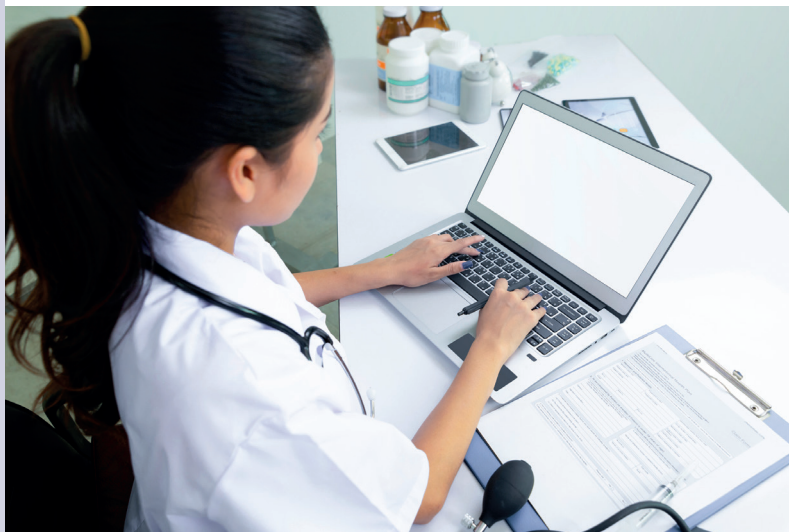


Birgit Abelsen, Margrete Gaski,
Anette Fosse, Maria Fredriksen
Kvamme og Eilin Ekeland

Tilrettelegging for ALIS i bykommuner. Fokus og status i innledende arbeid



Fafo-notat
2020:09

Birgit Abelsen, Margrete Gaski, Anette Fosse,
Maria Fredriksen Kvamme og Eilin Ekeland

Tilrettelegging for ALIS i bykommuner **Fokus og status i innledende arbeid**

Fafo-notat 2020:09

Fafo-notat 2020:09

© Fafo 2020

ISSN 0804-5135

Omslagsfoto iStock Rat0007

Forskningsprosjekt om spesialistutdanningen i allmenntidning

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

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

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

Oversikt over relevante lover, forskrifter, rapporter og nettsteder

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

Innhold

Forord	5
Sammendrag	6
1 Introduksjon	7
1.1 Legetjenesten i kommunene	7
1.2 Spesialistutdanning i allmenntmedisin	8
1.3 Ulike ALIS-ordninger	9
1.4 Formålet med studien	10
2 Metode	11
3 Kommunene tilpasser seg for å bli utdanningsvirksomheter	12
3.1 Utvikling av ulike ALIS-modeller skjer ikke i et vakuum	12
3.2 “Veien blir til mens en går” - lokal tilpasning til lokale spesialiseringsbehov.....	14
3.3 “Det kom ikke noen ferdig pakke” - om innholdet i den nye spesialistutdanningen	18
3.4 Opplevd behov for regional overbygning	21
4 Vurderinger og råd basert på erfaringer i seks bykommuner	23
4.1 Hvordan møte generelle og overordnede utfordringer	23
4.2 Hvordan møte utfordringene ved spesialisering av fastleger.....	24
4.3 Hvordan møte utfordringene knyttet til allmennleger som ikke er fastleger	25
Vedlegg: Intervjuguide – helseleder	27

Forord

I dette notatet presenteres resultatene fra en studie av hvordan store og mellomstore bykommuner legger til rette for spesialistutdanning i allmennmedisin, og hvordan de tilpasser organisasjonen til nye ansvarsområder og roller. Vi vil takke informantene som tok seg tid til å snakke med oss. Notatet er utarbeidet av forskere ved Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) (Birgit Abelsen, Anette Fosse, Margrete Gaski og Maria Fredriksen Kvamme) og Agenda Kaupang (Eilin Ekeland).

Alta August 2020
Birgit Abelsen
Forskningsleder ved NSDM

Sammendrag

Dette notatet handler om kommunal tilrettelegging for allmennleger i spesialisering (ALIS). Siden 1. mars 2017 har det vært et krav om at kommunen skal sikre at leger som gjør klinisk arbeid for kommunen, enten er spesialister i allmennmedisin eller under slik spesialisering. Fra 1. mars 2019 kom det nye regler for spesialistutdanningen av leger, som innebærer til dels store endringer av selve utdanningen og nytt utdanningsansvar for kommunen.

Vi har gjennomført en intervjuundersøkelse blant helseledere i seks bykommuner for å utforske og beskrive hvordan de tilpasser seg til det å ha ansvaret for spesialistutdanningen i allmennmedisin for sine leger.

Notatet belyser at det i kommunene er gjort tilpasninger i den lokale legetjenesten som resulterer i at de har flere ulike typer ALIS: fastleger, fastlegevikarer og kommunalt ansatte allmennleger som ikke er fastleger. Disse har behov for ulik grad av tilrettelegging for å gjennomføre spesialistutdanningen i allmennmedisin. Notatet belyser også en til dels uferdig ny utdanningsmodell som kommunene har brukt, og fortsatt bruker, en del ressurser på å forstå, implementere og videreutvikle. Eksisterende og planlagte nasjonale støtteordninger møter bare delvis det kommunale behovet. Vi finner eksempler på modeller for ALIS som støter mot eksisterende regelverk, innebærer kommunal tilleggsfinansiering eller krever en fleksibel innstilling blant legene. Notatet løfter også fram generelle utfordringer som gjelder veiledning og supervisjon, samt behov for stillinger for ALIS i helseforetakene, som sikrer innpass og muliggjør en effektiv gjennomføring av spesialistutdanningen i allmennmedisin.

1 Introduksjon

Dette notatet beskriver en delstudie i et større FoU-prosjekt som gjennomføres på oppdrag fra KS. Prosjektet skal vurdere og anbefale ulike modeller for organisering av legers spesialisering i allmennmedisin. I denne introduksjonsdelen presenterer vi bakgrunn for og formål med delstudien.

1.1 Legetjenesten i kommunene

Kommunen skal ifølge lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester.¹ Dette medfører blant annet å sørge for en fastlegeordning (FLO). Kommunen skal også tilby andre helsetjenester der legene har en viktig rolle, som helsestasjonstjeneste og helsetjenester i skoler, legevakt, hel-døgns medisinsk akuttberedskap og legetjenester i sykehjem.

Hovedmodellen for fastleger er at de er selvstendig næringsdrivende og utfører oppgaver for kommunen etter avtale. Kommunene betaler legene et basis- og eventuelt et utjamningstilskudd (dersom gjennomsnittlig listelengde i kommunen er lavere enn en avtalt referanseliste). Legen får videre statlige refusjoner for pasientrettet aktivitet etter fastsatte takster og tilhørende egenandeler betalt av pasienten. Kommunene kan imidlertid også inngå avtaler etter punkt 8.2 i rammeavtalen (ofte omtalt som såkalte 8.2-avtaler), der kommunen dekker hele eller deler av driftskostnadene knyttet til for eksempel kontor, utstyr og øvrig helsepersonell. Avtaler hvor kommunen dekker alle utgifter til drift av legekantor for selvstendig næringsdrivende fastleger, men beholder basistilskuddet for listeinnbyggere, omtales ofte som «null-avtaler».² Rapporten *Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen* viser at sju av ti kommuner tilfører FLO tilleggsfinansiering utover basistilskuddet og utjamningstilskuddet.³ Regelverket åpner også for å ansette fastleger på fast lønn. Ved utgangen av 2019 var 14 prosent av fastlegene fast ansatte i kommunen. De fleste av disse fastlegene jobbet i små og usentrale kommuner.⁴

De fleste kommuner løser beredskapen på legevakten ved at kommunens fastleger betjener legevakten, gjerne supplert med vikarer, men det er også kommuner som har egne legevaktsleger ansatt på fast lønn. På samme måte løser mange kommuner de forebyggende oppgavene og sykehjemsoppgavene ved å ansette fastleger i deltidsstillinger eller betale dem timelønn for å utføre disse oppgavene. Andre kommuner velger å ansette egne sykehjemsleger, helsestasjonsleger m.m. i hele stillinger.

Fastlegene har en sentral rolle i kommunehelsetjenestene. Flesteparten av konsultasjonene løses ved fastlegekontoret uten at andre aktører involveres, eller i samarbeid med andre kommunale aktører som hjemmesykepleie, psykiatritjeneste osv.

¹ <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

² <https://www.regjeringen.no/contentassets/7cd212bf5f0642c1a5d0d480f0923e6d/evaluering-av-fastlegeordningen---sluttrapport-fra-ey-og-vista-analyse.pdf>

³ <https://www.ipsos.com/nb-no/ny-rapport-variasjoner-i-finansiering-av-fastlegeordningen>

⁴ <https://www.regjeringen.no/contentassets/96f6581333ee48559cdabf23c8772294/handlingsplan-for-allmennleger.pdf>

Fastlegene har også en sentral funksjon som «portvokter» overfor andre deler av helsetjenesten, siden pasientene normalt må ha henvisning fra fastlege for å komme videre til spesialisthelsetjenesten.

I innbyggerundersøkelsen til Direktoratet for forvaltning og IKT (Difi) fra 2019 er fastlegene rangert på femteplass blant de kommunale tjenestene innbyggerne er mest fornøyde med.⁵ I den senere tid har imidlertid mange stilt spørsmål om FLO er i ferd med å kollapse. Helsedirektoratets tidsbruksundersøkelse fra 2018 viser at gjennomsnittlig arbeidstid inkludert legevakt for fastlegene er 56 timer per uke, sammenliknet med 48,6 timer ved forrige måling i 2014, og stadig flere kommuner rapporterer om at de sliter med å rekruttere og beholde tilstrekkelig mange fastleger.⁶ Det er ikke nytt at enkelte distriktskommuner opplever vansker med å rekruttere og beholde fastleger over tid. Det nye ved utfordringsbildet er at problemene med å rekruttere og beholde fastleger ser ut til å spre seg til større bykommuner. For å styrke allmennlegetjenesten la regjeringen i mai 2020 fram Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020–2024.⁷

1.2 Spesialistutdanning i allmenntjenesten

I 2017 kom kompetanseforskriften som pålegger kommunen å sikre at fastleger, leger i stilling ved kommunal legevakt eller annen stilling med oppgave å yte helsehjelp i kommunen er spesialister i allmenntjenesten eller under slik spesialisering.⁸ Kravet gjelder leger ansatt etter 1. mars 2017. Tidligere har det vært frivillig for fastleger å spesialisere seg i allmenntjenesten. Gjennomføring av utdanningen har samtidig i stor grad vært et anliggende for den enkelte lege, både å organisere utdanningen og til dels finansiere den.

Fra 1. mars 2019 gjelder nye regler med til dels store endringer for spesialistutdanning av leger.^{9, 10} Utdanningen omfatter nå to eller tre deler. LIS1, den første delen av spesialiseringsløpet, er felles for alle spesialiteter og må gjennomføres i LIS1-stillinger (tidligere turnuslegestillinger). Leger som spesialisere seg innen kirurgiske og indremedisinske fag, er de eneste som har en LIS2-del i sitt spesialiseringsløp. Denne delen gir en kirurgisk eller en indremedisinsk kompetanseplattform. Alle spesialiteter har LIS3, men innholdet i denne delen er unikt for den enkelte spesialitet. LIS2 og LIS3 kan, men må ikke, gjennomføres i tilrettelagte stillinger. Spesialistutdanningen i allmenntjenesten omfatter to deler, LIS1 og LIS3. Hele utdanningssløpet omfatter praktisk tjeneste, teoretisk undervisning og andre læringsaktiviteter i minst seks og et halvt år etter tildelt autorisasjon eller lisens.

Allmennlege i spesialisering (ALIS) skal nå vurderes etter oppnådde læringsmål. Læringsmålene er forskriftsfestet i vedlegg II i spesialistforskriften og definerer hva

⁵ https://www.difi.no/sites/difino/files/innbyggerundersokelsen_2019_-_rapport_innbyggerdel.pdf

⁶ <https://beta.legeforeningen.no/nyheter/2018/fastlegesituasjonen-kraftig-forverret/>

⁷ <https://www.regjeringen.no/contentassets/96f6581333ee48559cdabf23c8772294/handlingsplan-for-allmennleger.pdf>

⁸ <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2017-02-17-192>

⁹ <https://www.legeforeningen.no/fag/spesialiteter/Allmenntjenesten/informasjon-om-ny-spesialistutdanning-i-allmenntjenesten/>

¹⁰ Lege i spesialisering (LIS) som har mindre enn tre år igjen av spesialistutdanningen per 1. mars 2019, kan søke om spesialistgodkjenning etter gammel ordning. Øvrige LIS skal følge ny spesialisertstruktur.

en legespesialist skal forstå, kunne eller være i stand til å utføre etter endt læringsprosess.¹¹ Forskriften stiller tydelige krav til systematisk og tydelig veiledning og supervisjon og krav til veilederkompetanse. Det er kommunen som har ansvaret for at legen får løpende vurdering og dokumentasjon på oppnådde læringsmål. Kommunen har også ansvar for å lage utdanningsplan for den enkelte spesialitet og en individuell plan for den enkelte ALIS for hele forløpet i spesialistutdanningen.

Omleggingen av spesialistutdanningen tildeler kommunene en ny rolle, og de skal være registrert som utdanningsvirksomhet. Kommunene har tidligere ikke hatt ansvar for å sikre utdanning for leger. Noen kommuner har likevel gjort det av rekrutteringshensyn, men ikke av plikt.

Oppsummert har det skjedd tre tydelige endringer som berører legetjenestene som kommunen har ansvar for. Disse er

- et pålegg om spesialisering for både fastleger (i allmennmedisin) og leger i andre kommunale stillinger (i allmennmedisin eller andre relevante spesialiteter som indremedisin, geriatri og fysikalsk medisin mfl.)
- endret innhold i spesialistutdanningen med økt krav til veiledning og supervisjon
- at kommunen har fått en ny rolle i spesialistutdanningen

Dette skjer samtidig som at selve FLO er under press med store rekrutteringsutfordringer.

1.3 Ulike ALIS-ordninger

Den vanskelige rekrutteringssituasjonen i fastlegetjenesten i mange kommuner er en viktig årsak til framveksten av ulike ALIS-prosjekter de senere år. Det er for eksempel en av hovedgrunnene til at ALIS-Vest og ALIS-Nord har blitt etablert. Disse prosjektene er også begrunnet i behovet for å utvikle kommunens rolle og kompetanse som tilrettelegger for legers spesialistutdanning i allmennmedisin og gjøre dem mer attraktive som arbeidsgiver. ALIS-Vest er et pilotprosjekt som prøver ut fastlønte utdanningsstillinger for spesialisering i allmennmedisin i elleve kommuner i Vestland (fra 2017) og åtte kommuner i Rogaland og Møre og Romsdal (fra 2019). Prosjektet skal også sikre rekruttering til fastlegearbeid og de andre allmennmedisinske oppgavene i kommunen samt sikre et godt faglig innhold i spesialistutdanningen. ALIS-Nord er et pilotprosjekt som skal prøve ut to utdanningsmodeller – fastlønn og næringsdrift – for spesialistutdanning i allmennmedisin for fastleger i 25 kommuner i Nord-Norge (fra 2019). Samtidig er mange andre kommuner i gang med å utvikle spesialiseringssløp for fastleger og leger i andre kommunale stillinger, alene eller i samarbeid med andre kommuner.

Handlingsplanen for allmennlegetjenesten¹² definerer begrepet *ALIS-avtaler* som

«avtaler mellom kommune og leger i spesialisering i allmennmedisin om særskilte tiltak som skal bidra til økt trygghet i tiden spesialistutdanningen pågår. Det er kommuner med rekrutteringsutfordringer som kan inngå denne typen avtaler. Avtalene inneholder tiltak og oppfølging i spesialiseringssløpet som kommer i tillegg til det legen har krav på som følge av dagens avtale- og regelverk.»

¹¹ https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-12-08-1482/*#*

¹² <https://www.regjeringen.no/contentassets/96f6581333ee48559cdabf23c8772294/handlingsplan-for-allmennleger.pdf>

I 2019 var det, ifølge den nevnte handlingsplanen, 200 leger som hadde en ALIS-avtale med økonomisk tilskudd fra Helsedirektoratets støtteordninger, herunder legene inkludert i ALIS-Vest og ALIS-Nord. Handlingsplanen varsler at regjeringen vil legge til rette for økning av slike ALIS-avtaler. Satsingen kan tolkes som at myndighetene ikke ser behov for noen generelle støtteordninger for legers spesialisering i allmennmedisin. I kommuner uten definerte rekrutteringsutfordringer til fastlegetjenesten skal spesialiseringen i allmennmedisin foregå parallelt med ordinær fastlegedrift.

1.4 Formålet med studien

Mål for delstudien omtalt i dette notatet er å utforske og beskrive hvordan noen store og mellomstore bykommuner tilpasser organisasjonen til nye ansvarsområder og roller vis-a-vis legetjenesten, belyse ALIS-modeller under utvikling samt å trekke fram potensielle råd basert på erfaringer så langt i de inkluderte kommunene.

2 Metode

Dette notatet er en del av et større arbeid der vi følger utviklingen av ALIS-ordninger i utvalgte kommuner i Norge. Kommunene i denne delstudien er seks utvalgte og i hovedsak folkerike bykommuner som ikke er en del av ALIS-Vest og ALIS-Nord. Utvalget er basert på kunnskap og erfaringer som prosjektteamet og KS hadde om kommuner som var i gang med utvikling av struktur for utdanning av leger til spesialister i allmennmedisin.

I desember 2019 og januar 2020 ble det gjennomført intervjuer med leder av helse- og omsorgstjenesten samt andre som hadde ansvar for ALIS-arbeidet i kommunene. De fleste intervjuene ble gjennomført på telefon eller digital plattform, men i én kommune ved fysisk frammøte. Temaene ved intervjuene var hva kommunen gjorde for å legge til rette for at legene kunne gjennomføre spesialistutdanning i allmennmedisin, hvordan de hadde organisert seg, og hvordan avtalene mellom kommune og lege var. Vi spurte også direkte om hvordan de hadde lagt til rette for institusjonstjenesten. Til slutt ble informantene bedt om en vurdering av om de var kommet i mål med et opplegg, og hvordan det fungerte i egen kommune. Det ble brukt en semistrukturert intervjuguide (se vedlegg 1) og skrevet notater under intervjuene.

Analysene ble gjort basert på gjentatte gjennomlesinger av notatene og avlytting av de intervjuene som var tilgjengelige på lydfil.

Tabell 2.1 Kjennetegn ved de inkluderte kommunene

	Oslo	Trondheim	Stavanger	Fredrikstad	Skien	Levanger
Innbyggere per 1. januar 2020	693 494	205 163	143 574	82 385	54 942	20 164
Fastleger per juni 2020	547	187	118	73	45	20
Kommunalt ansatte leger / årsverk per 1.12.2019*	170/134,5	91/45,4	82/38,9	55/30,7	18/14,6	13/7,2

*Kilde: KS/PAI

3 Kommunene tilpasser seg for å bli utdanningsvirksomheter

I dette kapitlet presenterer vi informasjon fra intervjuene. Første del handler om at det å legge til rette for spesialistutdanning i allmennmedisin skjer på en måte som er tilpasset den legetjenesten en har lokalt. De senere år har den kommunale legetjenesten i bykommunene endret seg, i stor grad fordi arbeidspresset på fastlegene og de oppgavene som skal håndteres i den kommunale helsetjenesten, har endret seg. Andre del handler om hvordan ulike driftsformer og ulike typer leger gir ulike behov for tilrettelegging for å få til gjennomføring av spesialisering i allmennmedisin. I den tredje delen går vi mer spesifikt inn på elementer i den nye spesialistutdanningen slik de ble vurdert på intervjuetidspunktet sett fra et kommunalt perspektiv.

3.1 Utvikling av ulike ALIS-modeller skjer ikke i et vakuum

Utvikling av ulike ALIS-modeller skjer ikke i et vakuum. Administrativt utviklings- og oppfølgingsarbeid knyttet til utdanning av allmennlegespesialister synes i stor grad å bygge på ressurser som fra før er etablert for utvikling av fastlegeordningen (FLO) og de øvrige legetjenestene i kommunene. Arbeidet med ALIS føyer seg dermed inn i tidligere og pågående arbeid med problemstillinger i legetjenesten som en allerede har identifisert. På spørsmålet om hvordan kommunen har lagt til rette for spesialistutdanning i allmennmedisin, knytter de fleste helselederne dette direkte til en generell styrking av kommunenes bevissthet, apparat og ressurser for å ivareta legetjenesten lokalt etter beste evne.

Alle beskriver en grad av generell administrativ oppbemanning de senere år for å røkte og utvikle FLO og de øvrige kommunale legetjenestene, i form av opprettelse av mellomlederstillinger, økte kommuneoverlegeprosentstillinger og/eller sekretærstillinger. På sikt ser flere for seg en økning i legevikarutgifter i tillegg til økt administrasjon for leger i spesialisering og deres veiledere.

Avlastning av overarbeidede fastleger – ALIS som hinder og mulighet

Helselederne i de fleste av de seks bykommunene beskriver en økt bevissthet om de utfordrende arbeidsforholdene i FLO og en delt forståelse mellom kommune og fastleger om behovet for avlastende løsninger som kan bidra til å stabilisere FLO etter beste evne med lokale midler. De har blant annet forlatt hovedmodellen i FLO der hver fastlege forventes å arbeide inntil 7,5 timer i uken i kommunal bistilling på sykehjem, helsestasjon osv. I de fire største bykommunene beskriver helseledelsen en omfattende etablering av helkommunale legestillinger (sykehjem, kommunal akutt døgnenhet (KAD), legevakt), som er opprettet blant annet for å skjerme en overbelastet FLO fra oppgaver utenom arbeidet med listeinnbyggere. Helseledere i Trondheim fortalte at inntil for to år siden hadde nesten alle fastleger kommunal bistilling i sykehjem, helsestasjon osv. Nå har kommunen ansatt 22 leger i store stillinger fordelt på helsestasjon, sykehjem og skolelegetjeneste, slik at nesten ingen av fastlegene

har kommunal bistilling. I Oslo er det omkring 200 helkommunale stillinger, deriblant alle sykehjemslegestillinger. I en annen bykommune beskriver helseleder en langsiktig økning i antallet kommunalt ansatte leger over en tiårsperiode:

De aller fleste fastlegene har fått fritak fra kommunalt arbeid. Så det er vår måte å liksom redusere trykket på fastlegene. [...] Det som er igjen på fastlegene [dekket av fastlegene], er cirka 2,1 årsverk [...] av de 26. (helseleder)

[...] Vi har brukt veldig mye penger nå på å styrke de kommunalt ansatte legene sånn at de tar unna for en del ting som gjør at vi kan slippe å presse fastlegene til ting de ikke vil. Sånn at vi løser mange kriser med fast ansatte. (kommuneoverlege)

En annen type avlastende tiltak for fastleger i noen av kommunene i vårt materiale inkluderer arbeid med en type introduksjonsstillinger for nyutdannede leger der de jobber «på topp» i fastlegekontoret og på den måten bufrer den økte arbeidsmengden for fastlegene. Denne typen stillinger er i gråsonen av hva regelverket tillater. En tredje form for avlastning er at kommunen legger til rette for ivaretagelse av vikarer i FLO, hvis behov og rettigheter for spesialisering er lite beskrevet i spesialistforskriften.

Denne utviklingen har skjedd uten å ta hensyn til spesialistutdanningen. Inntil det i 2017 kom et krav om at alle leger i kommunene skulle være enten spesialister i allmennmedisin eller i spesialistutdanning, var det i de fleste kommunene lite søkelys på dette. Utformingen av den nye spesialistutdanningen synes heller ikke å ha tatt hensyn til de nye typene legestillinger i kommunene, men baserer seg på hovedmodellen i FLO. Gjennom intervjuene med helselederne identifiserte vi flere ulike typer legestillinger i de store kommunene, som innebærer behov for ulike løsninger/tilpasninger for spesialistutdanningen. Her gis en kort oppstilling, utdypende beskrivelser kommer i kapittel 4.2:

- Næringsdrivende fastleger – dette er hovedmodellen i FLO, og kommunale oppgaver som sykehjem, helsestasjon osv. var opprinnelig tenkt dekket av fastlegene gjennom bistillinger inntil én dag per uke per lege.
- Fastlegevikarer – som regel unge leger som ansettes direkte av næringsdrivende fastleger «på topp» for å avlaste arbeidsmengden.
- Kommunale leger uten fastlegeoppgaver – leger som har hele arbeidstiden i sykehjem, helsestasjon osv.
- Kommunalt ansatte fastleger – nye stillinger opprettet med tanke på behovet for to års tjeneste i åpen, uselektert allmennpraksis for leger uten fastlegeoppgaver. Dette er en ny stillingstype som har oppstått etter endringene i spesialistutdanningen.

Disse ulike stillingstypene viser hvordan legetjenesten har utviklet seg ulikt i ulike kommuner. Det er særlig i de store bykommunene at det er blitt etablert kommunale legestillinger uten fastlegeoppgaver. Helselederne beskriver hvordan det pågående arbeidet med planlegging og tilrettelegging av strukturer for spesialisering i allmennmedisin er sammenflettet med lokalt erfarte behov for avlastning av fastlegene og dekking av kommunale legeoppgaver. Inntil krav om spesialistutdanning kom i 2017, trengte ikke kommunene å ta hensyn til om legene var spesialister eller ikke. Det betydelige antallet helkommunale leger er i liten grad spesialister og utgjør en prioritert målgruppe for flere av kommunenes innledende arbeid med helkommunale utdanningsmodeller. Lokalt avklarings- og tilpassningsarbeid til hvordan helkommunalt

ansatte leger i annet allmennmedisinsk arbeid i kommunene (sykehjem, KAD osv.) kan få nødvendig tid i (næringsbasert) åpen, uselektert allmennpraksis, beskrives nærmere i del 4.2.

3.2 «Veien blir til mens en går» – lokal tilpasning til lokale spesialiseringsbehov

Kommunene som inngår i denne studien, eksemplifiserer godt at prioriteringer og opplevde behov knyttet til spesialistutdanning av allmennleger er ulik fra kommune til kommune. Lokale særtrekk kjennetegner også folkerike kommuner. I denne delen framhever vi hvordan kommunene har arbeidet med å skaffe seg bedre oversikt over legers til dels ulike spesialiseringssløp og tilretteleggingsbehov for spesialisering i allmennmedisin. Vi viser også at ulike driftsformer og ulike typer leger krever ulik tilrettelegging. Til slutt i denne delen skisserer vi noen framvoksende ALIS-modeller i kommunene som inngår i denne studien.

Innledende oversiktsarbeid: Hvem trenger hva?

Det er en felles oppfatning at kommunene har hatt behov for å sette seg inn i, sortere og strukturere ivaretagelsen av sitt nye ansvar. Det synes å være en økende bevissthet om at kommunens ansvar for spesialistutdanningen i allmennmedisin innebærer en del nye arbeidsoppgaver for kommunen. Det er også en felles oppfatning at den nye spesialistutdanningen i allmennmedisin ikke er en fiks ferdig modell. Den må bearbeides lokalt for å passe med lokale forhold og behov. Det er også utdanningselementer som en ser må gå seg til underveis. Arbeidet har vært tidkrevende, og det er fortsatt mye som er uavklart.

Informanter forteller at det oppleves som unødvendig mange ting den enkelte kommune må lure på og finne ut av på egen hånd. Det etterlyses mer veiledning fra helsemyndighetene og flere maler som kan tilpasses lokalt. Det fortelles om excelark fra Helsedirektoratet som en kan «gå seg helt vill i». Det påpekes at kontrasten til det opplegget som er laget for spesialistutdanning i helseforetakene, er stor. Det er ikke så lett for en kommune å gjøre dette alene. Det er mye nytt, komplekst og arbeidskrevende for kommunen å sette seg inn i. Det foregår i noen grad samarbeid kommunene imellom, men det etterlyses en tydeligere regional overbygning for å lette ansvaret som nå er lagt på den enkelte kommune.

Kommunene har ikke tidligere hatt særlig god oversikt over leger som er under spesialistutdanning i allmennmedisin. De har den siste tiden eksempelvis arbeidet med å skaffe oversikt over hvilke leger som omfattes av kravet om spesialisering, hvilke som er i spesialisering på henholdsvis gammel og ny ordning, og hvor langt den enkelte er kommet i sin spesialisering. Enkelte kommuner uttrykte ønske om å få flest mulig av legene gjennom på den gamle spesialiseringsordningen fordi den er mindre ressurskrevende enn den nye. En av informantene uttrykte at det er bra å få oversikt og få satt spesialiseringen mer i system. Kommunen får en mer aktiv rolle for eksempel i å støtte leger i gammel spesialiseringsordning til å bli ferdige. Hun sa:

Vi har jo hatt runder med medarbeidersamtaler, og da har vi oppdaget noen av disse godt erfarne som ikke har fått gjort ferdig spesialiseringen sin. Og det er sånt som har vært under radaren før. At vi har fått snakket med dem om hva som har vært vanskelig å få til. Om det er sykehusåret det står på, eller andre ting. Så da kan vi være litt mer aktive som kommune og ved å hjelpe legene til å komme videre. (helseleder)

Kommunene er kommet ulikt langt med dette oversiktsarbeidet. Noen har svært god oversikt, mens andre trenger å få på plass en stabil administrativ ressurs som gjør at de kan holde løpende oversikt. De ser særlig viktigheten av å få oversikt over leger som trenger å fullføre spesialistutdanningen på gammel ordning.¹⁵ For flere av disse er det å få tatt sykehusåret en bøyg. Når det gjelder den nye spesialistutdanningen, er det behov for å finne ut av hvordan en skal få på plass individuelle utdanningsplaner, avtaler om veiledning og supervisjon samt et lokalt system for godkjenning av læringsmål. Kommunene er også opptatt av å finne ut hvordan de kan tilrettelegge for at legene på ny spesialiseringsordning oppnår nødvendige læringsmål i institusjonstjeneste.

I noen kommuner er det en tendens til at det er de kommunalt ansatte legenes spesialisering som i hovedsak prioriteres. De må få utdanningsløp på plass for «sine egne» før de eventuelt gjør noe for næringsdrivende i kommunen. Selv om spesialiseringskravet ikke gjelder for leger som er ansatt før 1. mars 2017, så er det flere kommuner som mener at de kommunalt ansatte legene som ikke omfattes av kravet, også bør spesialiseres, og de er opptatt av å legge til rette for dette. Praksis endres, og en informant fortalte at det kan være utfordrende for kommunen å sette grenser fra å ha hatt veldig lite å tilby leger under spesialisering til å tilby noe. Hva dette noe eventuelt skal være, er det behov for å avklare sammen med tillitsvalgte leger.

Behov for tilpasning til ulike driftsformer og ulike typer leger

Ulike driftsformer og ulike typer leger i den kommunale legetjenesten krever ulik grad av, og ulike former for, tilrettelegging fra kommunens side for å kunne gjennomføre spesialisering i allmennmedisin. For fastleger finner vi eksempler på at det i all hovedsak legges til rette for spesialisering med utgangspunkt i næringsdrift. Vikarer for fastleger representerer også i noen grad en spesialiseringsutfordring. Kommunalt ansatte leger har i sin tur andre behov for tilrettelegging enn det fastlegene har. I det videre beskriver vi dette nærmere.

Næringsdrivende fastleger

Kommunene har noe ulik tilnærming til spesialiseringen av næringsdrivende fastleger. En tilnærming er å ikke tilrettelegge i nevneverdig grad. Hovedansvaret for å komme gjennom spesialiseringen er fortsatt fastlegenes, selv om det generelt er økt bevissthet om at kommunen har et utvidet ansvar. Blant fastlegene i Oslo som med veldig få unntak er privat næringsdrivende, er det 70 prosent som er spesialister i allmennmedisin. Spesialitet i allmennmedisin har lenge nærmest vært et krav for å få en egen fastlegeliste i Oslo. De fleste fastleger er derfor allerede spesialister eller har kommet langt i spesialiseringen når de starter fastlegepraksis i Oslo. Mye går foreløpig «av seg selv», og det oppfattes ikke å være særlige utfordringer med rekruttering av ferdig spesialiserte fastleger som krever noen endret tilrettelegging fra kommunens side, for næringsdrivende fastleger.

Stavanger og Trondheim kommune representerer et annet ytterpunkt. De utvikler og prøver ut egne modeller med introduksjonsstillinger ved private legekontor. Ordningene er foreløpig begrenset til noen få ALIS og legekontor. Trondheim kommune har fått midler fra Helsedirektoratet for å utvikle og prøve ut sin modell hvor ALIS går inn i et femårig løp: to år i en introduksjonsstilling ved et bestemt legekontor som

¹⁵ Leger som hadde mindre enn tre år igjen av spesialistutdanningen per 1. mars 2019, kan søke om spesialistgodkjenning etter gammel ordning.

næringsdrivende fastlegevikar uten egen liste, deretter seks–tolv måneder i sykehuspraksis og/eller praksis ved kommunale institusjoner og påfølgende to år i ordinært vikariat i fastlegepraksis med egen liste eller i egen fastlegepraksis (næringsdrift). Stavanger har etablert liknende toårige introduksjonsstillinger. Introduksjonsstillingene er ment å være en midlertidig stilling hvor legen jobber som vikar «på topp» på listene til fastlegene ved legekantoret. På denne måten tilegnes erfaring med uselektert allmennpraksis. Samtidig bidrar vikarlegen til å avlaste de eksisterende fastlegene ved legekantoret. Målet på sikt er at legene skal velge å kjøpe seg inn som ordinære næringsdrivende fastleger, enten etter endt spesialiseringssløp eller underveis i spesialiseringssløpet. Begge kommuner fortalte i intervjuene om at eksisterende regelverk (trygderefusjonsforskriften) og Helfo ikke spiller på lag med den modellen en prøver å få til. Problemet er at innenfor dagens regelverk kan ikke to leger jobbe samtidig på samme liste. I Trondheim har det ført til opprettelse av kommunale hjemler med lavt listetak som framstår som «liste uten fast lege». Legen i introduksjonsstilling er vikar på en slik liste. Utover dette er det i begge kommuner næringsdrivende fastleger under spesialisering utenfor disse modellene.

I denne studien finnes det også eksempler på at kommunen yter ekstra tilskudd til selvstendig næringsdrivende ALIS i form av økt basistilskudd mens de er under spesialisering. Ordningen er etablert for å lette inngangen til fastlegepraksis og kan leses som et rekrutteringstiltak. Det er også eksempler på at ALIS arbeider på nullavtaler, det vil si at kommunen betaler legens driftsutgifter og beholder basistilskuddet, mens legen beholder refusjoner og egenandeler fra pasientbehandlingen. Én kommune ser på dette som en egnet ALIS-modell, men har erfart at de ikke har fått søkere ved utlysning av en slik modell. Én kommune er behjelpelig med å skaffe vikar for sine næringsdrivende fastleger når de trenger det i spesialiseringssøymed.

Kommunalt ansatte fastleger

Kommunene som inngår i denne studien, er i liten grad opptatt av å etablere fastlønte utdanningsstillinger for fastleger som likner på de en prøver ut i prosjektene ALIS-Vest og ALIS-Nord. Én av kommunene har riktignok opprettet fastlønte utdanningsstillinger (ALIS-stillinger) for et begrenset antall nye fastleger, men dette er en ordning som de ikke ønsker å videreføre. Hovedårsakene til dette er uklare juridiske avtaler, lav produktivitet (det har tatt lang tid for legene å bygge opp pasientlistene), oppfatninger om mer effektiv drift i næringsdrift og en oppfatning av at legene ikke vil ønske seg over i privat næringsdrift etter endt spesialisering slik at kommunene må drifte egne legekantor i framtiden. Det trekkes også fram at den administrative oppfølgingen av egenbetalinger og refusjoner for ALIS-stillingene er ressurskrevende og ikke tilpasset kommunens øvrige legetjenestedrift. De ser heller for seg å tilby nye fastleger næringsdrift med forhøyet basistilskudd (+50 %) mens de er under spesialisering. En annen kommune har hatt et ønske om fastlønte utdanningsstillinger (ALIS-stillinger) med tanke på overgang til fastlegepraksis som selvstendig næringsdrivende etter at legene er ferdige spesialister. Dette har det foreløpig ikke vært rom for i budsjettet. Oslo kommune eier og driver to fastlegekantor. Ett av dem har avtale med legevakten og lager gjennomstrømningsstillinger for ALIS. I likhet med flere av de andre kommunene i denne studien ønsker heller ikke Oslo kommune å lage modeller med fastlønte kommunalt ansatte leger i utdanningsstillinger (ALIS-stillinger) på private legekantor.

Fastlegevikarer

I Oslo er det en stor utfordring at de har mange fastlegevikarer i fastlegetjenesten. Rammeavtalen åpner for at fastlegene kan ta inn vikarer selv, og den til dels store bruken av vikarer forklares med stort arbeidspress. Kommunen har vært veldig liberal med å tillate dette, og det er ganske vanlig med en vikarlege på topp i 20 prosent stilling. Så langt kommunen har oversikt, var det på intervju tidspunktet 17 legekontor i Oslo som har vikar som «går på toppen» og dekker én-to dager for hver fastlege. Vikarene er som regel ganske ferske leger. Informanten omtaler dette som et «grått marked» som medfører rettighetsproblematikk for de selvstendig næringsdrivende vikarene som jobber uten særlig ansettelsesbeskyttelse. Kommunen kan ikke styre hvem de er, og vet gjerne ikke om dem. Før var det et krav fra Helfo om at det skulle være en veiledningsavtale med kommunen knyttet til vikarer. Det kravet stiller ikke Helfo lenger. Det hender at kommunen ikke vet om vikarene før de gjerne kommer etter et års tid og sier at de vil ha dokumentasjon på tellende tjeneste i uselektert allmennpraksis.

Med den nye spesialistutdanningen strammes vikarbruken formelt sett inn. Det er gjort en jobb nå hvor bydelsoverlegene har informert fastlegene om at ny spesialistutdanning har disse konsekvensene. Det er en utfordring at fastlegene ikke har kjent særlig godt til den nye spesialistutdanningen, og at dette får konsekvenser for deres bruk av vikarer. Kommunen ser behov for dialog når fastlegene tar inn vikarer. De ser at en del leger går fra vikariat til vikariat, og at det ikke tar så lang tid før de når tolv månedersgrensen. Regelverket tillater inntil tolv måneder som vikar før kravet om spesialisering blir gjeldende. Det er også en utfordring at de må ha minimum 50 prosent stilling som fastlege(vikar) for å få uttelling i spesialistutdanningen (for uselektert allmennpraksis). Det enkelte vikariat er som regel i lavere prosentandeler. Det er uklart hvilke plikter kommunen har når det gjelder å spesialisere vikarer, og en informant forteller at de ikke har fått noe klart svar fra Helsedirektoratet om dette. Et mål for kommunen blir å søke løsninger som gir disse vikarene bedre rammevilkår, verner deres avlastende, stabiliserende funksjon og ivaretar deres eventuelle rettigheter til spesialisering.

Kommunale leger uten fastlegeoppgaver

Flere kommuner forteller at det har vært en bevisst dreining de senere årene hvor antall kommunalt ansatte leger har økt betraktelig. Det oppleves ulikt utfordrende for kommunene å sørge for at de kommunalt fast ansatte legene i sykehjem, KAD og legevakt får den tellende, obligatoriske tjenesten i uselektert allmennpraksis og nødvendig institusjonspraksis i sykehus som er nødvendig for å bli spesialist i allmennmedisin. Det er også utfordringer knyttet til veiledning og det å skaffe vikar for disse legene når de er ute av sin faste jobb i forbindelse med spesialiseringen for å oppfylle kravet om minst to års arbeid i åpen uselektert allmennpraksis. En enkel løsning som en av informantene i en stor bykommune pekte på, er å rekruttere ferdige spesialister i allmennmedisin fra omkringliggende kommuner framfor å gå på det langsiktige løpet med å legge til rette for spesialisering selv.

Oslo kommune har en spesiell utfordring med å sørge for spesialisering av et stort antall leger (ca. 200) som er fast ansatt (i eksempelvis legevakt, KAD og sykehjem). Få av disse er spesialister i allmennmedisin, og mange må sikres spesialisering. Det er en stor bekymring at de kommunalt ansatte legene i minst to år må ut av den tjenesten hvor de er ansatt for å oppnå spesialiteten. Dette gir kvalitetsutfordring for eksempel i det sykehjemmet de må forlate fordi de erstattes med ferske legevikarer uten spesialistkompetanse. Et annet aspekt er at de fast ansatte kommunale legene

må inn i næringsdrift som fastlegevikarer for å få uselektert allmennpraksis. I tillegg er det en utfordring å sørge for individuell veileder for de som skal utdannes på ny ordning. Dette er fordi det er lite veiledningskompetanse å ta av i de institusjonene hvor de jobber, og fastleger med spesialitet i allmennmedisin som jobber i vanlig fastlegepraksis, er lite villige til å påta seg veilederoppgaver.

Stavanger kommune holdt på intervjudtidspunktet på med en plan for hvordan deres kommunalt ansatte leger skal spesialiseres. De planlegger, i likhet med Trondheim kommune som ved intervjudtidspunktet hadde 22 kommunalt ansatte leger, å etablere et kommunalt legekantor hvor de kommunale legene som trenger uselektert allmennpraksis for å oppnå spesialitet i allmennmedisin, kan få dette. Fredrikstad kommune tilbyr kommunalt ansatte leger å jobbe på fastlønn når de skal ha uselektert allmennpraksis. Dette er imidlertid lite etterspurt fordi legene ser at de tjener mer med privat næringsdrift.

Framvoksende ALIS-modeller

Basert på beskrivelsene over av ulike driftsformer og ulike typer leger tegner det seg noen modeller for ALIS som kommunene i vår studie synes å legge særskilt til rette for. I tabell 3.1 har vi forsøkt å oppsummere noen karakteristika ved disse. Vi har gitt den enkelte modell et tentativt navn, angitt hvilken type leger den er rettet mot, samt fordeler og utfordringer ved dem.

Tabell 3.1 Kjennetegn ved framvoksende ALIS-modeller

ALIS-modell	Rettet mot	Fordel	Utfordring
Introduksjonsstilling «på topp»	Næringsdrivende fastlegevikarer	Stabiliserende tiltak, avlaster overarbeidede fastleger	I strid med refusjonsforskriften
Forhøyet basistilskudd	Næringsdrivende fastleger	Redusert økonomisk risiko for legen	Krever kommunal tilleggsfinansiering
Nullavtale	Næringsdrivende fastleger	Redusert økonomisk risiko for legen	Krever kommunal tilleggsfinansiering
Helkommunal	Kommunale leger	Ingen økonomisk risiko for legen	Krever kommunalt eide legekantor
Kommunal hybrid	Kommunale leger	Kommunen slipper arbeidsgiveransvar for legen i deler av spesialistutdanningen	Krever at fastlønte leger blir næringsdrivende fastlegevikarer i to år

3.3 «Det kom ikke noen ferdig pakke» – om innholdet i den nye spesialistutdanningen

Sitatet i overskriften om at det ikke kom noen ferdig pakke, beskriver på en ganske dekkende måte kommunenes oppfatninger av innholdet i den nye spesialistutdanningen. Den fører med seg en betydelig jobb for kommunene med individuelle utdanningsplaner, uten at det er sagt så mye om hvordan disse skal utformes. Kommunene savner kurs for veiledere, og noen oppfatter at det er et uklart ansvar for veilederkompetansen. Utfordringer som gjelder veiledning og supervisjon, omfatter veiledningskompetanse, nok veiledere, underfinansiering og en utfordring med å sikre veiledning ved kommunale institusjoner fordi det mangler spesialister i allmennmedisin der. For få stillinger i helseforetakene til institusjonstjenesten oppfattes å være en

flaskehals eller at det er i ferd med å bli det. Kommunene jobber med faglige og administrative spørsmål omkring læringsmål. En ønsket regional overbygning begrunnes med at ikke alle trenger å finne opp kruttet selv, og at kommunene har begrensede ressurser og kompetanse.

Individuelle utdanningsplaner

En informant uttrykker at det er mye arbeid med individuell utdanningsplan. Det fulgte ikke noen «bruksanvisning» med dette arbeidet. Utgangspunktet var en excellfil som kom fra Helsedirektoratet, som flere oppfattet som uoversiktlig. Informanten forklarer at de har arbeidet med å klargjøre og systematisere for kommunen hvor de ulike læringsmålene kan oppnås, og hva som kreves for dette. På intervjutidspunktet var kommunen midt i denne prosessen og kommenterte at det dukker opp noe nytt hele tiden. De oppfatter at de har begynt i en ende, og er i prosessen, men at de har kommet langt i forhold til andre kommuner. Flere andre beskriver at utforming av utdanningsplan er en prosess som er preget av famling og tar mye tid. Bedre felles verktøy, føringer og støtte savnes. Det synes som om mye ennå var uavklart på intervjutidspunktet.

Veiledning og supervisjon

Utfordringer som gjelder veiledning og supervisjon, omfatter for det første å ha tilgang på nok veiledere som har veiledningskompetanse. Oslo har en utfordring med å få nok spesialister til å veilede alle de fast ansatte legene. Kommunene peker på manglende tilgang på godkjente veiledere for leger i helkommunale stillinger, trass i utlysninger. En kommune melder at relevant veileder på sykehjem ikke er godkjent, fordi vedkommende er spesialist i indremedisin, ikke i allmennmedisin. En annen kommune planlegger å rekruttere flere veiledere gjennom en nettverkssamling.

En annen utfordring er uklart faglig ansvar for veilederkompetansen. En informant beskriver et inntrykk av at det administrative i den nye veiledningsordningen fungerer veldig bra, men at det er usikkert hvorvidt det faglige lever opp til forventningene. Informanten mener at det ikke er godt nok det de gjør nå; veilederne får lønn, men får ikke forklart hva de skal gjøre – og fra kommunens side strever de selv med å forstå det, spesielt siden det ikke er noen spesialist i allmennmedisin blant de som administrerer spesialistordningen. Informanten stiller spørsmål om hvorvidt de har kompetanse til å gjøre denne jobben uten å være spesialist i allmennmedisin selv. Det sammenliknes med helseforetakene, hvor det er lagt ned mye jobb i spesialistutdanningene, og det pekes på at det som er gjort innen allmennmedisin, er så lite strukturert.

En tredje utfordring er underfinansiering; det ses på som en utfordring at det ikke følger midler med ansvaret. Det savnes tildelte midler til bedre godtgjøring til veiledere og supervisører. Informanter i alle kommuner vi har intervjuet i, ser ut til å ligge omkring eller litt over anbefalingen om antall veiledningstimer i uken. Kun en av kommunene beskriver godtgjørelse for supervisjon. Flere påpeker at de er klar over at godtgjørelsen er for liten og symbolsk, men savner mer statlige midler til dette. Fra en av kommunene pekes det på hvordan de har ansvar uten kontroll. Økonomisk usikkerhet begrenser hva de kan love av kompensasjon, for de styrer ikke hvor mange ALIS som kommer om gangen. En informant melder at Legeforeningen lokalt ønsker å reforhandle avtalene, og mener at veiledningen krever mer enn det som kompenseres i dag i denne kommunen (to timer veiledning per uke i tolv måneder).

Informanter fra en annen kommune uttrykker at supervisjon ses på som en betydelig oppgave, særlig i sykehjemmene, og er uten medfølgende midler. Kommunen oppfatter at dette er en ny og relativt tidkrevende oppgave. Det er nå et betydelig antall læringsaktiviteter som innebærer felles konsultasjon med supervisor. Dette ses på som mer arbeidskrevende enn å stikke «hue inn i kontoret ditt», se på et utslett, bekrefte diagnosen og gå. En vurdering som er gjort i en kommune, er at en kanskje klarer å redde FLO ved å bruke noe ekstra penger i en (kort) innsats over fem år, og at de så får store besparelser indirekte ved at de får gode leger og får til god behandling av pasienter.

En fjerde utfordring som pekes på i en av kommunene, er knyttet til det å få på plass individuell veileder for legene som arbeider ved kommunale institusjoner som sykehjem og helsehus, hvor det ikke er ansatt noen spesialist i allmennmedisin. De øvrige spesialistene i allmennmedisin i kommunen føler ikke ansvar for å ta på seg veiledning av disse legene. En utlyst stilling som medisinskfaglig ansvarlig overlege fikk ikke søkere. Kommunen søkte, men fikk ikke godkjent at en indremedisiner med relevant klinisk kompetanse kunne være veileder på de relevante læringsmålene som ALIS-ene kan tilegne seg under tjenesten på helsehuset. Det er pekt på at en bør ha en og samme veileder under hele spesialiseringen, noe som er vanskelig å etterleve da det ses på som lite sannsynlig at legene i sin videre utdanning vil få jobb ved samme fastlegekontor som veilederen.

Kurs for veiledere

Fra Fredrikstad pekes det på et behov for å investere i veilederopplæring, altså kurs for veiledere. Et tilfang av kurs er nødvendig for å sette kommunen i posisjon til å stille krav om en bestemt veilederkompetanse. Det understrekes at dagens veiledere fungerer godt, men pekes på behov for mer tydelig ansvarsfordeling når det gjelder å sikre veilederkompetansen framover, og gjerne i form av regionale kurs slik at en slipper å være lenge borte fra praksis. En annen av byene opplyser at de gir tilbud om veilederkurs i 2020.

Institusjonstjenesten

Både i Oslo, Trondheim, Stavanger og Fredrikstad påpekes det at for få stillinger i helseforetakene for ALIS er en flaskehals, eller er i ferd med å bli det, mens Skien har inngått en samarbeidsavtale med en klinikk hvor leger kan ha institusjonstjeneste.

Fra Oslo anslås det behov for 35 øremerkede stillinger i året i helseforetak for å dekke behovet for institusjonstjeneste for alle ALIS i FLO og i kommunen, og dette er i ferd med å bli en flaskehals. I Fredrikstad jobbes det med sykehusene for å få til en rullering slik at ALIS-ene blir ferdige spesialister. Dette gjøres i et utvalg som er satt ned av samhandlingsutvalget som ser på felles kursopplegg og opplegg for LIS1 og LIS3, og som foreslår stillinger. I kommunen har en begynt å se mer på seksmånedersavtaler og lister for når ALIS-ene skal inn. Fire nabokommuner (Sarpsborg, Moss, Halden og Hvaler) er med. Mange leger på den gamle spesialiseringsordningen ordner seg imidlertid med ettårsavtaler selv. I Trondheim er det prosesser i gang for å få til samarbeid med helseforetaket. Det er mangel på plasser, og det blir stadig færre stillinger for ALIS. Samtidig ønsker helseforetaket praksisplasser på kommunens rehabiliteringsavdelinger. I Helse Stavanger finnes det ALIS-stillinger på anestesi og akuttmedisin, men dette anses foreløpig som en suboptimal løsning. Mange kommu-

ner konkurrerer om få plasser. Kommunen jobber mot et mål om å få til et forpliktende samarbeid og at sykehuset i større grad skal legge til rette for institusjonstjeneste som gjør at ALIS kan nå de nødvendige læringsmål.

Bruk av Dossier og godkjenning av læringsmål

For godkjenning av læringsmål opplever informantene uklare ansvarsforhold, uklare kompetansekrav og mangel på kompetanse.

Dossier¹⁴ er et digitalt verktøy som skal brukes for å godkjenne læringsmål i den nye spesialistutdanningen. En utfordring som nevnes, er å få grep om tabeller og excelark med læringsmål. En informant synes at det er forvirrende at det ikke går an å sortere i Dossier, og oppfatter at LIS1 og LIS3 ligger hulter til bulter i systemet. Det går derfor en del tid til leting. Det kommenteres også at de felles kompetansemålene ikke har noe innhold, noe som gjør det vanskelig å godkjenne noe. I denne kommunen er det foreløpig ingen leger som har fått godkjent noe, for de må først finne ut hvordan de gjør det. Et unntak er allmennlegemålene, siden de har et definert innhold, og veileder skal bekrefte at læringsmålet er oppnådd, gjerne med en kommentar.

I en av kommunene godkjennes læringsmål av avdelingsleder etter at veileder har godkjent. Avdelingslederen opplever at Helsedirektoratet sitt opplegg med Dossier fungerer bra rent administrativt, da krav om godkjenning av det enkelte læringsmål i prinsippet sikrer god oppfølging ved legekantoret. Så langt (ultimo januar 2020) hadde de imidlertid ikke fått noen læringsmål til godkjenning fra næringsdrivende fastleger.

En annen av kommunene har laget en liste over hva de ønsker at ALIS-ene må igjennom for at de kan gå god for at læringsmålene godkjennes. Videre tenker de å overføre noen emnekurs eller fagdager fra LIS1, med litt utvidelse og tilpasning.

En av kommunene har brukt en sykehjemsoverlege med erfaring fra spesialisering som ressurs i arbeidet med å lage et system for å godkjenne læringsmål.

3.4 Opplevd behov for regional overbygning

Det finnes noen regionale overbygninger for spesialistutdanningen i allmennmedisin, som ALIS-Vest og ALIS-Nord. De fleste kommuner står imidlertid utenfor en slik overbygning. Det er i ferd med å etableres regionale ALIS-kontor som skal kunne bistå alle kommuner.

Noen av kommunene i denne studien inngår i nettverk av kommuner. Samarbeidet omfatter en overordnet strategi og plan for ALIS-utdanning, inkludert verktøy som maler for avtaler med mer. Informanter i to av kommunene som vi har intervjuet i, ser ut til å ha nytte av regionale nettverk hvor andre kommuner har kommet lenger enn dem selv i utarbeidelsen av maler, planer og avtaler.

Behovet for en regional overbygning, og flere nasjonale retningslinjer og verktøy, begrunnes med at det ikke er hensiktsmessig at hver enkelt kommune skal måtte trenge å finne ut alt selv, og at kommunene har begrensede ressurser og kompetanse.

En informant forteller at som kommuneoverlege kjenner en jo til opplegg for spesialistutdanning, men for andre ansatte i kommunen er dette veldig nytt og ganske komplekst å sette seg inn i. En annen informant ønsker seg mer nasjonal informasjon

¹⁴ Kompetanseportalen: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/autorisasjon-og-spesialistutdanning/spesialistutdanning-for-leger/artikler/kompetanseportalen#hvordan-ta-i-bruk-kompetanseportalen>

om erfaringer og verktøy, for eksempel om avtaler, lønn, kurs og andre læringsaktiviteter, og peker på at en bør dele mer.

En informant sier at spesialistutdanningen kunne vært satt bedre i system og gitt bedre drahjelp til kommunene. Fylkesmannen kunne hatt en rolle med å samordne og bidra til at kommunene utveksler erfaringer, særlig gjelder dette veilederkurs.

4 Vurderinger og råd basert på erfaringer i seks bykommuner

Denne delstudien har pekt på ulike typer utfordringer kommunene står overfor i utviklingen av ALIS-ordninger. Først og fremst er det overordnede utfordringer uavhengig av hvilken «modell» eller struktur kommunen velger for sine ALIS. Dette er utfordringer ved for eksempel informasjon, struktur, avtalemaler, Dossier og veilederkompetanse. Dernest opplever kommunene ulike utfordringer når det gjelder de enkelte «modellene» eller strukturen de velger knyttet til sine ALIS. Velger en næringsdrift, oppstår noen utfordringer som må løses, velger kommunen å ansette sine ALIS, støter de på andre utfordringer. Til slutt har vi identifisert utfordringer enkelte kommuner opplever ved spesialisering av sine allmennleger som ikke er fastleger.

Vi vil i det følgende redegjøre nærmere for disse ulike kategorier utfordringer og hva som muligens kan avhjelpe utfordringene noe. I etterkant av intervjuene er handlingsplanen for allmennlegetjenesten¹⁵ kommet. Den avhjelper noen av utfordringene, men ikke alle. Vi vil kommentere hvor vi vurderer at handlingsplanen svarer på utfordringene.

4.1 Hvordan kan en møte generelle og overordnede utfordringer?

I løpet av 2020 opprettes fem regionale ALIS-kontor (vertskommuner: Bodø, Trondheim, Bergen, Kristiansand og Hamar). Kontorene skal gi råd, innhente og formidle erfaringer og bistå til at det utvikles gode og enhetlige spesialistutdanningsløp i allmennmedisin. Vår studie tilsier at kommunene har bruk for en slik regional overbygning, og at det er nok av felles problemstillinger for disse kontorene å ta tak i.

Informantene har pekt på at det er for få stillinger i helseforetak for ALIS, og at dette er eller er i ferd med å bli en flaskehals i spesialiseringen. Det er derfor konkurranse om de få plassene som finnes. Her er det et tydelig behov for at alle helseforetakene kommer på banen, slik at ALIS får tilgang til å gjennomføre læringsmålene. En aktuell måte å få helseforetakene på banen på ville være gjennom at stillinger for ALIS blir en del av helseforetakenes oppdrag. Et slikt oppdrag må da inn i Helse- og omsorgsdepartementets årlige oppdragsdokument til de regionale helseforetakene.

De regionale helseforetakene har etablert kompetanseportaler for tjeneste i spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet har tatt ansvaret for å tilrettelegge for at kommunene skal kunne bruke den samme elektroniske plattformen (Dossier) til sine ALIS. En del av våre informanter synes dette er lite brukervennlig, og de bruker mye tid og ressurser på å sette seg inn i dette. Andre synes det er enklere. Det er mulig at en ytterligere tilrettelegging fra Helsedirektoratets side kan gjøre det enklere for kommunene å bruke plattformen og dermed spare enkeltkommuner for bruk av tid og ressurser.

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

Intervjuene i denne studien viser at det er flere utfordringer knyttet til veiledning og veilederkompetanse i den nye spesialiseringsordningen. Utfordringene gjelder både det å ha tilgang på nok veiledere med veilederkompetanse, uklart faglig ansvar for veilederkompetansen og underfinansiering av godtgjøring til veiledere og supervisører. For å sikre veilederkompetansen uttrykkes det behov for et tilfang av kurs. Mens de store byene har mer ressurser og kompetanse å spille på, er det andre som savner at det regionalt tilbys kurs for å kvalifisere veiledere. Kan dette være en aktuell oppgave som bør legges til Fylkesmannen eller til de nye regionale ALIS-kontorene? Her trenges det noen tydelige signaler fra helsemyndighetenes side om hvordan kvalifiseringen av veiledere skal sikres.

En annen utfordring er kompensasjon for veiledning og supervisjon. Det er signaler i vår studie om at supervisjon har blitt en mer omfattende oppgave enn før. En kan stille spørsmål om hvorvidt det finnes nok kunnskaper om hva supervisjon egentlig omfatter i praksis, og hvor mye arbeid dette medfører.

4.2 Hvordan kan en møte utfordringene ved spesialisering av fastleger?

Vår studie viser at bykommuner i dag legger til rette for at det skal være attraktivt for leger å gå inn i fastlegearbeid som samtidig krever at de går inn i et årelangt spesialiseringssløp. Dette finansieres delvis på siden av den etablerte tilskuddsordningen med kommunens egne midler (jf. tabell 3.1). Denne praksisen kan tyde på at det er behov for en generell ALIS-avtaleordning som letter inngangen til dagens fastlegeyrke for alle fastleger som ikke er spesialister i allmennmedisin. En slik ordning bør ha i seg fleksibilitet nok til å romme det mangfoldet av ulike fastlegevarianter som vi har i dagens FLO i landets byer og bygder.

Handlingsplanen for allmennlegetjenesten signaliserer imidlertid at helsemyndighetene ikke ser behov for tilrettelegging for spesialisering i allmennmedisin for fastleger, med mindre kommunen har rekrutteringsutfordringer eller fastlegen starter med utgangspunkt i en null-liste. I førstnevnte tilfelle skal en kunne søke Helsedirektoratet om tilskudd for å opprette tilrettelagt ALIS-avtale. I handlingsplanen står det at regjeringen vil legge til rette for flere ALIS-avtaler i planperioden, men økningen er ikke nærmere spesifisert. For det andre tilfellet innføres det som del av handlingsplanen et tidsbegrenset grunntilskudd som tilsvarer basistilskudd for 500 innbyggere, som fastleger kan få i inntil to år. Handlingsplanen signaliserer ikke noen tilsvarende myk overgangsordning for leger med spesialistutdanningsbehov som kjøper seg inn en etablert fastlegepraksis basert på næringsdrift.

Vi har i denne studien trukket fram ALIS-modeller som er under utvikling/utprøving i Stavanger og Trondheim. Begge modeller støter på utfordringer ved dagens refusjonsregelverk, som handler om at to leger ikke kan jobbe samtidig på samme pasientliste. Så lenge dette er modeller under utvikling/utprøving hvor Helsedirektoratet sågar bidrar med finansiering, burde det være mulig å finne løsninger som gjør at en kan få prøvd ut modellene etter intensjonene, slik de i utgangspunktet er pedagogisk begrunnet og ment å fungere, uten å måtte jenke dem til og kompromisse med suboptimale løsninger for å tilfredsstille refusjonsregelverket. Det er vanskelig å forstå hvorfor helsemyndighetene ikke ser seg tjent med å tillate en avgrenset og transparent utprøving av modeller som utvikles i praksisfeltet, og som praksisfeltet mener er fornuftig. I tilknytning til slik utprøving bør det stilles krav om dokumentasjon og evaluering før slike modeller eventuelt skrinlegges, prøves ut i større skala eller til-

lates etablert som nasjonale ordninger. Helse- og omsorgsdepartementet har i skrivende stund endring i trygderefusjonsreglene ute på høring.¹⁶ Den foreslåtte endringen vil gjøre at ALIS under visse vilkår har rett til trygderefusjon når de jobber på andre fastlegers lister, selv om fastlegen(e) som har ansvar for listen(e), er til stede på legekantoret samtidig. I høringsnotatet understrekes det at det ikke åpnes for en generell vikarordning, men en ordning som legger til rette for spesialisering i allmennmedisin, og da særlig for kommunalt ansatte leger (altså leger som ikke er fastleger). Slik vi forstår forslaget, vil en slik endring først og fremst gjelde for kommunalt ansatte ALIS (sykehjem, legevakt osv.) som trenger to års åpen uselektert allmennpraksis, men det åpnes også for slike introduksjonsavtaler i kommuner med rekrutteringsproblemer. Det blir dermed et skjønsspørsmål hvorvidt avtalene i Trondheim og Stavanger kan bruke denne ordningen. Vi regner med at høringsinnspillene vil kommentere de ulike avgrensningene.

Vår studie berører også problematikk knyttet til den omfattende bruken av vikarer i dagens fastlegetjeneste som nå i tillegg omfattes av kravet om spesialisering i allmennmedisin. Kunnskapen om behovene blant disse legene som en av våre informanter omtaler som del av et «grått marked», er mangelfull. Her trengs det videre undersøkelser som kan øke kunnskapsnivået og synliggjøre eventuelle behov for tilrettelagte tiltak som kan gjøre disse legene til spesialister i allmennmedisin.

4.3 Hvordan kan en møte utfordringene knyttet til allmennleger som ikke er fastleger?

Det er identifisert to hovedutfordringer når det gjelder spesialistutdanning av allmennleger som ikke er fastleger:

1. Det er uklart hvordan kravet om to års åpen, uselektert allmennpraksis skal tilfredsstilles
2. Det er utfordrende å finne veiledere til kommunale allmennleger som ikke er fastleger, men som er i spesialisering

Ad 1: I spesialistutdanningen for allmennleger er det krav om minst to års arbeid i åpen uselektert allmennpraksis. Dette kravet er en utfordring når kommunene oppretter fulltidsstillinger for leger i sykehjem, helsestasjon, KAD, legevakt osv., fordi disse legene må ut av sin faste stilling for å jobbe to år som fastlege. Kommunene vi har intervjuet i, har valgt ulike modeller for å løse dette. Erfaringene fra de ulike modellene vil være nyttige i videre tilpasning og realisering av en velorganisert spesialistutdanning i allmennmedisin. Følgende modeller prøves ut:

- kommunalt legesenter med øremerkede toårsstillinger for kommunale ALIS
- avtale med næringsdrivende fastlegesenter om vikariat for kommunal lege enten med fastlønn eller næringsdrift

Handlingsplanen for allmennlegetjenester foreslår i sitt tiltak nr. 11 utredning av såkalte introduksjonsavtaler for leger ansatt i annet allmennlegearbeid, omtalt slik:

¹⁶ Forslag til endringer i forskrift 18. juni 1998 nr. 590 om rett til trygderefusjon for leger, spesialister i klinisk psykologi og fysioterapeuter (trygderefusjonsforskriften) for å legge til rette for introduksjonsavtaler. <https://www.regjeringen.no/contentassets/6c8e724db8da4a72a3c2faf74bb0e49b/horingsnotat.pdf>

«Introduksjonsavtaler er avtaler som gir leger under spesialisering i allmennmedisin rett til trygderefusjon under visse vilkår, når de jobber på andre fastlegers lister selv om fastlegen som har ansvar for listen(e) er til stede på legekontoret samtidig.»

Vi har i teksten over referert til foreslåtte endringer i trygderefusjonsforskriften for å realisere dette. Den foreslåtte ordningen med introduksjonsavtaler kan forstås å kun gjelde for kommuner med stabilitets- og rekrutteringsutfordringer. Basert på funnene i denne studien er en slik begrensning uhensiktsmessig, fordi dette er en generell utfordring, og alle kommuner vil kunne trenge en slik ordning for en del av sine ALIS-leger.

Ad 2: Det er ingen av våre informanter som har funnet gode tiltak som kan skaffe veiledere til allmennleger som ikke er fastleger. En generell styrking av FLO og veilederkompetansen er sannsynligvis viktige elementer.

En spesifikk utfordring som kom fram i vår studie, var at noen kommuner hadde fått beskjed om at veileder skal være spesialist i allmennmedisin og helst samme veileder i hele forløpet. Dette skaper problemer for ALIS med fast stilling i sykehjem osv. Ifølge Helsedirektoratets nettsider¹⁷ er det mulig å søke dispensasjon fra disse kravene. Denne muligheten kan gi nødvendig fleksibilitet for kommuner, ALIS og potensielle veiledere, og Helsedirektoratet bør praktisere den med klokt skjønn slik at ikke regelverket blir til hinder for å møte de lokale spesialistutdanningsbehovene.

¹⁷ <https://www.helsedirektoratet.no/tema/autorisasjon-og-spesialistutdanning/spesialistutdanning-for-leger/allmennmedisin/veiledning-og-supervisjon>

Vedlegg: intervjuguide – helseleder

Hvor mange ALIS har kommunen (per 1.1.2020)?

Antall leger på ny spesialiseringsordning og antall på gammel spesialiseringsordning

Hovedspørsmål:

Hva gjør din kommune for å legge til rette for at leger kan gjennomføre spesialistutdanningen i allmenntilleggsmedisin?

Hvordan har kommunen organisert seg

1. Dimensjonerer de opp den kommunale tjenesten for å administrere ALIS?
*F.eks. fastleger i deltidsstilling for å rigge ALIS?
Hvem utarbeider utdanningsplan?
Hvem godkjenner læringsmål?*
2. Har de engasjert veiledere (i prosentstilling, som del av jobben/avtalen)?
3. Organisering i samarbeid med andre kommuner i form av overbygning som ALIS-Vest, ALIS-Nord osv., annet samarbeid med kommuner om ALIS?
4. Hvordan rekrutteres leger til ALIS, og hvordan har det aktuelle legekantoret hvor ALIS jobber, vært involvert i rekrutteringen?

ALIS-avtalen(e)

1. Har alle ALIS i kommunen samme avtale?
2. Modell/type avtale(r); fast lønn, fastlønn med bonus, næringsdrift, 8.2-avtale dvs. subsidiering av hjelpepersonell og/eller lokaler og utstyr. Planer framover etter ferdig spesialist?
3. Tilrettelegging for kurs (gi fri med lønn, om det settes inn vikar, ...)
4. Har ALIS egen liste ved oppstart? Hvem eier lista? Listelengde ved oppstart og eventuelt om det planlegges endringer. Var utgangspunktet en liste uten lege? Har kommunen kjøpt lista? Har ALIS selv kjøpt seg inn?
5. Andel annet allmenntilleggsmedisinsk legearbeid (fra starten? eller kommet til senere?)
6. Inngår ALIS i legevakt (ev. som en del av stillingen)?
7. Omfang av veiledning:
Hvor mye veiledning er avtalefestet? (anbefaling: 3 t/md. i 10 md. pr. år)
Har veiledere nødvendig veiledningskompetanse?
8. Omfang av supervisjon: Hvor mye supervisjon er avtalefestet?

Tilrettelegging for institusjonstjenesten

1. Samarbeider kommunen med helseforetak? Er det behov for å etablere et samarbeid?
2. Samarbeid med egne institusjoner i kommunen (KAD-senger o.l., må oppfylle læringsmålene)

Vurdering

1. I hvilken grad opplever du at din kommune per i dag har kommet i mål med å etablere rutiner/systemer som sikrer at kommunens nye rolle som utdanningsvirksomhet kan ivaretas på en tilfredsstillende måte?
2. Hvordan opplever du at opplegget for spesialistutdanningen i din kommune fungerer, særlig med hensyn til følgende forhold: rekruttering, stabilitet, økonomi* og pasientsikkerhet/kvalitet?

Tilrettelegging for ALIS i bykommuner

Notatet handler om kommunal tilrettelegging for allmennleger i spesialisering (ALIS). Siden 1. mars 2017 har det vært et krav om at kommunen skal sikre at leger som gjør klinisk arbeid for kommunen enten er spesialister i allmennmedisin eller under slik spesialisering. Fra 1. mars 2019 kom det nye regler for spesialistutdanningen av leger som innebærer til dels store endringer av selve utdanningen og nytt utdanningsansvar for kommunen.

Vi har gjennomført en intervjuundersøkelse blant helseledere i seks bykommuner for å utforske og beskrive hvordan de tilpasser seg til det å ha ansvaret for spesialistutdanningen i allmennmedisin for sine leger. Notatet belyser at det i kommunene er gjort tilpasninger i den lokale legetjeneste

e typer ALIS; fastleger,
fastlegevikarer og kommunalt ansatte allmennleger som ikke er fastleger. Disse har behov for ulik grad av tilrettelegging for å gjennomføre spesialistutdanningen i allmennmedisin.”



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

Fafo-notat 2020:09
ID-nr.: 10330