

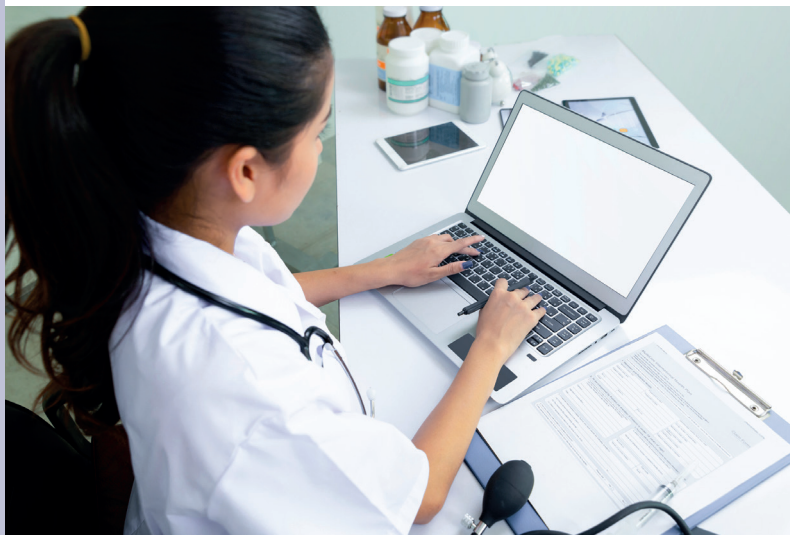


AGENDA
KAUPANG

Jon Helgheim Holte,
Birgit Abelsen, Anette Fosse,
Tom E. Markussen og Terje Olsen

Spesialistutdanning i allmennmedisin

Nye roller og mer ansvar
for kommunene



Fafo-rapport
2023:02

Jon Helgheim Holte, Birgit Abelsen, Anette Fosse,
Tom E. Markussen og Terje Olsen

Spesialistutdanning i allmennmedisin

Nye roller og mer ansvar for kommunene

Fafo-rapport 2023:02

Fafo-rapport 2023:02

© Fafo 2023

ISBN 978-82-324-0671-5

ISSN 2387-6859

Innhold

Sammendrag	4
1 Innledning	8
1.1 Problemstillingene for studien	8
2 Metode	12
2.1 Formativ følgeforskning.....	12
2.2 ALIS-Vest.....	12
2.3 ALIS-Nord.....	13
2.4 ALIS i bykommuner	13
2.5 Analysemetoder	14
3 Hovedtrekkene i ALIS-ordningen	15
3.1 Institusjonelle endringer.....	15
3.2 Aktører og elementer i spesialistutdanningen.....	16
3.3 Tilskuddsordning for kommunene	19
3.4 Regionale ALIS-kontor	19
3.5 Tidslinje	19
4 Hovedfunn	21
4.1 Merarbeid for kommunene	21
4.2 Oppstartvansker	23
4.3 Særlige utfordringer.....	24
4.4 ALIS sine erfaringer med utdanningen	26
4.5 Institusjonstjeneste.....	26
4.6 Rekruttering og stabilitet.....	27
4.7 Kommunenes kostnader knyttet til spesialistutdanningen	30
4.8 Ressurser til organisering og administrasjon.....	31
4.9 Tilskuddsordninger som skal dekke kommunenes kostnader ved spesialistutdanningen	32
4.10 Kvalitet.....	32
4.11 Status for overordnet måloppnåelse	33
5 Veien videre – råd og anbefalinger	36
Referanser	40

Forord

Denne rapporten sammenfatter resultatet av et flerårig samarbeid med KS, regionale ALIS-kontor, kommuner, helseledere, allmennleger i spesialisering (ALIS) og veiledere.

Vi vil rette en takk til ALIS som er underveis i spesialisering, ALIS som har sluttet, allmennleger som er veiledere, samt helseledere i en rekke kommuner. Det er mange som har svart på våre spørreundersøkelser og som har stilt opp i våre intervju. Noen har også stilt opp i flere runder.

En spesiell takk til Svein Steinert i ALIS-Nord, som vi har hatt et nært samarbeid med underveis og som har gitt mye nyttig informasjon og mange innspill. Spesiell takk også til prosjektlederne Rolf Martin Tande, Hans Høvik og Anja Mørch-Rasmussen i ALIS-Vest-prosjektet.

Vi vil dessuten takke KS for et godt samarbeid gjennom hele prosjektperioden. Spesielt en stor takk til seniorrådgiver Liv Overaae og medisinsk fagsjef Hege Lorentzen som har vært våre kontaktpersoner under prosjektets gang, og til spesialrådgiver Anne Jensen og seniorrådgiver Hilde Ravnaas.

Rapporten er resultat av et felles arbeid der forskere fra Fafo, NSDM og Agenda Kaupang har bidratt til de enkelte delene og til helheten. Fafo og Agenda Kaupang har hatt et spesielt ansvar for følgeforskningen av ALIS-Nord, mens NSDM har hatt et spesielt ansvar for kartleggingen av ALIS i bykommuner, i tillegg til ansvaret for følgeforskningen av ALIS-Vest.

Takk til seniorforsker Leif Moland ved Fafo for kvalitetssikring og nyttige innspill, Bente Bakken for korrektur og Jon Lahlum for ferdigstilling av rapporten for publisering. Eventuelle feil og mangler i notatet er imidlertid forfatterens ansvar.

Oslo desember 2022

Terje Olsen, på vegne av forfatterne

Sammendrag

Ny ordning for spesialistutdanning i allmennmedisin ble innført 1. mars 2019. Det er flere kriterier og mange anbefalte læringsmål som skal være oppfylt for at den enkelte lege kan søke om å bli spesialist i allmennmedisin. Det innebærer blant annet en tjenestetid på fem år, med åpen uselektert praksis i minimum to år og institusjonstjeneste i minst seks måneder. En vesentlig endring med den nye ordningen er at kommunene har fått ansvaret for å tilrettelegge for at fastleger og andre leger i kommunale kliniske stillinger under spesialisering i allmennmedisin skal kunne oppnå en rekke nærmere spesifiserte læringsmål og gjennomføre utdanningsløpet.

Fafo, Nasjonalt senter for distriktsmedisin og Agenda Kaupang har fulgt implementeringen av den nye spesialistutdanningen med utgangspunkt i de erfaringer ansatte i kommuner, allmennleger i spesialisering og andre aktører har gjort seg underveis. Følgestudien er gjennomført i et bredt utvalg av norske kommuner.

Vi har utarbeidet flere rapporter underveis, og denne avsluttende rapporten oppsummerer arbeidet. Vi sammenfatter våre funn med utgangspunkt i disse spørsmålene:

- Hva er erfaringene fra implementeringen av ny ordning for spesialistutdanning i allmennmedisin så langt?
- Hva bør kommuner og helsemyndigheter lære på bakgrunn av de erfaringer som er gjort så langt?

Dette er en kort oppsummering av noen overordnede erfaringer fra implementeringsarbeidet:

Overgangen til ny ordning for ALIS har medført merarbeid og økte administrative kostnader for kommunen. Det henger sammen med at kommunene må tilrettelegge for helhetlige utdanningsløp og nødvendige læringsaktiviteter, dokumentere hvordan arbeidet med spesialistutdanningen er organisert, fordele ansvar og legge planer for spesialistutdanningen.

Alle de sentrale aktørene, inkludert ALIS, veiledere og kommunale helseledere, har strevd med å finne ut hvordan de skal tilpasse seg den nye ordningen for spesialistutdanning i allmennmedisin. De har brukt mye tid på å finne ut av dette. Helselederne har særlig etterlyst bedre standard avtalemaler og felles rutiner for den nye ALIS-ordningen.

Forskriften sier at minst to år av den nye spesialistutdanningen i allmennmedisin skal foregå i åpen, uselektert allmennpraksis på fastlegekontor. ALIS i fastlegejobb (fastlege eller fastlegevikar) får dette automatisk som en del av jobben, mens ALIS med hovedjobb i sykehjem eller legevakt må ut av sin hovedjobb og inn i fastlegepraksis for å tilfredsstille dette kravet. Det er en særlig utfordring å tilrettelegge for at kommunalt ansatte leger som ikke er fastleger kan skaffe seg åpen uselektert allmennpraksis.

Den nye modellen for spesialistutdanningen i allmennmedisin legger opp til at mye læring skal foregå gjennom veiledning. Helseledere uttrykker bekymring for at det kan bli utfordrende å få tak i formelt kvalifiserte veiledere. Det taler for at det kan

bli nødvendig å utvikle modeller for interkommunale samarbeid om veiledning for ALIS.

I de kommunene vi har studert, har ALIS i mange tilfeller byttet jobb underveis i spesialiseringssløpet. Siden praksis for registrering av læringsmål varierer mellom kommunene, kan det skape problemer med dokumentasjon. For å unngå slike problemer bør læringsmålene i størst mulig grad godkjennes fortløpende. Mange læringsmål forutsetter imidlertid at det skjer en modning i faget før de signeres som fullførte.

Et viktig element i spesialiseringssløpet er institusjonstjenesten. I skrivende stund nærmer flere i den «første» generasjonen av ALIS seg dette punktet i utdanningsløpet. Det er etablert ulike måter å samarbeide om dette på mellom kommuner og de regionale helseforetakene. Sett fra kommunene, vil det være utfordrende å rekruttere inn vikarer i den perioden en ALIS skal ha institusjonstjeneste.

Vi gir disse anbefalingene til kommunene og helsemyndighetene:

- 1 Følgeforskningen synliggjør utfordringer for både ALIS og kommune når ALIS har sin hovedstilling i andre deler av allmennlegetjenesten enn på et fastlegekontor. Vi anbefaler at regelverket og rammebetingelsene videreutvikles slik at de legger til rette for smidige ordninger. Særlig for ALIS som ikke er fastleger, synes det å være behov for et utdanningsløp i mer tilrettelagte utdanningsstillinger. Vi mener at man bør fortsette å samle inn og systematisere erfaringer fra kommuner og ALIS fram til man har fått på plass et velfungerende system.
- 2 Det er i flere tilfeller vanskelig å finne spesialister i allmennmedisin som kan veilede ALIS. Mange kommuner har erfarne allmennleger som ikke er spesialister i allmennmedisin, men som godt kan fylle rollen som veiledere. Vi anbefaler at kommunene i større grad gis ansvar for å vurdere hvilke allmennleger som innehar tilstrekkelig kompetanse til å veilede ALIS. Helsemyndighetene bør likevel følge med på utviklingen, slik at det ikke utvikler seg en uheldig praksis hvor kommuner ikke stiller strenge nok krav. Vi anbefaler dessuten en videre utvikling av rammebetingelser, ordninger og avtalemaler mellom kommuner og veiledere på andre legekontor, interkommunale avtaler om veiledning, og eventuelt etablering av en interkommunal «veilederpool». Her kan trolig de regionale ALIS-kontorene bidra med gode råd til kommunene.
- 3 Erfaringsvis blir det endringer i spesialiseringssløpet underveis. Det bør derfor etableres en systematikk som sikrer dokumentasjon og godkjenning av læringsmål underveis i utdanningsløpet. Vi anbefaler at planer og rammebetingelser må være fleksible nok til å ta høyde for endringer i utdanningsløpet som skyldes både forventede og uforutsette hendelser i ALIS' liv. Det blir stilt spørsmål ved hvor hensiktsmessig det er at alle ALIS skal gjennomføre institusjonstjeneste i sykehus, som i mange tilfeller innebærer flytting ut av kommunen for å få gjennomført tjenesten. Tjenesten kan også gjennomføres i kommunale helseinstitusjoner som har overlege i full stilling, som kan tilby individuell og supervisjon og har organisert internundervisning. Dette er mest aktuelt i større kommuner med større kommunale institusjoner. Vi anbefaler at det åpnes for at læringsmålene, som i hovedsak kun kan oppnås gjennom tjeneste i sykehus og andre lignende institusjoner, skal kunne oppnås på mer fleksible og bostedsnære måter.
- 4 Det er utfordrende for kommunene å vedlikeholde den administrative fagkompetansen knyttet til det å være utdanningsvirksomhet. Vi anbefaler at det i det videre ses på ordninger hvor kommuner kan inngå i lokalt tilpassede samarbeid om

ivaretagelsen av rollen som utdanningsvirksomhet. Dette vil også kunne bidra til samarbeid om veilederkapasitet, som beskrevet tidligere. Det vil være hensiktsmessig at ALIS-kontorene involveres i dette.

- 5 Utformingen og forvaltningen av den nasjonale tilskuddsordningen til ALIS-avtaler og veiledning kan få stor betydning for kommunenes økonomiske handlingsrom knyttet til allmennlegers spesialistutdanning. Vi anbefaler at man evaluerer tilskuddsordningen etter noen år, herunder at man vurderer hvorvidt ordningen dekker kommunenes totale kostnader i forbindelse med deres nye rolle som utdanningsvirksomhet, og hvilke virkninger tilskuddsordningen har for kommunenes utøvelse av denne rollen.

1 Innledning

I løpet av de siste fem årene har det skjedd vesentlige endringer i innhold og organisering av og ansvar for allmennlegenes spesialistutdanning. Fra at spesialisering i allmennmedisin var en frivillig utdanning som legene gjennomførte i egen regi, ble det med kompetanseforskriften fra 2017 et krav om at alle leger som jobber som fastlege eller i annen kommunal legestilling må være spesialist eller i gang med spesialistutdanning (Kompetanseforskriften, 2017). Den nye spesialistforskriften fra 2019 gir kommunen en ny rolle ved at kommunen i større grad enn tidligere tilskrives ansvar for å legge til rette for at fastleger og andre leger i kommunale kliniske stillinger under spesialisering i allmennmedisin kan oppnå læringsmålene og gjennomføre utdanningsløpet (Spesialistforskriften, 2019). Hvordan kan kommunene best løse disse nye oppgavene, og hva er erfaringene fra dette arbeidet så langt?

For å framskaffe kunnskap om hvordan kommunene kan ivareta sin nye rolle som utdanningsvirksomhet på en best mulig måte, og belyse eventuelle forhold som krever endringer på nasjonalt eller regionalt nivå, har vi fulgt utviklingen og implementeringen av nye ordninger for allmennleger i spesialisering (ALIS-ordninger) i noen strategisk utvalgte kommuner i perioden fra 2019 til 2022. I studien har vi undersøkt hvordan kommunene tilpasser seg nye ansvarsområder og oppgaver, og hvordan helselederne og legene (ALIS, veiledere og supervisører) har erfart at den nye ordningen for spesialisering i allmennmedisin fungerer i praksis. Særlig har vi vært opptatt av å belyse hvordan ALIS-ordningene virker inn på rekruttering, stabilitet, kvalitet og økonomi. Studien er gjennomført av Fafo i samarbeid med Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) og Agenda Kaupang, på oppdrag fra KS.

Denne rapporten sammenfatter det vi vurderer som overordnede og sentrale endrings- og utviklingstrekk i kommunene, knyttet til implementeringen av ny ALIS-ordning. Rapporten bygger på resultater fra flere delrapporter som er publisert underveis. For de av leserne som vil gå nærmere inn i detaljene, er alle rapportene tilgjengelige på nett.

Vi gir først en kort oversikt over utviklingen av vår studie, spørsmålene vi har stilt og de metodiske og analytiske tilnærmingene vi har benyttet for å studere kommunenes og legenes erfaringer (kapittel 1 og 2). I kapittel 3 beskriver vi hovedtrekkene ved ALIS-ordningen, og i kapittel 4 beskriver vi det vi anser som sentrale erfaringer fra de kommunene som har kommet langt med å utvikle hensiktsmessige måter å organisere ALIS-ordningen på. Det avsluttende kapitlet (kapittel 5) gir råd og anbefalinger som vi anser er av betydning for KS og kommunene å bygge videre på i sitt arbeid på dette området.

1.1 Problemstillingene for studien

Med endringene i spesialistforskriften i 2019 fikk kommunene ansvaret for å tilrettelegge og organisere utdanningen for allmennleger i spesialisering. Kommunens nye rolle spesifiseres i §§ 5 og 17. Kommunens oppgaver er blant annet spesifisert som å tilrettelegge for at spesialistutdanningen gjennomføres i åpen uselektert allmennpraksis, bidra til helhetlige utdanningsløp og legge til rette for læringsaktiviteter,

veiledning og supervisjon. Dette er omfattende endringer i kommunens ansvar, og det var kjent at det var igangsatt enkelte lokale prosjekter for å høste erfaringer med hvordan dette best kunne drives.

I den opprinnelige planen for denne studien ble det lagt opp til at vi skulle følge og bruke erfaringene fra allerede igangsatte ALIS-prosjekter. Vi tok sikte på å svare på tre overordnede problemstillinger:

- 1 Hva kjennetegner de ulike ALIS-modellene som er under utvikling og utprøving?
- 2 Hvilke effekter har de ulike ALIS-modellene på kvalitet, rekruttering, stabilitet og økonomi?
- 3 Hvordan kan kommunen utvikle velfungerende spesialistutdanninger for allmennmedisin?

Tanken var at vi, på grunnlag av en helhetlig analyse av erfaringene fra kommuner som hadde etablert eller var i ferd med å etablere velfungerende ALIS-modeller (case), til slutt kunne gi råd og anbefalinger om hvordan kommunene kan ivareta sin nye rolle som utdanningsvirksomhet på en best mulig måte.

For å finne fram til aktuelle ALIS-prosjekter lokalt, gjennomførte vi en nasjonal kartleggingsundersøkelse i starten av prosjektet (høsten 2019) og forhørte oss med sentrale aktører på området (Legeforeningen og KS). Til tross for at den nye forskriften for spesialistutdanning for fullt trådte i kraft 1. mars 2019, altså omtrent et halvt år i forveien for kartleggingen, viste denne kartleggingen at det ikke fantes mange åpenbare kandidater som vi kunne følge som casekommuner. Det var med andre ord få ALIS-prosjekter som allerede var satt i gang og som kunne framstå som «gylne eksempler» som andre kommuner kunne lære av. De ALIS-prosjektene som utpekte seg som de mest aktuelle, var de regionale pilotprosjektene ALIS-Vest og ALIS-Nord.

ALIS-Vest

ble etablert som et prøveprosjekt for perioden 2017–2022. Bergen kommune har ledet prosjektet. Målet har vært å sikre rekruttering til fastlegehjemler og andre allmennmedisinske oppgaver i kommunene, og sikre et godt faglig innhold i spesialistutdanningen av allmennleger. Prosjektet har bestått av til sammen 19 kommuner.

I de to første driftsårene deltok elleve kommuner fra daværende Hordaland og Sogn og Fjordane, og fra 2019 ble prosjektet utvidet med åtte kommuner fra Rogaland og Møre og Romsdal. NSDM har gjort en følgestudie av prosjektet og utviklingen i de 16 stillingene som ble etablert i første fase av prosjektet fra 2017. Disse stillingene har i all hovedsak vært knyttet til ALIS på gammel spesialiseringsordning.

I den første fasen hadde kommunene fastlønnede ALIS-stillinger som ble lyst ut på vanlig måte. Etter utvidelsen i 2019 har det vært forsøkt ulike modeller der kommuner har inngått avtale om vanlig næringsdrift og fastlønn.

ALIS-Nord

ble etablert som et femårig pilotprosjekt i 2019, med Bodø kommune som prosjekteier. Prosjektet har som mål å sikre rekruttering og stabilitet i fastlegestillinger og stillingshjemler i nordnorske kommuner, utvikle utdanningsstillingsmodeller for nordnorske forhold som passer for både fastlønn og næringsdrift, sikre at nye fastleger får et kvalitetssikret og effektivt spesialiseringløp i allmennmedisin, herunder sikre tilrettelegging, forutsigbarhet og fleksibilitet knyttet til oppnåelse av læringsmål i spesialisthelsetjenesten.

Det er definert som et mål å utvikle kommunenes rolle og kompetanse som tilrettelegger for legers spesialistutdanning i allmennmedisin og gjøre dem mer attraktive som arbeidsgivere. 24 kommuner deltar i prosjektet, spredt mellom fylkene og helseforetakene Finnmarkssykehuset, Universitetssykehuset i Nord-Norge, Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset.

Fafo har gjort en følgestudie av prosjektet og av utviklingen i de 32 stillingshjemlene som ble etablert i prosjektet i 2019. ALIS-Nord har en prosjektleder i full stilling, og en prosjektmedarbeider i delstilling i hver helseforetaksregion.

ALIS-Vest hadde allerede pågått i et par år med tilhørende følgeforskning, utført av NSDM og flere av de samme forskerne som inngår i teamet for denne studien. ALIS-Nord var på dette tidspunktet i en tidlig etableringsfase uten tilhørende følgeforskning.

Det ble raskt klart at den nye ALIS-ordningen ikke var ferdig utviklet fra sentralt hold da den ble igangsatt. Tilpasning og utvikling har pågått kontinuerlig gjennom hele den perioden vi har fulgt implementeringen av ALIS-ordningen, og denne utviklingen pågår fortsatt. For eksempel ble de regionale ALIS-kontorene introdusert like etter at forskningsprosjektet vårt startet opp. I tillegg har Helsedirektoratets tilskuddsordning for ALIS blitt revidert gjentatte ganger, og det har også skjedd endringer i spesialistforskriften underveis i prosjektperioden (se nærmere beskrivelse av dette i kapittel 3). Forutsetningene og rammevilkårene for den nye ALIS-ordningen har blitt endret flere ganger underveis. Det fantes ikke noen fiks ferdige modeller for den nye ALIS-ordningen da studien startet, og det gjør det heller ikke nå, nesten tre år senere.

De overordnede problemstillingene for prosjektet har derfor blitt revidert under prosjektets gang, og vi har beveget oss bort fra den opprinnelige planen om utelukkende å følge kommuner som allerede hadde etablert eller var i ferd med å etablere velfungerende ALIS-modeller. I stedet har vi konsentrert oss om å dokumentere erfaringene som små, mellomstore og store kommuner (bykommuner) har gjort med å utvikle nye ALIS-ordninger innenfor skiftende nasjonale og regionale rammevilkår. Vi har også vært opptatt av å få fram erfaringer fra ALIS. De overordnede problemstillingene for prosjektet kan defineres slik:

- Hva er de sentrale erfaringene som gjøres i kommunene ved implementering av kompetanseforskriften og endringene i spesialistforskriften?
- Hva bør kommuner og helsemyndigheter lære på bakgrunn av de erfaringer som er gjort med implementering av forskriftene så langt?

Vi har særlig vært opptatt av å forstå hvordan organisering og drift av ALIS-ordningen lokalt og regionalt har påvirket rekruttering og stabilitet i legestillinger, administrativt arbeidsinnhold og tidsbruk, veiledning og oppfølging av ALIS. Vi har

også vært opptatt av å forstå hvilke utgifter (og eventuelle besparelser) kommunene har fått knyttet til ALIS-oppgaver. Kvaliteten på de tjenestene som gis er svært komplisert å måle. For å få en pekepinn om dette, har vi hele veien stilt spørsmål til de mange erfarne kommuneleger og allmennleger vi har intervjuet underveis om deres subjektive vurderinger. Vi delte følgestudien inn i to deler:

- 1 Følgestudie av implementering av ALIS-Nord i 25 nordnorske kommuner.
- 2 ALIS-ordningen implementert i syv bykommuner.

For hvert av disse prosjektene har vi publisert to rapporter underveis i prosjektperioden (Holte, 2020; Holte, Markussen & Olsen, 2021; Abelsen, Gaski, Fosse, Kvamme & Ekeland, 2020; Abelsen, Fosse & Gaski, 2022). Et vesentlig aspekt ved ALIS-Vest-prosjektet er at følgeforskningen i all hovedsak er knyttet til ALIS på den gamle spesialiseringsordningen i allmennmedisin. Det er likevel mye ved ALIS-Vest-prosjektet som er relevant for denne sammenhengen. Datamaterialet fra disse studiene inngår i det som presenteres i denne rapporten.

I denne rapporten oppsummerer vi det vi vurderer som de sentrale erfaringene og viktigste læringspunktene fra det implementeringsarbeidet som er gjennomført i de kommunene vi har fulgt gjennom denne perioden. De av leserne som ønsker å gå nærmere inn i enkelte deler av disse studiene, finner alle delrapporter som er publisert underveis her: <https://www.faf.no/prosjekter/spesialistutdanning-for-leger-i-allmennmedisin>

2 Metode

Den metodiske tilnærmingen har bestått i å samle data om casekommunene fra flere ulike kilder. Vi har fulgt utviklingen i kommunene gjennom årlige kartleggingsundersøkelser av status, turnover og økonomi i ALIS-stillingene i ALIS-Vest og ALIS-Nord. Vi har kartlagt kommunenes kostnader basert på innrapporterte økonomitall, med oppfølgende intervju med kommunale helseledere. Vi har gjennomført intervju med leger i ALIS-stillinger, veiledere, supervisører og helseledere på ulike tidspunkt underveis. Intervjuene er gjennomført som semistrukturerte intervju med utgangspunkt i en på forhånd utarbeidet intervjuguide. Intervju er skrevet ut og analysert med tematisk analyse. (Dette er nærmere redegjort for i de enkelte delrapportene.)

2.1 Formativ følgeforskning

Følgeforskning brukes gjerne som begrep for å beskrive systematisk utforskning av pågående tiltak som følges over tid. Forskerrollen kan i ett ytterpunkt inntas som nøytral observatør, som gjør en samlet summativ analyse og i ettertid forteller hvordan det gikk (Lindøe m.fl., 2002). I det andre ytterpunktet inntas forskerrollen som endringsagent og aktiv deltaker i utviklingsprosesser som iverksettes (Baklien, 2000). Betegnelsen formativ følgeforskning brukes når forskere inntar en posisjon mellom disse ytterpunktene. Et viktig formål med forskningen er å bidra til å forme og korrigere tiltak og prosesser gjennom å formidle erfaringer underveis.

Vår følgestudie har et formativt følgeforskningsdesign i den forstand at vi har publisert rapporter og formidlet muntlig våre funn underveis både om ALIS-Vest og ALIS-Nord-prosjektene, og om ALIS-ordninger i bykommuner. Vi har søkt å identifisere og beskrive faktorer og strategier som fremmer positive utfall, og også føringer og mulige barrierer som ligger i prosesser som hemmer positive utfall. Hensikten har vært å bidra med handlingsrelevant kunnskap til ulike interessenter.

2.2 ALIS-Vest

I følgeforskningen av ALIS-Vest har vi intervjuet kommunale helseledere i fem omganger og ALIS i fire omganger (Seppola-Edwardsen & Brandstorp, 2018; Brandstorp & Seppola-Edwardsen, 2019; Gaski m.fl., 2020; Gaski m.fl., 2021). Alle intervju bortsett fra noen intervju i runde fire (se under), ble gjort i kommuner som inngikk i ALIS-Vest del 1 (Vestland fylke). Flere, både blant helselederne og ALIS, er intervjuet gjentatte ganger. Den første intervjurunden ble gjennomført fra oktober 2017 til februar 2018. Da intervjuet vi ti helseledere og tolv ALIS. Den andre intervjurunden ble gjennomført i perioden mai til september i 2018. Da intervjuet vi åtte helseledere og ni ALIS.

Den tredje intervjurunden ble gjennomført fra januar til oktober 2019. Da gjorde vi intervju med medarbeidere på deltakende legekantor; syv leger med veilederansvar og syv hjelpepersonell (helsesekretærer, sykepleiere og bioingeniører). Vi intervjuet også ti helseledere og syv ALIS. I den fjerde intervjurunden fra mars til september i 2020, intervjuet vi ti helseledere og seks ALIS. Det ble videre gjort intervju med syv

helseledere og fire leger med veilederansvar i kommuner som inngikk i ALIS-Vest del 2 (Rogaland og Møre og Romsdal). I den femte og siste runden som ble gjennomført i juli og august 2022, gjorde vi sluttintervju med ni helseledere. Det ble også gjort sluttintervju med prosjektleder for ALIS-Vest. I tillegg har vi gjennomført kartlegging av kommunenes kostnader knyttet til ALIS-stillingene i tre omganger 2020/2021/2022. Rådata til kartleggingen er hentet fra rapporteringsskjema som vi har utformet og som kommunene har sendt inn som del av sin rapportering til prosjektledelsen for ALIS-Vest.

Oversikt over intervju: ALIS-Vest

Intervjurunde 1 Oktober 2017 – februar 2018	10 helseledere 12 ALIS
Intervjurunde 2 Mai – september 2018	8 helseledere 9 ALIS
Intervjurunde 3 Januar – oktober 2019	7 leger med veilederansvar 7 hjelpepersonell (helsesekretærer, sykepleiere og bioingenører) 10 helseledere 7 ALIS
Intervjurunde 4 Mars – september 2020	10 helseledere 6 ALIS 7 helseledere (ALIS-Vest, del 2) 4 leger med veilederansvar (ALIS-Vest, del 2)
Intervjurunde 5 Juli – august 2022	9 helseledere

2.3 ALIS-Nord

I følgeforskningen for ALIS-Nord har vi intervjuet kommunale helseledere og ALIS i to omganger. Den første intervjurunden ble gjennomført i den første halvdel av 2020. Da intervjuet vi ti ALIS og syv helseledere. Den andre intervjurunden ble gjennomført i den første halvdel av 2021. Da intervjuet vi 14 ALIS og åtte helseledere. (Ni ALIS ble intervjuet for andre gang, oppfølgingsintervju, og de øvrige fem ble intervjuet fordi de hadde sluttet i ALIS-stillingen, exit-intervju). I tillegg har vi gjennomført tre surveyundersøkelser, sendt ut til alle kommunene som deltar i prosjektet. Svarfristen for undersøkelsene har vært 1. mars hvert år i 2020, 2021 og 2022. Formålet har vært å kartlegge status, turnover og økonomi knyttet til de 32 ALIS-stillingene i prosjektet.

Oversikt over intervju: ALIS-Nord

Intervjurunde 1 Januar – august 2020	7 helseledere 10 ALIS
Intervjurunde 2 Februar – juni 2021	8 helseledere 14 ALIS

2.4 ALIS i bykommuner

For å belyse erfaringer med ALIS-ordningen i bykommuner har vi gjort intervju med helseledere i to omganger, og med ALIS i den siste. Intervjuene ble gjort i kommunene Oslo, Bergen, Trondheim, Drammen, Stavanger, Fredrikstad, Skien og Levanger. I den første intervjurunden som ble gjort ved årsskiftet mellom 2019 og 2020,

ble det gjort fem intervju med til sammen ti helseledere. I den andre intervjurunden som ble gjennomført i perioden fra mai 2021 til april 2022, gjorde vi elleve intervju med til sammen 18 helseledere og ti individuelle intervju med ALIS. Det ble i tillegg gjennomført bakgrunnsintervju med to veiledere for ALIS.

Oversikt over intervju: ALIS i bykommuner

Intervjurunde 1 Desember 2019 – januar 2020	10 helseledere
Intervjurunde 2 Mai 2021 – april 2022	18 helseledere 10 ALIS

2.5 Analysemetoder

Denne rapporten bygger på et stort antall semistrukturerte intervju. Intervjumaterialet er i all hovedsak analysert med utgangspunkt i prinsippene for tematisk analyse (Braun & Clark, 2006). Analysemetodene er mer utførlig beskrevet i rapporter og notater publisert underveis. Alle våre publiserte arbeider om ALIS-ordningen er gratis tilgjengelig på Fafos nettsider.

3 Hovedtrekkene i ALIS-ordningen

Allmennlegeoppgavene i en kommune består av fastlegeoppgaver og oppgaver i legevakt, sykehjem, kommunalt akutt døgntilbud (KAD), helsestasjon, skolehelsetjeneste, fengselshelsetjeneste og flyktninghelsetjeneste. Fastlegeoppgavene er knyttet til en næringsdrivende eller fastlønnet lege med ansvar for en definert pasientliste. Ved lengre fravær dekkes fastlegens oppgaver av ulike typer vikarer. De kommunale allmennlegeoppgavene (i sykehjem, helsestasjon, osv.) utføres enten av fastleger med bistilling eller oppdrag i kommunen, eller av kommunalt ansatte allmennleger som har disse oppgavene som hovedstilling. Hele stillinger for kommunalt ansatte allmennleger som ikke er fastleger, finnes i dag hovedsakelig i de folkerike kommunene, men også i enkelte distriktskommuner.

3.1 Institusjonelle endringer

Siden 2017 er det skjedd vesentlige endringer i innhold og organisering av og ansvar for allmennlegenes spesialistutdanning. Før 2017 utdannet leger seg til spesialist i allmennmedisin på eget initiativ. I 2017 ble det forskriftsfestet at alle leger som jobber i – eller har avtale med – offentlig helsetjeneste, skal være spesialist eller i spesialistutdanning (Forskrift for kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, 2017). Det ble gjort unntak for vikariater som var kortere enn ett år. Kommuner som benytter seg av unntaket, må innen utgangen av hvert år rapportere til Helsedirektoratet om bruken av unntaksbestemmelsen.

I 2019 ble det gjort endringer i spesialistforskriften med betydning for både kommuner og leger (Spesialistforskriften, 2016).¹ Spesialistutdanningen gikk fra å være et område der leger og kommuner ikke hadde noe særlig med hverandre å gjøre, til å bli et felles ansvar, med nye plikter, rutiner og oppgaver. Kort oppsummert fikk kommunene ansvar for planlegging og tilrettelegging av spesialistutdanningen for leger i primærhelsetjenesten. Den enkelte kommune fikk også ansvar for at oppnådde læringsmål blir dokumentert og for å utstede bekreftelse på gjennomført tjeneste. Legene fikk plikt til å starte i spesialistutdanning med definerte lærings- og kompetansemål, og ansvar for egen læring, blant annet ved å følge opp en individuell utdanningsplan. Forandringen var størst for kommunene, som inntil da ikke hadde hatt noe ansvar for spesialistutdanning av leger. Endringene ble igangsatt uten noen etablert infrastruktur for spesialistutdanningen i allmennmedisin. I og med at spesialistutdanning av leger ikke hadde vært kommunens ansvar tidligere, manglet kommunene kompetanse og administrativ kapasitet til denne typen oppgaver. Dette har ført til at kommunene og legene har skapt en rekke ulike lokale opplegg for å imøtekomme de nye kravene.

For leger som allerede var i gang med spesialistutdanningen, ble det vedtatt en overgangsordning med adgang til å fullføre på såkalt «gammel ordning» ut 2025. (Dette ble forlenget til ut 2026, på grunn av pandemien.) Disse legene omfattes ikke av de nye kravene.

¹ <https://lovdata.no/forskrift/2016-12-08-1482>

Med den nye spesialistutdanningen ble det innført nye og tydeligere krav til alle som på en eller annen måte er involvert i spesialistutdanning av leger. Nedenfor har vi beskrevet de viktigste aktørene og grunnelementene i den nye spesialistutdanningen i allmenntilleggsmedisin som alle må forholde seg til, og hvem som har ansvar for de ulike delene.

3.2 Aktører og elementer i spesialistutdanningen

Spesialistutdanningen omfatter en rekke aktører, elementer og begreper. Her følger en oversikt med korte beskrivelser av disse.

ALIS: Allmenntilleggslege i spesialisering, uavhengig av ordning og avtaler.

Registrert utdanningsvirksomhet: En registrert utdanningsvirksomhet er en kommune som har søkt og blitt godkjent av Helsedirektoratet for å kunne legge til rette for legers gjennomføring av utdanning i spesialiteten allmenntilleggsmedisin. Dette innebærer tilrettelegging for helhetlige utdanningsløp og nødvendige læringsaktiviteter, og dokumentasjon av hvordan arbeidet med spesialistutdanningen er organisert og ansvar fordelt.

Godkjent utdanningsvirksomhet: En godkjent utdanningsvirksomhet er et helseforetak, privat sykehus, privat rusinstitusjon, laboratorium eller annen virksomhet som er godkjent av Helsedirektoratet for å kunne tilby utdanning i en eller flere medisinske spesialiteter.

Utdanningsplan, kommune: For å bli godkjent som registrert utdanningsvirksomhet, må kommunen lage en plan for spesialistutdanningen i allmenntilleggsmedisin. Planen skal blant annet inneholde opplysninger om på hvilke læringsarenaer allmenntilleggsleger under spesialisering kan oppnå de ulike læringsmålene, hvordan veiledningen og vurderingen av oppnåelse av læringsmålene organiseres og gjennomføres, og hvordan det legges til rette for supervisjon.

Individuell utdanningsplan: ALIS skal etablere sin egen utdanningsplan i kompetanseportalen/Dossier i samarbeid med veileder og kommunal helseleder. Det er kommunens ansvar å se til at det blir utarbeidet en individuell utdanningsplan.

Kompetanseportalen/Dossier: Helsedirektoratet har etablert en digital kompetanseportal tildeling av kompetanseplan, registrering og godkjenning av læringsaktiviteter og oppnådde læringsmål. Det er ALIS selv som må registrere seg i kompetanseportalen, og deretter invitere inn kommunal leder, veileder og supervisorer i løsningen.²

Åpen uselektert allmennpraksis (minimum to år): Et av kravene til oppnådd kompetanse er at minst to år av spesialistutdanningen i allmenntilleggsmedisin har foregått i åpen uselektert allmennpraksis på fastlegekontor. ALIS i fastlegejobb (fastlege eller fastlegevikar) får dette automatisk som en del av jobben. ALIS med hovedstilling i sykehjem, legevakt og lignende må i en periode på minst to år gå over til arbeid i fastlegepraksis for å tilfredsstille kravet. Det er Helsedirektoratet som endelig godkjenner gjennomført åpen uselektert praksis, med utgangspunkt i en attest utstedt av den enkelte kommune³.

² <https://www.helsedirektoratet.no/tema/autorisasjon-og-spesialistutdanning/spesialistutdanning-for-leger/artikler/kompetanseportalen>

³ Kommunen fyller ut «Attest for allmenntilleggsmedisinsk virksomhet», der de dokumenterer og bekrefter at ALIS har jobbet i en åpen uselektert praksis så-og-så lenge, antall timer per uke i praksis og antall

Andre allmennmedisinske læringsarenaer kan være for eksempel sykehjem, KAD, legevakt, helsestasjon eller fengselshelsetjeneste. Legevakt inngår i læringsmålene.

Institusjonstjeneste (anbefalt minimum 6 måneder, evt. 3+3 måneder) foregår vanligvis i en sykehusavdeling som er godkjent utdanningsvirksomhet. Noen større kommunale enheter (KAD, rehabiliteringsinstitusjon, sykehjem) som tilfredsstiller kravene, kan bli godkjent som utdanningsvirksomhet (gjennom søknad til Helsedirektoratet). Det kreves blant annet tilstedeværende overlege, regelmessig internundervisning og mulighet for å oppnå læringsmålene knyttet til samhandling og fordypping i selekterte pasientpopulasjoner.

Felles kompetansemål: Det finnes 24 felles kompetansemål som gjelder for alle leger i spesialisering. Dette er læringsmål som strekker seg gjennom hele spesialistutdanningsløpet. Læringsmålene dekker et grunnleggende sett av kompetanser alle legespesialister må ha for å fungere godt i legerollen. De felles kompetansemålene omfatter etikk, forskningsforståelse, kommunikasjon, kunnskapshåndtering, kvalitet og pasientsikkerhet, lovverk, pasient- og pårørendeopplæring, samhandling, systemforståelse, organisasjonsutvikling og ledelse. ALIS må dokumentere at de har oppnådd de felles kompetansemålene. De godkjennes i kompetanseportalen – først av veileder og deretter av en helseleder i kommunen.

Kliniske læringsmål: Spesialistutdanningen i allmennmedisin har 88 kliniske læringsmål fordelt på seks ulike tema: Allmennmedisinsk profesjonalitet, samfunnsoppdrag og forebyggende helsearbeid, allmennmedisinsk metode, kommunikasjon og samhandling, medisinsk kompetanse, praksisdrift og ledelse. ALIS må dokumentere at de har oppnådd de kliniske læringsmålene. De må godkjennes i kompetanseportalen – først av veileder og deretter av en helseleder i kommunen.

Praktiske prosedyrer er en forskriftsfestet del av de kliniske læringsmålene. Det innebærer at ALIS selvstendig må kunne utføre 58 praktiske prosedyrer som brukes i allmennpraksis, for eksempel hjerte-lungeredning, øreundersøkelse, demensutredning, syng av sår, osv. Dette dokumenteres av ALIS og godkjennes i kompetanseportalen – først av veileder og deretter av en helseleder i kommunen.

Individuell veiledning: ALIS har forskriftsfestet rett og plikt til veiledning minimum 4 timer per måned og 10,5 av årets måneder i hele spesialistutdanningen. Veiledningen skal gis av en spesialist. Det er ønskelig at veileder har kurs i veiledningspedagogikk. Veileder er ofte en kollega som jobber samme sted som ALIS, men kan gis av lege med annen arbeidsplass i samme eller annen kommune. Veileder honorerer fra kommunen som kan søke Helsedirektoratet om tilskudd til å dekke kostnaden.

Supervisjon: En supervisor er en erfaren lege eller annen relevant fagperson som bistår, rådgir og vurderer ALIS i konkrete arbeidssituasjoner i den daglige virksomheten. Det er ikke krav om at supervisor må være spesialist i allmennmedisin. Det er ikke satt noe tidskrav til omfanget av supervisjonsarbeidet, men det er avgjørende for god spesialistutdanning at den enkelte ALIS har fortløpende tilgang til supervisjon i hele utdanningsløpet. Det er kommunen som har ansvar for at ALIS har tilgang til supervisjon.

Gruppeveiledning: ALIS skal i tillegg til individuell veiledning delta i veiledningsgruppe i to år, hvorav minst ett av årene må skje samtidig som ALIS arbeider i minst

timer per uke med andre allmennmedisinske arbeidsområder, oppsummert hvor mye det tilsvarer i antall måneder 100% tjeneste. Det er ikke krav til listelengde i dette skjemaet.

50 prosent stilling i åpen uselektert allmennpraksis (dvs. på et fastlegekontor). Deltakelsen i gruppeveiledning bør fortrinnsvis være sammenhengende, men avbrudd eller bytte av gruppe på grunn av permisjoner o.l. kan godkjennes. Det er Legeforeningen som har ansvar for organisering og gjennomføring av gruppeveiledningen med kompetente gruppeveiledere. Gruppeveileder og kommunal helseleder godkjenner og signerer for deltakelsen.

Kurs: Det er anbefalte læringsaktiviteter at ALIS deltar på fire allmennmedisinske grunnkurs, kurs i akuttmedisin og minst seks ulike emnekurs. Det er Legeforeningen som har ansvar for å holde og godkjenne kursene. Deltakelse dokumenteres med signert kursbevis.

Tabell 1 oppsummerer hvilke aktører som har ansvar for de ulike utdanningselementene.

Tabell 1 Oppgaver, aktører og ansvar i ALIS-utdanningen.

Utdanningselement	Aktører med ansvar								
	ALIS	Veileder	Gruppeveileder	Supervisør	Kommunal helseleder	Kommune	Helseforetak	Helse-direktoratet	Legeforeningen
Registrert utdanningsvirksomhet						X			
Godkjent utdanningsvirksomhet							X		
Utdanningsplan, kommune					X	X			
Individuell utdanningsplan	X	X			X				
Kompetanseplattform (Dossier)	X	X			X			X	
Åpen uselektert allmennpraksis (min. 2 år)	X				X	X			
Andre allmennmedisinske læringsarenaer	X				X	X			
Institusjonstjeneste (anbefalt min. 6 måneder)	X				X	X	X		
Felles kompetansemål	X	X	X	X	X				
Kliniske læringsmål	X	X	X	X	X				
Praktiske prosedyrer	X	X	X	X	X				
Individuell veiledning	X	X			X				
Supervisjon	X	(x)		X	X				
Gruppeveiledning	X		X					X	X
Kurs (anbefalt læringsaktivitet)	X				(x)			X	X

3.3 Tilskuddsordning for kommunene

I forbindelse med endringene i spesialistforskriften ble det innført søknadsbaserte tilskuddsordninger for kommunene, administrert av Helsedirektoratet. Disse har endret seg underveis. I starten var det mulig å søke tilskudd til å etablere ALIS-avtaler kun for kommuner med rekrutteringsutfordringer. Det var ikke mulig for kommunene å få tilskudd for alle typer allmennleger. I 2020 kom det en tilskuddsordning for å kompensere kommunenes utgifter til forskriftsfestet veiledning av ALIS.

I 2022 kom tilskuddsordningen «Nasjonal ALIS og veiledning», som ofte omtales som ALIS-tilskudd. Kommunene kan søke ALIS-tilskudd til å dekke merkostnader knyttet til inngåelse av ALIS-avtale med ALIS, og til å dekke kostnader til forskriftsfestet veiledning av ALIS. En ALIS-avtale utformes lokalt, inngås mellom kommunen og den enkelte ALIS, og den inneholder tiltak og oppfølging i spesialiseringsløpet som kommer i tillegg til det legen har krav på som følge av spesialistforskriften. Alle kommuner kan søke om et standard ALIS-tilskudd til alle typer allmennleger. Satsen varierer mellom ulike legetyper. Det er også mulig for de minst sentrale kommunene (sentralitetsklasse 6) å søke om et tillegg. Kommunene søker og får utbetalt ALIS-tilskudd etterskuddsvis.

3.4 Regionale ALIS-kontor

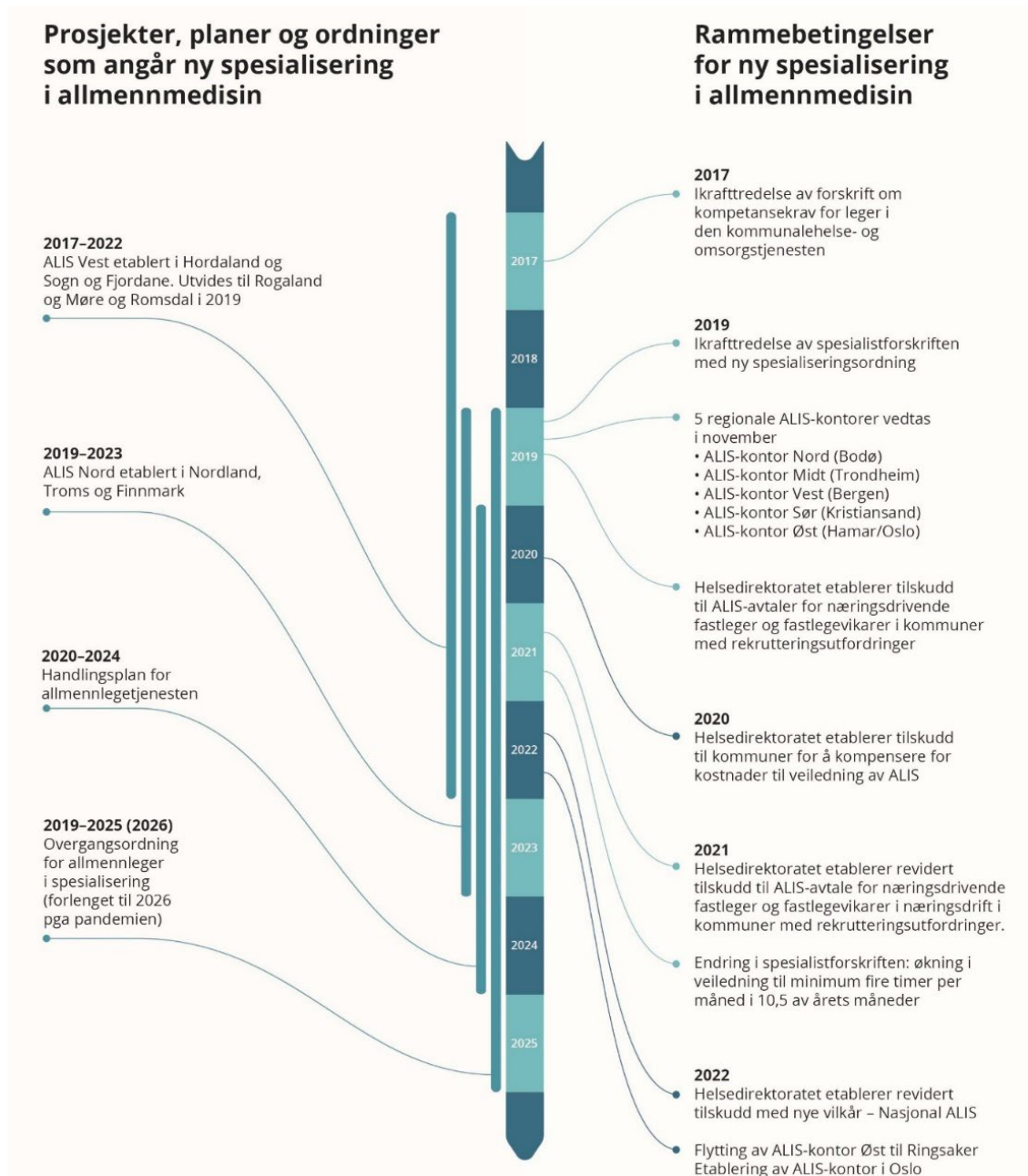
Regionale ALIS-kontor skal gi råd og bistand til de kommunale utdanningsvirksomhetene både når det gjelder spesialiteten i allmennmedisin og samfunnsmedisin. Dette omfatter spesifikt å gi råd og yte bistand ved inngåelse av ALIS-avtaler. Kontorene skal videre innhente og formidle erfaringer med ALIS-avtaler og kan komme med innspill til myndighetene med forslag til tiltak for å bedre rekruttering og stabilitet i fastlegeordningen. De skal også bistå i kommunenes arbeid med å lage helhetlige utdanningsløp og utdanne kompetente veiledere. ALIS-kontorene skal videre følge med på kvaliteten i spesialistutdanningene både i allmennmedisin og samfunnsmedisin. Kontorene skal samarbeide seg imellom for å dele erfaringer, sikre nasjonalt lik utdanning på tvers av regioner og unngå dobbeltarbeid. ALIS-kontorenes felles nettside bidrar med mye nyttig informasjon: <https://www.alis.no/>

De første regionale ALIS-kontorene ble etablert våren 2020. Kontorene er i dag lokalisert til Bodø, Trondheim, Bergen, Oslo, Kristiansand og Ringsaker. De tre førstnevnte skal dekke kommunene i henholdsvis helseregionene Helse Nord, Helse Midt-Norge og Helse Vest. Helse Sør-Øst dekkes med et eget ALIS-kontor i Oslo, og kontorene i Kristiansand og Ringsaker dekker de øvrige kommunene. ALIS-kontorene i vest og nord er etablert med utgangspunkt i prosjektorganisasjonene til ALIS-Vest og ALIS-Nord. De regionale ALIS-kontorene finansieres med tilskudd fra Helsedirektoratet.

3.5 Tidslinje

Den nye spesialiseringsordningen i allmennmedisin var ikke ferdig utviklet da den ble igangsatt. Tilpasning og utvikling har pågått, og vil trolig pågå fortløpende. For å gi en samlet oversikt over de ulike aktivitetene og endringene som har skjedd siden 2017, har vi laget en tidslinje, se figur 1.

Figur 1 Nasjonale tiltak og strategiske initiativ assosiert med spesialistutdanningen i allmenntidning.



4 Hovedfunn

I dette kapitlet sammenfattes hovedfunnene fra de ulike delstudiene i prosjektet. I analysen skiller vi mellom det som gjelder generelt og det som gjelder mer særskilt for noen bestemte typer kommuner eller situasjoner.

Vi peker på noen særskilte utfordringer for kommunene, noen løsninger som man har funnet fram til underveis og noen avveininger og dilemmaer som kommuner og nasjonale myndigheter står overfor ved den videre implementeringen av ALIS-ordningen.

4.1 Merarbeid for kommunene

Alle helselederne vi har intervjuet, enten det er i små, mellomstore eller store kommuner, har gitt uttrykk for at overgangen til ny ordning for ALIS medfører merarbeid og økte administrative kostnader for kommunen. Det handler blant annet om at kommunene nå må tilrettelegge for helhetlige utdanningsløp og nødvendige læringsaktiviteter, dokumentere hvordan arbeidet med spesialistutdanningen er organisert og ansvaret er fordelt og lage en plan for spesialistutdanningen. Hvor *mye* merarbeid overgangen til ny ALIS-ordning medfører for kommunene, vil kunne avhenge av forhold som kommunestørrelse, hvordan fastlegetjenesten ble organisert i utgangspunktet og hvordan kommunene tilpasser seg den nye ordningen.

Kommunestørrelse: Overgangen til ny ALIS-ordning innebærer at kommunene har fått ansvar for å følge opp fastlegene i mye større grad enn tidligere. Det kan synes som om kartleggings- og tilretteleggingsarbeidet relativt sett har vært mer krevende å håndtere for større kommuner, med flere titalls eller hundrevis av fastleger, enn for små og mer oversiktlige distriktskommuner. I noen tilfeller ser vi for eksempel at helseledere i mindre kommuner har laget seg et system der de på halvårlig basis har korte oppfølgingsmøter med den enkelte ALIS og veileder, for på denne måten å få en oppdatering av situasjonen og progresjonen i utdanningsløpet. Det er åpenbart vanskelig å få til slike løsninger i større kommuner. I intervjuene kommer det tydelig fram at helselederne i større kommuner ønsker ytterligere stabsressurser for å følge opp ALIS. Helselederne i mindre distriktskommuner har lagt mindre vekt på dette.

Utgangspunktet: I den innledende fasen av prosjektet hadde vi en idé om at kommunens rolle som utdanningsinstitusjon representerte noe helt nytt. Dette bildet ble kraftig nyansert da vi startet datainnsamlingen. Flere helseledere i både større og mindre kommuner viste til at de allerede hadde etablert læringsarenaer og lagt til rette for spesialisering som en del av arbeidet med å utvikle fastlegeordningen. Dette ble gjort selv om det ikke var et lovpålagt krav før overgangen til ny ALIS-ordning. For disse kommunene har ikke nødvendigvis overgangen til ny ordning for ALIS medført vesentlige endringer i praksis. Enkelte helseledere mener at den nye ordningen først og fremst bare medfører økt byråkrati, siden kravene til dokumentasjon skjerpes. Til gjengjeld vil kommunene, som tidligere har subsidiert fastlegeordningen ved å legge til rette for spesialisering, i større grad bli kompensert for dette nå. For enkelte distriktskommuner var det et komparativt fortrinn i kampen om kompetansen

at de hadde etablert ordninger som la til rette for spesialistutdanning. Med endringer i forskriften ble dette fortrinnet borte, men det ga samtidig kommunene en økonomisk kompensasjon for å gjøre disse oppgavene. I andre kommuner har man derimot startet mer eller mindre fra scratch og må følgelig bruke mye ekstra ressurser på å legge til rette for ALIS.

Tilpasning til den nye ordningen: Det finnes ulike måter for kommunene å tilpasse seg den nye ALIS-ordningen på. I følgestudien har vi for eksempel sett at noen kommuner har valgt å ansette egen ALIS-koordinator, mens andre forsøker å løse det nye oppdraget innenfor den eksisterende organisasjonen uten å øke bemanningen. (I begge kategorier er det både større og mindre kommuner.) Hva slags organisatoriske løsninger kommunen velger, vil naturligvis ha betydning for hvor mye ekstra ressurser overgangen til den nye ordningen krever av kommunen og den enkelte helseleder.

Med bakgrunn i intervju som er gjennomført med de kommunale helselederne over tid, ser vi at det er ulike tanker om hvor langt de ønsker å strekke seg for å legge til rette for ALIS, og hvordan man ønsker å gjøre det. Ulike hensyn veies mot hverandre i disse sammenhengene. På den ene siden er det kostnader knyttet til å lage gode ordninger som gjør det attraktivt for søkere til ALIS-stillingene, og på den andre siden er det hensynet til å ikke lage ordninger som er for kostnadskrevenende på sikt. Vi skal kort utdype noen slike tilpasninger og tilrettelegginger som kommunene har valgt.

Driftsform: I ALIS-Nord hadde man innledningsvis et mål om å etablere rundt halvparten av de 32 ALIS-stillingene som stillingshjemler basert på næringsdrift. Dette gikk man etter hvert bort fra, fordi man så at det var svært vanskelig å få rekruttert inn i disse stillingene.

Administrativ oppfølging: For de litt større kommunene er de nye oppgavene såpass omfattende at det er opprettet egne administrative delstillinger for å følge opp spesialistutdanningen. I én av kommunene er det for eksempel en egen ALIS-koordinator ansatt i 25 prosent stilling. Koordinatoren har det faglige ansvaret for oppfølging av ALIS, lage planer, følge opp registrering av læringsmål, med mer.

Ekstra ressurser til veiledning: I noen kommuner har man valgt å legge seg over minimumskravet for veiledningstimer til ALIS. Én kommune har for eksempel gitt veileder anledning til å føre timer tilsvarende inntil 10 prosent stilling per ALIS. Helselederen viser til at kommunen ønsket å lage et fleksibelt system som tar høyde for at veiledningsbehovet kan variere.

Utdanningspakke: En av casekommunene har laget en egen «utdanningspakke» for ALIS, der ALIS får kompensasjon for fravær i forbindelse med kurs og veiledning og får dekket alle utgifter som ikke dekkes av Legeforeningens utdanningsfond.

«Være tett på»: Flere helseledere peker på betydningen av tett oppfølging av ALIS og veiledere. Eksempelvis viser en helseleder til at hen møter hver ALIS og veileder hver tredje måned for en gjensidig oppdatering om progresjon og oppfølging i utdanningsløpet. Hensikten er å få avklart ting fortløpende og sikre at det ikke oppstår misforståelser om ansvars- og rollefordeling. Helselederen peker også på at terskelen for å ta kontakt underveis skal være lav.

Skape gode fellesskap: Helseledere framhever betydningen av å involvere ALIS i helhetlige og sammensveidede fagmiljøer, og unngå at de blir sittende alene på sine kontor. Det gjelder for alle legene, men i særdeleshet de unge legene. Helselederen i

en kommune der de fleste fastlegene tilhører ett stort kommunalt kontor, forteller at det settes av god tid til daglige morgenmøter, og at de i tillegg møtes hver måned for undervisning og faglige diskusjoner om ulike temaer.

Forsiktig arbeidsbelastning: Blant helselederne er man opptatt av at arbeidsbelastningen for ALIS ikke må bli for høy til å begynne med. En måte å regulere det på er at man i noen kommuner har satt et «listetak», som innebærer at man har definert et øvre tak på antall pasienter den enkelte ALIS har på sin pasientliste. Det er tatt høyde for en forsiktig progresjon i arbeidsbelastningen underveis.

I tillegg til de administrative kostnadene, som det er vanskelig å tallfeste nøyaktig i kroner og øre fordelt på hver enkelt ALIS-stilling, påløper det en rekke andre merkostnader for kommunene, eksempelvis i form av utgifter til kurs og reiser, veiledningskostnader og vikarutgifter. En erfaring som nevnes av helseledere, er at ALIS er mye borte på grunn av utdanningsaktiviteter de deltar i, og dette må kommunen og de andre legene ta høyde for. For å kompensere kommunene for merarbeidet og økte utgifter har Helsedirektoratet etablert tilskuddsordninger. De fleste helselederne vi har intervjuet, mener likevel at de ikke fullt ut blir kompensert for de økte kostnadene. Dette ser vi nærmere på i økonomianalysen senere i dette kapitlet.

4.2 Oppstartvansker

Følgestudien viser at alle de sentrale aktørene, herunder ALIS, veiledere og kommunale helseledere, har strevd med å finne ut hvordan de skal tilpasse seg den nye ordningen for spesialistutdanning i allmennmedisin. Mange forteller at de har brukt mye tid på å finne ut av dette på egen hånd og uttrykker frustrasjon over at ordningen tilsynelatende ble rullet ut i stor skala før den var ferdig gjennomtenkt og utviklet fra sentralt hold. Flere informanter har brukt uttrykk som «*føler at vi må finne opp hjulet selv*» for å betegne situasjonen. Helselederne har særlig etterlyst bedre standard avtalemaler og felles rutiner for den nye ordningen. Siden ordningen har blitt justert flere ganger underveis, for eksempel med endring i tilskuddsordninger og innføring av regionale ALIS-kontor (se kapittel 3), har enkelte kommuner angivelig brukt mye ressurser på utviklingsarbeid som i ettertid oppleves som delvis bortkastet. ALIS har på sin side reagert på at læringsmålene i den nye utdanningsmodellen har framstått som diffuse. I intervjuene kommer det fram at mange ALIS har vært usikre på hva de må gjøre for å oppnå læringsmålene og ikke minst hvordan de skal dokumentere læringsmålene i det digitale verktøyet Kompetanseportalen (Dossier).⁴ Kurstilbudet for veiledere etter ny modell har først blitt etablert det siste året, og det er fortsatt flere veiledere som venter på kurs. Ideelt sett burde naturligvis veilederne ha mottatt kurs før de begynte som veiledere.

Ifølge våre informanter kunne altså den nye ordningen for ALIS med fordel ha blitt innført på en mer planlagt og gjennomarbeidet måte. Om man i større grad hadde utviklet avtalemaler og felles rutiner og kurset veiledere på forhånd, ville det antagelig kunne bidratt til å redusere etableringskostnadene for kommunene og dempe frustrasjonen blant ALIS. Heller ikke søknadsprosessen om å bli registrert utdanningsvirksomhet har gått knirkefritt. I henhold til forskriften må alle kommuner registreres som utdanningsvirksomhet, og det er Helsedirektoratet som behandler søknadene. For mange kommuner har det tatt svært lang tid å få på plass den nødvendige godkjenningen, og idet dette skrives (desember 2022), er det fortsatt flere titalls

⁴ <https://www.helsedirektoratet.no/tema/autorisasjon-og-spesialistutdanning/spesialistutdanning-for-leger/artikler/kompetanseportalen>

kommuner som mangler godkjenningen. Flere av helselederne sier at søknadsprosessen har vært vanskelig og tungvint, og at dette er noe de har brukt unødvendig mye ressurser på i startfasen.

I løpet av den perioden studien har pågått, ser vi at det har skjedd en bevegelse i positiv retning i kommunene. Vi kommer nærmere tilbake til vurderingen av status for den nye ALIS-ordningen avslutningsvis i kapitlet.

4.3 Særlige utfordringer

Det kan virke som om den nye ordningen for spesialistutdanningen i allmennmedisin har blitt utviklet med utgangspunkt i en forståelse av at alle ALIS gjennomfører hele utdanningsløpet (minus institusjonstjenesten) som fastlege på ett legekantor, med en god blanding av unge og erfarne leger. Når det ikke er tilfellet, viser følgestudien at det blir mer krevende for kommunene å skape gode helhetlige utdanningsløp for ALIS.

To års åpen, uselektert allmennpraksis for leger som ikke er fastleger

Minst to år av den nye spesialistutdanningen i allmennmedisin må foregå i åpen uselektert allmennpraksis på fastlegekantor. ALIS i fastlegejobb (fastlege eller fastlegevikar) får dette automatisk som en del av jobben, mens ALIS med hovedjobb i sykehjem, legevakt og lignende må ut av sin hovedjobb og inn i fastlegepraksis for å tilfredsstille kravet.

Det er en særlig utfordring for bykommunene å legge til rette for at kommunalt ansatte leger som ikke er fastleger, kan skaffe seg åpen uselektert allmennpraksis. Utfordringen er særlig knyttet til om det er rimelig at en fast ansatt og fast lønnet kommunalt ansatt lege må bli næringsdrivende fastlegevikar i minst to år for å tilfredsstille kravet om åpen uselektert allmennpraksis. Intervju med både ALIS og helseledere tyder på at det i flere bykommuner finnes alternative ordninger som er å anse som halvveis planlagte eller som er under utvikling, men at man ikke har kommet i mål med gjennomføring og endelig utforming. Planer er skissert, men realiteten med mangel på stabilitet i og rekruttering til fastlegetjenesten forpurrer noen av disse. Flere modeller vokser fram; det etableres kommunale legekantor med 0-lister for ALIS til dette formålet, og noen bruker fastlønnede vikariater i næringsdrivende hjemler. Kommuner stiller krav om at leger må starte spesialisering ved faste ansettelser og har begynt å ta i bruk arbeidsgivers styringsrett, for å eksempelvis omplassere leger innenfor den kommunale legetjenesten.

Intervju med ALIS som ikke er fastleger, viser at mange kommuner ikke bidrar med særlig tilrettelegging. ALIS vegrer seg for å gjennomføre åpen uselektert allmennpraksis i fastlegevikariat. Dette handler blant annet om den massive arbeidsmengden som gjerne er forbundet med et slikt vikariat. Noen går inn i deler av et fastlegevikariat (for eksempel 50 prosent) og bruker da dobbelt så lang tid på de to årene det stilles krav om. Et alternativ til å være fastlegevikar er å gå inn i en såkalt introduksjonsavtale. Introduksjonsavtalen innebærer at ALIS ikke har eget listeansvar, men jobber «på toppen av» de andre legenes lister på et legekantor. Det er opp til avtalepartene om ALIS skal være fastlønnet eller selvstendig næringsdrivende i introduksjonsavtaleperioden. De økonomiske forholdene knyttet til gjennomføringen avtales mellom avtalepartene. En løsning hvor ALIS får fast lønn, vil kreve at kommunen er villig til å administrere og trolig medfinansiere. Realiteten så langt er at legene i hovedsak må over i selvstendig næringsdrift. Lite forutsigbare og til dels urimelige

inntektsavtaler er omtalt med negativt fortegn både av kommunalt ansatte ALIS og av ALIS med introduksjonsavtale.

Veiledning

I den nye modellen for spesialistutdanningen i allmennmedisin legges det opp til at mye av læringen skal skje gjennom veiledning. I de kommunene vi har fulgt, er det helt klart vanligst at ALIS og veileder tilhører samme kontor. Det gjør det forholdsvis lett for ALIS og veileder å holde regelmessig kontakt. Når ALIS og veileder ikke tilhører samme kontor, skyldes det som regel at ALIS har begynt å jobbe ved et fastlegekontor, der ingen av kollegaene har spesialisering i allmennmedisin. De som har erfaring med eksterne veiledningsordninger, melder om at det er mer krevende å bygge gode og tette bånd mellom ALIS og veileder når de ikke tilhører samme kontor. Man har likevel klart å finne fram til løsninger som fungerer noenlunde greit.

I lys av de store utfordringene knyttet til fastlegeordningen, er det flere helseledere som uttrykker bekymring for at det kan bli mer utfordrende å få tak i formelt kvalifiserte veiledere framover. Det gjelder særlig for mindre folkerike distriktskommuner. Her er det ikke bare et problem at enkelte legekantor mangler spesialist i allmennmedisin. Noen kommuner har ikke spesialist i allmennmedisin i det hele tatt, og flere er bekymret for at de snart vil befinne seg i denne situasjonen. Det taler for at det kan bli nødvendig å utvikle modeller for interkommunale samarbeid om veiledning for ALIS.

Enkelte helseledere har også stilt spørsmål om man bør kunne fire på kravet til at veileder må være spesialist i allmennmedisin, og i stedet nøye seg med et krav om at veileder må ha nødvendig erfaring, slik tilfellet er for LIS1 per i dag. Det vil kunne bidra til å redusere mangelen på veiledere, siden det per i dag finnes en del leger som har jobbet i årevis uten å spesialisere seg.

Diskontinuitet i utdanningsløpene

En del ALIS bytter jobb underveis. Veiledere slutter underveis i ALIS' utdanningsløp. Andre ting oppstår. For å unngå at denne typen diskontinuitet skaper unødvendig merarbeid, har enkelte helseledere framhevet at oppnåelsen av læringsmål bør oppdateres fortløpende. Hvis ikke, kan det skape et betydelig merarbeid for den nye veilederen, som vil bli nødt til å bruke mye tid på retrospektiv registrering av læringsmålene, primært basert på den enkelte ALIS' egne beskrivelser av hva som er gjort, og uten at det i utgangspunktet foreligger noen finansiering for å dekke dette (jfr. diskusjon av dette i rapporten om ALIS i bykommuner (Abelsen, Gaski, Fosse, Kvamme & Ekeland, 2020)). Fra intervjuene med ALIS har vi inntrykk av at praksis for registrering av læringsmål varierer mellom kommuner og den enkelte veileder, og at det i stor grad er i relasjonene mellom veileder og ALIS at en bestemmer om læringsmålene registreres og godkjennes kontinuerlig eller om man «samler det opp» mot slutten. For å unngå slike problemer er det en fordel om læringsmålene i størst mulig grad godkjennes fortløpende. Siden mange læringsmål forutsetter at man får erfaring og modning i faget før de signeres som fullførte, er det likevel ikke lett å se at det finnes noen enkel løsning på hvordan dette skal håndteres, og det kan være grunn til å se nærmere på rutineene for registrering av læringsmål i Kompetanseportalen.

4.4 ALIS sine erfaringer med utdanningen

De fleste ALIS som vi har intervjuet i følgeforskningen, er stort sett fornøyd med opplegget for spesialistutdanningen, herunder individuell veiledning, supervisjon, gruppeveiledning og kurs. Særlig er det mange som framhever at de er fornøyd med den individuelle veiledningen. Det forklares gjerne med at ALIS og veileder gjennom prøving og feiling har funnet fram til gode løsninger. Flere ALIS peker på personlig kjemi og høy grad av fleksibilitet som avgjørende faktorer for at veiledningen har fungert bra. Frustrasjonen knyttet til at læringsmålene er diffuse og at det har vært krevende å finne ut av hvordan ting skal gjøres, blir ikke primært rettet mot kommunene, men i større grad mot nasjonale myndigheter som har rullet ut et nytt system i stor skala før det er ordentlig på plass.

Det ser altså ikke ut til at mangelen på bedre system og felles rutiner, som vi skal beskrive nærmere nedenfor, har gitt seg utslag i at utdanningsopplegget for ALIS kollapse – som man i verste fall kunne ha fryktet. Hovedproblemet er at det har bidratt til å skape usikkerhet med hensyn til om man gjør ting på riktig måte, og det har ført til at man har brukt unødvendig mye ressurser på å finne fram til velfungerende løsninger. Hvorvidt ting faktisk har blitt gjort på «riktig måte», er uklart, og ikke noe vi har undersøkt som en del av følgeforskningen. I tillegg er det selvfølgelig sårbart å bygge ordningen på at ALIS og veileder i stor grad må finne ut av ting på egen hånd. Flere ALIS sier at de har en forståelse for at de som førstegenerasjon ALIS er «prøvekaniner». Derfor har de hatt ganske stor toleranse for at alt ikke er helt på stell til å begynne med. Det spørres om etterfølgende ALIS-generasjoner vil ha like stor forståelse for dette. Derfor er det viktig at kommunene raskt får på plass et system som sikrer at alle ALIS tilbys gode og helhetlige utdanningsløp.

Det skal understrekes at de fleste ALIS som vi har intervjuet, er en del av ALIS-Nord, ALIS-Vest eller jobber i bykommuner. Det er langt fra sikkert at deres erfaringer er representative for ALIS i andre kommuner. Men det er nærliggende å tenke at situasjonen trolig ikke er noe bedre andre steder.

4.5 Institusjonstjeneste

I perioden for følgeforskningen har mange ALIS på ny ordning ikke kommet til det stadiet at de skal gjennomføre institusjonstjenesten. Dette punktet betegnes av enkelte som cruxet på ruten til å skape helhetlige utdanningsløp, siden det medfører en overgang mellom to ulike forvaltningsnivå. Flere i den første generasjonen med ALIS nærmer seg dette punktet nå. I mange av kommunene vi har fulgt, foreligger det planer for hvordan dette skal løses. I ALIS-Nord har man for eksempel hatt et nært samarbeid med Helse Nord om hvordan man skal sikre nødvendig antall øremerkede utdanningsstillinger i sykehus for ALIS-leger. Helseledere i ALIS-Vest forteller i sluttintervjuene at det har vært mye dialog mellom ALIS-Vest/regionalt ALIS-kontor og Haukeland sykehus og Helse Bergen om institusjonstjeneste for ALIS. Helse Bergen har laget en egen søknadsportal for ALIS som trenger institusjonstjeneste, men mye foregår fortsatt uformelt gjennom jungeltelegrafene. Det er fire store sykehjem i Bergen som er godkjent for institusjonstjeneste, og det samme gjelder sykehjemmet i Bjørnafjorden. ALIS som vil ha en jobb uten vakter, velger gjerne sykehjem som institusjonstjeneste, mens de som vil ha mer action og ikke har noe imot å gå en del vakter, gjerne vil til et sykehus. Framover blir det meget interessant å undersøke hvordan disse ordningene og planene fungerer i praksis. Det vil også være interessant å få mer kunnskap om utbyttet/nyttene ALIS får av å oppnå læringsmålene knyttet til

institusjonstjenesten. Dette er en relativt sett liten, men ressurskrevende del av spesialistutdanningen som også bør vurderes i et nytte/kostnadsperspektiv.

Det virker som om helselederne stort sett regner med at det skal gå greit å få ALIS over til institusjonstjeneste. Det som derimot oppfattes som utfordrende, sett fra kommunenes ståsted, er vanskelighetene med å skaffe vikar når ALIS skal ha institusjonstjeneste. Som en helseleder treffende sa det: «Det er vanskelig nok å rekruttere til faste stillinger, enda verre med vikarer».

4.6 Rekruttering og stabilitet

Under gjennomføringen av dette prosjektet har vi hatt et særlig blikk på hvordan ALIS-ordningen har virket inn på rekruttering, stabilitet, kvalitet og økonomi. I det følgende oppsummeres de viktigste funnene.

Vi har kartlagt rekrutteringen og stabiliteten for alle ALIS-stillinger i ALIS-Vest og ALIS-Nord med årlige rapporteringer gjennom flere år. Da kommunen i del 1 av ALIS-Vest-prosjektet lyste ut de første ALIS-stillingene i 2017, opplevde de svært god søkning (Seppola-Edvardsen & Brandstorp, 2018). Kommuner som ikke hadde hatt en eneste søker til vanlige næringsdriftavtaler, opplevde å ha mange søkere. Blant søkerne til de minst folkerike og mest perifere kommunene var riktignok ikke alle kvalifisert, men interessen for disse fastlønnede fastlegestillingene var merkbart annerledes enn for vanlige næringsdriftavtaler. Utover i prosjektperioden økte rekrutteringsutfordringene til fastlegeordningen nasjonalt. Dette var også merkbart i ALIS-Vest-prosjektet. Det ble færre søkere til ledige ALIS-stillinger underveis.

Ved avslutningen av ALIS-Vest-prosjektet (august 2022), var det i 13 av 16 ALIS-stillinger en fastlege som enten var blitt spesialist i allmennmedisin (på gammel ordning) eller som var på god vei til å bli det. I løpet av den femårige prosjektperioden har det i ti av 16 stillinger vært samme ALIS hele veien. Av disse stillingene ble ni bemannet i 2017. Det har vært skifte av ALIS i seks av stillingene én eller to ganger. Totalt har det i de 16 stillingene vært tilsatt 23 ulike ALIS, mens ti ALIS har sluttet underveis. Det siste drøye året av prosjektet ble det satt stopp for inntak av nye ALIS. Av de 23 legene som har vært i ALIS-stillingene, arbeidet 20 i allmennmedisinsk virksomhet ved utgangen av august 2022; noen som fastleger i andre kommuner. Flere av fastlegene som er blitt spesialister i fastlønnede ALIS-stillinger, har gått over til næringsdrift etter endt spesialisering.

Det er betimelig å spørre om resultatet fra ALIS-Vest del 1 er godt med hensyn til stabilitet. Det er ikke enkelt å svare på dette. Det skyldes at ALIS-Vest-prosjektet omfatter et lite antall stillinger. Kommunene er svært ulike med hensyn til folketall og tilhørende størrelse på fastlegetjenesten. Statistiske beregninger vil være beheftet med stor grad av usikkerhet. Varighet av fastlegeavtaler er nå en nasjonal kvalitetsindikator for allmennlegetjenesten som Helsedirektoratet publiserer årlig.⁵ For hele Vestland fylke har varigheten av fastlegeavtaler gått ned fra 2017, hvor median varighet var 8 år, til 2021, hvor median varighet var 7,8 år. Blant de elleve kommunene som inngår i ALIS-Vest del 1, er det i 2021 svært stor variasjon i median varighet av fastlegeavtaler; fra Masfjorden med 20,7 år til Hyllestad med 1,2 år. Median varighet av fastlegeavtaler har økt i fem kommuner, blitt redusert i fem kommuner og stått på stedet hvil i én av kommunene i perioden fra 2017 til 2021. I denne konteksten kan det tenkes at samme lege i ti av 16 stillinger gjennom prosjektperioden og en beholdning av 13 ferdige eller nesten ferdige spesialister i allmennmedisin, er et rimelig

⁵ Varighet på kommunenes avtaler med fastleger - Helsedirektoratet

godt resultat sett i forhold til den generelle ustabiliteten i fastlegeordningen i de senere år.

Del 2 av ALIS-Vest-prosjektet, som inkluderer 15 ALIS-stillinger i kommuner i Rogaland og Møre og Romsdal, har ikke vært gjenstand for følgeforskning på samme måte som del 1. I del 2 ønsket man å prøve ut både fastlønnsstillinger og næringsdrift, men bare to av stillingene har prøvd ut næringsdrift. Tre stillinger har ikke vært besatt i det hele tatt.

Ved det siste målepunktet for ALIS-Nord i mars 2022, var 29 av i alt 32 stillinger bemannet. For 17 stillinger har den samme ALIS vært i stillingen hele veien. Av disse stillingene ble elleve bemannet i 2019, fem i 2020 og én i 2021. Én stilling har fortsatt ikke blitt bemannet. Blant de øvrige stillingene ser vi at det har vært én eller flere utskiftninger. Totalt er vi kjent med at 16 ALIS har sluttet hittil. Se nærmere beskrivelse av rekruttering og stabilitet i ALIS-Nord-stillingene i figur 3. I denne statistikken registreres ikke permisjoner, og vi er kjent med at mange ALIS har hatt permisjon som følge av fødsel og i noen tilfeller av andre årsaker.

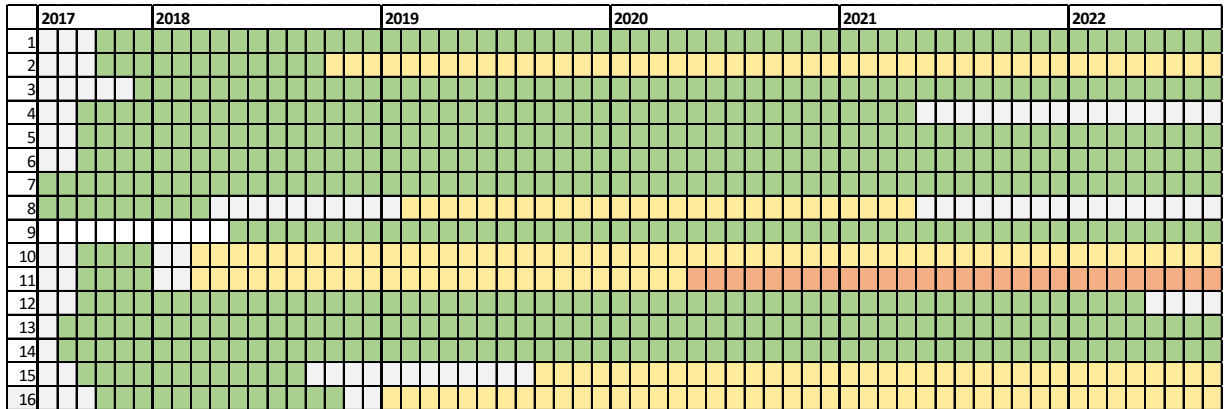
I ALIS-Nord-prosjektet ønsket man å utvikle utdanningsstillingsmodeller for både næring og fastlønn. I utgangspunktet ble det derfor lagt opp til en 50/50-fordeling mellom fastlønns- og næringsdriftstillinger i prosjektet. Erfaringene fra prosjektet viser at det har vært meget vanskelig å rekruttere ALIS til næringsdrift. Ved forrige målepunkt (mars 2022) var det kun et lite mindretall som hadde næringsdrift.⁶ ALIS peker selv på tre hovedgrunner til at de foretrekker fastlønn framfor næringsdrift:

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

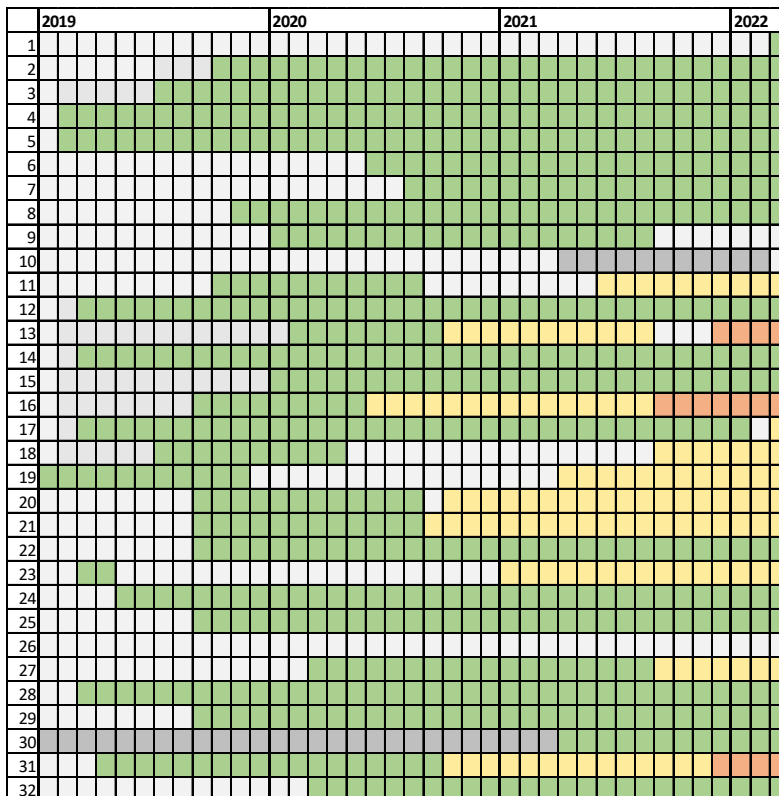
⁶ Rapporteringen fra kommunen viste at 3 stillinger hadde næringsdrift, 16 stillinger hadde fastlønn med bonus, 8 stillinger hadde fastlønn uten bonus, 3 stillinger var ubemannet og for 2 stillinger er dette uklart.

Forklaring til figurene: Hver linje representerer en ALIS-stilling, og hver rute representerer en måned. Grønn er varigheten på tilsetningsperioden til den første ALIS i stillingen, gul er varigheten for den eventuelle andre ALIS i stillingen og oransje er varigheten for den eventuelle tredje ALIS i stillingen. Mørk grå farge indikerer at vi mangler data om stillingen.

Figur 2 Stabilitet ALIS-Vest del 1 fra juli 2017 til 31. august 2022.



Figur 3 Stabilitet ALIS-Nord fra januar 2019 til mars 2022.



Hvorfor slutter ALIS?

I følgeforskningen for ALIS-Nord har vi gjennomført exit-intervju med syv ALIS like etter at de sluttet. På spørsmålet om hvorfor de har valgt å slutte, innledet de fleste med å si at det er et stort spørsmål, og at det ikke er mulig å peke på én enkelt grunn («det er sammensatt»). 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 eller bosted. For noen er det mer blandet. De er usikre på om de ønsker å bli fastlege og misfornøyd med vilkår eller bosted.

Som en del av evalueringen av ALIS-Vest, har vi intervjuet tre ALIS som har sluttet underveis. Sluttintervjuene viser at gode betingelser og førsteklasses tilrettelegging likevel ikke alltid er nok til å beholde ALIS. Familieforhold eller personlige grunner er årsaker til at ALIS slutter; enten det er slike årsaker alene, eller de er fulgt av en oppfatning om lav lønn. Aktuell læring for de som ansetter ALIS er derfor viktigheten av god kartlegging (før tilsetting) av forutsetninger hos ALIS for å bli på stedet over tid.

4.7 Kommunenes kostnader knyttet til spesialistutdanningen

I den andre delrapporten fra følgestudien for ALIS-Nord så vi nærmere på kostnadene ALIS-Nord-kommunene har knyttet til spesialistutdanningen (Holte, Markussen & Olsen, 2021). Beregningene bygget på en spørreundersøkelse til alle ALIS-Nord-kommunene og intervju med et utvalg administrative ledere i kommunene. Datamaterialet viste blant annet at det er store variasjoner i kommunenes kostnader med ALIS og kostnader som følger av spesialistutdanningen. Forskjeller i totale kostnader forbundet med ALIS skyldes blant annet ulikheter i fastlønn, bonuser, listelengder og kostnader med drift av legekantor. Variasjon i kostnader knyttet til selve spesialistutdanningen skyldes blant annet forskjeller i utgifter i de ulike kommunene til veiledning, reiser og kurs for ALIS og vikarutgifter.

Et forsiktig anslag viste at **utdanningsutgiftene utgjorde rundt 5 prosent av kommunens totale utgifter til hver enkelt ALIS**. Dette er kommunens utgifter til blant annet lønn eller honorar til veileder, kursavgifter og ALIS' reise og opphold når de tar kurs, vikarutgifter ved veileders fravær og lønn/honorar til supervisor. Estimert kan trolig være noe lavt, ettersom det foregår aktivitet knyttet til utdanningen som ikke vises i kommunens regnskaper og budsjetter, slik som administrasjon forbundet med spesialistutdanningen. For eksempel er kostnader ved kommunenes rolle som utdanningsvirksomhet vanskelige å beregne, og de framgår sjelden av regnskapene. I rapporteringene fra ALIS-Nord-kommunene våren 2022 ligger lønn/honorar til veileder i spennet 20 000–200 000 kroner per år per ALIS. I de fleste tilfellene er dette den største rapporterte utgiftsposten knyttet til utdanningen. I rapporteringen er det flere som viser til at det har vært redusert kursvirksomhet og færre fysiske samlinger på grunn av koronapandemien. I en normalsituasjon uten pandemi, vil utgiftene til disse utdanningsaktivitetene antagelig øke betydelig.

Et annet forhold er at **enkelte kommuner holder listelengden lav** som et virkemiddel for å legge til rette for spesialistutdanningen. I intervjuene med ALIS, sier noen at de opplever at kommunen skjermer 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 kunne gi vesentlig høyere

kostnader for kommunen. Dette kan dermed være et betydelig kostnadselement, men også vanskelig å tallfeste.

Flere informanter pekte på at **kommunenes vikarutgifter blir store** det halvåret legene jobber i annen utdanningsvirksomhet (det tidligere sykehusåret). Dette er foreløpig ikke påløpte kostnader i datamaterialet vårt, men det blir pekt på at utgiftene potensielt kan bli store når de inntreffer.

Mangelen på fastleger og konkurransen om legene gjør **at kommuner må bruke vilkårene og opplegg for spesialistutdanning for å tiltrekke seg leger**. Hvilke vilkår og betingelser kommunene kan tilby ALIS, blir altså noe som brukes av kommunene for å tiltrekke seg fastleger. 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.

4.8 Ressurser til organisering og administrasjon

I NSDM-rapporten *ALIS i bykommuner* framkommer det at i de store bykommunene som har en legetjeneste med mange leger, har de nye institusjonelle rammene rundt spesialistutdanningen i allmennmedisin gitt betydelig merarbeid (Abelsen, Fosse & Gaski, 2022). Man kom fra en ordning hvor spesialisering i allmennmedisin var opp til den enkelte lege, til at ambisjonen nå er at det skal være sammenhengende, helhetlige spesialiseringssløp i en nasjonal ordning. I dag er man ikke i nærheten av dette, i hvert fall ikke for allmennleger som ikke er fastleger. Ifølge rapporten savnet de kommunale helselederne som vi intervjuet, først og fremst stabsressurser til oppfølging. De etterlyste bedre standard avtalemaler og beskrivelser av eller samarbeid om felles rutiner. Noen helseledere tok også opp at det er et potensial for mer samarbeid mellom kommunene eller bydelene.

Nasjonale styringssignaler og opprettelsen av regionale ALIS-kontor kom sent, med tanke på når spesialistforskriften ble gjort gjeldende. Enkeltkommuner har brukt mye ressurser på utviklingsarbeid som i ettertid oppleves som delvis bortkastet. Det har vært, og er, fortsatt mange felles problemstillinger å ta tak i som det kan være mest hensiktsmessig å løse på nasjonalt, eventuelt regionalt nivå, og ikke i hver enkelt kommune. Det er utfordrende for kommunene å planlegge hvor mye ressurser som trengs å settes av til å ivareta kommunens ansvar som registrert utdanningsvirksomhet så lenge de nasjonale føringene ikke er ferdig utformet, inkludert hva som blir de regionale ALIS-kontorene sin funksjon.

I NSDM-rapporten *ALIS i bykommuner* pekes det på at i forarbeider, rapporter og høringer i forkant av spesialistforskriften kom det klart fram at det forventes et betydelig administrativt merarbeid for kommunene, og at dette må organiseres og finansieres dersom spesialistutdanningen i allmennmedisin skal fungere etter hensikten.⁷ En rapport fra Helsedirektoratet utarbeidet av en partssammensatt arbeidsgruppe i 2018, beskrev utførlig hvilke administrative og økonomiske konsekvenser endringene i spesialistutdanningen ville få for kommunene.⁸ Disse innspillene synes i liten grad å være hensyntatt ved implementeringen av den nye ordningen. Våre funn tyder på at implementeringen kunne gått smidigere dersom det allerede fra begynnelsen var blitt satt av ressurser til organisering og administrasjon.

⁷ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/forskrift-om-spesialistutdanning-og-spesialistgodkjenning-for-leger-og-tannleger-spesialistforskriften/id2505746/>

⁸ Helsedirektoratet (2018). *Allmennleger i spesialisering (ALIS) Del 2 av 2*

4.9 Tilskuddsordninger som skal dekke kommunenes kostnader med spesialistutdanningen

I forbindelse med endringene i spesialistforskriften innførte Helsedirektoratet to søknadsbaserte tilskuddsordninger for kommunene:

- 1 Tilskuddsordning for utgifter til veiledning (i 2020).
- 2 Tilskuddsordning for utgifter til ALIS-avtaler for fastleger og fastlegevikarer ut-over et års varighet i kommuner med rekrutteringsutfordringer (i 2019, revidert 2021).

Helsedirektoratet innførte i 2022 en nasjonal ordning hvor kommunene kan søke tilskudd til ALIS-avtale og veiledning for alle ALIS. Det er litt ulike satser for ulike ALIS, der det gis høyest tilskudd for ALIS i fastlegeordningen og et lavere tilskudd for kommunalt ansatte ALIS. Det gis tillegg for de minst sentrale kommunene. Det er opp til kommunen å finne ut hvordan tilskuddet best kan forvaltes. Det er nytt at det gis tilskudd til kommunalt ansatte ALIS som ikke er fastleger. I den nye tilskuddsordningen er egenandelen for kommunene fjernet, og tilskudd utbetales etterskuddsvis ut fra faste satser. Det er ingen tilbakebetaling eller overføring av ubrukte tilskuddsmidler, og heller ikke krav om innsending av individuell utdanningsplan, fastlege/vikaravtale og regnskap med egenfinansiering. Revisorattest erstatter krav om rapportering. Det er utviklet egen mal for ALIS-avtale tilpasset tilskuddsregelverket, og nytt Altinn-skjema.

De samlede tilskuddsmidlene økte til 2021, og fra det året ga man full støtte til 564 avtaler, i tillegg til ALIS-avtaler i prosjektene ALIS-Vest og ALIS-Nord. Dette var en økning fra 71 innvilgede tilskudd året før. Budsjettet for ordningen «Nasjonal ALIS og veiledning» er 224 mill. kroner i 2022.

4.10 Kvalitet

I følgeforskningen for ALIS-Nord, der alle følger den nye spesialiseringsordningen, har vi spurt om hvordan ALIS vurderer kvaliteten i utdanningen. De er samstemte om at opplæringen og oppfølgingen de mottar i stor grad oppleves som tilstrekkelig til at de kan ivareta pasientene sine på en god måte. Hvorvidt den nye modellen har påvirket kvaliteten i utdanningen, er imidlertid uklart. Én ALIS forteller at hun er positiv til den nye modellen, og hun har inntrykk av at 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. Når det gjelder 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 ordningen for spesialistutdanningen i allmenntidmedisin: Siden kommunene i den nye ordningen har fått ganske stor frihet til å utforme lokalt tilpassede 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 framstår 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 at kommuner som eventuelt får et rykte om 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 allmennmedisin 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 dreier seg om forhold ved selve utdanningen, som mangelfull veiledning, kurs eller supervisjon, men i større grad det høye arbeidspresset som kan bidra til at det gjøres feil.

Flere helseledere som vi intervjuet i bykommunene, trakk fram viktigheten av god dialog med veileder og ALIS når man godkjenner læringsmålene. Det ble påpekt at systemet det legges opp til er basert på tillit. Helselederen som i mange tilfeller ikke selv er lege, må ha tillit til at både ALIS og veileder har gjort det de skal før man endelig godkjenner læringsmålene på vegne av kommunen. Noen helseledere påpekte at dialogen med veileder og ALIS tar tid. En helseleder kommenterte at det i utgangspunktet er en liten jobb å følge med på å kvittere ut læringsmål, men at dette kan bli mye jobb hvis det er en lege som ikke fungerer eller en man er usikker på med tanke på skikket. Godkjenning av et læringsmål betyr at legen er god nok. Flere helseledere problematiserte ansvaret som legges på dem og kommunen for den endelige godkjenningen – særlig sett i lys av at den ofte vil gjøres av helseledere som ikke selv har medisinsk kompetanse. En helseleder sa: «Det er viktig at det er kvalitet knyttet til ALIS. Det må ikke bli sånn at man bare krysser av».

4.11 Status for overordnet måloppnåelse

Etter overgangen til den nye spesialistutdanningsordningen forventes det at kommunene skal bidra til å skape *gode og helhetlige* utdanningsløp. Det innebærer at alle kommuner med ALIS skal kunne tilby forutsigbare utdanningsløp med veiledning, supervisjon og læringsaktiviteter. Som nevnt, har det utvilsomt vært en del oppstartvansker med innføringen av den nye ordningen for ALIS, og det er tydelig at kommunene i løp av innledende fasen manglet system og rutiner som sikrer at alle ALIS tilbys gode og helhetlige utdanningsløp. Se nærmere beskrivelse i avsnitt 4.2. I dette avsnittet vil vi se nærmere på om dette har endret seg underveis i prosjektperioden. Først vil vi diskutere det i lys av resultatene fra løpene, og til slutt vil vi komme med noen bemerkninger til endringene som har skjedd på nasjonalt nivå.

Erfaringer fra løpene

I kommunene vi har fulgt over tid, ser vi at det har skjedd en bevegelse i positiv retning i løpet av prosjektperioden. Det gjelder særlig i løpene for ALIS-Nord. Der har vi intervjuet ALIS på ny ordning helt i starten av utdanningsløpet og halvannet år senere, og de melder om at mye har gått seg til underveis. Samtidig blir det påpekt at både læringsmålene og den digitale kompetanseplattformen (Dossier) bør utvikles videre. Helselederne gir også tilbakemelding om at de i større grad har funnet

fram til velfungerende arbeidsmåter i løpet av denne perioden. For å unngå at nye generasjoner med ALIS må gå opp den samme løypa på nytt, er det viktig at erfaringene fra disse kommunene systematiseres og brukes til å utvikle gode system som sikrer at alle ALIS tilbys gode og helhetlige utdanningsløp. I hvilken grad det blir gjort, har vi ikke undersøkt som en del av følgeforskningen. Men vårt inntrykk er at man i ALIS-Nord-prosjektet har ønsket å bidra til systemutvikling ved å sikre at kommunene i prosjektet kan lære av hverandre. Slik vi forstår det, har erfaringene fra både ALIS-Nord og ALIS-Vest, som har fungert som forløpere/piloter for de regionale ALIS-kontorene, blitt brukt i de regionale ALIS-kontorenes arbeid med å utvikle ulike ressurser for ALIS, veiledere og helseledere (se mer om det i neste avsnitt).

I sluttintervju er helselederne i ALIS-Vest spurt om deres tanker rundt kommunens ansvar for spesialistutdanningen. Den nye ordningen med at kommunen skal være registrert utdanningsvirksomhet og ha ansvar for allmennlegenes spesialistutdanning, har ført til merarbeid for kommunen. Noen av helselederne mener at dette systemet er for sårbart, og at ansvaret kanskje bør opp på et høyere nivå. Andre helseledere peker på at ordningen har ført til en bedre struktur og bevissthet i kommunen når det gjelder å sikre at legene i kommunen får nødvendig utdanning, og at det er bra, men arbeidskrevende.

I bykommunene vi har fulgt, framstår situasjonen som mer uavklart. De har så vidt startet og begynt å få oversikt, og per våren 2022 var man ikke i nærheten av å få på plass et system som sikrer gode og helhetlige utdanningsløp i disse kommunene, i hvert fall ikke for allmennleger som ikke er fastleger. Regelverket ser ut til å være mest rettet inn mot fastleger som skal spesialiseres, og ikke mot leger i andre allmennmedisinske stillinger. Et vesentlig forhold er at tilskuddsordningen «Nasjonal ALIS og veiledning» først kom på plass i 2022. Før det, har det ikke vært aktuelt for en kommune som eksempelvis Oslo å søke støtte til etablering av ALIS-avtale for sine leger. Det vil derfor trolig skje en del endringer framover, som følge av at denne tilskuddsordningen har kommet på plass.

Endringer på nasjonalt nivå

Som vist i kapittel 3, har man fra sentralt hold gjort en rekke justeringer i den nye ALIS-ordningen underveis i prosjektperioden. Særlig representerer endringene i tilskuddsordningene for ALIS og veiledning, og innføringen av de regionale ALIS-kontorene, sentrale endringer. Vi har ikke hatt mulighet til å studere disse nye tiltakene som en del av følgeforskningen, men vårt foreløpige inntrykk er at de kan bidra til å løse en del av utfordringene vi har identifisert.

Tanken er at de regionale ALIS-kontorene skal gi støtte og råd til kommunene i planlegging, etablering og oppfølging av utdanningen for allmennlegene, og ved inngåelse av ALIS-avtaler. Vi har ikke fulgt etableringen av de regionale kontorene direkte som en del av dette prosjektet, men andre rapporter viser at kontorene fortsatt er i en etableringsfase og at det er litt uklart hvordan de skal bidra og støtte opp under kommunens arbeid med å legge til rette for helhetlige utdanningsløp (Pedersen m.fl., 2022). Det tyder på at det fortsatt gjenstår mye før man er i mål med å etablere et ferdig system som sikrer at utdanningsløp for alle ALIS blir gode og helhetlige. Men vi ser likefullt at ting er i endring. På internettetsiden for de regionale ALIS-kontorene (www.alis.no) kan både ALIS, helseleder og veiledere finne nyttige ressurser, for eksempel mal for ulike typer ALIS-avtaler som harmonerer med ny tilskuddsordning, flytskjema som illustrerer gangen i utdanningsløpet for både ALIS og kommunen (to separate skjema), kursmaterieell for veileder med mer. Noe tilsvarende fantes ikke ved oppstarten da den nye forskriften for fullt trådte i kraft i mars 2019.

Dette vil antagelig kunne bidra til at man ikke lenger «behøver å finne opp hjulet selv», som mange av våre informanter har uttrykt frustrasjon over under oppstartfasen. En annen svært positiv nyhet er at kurstilbudet for veiledere etter ny ordning omsider har kommet i gang. I regi av de regionale ALIS-kontorene ble det gjennomført 18 timers emnekurs i hele landet gjennom høsten 2022. Disse kursene har blitt etterlyst siden dag én og vil kunne bidra til å sikre at alle ALIS tilbys gode utdanningsløp, og ikke minst at ALIS/veilederduoen slipper å bruke like mye tid på prøving og feiling som den første generasjonen har gjort. Framover blir det spennende å følge med på hvordan disse relativt nye tiltakene fungerer. Det blir også interessant å følge med på hvordan den nåværende nasjonale tilskuddsordningen for ALIS-avtaler og veiledning fungerer. Den ble først etablert i 2022 og dekkes derfor ikke av følgeforskningen vår.

Hva betyr egentlig gode og helhetlige utdanningsløp?

Målet for den nye ordningen er å skape gode og helhetlige utdanningsløp. Forskriften fastsetter noen rettigheter for ALIS, som kommunene må forholde seg til, for eksempel må de sørge for at ALIS mottar minimum 4 timer veiledning per måned i 10,5 av årets måneder under hele spesialistutdanningen. Til slutt vil vi påpeke at det likevel ikke nødvendigvis er helt opplagt hva som menes med gode og helhetlige utdanningsløp. Følgeforskningen viser at enkelte ALIS har forventet å komme inn i strukturerte utdanningsløp, med tydelig definerte moduler/pakker, uten at de selv må ta stilling til noe som helst. Om man i dag kommer inn i ordningen med slike forventninger, vil man bli skuffet, for ingen av kommunene som inngår i følgeforskningen tilbyr noe i nærheten av dette. Så vidt oss bekjent er det heller ingen andre kommuner som tilbyr eller har planer om å lage slike utdanningsopplegg. Vi ser at kommunene primært konsentrerer seg om å sørge for at ALIS får tilstrekkelig veiledning og supervisjon og legger til rette for at de enkelt kan dra på kurssamlinger når de selv ønsker det. Til en viss grad har de også begynt å tenke på hvordan man skal løse institusjonstjenesten. I følgeforskningen ser vi at ALIS lager individuell utdanningsplan selv, det skjer som regel i nært samarbeid med veileder, og det er ALIS som tar stilling til hvilke kurs som skal tas når. I ALIS sin vurdering av kommunens rolle som tilrettelegger, kommer det fram at de aller fleste ALIS er godt fornøyd med dette, og at de ikke har noen særlige forventninger eller noe sterkt ønske om å få bedre tilrettelegging for kurs eller reagerer på at de selv må ta initiativ til det. Det er altså bare noen få ALIS som forventer mer ferdige utdanningspakker, og det er heller ikke slik at sentrale myndigheter forventer at ALIS skal få alt fiks ferdig servert. Erfaringen er at utdanningsløpene i praksis ofte blir oppstykket av ALIS selv, fordi de flytter på seg og får barn underveis.

5 Veien videre – råd og anbefalinger

Følgforskningen som vi oppsummerer i denne rapporten, baserer seg på data innsamlet i tiden 2017–2022. I samme periode har regelverk og rammebetingelser vært i stadig endring. Dette har vært utfordrende og tidkrevende for både kommuner, ALIS og veiledere. ALIS-Vest og ALIS-Nord har fungert som pilotprosjekter, samtidig som mange andre kommuner har prøvd seg fram på egen hånd. Større bykommuner har erfart spesifikke utfordringer knyttet til omfang av, oversikt over og organisering av spesialiseringen for sine leger – i særdeleshet for leger som ikke er fastleger. Mange kommuner – særlig distriktskommuner – rapporterer om økende utfordringer med å skaffe kvalifiserte veiledere.

De regionale ALIS-kontorene ser ut til å svare ut noe av kommunenes behov for avklaring, støtte og rådgivning. Det siste året ser det ut til at mange kommuner begynner å lande lokalt tilpassede måter å organisere og administrere ALIS-ordningen på. Større kommuner ser ut til å etablere dedikerte ressurser til ALIS-ordningen, mens mindre kommuner gjerne bruker eksisterende administrasjonskapasitet. I 2022 ble ALIS-tilskuddet og tilskudd til veiledning utvidet til å gjelde nasjonalt, og søknadsprosedyren ble forenklet.⁹ Kunnskap om ALIS-ordningen er fortsatt mangelfull i mange kommuner, og vi anser oppfølging av disse kommunene som en viktig oppgave for de regionale ALIS-kontorene. Vi skal avslutningsvis trekke fram noen av de gjenstående utfordringene og skissere våre anbefalinger.

To år åpen uselektert allmennpraksis for leger som ikke er fastleger

Følgforskningen synliggjør utfordringer for både ALIS og kommune når ALIS har sin hovedstilling i andre deler av allmennlegetjenesten enn på et fastlegekontor. For å oppnå godkjent «to år åpen uselektert allmennpraksis» må legen ut av sin hovedstilling i to år (i tillegg til seks måneders institusjonstjeneste), alternativt 50 prosent i fire år. Det betyr at kommunen må planlegge for at en ALIS i for eksempel sykehjem er ute av stillingen i halve spesialisingsløpet. For ALIS er det utfordrende å finne egnet stilling i et fastlegekontor, og næringsdrift ser ut til å være lite egnet for storparten av dem. For kommunen er det en utfordring å finne kvalifiserte vikarer som kan ivareta eksempelvis sykehjem i ALIS sitt fravær. Kommuner og leger prøver ut ulike måter å løse disse utfordringene på, blant annet med dedikerte, fastlønte fastlegestillinger i enten kommunalt drevne eller næringsdrevne legekontor, introduksjonsavtaler der ALIS «går på toppen», holde fortløpende oversikt over vikarbehovene i fastlegekontorene og matche ALIS og legekontor osv.

⁹ <https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/nasjonal-alis-og-veiledning#regelverk-mal-for-ordningen>

Vi anbefaler at regelverket og rammebetingelsene videreutvikles slik at de legger til rette for smidige ordninger. Særlig for ALIS som ikke er fastleger, synes det å være behov for et utdanningsløp i mer tilrettelagte utdanningsstillinger. Vi mener at man bør fortsette å samle inn og systematisere erfaringer fra kommuner og ALIS fram til man har fått på plass et velfungerende system.

Veiledning

Med store utfordringer i fastlegeordningen blir det i økende grad vanskelig å finne spesialister i allmennmedisin som kan veilede ALIS. Vanligvis finnes det slik kapasitet på det legekantoret der den enkelte ALIS arbeider, men i mange av våre casekommuner, særlig i distriktene, er det ikke spesialister i allmennmedisin på alle legekantor, og noen steder heller ikke i kommunen. Uten godkjent veiledning kan ikke kommunen tilby spesialistutdanning, og kan dermed ikke ansette ALIS. Dette forsterker rekrutteringsproblemene og blir en ond sirkel. Sett i lys av dette, er det behov for å vurdere om kravet til at veileder for ALIS må være spesialist i allmennmedisin er for strengt. Mange kommuner har erfarne allmennleger som ikke er spesialister i allmennmedisin, men som trolig svært godt kan fylle rollen som veileder. Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten mener det er viktig at veileder har solid kunnskap om og klinisk kompetanse i faget allmennmedisin (Ekspertutvalget, 2022). Men kravet om å være spesialist i faget synes å være for strengt og ikke tilpasset dagens situasjon, hvor nettopp denne kompetansen mange steder er mangelvare. Ekspertutvalgets anbefaling er at spesialistforskriftens krav til veileder endres, og at kommunene i større grad gis ansvar for å vurdere hvilke allmennleger som innehar tilstrekkelig kompetanse til å veilede ALIS.

Vi støtter ekspertutvalgets forslag om at kommunene skal kunne gjøre denne typen vurderinger. Helsemyndighetene bør likevel følge med på utviklingen, slik at det ikke utvikler seg en uheldig praksis hvor kommuner ikke stiller strenge nok krav.

Vi anbefaler dessuten videre utvikling av rammebetingelser, ordninger og avtalemaler mellom kommuner og veiledere på andre legekantor, interkommunale avtaler om veiledning, og eventuelt etablering av en interkommunal «veilederpool». Her kan trolig de regionale ALIS-kantorene bidra med gode råd til kommunene.

Diskontinuitet i utdanningsløpene

Livet skjer! I følgeforskningen kommer det fram i intervjuene med både ALIS, helseledere og veiledere at spesialiseringløpet ofte avbrytes av både forventede og uforutsette hendelser i ALIS' liv. ALIS-modellen bygger på en tanke om at ALIS ansettes og gjennomfører utdanningsløpet i sin stilling i en kommune. Oversikten over stabilitet i stillingene viser at dette er praksis i kun rundt halvparten av tilfellene. Det kan dessuten oppstå mangel på veileder eller andre utfordringer som endrer utdanningsløpet.

Vi anbefaler at planer og rammebetingelser må være fleksible nok til å ta høyde for endringer i utdanningsløpet som skyldes både forventede og uforutsette hendelser i ALIS' liv.

Institusjonstjenesten

Tilretteleggingen for at ALIS på en smidig måte skal kunne gjennomføre anbefalt institusjonstjeneste for å oppfylle de nødvendige læringsmålene, har vært gjenstand for oppmerksomhet i pilotprosjektene ALIS-Nord og ALIS-Vest. Flere av våre informanter stiller spørsmål ved hvor hensiktsmessig og regningsvarende det er at ALIS skal gjennomføre institusjonstjeneste i sykehus. For mange ALIS innebærer dette gjerne at de må flytte fra sine kommuner for å gjennomføre tjenesten. Erfaringen med sykehustjenesten som særlig gjelder sykehusåret i den gamle spesialiseringsordningen, er at mange ALIS på grunn av denne ordningen aldri vender tilbake til kommunen eller ikke har blitt ferdige med spesialiseringen i allmennmedisin. I en situasjon hvor mange kommuner, og ikke bare distriktkommunene, har store utfordringer med å rekruttere og beholde leger, mener vi det er grunn til å vurdere om de aktuelle læringsmålene skal kunne oppnås på annet vis. Det er mulig for kommuner å søke om at kommunale institusjoner kan bli godkjente utdanningsvirksomheter på linje med sykehus, men dette er aktuelt for større kommunale institusjoner, noe som kun finnes i et fåtall kommuner. Denne muligheten kan derfor ikke løse de grunnleggende utfordringene med institusjonstjenesten i de fleste kommuner. Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten løfter også fram utfordringer med institusjonstjenesten (Ekspertutvalget, 2022). (De peker på de samme utfordringene med denne delen av spesialistutdanningen som oss.) I tillegg peker de på at de læringsmålene om samhandling (ALM-055) og dybdekompetanse (ALM-085) for de fleste allmennleger, trolig kan oppnås i løpet av LIS1 og på andre måter, herunder hospitering med målrettet læring, fordypning innenfor visse fagfelt, ved å følge pasienter inn i sykehus eller delta på allerede eksisterende samhandlingsarenaer. Ekspertutvalgets foreløpige vurdering er at anbefalingen om institusjonstjeneste for å oppnå de to aktuelle læringsmålene bør fjernes.

Vi støtter ekspertutvalgets foreløpige vurdering og anbefaler at det åpnes for at læringsmålene som nå i hovedsak kun kan oppnås gjennom tjeneste i sykehus og andre lignende institusjoner, skal kunne oppnås på mer fleksible og bostedsnære måter.

Kommunen som utdanningsvirksomhet

Det er krevende for alle kommuner å holde seg oppdatert om regelverket knyttet til spesialistutdanningen for leger. Mindre folkerike kommuner har ikke nødvendigvis utdanningskandidater til enhver tid, noe som gjør det utfordrende for kommunen å vedlikeholde den administrative fagkompetansen knyttet til det å være utdanningsvirksomhet. Det kan også stilles spørsmål ved om ivaretagelse av ansvaret som utdanningsvirksomhet for spesialisering i allmennmedisin er god prioritering av knappe menneskelige og økonomiske kommunale ressurser. Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten løfter dessuten fram utfordringene med at alle kommuner skal fylle rollen som utdanningsvirksomhet. De konkluderer ikke om dette, men signaliserer at de vil arbeide videre med problemstillingen (Ekspertutvalget, 2022).

Vi vil anbefale at det i det videre ses på ordninger hvor kommuner kan inngå i lokalt tilpassede samarbeid om ivaretagelsen av rollen som utdanningsvirksomhet. Dette vil også kunne bidra til samarbeid om veilederkapasitet, som beskrevet tidligere. Det vil være hensiktsmessig at ALIS-kontorene involveres i dette.

Bruken av tilskuddsordningen «Nasjonal ALIS og veiledning»

I den perioden vi har fulgt ALIS-ordningene, har muligheten for å søke tilskudd fra Helsedirektoratet endret seg både når det gjelder innretning og beløpsstørrelser. Særlig gjelder dette tilskudd til ALIS-avtale. Det årlige beløpet som kommunene nå kan søke om, er vesentlig høyere enn det tilskuddet som har vært gitt i pilotprosjektene ALIS-Vest og ALIS-Nord. I den nasjonale tilskuddsordningen er det nå mulig for de minst sentrale kommunene å få et betydelig årlig beløp til å dekke kostnader til ALIS-avtaler. Tilskuddsordningen skal bidra til å dekke kommunenes merkostnader ved inngåelse av ALIS-avtale, som for eksempel kostnader ved redusert listelengde, og utgifter til veiledning og vikarer. Alle kommuner, også de som ikke har inngått ALIS-avtale, kan søke om tilskudd for å dekke utgifter til forskriftsfestet veiledning til leger i spesialisering i allmennmedisin. Tilskuddsordningen er et viktig virkemiddel fra staten når det gjelder dekking av kommunenes merkostnader, og kan også virke inn på hvordan kommunene innretter seg når det gjelder spesialistutdanning i allmennmedisin. Som andre tilskuddsordninger, vil også denne påvirke kommunenes insentiver.

Utformingen og forvaltningen av tilskuddsordningen kan få stor betydning for kommunenes økonomiske handlingsrom knyttet til allmennlegers spesialistutdanning. Vi anbefaler derfor at man evaluerer tilskuddsordningen etter noen år, herunder at man vurderer hvorvidt ordningen dekker kommunenes totale kostnader i forbindelse med deres nye rolle som utdanningsvirksomhet, og hvilke virkninger tilskuddsordningen har når det gjelder kommunenes utøvelse av denne rollen.

Referanser

- Abelsen, B., Fosse, A. & Gaski, M. (2022). *ALIS i bykommuner. Erfaringer med utdanningsselementer og utdanningsløp*. Nasjonalt senter for distriktsmedisin. https://www.nsdm.no/wp-content/uploads/2022/06/NSDM-rapport_2022_ALIS-i-bykommuner.pdf
- Abelsen, B., Gaski, M., Fosse, A., Kvamme, M. F. & Ekeland, E. (2020). *Tilrettelegging for ALIS i bykommuner. Fokus og status i innledende arbeid*. Fafo-notat 2020:09. Fafo. <https://www.faf.no/zoo-publikasjoner/fafo-notater/tilrettelegging-for-alis-i-bykommuner-fokus-og-status-i-innledende-arbeid>
- Brandstorp, H. & Seppola-Edvardsen, T. (2019). *Del 2. Utdanningsstillinger i allmennmedisin: ALIS-Vest oppfølgingsstudie med fokus på stabilisering*. Nasjonalt senter for distriktsmedisin. <https://www.nsdm.no/wp-content/uploads/2019/03/del-2.-utdanningsstillinger-i-allmennmedisin-alis-vest.-fokus-pc3a5-stabilisering-1-1.pdf>
- Ekspertutvalget (2022). *Gjennomgang av allmennlegetjenesten. Ekspertutvalgets foreløpige rapport*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/260a4d50ceff4195a13090c2faf92ea9/ekspert-utvalgets-forelopige-rapport-1.-desember.pdf>
- Gaski, M., Kvamme, M. F., Abelsen, B. & Nordberg, E. K. N. (2021). *Utdanningsstillinger i ALIS-Vest. Delrapport 4*. Nasjonalt senter for distriktsmedisin. <https://www.nsdm.no/wp-content/uploads/2021/02/2021-NSDM-rapport-4-31-januar-.pdf>
- Gaski, M., Kvamme, M. F., Nordberg, E. K. N. & Abelsen, B. (2020). *Utdanningsstillinger i ALIS-Vest. Delrapport 3*. Nasjonalt senter for distriktsmedisin. <https://www.nsdm.no/wp-content/uploads/2020/02/2020-NSDM-rapport-3-.pdf>
- Holte, J. H. (2020). *Følgestudie: ALIS-Nord. Underveisnotat 1*. Fafo-notat 2020:10. Fafo. <https://www.faf.no/zoo-publikasjoner/fafo-notater/folgstudie-alis-nord-underveisnotat>
- Holte, J. H., Markussen, T. E. & Olsen, T. (2021). *Følgestudie: ALIS-Nord Underveisnotat 2*. Fafo-notat 2021:21. Fafo. <https://www.faf.no/zoo-publikasjoner/fafo-notater/folgstudie-alis-nord-underveisnotat-2>
- Kompetanseforskriften (2017). *Forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten* (FOR-2017-02-17-192). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2017-02-17-192>
- Pedersen, K., Godager, G., Rognlien, H. D., Tyrihjell, J. B., Værnø, S. G., Iversen, T., Holte, J., Abelsen, B., Pahle, A., Augestad, L., Sæther, E. M. (2022). *Evaluering av handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020–2024: Evalueringsrapport I*. Oslo Economics. <https://osloeconomics.no/2022/05/19/evaluering-av-handlingsplan-for-allmennlegetjenesten/>
- Seppola-Edvardsen, T. & Brandstorp, H. (2018). *Utdanningsstillinger i allmennmedisin: ALIS-Vest. Fokus på rekruttering og stabilisering*. Nasjonalt senter for distriktsmedisin. <https://www.nsdm.no/wp-content/uploads/2018/04/NSDM-rapport-Utdanningsstillingeri-ALIS-Vest-April2018.pdf>
- Spesialistforskriften (2019). *Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger*. (FOR-2016-12-08-1482). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-12-08-1482>

Spesialistutdanning i allmennmedisin

Endringer i spesialistutdanningen for leger i allmennmedisin (ALIS) 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 rapporten som er et samarbeid mellom Fafo, Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) og Agenda Kaupang, oppsummeres erfaringene fra en studie som har fulgt implementeringen av ALIS-utdanningen. Hensikten er å framskaffe kunnskap om hvordan kommunene kan ivareta sin nye rolle som utdanningsvirksomhet på en best mulig måte. Studien er gjennomført på oppdrag fra KS.



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

Fafo-rapport 2023:02
ID-nr.: 20839