutgifter er årsaker til det observerte variasjonsspennet. ALIS med høyest utgifter er også den det er rapportert størst utdanningsutgifter for.

Beregningene i Gaski et al. (2021) viste at kommunens kostnader i 2019 knyttet til de fire ALIS Vest-eksemplene varierte mellom 402 000 og 579 000 kroner. Variasjonsspennet i beregningene for ALIS-Nord-eksemplene er dermed betydelig større. I ALIS-Nord-eksemplene er det ALIS med lavere kostnader enn det man finner blant ALIS-Vest-eksemplene, men det er også et eksempel på lege med betydelig høyere kostnader. En hovedgrunn til at det er større variasjonsbredde, er at ALIS 1 har større listelengde enn noen av eksempel-legene fra ALIS-Vest. En annen grunn er at vi har tatt med vikarutgifter for ALIS 3, som er den legen blant våre eksempler som har høyest beregnede kostnader. I tillegg er det rapportert relativt høye utgifter ved veiledning for ALIS 3 i vårt utvalg. Det er grunn til å anta at det er tilfeldigheter i utvalget som gjør at variasjonsspennet blant de fire ALIS-Nord-eksemplene er større enn blant de fire ALIS-Vest-eksemplene.

Vi skal være forsiktig med å trekke bastante konklusjoner at det tynne datagrunnlaget, men tallene kan indikere et noe høyere lønnsnivå i ALIS Nord-kommunene enn i ALIS Vest-kommunene. Dette skal imidlertid ikke påvirke variasjonsbredden, men bare hvilket utgiftsnivå de to utvalgene er på.

4.13 Hvilke merutgifter medfører spesialistutdanningen for kommunene?

Som vi har sett, utgjør utgiftene knyttet til spesialistutdanningen i allmennmedisin i gjennomsnitt om lag 5 prosent av de totale utgiftene for kommunen knyttet til ALIS-ene. Problemstillingen vi ser på i dette kapitlet er hvordan spesialistutdanningen i allmennmedisin på ulike måter medfører utgifter for kommunene. Et sentralt spørsmål er hva som er de største kostnadsdriverne, altså hvilke forhold i spesialistutdanningen i allmennmedisin som i størst grad medfører kostnader for kommunene.

I tillegg til svarene på spørreskjemaene fra våren 2021, baserer vi oss i dette kapitlet på informasjon og vurderinger innhentet gjennom intervjuer med informanter fra ni kommuner, samt ett skriftlig svar på supplerende spørsmål til én kommune.

4.14 Veiledningskostnader

Flere informanter peker på at kostnadene ved veiledning av ALIS-ene kan bli store.¹¹ Under spesialistutdanningen i allmennmedisin skal veiledningen i gjennomsnitt utgjøre minimum fire timer per måned i 10,5 av årets måneder. Utdanningen skal også omfatte deltakelse i veiledningsgruppe. I utgangspunktet medfører veiledningen kostnader ved at både ALIS og veileder ikke gjennomfører det alminnelige legearbeidet i tiden veiledningen tar. Det er imidlertid ikke gitt at tidsbruken som går til veiledning synliggjøres i budsjetter og regnskaper.

Svarene på spørreskjemaene og intervjuene viser at kommunene har ulike måter å organisere veiledning på. Det er blant annet flere kommuner som har samlet veiledningsoppgavene til én ansatt. En informant opplyser at kommunen har satt av en 40 prosent-stilling til å ivareta all veiledning av både ALIS- og LIS1¹²-legene. Dette skal gi mer kontinuitet i arbeidet, og antagelig kan det også gi en mer kostnadseffektiv veiledning. Et annet eksempel er at veiledningsgruppene kan være i andre kommuner enn der ALIS-er tilhørende, og at ALIS reiser til samlinger i veiledningsgruppen for eksempel hver måned.

I spørreundersøkelsen har de fleste kommunene oppgitt at de betaler lønn eller honorar til veileder. En informant viser imidlertid til at veilederne i kommunen ikke tar ekstra betalt for veiledningen, men at det «går inn i velvillighet fra veilederne», og altså innebærer gratisarbeid.

En annen informant forteller at veiledning innebærer mer ressursbruk enn tidsbruken akkurat mens veiledningen pågår. I tillegg til å gjennomføre selve veiledningen, må både veileder og ALIS bruke tid til å forberede veiledning samt refleksjon og annet etterarbeid. Alt i alt går det derfor mye tid til veiledning.

Det er også informanter som peker på at det antagelig uansett ville vært veiledning av nyutdannede og uerfarne fastleger, selv om den mer formaliserte utdanningen ikke hadde vært der. Spesialistutdanningen har imidlertid gjort veiledningen mer systematisert, og gjort at det er blitt mer av den.

4.15 Administrative kostnader

Det er ikke mange kommuner som har rapportert administrative felleskostnader knyttet til ALIS-ene, og rapporterte beløp varierer mye. Flere informanter peker imidlertid på at det er betydelige administrative kostnader forbundet med spesialistutdanningen, blant annet knyttet til å sette opp utdanningsplan, rapporteringer, følge opp læringsmål, organisering av veiledning og koordinering av kurs. Det er særlig blitt større administrative kostnader etter at det kom krav om at kommunene måtte bli godkjent som registrerte utdanningsvirksomheter.¹³ En informant uttaler det slik: «Selve spesialiseringsforskriften gjør det dyrt, for eksempel koordineringen av legene som tar spesialistutdanning. Det er blitt en stor jobb.»

¹¹ Det er grunn til å anta at informantene her snakker i generelle vendinger om veiledning og supervisjon, sett under ett.

¹² Første del av spesialisering (tidligere: turnustjeneste). 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>

¹³ Jf. kapittel 4, i spesialistforskriften.

For å effektivisere det administrative arbeidet og styrke den faglige oppfølgingen, har enkelte kommuner ansatt egen ALIS-koordinator.¹⁴ Disse arbeider blant annet med å sette sammen pakkeforløp, gi råd angående kurs og følge opp ALIS-ene.

4.16 Utgifter ved kurs og kursreiser

Ifølge spørreundersøkelsen som ble gjennomført våren 2021 utgjør utgiftene som skyldes kurs beskjedene beløp. Det er også flere informanter som mener kostnadene som følger av kurs og reiser på grunn av kurs er ubetydelige. I tillegg vises det til at disse utgiftene delvis dekkes av Legeforeningen.

Det er flere informanter som viser til at koronasituasjonen har gjort at ALIS-ene ikke har deltatt på like mange kurs, men at legene nå i større grad melder seg på kurs og at det kan bli flere fysiske kurs framover.

4.17 Vikarutgifter

I rapporteringen for ALIS-Nord våren 2021 ble det spurt om vikarutgiftene ved ALIS-enes fravær, men det ble ikke spurt om hva et eventuelt fravær skyldtes. Som vist tidligere kan fravær som medfører vikarutgifter være på grunn av spesialistutdanning, men kan også ha årsaker som foreldrepermisjon, sykdom eller ha annen grunn. Ut fra tallmaterialet vi har kan vi ikke si noe om hvor mye av de rapporterte vikarutgiftene som kan henføres til spesialistutdanning.

I intervjuene er det flere som peker på at vikarutgifter potensielt vil være den største utgiftsposten knyttet til spesialistutdanningen.¹⁵ Årsaken som oppgis er særlig at ALIS' minimum seks måneders opphold i godkjent utdanningsvirksomhet innen kliniske spesialiteter eller i kommunale helseinstitusjon, normalt vil kreve vikar. De siste årene har det blitt vanskeligere og dyrere å skaffe vikarer for leger. I tillegg til ved det tidligere sykehusåret, kan det i noen tilfeller også bli behov for vikar ved kurs og samlinger, særlig når det er flere ALIS som skal ha fravær samtidig.

Det er flere som peker på at det de siste årene er blitt dyrere og vanskeligere å få legevikarer. En informant viser til at det er «markedet som bestemmer prisene og vilkårene man kan få, og vikarbruk må planlegges lenge i forveien.» Det er særlig ved bruk av vikarbyrå at det kan bli dyrt. Informanter viser til at kommunen er nødt til å bruke vikarbyrå når ALIS-ene skal ha sykehusåret. En informant viser til at selv om kommunen hittil ikke har hatt mye vikarbruk på grunn av spesialistutdanningen, vil det være behov for vikar de seks månedene legene skal være ved en annen institusjon.

Et par informanter peker på at i tillegg til å dekke lønna til vikarlegene, må kommunene ofte subsidiere bolig for vikarlegene. I tillegg må kommunen dekke reiser tur og retur for vikarlegen, og betale formidlingshonorar til vikarbyråene. Informanten peker på at det blir nesten dobbelt så høy utgift å ha en vikarlege som en ordinært fast ansatt lege. En informant sier at «gjennomsnittlig koster en legehjemmel oss 1,1 millioner kroner i året. Det koster mellom 2,3 og 2,5 å ha en vikarlege via byrå».

Flere peker på at koronasituasjonen gjorde det ekstra vanskelig å finne vikar, men at situasjonen også har vært vanskelig uavhengig av korona. En informant peker på at kostnadene ved legers fravær ikke er knyttet til det å ha vikar, men at kommunen

¹⁴ Dette er en administrativ kostnad, men det er usikkert om de kommuner som har en slik stilling har rapportert dette som en utgift.

¹⁵ På undersøkelsestidspunktet er det likevel de færreste ALIS som har kommet så langt i utdanningsløpet at disse utgiftene har begynt å gjøre seg gjeldende.

rett og slett ikke får tak i vikar. Det betyr at andre leger må ta seg av pasientene til legen som har fravær.

Det er imidlertid ikke alt fravær som følger av utdanningen som medfører behov for vikar. Det blir nevnt av flere informanter at legene også kan ta hverandres oppgaver og på den måten dekke opp for hverandre, særlig ved kortere fravær. En informant nevner at dette er vanlig for legene som er private næringsdrivende. En informant sier at «når ALIS reiser på kurs, og så lenge de er privat næringsdrivende, klarer legene selv å skaffe vikar.»

Flere informanter viser også til at kursene som ALIS-ene må ta ofte er korte, og at de normalt ikke medfører behov for vikar. En informant viser imidlertid til at når det er flere leger i spesialiseringsløp, blir fraværet for kursene mer merkbart, og det kan bli behov for ekstra lege.

Det blir også vist til at vikarbruken ikke bare gir kostnader for kommunen, men også fører til ulemper for pasientene. Når pasientene får mange fastleger over tid, gir det mindre stabilitet og forutsigbarhet for pasientene. Det blir også vist til at kvaliteten ofte er lavere blant vikarene.

En informant oppsummerer ulempene omkring ALIS-fravær med følgende: «ALIS-legene er ganske mye borte, og fravær koster.»

4.18 Oppsummering

Vi har sett at utdanningsutgiftene utgjorde 5 prosent av de totale utgiftene for kommunen ved ALIS. Det er likevel grunn til å tro at utdanningskostnadene er underrapporterte, blant annet fordi det foregår aktivitet knyttet til utdanningen som ikke vises i kommunens regnskaper og budsjetter, slik som veiledning og administrasjon.

Et annet forhold er at enkelte kommuner holder listelengden lav som et virkemiddel for å legge til rette for spesialistutdanningen. I intervjuene med ALIS, (jf. kapittel 6) sier noen at de opplever at kommunen skjærer dem i perioden de er under utdanning, blant annet ved at de ikke trenger å ha så mange pasienter. Dersom en kommune der ALIS har avtale om fastlønn, velger å holde listelengden lav for å sikre at ALIS har tilstrekkelig med tid til å gjennomføre utdanningen, vil det gi høyere kostnader for kommunen. Dette kan være et betydelig kostnadselement, men også vanskelig å tallfeste.

Som flere informanter pekte på, kan kommunenes vikarutgifter bli store det halvåret legene er utplassert i annen utdanningsvirksomhet (det tidlige sykehusåret). Dette er foreløpig ikke påløpte kostnader, men det blir pekt på at kostnadene potensielt kan bli store. På den annen side utgjør dette seks måneder av en spesialistutdanning som i gjennomsnitt varer 7–8 år.¹⁶ Deler man vikarutgiftene som følger av denne perioden på alle årene utdanningen varer, blir ikke de årlige utgiftene nødvendigvis vesentlige sett opp mot andre utgifter ved ALIS, som lønn, bonus og drift av legekontor.

Mangelen på fastleger og konkurransen om legene gjør at kommuner må bruke vilkårene og opplegg for spesialistutdanning for å tiltrekke seg leger. En informant viser til at kandidater på ansettelsesintervju spør om opplegget for utdanning. Det at kommunene kanskje må tilby mer og bedre utdanningsmuligheter enn forskriften krever, kan også bidra til å øke utgiftene for kommunen.

¹⁶ <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/allmennleger-i-spesialisering-alis>

5 Erfaring i kommunene

I dette kapitlet ser vi nærmere på situasjonen i ALIS-Nord-kommunene, og de erfaringene man har gjort gjennom prosjektet i løpet av det siste året. Hvilke erfaringer har man med å iverksette de intensjonene og forpliktelsene som er lagt på kommunene i den nye modellen for spesialistutdanning i allmennmedisin? Hvordan løser ALIS-Nord-kommunene disse oppgavene? Er det noen spesielle forhold som kommunene bør være oppmerksomme på?

Vi har sett nærmere på erfaringer på disse områdene:

- a) rekruttering til stillingene
- b) planlegging av utdanningsaktivitet
- c) godkjenning som registrert utdanningsvirksomhet
- d) veiledning og supervisjon
- e) institusjonstjeneste

Vi har dessuten stilt spørsmål om hvilken nytte man opplever at samarbeidet gjennom ALIS-Nord har hatt i den enkelte kommune, for den enkelte kommuneoverlege eller helseledere vi har intervjuet.

Avslutningsvis i kapitlet vil vi nevne rekruttering av allmennleger til fastlegestillinger generelt i kommunene, som er et tema som har kommet opp i alle de intervjuene vi har gjennomført. Materialet i dette kapitlet bygger på svar fra ALIS-kommuner på spørreskjemaet som ble besvart i mars, samt personlige intervjuer med kommuneoverleger og helseledere i et utvalg på seks ALIS-Nord-kommuner i august-september 2021.

5.1 Rekruttering til stillingene

I de 25 ALIS-Nord-kommunene er det omtrent like mange ALIS på ny som på gammel ordning, henholdsvis 86 på ny og 83 på den gamle. Kommunene utvikler nye utdanningsmodeller knyttet til den nye ordningen, og opparbeider seg erfaringer med å rekruttere, stabilisere, beholde og utvikle leger i disse stillingene.

Spørsmålet om rekruttering av ALIS til stillinger, og hvilke vilkår og tilpasninger kommunene går inn på, har vært sentralt i alle intervjuene vi har gjort. Erfaringen i de fleste av ALIS-Nord-kommunene etter to og et halvt år med ny lovgivning, er at rekruttering til ALIS-stillinger er en betydelig utfordring. I intervjuene refereres det til at man har strukket seg langt for å få kvalifiserte søkere. Det er verd å understreke at dette ikke bare gjelder de mindre kommunene. Også i de store og mellomstore kommunene merkes disse utfordringene tydelig, og man forsøker å legge til rette på ulike måter. En av informantene i en av de mellomstore kommunene, hadde fortsatt ikke klart å rekruttere til ALIS-Nord-stillingene når vi gjorde intervjuet. Hun forklarer det slik:

Det er veldig utfordrende å rekruttere. [...] De unge legene er opptatt av flere ting, og en ting de er opptatt av, er å ha erfarne kollegaer rundt seg. [...] En [annen] ting er arbeidsmengde, og vi forsøker å tilpasse listestørrelsen. Vi

setter opp 600–700 pasienter – det er ikke noe mer enn det, men vi ser at det går likevel ikke.

Tilpasning av lengdene på pasientlistene er et forhold kommunene kan regulere, men flere faktorer er i spill: bruk av fastlønn eller næringsdrift, ulike former for bonusordninger og tilpasninger av legevaktjeneste er de faktorene som går igjen når helseledere beskriver hva de kan sjonglere med.

Flere av kommunene gikk inn i ALIS-Nord-samarbeidet med en intensjon om å benytte næringsdrift som hovedform. Dette har imidlertid vist seg vanskelig flere steder. Informantene viser til at søkerne ikke finner det attraktivt, at de opplever at jobben virker for krevende, og at de ikke får nok mulighet til å ha fritid og «et liv utenom jobben». Det er yngre søkere som vil ha tid til familie og barn, regulær arbeidstid og forutsigbare rammer for arbeidslivet. I enkelte tilfeller blir det også referert til søkere som stiller svært ublue krav til lønn og arbeidstid, og som man har valgt å avvise.

I flere av kommunene har man likevel gjort pragmatiske tilpasninger av stillingene og kravene for å imøtekomme søkeres ønsker. Den viktigste tilpasningen er å gå over til en modell med fastlønn. Som vist i kapittel 3 har det blitt inngått avtale om fastlønn for 20 av de 26 stillingene som var bemannet per 1.3.2021. Kommunene som deltar i ALIS-Nord, får tilført et tilskudd på 200 000 kroner per stilling per år.¹⁷

I noen tilfeller har kommunene gått fra avtale om næringsdrift og over til ansettelse av ALIS på fastlønn i en periode på to år, med en avtale om at legen deretter går over på næringsdrift når hen er mer etablert i kommunen og i stillingen. Hvorvidt dette kan være en modell å vurdere for flere i tiden framover, vil være interessant å undersøke empirisk.

Spesielt i de litt større kommunene har man muligheter til å tilpasse størrelsen på pasientlistene, for på denne måten å gjøre det mer attraktivt å søke stillingene. I noen av de større og mellomstore kommunene refereres det til at man har valgt å redusere lista fra 1000 til eksempelvis 700 pasienter, slik at det er en mer overkommelig arbeidshverdag.¹⁸ I de kommunene som har gjort et slikt grep, er erfaringen at dette har bidratt til ansettelser i utlyste stillinger.

Rekrutteringssituasjonen står også høyt på dagsorden i de større kommunene. Spørsmålene om vaktbelastning og legevaktordninger er en del av de planene man legger for å skape bedre forutsetninger for rekruttering og stabilisering i fastlegestillingene. I Tromsø har kommunestyret sommeren 2021 vedtatt en omfattende tiltakspakke for å få bedre rekruttering av fastleger. Når dette skrives, har man ennå ikke sett resultatene fra dette på de stillingene som lyses ut nå. I Bodø utarbeides det en kommunelegeplan med henblikk på å oppfattes som en attraktiv arbeidsgiver og et fagmiljø for fastleger i årene som kommer.

5.2 Godkjenning som registrert utdanningsvirksomhet

Etter forskrift om spesialistutdanningen skal kommunene være registrert som utdanningsvirksomhet for å legge til rette for gjennomføring av utdanning i spesialiteten allmennmedisin. Den enkelte kommune søker Helsedirektoratet om godkjenning for slik registrering.¹⁹ Ved forrige runde med intervjuer hadde kommunene påbegynt dette arbeidet. Etter andre runde er flere kommuner nå registret som utdannings-

¹⁷ Dette er beløpet ALIS-Nord-kommunene mottar i støtte pr år for hver ALIS-stilling de har i prosjektet.

¹⁸ Gjennomsnittlig antall pasienter for hver fastlege var 1100 i 2017, ifølge tall fra SSB. <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/kortere-pasientlister-lengre-arbeidsdager>

¹⁹ Spesialistforskriften, §§ 19, 21 og 23d.

virksomhet. Erfaringene på dette området er delt. På spørsmål om i hvilken grad man opplever at kommunen har kommet i mål med å etablere rutiner og systemer som sikrer at kommunens nye rolle som utdanningsvirksomhet kan ivaretas på en tilfredsstillende måte, svarer 12 av 25 respondenter for kommunene «i stor grad» eller «i svært stor grad». Situasjonen ikke er entydig, men hovedmønsteret er at det er de store og mellomstore kommunene som rapporterer at man har kommet i gang med dette arbeidet.

Det er ikke uventet at de det er de større kommunene som har kommet lengst med å utvikle rutineene, når vi hører hva som rapporteres fra den enkelte kommune på dette området. Det kreves kompetanse og tid til å sette seg inn i systemet. I flere av intervjuene refereres det til vanskelige rapporteringer, omfattende planarbeid i forkant og lite hjelp fra direktoratet. En helseleder i en mellomstor kommune forklarer det på denne måten:

Da jeg registrerte oss, kom det beskjed ett år seinere om at jeg ikke hadde gjort det riktig. Jeg prøvde en gang til, og da gikk det bare to måneder så fikk jeg beskjed om at det ikke var godt nok. Så var jeg på et møte i KS som hjalp meg og satte meg i direkte kontakt med direktoratet. Da hadde jeg prøvd med fire jurister og hun som leder avdelingen for at de skulle forklare meg. Hva er meningen med at en registrering skal godkjennes? Det gir ingen mening i mitt hode! Det er jo en haug med læringsmål, og alle disse skulle fordeles på læringsformer. Da måtte jeg spørre dem: Men kjære dere – læring er en dynamisk sak! Jeg kan ikke si i dag at det er akkurat der vedkommende får sin opplæring i akkurat dette læringsmålet – da vil jeg jo lyve? Men nei, det måtte jeg.

Frustrasjonen som informantene gir uttrykk for finner vi igjen i enkelte andre intervjuer. Godkjenningsordningen oppfattes som rigid og byråkratisk, og i liten grad tilpasset den virkeligheten man står i ute i kommunene, der utdanningsplaner for den enkelte ALIS nødvendigvis må tilpasses og justeres underveis. Godkjenningen oppfattes også som arbeidskrevende og tungvint. Det tar lang tid å få svar på søknaden, og det oppleves som vilkårlig og til dels ulogisk hvilke svar man får. Slik det også kommer fram av sitatet over, erfarer man at veiledningen fra direktoratets side er mangelfull. Det ser ut til at det er enkelt for de større kommunene, som har ansatte med medisinsk fagbakgrunn som kan gjøre denne innsøkingen, og tilsvarende tyngre for de mindre kommunene.

Gjennom å bli godkjent som registret utdanningsvirksomhet følger det også med en del plikter som kommunene har overfor den enkelte ALIS og overfor Helsedirektoratet. Etersom kommunene er i en tidlig fase som nyregistrerte utdanningsvirksomheter, har vi ikke stilt spørsmål til informantene om erfaringene med å ivareta disse forpliktelsene. Dette kan det imidlertid være relevant å se på i neste fase av prosjektet.

5.3 Planlegging av ALIS' utdanningsaktiviteter

I alle kommunene vi har gjennomført intervjuer, har man erfaringer med å utarbeide planer for utdanningsaktivitetene for sine ALIS. Det utarbeides gjerne en overordnet utdanningsplan, med to ulike løp: ett løp for ALIS på gammel ordning og ett løp for ALIS på ny ordning (før eller etter ny lovgivning). Dette er oppgaver som helseledere bruker tid på. Vi har imidlertid ikke kunnet tallfeste tidsbruk og kostnader til dette.

Kommuneadministrasjonen og den enkelte helseleder/kommuneoverlege kjenner legene og den enkelte ALIS godt. En av informantene viser til gode erfaringer med å

gjennomføre halvårlige møter med alle ALIS i kommunen enkeltvis, fysisk eller digitalt. Møtene er ikke nødvendigvis veldig lange eller krevende, men gir en gjennomgang av situasjonen for den enkelte og finner ut om det skulle ha oppstått problemer siden sist. På denne måten får helseleder/kommuneoverlege en jevnlig sjekk på at den enkelte holder kontinuitet i utdanningsløpet. Det blir også lettere å planlegge for gjennomføring av den utdanningen som skal skje i sykehus, og melding om dette fra kommunen ett år i forveien. Veileder deltar vanligvis også i disse møtene, og våre informanter sier at møtene oppfattes som svært positive, også av ALIS. De opplever at de blir sett og tatt på alvor i rollen som utdanningskandidater. Selve planleggingsarbeidet kan riktignok være noe tidkrevende for den enkelte helseleder, men det ser altså ikke ut til å være på dette området at skoen trykker.

5.4 Veiledning og supervisjon

Veiledning og supervisjon til den enkelte ALIS er regulert i spesialistforskriften. Hva er så erfaringene på dette området per i dag, og hvordan praktiseres dette ute i kommunene?

Etter forskriften har kommunene ansvaret for å legge til rette for tilstrekkelig veiledning og supervisjon knyttet til de konkrete læringsmålene. Det er spesifisert hva som er innretning og forventet tidsbruk på disse ordningene. Veiledningen er definert til et minimum på fire timer per måned.²⁰ Forskriften sier at det skal utnevnes en individuell veileder for den enkelte ALIS. Veiledningen innebærer refleksjon, råd, og oppfølging av faglig progresjon under utdanningsløpet, og innebærer planlagte og regelmessige samtaler.²¹ Etter forskriften kreves det for LIS1 at veileder er lege med nødvendig erfaring, mens det for LIS2 og LIS3 kreves at vedkommende er godkjent spesialist innen en av spesialitetene i den faglige plattformen.²² Den fortløpende faglige oppfølgingen i konkrete enkeltsaker i arbeidshverdagen er det supervisøren som ivaretar, og dette fordrer et tettere samarbeid på et legekontor eller i en avdeling. Kvalifikasjonskravene til en supervisor er mindre formalisert og er konkretisert i forskriften til kvalifisert lege.

I fritekstsvarene fra helseledere på spørreundersøkelsen er det flere som tar opp hva de ser som de største utfordringene. Også på dette området ser det ut til å gå et skille i erfaringene mellom de større og de mindre kommunene. I de større kommunen legges veiledning og supervisjon til legekantoret den enkelte ALIS er tilknyttet, eller man finner en veileder i nær tilknytning. En vanlig forventning til et legekantor som mottar en ALIS, er at kantoret stiller opp med veileder og supervisjon slik at dette mer eller mindre ruller av seg selv når ALIS først er på plass. Legens motivasjon for å ta imot en ALIS kan være knyttet til å rekruttere inn en partner, eller å utvide faggruppen der hvor det er flere leger på samme legekantor.

I noen av de mindre kommunene er situasjonen at man kan ha en eller to svært erfarne leger, men uten den formelle muligheten til å ta på seg veilederoppgaver ettersom de selv ikke er godkjent som spesialist i allmennmedisin. Dette gir kommunene noen bestemte utfordringer. I enkelte kommuner undersøker man muligheten for at deres ALIS kan få veiledning fra lege med spesialistgodkjenning i en av de større kommunene Dette gjøres som en kombinasjon av digital veiledning og jevnlig fysiske møter. Supervisjon kan imidlertid gjøres av erfarne lege uten spesialistutdanning. I tilfeller der det finnes spesialist i allmennmedisin i nærliggende kommuner,

²⁰ Spesialistforskriften med kommentarer, s 16.

²¹ Ibid.

²² Ibid. s 66.

kan det også være en mulighet å lage veiledningssamarbeid lokalt mellom kommunene. Siden mangel på formelt kvalifiserte veiledere kan være et svakt punkt for noen av de mindre kommunene, kan veiledning på tvers av kommunegrenser være en mulig modell som kan prøves ut mer systematisk. Dette må avklares nærmere med direktoratet, slik at man finner ut hvilke formelle krav som skal være innfridd for fullgode løsninger og attraktive utdanningsløp for ALIS-kandidatene.

5.5 Institusjonstjenesten

Etter forskriften har de regionale helseforetakene et ansvar for å sørge for at det legges til rette for utdanningsløp i sykehusene i de delene av utdanningen der det kreves. Helseforetakene forventes å sikre gjennomstrømning, slik at ikke utdanningsløp stopper opp. Etter den gamle ALIS-ordningen var det den enkelte kandidat som selv hadde ansvaret for å avklare slikt opphold med det enkelte sykehus, mens det etter den nye ALIS-ordningen er kommunen som utdanningsvirksomhet som formelt inngår avtaler med sykehuset i hvert tilfelle. Behovet for disse plassene meldes inn til det enkelte sykehus tidlig, og vanligvis et år i forkant.

Hovedbildet som tegnes gjennom svarene i spørreskjemaet og i intervjuene med helseledere/kommuneoverleger er at disse relasjonene ser ut til å fungere tilfredsstillende. Siden man fortsatt er tidlig i løpet, og det er få av ALIS på den nye ordningen som har begynt i sykehuspraksis, er det få konkrete erfaringer på dette området. I Helse Nords oppdragsbrevet for 2021 har de fire helseforetakene i regionen fått i oppdrag å utarbeide en regional opptrappingsplan som i løpet av 2022 sikrer nødvendig antall øremerkede utdanningsstillinger for sykehuspraksis for ALIS-leger.²³ På vårt spørsmål svarer helseledere/kommuneoverleger at de ikke vurderer at det blir utfordringer på dette området. Samarbeidsavtalene vil regulere relasjonen mellom kommuner og helseforetak.

Det som derimot oppfattes som utfordrende, sett fra kommunenes ståsted, er vanskelighetene med å skaffe vikar når ALIS skal ha sykehustjeneste. «Det er vanskelig nok å rekruttere til faste stillinger, enda verre med vikarer», sies det i et av svarene. Fra flere av kommunene rapporteres det om tilsvarende utfordringer, spesielt når det gjelder de lengre periodene, men også kortere perioder med fravær på grunn av kurs. Vikariater i utdanningsfravær ser ut til å være et problem også for de større kommunene. I en kommune nevnes det som en mulighet at det burde kunne være en mulighet å «bytte» med sykehusene, slik at sykehusleger fikk mulighet til å oppdatere sin kompetanse på situasjonen i kommunene. Selv om ideen er interessant, har vi så langt ikke klart å finne konkrete eksempler.

I noen tilfeller kan det også være utfordringer knyttet til å gjennomføre utdanningsforløpet på andre læringsarenaer enn sykehusene, til tross for at spesialistforskriften åpner for det. Det nevnes som en utfordring at kompetansemiljøene på sykehusene sluker opp en del flinke allmennleger i utdanningsløp, som tilbys faste stillinger underveis. Hvor utbredt dette fenomenet, og hvorvidt det eventuelt er større i dag enn tidligere, har vi ikke grunnlag for å vurdere her.

5.6 Erfaringer med ALIS-Nord-samarbeidet

Som del av studien har vi forsøkt å danne oss et bilde av erfaringer kommunene har gjort seg med ALIS-Nord-samarbeidet. Samarbeidet ble initiert som et pilotprosjekt i januar 2019, med deltakelse fra seks kommuner i hver av de fire helseforetaks-

²³ Helse Nord RHF (2021) *Oppdragsdokument 2021*, s 15.

områdene i Nord-Norge. Prosjektledelsen ligger administrativt til Bodø kommune, og det er tilknyttet fire delstillinger henholdsvis i området for Finnmarkssykehuset, UNN, Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset, for å kunne bistå kommunene i hele landsdelen. En prosjektarbeiderstilling på Helgeland har foreløpig vært ubesatt, men den vil bli besatt i løpet av høsten 2022 som ledd i et utvidet samarbeidsprosjekt på Helgeland. Prosjektet heter *Helgelandslegen*, og målet er å rekruttere leger til regionen.

I spørreundersøkelsen stilte vi spørsmålet «I hvilken grad opplever du at deltakelsen i ALIS-Nord prosjektet er nyttig for din kommune?» 17 av de 25 respondentene svarte «i stor grad» eller «svært stor grad». I intervjuene forklares dette med at prosjektleder i Bodø og de lokale prosjektansatte bidrar med kunnskaps- og erfaringsformidling mellom kommunene lokalt, og at dette er av verdi for den enkelte helseleder og kommuneoverlege. Det arrangeres samlinger for veiledere, ALIS og administrative ansatte som innebærer at kommunene får større faglig nettverk og tilgang til kompetanse og erfaring som man ellers ikke ville ha mulighet til å få.

ALIS-Nord var tidlig ute med sin etablering. I etterkant av lovendringene i mars 2017 og mars 2019 er det etablert flere regionale ALIS-samarbeid. Vi følger ALIS-Nord og ALIS-Vest spesielt tett i den første fasen etter lovendringen fordi det er nettopp her at det har vært mest erfaringsgrunnlag å bygge på.

5.7 Rekrutteringsproblemene overskygger det meste

Hovedbildet som tegnes, er at «det går seg til», og man er i ferd med å finne arbeidsmåter som fungerer i kommunene. Man finner stort sett ordninger for veiledning og supervisjon som fungerer i hverdagen på legekantorene, selv om det noen steder innebærer en form for improvisasjon eller lokal tilpasning. Samarbeidet med sykehusene er man i liten grad uroet over. De største utfordringene man opplever, ser ut til å være i relasjonen til nasjonale helsemyndigheter. Sett fra helselederne i kommunene, er det en utfordring knyttet til registrering som utdanningsvirksomhet. Dette tar tid, og oppleves som kronglete og lite forutsigbart.

Totalt rapporterer 15 av 25 kommuner som har bevart våre spørsmål at det er vanskelig å rekruttere til fastlegestillinger. Den nye ALIS-ordningen og ALIS-Nord kan derfor ikke ses løsrevet fra det presserende spørsmålet om rekruttering av fastleger generelt, og de omfattende utfordringene som fastlegeordningen står overfor. Skal kommunene lykkes med å iverksette lovendringen, fordrer det at fastlegeordningen har vilkår som gjøre det attraktivt for nyutdannede leger å søke seg til disse tjenestene, og at allerede utdannede leger og spesialister i allmenntid blir i yrket over lengre tid.

6 ALIS' erfaringer

Dette kapitlet er basert på datamaterialet fra intervjuer med i alt 14 ALIS, hvorav ni har blitt intervjuet for andre gang (oppfølgingsintervjuer) og de øvrige fem har blitt intervjuet fordi de har sluttet i en ALIS-Nord-stilling (exit intervjuer).²⁴ I oppfølgingsintervjuene har vi lagt vekt på å undersøke om det har skjedd endringer siden sist, særlig med hensyn til hvordan ALIS opplever at opplegget for spesialistutdanningen i allmenmedisin og deltakelsen i ALIS-Nord-prosjektet fungerer. Vi har også undersøkt om de har endret sine planer for videre karriere. I tillegg har vi stilt direkte spørsmål om hvordan ALIS vurderer kvaliteten i utdanningen og hvordan koronapandemien har virket inn på deres arbeidshverdag det siste året. I exit-intervjuene har vi primært lagt vekt på å forstå de viktigste beveggrunnene for at den enkelte ALIS har sluttet i stillingen. Se nærmere beskrivelse av problemstillinger og metode i kapittel 2.

6.1 Oppfølgingsintervjuer

Spesialistutdanningen i allmenmedisin

Læringsmål og kompetanseportalen Dossier

I den første intervjurunden kom det fram at flere ALIS reagerte på at læringsmålene i den nye utdanningsmodellen var veldig diffuse (jf. Holte, 2020). De var usikre på hva som skulle til for å oppnå læringsmålene, og hvordan det skulle registreres i den digitale kompetanseplattformen Dossier. Det kom tydelig fram at det skapte en del frustrasjon. I oppfølgingsintervjuene gir flere informanter uttrykk for at dette ikke lenger representerer noe stort problem. «Det har langt på vei gått seg til siden sist». Det er flere grunner til at ALIS opplever at det har skjedd en endring på dette området:

Tiltak sentralt. Flere ALIS sier at det har blitt gjort endringer i kompetanseportalen, som gjør at den har blitt ryddigere og mer oversiktlig. Som eksempel peker noen på at søkefunksjonen har blitt bedre. En ALIS forteller at hun har hatt stor nytte av å benytte supporttelefonen til Dossier. Blant de vi har intervjuet er hun alene om å ha benyttet denne tjenesten.

Regionale tiltak. I ALIS-Nord-prosjektet har det blitt gjennomført nettverkssamlinger, der spørsmål om læringsmål og Dossier har blitt diskutert. I oppfølgingsintervjuene er det flere som sier at det har bidratt til å oppklare mye av det som var uklart i starten.²⁵ Enkelte ALIS fortelle også at de har rådført seg med regional kontaktperson for ALIS-Nord-prosjektet på egenhånd. Se mer om ALIS' vurdering av ALIS-Nord-prosjektet i eget avsnitt.

²⁴ I oppfølgingsintervjuene kom det fram at to ALIS har sluttet. De har både blitt intervjuet om utvikling siden sist og hvorfor de har sluttet. Det henger naturlig nok nært sammen. Totalt har vi altså intervjuet syv ALIS som har sluttet.

²⁵ Se lenke til presentasjoner her: <https://www.alis-nord.no/nyhetsarkiv/nettverksmote-i-bodo-og-tromso-article269-28.html>

Eget initiativ. I løpet av det siste året har ALIS og veileder fått mer tid til å sette seg inn i den nye utdanningsmodellen og prøve seg fram for å finne løsninger. I intervjuene sier flere ALIS at det rett og slett har tatt litt tid å komme inn i dette. De fleste var helt i startgropen første gang vi intervjuet dem. Flere viser til at det foregår diskusjoner og informasjonsdeling mellom ALIS på en Facebook-side. Via denne opplever de at det er mulig å få svar på mye av det man lurer på slik denne informanter sier:

... så er jeg i en gruppe på Facebook for allmennleger i ny ordning der kan vi finne ut av ting som vi lurer på, som vi ikke skjønner, for eksempel de felles kompetansemålene Der er det alltid noen som har spurt helsedirektoratet og fått et svar [ALIS understreker at det ville vært bedre om den slags informasjon legges inn i kompetanseportalen, slik at man ikke behøver å lete seg fram til det, men at det uansett har bidratt til å gjøre ting litt klarere].

Det er verdt å bemerke at ingen trekker fram at kommunen (helseleder) har bistått ALIS med å finne ut av spørsmål knyttet til gjennomføring av utdanningen. Noen ALIS forteller at de har stilt spørsmål til ledelsen i kommunen uten at de har fått noen gode svar.

Ingen av de vi har intervjuet sier at læringsmålene har blitt mer konkrete, og så vidt vi har forstått har ikke læringsmålene blitt vesentlig revidert siden sist, med unntak av at en del av læringsmålene som krevde felleskonsultasjon har blitt fjernet. ALIS sin frustrasjon over diffuse læringsmål har altså ikke avtatt som følge av at læringsmålene har blitt mer konkrete. Endringen er knyttet til at ALIS i større grad har funnet ut hvordan de kan forholde seg til at læringsmålene er diffuse. Flere forteller at de etter hvert har fått en forståelse av at handlingsrommet for å finne fram til lokalt tilpassete løsninger er ganske stort, og at det finnes flere ulike veier fram til læringsmålene. Derfor er de ikke lengre så bekymret for at ting gjøres på feil måte.

Det skal understrekes at enkelte ALIS gir uttrykk for at det ikke har skjedd noen vesentlig endring på dette området siden sist: «savner fortsatt en tydeligere oppskrift». Flere ALIS sier at både læringsmålene og den digitale kompetanseportalen bør utvikles videre selv om de opplever at mye har gått seg til siden sist. I intervjuene trekker ALIS fram flere eksempler, som viser at de reagerer på to litt forskjellige ting. Det ene handler om at det er vanskelig å avgjøre hva som skal til for at man skal kunne signere ut læringsmål:

Det er jo mange av læringsmålene som er ganske vage. Nå har ikke jeg konkrete eksempler, men det er noen som er ... altså hvordan oppfyller du etikk og sånne ting ... Jeg synes det kan være ganske vanskelig å vurdere når man egentlig har fullført og sånn kunne kommunisere med en pasient. Det føler jeg på en måte at vi lærte på studiet. Men så er det vanskelig å vite: hva legger de i dette? Er det sånn at man skal være spesielt god til å kommunisere med pasienter? Jeg synes ikke alltid det er så lett å vite når man skal signere ut læringsmålene.

Det andre handler om at det er vanskelig å forstå hvordan enkelte læringsmål skal oppnås i praksis:

Det er jo noen læringsmål som er sånn at man skal ha supervisjon når man har en vanskelig emosjonell samtale med pasienten. Og det liksom bare er veldig rart, for når pasienten begynner å gråte: skal jeg da gå og hente veilederen min?

I intervjuene forteller noen ALIS at de, som en pragmatisk løsning, har tenkt at noen av disse læringsmålene like gjerne kan kvitteres ut ved at man snakker om

konsultasjonen i etterkant framfor at veileder eller en annen kollega nødvendigvis må være til stede under selve konsultasjonen²⁶:

Det vi har gjort noen ganger, det er at vi bare ser litt på notatet, at vi går gjennom hvilke undersøkelser jeg har gjort ... sånn at de ikke nødvendigvis observerer meg gjøre dem ... men at vi snakker litt gjennom prosedyren som jeg har gjort ... Det tenker jeg at fungerer greit. Vi har jo øvd på alle disse prosedyrene før på studiet, og er jo på kurs for å repetere dem innimellom ... Andre ganger kan det være prosedyrer som vi kan være litt usikre på, som vi da tar opp i plenum og øver på hos hverandre på kontoret

I intervjuene er det også noen som stiller spørsmål ved om det er nødvendig å ha så mange læringsmål. En ALIS forteller at mange av læringsmålene er knyttet til prosedyrer og aktiviteter som de gjennomfører omtrent daglig. Hun opplever at den typen mål for så vidt er greie å kvittere ut, men stiller spørsmål ved om det er nødvendig, og at det kan framstå som litt unødvendig og byråkratisk at man må dokumentere «alt».

Jeg spør meg av og til hvem som har funnet på alle disse læringsmålene. Når det kommer til registrering og sånt, så er det jo en sånn her modul hvor det står alle læringsmålene, og den gir meg også kvelningsfølelser av et nivå du ikke kan fatte, det er så mye jabb og babb, og jeg og han veilederen min, vi har jo vært inne og kikket på det her.. og det, ja, fremstår som en vegg av måloppnåelser, som på en måte, ja, jeg vet ikke, jeg har ikke så godt inntrykk av det, jeg skulle ønske at det var en annen måte å komme i mål med det, eller i hvert fall at det var mer konkrete læringsmål.

Flere ALIS presiserer at de fleste læringsmålene er helt uproblematiske og at det bare er noen som er vanskelige å forstå. I intervjuene har vi ikke gått i dybden på nøyaktig hvilke læringsmål som oppleves som problematiske. ALIS trekker fram eksempler uten å sitte med oversikten over læringsmålene foran seg. I intervjuene er det også enkelte ALIS som tenker høyt om at det kanskje kan være en fordel at læringsmålene er litt runde og ikke altfor presise. En ALIS påpeker for eksempel at det antagelig vil være vanskelig å utforme veldig presise læringsmål som passer for alle, blant annet fordi fastleger opererer i vidt forskjellig kontekster - noen ved store kontor i byen og andre ved små kontor i distrikt - og at det derfor vil kunne være stor variasjon i hva slags erfaringer de gjør seg, og hvilke grunnlag de har for å kvittere ulike læringsmål.

Individuell veiledning og supervisjon

Den første delstudien viste at ALIS stort sett var fornøyd med veiledningstilbudet. De fleste opplevde at de mottok tilstrekkelig støtte for å gjennomføre jobben som fastlege innenfor trygge rammer, og flere framhevet at de hadde en veldig god relasjon til sin veileder. Hovedproblemet, som flere ALIS framhevet og som vi pekte på i den forrige rapporten, var at veilederne ikke hadde blitt kurset i hvordan de skulle ivareta sin rolle som veileder etter ny modell for spesialistutdanningen i allmenntidmedisin. Det bidro til å skape usikkerhet ved om de gjorde ting på «riktig måte». Nå, ett år senere, har fortsatt ingen veiledere gjennomført veiledningskurs tilpasset den nye

²⁶ Antall læringsmål med felleskonsultasjoner har - ifølge flere av de vi har intervjuet - blitt kuttet ned fra det opprinnelige utgangspunktet. Hvorvidt ALIS opplever de gjenstående læringsmålene som utfordrende eller om de primært tenker på læringsmålene som nå har blitt avskaffet, kommer ikke tydelig fram i intervjuene vi har gjennomført.

modellen for spesialistutdanning i allmennmedisin. Kursene for veileder etter ny modell skal etter planen, slik vi forstår det, komme i gang fra høsten 2021. Det gjelder ikke bare for Nord-Norge, men hele landet, og det er naturligvis oppsiktsvekkende at kurstilbudet for veiledere først kommer i gang over to år etter at den nye modellen ble iverksatt. Ideelt sett burde veileder mottatt kurs før de begynte som veiledere.

Ellers ser det ikke ut til at ALIS sin vurdering av veiledningstilbudet har endret seg vesentlig siden sist. Ingen uttrykker misnøye med veileder. Flere framhever at de har en veldig god relasjon til sin veileder, og at de i felleskap har funnet fram til en form på veiledningen som fungerer bra og som ALIS nå – i større grad enn sist – føler seg trygge på at vil føre fram til godkjenning av utdanningen til slutt (se foregående avsnitt om læringsmål). Like fullt er det ingen tvil om at kurstilbud til veileder bør gis prioritet i tiden framover.

Sånn som det fungerer på jobb og sånt, synes jeg egentlig at det fungerer veldig godt. Jeg har regelmessig veiledning. Og det blir satt av tid til det. Vi har god dialog jeg og veilederen. Vi finner en dag som passer. Og så flytter vi det litt sånn som det høver for, og hvis det er noe ekstra en måned så flytter vi det litt fram og setter det litt tilbake neste måned om det ikke skulle være noe.

Når det gjelder selve innholdet i veiledningen, er det noen som understreker at ALIS vil ha forskjellig behov, både når det gjelder mengde og type veiledning. En ALIS forteller at det ved en samling i regi av ALIS-Nord, ble gitt signaler om at den regulære veiledningen skal fungere som en slags debrief, der ALIS kan få hjelp til å håndtere hendelser som har skjedd siden sist.²⁷ I intervjuet sier han at det sikkert kan være fint og viktig for noen, men at han i veldig liten grad har behov for å snakke om følelser, og heller ønsker å bruke veiledningstiden til å diskutere praksis og medisinfaglige spørsmål. Han understreker at det bør være rom for hvordan opplegget for veiledning uformes og advarer sterkt mot at det blir laget en mal som skal gjelde for alle.

På ALIS-Nord-møtet i høst fikk vi vite litt om at det liksom skulle handle mer om hva man følte i de og de situasjonene, på disse hovedveiledningene, det kjente jeg litt at det var ikke noe som jeg har behov for, så vi bruker ikke veiledningstiden til akkurat det, jeg tenker jo, der er folk litt forskjellige da, hva de har behov for altså.

Ekstern veileder – en særlig utfordring

Noen av dem vi har intervjuet har ikke veileder ved kontoret. De sier at det fungerer greit, men at det langt fra er ideelt, en ALIS uttrykker det slik: «vi mangler den ene erfarne og kloke som de andre kan lære av». Den første delstudien viser at dette var tilfelle for 7 av de 26 ALIS-Nord-stillingene som var bemannet per 1.3.2020 (Holte, 2020). Grunnen til at ALIS ikke har veileder ved kontoret er som regel at det ikke finnes noen erfarne leger med spesialisering der. Avstanden til veileder varierer fra «like over gata» til «over tre timer med kjøring med bil». I intervjuene forteller ALIS at de har funnet fram til litt ulike løsninger for veiledning. En ALIS forteller at veileder innimellom kommer til kontoret. En annen forteller at mye av veiledningen skjer på Teams. På spørsmål om hvordan de går fram for å oppnå læringsmål som krever supervisjon, svarer en ALIS at de unge og uerfarne legene observerer hverandre. I den videre utviklingen av den nye modellen for spesialistutdanning i allmennmedisin, er

²⁷ Slik vi forstår det ble dette formidlet som en anbefaling eller et råd under et innlegg eller en diskusjon ved samlingen. Det er altså ikke snakk om en tydelig instruks eller policy fra ALIS-Nord-prosjektet.

det viktig å ta hensyn til at det ikke alltid er sånn at ALIS kan lene seg på erfarne kollegaer ved kontoret, og det er nødvendig å finne fram til løsninger som sikrer at veilednings- og supervisjonstilbudet for ALIS ved kontor uten veileder blir best mulig.

Næringsdrift – behov for egen takst for felleskonsultasjoner?

En av de som har næringsdrift og arbeider ved et kontor der alle andre har næringsdrift, etterlyser en egen takst for felleskonsultasjoner. Hun sier at det i dag er svært liten dekning for at ALIS og veileder kan gjennomføre konsultasjoner sammen uten at de taper økonomisk. For at det skal skje i større grad er ALIS tydelig på at det må lages en takst for felleskonsultasjoner. Hun er opptatt av at det ikke bare er nødvendig å gjennomføre felleskonsultasjoner for å oppnå en del av læringsmålene, men at det i flere andre sammenhenger kan være nyttig å involvere andre kollegaer i en konsultasjon.

Gruppeveiledning

Ved forrige intervju var det flere som ikke hadde startet med gruppeveiledning. I oppfølgingsintervjuene rapporterer de fleste at de har kommet i gang med det og at det fungerer bra. En ALIS, som arbeider ved et kontor med veldig bra faglig og sosialt felleskap, påpeker at det kanskje er litt unødvendig for han å delta i gruppeveiledning. Han understreker samtidig at han ser verdien i det, «forstår konseptet», særlig for de som er mer alene i sin daglige praksis. På grunn av korona sier noen at de har gjennomført deler av veiledningen over Teams. Se nærmere beskrivelse av det i eget avsnitt om korona.

Kurs

De fleste ALIS vi har intervjuet er i gang med kurs. I intervjuene har vi ikke gått i dybden på hvordan ALIS vurderer det faglige innholdet i kursene. På eget initiativ er det ingen ALIS som retter noen kritikk mot det faglige innholdet eller gjennomføringen. Når det gjelder den praktiske tilretteleggingen, forteller alle ALIS at de opplever det som forholdsvis uproblematisk å få fri til å delta på kurs. Hovedproblemet – for enkelte – er at det gjerne hoper seg opp når de er borte og at de må bruke mye tid på å komme ajour etter kurs. Det gjelder særlig for de som opplever at arbeidsbelastningen er i overkant høy. Dette kommer vi nærmere tilbake til senere i notatet.

Under koronaperioden har flere kurs blitt gjennomført digitalt. Se mer om det i eget avsnitt.

Institusjonstjeneste

De fleste ALIS vi har intervjuet, er tidlig i utdanningsløpet og gir ikke på eget initiativ, uttrykk for at de har tenkt så mye på gjennomføring av institusjonstjenesten foreløpig. På sentralt nivå har det i løpet av det siste året skjedd en utvikling i arbeidet med å tilrettelegge for ALIS-stillinger ved sykehus. Dette beskrives nærmere kapittel 4.5 i statusrapporten til helsedirektoratet. I tiden framover vil det bli interessant å følge med på hvordan ALIS opplever at dette fungerer i praksis.

Kvalitet i utdanningen

I oppfølgingsintervjuene har vi stilt følgende spørsmål om hvordan ALIS vurderer kvaliteten i utdanningen: Opplever du at du får den opplæringen og oppfølgingen du trenger for å ivareta pasientene dine på en god måte?

Alle ALIS vi har intervjuet sier at opplæringen og oppfølgingen de mottar i stor grad oppleves som tilstrekkelig for at de kan ivareta pasientene sine på en god måte. De fleste ALIS uttrykker at de er fornøyde med opplegget for utdanningen, særlig individuell veiledning, men også gruppeveiledning og kurs: «føler at jeg lærer og blir en bedre lege dag for dag».

Hvorvidt den nye modellen har påvirket kvaliteten i utdanningen er uklart. En ALIS forteller at hun er positiv til den nye modellen, og at hun har inntrykk av det var lettere å «sose seg gjennom» utdanningen før, men understreker samtidig at det er en antagelse, siden hun jo bare har erfaring med den nye modellen. Andre ALIS forteller at de ikke opplever at det har skjedd noen vesentlig endring på dette området.

[Jeg] føler at jeg er på et kontor der jeg får veldig mye hjelp og god veiledning, men ser ikke den store forskjellen på hvordan den skiller seg fra gammel ordning [på dette kontoret har det lenge vært slik at leger i spesialisering følges opp av mer erfarne leger].

I hvilken grad overgangen til den nye modellen representere en endring i praksis for oppfølging av unge leger vil i stor grad avhenge av utgangspunktet. Noen kommuner/kontorer har hele tiden tilbudt nær oppfølging av unge leger, mens de andre steder langt på vei har blitt overlatt til seg selv.

I relasjon til temaet *kvalitet og pasientsikkerhet* bemerker enkelte ALIS at man som fastlege har et stort ansvar og at det er vanskelig å føle seg trygg på at man hele tiden tar de rette valgene for sine pasienter. Denne formen for usikkerhet blir – slik vi forstår det – ansett som en nærmest uunngåelig del av fastlegeyrket, som man må lære seg å leve med, og det er altså ikke sånn at ALIS føler seg usikre som en konsekvens av mangelfull opplæring eller oppfølging. For sin egen del opplever de vi har intervjuet at kvaliteten på utdanningen er god. Enkelte ALIS peker imidlertid på en mulig svakhet ved den nye modellen for spesialistutdanningen i allmenntidmedisin: Siden kommunene i den nye modellen har fått ganske stor frihet til å utforme lokalt tilpassete løsninger, og det i stor grad vil være opp til kommunen å avgjøre hva som skal til for å godkjenne læringsmål («det er flere veier til målet»), samtidig som de sentralt definerte læringsmålene fremstår som diffuse, er det enkelte ALIS som uttrykker bekymring for at kvaliteten på utdanningen vil kunne variere på tvers av ulike kommuner, slik at man får A- og B-kommuner der kvaliteten på utdanningen vil bli veldig god noen steder og dårlig andre steder. En ALIS tenker høyt om at enkelte kommuner kanskje vil legge lista for å få godkjent utdanningen så lavt som mulig i et forsøk på å tiltrekke seg unge leger. Tankegangen er kommuner som eventuelt får et rykte for å slippe ALIS lett gjennom utdanningen vil kunne bli mer populære enn de som legger lista høyt. Dette er naturligvis, som ALIS selv påpeker, bare spekulasjoner. En ALIS, som har konvertert fra gammel til ny ordning og sånn sett har en gunstig posisjon for å vurdere forskjeller mellom de to ordningene, mener at det er en stor forskjell mellom ny og gammel ordning på dette området: «Før visste man hva en spesialist i allmenntidmedisin hadde gått gjennom av opplæring». Hva ALIS har gjort for å oppnå læringsmålene mener hun at er langt mer uklart nå.

Når det gjelder spørsmålet om pasientsikkerhet, er det flere som framhever at den største trusselen ikke er knyttet til forhold ved selve utdanningen som mangelfull veiledning, kurs eller supervisjon, men at de anser at *høyt arbeidspress* kan bidra til at det gjøres feil. I oppfølgingsintervjuene forteller de fleste at arbeidspresset er overkommelig. En ALIS forteller riktignok at hun ønsker å redusere framfor å øke antall pasienter, slik det i utgangspunktet ble planlagt når hun ble ansatt, og to andre ALIS gir uttrykk for at de helst ønsker å redusere pasientlisten noe. Blant de som har sluttet

er det flere som peker på at høy arbeidsbelastning var en viktig medvirkende årsak. Dette kommer vi nærmere tilbake til i avsnitt 6.2. og 6.3.

«sånn som nå da, på min oppgaveliste har den sluttet å telle antall oppgaver som jeg, det står bare 99 +, jeg prøver å ta unna, men det er først når den kommer under 99 at den begynner å telle ned, så jeg vet ikke hvor mange oppgaver som ligger der, og det er et problem for pasientsikkerheten... og så vet jeg at til helgen har jeg ikke mulighet til å jobbe meg nedover på denne listen ... den eneste måten å øke pasientsikkerheten i dette tilfellet er jo å redusere mine arbeidsoppgaver, og det skjer ikke ved å øke antall pasienter

Korona

Det siste året for ALIS har naturligvis i stor grad blitt preget av koronapandemien. I intervjuene har vi spurt hvilken betydning det har hatt for gjennomføringen av spesialistutdanningen i allmenntidmedisin.

Flere ALIS forteller at de har gjennomført digitale kurs i løpet av det siste året. De gir uttrykk for at det har fungert greit med tanke på faglig utbytte og praktisk gjennomføring, men noen framhever at de har savnet det sosiale ved å være fysisk til stede på samlinger. En ALIS sier at han har satt stor pris på at han har sluppet å reise på kurs siden det har spart han for mye tid. Det er naturligvis ikke alle kurs som egner seg for digital gjennomføring («kan ikke ta digitalt kurs i hjerte- og lungeredning») og noen sier at de har utsatt gjennomføringen av kurs på grunn av korona.

I intervjuene kommer det fram at ALIS har brukt digitale kommunikasjonsverktøy til veiledning og supervisjon mer enn tidligere. De fleste gir uttrykk for at det har fungert bra. En ALIS trekker for eksempel fram at det har fungert spesielt bra som en løsning for å gjennomføre felleskonsultasjoner. Hun forteller at veileder har deltatt på felleskonsultasjoner via Teams. Det begynte som et smitteverntiltak, men de har erfart at det fungerer minst like bra som når veilederen deltar fysisk og vurderer derfor å fortsette med det etter korona. Fordelen, slik de har erfart det, er at pasienten i større grad konsentrerer seg om dialogen og samhandlingen med ALIS, slik at veileder i større grad blir «flue på veggen» sammenliknet med når hun er til stede i rommet.

Erfaringene fra det siste året viser at det er fullt mulig å gjennomføre en del former for kurs, veiledning og supervisjon digitalt. På dette området er det åpenbart mulig å trekke lærdommer for tiden etter korona. I hvilken grad og på hvilke måter kurs, veiledning, supervisjon og, ikke minst, pasientbehandling kan skje digitalt i tiden framover må vurderes i lys av erfaringen fra koronaperioden. Det har ikke vært et hovedtema for denne studien.

Det er en del variasjon blant de vi har intervjuet i hvordan de opplever at koronapandemien har virket inn på arbeidshverdagen deres mer generelt. En ALIS sier for eksempel at det har vært en kjempeutfordring å jobbe med ulike restriksjoner som har endra seg hele tiden: «når man er sliten i utgangspunktet, som mange er, blir det veldig slitsomt». En annen sier at pasientene har strømmet på nesten som vanlig, bortsett fra den første uka, og opplever at den største endringen er at de har fått noen tilleggsoppgaver med smittesporing. En annen uttrykker at han nok har vært ganske heldig fordi han jobber i en kommune som ikke har hatt utbrudd av korona.

Noen ALIS opplever at kommunen har vært lite tilgjengelig og altfor passive i oppfølgingen av dem. Det kommer vi nærmere tilbake til i de to neste avsnittene. I den sammenheng er det flere som tenker høyt om at det delvis kan skyldes

koronasituasjonen. Flere gir uttrykk for at de har forståelse for at den sentrale helseledelsen i kommunen har vært veldig presset i denne perioden.

Selv om det siste året utvilsomt har vært krevende for en del ALIS, både med tanke på jobbsituasjon og sosialt, er det ingen som gir uttrykk for at progresjonene i utdanningen har stoppet helt opp som følge av korona. Noen mener at de kanskje blir litt forsinket, eller at de i alle fall må stokke litt om på planen for gjennomføring av kurs, eller at de har mottatt litt mindre veiledning enn normalt, men i det store bilde ser det ut til at opplegget for veiledning, supervisjon og kurs har fungert rimelig bra det siste året til tross for korona.²⁸

Deltakelse i ALIS-Nord

I den forrige intervjurunden kom det fram at flere ALIS hadde et distansert forhold til ALIS-Nord-prosjektet og at de ikke helt forstod hva deltakelse i prosjektet innebærer. Siden sist har ALIS-Nord-prosjektet i større grad involvert ALIS, både ved å gjennomføre nettverkssamlinger med fysisk oppmøte i Bodø og Tromsø, og innkalle ALIS sammen med veileder og helseleder til digitale møter. Se nærmere beskrivelse i statusrapport til helsedirektoratet²⁹. I tillegg forteller noen at de på eget initiativ har tatt kontakt med regional kontaktperson i ALIS-Nord-prosjektet. I intervjuene er det flere som sier at dette har vært veldig nyttig. For eksempel har det bidratt til at ALIS har fått avklart spørsmål om læringsmål og Dossier (se nærmere beskrivelse i avsnittet om læringsmål og Dossier).³⁰ Selv om gjennomføringen av ALIS-Nord-prosjektet har blitt påvirket og delvis begrenset av koronapandemien, har flere ALIS altså fått en tydeligere forståelse av hva deltakelsen i prosjektet innebærer. Men det er også noen som uttrykker misnøye med prosjektet. Særlig to ALIS sier at prosjektet ikke har levd opp til deres forventninger foreløpig:

For å være helt ærlig, det med ALIS-Nord og det de står og prater om og presenterer [nettverkssamling], jeg har ikke merket noe til det. Jeg er egentlig litt skuffet over at det ikke har vært mer oppfølging fra dem, at de liksom ikke har hørt hvordan det har gått eller noe. Det må jeg si det har vært totalt dødt, ja, det var veldig mye store lovnader og fine ord ...

Videre karriereplaner

I oppfølgingsintervjuene forteller to ALIS at de allerede har sluttet i ALIS-Nord-stillingen. En av dem forteller at det først og fremst skyldes misnøye med å ha næringsdrift som driftsform, og at arbeidsbelastningen til slutt ble altfor høy. Hun jobber nå på sykehus i den samme kommunen. Den andre forteller at det skyldes flere ulike faktorer, blant annet et ønske om å bytte bosted, samt misnøye med vilkårene for ALIS-Nord-stillingen. Dette kommer vi nærmere tilbake til i avsnitt 6.2.

Begge framhever at de er svært usikre på om de kommer til å fortsette som fastlege når de flytter tilbake til sine respektive hjemsteder. Det handler ikke om at de har

²⁸ Det er ikke alltid at vi har stilt eksplisitte spørsmål om dette (har veiledning og supervisjon blitt gjennomført i henhold til planen?), men i alle intervjuene har vi stilt mer generelle spørsmål om hvordan veiledning og supervisjon har fungert det siste året, og da er det ingen som sier at dette har stoppet opp over lengre tid og de fleste gir uttrykk for at det fungerer rimelig bra.

²⁹ Link til rapport til helsedirektoratet: <https://www.alis-nord.no/getfile.php/131207-1618212462/Dokumenter/Rapporter/Statusrapport%20fra%20ALIS-Nord%20til%20Helsedirektoratet%2C%20mars%202021.pdf>

³⁰ Link til presentasjonene som ble holdt på nettverkssamlingen ligger her: <https://www.alis-nord.no/nyhetsarkiv/nettverksmote-i-bodo-og-tromso-article269-28.html>

mislikt å jobbe som fastlege, snarer tvert imot, men de antar at man som fastlege i byen vil få en mye større arbeidsbelastning og bli tvunget til å gå over fra fastlønn til næringsdrift. Begge to er tydelig på at de ikke ønsker næringsdrift. Med mindre det skjer en snarlig endring, som medfører at vilkårene for fastleger bedres, helst i form av at man kan jobbe med fastlønn til noenlunde normal arbeidstid, framstår sykehus som et bedre alternativ. Historiene til disse to ALIS illustrerer at det kan være vanskelig for kommuner å beholde leger uten regional tilhørighet. Dette er kjent fra forskningslitteraturen.

Blant de øvrige syv ALIS, sier fem at de fortsatt er innstilt på å gjennomføre utdanningen i allmennmedisin i sin nåværende stilling, én ALIS er litt usikker mens en annen har bestemt seg for å slutte i nær framtid fordi hun skal flytte. Hun som vurderer å slutte presiserer at det overhodet ikke har noe med arbeidssituasjon å gjøre. Hun sier at kontoret er veldig bra drevet og at kollegaene er helt fantastiske. Listelengden er relativt kort, og det foreligger planer om å redusere den ytterligere. Den eneste grunnen til at hun vurderer å slutte i ALIS-Nord-stillingen er familiesituasjonen. Nå som hun og partneren har fått barn ønsker de å bo nærmere familie og venner som bor i en annen landsdel. Blant de fem legene som fortsatt er innstilt på å gjennomføre utdanningen i sin nåværende stilling, er det flere som uttrykker tvil om hva de vil gjøre når de blir ferdig. En forteller at hun i utgangspunktet har avtalt å gå over til næringsdrift når hun blir spesialist i allmennmedisin. Det anser hun nå som uaktuelt. Hun vil slutte i stillingen dersom kommunen ikke er villig til å tilby fastlønn. En annen framhever at kommunen og fastlegekontoret må gjøre seg mer attraktive dersom de ønsker å beholde ham. Han understreker at det ikke bare handler om inntekt, men også forhold som arbeidsbelastning, fagmiljø og rom for faglig utvikling. Han mener for eksempel at tiltak som «en ekstra lege» vil kunne fungere bedre enn å øke legenes lønn ytterligere. Selv om han understreker at økonomi ikke er det viktigste for ham personlig, er han tydelig på at lønnsnivået i andre kommuner selvsagt påvirker forventninger og krav til lønn. Her trekker han en parallell til fotballverdenen: «man signerer jo ikke for en klubb som gir en tredjedel av normal lønn selv om det nivået er latterlig høyt». Han opplever at konkurransen om å tiltrekke seg fastleger i Nord-Norge er ekstrem høy nå. Derfor er han tydelig på at det ikke er aktuelt for ham å godta hva som helst.

Som i forrige intervjuer er det flere som sier at de er spent på den videre utviklingen av fastlegeordningen, og at de er bekymret for situasjonen med fastlegekrise. Blant de fem legene som fortsatt er innstilt på å gjennomføre utdanningen i sin nåværende stilling, er det ingen som sier at de har konkrete planer om å forlate fastlegeyrket og det er heller ingen som sier at de har planer om å forlate Nord-Norge.

6.2 Exit-intervjuer

Som vist i kapittel 3 er vi kjent med at åtte ALIS-Nord-leger har sluttet så langt (per 1.3.2021). Av disse har vi intervjuet sju. Gjennom intervjuene har vi kartlagt hva de jobber som og hvor de jobber). Det viser seg at fem ALIS har forlatt allmennpraksis til fordel for sykehus. Blant de som har hoppet over til sykehus, har to ALIS flyttet bort fra regionen. Tre ALIS har blitt værende i Nord-Norge. De to andre har byttet til annen fastlegestilling og bor fortsatt i Nord-Norge, men begge har flyttet til en annen kommune.

På spørsmålet om hvorfor de har valgt å slutte i ALIS-Nord-stillingen innleder de fleste med å si at det er et stort spørsmål og at det ikke er mulig å peke på en enkelt

grunn («det er sammensatt»). Her går vi gjennom de faktorene som har blitt løftet fram som sentrale i intervjuene.

Det tegner seg et skille mellom de som har sluttet fordi de ikke ønsker å jobbe i allmennpraksis og de som har sluttet fordi de ikke var fornøyd med vilkårene eller andre forhold knyttet til den bestemte stillingen som arbeidsmengde, organisering av fastlegekontor og bosted. For noen er det mer blandet. De er usikre på om de ønsker å bli fastlege og misfornøyd med vilkår.

Ønsker ikke å bli fastlege

To ALIS har kommet fram til at fastlegeyrket ikke passer så bra for dem og at de ønsker å følge en annen karrierevei. Begge har begynt å jobbe i spesialisthelsetjenesten. Begge arbeider fortsatt i Nord-Norge. De svarer ganske likt på spørsmålet om hvorfor de har valgt å forlate fastlegeyrket. Det skyldes i stor grad at de ikke har likt innholdet i jobben. Særlig reagerer de på at mye av tiden gikk med til oppgaver som ikke er medisinskfaglig interessante, slik som sykemeldinger og administrasjon:

«ekstremt mye psykososialt»

«mye kjedelig pjatt, ikke så mye med medisin å gjøre ...»

Den ene framhever at han i tillegg har savnet å være en del av et større kollegialt felleskap, slik man er på sykehus, og at han har følt seg veldig alene i jobben som fastlege. Han jobbet på et mellomstort fastlegekontor og sier at det var veldig lite interaksjon mellom fastlegene på kontoret. Han mener at det var rom for forbedringer på det punktet. «[Jeg] har vært innom kontor der de er flinkere til å inkludere», men at han personlig uansett ønsker å jobbe på sykehus der man i mye større grad blir del av et stort kollegialt felleskap. Ellers gir begge uttrykk for at vilkårene for ALIS-Nordstillingen var relativt gode. En av dem forteller at han har gått kraftig ned i lønn når han skiftet over til sykehus, men at det ikke plager ham noen særlig fordi arbeids hverdagen har blitt mye bedre: «tusen ganger bedre nå, med tanke på lønn hundre prosent verre ... takker veldig mye heller ja til lavere lønn». Begge to forteller at arbeidsmengden har variert, og at det tidvis har vært veldig mye å gjøre i ALIS-Nordstillingen. Én peker særlig på at legevaktbelastningen var tung, men det blir ikke framhevet som noe stort problem eller avgjørende for at de har bestemt seg for å følge en annen karrierevei. En sier at han nok jobber flere timer i den nye jobben ved sykehuset, men at han ikke anser det som noe stort problem fordi han liker arbeidsoppgavene mye bedre.

I begge tilfeller er det tydelig at de har bestemt seg for å bytte karrierevei på grunn av innholdet i jobben, mer enn at de har opplevd arbeidsvilkårene som dårlige. En av dem forteller dessuten at bosted har hatt betydning. Kjæresten, som også er lege, fikk jobb på sykehus i en annen kommune og han har ønsket å flytte dit. Den andre har ikke byttet bosted. På spørsmål om kommunen kunne gjort noe annerledes for å beholde dem sier de ganske bestemt: nei.

Tvilende til om de vil bli fastlege

To andre ALIS forteller at de har vært mer tvilende til om de ønsker å bli fastlege. De er ikke helt avisende til at allmennpraksis kunne vært en aktuell karrierevei, men forteller at de har byttet jobb som følge av at de var misfornøyd med vilkårene for ALIS-Nordstillingen *samtidig* som de har tvilt på om de ønsker å bli fastlege på grunn av innholdet i jobben. De har også erfart at mye av tiden gikk med til å håndtere ikke-medisinske oppgaver, og sier at det har bidratt til å gjøre dem usikre på valget om å

bli fastlege. I tillegg har høyt arbeidspress vært en medvirkende faktor for at de ikke har trivdes i ALIS-Nord-stillingene. Det gjelder særlig for én av dem. Hun forteller at arbeidspresset var høyt fra dag én, og at rommet for faglig fordypning og utvikling var veldig begrenset. Den andre legen legger mer vekt på at hun har savnet et bedre kollegialt felleskap. Hun har jobbet på et kontor der ingen hadde spesialisering i allmennmedisin eller lang erfaring med å jobbe som fastlege. Det har hun savnet og opplevd som veldig uheldig. Legen forteller også at det har vært mye utskiftninger i personalet og at vikarbruken var veldig høy. Det gjelder både for leger og støttepersonale. Derfor mener hun at det var vanskelig å skape et godt arbeidsmiljø ved kontoret, «slitsomt å hele tiden måtte forholde seg til nye ansikter», og hun forteller at det til tider var konflikter og gnisninger i personalgruppen. Legen viser til at det finnes et annet kontor i kommunen, der det er flere spesialister, blant annet veilederen hennes, og hun har inntrykk av at opplegget for spesialistutdanningen og alt generelt fungerte mye bedre der. Hun uttrykker tvil til om hun ville sagt opp stillingen dersom hun var ansatt på dette kontoret: «Da måtte jeg tenkt meg nøye om».

Ved siden av disse forholdene, som er direkte knyttet til jobb, framhever hun at familien har ønsket å bo mer sentralt. En medvirkende årsak til det, er at familien har opplevd rasisme og at det var vanskelig å etablere et sosialt nettverk i kommunen, der de i utgangspunktet ikke har noen tilhørighet. Likevel utelukker hun ikke at kommunen kunne overbevist henne om å bli i alle fall en stund, dersom de ikke-økonomiske vilkårene for stillingen ble bedret eller lønnen ble hevet. Det kommer fram at hun har tatt initiativ til å forhandle om lønnsøkning, for å få det hun anser som en rimelig kompensasjon for at de ikke-økonomiske sidene av jobben langt fra var optimale, men at kommunen har avslått det. Det peker hun på som den utløsende årsaken til at hun valgte å si opp sin stilling. Hun var spesielt misfornøyd med at lønnskravet ble avvist fordi flere omkringliggende kommuner, slik hun forstod det, betalte vesentlig høyere lønn for ALIS.

Den andre av disse to er mer tvilende til om kommunen kunne gjort noe andreledes for å beholde henne. Hun forteller at hun var fast bestemt på å bli fastlege under store deler av studietiden, men at hun etter hvert som hun har fått erfaring med yrket (LIS1 og LIS3) har blitt stadig mer usikker og at hun til slutt har blitt ganske overbevist om at hun i stedet ønsker å spesialisere seg på et smalere medisinsk område. Om hun ville tenkt annerledes dersom vilkårene for stillingen var bedre med mindre arbeidspress og mer tid til faglig utvikling, er vanskelig å si, men hun utelukker ikke at det kunne ha påvirket beslutningen. I likhet med flere andre, understreker hun at mange faktorer spiller inn samtidig, og at det er vanskelig å vurdere den relative betydningen av ulike faktorer. Hva som ville skjedd dersom vilkårene var annerledes blir naturligvis et hypotetisk spørsmål, og det er vanskelig å si noe sikkert om diverse tiltak kunne påvirket valget om å bytte jobb, men i motsetning til de to som var fast bestemt å bytte karrierevei utelukker hun det altså ikke.

Begge to jobber nå ved sykehus i andre deler av landet. Som vist over var bosted en medvirkende faktor for en av dem. For den andre har ikke bosted hatt avgjørende betydning for at hun ønsket å slutte i ALIS-Nord-stillingen.

Ønsker fortsatt å bli fastlege

De tre andre som har sluttet, er tydelige på at de fortsatt er veldig glade i fastlegeyrket, men at de har valgt å slutte i ALIS-Nord-stillingen på grunn av misnøye med vilkårene eller fordi de har ønsket å flytte på grunn av familiære eller sosiale forhold. En av dem framhever at misnøye med driftsform har hatt en avgjørende betydning for at hun har sluttet i stillingen. Hun hadde avtale om næringsdrift etter hoved-

modellen, som innebar at ALIS sammen med de andre legene på kontoret fullt ut var ansvarlig for å holde utstyr, lokaler og ansette støttepersonell. Hun er tydelig på at hun heller ville foretrukket en form for 8.2-avtale, der kommunen har ansvaret for drift av kontoret. Hun forteller at det særlig var slitsomt å ha arbeidsgiveransvar og at tilhørende oppgaver med administrasjon og budsjett tok veldig mye tid.

For de to andre har preferanser for bosted vært utslagsgivende for valget om å slutte. Den ene sier at hun har valgt å slutte fordi det dukket opp en ledig stilling i kommunen hun og mannen helst ønsker å bo på grunn av nærhet til familie. Den andre har valgt å slutte i ALIS-Nord-stillingen fordi det dukket opp en ledig stilling i en kommune der han og samboeren har et nettverk med flere venner og kollegaer. Begge sier at de nok uansett ville ønsket å bytte jobb og bosted på et tidspunkt, nettopp fordi de har sosialt nettverk og sterkere tilknytting andre steder, men framhever at de helt uavhengig av dette ville ønsket å slutte i ALIS-Nord-stillingene med mindre vilkårene ble bedret. En av dem legger særlig vekt på at pasientantallet burde reduseres. Hun hadde en liste med bare 750 pasienter, men forteller at den listen var ekstremt krevende, og tillegg kom legevakt med ganske tung belastning på toppen. Hun understreker, i likhet med flere andre ALIS som vi har intervjuet i dette prosjektet, at det ikke gir mening å sette noen generell grense for antall pasienter. Det mener hun at bør vurderes individuelt. Hun sier at hun forsøkte å få med kommunen på å redusere listen, men at det ble avist.

Videre forteller begge disse informantene at de har vært misfornøyd med hvordan kontoret har vært drevet og organisert. En av dem sier at det særlig gjelder for behandling av øyeblikkelig hjelp. Hun opplevde at pasienter stadig dukket opp på kontoret uten at det egentlig var noe akutt og at styring av dette ved kontoret fungerte dårlig. Hun opplevde at det var vanskelig å nå fram når hun forsøkte å ta opp denne problemstillingen, og det skjedde ingen endring før hun sluttet. Den andre framhever at kontoret var underbemannet for helsesekretærer og annet støttepersonale. Derfor måtte ALIS selv bruke mye tid på administrasjon. Han var også misfornøyd med flere andre forhold ved kontoret. Det var ingen erfarne fastleger der, og han opplevde at det kollegiale felleskapet ved kontoret var svakt, og følte at han stod veldig alene. I den sammenheng forteller han at det finnes to fastlegekontor i kommunen og at disse to kontorene etter hans syn helt klart burde slås sammen. Han har nå begynt som fastlege i en nærliggende kommune, der han opplever at fastlegekontoret er veldig bra organisert og drevet, og forteller at han i den nye jobben har omtrent like mange pasienter som i den forrige, men at han likevel bruker mye mindre tid på jobb. Sist han ble intervjuet kom fram at han sterkt vurderte å slutte dersom det ikke ble gjort noen grep for å bedre situasjonen (Holte, 2020).³¹ Det har i liten grad skjedd og det er en av grunnene til at han har valgt å slutte nå.

6.3 Innspill og råd fra ALIS

I alle intervjuene vi har gjennomført, både oppfølgingsintervjuene og exit-intervjuene, har vi spurt om ALIS har noen konkret råd og anbefalinger om hvordan kommunen bedre kan legge til rette for spesialistutdanningen i allmenntidmedisin og mer generelt, hva ALIS anser som sentralt for at de skal trives i jobben. Nedenfor redegjør vi for de forholdene som ALIS har trukket fram som mest sentrale i intervjuene.

³¹ Han er en del av utvalget for oppfølgingsintervjuer

Arbeidsmengde

De fleste ALIS vi har intervjuet sier at de ønsker å arbeide en noenlunde normal arbeidsuke. Mange har små barn og/eller har ønsker om å dyrke friluftslivinteresser, som for noen er grunnen til at de har bosatt seg i distriktet. De framhever at de ikke er interessert i å jobbe veldig mye overtid. Der tidligere generasjoner med leger kanskje har vært villig til å vie livet til yrket, kommer det tydelig fram at dagens generasjon med nyutdannet fastleger ønsker å «leve et liv ved siden av», og de fleste vi har intervjuet understreker derfor at kommunen *må* sørge for at arbeidsbelastningen for ALIS ikke blir for tung. Noen bemerker at dette for så vidt gjelder for alle fastleger, og at det ikke holder å skjerme ALIS i utdanningsperioden. Men når det gjelder ALIS, er det flere som sier at helselederne i kommunen særlig må ta hensyn til at de trenger tid for å gjennomføre utdanningen, som for eksempel kurs, veiledning og gruppeveiledning: «Kommunen kan ikke forvente at det skal gjøres på toppen av alt annet».

Noen av informantene peker på at kommunen heller ikke kan forvente at ALIS behandler like mange pasienter som erfarne fastleger når man ser bort fra tiden som går med til utdanningen: «Når alt er nytt, tar ting mer tid». Følgelig gir flere ALIS uttrykk for at kommunen ikke kan forvente at ALIS fra dag én skal betjene like mange pasienter som deres langt mer erfarne fastlegekollegaer. En ALIS mener at han merket en betydelig framgang i arbeidstempoet sitt bare i løpet av det første året. Som vist tidligere, oppgir flere av de som sluttet høy arbeidsbelastning som en medvirkende årsak.

Når det gjelder lengden på pasientlisten, er det som tidligere nevnt, flere som er opptatt av at man ikke kan se seg blind på antall pasienter. Flere mener selv at de har fått veldig tunge lister, enten som en konsekvens av at de bygger en ny liste fra bunnen av. En ALIS mener at det gir en overvekt av krevende pasienter, for eksempel de som ikke er fornøyd med sin nåværende lege, eller «pasienter med metervis med journaler som ønsker at noen skal finne ut av hva det egentlig feiler dem», eller fordi de opplever å ha overtatt veldig vanskelige pasientlister. Flere påpeker dessuten at populasjonen i distriktet der de jobber er eldre og sykere enn populasjonen i mer sentrale områder, og at man derfor ikke kan ha like mange pasienter i distriktet som i byene. «Om jeg hadde hatt 500 studenter hadde det vært en noe helt annet»

I den grad ALIS uttrykker misnøye med opplegget for spesialistutdanningen i allmennmedisin, relateres det som oftest til at arbeidsmengden er for høy, for eksempel at ting hopper seg opp når de tar kurs eller deltar på gruppeveiledning. Blant de som vi har intervjuet, er det få som sier at de er misfornøyd med tilbudet om veiledning (individuell eller gruppe), kurs eller andre forhold som er direkte knyttet til utdanningen, selv om enkelte uttrykker at de skulle ønske at opplegget for utdanningen var mer strømlinjeformet. Men ALIS er opptatt av at de må ha tid til å gjennomføre utdanningsaktivitetene innenfor en normal arbeidstid. På den måten anser ALIS det som helt avgjørende at kommunen, som tilrettelegger for spesialistutdanningen i allmennmedisin, sørger for at arbeidsmengden ikke blir for stor.

Faglig og sosialt felleskap

ALIS ønsker ikke å stå alene. Sammen med arbeidsmengde er kollegialt felleskap den faktoren ALIS legger mest vekt på i spørsmålet om hva som er viktig for at de skal trives i stillingen. Blant de vi har intervjuet er det stort språk i hvordan de opplever situasjonen. Flere av de som er mest fornøyd med sin arbeidssituasjon framhever at det kollegiale felleskapet ved kontoret der de jobber fungerer veldig bra, for eksempel at det er lav terskel for å banke på hverandres dører, og at de har flere faste møtepunkter. Blant de som er misfornøyd med sin arbeidssituasjon, herunder flere av de

som har sluttet, blir det motsatte ofte trukket fram som et problem: det er ingen faste møtepunkter og lite interaksjon mellom legene på kontoret.

En ALIS forteller om en ordning for kollegialt felleskap som hun opplever at fungerer veldig bra og som hun tror andre kan lære av: Ved kontoret hennes møtes alle ALIS og veileder på ettermiddagen hver dag for å snakke sammen om erfaringer og hendelser fra dagen. Ofte går de gjennom spesifikke kasus. Hun understreker at det ikke bare er et «kaffemøte med slarving ... det er absolutt faglig». Normalt varer møtet om lag 30 minutter. Hun opplever det som veldig nyttig. For eksempel mener hun at det kan bidra til å redusere ALIS' behov for å kontakte spesialister ved sykehus. Hun understreker at dette ikke er noe nytt som har blitt innført med ny modell for spesialistutdanning i allmennmedisin, men at har vært sånn lenge – også før kontoret ble kommunalt (det har tydeligvis skjedd en endring på et tidspunkt). Hun peker selv på at det vil være nyttig å innføre liknende ordninger på andre kontor, men at det naturlig nok forutsetter at kontoret er relativt stort. Selv jobber hun på et kommunalt kontor med fem ALIS og en veileder som inntil nylig har hatt ansvar for alle fem ALIS.

Andre forhold ved legekontoret, organisering og drift

I intervjuene er det flere ALIS som forteller at de er misfornøyde med hvordan fastlegekontoret har blitt drevet og organisert, for eksempel framhever en ALIS at systemet for behandling av øyeblikkelig hjelp fungerte dårlig, og en annen forteller at kontoret var underbemannet på helsesekretærer og annet støttepersonale og at kontoret i tillegg manglet nødvendig utstyr når han begynte.

I flere av intervjuene kommer det fram at ALIS opplevde at arbeidsbelastning ikke bare bestemmes av hvor mange timer de jobber. Hvordan de trives på jobben har også stor betydning. En ALIS sier at det ikke nødvendigvis er noe problem å jobbe mange timer, hvis «arbeidsflyten er god». Men med «dårlig arbeidsflyt» blir det tungt å dra på jobb. Noen mener at organisatoriske endringer som økt bemanning av støttepersonale, sammenslåing av små kontorer og bedre system for øyeblikkelig hjelp, vil kunne føre til at de jobber mer effektivt og behandler flere pasienter innenfor det samme tidsrommet. I tillegg er det nok slik at noen ALIS i større grad vil være villig til å jobbe flere timer når arbeidsflyten er god. En ALIS, som nå har sluttet i ALIS-Nord-stillingen til fordel for jobb i sykehus uttrykker dette slik:

[En] kan si det sånn: Om man ikke er så glad i arbeidsoppgavene, så framstår de som mye større og vanskeligere. Jeg bruker nok mer tid på jobb nå, men når man liker oppgavene oppleves ikke det som et problem.

Dialog og oppfølging

Noen ALIS, herunder flere av de som har sluttet, forteller at de har prøvd å henvende seg til helseleder i kommunen for å diskutere hvordan arbeidssituasjon deres kan bedres, men at de opplever at kommunen har vært veldig lite mottakelig. For noen har diskusjonen først og fremst handlet om arbeidsmengde og listelengde. Som vist tidligere, valgte for eksempel en ALIS å slutte som en konsekvens av at kommunen aviste hennes ønske om å redusere listelengden. Ifølge henne har kommunen i stedet forsøkt å øke listelengden for etterfølgeren, en ALIS som tok over stillingen. I intervjuet forteller hun at etterfølgeren også har protestert mot at arbeidsbelastningen for denne listen var altfor tung, uten at kommunen har hørt på det. Denne historien illustrer, slik ALIS opplever det, hvordan kommunen ikke viser forståelse for ALIS' situasjon. En annen ALIS forteller at han er overasket over at kommunen ikke er mer interessert i dialog, ikke bare om listelengde, men også andre forhold knyttet til

organisering og drift. Han etterlyser mer og bedre dialog med kommunen, slik at de kan sette seg ned for å finne løsninger på konkrete utfordringer. Slik det fungerer nå, opplever han at kommunen er lite interessert i dette, og at de i stedet lukker øynene og forutsetter at legene er villig til å jobbe «livet av seg» så lenge de betales godt. Det er flere andre som framhever at helselederne ikke bare kan forholde seg passivt til fastlegene i kommunen, og anta at høy lønn er tilstrekkelig for at de blir værende. De ønsker mer aktiv oppfølging og dialog eller i det minste at kommunen er lydhøre når ALIS på eget initiativ tar kontakt. Blant de vi har intervjuet finnes det flere eksempler på at veien er kort fra at ALIS forsøker å ta opp utfordringer (voice) til at de slutter, eller sterkt vurderer å slutte, i stillingen («exit») eller at de sterkt vurderer å slutte i stillingen (jf. Hirschman, 1970). Sånn sett er det tydelig at kommunen bør ta denne typen henvendelser på alvor. Det er naturligvis ikke sånn at kommunen nødvendigvis alltid kan imøtekomme ALIS' ønsker. Flere ALIS sier at de har forståelse for at kommunen befinner seg i en vanskelig situasjon. Det de først og fremst forventer er at kommunene skal være åpne for å diskutere og prøve å finne løsninger. Det er hovedsakelig de som synes at vilkårene for ALIS-Nord-stillingene har vært uakseptable, og som selv har forsøkt å ta det opp med kommunene, som er opptatt av dette. I vårt utvalg gjelder det bare noen få. For de det gjelder har det til gjengjeld skapt stor frustrasjon og for noen har det vært utslagsgivende for at de har sluttet.

Spesifikt, når det gjelder spesialistutdanningen i allmennmedisin, er det en ALIS som framhever at kommunen burde følge nøye med på progresjonen i Dossier og ta kontakt med ALIS dersom progresjonen stopper opp.

Driftsform

Mange ALIS er fast bestemt på at de ønsker fastlønn framfor næringsdrift. Det kom tydelig fram i den forrige intervjurunden (Holte, 2020) og det er dokumentert gjennom flere andre studier (Holte et al., 2015). I denne intervjurunden sier flere ALIS at driftsform har stor betydning for deres jobbvalg og tanker om videre karriere. Som vi har beskrevet tidligere i dette notatet: En ALIS, som har inngått avtale om å gå over til næringsdrift etter endt utdanning, har ombestemt seg og sier at hun ønsker å bytte jobb dersom kommunen ikke åpner opp for fastlønn som permanent løsning. To ALIS, som planlegger å flytte fra distrikt til by, sier at de sterkt vurderer å slutte som fastlege dersom fastlønn ikke er blir tilbudt som et alternativ i byen. Og en ALIS sier at hun har sluttet som en direkte følge av misnøye med næringsdrift etter hovedmodellen. Hun ønsket helst å inngå en form for 8.2 avtale.

Med tanke på rekruttering og stabilitet er det ingen tvil om at kommunene vil kunne tjene på å tilby fastlønn som et alternativ til næringsdrift eller eventuelt 8.2-avtaler framfor næringsdrift etter hovedmodellen. Det har allerede de fleste kommunene i ALIS-Nord-prosjektet åpnet opp for, og det samme gjelder for de fleste andre kommunene i Nord-Norge. Hvorvidt det gir seg utslag i at produktiviteten og effektiviteten i fastlegeordningen avtar, slik økonomisk teori predikerer, gjenstår å se og det vil det være interessant tema for videre forskning.

Læringsmål og kompetanseportal

Den første delstudien viste at mange ALIS var frustrerte over at læringsmålene var diffuse og at den digitale kompetanseportalen Dossier fungerte dårlig. Som vi har beskrevet nærmere i avsnitt 6.1, har det i løpet av det siste året skjedd en positiv utvikling på dette området, men ALIS understreker at både læringsmålene og den digitale kompetanseportalen bør utvikles videre selv om de opplever at «mye har gått seg til» siden sist.

Hvordan oppfylle ALIS sine ønsker i praksis?

I intervjuene med ALIS kommer det ganske tydelig fram hva ALIS ønsker. De ønsker å arbeide en noenlunde normal arbeidsdag på et kontor som er godt organisert og har et velfungerende kollegialt felleskap både faglig og sosialt. Spørsmålet, særlig nå som fastlegeordningen er under stort press i hele landet (fastlegekrisen), er hvordan helselederne i kommunene i samspill med nasjonale myndigheter kan legge til rette for at disse ønskene imøtekommes. En utfordring, som flere ALIS reflekterer over i intervjuene, er at det kan være vanskelig for kommunene å snu en negativ situasjon, og at de fort kan havne i en negativ spiral. Hvordan skal for eksempel en kommune som bruker mye vikarer og har høy utskiftning av fastleger, slik tilfellet er for en del kommuner i dag, få en ALIS til å trives når han eller hun ankommer kommunen? Det er åpenbart vanskelig å skape et velfungerende kollegialt felleskap i en slik situasjon. Det er heller ikke lett å skjerme ALIS for tung arbeidsbelastning når kapasiteten i fastlegeordningen er sprenget. For kommuner som har en stabil kjerne av fastleger og god fastlegedekning er det lettere å inkludere nye ALIS på en god måte.

Hva kommunen kan gjøre for å sikre rekruttering og stabilitet i fastlegetjenesten har blitt undersøkt i tallrike nasjonale og internasjonale studier over lang tid. NSDM har nylig i samarbeid med internasjonale forskere i EU-prosjektet «Recruit & Retain - Making it Work» utviklet et rammeverk for hvordan distriktskommuner kan lykkes med å sikre bedre rekruttering og stabilitet i fastlegetjenesten, se (Abelsen et al., 2020b). For kommunale helseledere som sliter med å rekruttere og beholde fastleger kan det være nyttig å se på dette arbeidet.

Referanser

- Abelsen, B., Gaski, M., Fosse, A., Kvamme, M.F. & Ekeland, E. (2020a). *Tilrettelegging for ALIS i bykommuner. Fokus og status i innledende arbeid*. Fafo-notat 2020:09. Oslo: Fafo.
- Abelsen, B., Strasser, R., Heaney, D. *et al.* (2020b). Plan, recruit, retain: a framework for local healthcare organizations to achieve a stable remote rural workforce. *Human Resources for Health*, 18(63), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00502-x>
- ALIS-Nord (2021). *Statusrapport 2 fra ALIS-Nord til Helsedirektoratet*. Datert mars 2021. Bodø kommune.
- Gaski, M., Kvamme, M.F., Abelsen, B. & Nordberg, E.M.K. (2021). *Utdanningsstillinger i allmennmedisin: ALIS-Vest*. Tromsø: Nasjonalt senter for distriktsmedisin.
- Hirschman, A. (1970). *Exit, voice, and loyalty*. Cambridge: Harvard University Press.
- Holte, J.H. (2020) *Følgestudie: ALIS-Nord. Underveisnotat*. Fafo-notat 2020:10. Oslo: Fafo.
- Holte, J. H., Abelsen, B., Halvorsen, P. A. & Olsen, J. A. (2015). General practitioners' altered preferences for private practice vs. salaried positions: A consequence of proposed policy regulations? *BMC Health Services Research*, 15:119.

Følgestudie: ALIS-Nord

Endringer i spesialistutdanningen for leger i allmennmedisin (ALIS) i mars 2019 gjør at kommunene har en mer omfattende rolle som utdanningsvirksomhet. I større grad enn tidligere er det kommunens ansvar å legge til rette for at fastleger og andre leger i kommunale stillinger, får spesialisering i allmennmedisin slik at de kan oppnå læringsmålene og gjennomføre utdanningsløpet. I denne studien følger Fafo erfaringene med ulike modeller for organisering og implementering av ALIS-utdanningen. Hensikten er å framskaffe kunnskap om hvordan kommunene kan ivareta sin nye rolle som utdanningsvirksomhet på en best mulig måte. Studien gjennomføres på oppdrag fra KS, i samarbeid med Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) og Agenda Kaupang.



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

Fafo-notat 2021:22
ID-nr.: 10359