

Masteroppgave

Hvilke erfaringer har leger som deltar i ordningen med allmennleger i spesialisering (ALIS)?

En kvalitativ studie

Tom Henning Thune

Erfaringsbasert master i helseadministrasjon
30 studiepoeng

Institutt for helse og samfunn
Det medisinske fakultet



«Vi står i en situasjon, hvor det er så legemangel og mangel på spesialister i allmennmedisin, og med det generasjonsskiftet som skjer nå, at det skal gå fort. Vi skal trekke så mange nye leger som overhodet mulig inn i den nye ordningen de neste fem årene. For innen de neste fem til åtte årene så er de gamle legene på pensjon, alle sammen.»

Sitat fra erfaren ALIS

Sammendrag

Bakgrunn og problemstilling: De siste årene har rekrutteringen til allmennmedisin blitt dramatisk redusert, og aldri har flere innbyggere stått uten en fast lege å forholde seg til. Fastlegeordningen har gjennom de siste årene blitt tildelt stadig flere oppgaver og studier og andre undersøkelser har vist tiltakende arbeidsmengde på den enkelte fastlege. Med ny spesialiseringsordning i allmennmedisin er ansvaret for videreutdannelsen innen den allmennmedisinske spesialiteten i stor grad nå lagt til kommunene. Det er opprettet en nasjonal ALIS-ordning hvor kommunene kan søke statlige tilskudd for å rekruttere og videreutdanne leger i spesialiseringsordningen i allmennmedisin. I denne studien ble det sett på hvordan ALIS-ene opplever ordningen, med henblikk på å kunne komme med noen råd til både ALIS-ene, kommunene og staten for å kunne forbedre denne ordningen ytterligere, med det formål å øke rekrutteringen til allmennmedisin.

Metode: Studien er basert på kvalitativ metode med induktiv tilnærming. Det ble gjennomført semistrukturerte intervjuer av sju ALIS-er i fire kommuner i Innlandet, både på fastlønn og som selvstendig næringsdrivende. Intervjuene ble transkribert og data analysert ved hjelp av systematisk tekstkondensering og fortolket gjennom Herzbergs motivasjonsteori.

Resultater: For flere av deltakerne var det særlig muligheten for å kombinere arbeid med et liv ved siden av som ble avgjørende for å velge allmennmedisin fremfor en sykehusspesialitet. Mange beskrev også bredden og autonomien i allmennmedisin som attraktivt. Noen av deltakerne ønsket fastlønnsstillinger, mens andre ønsket å være selvstendig næringsdrivende. De fleste av deltakerne beskrev en uoversiktlig vei inn i ALIS-ordningen og at mye måtte man finne ut av selv, og at man møtte kommuner som var lite forberedt på ansvaret som nå er tillagt kommunene. Det var også for deltakerne på fastlønn uklart hva som skulle skje med stillingen den dagen man blir spesialist. Enkelte kommuner begynner å få en strukturert orden på videreutdannelsen i allmennmedisin, mens i andre kommuner er det fortsatt en del arbeid som gjenstår. De statlige tilskuddsordningene i ALIS-ordningen beskrives som positive, mens kompetansemålene beskrives vanskelig å forstå hvordan man skal oppnå.

Konklusjon: Deltakerne opplever ALIS-ordningen som bra. De som ønsker seg inn i ALIS-ordningen bør imidlertid stille noen helt konkrete krav i forhold til et klart definert utdanningsforløp til kommunen før man skriver kontrakt. Kommunene bør være fleksible på å

tilby både fastlønsstillinger og hjemler som selvstendig næringsdrivende til ALIS-ene, avhengig av den enkelte ALIS' preferanser. Kommunene bør innhente kompetanse fra sitt regionale ALIS-kontor og eksisterende fastlegekorps og satse på kompetanseheving. Staten bør fortsette med, og sannsynligvis øke, ALIS-tilskuddene, samt gjøre kompetansemålene enklere å forstå hvordan man skal oppnå.

Forord

Med unntak av det obligatoriske sykehusåret har jeg vært fastlege siden fullført turnustjeneste i 2008, fra 2013 spesialist i allmennmedisin. Jeg startet som fastlege i Vestfold før jeg flyttet hjem til Innlandet i 2013. Selv den gang i 2013 var det ikke flust med søkere til å ta over en relativt sentral gruppepraksis nord i Vestfold med kort reiseavstand til både Drammen og Oslo. Jeg etablerte meg så på et veldrevet legekantor i en bykommune i Oppland, nå Innlandet fylke, og var der frem til jeg startet på et annet veletablert legekantor i nabokommunen sommeren 2022. Allerede på slutten av 2016, da en av mine kollegaer gikk ut av praksis, begynte vi å merke rekrutteringsproblemer. Kommunen jeg jobbet i var den første kommunen på Østlandet som ble merket rødt, forenelig med rekrutteringskrise, i VGs oversikt over rekrutteringsvansker i fastlegeordningen fra 2017 (1). Rekrutteringsvanskene ved vårt legekantor bare økte i omfang og jeg har for lengst kommet ut av tellingen på hvor mange vikarer vi hadde hatt innom kontoret siden 2016. Det hele kulminerte da fire av mine seks kollegaer sa opp sine fastlegeavtaler høsten 2021 og jeg valgte å gjøre som dem, bl.a. pga. rekrutteringsvanskene over flere år. Tidligere hadde fastlegeordningen i kommunen mer eller mindre vært selvgående og selvrekrutterende, men det var det nå slutt på og vi måtte virkelig jobbe for å rekruttere leger. Samtidig med koronapandemiens start ble jeg derfor veileder for leger i den nye spesialiseringsordningen, ALIS (allmennlege i spesialisering). Jeg har også hatt en bistilling som universitetslektor i flere år, hvor jeg hadde tiendesemesters medisinstudenter i praksis. Kun et knippe av disse signaliserte at de ønsket å gå inn i allmennmedisin. Det var ikke faget i seg selv som skremte dem vekk fra allmennmedisin, men alt rundt det å drive sin egen bedrift og ikke minst å jobbe mye mer alene enn hva en sykehuslege gjør. Hvordan skulle man klare å trekke sårt tiltrengte nye kollegaer inn i allmennmedisin?

Forelesningene i helseadministrasjon og skrivingen av denne masteroppgaven har vært både et kjærkomment pust i bakken fra en travel praksis, men også en utfordring med fulltids jobb ved siden av. Jeg er derfor takknemlig overfor alle som har bidratt til at jeg kunne gjennomføre dette studiet. Først og fremst ønsker jeg å takke de kommuneoverlegene som tok seg tid til å svare på min forespørsel, og i særdeleshet takk til alle allmennleger som i en travel hverdag faktisk satte av tid til å la seg intervju. En stor takk rettes til professor Jan Frich ved avdeling for helseledelse og helseøkonomi ved Universitetet i Oslo for kyndig veiledning av arbeidet med masteroppgaven. Likeledes takkes Helen Brandstorp og Charlotte

Næss, begge ved Helsedirektoratet, for å ha tilveiebragt lister over alle kommuner som mottok ALIS-tilskudd i 2021. Tidligere kollegaer ved Gjøvik legesenter og nåværende kollegaer ved Lena legesenter gjorde det mulig for meg å legge fra meg stetoskopet både titt og ofte og dra på samlinger i Oslo og gjennomføre masterstudiet i helseadministrasjon. Og sist, men absolutt ikke minst, en stor takk til pensjonert kollega Alf Mikal Ursin, som ivaretok min fastlegepraksis mens denne masteroppgaven ble forfattet.

Skreia, november 2022

Tom Henning Thune

Innhold

1. Innledning	1
1.1 Bakgrunn	1
1.2 Utfordringer i fastlegeordningen fremover	2
1.3 Spesialiseringsordningen i allmennmedisin	3
1.4 ALIS-ordningen	4
1.5 Forskningsspørsmål	5
2. Metode	7
2.1 Design	7
2.2 Litteratursøk, rekruttering og datainnsamling	7
2.3 Teoretisk rammeverk	8
2.4 Analyse	10
2.5 Refleksivitet	11
2.6 Godkjenning	12
3. Resultater	13
3.1 Motivasjon	13
3.2 Veien inn i ALIS-ordningen	15
3.3 Driftsform	16
3.4 Kommunal organisering	18
3.5 Statlige forutsetninger	19
4. Diskusjon	22
4.1 Oppsummering	22
4.2 Frihet og vekst i arbeidet	23
4.3 Drift av praksis	25
4.4 Utdanningsforløp og finansiering	26
4.5 Validitet	29
4.5.1 Intern validitet.....	29
4.5.2 Ekstern validitet.....	29
4.6 Relevans	30
4.7 Styrker og svakheter	30
5. Konklusjon	33
5.1 Konklusjon	33
5.1 Råd til de impliserte parter	34
5.1.1 Råd til leger i ALIS-ordningen	34

5.1.2 Råd til kommuner	34
5.1.3 Råd til staten	34
Referanseliste	35
Vedlegg.....	40
Vedlegg 1: Forskningsprotokoll.....	40
Vedlegg 2: Forespørsel om deltagelse i prosjekt.....	44
Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD	47

1. Innledning

1.1 Bakgrunn

Fastlegeordningen ble innført i Norge i 2001 etter å ha vært pilotert i fire norske kommuner i perioden 1993 til 1996, etter modell fra bl.a. Danmark og Nederland. Tidligere var det forskjellige ordninger med fastlønnsstillinger, refusjonsavtaler og helprivate ordninger og innbyggernes tilgang på allmenne legetjenester ble etter hvert dårligere. Tanken bak fastlegeordningen var å gjøre de allmenne medisinske legetjenestene mer helhetlig og gi hver enkelt innbygger én fast lege å forholde seg til, enhetlig prissetting og en forpliktelse overfor den enkelte lege i forhold til de pasientene legen har på listen, og dermed økt trygghet til innbyggerne og mer riktig bruk av ressurser og behandling etter LEON-prinsippet (laveste effektive omsorgsnivå). Tidligere kunne den enkelte pasient kontakte sykehusspesialist direkte, men med innføringen av fastlegeordningen fikk fastlegene en portvokterrolle, og det ble krav om henvisning fra lege i primærhelsetjenesten for at sykehusspesialister skulle kunne få refusjon fra det offentlige for pasientbehandling.

Finansieringen av fastlegeordningen er tredelt: Én del i form av per capita-tilskudd (basistilskudd) for antall pasienter på listen, én del som pasientenes egenbetaling (egenandel) og én siste del som trygderefusjoner fra NAV Helsetjenesteforvaltningen (HELFO). Da fastlegeordningen ble innført var det anbefaling om at ingen fastleger burde ha mer enn 2000 pasienter på listen, og et maksimalt tak på 2500 pasienter (2). Fastlegeordningen har vært godt tatt imot av innbyggerne og det er kun folkebibliotekene og brannvesenet som har kommet bedre ut når det gjelder popularitet (3).

I 2012 ble Samhandlingsreformen innført under slagordet «rett behandling – på rett sted – til rett tid» (4). De store linjene i denne reformen gikk ut på et lovpålagt samarbeid mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste, kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten (som man i 2015 gikk bort fra (5)), kommunalt betalingsansvar for utskrivningsklare pasienter fra spesialisthelsetjenesten og en kommunal plikt til å tilby døgnopphold i kommunale helse- og omsorgsinstitusjoner for egne innbyggere med behov for øyeblikkelig hjelp, såkalte KAD-plasser, igjen etter LEON-prinsippet.

Samme år som samhandlingsreformen kom, ble også fastlegeforskriften revidert. Fastlegene ble i forskrift pålagt mer møteplikt inkludert deltakelse i tverrfaglig samarbeid, plikt til å rapportere inn kvalitetsindikatorer fra egen praksis, medisinsk-faglig koordinering og økt rapporteringsplikt. Allerede samme år stod en kronikk i Tidsskrift for Den norske legeforening på trykk, som anslo et betydelig økt behov for allmennleger i årene fremover dersom intensjonene i den reviderte fastlegeforskriften skulle bli realisert (6).

1.2 utfordringer i fastlegeordningen fremover

Det er tidligere vist innen forskning i Norge at kontroll over egen arbeidshverdag, håndterbar listestørrelse, faglig utvikling samt profesjonell autonomi er viktige faktorer for å bli værende i allmennmedisin (7, 8), mens administrativ byrde og lite fagmiljø var faktorer som fikk leger til å velge seg bort fra allmennmedisin (9). En undersøkelse fra Legeforskningsinstituttet (LEFO) viste at i perioden 2010 til 2019 økte arbeidsstresset signifikant i denne perioden for fastleger, mens man ikke så noen signifikant økning i arbeidsstresset i andre spesialiteter (10). De faktorene man så økte blant fastlegene var konstant tidspress, stort ansvar og økende krav.

Arbeidsmengden hos fastlegene har gradvis økt med årene og omfanget av hver konsultasjon i perioden 2010 til 2017 økte med 22,4% (11), og en fastlege har nå en gjennomsnittlig arbeidstid på 55,6 timer per uke (12). Tidligere har man lagt et pasientgrunnlag på 1500 til grunn for fulltids kurativt arbeid (13), mens i dag er en pasientliste på ca. 1100 pasienter nå gjennomsnittet for fastlegene (14). En undersøkelse fra 2018 viste at 59% av de spurte fastlegene vurderte å slutte i jobben på grunn av høyt arbeidspress (15). I 2020 stod ca. 80 000 innbyggere i norske kommuner uten fast lege, men på tross av en netto vekst av fastleger på 88 fra våren 2020 til august 2022 er i skrivende stund nærmere 215 000 innbyggere uten fast lege (16). Rapporten sier ikke noe om årsaken til økningen i antall innbyggere uten fast lege, men det er nærliggende å anta at tallet må ses i sammenheng med nedgang i antall pasienter på den enkelte fastlegelisten basert på fastlegenes økte arbeidsstress jfr. avsnittet over, samt det generasjonsskiftet av allmennleger man står ovenfor. ALIS 2-rapporten har konkludert med at man i årene fremover trenger en årlig netto tilvekst av leger i allmennmedisin på 380 kun for å opprettholde 2018-nivåer på legedekningen i fastlegeordningen, og at behovet for å dekke fastlegebehovet i årene fremover er 600 nye fastleger årlig frem mot 2030 (17). Det skal også nevnes at kommunene har en økt merkostnad ved finansiering av fastlegeordningen på 813 millioner kroner i 2021 mot 378 millioner kroner i 2017 (18).

En norsk studie har vist at et langvarig lege-pasient-forhold reduserer morbiditet og mortalitet og reduserer risikoen for akuttinnleggelse i sykehus (19) og Helsetilsynet konkluderte nylig med at «fastlegeordningen er under press i hele landet» og med «en pågående risiko for at pasienter ikke får forsvarlige allmennlegetjenester i kommunene» (20).

1.3 Spesialiseringsordningen i allmennmedisin

I den gamle spesialiseringsordningen i allmennmedisin var det et krav om fire års allmennmedisinsk tjeneste i åpen, uselektert praksis, ett års tjeneste i klinisk avdeling/poliklinikk i spesialisthelsetjenesten, 40 gjennomførte legevakter og et spesifikt toårig utdanningsprogram med veiledningsgruppe og totalt 400 kurspoengtimer, herunder fire obligatoriske grunnkurs, akuttmedisinkurs, gjensidig praksisbesøk og en rekke valgfrie aktiviteter og kurs. Med denne ordningen ville man kunne oppnå spesialisering i allmennmedisin i løpet av tidligst fem år. Mens det tidligere var valgfritt om man ønsket å spesialisere seg i allmennmedisin, ble det fra 2017 gjort obligatorisk enten å være spesialist eller å være under spesialisering i allmennmedisin (21). Det skal nevnes at regjeringen på bakgrunn av først COVID-pandemien og senere for å ha nok kapasitet i primærhelsetjenesten til å ta imot krigsflyktninger fra Ukraina har gjort et midlertidig unntak fra dette kravet foreløpig til ut 2023 (22). Man kunne søke Legeforeningens utdanningsfond II om å få dekket kursavgiften til grunnkursene, men de manglende inntektene ved ikke å være på kontoret og drive kurativt arbeid var rent tap.

I 2019 trådte en ny spesialistforskrift i kraft med betydelige endringer i forhold til tidligere spesialiseringskrav i allmennmedisin (23). En av de virkelig store endringene er kommunens ansvar for spesialistutdannelsen i allmennmedisin. Kommunene skal ha en plan for legetjenesten, men også utarbeide en individuell utdanningsplan med et utdanningsløp sammen med den enkelte utdanningskandidaten. Det gis anledning til at flere kommuner kan samarbeide om utdanningen av nye spesialister i allmennmedisin. Det er et krav om at kommunene registrerer seg som utdanningsvirksomhet hos Helsedirektoratet. Dette innebærer at kommunene påtar seg et ansvar for å legge til rette for utdanning av spesialister i allmennmedisin og man kan også søke om at kommunale institusjoner som f.eks. sykehjem

kan bli utdanningsinstitusjon for gjennomføring av obligatorisk institusjonstjeneste, men det er krav om overlege i full stilling og minst 70 internundervisningstimer per år.

For utdanningskandidaten er de viktigste endringene at kravet om kurativ virksomhet i åpen, uselektert praksis er redusert til to år, men i en registrert utdanningsvirksomhet. Kravet om minste utdanningstid er seks og et halvt år inkludert evt. LIS1-tjeneste (tidligere benevnt turnustjeneste). Institusjonskravet er redusert til minimum seks måneder, og kan nå gjennomføres i kommunehelsetjenesten under de forutsetninger som angitt i forrige avsnitt. Det er krav om 10,5 måneders veiledning og supervisjon per år under hele utdanningsforløpet, hvor veiledningen skal være strukturert, mens supervisjonen er den daglige, løpende bistanden til legen i spesialisering. Det er utarbeidet en rekke læringsmål som skal oppfylles gjennom utdanningsforløpet og dette skal dokumenteres i kompetanseportalen Dossier. Helsedirektoratet har utgitt et temahefte for kliniske læringsmål i allmenntidmedisin (24), nærmest en kommentarutgave til kompetansemålene, hvor læringsaktiviteter beskriver kompetansemålene nærmere. Grunnkursene, som var obligatorisk i den gamle spesialiseringsordningen, er ikke lenger obligatoriske, men dekker mange læringsmål og anses derfor i praksis som obligatoriske fortsatt (25). Kravet om gjennomført to års gruppeveiledning er opprettholdt.

1.4 ALIS-ordningen

På bakgrunn av store rekrutteringsproblemer til egen og omkringliggende kommuners allmennlegekorps tok i 2015 fastlege og kommuneoverlege i Masfjorden kommune i tidligere Hordaland fylke, Rolf Martin Tande, initiativ til en ordning som skulle tilby nye leger fem års utdanningsstillinger i kommunen med lønn under utdanning, basert på en mer eller mindre skrinlagt utredningsrapport fra Helsedirektoratet fra 2008. Prosjektet ble forelagt daværende helseminister Bent Høie og det ble etablert en prosjektgruppe med Bergen kommune som eier av prosjektet. I 2017 fikk prosjektet statlige midler, og totalt 14 ALIS-stillinger i de tidligere fylkene Hordaland og Sogn og Fjordane ble utlyst, og stillingene ble attraktive å søke for nyutdannede leger. Tilsvarende prosjekt i Nord-Norge (ALIS-Nord) ble etablert i 2018 og gjelder for perioden 2019-2023. Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) ved Universitetet i Tromsø (UiT) ble raskt involvert i ALIS-Vest-prosjektet og har drevet følgeforskning fra 2017 og frem til 2022 og har så langt publisert fire delrapporter i ALIS-Vest-prosjektet. I rapportene fra 2017 og 2018 ble det intervjuet hhv. elleve og åtte ALIS-er i

tillegg til helseledere (26). I en rapport fra NSDM fra tidligere i år kom det frem bl.a. at gruppeveiledningen sammen med individuell veiledning har vært sentral og ikke minst at økonomisk sikkerhet i form av fastlønsstillinger og et tilrettelagt spesialiseringsforløp har vært blant det ALIS-ene har trukket frem som positivt (27). ALIS-Vest-prosjektet avsluttes senere i 2022 og det vil da bli publisert en sluttrapport.

I 2019 kom Helse- og omsorgsdepartementet med en handlingsplan for allmennlegetjenesten, hvor utdanningsstillinger i allmennmedisin står sentralt (28), og det ble fra regjeringen avsatt midler til ALIS-avtaler, bl.a. med Helsedirektoratets opprettelse av ALIS-kontorer og statlige tilskuddordninger der kommunene kan søke om såkalte ALIS-tilskudd. For 2022 er det avsatt 225 millioner kroner til ALIS-tilskudd mot 102 millioner kroner i 2021. Helsedirektoratet har opprettet fem ALIS-kontorer (ALIS-Nord i Bodø, ALIS-Midt i Trondheim, ALIS-Vest i Bergen, ALIS-Sør i Kristiansand og ALIS-Øst på Ringsaker). Enn så lenge har Oslo vært delt mellom ALIS-Øst og ALIS-SØR, men et eget ALIS-kontor for Oslo ser snart dagens lys. ALIS-kontorenes mandat er å bidra til å rekruttere leger inn i allmennmedisin og tilrettelegge for spesialisering i allmennmedisin. Kontorene skal også bistå kommunene i planleggingen og gjennomføringen av spesialistutdannelse i allmennmedisin og i samfunnsmedisin og kunne rådgi kommunene i forhold til å søke statlige tilskuddsmidler.

1.5 Forskningsspørsmål

Undertegnede har selv jobbet som fastlege i mange år i en kommune hvor man helt siden 2016 har opplevd sviktende rekruttering til allmennmedisin, med flere nabokommuner som led tilsvarende skjebne i årene etter dette. Det ble etter hvert tydelig at man måtte legge mye mer innsats i rekrutteringsprosessen for å gjøre det attraktivt for nyutdannede leger både faktisk å velge allmennmedisin, men også for å komme nettopp til vår kommune. Som ALIS-veileder var det relevant for meg å se nærmere på hvordan kandidaten på den andre siden av bordet opplever den nye ordningen, med den hensikt å kunne komme med noen råd til både ALIS-ene, kommunene og stat for å optimalisere ordningen med henblikk på å trekke flest mulig nyutdannede leger inn i allmennmedisin.

Jeg satt selv igjen med et inntrykk av at både kommune, jeg som veileder og ALIS-ene var nokså uforberedt på den nye ordningen og jeg husker godt at take home message fra et fellesmøte med ALIS Øst var at «veien blir til mens du går». Nye leger inn i

fastlegeordningen vil være helt avgjørende for om ordningen fortsatt er levedyktig om noen år, og jeg fant det derfor interessant å forsøke å se ALIS-ordningen fra ALIS-enes ståsted. Forskningsspørsmålet ble derfor:

Hvilke erfaringer har leger som deltar i ordningen med allmennleger i spesialisering (ALIS)?

2. Metode

2.1 Design

Jeg hadde et ønske om å se nærmere på hvordan legene i den nye ALIS-ordningen opplever ordningen med henblikk på hva som fungerer bra og hva som har forbedringspotensialer. Det blir nå gjort følgestudier av prosjektene ALIS-Vest og ALIS-Nord, men ettersom ALIS-ordningen er nokså fersk, er det naturligvis ikke publisert alt for mye forskning på området så lang. Men det skal presiseres at fra ideen om dette prosjektet ble født til selve oppgaven var ferdig skrevet, er det publisert flere nye artikler, og det som er tilgjengelig informasjon nå, var ikke nødvendigvis tilgjengelig informasjon i starten av prosjektet.

En kvantitativ studie ville ikke på samme måte gitt innsikt i hvordan de som står i ordningen faktisk opplever den. Det ble derfor naturlig for meg å gjøre en kvalitativ studie med individualintervjuer av ALIS-kandidater. Intervjuene ble lagt opp til å være semistrukturert, dvs. som en samtale mellom intervjuer og deltaker, med noen klare føringer på tematikken, men med mulighet for å stille supplerende spørsmål og la deltakeren snakke fritt, og på den måten kanskje kunne få frem ny kunnskap.

2.2 Litteratursøk, rekruttering og datainnsamling

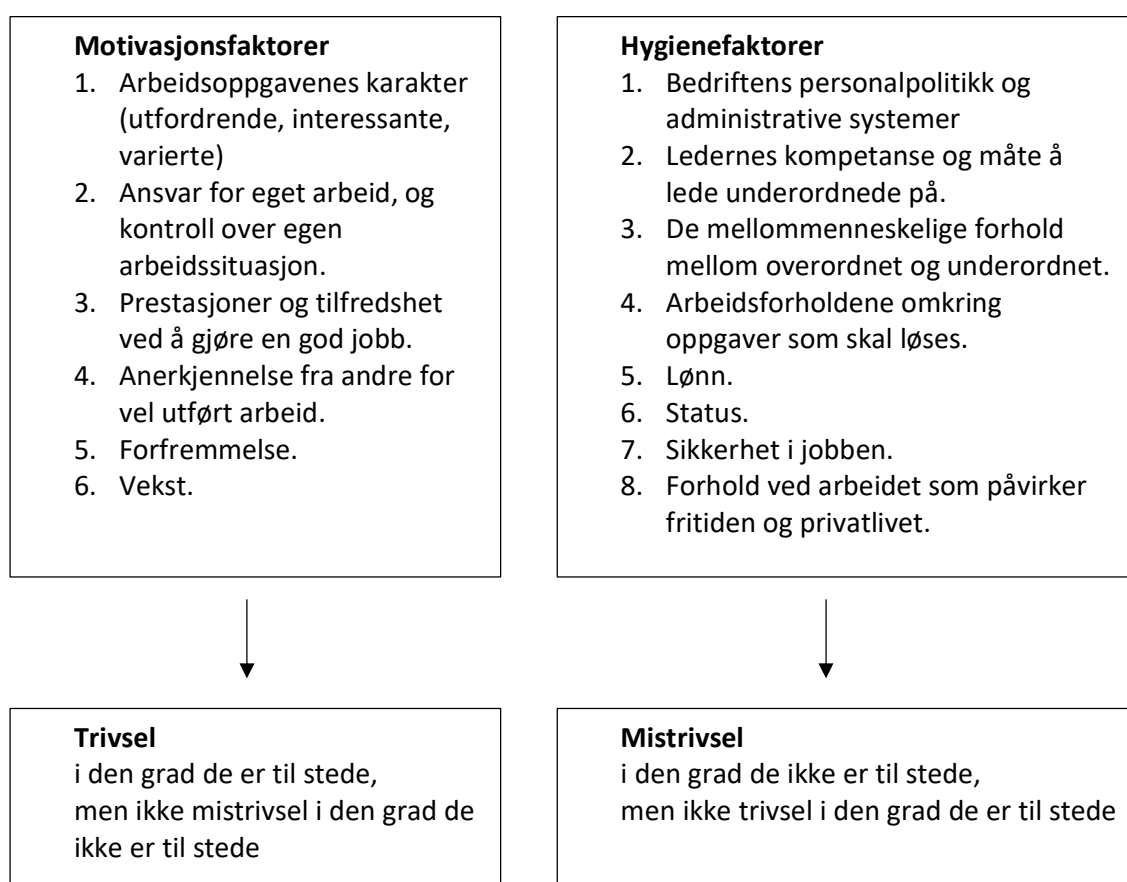
Ettersom ALIS-ordningen er et særnorskt fenomen ble det søkt i Tidsskrift for Den norske legeforening med søkeordene «allmenmedisin», «rekruttering», «ALIS». Det var også naturlig å gå gjennom tilgjengelige rapporter ved NSDM, som det er blitt flere av gjennom de siste månedene, jfr. avsnitt 2.1. Det ble også søkt etter «general practitioner recruitment» i Pyramidesøk ved Helsebiobiblioteket og på Pubmed. Pyramidesøket ga ingen relevante resultater. Tilsvarende søk i Pubmed ga over 4000 artikler fra verden over. Ved å legge til søkefrasen «Norway» ble resultatet snevret inn til 105 artikler hvor flere av artiklene var svært relevante og det hele ble plukket ut 13 artikler som var særdeles relevant for temaet. En del artikler ble også hentet frem ved at de var referert til i andre artikler, og da særlig fra NSDMs rapporter og artikler. Det ble i samarbeid med veileder utarbeidet en forskningsprotokoll.

Det ble sendt forespørsel til Helsedirektoratet om en oversikt over hvilke kommuner som hadde mottatt ALIS-tilskudd i 2021 og etter noe tid og med bistand av en av foreleserne fra Helsedirektoratet i ett av masterstudiets emner, ble det mottatt to lister over kommuner som hadde mottatt ALIS-tilskudd for 2021 med hhv. ALIS i næringsdrift (97 tilskudd) og ALIS i fastlønnsstillinger (61 tilskudd). Studien skulle kombineres med fulltids arbeid som fastlege og for å holde datamengden på et overkommelig nivå, hadde jeg på forhånd bestemt meg for å holde meg til et utvalg av kommuner som faller inn under ALIS Østs nedslagsfelt. Det ble deretter sendt ut mail med presentasjon av studien til totalt ti kommuneoverleger (fem kommuneoverleger i kommuner med næringsdrivende ALIS og til fem kommuneoverleger med ALIS i fastlønnsstillinger) med ønske om oversikt over kontaktinformasjon til kommunens ALIS-er. På tross av purringer var det kun fire kommuneoverleger som svarte, og tre av dem hadde kjennskap til meg fra før. Disse henvendelsene til kommuneoverlegene medførte at jeg kom i kontakt med to ALIS-er. Jeg måtte derfor endre strategi og sendte forespørsel direkte til en del ALIS-er i kommunen jeg selv jobbet i på det tidspunktet og til omkringliggende kommuner. Noen svarte ikke, to takket nei da de var helt i oppstartsfasen i ALIS-ordningen og følte de ikke hadde så mye å bidra med, og en takket nei pga. manglende kapasitet. Totalt takket sju ALIS-er ja til å la seg intervju. En av dem ønsket å svare skriftlig som svar på intervjuguiden. Alle de andre intervjuene ble gjennomført fysisk enten ute på legenes kontor eller på mitt kontor (etter ønske fra den enkelte). De fleste intervjuene ble gjennomført juni 2022, med unntak av de to siste intervjuene som ble gjennomført september og oktober 2022. Alle de fysiske intervjuene ble tatt opp på en digital diktafon (Olympus Digital Voice Recorder WS-853) og deretter overført til en passordbeskyttet PC for videre bearbeiding og deretter slettet fra diktafonen. Intervjuenes lengde var fra 25 til 40 minutter. Lydfilene ble så transkribert i sin helhet i Word og aidentifisert.

2.3 Teoretisk rammeverk

Den amerikanske forskeren og psykologen Frederick Herzberg publiserte i 1959 sin to-faktorteori, som er en etablert og anerkjent motivasjonsteori (29). Begrepet to-faktorteori refererer til motivasjonsfaktorer og hygienefaktorer. Motivasjonsfaktorene består av innholdet i arbeidet, mens hygienefaktorer består av betingelser rundt arbeidet. Motivasjonsfaktorene er årsak til at man trives med jobben, bl.a. måloppnåelse, prestasjon, anseelse, ansvar, kontroll over og interessante arbeidsoppgaver. Det skal nevnes at fravær av motivasjonsfaktorer medfører ikke nødvendigvis mistriivsel, mens fravær av hygienefaktorer vil på sin side

medføre dårlig trivsel, men tilstedeværelse av hygiene­faktorer medfører ikke nødvendigvis trivsel. Det være seg personalpolitikk, fungerende administrative systemer, mellommenneskelige forhold mellom leder og underordnet, dårlig fysisk arbeids­plassklima, lav status eller dårlig lønn, dårlig vern mot oppsigelse og ikke minst for stor arbeidsmengde. Det skal presiseres at i denne sammenhengen refererer «ansatte» til både næringsdrivende ALIS og ALIS i fastlønnsstillinger. Motivasjonsfaktorer er en sikker jobb, godt betalt, ordnede arbeidsforhold, interessante og utfordrende oppgaver, sosial tilhørighet og anerkjennelse. Senere forskning har kritisert teorien i forhold til at et godt betalt arbeid eller høy status ikke nødvendigvis er det som motiverer mest (29).



Herzbergs motivasjonsfaktorer og hygienefaktorer (29).

ALIS-ordningen er en relativt ny ordning og det finnes som tidligere nevnt begrenset forskning på ordningen, slik at på mange måter er dette upløyd mark, selv om det tilkommer stadig nye studier. Det kommer en endelig rapport fra NSDM om prosjektet ALIS-Vest senere i år, og det har som tidligere nevnt også kommet rapporter derfra som ikke var publisert da mitt prosjekt ble startet opp. Empiriske data fra de enkelte deltakerne i denne studien bidrar til

å belyse forskningsspørsmålet og ut fra dette kan man dette ha en viss overførbarhet ut fra de begrensningene en kvalitativ studie har (mer om dette i avsnitt 4.5), dvs. vi overfører noen slutninger fra det enkeltstående (denne studien) til det allmenne ut fra det som kalles det fortolkende paradigmet. Det vil si at det som overføres fra det enkeltstående til det allmenne skjer med forskeren som et fortolkende redskap. Med andre ord er forskerens bakgrunn eller grunnforståelse av betydning i forhold til at verden kan forstås på forskjellige måter ut fra hvordan den fortolkes. Dette kalles en induktiv tilnærming. Motsatt er det som kalles deduktiv tilnærming, hvor slutninger blir trukket fra det allmenne til det enkeltstående med en oppfatning av at verden består av gitte fenomener eller elementer som kan målsettes eller observeres. Det var vanskelig å vite hva som ville komme frem i denne studien; ALIS-ordningen er et særnorsk fenomen både i metode, lovgivning og virkemidler, og således vanskelig å definere noen etablerte sannheter i forkant av studien, selv om man til en viss grad kunne basert seg på internasjonal forskning innen rekruttering. Med bakgrunn i dette fant jeg det mest riktig å benytte induktiv tilnærming.

Med bakgrunn i Kirsti Malteruds lærebok i kvalitative forskningsmetoder (30) og i samråd med veileder, som har sin kompetanse innen systematisk tekstkondensering, ble denne analysemetoden valgt. Systematisk tekstkondensering kan ha en varierende grad av teoretisk forankring, noe som passet bra i denne studien.

2.4 Analyse

Nvivo er et program tilgjengelig i UiOs programkiosk for koding av kvalitative data. Word-filene med transkribert tekst ble importert i Nvivo 1.6.1 for koding og analyse. Som tidligere nevnt ble det arbeidet induktivt, og koder ble derfor opprettet ut fra hva som kom frem i teksten. Enkelte av de meningsbærende enhetene kunne etterhvert passe i flere kategorier og ble derfor kodet flere ganger. Ifølge Malterud er mange dobbelt- eller trippelkategoriserte meningsbærende enheter et uttrykk for at kodene ikke har vært presise nok. Dette så jeg særlig under «motivasjon» og «familieliv», og disse kodene ble derfor slått sammen til «motivasjon». Kodene ble med andre ord til underveis som teksten ble lest og ble til slutt til «motivasjon», «veien inn i ALIS-ordningen», «driftsform», «kommunal organisering» og «statlige forutsetninger». Til slutt ble kodene samlet ut fra kategorier i form av en rapport fra Nvivo kalt «Coding Summary by Code». For lettere å skille de forskjellige kodene fra hverandre i rapporten, fikk hver kode tilegnet en unik bakgrunnsfarge, før det ble skrevet

kondensat av hvert enkelt coding summary. Resultatet ble så diskutert ut fra det teoretiske rammeverket beskrevet under 2.3, for å ende i en konklusjon med videre anbefalinger til ALIS-ene, kommunene og staten.

«Motivasjon» ble i denne sammenhengen et vidt begrep og kan omfavne både motivasjonsfaktorer og hygienefaktorer i Herzbergs to-faktorteori, men det skal presiseres at det jeg var ute etter her, var hva som motiverte den enkelte lege til å velge allmenntidisin som spesialitet og dermed gå inn i et ALIS-forløp.

Under «veien inn i ALIS-ordningen» beskrives hvordan deltakerne helt konkret opplevde å gå inn i ALIS-ordningen i forhold til om de kom til «dekket bord» eller i hvert fall en viss grad av et strukturert forløp og dette vil da falle inn under hygienefaktorer i to-faktorteorien, dvs. betingelser rundt arbeidet.

«Driftsform» har elementer av både motivasjonsfaktorer som interessante arbeidsoppgaver, ansvar for eget arbeid samt «forfremmelse» i form av å oppnå spesialisering i allmenntidisin etter hvert, samt hygienefaktorer som bl.a. arbeidsforhold, lønn, sikkerhet i jobben og ikke minst familiemessige forhold.

«Kommunal organisering» dekker særlig hygienefaktorer i form av kommunale administrative systemer, mens «statlige forutsetninger» dekker tilsvarende hygienefaktorer ut fra de premissene myndighetene har gitt under ALIS-ordningen.

2.5 Refleksivitet

I denne studien, hvor en allmenntidisin studerer allmenntidisin, er det ikke mulig å unngå at egne erfaringer og holdninger vil påvirke hvilke briller man har hatt på seg under arbeidet med denne oppgaven. I utgangspunktet skal forskningen formidle objektive funn, men det er ikke mulig i denne oppgaven ut fra den forforståelsen jeg har av det som studeres. Jeg har forsøkt å være dette bevisst hele veien og forsøke å forholdt meg så nøytralt og objektivt til funnene som mulig, og det har også kommet noen overraskelser for meg. Jeg var i forkant av studien ganske sikker på at alle ALIS-er ville foretrekke fastlønnsstillinger, men ut fra funnene i denne studien viser jo det seg ikke å stemme, og at det ikke nødvendigvis er driftsformen som har vært avgjørende for om man har valgt å gå inn i allmenntidisin eller ikke.

Min forforståelse av problemstillingen kan ha påvirket hvordan jeg har håndtert funnene og ikke minst hvordan jeg har stilt spørsmål til deltakerne. Det kan også ha hindret meg i å se alternative tolkninger. Dette kalles gjerne bias. Malterud beskriver refleksivitet som en forutsetning for vitenskapelig kunnskap (30), forstått på den måte at det kan avsløre skjevheter eller begrensninger. Er man dette bevisst, kan det legges til rette for utvikling av ny kunnskap.

2.6 Godkjenning

Prosjektet ble søkt godkjenning til Norsk senter for forskningsdata (NSD) 23.02.22, og godkjent 14.03.22, jfr. vedlegg 3.

3. Resultater

Totalt sju leger i ALIS-ordningen fra fire kommuner i Innlandet fylke takket ja til å delta i studien. Noen av dem var helt ferske i allmenntidisin, noen hadde jobbet på kirurgiske eller medisinske avdelinger tidligere og en av deltakerne var særdeles erfaren med 18 års fartstid som lege fra tidligere, men uten å være spesialist i allmenntidisin fra før.

Resultatene er organisert i følgende tematiske overskrifter: Motivasjon, veien inn i ALIS-ordningen, driftsform, kommunal organisering og til slutt statlige forutsetninger.

3.1 Motivasjon

Flere av deltakerne forteller at de egentlig tenkte på andre spesialiteter enn allmenntidisin, men at de ble inspirert til å fortsette i allmenntidisin under LIS1-tjenesten. En av deltakerne trekker særlig frem en inspirerende veileder under LIS1-tjenesten som årsak til at vedkommende la fra seg planene om en karriere som kirurg til fordel for allmenntidisin. For noen av deltakerne var kort reiseavstand et argument for å velge allmenntidisin, mens for andre var den faglige bredden avgjørende:

«Jeg liker tanken på være ordentlig doktor. Jeg ser på det å ha hele kroppen, ikke bare et lite felt. Spesialisere seg på en liten bit og så glemme alt det andre. Så det jeg liker er variasjonen, og det får man jo mye av her. Man vet jo aldri hva som kommer inn døra her i løpet av en dag. Og samtidig så synes jeg det er mye bedre å ha faste pasienter med ulike sykdommer enn det motsatte, på en måte.»

Bredden i faget ble av flere brukt som et avgjørende argument for å velge allmenntidisin. En annen uttaler:

«Så det måtte være allmenntidisin, eller noe annet med bredde, som pediatri, eller noe i den duren.»

Flere av deltakerne beskriver også en større grad av frihet i allmenntidisin enn i en sykehusspesialitet både i forhold til faglighet og arbeidstid, og ikke minst en flat struktur internt på legekantoret hvor samtlige av deltakerne opplevde å føle seg likeverdige med de

andre, mer erfarne kollegaene på kontoret, uavhengig av om de var næringsdrivende eller kommunalt ansatt. En av deltakerne beskriver følgende:

«Å være sin egen herre. Jeg jobbet i forsvaret i mange år før jeg begynte på medisin og har vært gjennom et hierarki der og det samme på sykehuset også, selv om jeg riktignok bare var i turnus (...), men veldig sånn fabrikkmessig måte å jobbe på og inntrykket jeg fikk av de som var LIS2 da og for en del av de over der og en del misnøye med drift og hvordan ting ble gjort på. Veldig mye papirarbeid. Visittene var litt sånn... så fort som mulig... 12 pasienter på en time, helst.»

Og videre:

«Og så var jeg litt sånn av natur som tenker at i en fastlegejobb jobber en gjerne ut over de faste timene, på kveldstid. Jeg synes det er gøy å kunne gjøre en ekstrem innsats og gjøre en del ting, følge pasienter. Jobbe litt i helger utenfor normert arbeidstid. (...) Og så står man litt friere også til å kunne ta seg fri en halv dag plutselig, ordne internt. Og det er den friheten som har vært litt hele allmennmedisin. Litt derfor jeg synes det er interessant å jobbe litt på ettermiddagen og kunne styre litt selv og ikke ha en arbeidsgiver som legger seg opp i hvordan man organiserer timebok, pasienter og sånn.»

Flere av deltakerne forteller også om at de opplever mindre vaktbelastning og mer levelige arbeidsforhold i allmennmedisin fremfor sykehus. Som legen som droppet kirurgkarrieren til fordel for allmennmedisin sier:

«Jeg tror mannen min jublet da jeg ombestemte meg.»

Og en annen som gikk fra indremedisin til allmennmedisin:

«Jeg hoppet av indremedisin pga lange vakter som ikke var forenlig med familieliv.»

En tredje lege, som gikk fra kirurgi til allmennmedisin uttaler:

«Det ene var at jeg syntes det var for mye vakt og for mye av alt, på en måte. Jeg følte jeg ikke rådde over verken jobb eller hjem etterhvert. Vi hadde tre små unger. Så til slutt tenkte jeg at dette går ikke, må prøve noe annet.»

3.2 Veien inn i ALIS-ordningen

De fleste av deltakerne beskriver en nokså uryddig vei inn i ALIS-ordningen, og samtlige forteller at det ikke fantes noen forhåndsdefinerte forløp da de gjorde avtale med kommunen om ALIS-forløp. Noen få hadde ikke så veldig mange tanker rundt ALIS-forløpet, og dette var gjerne de som gikk over fra gammel til ny ordning, og dermed hadde en noen års erfaring fra tidligere. Enkelte opplevde oppstarten i ALIS-ordningen som utfordrende, mens andre så det som en mulighet til å forme sin egen spesialistutdanning i stor grad selv. En av deltakerne tydeliggjør dette:

«Jeg syntes det var spennende og gøy å gå inn på et legesenter hvor det bare var én fastlege, og litt sånn at «dette kan vi prøve å snu til noe bra». Men jeg ble jo av mange frarådet til å gjøre det, nettopp fordi det var veldig mye rot og lite struktur fra kommunens side.»

Og basert på egne erfaringer under ALIS-oppstart uttaler samme deltaker videre:

«Så jeg lagde selv en «velkomstpakke» med skriv til de som begynte etter meg.»

Flere av deltakerne beskriver en kommune uten alt for mye innsikt i hva det innebærer for en kommune å videreutdanne sine egne leger, men her er det forskjeller mellom kommunene, og man ser at de kommunene som har hatt rekrutteringsproblemer lengst er de kommunene som har rustet seg best ved å lage en struktur rundt videreutdanning innen allmennmedisin. En av deltakerne som jobber i en kommune uten rekrutteringsvansker så langt beskriver følgende:

«Jeg har nok vært en av de som har tatt initiativ til ALIS-ordningen i kommunen. Da jeg startet så var det ikke noen. Kommunen visste ikke hva en utdanningsplan var. Jeg var den første i kommunen. De visste ikke hva en ALIS-avtale var eller hvordan man søkte tilskuddene. Og jeg har selv sittet og laget ansettelseskontrakt og utdanningsplan og sendt som mal til kommunen.»

Og samme lege sier videre:

«Jeg måtte selv finne veileder og supervisor.»

3.3 Driftsform

Fire av deltakerne driver som selvstendig næringsdrivende, mens tre av deltakerne er ansatt i kommunale fastlønnsstillinger. Det er både kvinner og menn i begge driftsformene. To av deltakerne valgte å gå fra fastlønn til næringsdrift, enten i samme hjemmel eller i en ny hjemmel i en annen kommune. Den ene fordi vedkommende så at man tjente mer som næringsdrivende og den andre fordi den nye kommunen ikke tilbød fastlønnsstillinger og vedkommende hadde etter hvert skaffet seg en del erfaring som allmennlege, og for henne var det avgjørende å starte i en fastlønnsstilling da hun var helt fersk i faget, men etter hvert som hun fikk mer erfaring følte hun ikke samme behov for en fastlønnsstilling lenger:

«Veldig greit å starte med fastlønn. Begynne med det faglige og slippe å tenke på økonomien.»

Flere av deltakerne beskriver at de ønsker å bruke tiden sin på det de er utdannet til – å behandle pasienter, fremfor å bruke mye tid på drift av legekantor. Samtidig har flere av deltakerne poengtert at de er opptatt av å takste riktig og sørge for at kommunen får den inntjeningen de skal ha ut fra den jobben de har utført. Økonomisk trygghet i en etableringsfase i livet er det flere som nevner som viktig da de gikk inn i en fastlønnsstilling:

«Trygghet utenom å måtte styre så mye, når du har mer enn nok med å få til arbeidshverdagen og hverdagen hjemme. Så sånn som det er akkurat nå, ville jeg tatt akkurat samme valg og hatt fastlønn.»

Flere nevner det å kunne ha en liv utenom arbeidet som viktig og ikke minst å ha en rettetmulighet dersom man skulle se at allmennmedisin ikke var veien å gå med tanke på å kjøpe seg inn i en praksis, som man ikke gjør ved en fastlønnsstilling:

«Så grunnen til at jeg var veldig på dette med fastlønn, var vel først og fremst fordi jeg setter pris på fritid . Jeg vet jeg kan bli vant med alt mulig fra turnus og forskjellig, så

vet jeg at jeg kunne blitt vant med å jobbe 60-70-timersuker. Men jeg har ikke lyst til å gå ned den gata, for da kunne jeg fort blitt værende. Så det er noe med det å ha trygge rammer fra dag én, pluss at man lett kan snu hvis man skulle finne ut at dette ikke er en ordning jeg har lyst til å leve med.»

Ingen av deltakerne i fastlønsstillinger hadde noen klar formening om hva som skulle skje med stillingene deres den dagen de blir spesialister i allmennmedisin.

«Ja det er et godt spørsmål. Det er jo mange år frem i tid.»

En annen:

«Om jeg var ferdig i min stilling i dag, så er det forventning om at jeg skulle gå over til næringsdrift. Tror jeg. Eller så kan det ha skjedd mye med fastlegeordningen på de årene.»

Særlig de ganske så ferske tok ikke denne problemstillingen så tungt foreløpig, mens en annen av deltakerne og mer erfaren var mer bekymret for hva som skjer den dagen vedkommende er ferdig spesialist i allmennmedisin:

«Jo, jeg har tenkt mye på det. For årene går jo. Og det er sånne ting jeg burde tenkt på før man skrev under på kontrakt, men det kommer nå i ettertid.»

En av deltakerne oppgav et ønske om å kunne drive med investeringer som grunnlag for at vedkommende gikk inn i som næringsdrivende:

«Jeg synes det er interessant med investeringer og kunne bygge opp en buffer. For jeg tar ut den samme lønnen som en ALIS får. Overskuddet kan man da gjøre andre ting med. (...) Det er jo enormt mye å spare på det hvis man holder pengene i AS-et hvis man vil spare i aksjefond eller liknende, men det er nok et tema som veldig mange leger ikke har vært borti.»

3.4 Kommunal organisering

Som tidligere beskrevet under veien inn i ALIS-ordningen er det ingen av deltakerne som har opplevd å komme til «dekket bord» med et klart definert utdanningsforløp. En av deltakerne uttaler følgende:

«Det hadde vært mye lettere å hoppe inn i et ferdig løp. Ta Danmark som referanse, hvor ting er satt. Ingenting var satt, og vi måtte sette oss ned og se på hva kan vi gjøre her for å få til dette og få dekket læringsmålene.»

Av deltakerne som ikke hadde hatt obligatorisk institusjonstjeneste så langt, var det ingen som hadde noen konkret avtale med kommunen om hvor de skal tjenestegjøre. En av deltakerne formulerer seg slik på spørsmål om hva vedkommende tenker om fremtidig institusjonstjeneste på veien mot spesialisering:

«Det fungerer greit for oss, men jeg skulle ønske det var lettere tilrettelagt – at kommunene hadde lettere innpass for å få inn leger. For det er knotete å ordne det selv, og så har du kanskje tre måneders frist til oppstart. Kanskje man kunne samarbeidet med sykehus i større grad og evt. hatt noen prioriterte plasser.»

Samtlige av deltakerne oppgir å ha en veileder, enten ved at de har fått tildelt en fra kommunen, eller mer sjeldent, skaffet en selv. Alle forteller at veiledningen fungerer bra, men det er variasjon i hvor mye man gjør ut av veiledningen. Noen har kun individuell veiledning, mens andre veiledere også har organisert gruppeveiledning som et tillegg, og med besøk hos bl.a. statsforvalter. Noen beskriver at organsieringen er i ferd med å bedre seg sammen med ansettelsen av en utdannelsesansvarlig lege i den kommunen som har hatt rekrutteringsvansker lengst:

«Det som har vært veldig negativt og i ferd med å endres nå, er at det har vært veldig løst og jeg har måttet ta initiativ, og det har ikke blitt lagt en ordentlig plan. Men nå er [navn på utdannelsesansvarlig lege] ansatt, og nå kommer det mailer om hvor langt du er i forløpet og hun kartlegger oss alle sammen og initierer til samlinger.»

En annen av deltakerne, som jobber i samme kommune, forteller at utdannelsesansvarlig lege holder regelmessige samlinger for kommunens ALIS-er:

«Jeg har vært på det ene kurset som [navn på utdannelsesansvarlig overlege] inviterte til i psykiatri. Og så har vi vært på besøk hos statsforvalteren. Og jeg ser for meg å møte på flere sånne samlinger. Det synes jeg er fint.»

Mens for en annen er det mer uklart hvem som har det overordnede ansvaret for utdannelsen av spesialister i allmenntidrett i kommunen:

«Jeg forholder meg sporadisk til leder for legehelsestjenester. Hun er sykepleier og har bl.a. ansvar for ALIS-avtaler. Jeg tror kommuneoverlegen er utdanningsansvarlig, men det er jeg ikke helt sikker på.»

For flere av deltakerne er det i motsetning til veileder ingen formell supervisor. I én av kommunen noen av deltakerne jobber i, er det gjort formelle avtaler om lønnet supervisjon, mens i andre kommuner er det underforstått at legekantoret har et felles ansvar for å gi fortløpende, ulønnet supervisjon. Én av deltakerne hadde samme supervisor og veileder. Man ser at i kommuner med mange års rekrutteringsvansker har man vært mer tilbøyelig til å gi lønn også til supervisjon.

3.5 Statlige forutsetninger

Læringsmålene i utdannelsesplanen i allmenntidrett beskrives av mange som vanskelig å forstå hvordan man skal oppfylle, mens enkelte oppfatter dem nærmest som en sjekklister som man haker av på etter hvert som kan komme seg gjennom spesialiseringsforløpet. En deltakerne oppsummerer:

«En del læringsmål er svært ulne, og hverken jeg eller veileder har klart for oss hva som egentlig er godt nok for å fullføre et læringsmål. Veldig mange av læringsmålene skal man nesten gjette seg fram til hvordan man oppfyller dem.»

De fleste opplever kompetanseportalen Dossier som en utfordring. De som svarte at de ikke opplevde utfordringer med kompetanseportalen hadde kun erfaring fra portalen under LIS1-tjeneste og fått råd av veileder eller andre om å avvente bruken av Dossier til man begynner å få noe erfaring som ALIS:

«Jeg har fått signaler om at det haster ikke, altså det er ikke noe mål å krysse av så mange læringsmål som mulig nå de første månedene. Så jeg har vært inne og kikket litt, og så er målet at når sommeren kommer så skal jeg prøve å registrere litt og legge en slagplan, men foreløpig er den blitt skjøvet litt foran meg.»

En av deltakerne med lengst fartstid beskriver frustrasjon i forhold til ikke å få signert læringsmål:

«På veldig mange læringsmål har jeg jo store deler av det oppfylt, men jeg får ikke signert før jeg er ferdig med veiledningsgruppa, som er det ene målet i veldig mange av læringsmålene. Det er ingenting mer jeg får signert før jeg er ferdig med veiledningsgruppa.»

En annen deltaker med lang erfaring deler også sin frustrasjon:

«Vi bruker utrolig mye tid på kompetanseportalen Dossier og det er tid som går vekk fra utdannelsen. Og min veileder og jeg bruker alt for mye tid på det. Og jeg har i min fritid brukt all min tid på det. Og jeg tror det er litt misforstått fra politikernes side. Man tenker at jo mer detaljert og omfattende man lager en utdanningsplattform eller beskrivelse av kompetansemål, desto bedre. Men i mitt tilfelle fungerer det i hvertfall ikke. Det er bare spill av tid og masse frustrasjon.»

Kun en av deltakerne beskriver at vedkommende forholder seg i større grad til læringsaktivitetene enn læringsmålene.

Det som imidlertid oppleves som positivt av samtlige av deltakerne på næringsdrift, er de statlige finansieringsordningene av ALIS-ordningen i form av ALIS-tilskudd, hvor næringsdrivende ALIS får praksiskompensasjon ved fravær ved kurs:

«Jeg synes den nye ordningen er fin, for det er lagt noen økonomiske rammer og man har mulighet for å ta utdannelsen uten at det blir alt for dyrt. Du får praksiskompensasjon for fraværsdager.»

Et annet positivt moment ved den nye ordningen, beskrives av flere av deltakerne som har noen års erfaring og har gått fra gammel til ny spesialiseringsordning, er at det er rom for å tilpasse tiden man bruker på å bli spesialist etter hvor mye erfaring man har fra tidligere:

«Jeg har vært lege i mange år før jeg gikk inn i ALIS. Så for meg å skulle ut i fire-fem års spesialisering ville være helt tullerusk. Så det synes jeg er veldig fint. Så jeg synes det er noen gode ting. De økonomiske rammene, og at man selv kan tilpasse hastigheten på utdannelsen hvis du har noe erfaring fra før.»

4. Diskusjon

4.1 Oppsummering

Flere av deltakerne beskriver allmennmedisin som et spennende fagfelt med stor grad av frihet til å velge sin egen måte å jobbe på, innenfor rimelighetens grenser. For mange ble familieliv med mer overkommelige arbeidsdager og mindre vaktbelastning enn på sykehus avgjørende da valget om spesialisering skulle tas. De aller fleste av deltakerne opplevde at veien inn i den nye ALIS-ordningen har blitt til mens man har gått og at man har vært nødt til å finne ut av mye selv underveis, og at det har vært begrenset kunnskap i den kommunale administrasjonen rundt ALIS-ordningen. Noen har opplevd dette som negativt, mens andre har tatt det som en utfordring og sett muligheter til selv å påvirke sitt eget spesialiseringsforløp i stor grad.

Det har vært rimelig god fordeling på hvor mange av deltakerne som var i en fastlønnsstilling kontra selvstendig næringsdrivende. Noen hadde fast ansettelse med den tryggheten og de sosiale godene det gir som en forutsetning for å gå inn i allmennpraksis, mens andre hadde ønske om å drive selvstendig med de mulighetene det gir. Det som var påfallende, var at ingen av deltakerne på fastlønnsstillinger hadde noen klar avtale med sin kommune om hva som skulle skje med stillingen den dagen de blir spesialister, selv om flere hadde en formening om at kommunen har en forventning om at de da går over til selvstendig næringsdrift. Men dette var ikke verken formelt nedfelt eller åpenbart diskutert i nevneverdig grad. For de selvstendig næringsdrivende var ikke dette en aktuell problemstilling.

Ingen av deltakerne i studien startet i et ferdig definert utdanningsforløp. Noen beskrev at de nærmest måtte forklare kommunen hvordan et ALIS-forløp skulle være og den ene deltakeren laget til og med sin egen avtale og informerte kommunen om de økonomiske betingelsene rundt ALIS-ordningen og kommunens mulighet til å søke statlige midler. Noen beskrev at de var usikre på hvem som egentlig hadde det øverste ansvaret for utdanningsforløpene i kommunen, mens andre forklarte at kommunen nå begynte å få ting mer organisert ved å ha ansatt en utdanningsansvarlig lege som skulle ha et overordnet koordineringsansvar for kommunens ALIS-er. Det ble beskrevet usikkerhet i forhold til hvor og når man skulle avtjene tjeneste i sykehus eller institusjon.

Alle deltakerne beskrev at de fikk den veiledningen de hadde krav på, men det fremgår at det er stor variasjon på hvor mye som blir gjort ut av veiledningen. Noen steder var det kun individuell veiledning, mens andre steder var det i tillegg også gruppeveiledning med bl.a. besøk til relevante institusjoner. Noen beskrev klart definerte supervisører, mens andre hadde litt mer tilfeldig supervisjon og spurte de mer erfarne kollegaene på kontoret.

Det synes å være en felles oppfatning blant deltakerne at det var vanskelig å forstå hvordan kompetansemålene i den nye spesialiseringsordningen skal oppfylles, og en del frustrasjon rundt kompetanseportalen Dossier i forhold til signering av kompetansemålene, som ofte ikke lot seg signere før man hadde kommet langt ut i spesialiseringsforløpet. Det ble nevnt bl.a. at veldig mange av kompetansemålene ikke lot seg signere før man hadde gjennomført gruppeveiledning, selv om mange av emnene var gjennomgått under individualveiledningen.

For deltakerne som er næringsdrivende ble det beskrevet positivt at man ikke lenger hadde store økonomiske tap ved fravær fra praksis til nødvendige kurs, fordi man nå fikk praksiskompensasjon ut fra de statlige ALIS-midlene kommunene kan søke om. Det ble også nevnt som positivt at deltakerne som har gått fra gammel til ny ordning ikke trengte å starte med blanke ark og at tidligere tjeneste teller i den nye spesialiseringsordningen, samt at det er kompetansemålene, ikke antall år (ut over minimumsgrensen jfr. avsnitt 1.3) som er avgjørende for når man kan fullføre spesialiseringsforløpet.

I de neste avsnittene diskuteres resultatene ut fra Herzbergs motivasjonsteori og ut fra sammenfatningen over er disse delt inn i frihet og vekst i arbeidet, drift av praksis, samt utdanningsforløp og finansiering.

4.2 Frihet og vekst i arbeidet

Allmenntmedisin beskrives som et fag med stor variasjon i arbeidet, med ansvar for eget arbeid og mulighet for å ha en større grad av kontroll over egen arbeidssituasjon, både i forhold til arbeidstider, men også i forhold til faglighet, enn ved arbeid i sykehus. Dette tyder på at autonomi i fastlegeordningen er viktig for mange, og pensjonert fastlege Jan Hana har tidligere beskrevet denne autonomien som helt fundamental i den allmenntmedisinske identiteten (31). Denne påstanden passer også godt med resultatene fra en ph.d.-studie fra UiT (7). Det ble også beskrevet at faget allmenntmedisin i seg selv er populært og spennende og at

man fikk «litt av alt» og brukt det meste man hadde lært på medisinstudiet. Ansvar for eget arbeid og kontroll over egen arbeidssituasjon er ifølge Herzbergs teori motivasjonsfaktorer som gir trivsel i arbeidet.

Flere av deltakerne presiserte at familieforhold og vaktbelastning var vesentlige årsaker til at de valgte allmennmedisin. I dagens samfunn verdsettes fritid og familie høyere enn tidligere. Har man ikke tid til familie og et sosialt liv ved siden av arbeidet, kan mangel på slike hygiene faktorer medføre mistrivsel og er sannsynligvis også en vesentlig grunn til at så mange av dagens allmennleger har vurdert å slutte, og dette er i tråd med hva man også tidligere har antatt (32, 33) og også vektlagt i Legeforeningen innspill til handlingsplan for fastlegeordningen (13).

Enkelte av deltakerne anga å slippe hierarkisystemet man tradisjonelt har funnet på et sykehus som en motiverende faktor for å velge allmennmedisin. Alle anga å føle seg likeverdig med de andre på legekantoret, enten man var ansatt i en kommunal fastlønnsstilling eller jobbet som selvstendig næringsdrivende. Disse funnene passer godt med det som også ble funnet i en svensk ph.d.-studie, hvor medisinstudenter og turnusleger ble avskrekket fra å jobbe ved sykehusavdelinger som bar preg av et stramt hierarki (34). Ifølge Herzbergs modell kan det å føle seg likeverdig med sine kollegaer klassifiseres som anerkjennelse fra andre, og ved tilstedeværelse av dette vil det skape trivsel, selv om det ikke nødvendigvis gir mistrivsel å ikke oppnå slik anerkjennelse. Det kan også argumenteres med at flat struktur på arbeidsplassen gir i større grad følelse av ansvar for og kontroll over egen arbeidssituasjon, og dermed er en motivasjonsfaktor for å trives med jobben.

Veien mot å oppnå spesialistgodkjenning i allmennmedisin kan oppfattes som det Herzberg har kalt «vekst», mens «forfremmelse» kan være det å oppnå spesialisering innen allmennmedisin. Etersom det nå er obligatorisk å gå inn i et spesialiseringsforløp i allmennmedisin dersom man velger den retningen (med enkelte unntak jfr. avsnitt 1.5), så er det ikke et reelt valg lenger om man ønsker å bli spesialist i allmennmedisin eller ikke, slik som under den gamle spesialistordningen. Man kan derfor ikke lenger velge å ikke gå inn i et spesialistforløp. Har man sagt A så har man også automatisk sagt B. Men et fravær av ønske om «forfremmelse» eller «vekst» gir ifølge Herzberg ikke mistrivsel. Men samtidig er det naturlig å tenke at de fleste ønsker å oppnå god faglig tyngde i «sitt» fag ved å oppnå en

spesialistgrad. «Vekst» kan også defineres som muligheten til å drive med investeringer, som var viktig for én av deltakerne.

4.3 Drift av praksis

For deltakerne på fastlønnsstillinger ble hygienefaktorer i form av den sikkerheten en fastlønnsstilling medfører trukket frem som en viktig faktor da de valgte allmennmedisin, både i forhold til det å være sikret en inntekt, men også i forhold til sosiale rettigheter. Fravær av denne faktoren kan medføre mistriksel. Andre anså dette som mindre viktig og så det som lite sannsynlig at de skulle ha for lav inntjening eller ha høy risiko for fravær fra jobben som kunne medføre inntektstap. Det var m.a.o. forskjellig vektlegging av slike hygienefaktorer blant de som ble spurt.

Enkelte søkte seg aktivt til enten fastlønnsstillinger eller næringsdrift, mens for andre var det mer tilfeldig hvilken driftsform man endte opp med. To av deltakerne oppga lønn som årsak til at de var på næringsdrift og ikke på fastlønnsavtale. Ingen av de andre nevnte lønn under intervjuet overhodet. Dette kan være fordi man opplever å tjene relativt bra under spesialiseringen og dermed ikke oppfattet lønnen som for dårlig i seg selv og dette ble derfor ikke en mistrikselsfaktor. Dersom man motsatt opplever å tjene dårlig, kan dette bli en mistrikselsfaktor. En studie hvor noen få leger som sluttet i ALIS-ordningen, oppga dårlig lønn som medvirkende årsak til at de valgte å slutte (35), som igjen kan tyde på at lønn vektet forskjellig av forskjellige mennesker, og for de som var misfornøyd med lønnen ble det et fravær av denne hygienefaktoren, som igjen kunne gi opphav til mistriksel.

Det var påfallende at ingen av deltakerne på fast lønn hadde noen klar avtale om hva som skjer med stillingene deres den dagen de blir spesialister, selv om noen hadde en formening om at de sannsynligvis skal over på næringsdrift. Dette samsvarer også med de forventningene deltakerne i ALIS-Vest-prosjektet hadde (36) og funn fra NSDM viser at det var forskjellige oppfatninger rundt om i de forskjellige kommunene, både fra ALIS-ene selv, men også fra den kommunale ledelsen, hvor noen hadde forventning om at ALIS-ene skulle fortsette som fast ansatt etter å ha oppnådd spesialisering, mens andre steder var det en oppfatning om at ALIS-ene skulle over på næringsdrift, men ingen steder var det gjort formell avklaring av dette (35). Uklare betingelser kan være noe som gjør at potensielle ALIS-er lar være å søke slike stillinger eller avslutter sine avtaler med kommunene.

Funnene tyder på at det kan være fornuftig å la den enkelte lege i spesialisering få velge selv om vedkommende ønsker å gå inn på en fastlønnsavtale eller avtale om næringsdrift, selv om en rapport fra NSDM viser at foreløpige effekter av pilotprosjekter med ALIS-ordningen har vist at fastlønnsstillinger har rekruttert bedre enn utdanningshjemler med næringsdrift (37) og dette passer også med annen forskning på området (38), og for noen av deltakerne var det helt avgjørende med fastlønnsstilling (36). I tillegg antyder funnene at det bør gjøres klare avtaler for hele forløpet av spesialiseringen så snart som mulig, og helst før kontraktsinngåelse med den enkelte ALIS.

4.4 Utdanningsforløp og finansiering

Ingen av deltakerne gikk inn i et ferdig definert spesialiseringsforløp, og noen måtte i større grad enn andre legge en plan for spesialiseringsforløpet selv. For noen var dette negativt, mens andre så dette som en mulighet til å ha stor påvirkning på sitt eget spesialiseringsforløp. For de som opplevde dette negativt (dvs. fravær av motivasjonsfaktorer), vil det ifølge Herzbergs teori ikke gi mistriksel, mens de som opplevde dette som positivt (dvs. tilstedeværelse av motivasjonsfaktorer) kunne gi trivsel. Noen beskrev at de var usikre på hvem som egentlig hadde det øverste ansvaret for ALIS-ene i kommunen. Tilsvarende funn er også gjort i en rapport fra NSDM (27). Fravær av hygiene faktoren et fungerende administrativt system representerer, vil kunne gi mistriksel, og etter min vurdering bør kommunene være tydelige på å definere utdanningsløpet ved kontraktsinngåelse, jfr. spesialistforskriften §25, og ALIS-ene bør også etterspørre en slik tydeliggjøring

Det fremkom fra flere av deltakerne at kommunene virket lite forberedt eller klar over hvilket ansvar som nå ligger på kommunene i videreutdannelsen av leger i allmennmedisin. Ut fra dette tyder det på at en del kommuner ikke har tilstrekkelig kompetanse i ledelsen eller administrative systemer som er rustet til å ivareta det ansvaret som nå er plassert hos kommunene i forhold til utdannelsen av spesialister i allmennmedisin. Dersom denne typen hygiene faktorer ikke er til stede, vil det gi mistriksel og man risikerer at potensielle allmennleger enten skygger banen eller velger å si opp sine stillinger eller hjemler. Det kunne derfor vært interessant å følge opp denne studien videre med intervjuer av leger som har valgt å slutte i ALIS-ordningen og dermed kanskje fått en bedre forståelse av hva man bør gjøre både for å rekruttere og å beholde leger i allmennmedisinske utdannelsesstillinger. Så vidt meg

bekjent finnes det kun én publisert studie per i dag som sier noe om hvorfor leger har valgt å gå ut av ALIS-ordningen, og på tross av gode betingelser har det vært personlige årsaker, familieforhold og/eller oppfatning av lav lønn som har gjort at enkelte leger har gått ut av ordningen (35). Det skal nevnes at det er *et knippe* leger som har sluttet i ALIS-ordningen før de ble spesialister som er intervjuet i denne studien, og eksakt antall spurte kjennes ikke, men det må forstås som at antallet er lavt. Det er derfor behov for flere studier med større tallmateriale.

Det er gjort en case-studie fra NSDM i perioden 2016 til 2019 som ledd i en multinasjonal studie, hvor en av hovedkonklusjonene var at å sikre fleksible arbeidsforhold for fastleger samt gi faglige utviklingsmuligheter blir stadig viktigere for å beholde fastlegene, og at det er lettere å rekruttere fastleger enn å beholde dem (39), og dette er noe kommunene bør ta med seg ikke bare i arbeidet med å rekruttere fastleger, men også i arbeidet for å beholde dem. Jobben er ikke gjort selv om en hjemmel eller stilling er besatt, men man må aktivt jobbe for å holde fastlegepraksisene attraktive. Tidligere har fastlegeordningen vært mer eller mindre selvrekrutterende, men den tiden er forbi. Det kunne også vært nyttig å spørre de kommunale lederne om hvordan de opplever kompetansebehovet i kommunene og ikke minst spurt om i hvor stor grad kommunene har bedt om veiledning fra ALIS-kontorene og hvordan evt. slik veiledning har tilført kommunene kunnskap, men dette ligger utenfor denne oppgavens tematikk.

Disse funnene indikerer at kommunene bør ruste seg for det nye ansvaret de er tildelt i utdanningsforløpet av allmenntidmedisin og innhente tilstrekkelig kompetanse og ikke minst lage noen klart definerte utdanningsforløp og ha en klart definert utdanningsansvarlig i kommunen. Det er også i en tidligere masteroppgave konkludert med at fastlegeordningen bør ledes av en som innehar medisinsk faglig kompetanse (40) og Agenda Kaupang har i en rapport tidligere stilt skarpt skille mellom administrativ og faglig ledelse av fastlegeordningen, og både Agenda Kaupang og Legeforeningen har konkludert med at det medisinsk-faglige ansvaret for kommunenes fastlegeordning bør ligge hos kommuneoverlegene (41, 42). Det skal i den sammenhengen nevnes at disse rapportene er fra hhv. 2016 og 2017, dvs. fra før ALIS-ordningens tid, og det er neppe mange kommuneoverleger, i hvert fall ikke i kommuner av en viss størrelse (og sannsynligvis ikke i mindre kommuner med kommuneoverleger i deltidsstillinger heller) som har kapasitet til å administrere ALIS-ordningen. Ut fra de kravene som nå ligger hos kommunene i den nye

spesialiseringsordningen bør fortrinnsvis lederen av kommunenes ALIS-ordning være en person med allmennt medisinsk bakgrunn og god innsikt i fastlegeordningen, og ut fra det omfanget ordningen krever og i enda større grad vil kreve fremover, bør en slik leder ha en dedikert rolle som leder av ALIS-ordningen.

Uklarhet rundt obligatorisk institusjonstjeneste, enten på sykehus eller i kommunal institusjon, kan klassifiseres som fravær av hygiene faktorer i form av uklare administrative forhold eller uklare arbeidsforhold, som igjen kan være en mistrivsfaktor eller gjøre at enkelte velger å styre unna eller gå ut av ALIS-ordningen. For å eliminere slike faktorer, kan det være fornuftig om kommunene forsøkte å gjøre avtaler med sykehusene om egne utdannelsestillinger reservert til allmennleger i spesialisering, eller opprette egne utdannelsestillinger i egne kommunale institusjoner. Slike avtaler begynner å komme på plass noen steder, og i skrivende stund finnes det slike samarbeidsavtaler mellom flere sykehus og respektive tilhørende kommuner. Bl.a. er det laget slike avtaler mellom flere kommuner og Sykehuset Telemark HF, Nordlandssykehuset HF og Helse Nord-Trøndelag HF. Ingen av deltakerne i denne studien kjente åpenbart til at det forelå en slik avtale med «sitt» lokalsykehuset, selv om det ikke ble spurt spesifikt om det.

Kompetansemålene beskrives som vanskelige å forstå hvordan de skal oppnås og at fokus blir mer på kompetanseportalen og å forstå hvordan kompetansemålene skal tolkes oppfylt, enn selve veiledningen. Helsedirektoratets temahefte som beskriver hvordan læringsaktiviteter kan brukes til å vurdere hvordan læringsmål og kompetansemål er oppfylt, var det kun én av deltakerne som nevnte. Dette kan tyde på at det er for lite kunnskap om dette blant ALIS-ene. Ingen veiledere er blitt intervjuet i denne studien, slik at det er umulig å si om dette også gjelder for veilederne. I en tidligere studie kom det frem at ALIS-veilederne etterspurte mer opplæring rundt veilederrollen (35), og dette kan danne grunnlag for videre studier. Samtidig bør kommunene oppfordre ALIS-veilederne til å tilegne seg økt kunnskap om ordningen, og det finnes bl.a. et kurs for ALIS-veiledere som arrangeres rundt om i landet.

Av de deltakerne som var på næringsdrift, var det utelukkende positive tilbakemeldinger på at man nå får praksiskompensasjon ved fravær pga. nødvendige kurs for å bli spesialist. Hygienefaktorene som den nye ALIS-ordningen er i form et administrativt system med mulighet for å få dekket inntektstap ved nødvendig fravær for å bli spesialist, gir ifølge Herzberg ikke nødvendigvis trivsel, men fraværet av et slikt system, som ved den gamle

spesialiseringsordningen, ville kunne gi mistrivsel, eller gitt økt vegring mot å gå inn i allmenntidisin. Ut fra dette kan det forstås at det er positivt med den nye finansieringsmodellen og den bør derfor videreføres. Når man tar hensyn til det økte behovet for fastleger fremover med et anslag om 600 nye fastleger årlig frem mot 2030 (17), jfr. avsnitt 1.2, er det nærliggende å tenke seg at finansieringsmodellen ikke bare bør videreføres, men sannsynligvis også økes i de kommende årene.

4.5 Validitet

4.5.1 Intern validitet

Studien har hatt som mål å fange opp leger i ALIS-ordningens oppfatning av ordningen, og det mener jeg den har klart, da dette var en helt åpen problemstilling før intervjuene tok til og det har vært jobbet induktivt. Det den imidlertid *ikke* sier noe om, er hvordan de som har valgt å slutte i allmenntidisin og ALIS-ordningen har oppfattet ordningen og om det er faktorer som man burde fanget opp som var medvirkende årsaker til at noen har valgt å gå ut av ordningen. De semistrukturerte intervjuene har lagt opp til en samtale mellom deltaker og intervjuer. Man kunne også valgt fokusgruppeintervjuer og kanskje fått frem andre aspekter enn det man fikk frem ved denne studiens individualintervjuer. Ut fra de rekrutteringsvanskene som var i denne studien, er det dog lite realistisk å rekruttere nok deltakere til å kunne gjennomføre fokusgruppeintervjuer. Kanskje vil det være enklere om noen år, dersom man med den nye ALIS-ordningen klarer å rekruttere bra i årene fremover.

4.5.2 Ekstern validitet

Forskning kan sjelden gi generaliserbare resultater, og i særdeleshet gjelder dette for kvalitative studier. Men resultatene fra kvalitative studier kan allikevel ha en overførbarhet, *ekstern validitet*, som kan være av nytteverdi i andre sammenhenger. I skrivende stund er det begrenset forskning tilgjengelig, men det som er tilgjengelig via NSDMs delrapporter går i samme retning som funnene i denne studien, som dermed tyder på at studien kan ha en viss ekstern validitet. Det største avviket i denne studiet og i forhold til tilgjengelige data fra NSDM er at ALIS-Vest-prosjektet har vist at fastlønnsstillinger har rekruttert bedre enn tilsvarende utdanneshjemler som næringsdrift. Av de som ble spurt i min studie, var tre av dem fastlønnsleger og fire på næringsdrift. Men de var jo allerede inne i ALIS-ordningen og

blir således et seleksjonsbias. Hadde man spurt dagens medisinstudenter eller LIS1-leger om hva som skulle til for å få dem til å bli fastleger, kan det godt hende at majoriteten ville stilt krav om fastlønsstilling.

4.6 Relevans

Ut fra min vurdering er denne studien av høy relevans i en tid der fastlegeordningens eksistens er truet, det aldri har vært flere innbyggere uten en fast lege å forholde seg til og rekrutteringen til allmennmedisin er utfordrende. Det er imidlertid behov for mer kunnskap om en rekke aspekter ved ALIS-ordningen, bl.a. i forhold til utvikling av kommunale administrative systemer og kunnskap om den nye spesialiseringsordningen og mer tilgjengelig forståelse av hvordan kompetansemålene i den nye spesialistforskriften skal tolkes.

4.7 Styrker og svakheter

Dette er en studie med et lite utvalg og jeg opplevde relativt fort rekrutteringsproblemer. Den lave svarprosenten fra forespurte kommuneoverleger er fullt forståelig ut fra at forespørslene ble sendt på tampen av et over to års COVID-maratonløp for landets kommuneoverleger og med en helt fersk krig i vår verdensdel med planleggingsarbeid og mottak av et stort antall krigsflyktninger som i stor grad lå på bordet hos kommuneoverlegene. Jeg endret derfor fort rekrutteringsstrategi ved å kontakte leger jeg visste var i et ALIS-forløp i min egen arbeidskommune og i kommunene rundt (strategisk utvelgelse), og noen av dem var også oppgitt å være i et ALIS-forløp av de kommuneoverlegene som svarte, som igjen kom med anbefaling om andre leger i ALIS-forløp (snøballutvelgelse). Det var nødvendig å begrense antall deltakere for å i det hele tatt klare å kombinere arbeidet med en fulltids allmennpraksis. Målet var å rekruttere totalt seks deltakere, og jeg endte opp med én mer deltaker enn dette. Det hadde vært interessant å vite hva som var årsaken til at de ALIS-ene som ikke besvarte min forespørsel om intervju, faktisk ikke svarte. Var det fordi de var fornøyde med ordningen og ikke følte de hadde så mye å tilføre studien, eller var de sterkt misfornøyd med ordningen, eller var det simpelthen fordi de ikke hadde tid til å besvare forespørselen?

Jeg har tidligere vært leder av en av kommunenes allmennlegeutvalg og et av legekantoret i samme kommune, og hadde på en eller annen måte vært i kontakt med mange av både min egen kommunes leger og omkringliggende kommuners leger i en eller annen sammenheng

tidligere. Det var kun én av deltakerne jeg ikke kjente til fra før. Den ene deltakeren hadde jeg tidligere vært veileder for, men ikke på nåværende tidspunkt. Jeg har ikke noen personlig relasjon til noen av deltakerne. For det første kan dette ha påvirket hvem som faktisk takket ja til å la seg intervju, men det kan også ha påvirket hvordan deltakerne svarte, selv om det i forkant av intervjuene ble poengtert at data ville bli anonymisert. Optimalt sett burde jeg kun intervjuet deltakere jeg ikke kjente til fra tidligere og vice versa, og det var også dette som var tanken med å innhente lister over tildelte ALIS-tilskudd fra Helsedirektoratet, men dette lot seg ikke gjennomføre i praksis.

En annen svakhet ved studien er at arbeidet kun er utført av en enkelt person og det er fort gjort å kjøre seg inn i et tankemønster det er vanskelig å komme ut av eller se andre mulige tolkninger eller perspektiv. Ideelt sett hadde det vært gunstig å hatt en deltagende observatør, men dette ble jeg klar over så sent i forløpet at det i praksis ikke var mulig å få til dette. Jeg har imidlertid forsøkt å se arbeidet tidvis fra et fugleperspektiv, det som Malterud kaller metaposisjon (30), stoppe opp og se om det finnes andre perspektiv ved saken. Her har også veileder kommet med gode innspill jeg ikke nødvendigvis har sett selv.

Som beskrevet under 2.5, er dette en studie på allmennleger, utført av en allmennlege. Dette kan være både en styrke og en svakhet. Styrke på den måte at jeg vet hva jeg vil vite mer om, og en felles grunnkunnskap som spesialiseringforløpet i allmennmedisin. Svakhet på den måte at jeg har en forforståelse og har noen allmennmedisinske briller på som kan gjøre det vanskelig å se andre perspektiv ved saken.

Samtidig var det lagt opp til semistrukturerte intervjuer med utgangspunkt i en samtale mellom to kollegaer på ett eller annet nivå, som forhåpentligvis kunne gjøre at den enkelte deltaker følte seg trygg og ivaretatt, og deltakerne fikk i stor grad anledning til å snakke fritt ut fra en rød tråd som de semistrukturerte intervjuene gir mulighet for. Den ene av deltakerne ønsket å delta skriftlig ved å svare på intervjuguiden. Dette var en suboptimal tilnærming, men alternativet var ingen deltakelse. Ved en slik skriftlig besvarelse var det begrenset muligheter til å stille oppfølgingsspørsmål.

Selv om det er en liten studie, trekker resultatene i samme retning og jeg mener at jeg har holdepunkt for å påstå at jeg har fått metning av data, dvs. det har ikke kommet frem noe nytt eller revolusjonerende gjennom de siste intervjuene, og ettersom mine funn går i samme retning

som annen tilgjengelig forskning, er det ikke sikkert at et større antall deltakere ville gitt et annet resultat.

5. Konklusjon

5.1 Konklusjon

Allmennmedisin bærer preg av et stort spenn i problemstillinger og stor grad av frihet til å forme egen praksis, både med tanke på faglighet og arbeidssituasjon. Denne autonomien er tidligere beskrevet som helt fundamental i den allmennmedisinske identiteten. Mindre vaktbelastning enn ved spesialiseringsforløp i sykehus er derfor for mange attraktivt og har vært avgjørende for en del av deltakernes valg av allmennmedisin i denne studien. Familieliv og et sosialt liv utenom arbeidet veier tyngre i dag enn tidligere når yngre leger skal velge retning og dette er hensyn både kommuner og myndigheter må ta i årene fremover. På bakgrunn av dette kan man ikke forvente at en ung fastlege skal erstatte en eldre fastlege i sin helhet, som igjen er medvirkende årsak til at det trengs flere fastleger fremover. For noen er det avgjørende med en fastlønnsstilling og alt det en slik stilling gir av trygghet, mens andre fortsatt ønsker næringsdrift. Både fastlønnsstillinger og næringsdrift i spesialiseringsforløpet i allmennmedisin bør derfor tilbys og det bør i stor grad være opp til den enkelte ALIS å velge hvilken driftsform vedkommende ønsker.

Med den nye spesialistforskriften som trådte i kraft i 2019 er ansvaret for spesialistutdannelsen i allmennmedisin i stor grad lagt til kommunene. Det synes å være variabel grad av kompetanse og bevissthet rundt dette i kommunene og varierende grad av hvor godt kommunene har etablert et administrativt system rundt utdannelsen av spesialister i allmennmedisin. Kommunene bør tilby helhetlige utdannelsespakker til potensielle fastleger med et klart definert forløp, både faglig og driftsmessig. Det er behov for riktig kompetanse i kommunene, og kommunene bør vurdere å ansette utdannelsesansvarlige leger for å ivareta sin nye rolle som utdannelsesinstitusjon i allmennmedisin.

Kompetansemålene i den nye spesialiseringsordningen oppleves vanskelige å forstå og det er behov for mer kompetanse rundt dette. Det finnes et temahefte fra Helsedirektoratet som kan veilede rundt dette, men dette syntes lite kjent blant ALIS-ene. Myndighetene vil sannsynligvis kunne legge bedre til rette for mer kunnskap om veiledning av ALIS-ene ved å gjøre ALIS-temaheftet mer tilgjengelig, og kommunene bør satse på utdanning av sine ALIS-veiledere.

Det er behov for flere studier rundt den nye ALIS-ordningen, særlig med tanke på hvordan kommunene opplever ordningen, hvordan veilederne i ALIS-ordningen opplever ordningen og ikke minst studier av hva som gjør at leger trekker seg ut av ALIS-ordningen.

5.1 Råd til de impliserte parter

5.1.1 Råd til leger i ALIS-ordningen

Tør å ta sjansen på allmennmedisin. De som allerede er i ordningen, beskriver stor grad av frihet i arbeidet og likeverdige interkollegiale forhold. Still krav til kommunene om klare avtaler, om et godt definert utdanningsforløp og still krav til kommunen før du skriver under på arbeidsavtale eller fastlegeavtale om hva som skal skje med jobben din eller hjemmelen din den dagen du blir spesialist i allmennmedisin.

5.1.2 Råd til kommuner

Vær fleksibel med å tilby både fastlønnsstillinger og utdanningshjemler i næringsdrift og lytt til potensielle søkers ønsker, for nye allmennleger kommer ikke av seg selv. Vær bevisst på det ansvaret kommunene nå har fått i utdannelsen av nye spesialister i allmennmedisin. Bygg en solid struktur rundt spesialistutdannelsen og innhent kompetanse i form av mer erfarne spesialister i allmennmedisin. Gå gjerne sammen med nabokommuner dersom dette blir for ressurskrevende for små kommuner. Forsøk å lage utdanningsstillinger i samarbeid med lokalsykehuset som er reservert for allmennleger i spesialisering som skal i institusjonstjeneste, og/eller tilrettelegg for institusjonstjeneste innad i kommunen. Bruk kommunens allerede eksisterende fastlegekorps som en samarbeidspartner og søk veiledning hos ALIS-kontorene. Gjør kommunen attraktiv både for nye søkere, men også for det etablerte fastlegekorpset.

5.1.3 Råd til staten

ALIS-tilskuddene bør videreføres, og sannsynligvis økes frem mot 2030 dersom man skal klare å følge opp det store behovet for flere fastleger. Gjør kompetansemålene, og dermed kompetanseportalen, mer forståelige. Bruk ALIS-kontorene aktivt for å øke kommunenes kompetanse.

Referanseliste

1. Sæther AS. Landets største kommuner frykter fastlegekrise. VG 31.08.2017.
<https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/4d7Jjq/landets-stoerste-kommuner-frykter-fastlegekrise> Lest 31.10.2022.
2. FOR-2012-08-29-842. Forskrift om fastlegeordning i kommunene.
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842?q=fastlegeforskriften> Lest 31.10.2022.
3. Nebben EB, Fløtre A, Kjøllesdal K. Innbyggerundersøkelsen 2017. Difi-rapport 2017:6. Oslo: Direktoratet for forvaltning og IKT.
https://dfo.no/sites/default/files/fagomr%C3%A5der/Rapporter/Rapporter-Difi/difi-rapport_2017_6_innbyggerundersokelsen_2017_hva_mener_innbyggerne.pdf Lest 01.11.2022.
4. Meld. St. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen — Rett behandling – på rett sted – til rett tid. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/> Lest 30.10.2022.
5. Meld. St. 26 (2014-2015). Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/> Lest 30.10.2022.
6. Wesnes SL, Kristoffersen ES, Burman RA. Fastlegeordningen trenger flere leger. Tidsskrift Nor Legeforen. 2012;132:674-6.
7. Holte JH. Remuneration and organization in general practice: Three essays on doctors' preferences. Doktoravhandling. Tromsø: Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø, 2015.
8. Holte JH, Kjær T, Abelsen B et al. The impact of pecuniary and non-pecuniary incentives for attracting young doctors to rural general practice. Soc Sci Med. 2015 Mar;128:1-9
9. Birkeli CN, Rosta J, Aasland OG et al. Hvorfor velger leger seg bort fra allmenmedisin? Tidsskr Nor Legeforen. 2020;140(5).
10. Rosta J, Bååthe F, Aasland OG, et al. Changes in work stress among doctors in Norway from 2010 to 2019: a study based on repeated surveys. BMJ Open 2020;10:e037474.

11. SSB Analyse 2018/14: Fastlegeordningen. Kortere pasientlister, lengre arbeidsdager?
<https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/kortere-pasientlister-lengre-arbeidsdager> Lest 24.08.2022.
12. Theie MG, Lind LH, Haugland LM et al. Fastlegeordningen i krise - hva sier tallene. Menon-publikasjon nr. 83/2018. Oslo: Menon Economics, 2018.
<https://www.legeforeningen.no/contentassets/1f3039425ea744adab5e11ac5706b85a/fastlegeordningen-i-krise-hva-sier-tallene-endelig-rapport.pdf> Lest 01.11.2022.
13. Den norske legeforening. Legeforeningens innspill til handlingsplan for fastlegeordningen 2019.
<https://www.legeforeningen.no/contentassets/c22de6c2f00d4b539de7c733cc0b7c80/legeforeningens-innspill-til-handlingsplan-12.11.19.pdf> Lest 01.11.2022.
14. Listelengde og pasientenes kontakt med allmennlegetjenesten. Analysenotat 3/2018 Samdata kommune. Oslo: Helsedirektoratet, 2018.
https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/listelengde-og-pasientenes-kontakt-med-allmennlegetjenesten/Listelengde%20og%20pasientenes%20kontakt%20med%20allmennlegetjenesten.pdf/_/attachment/inline/415dbce9-42bc-4799-b975-30c03ab5194d:eeea305f7c72e94d07af4c06d1c8b82ad09230a2/Listelengde%20og%20pasientenes%20kontakt%20med%20allmennlegetjenesten.pdf Lest 29.10.22.
15. Johnsen TM, Berge V, Høivik F et al. Trønderopprørets fastlegeundersøkelse og helsemedarbeiderundersøkelse. Trondheim: Trønderopprøret, 2018.
<http://www.flo20.no/wp-content/uploads/2018/06/TOUNders%C3%B8kelse-2.pdf> Lest 24.08.2022.
16. Oppfølging av Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024. Statusrapport – 2. tertial 2022. Oslo: Helsedirektoratet, 2022.
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/oppfolging-av-handlingsplan-for-allmennlegetjenesten-2020-2024-statusrapport-2.terial-2022> Lest 31.10.2022.
17. Allmennleger i spesialisering (ALIS). Oslo: Helsedirektoratet, 2018.
[https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/allmennleger-i-spesialisering-alis/Allmennleger%20i%20spesialisering%20\(ALIS\).pdf/_/attachment/inline/815f8ce5-bde2-414a-acd1-64fcd4a4e768:8a63149a8420dfe2bff725f0d9bd380019971644/Allmennleger%20i%20spesialisering%20\(ALIS\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/allmennleger-i-spesialisering-alis/Allmennleger%20i%20spesialisering%20(ALIS).pdf/_/attachment/inline/815f8ce5-bde2-414a-acd1-64fcd4a4e768:8a63149a8420dfe2bff725f0d9bd380019971644/Allmennleger%20i%20spesialisering%20(ALIS).pdf) Lest 07.06.2022.
18. Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen - 4. oppfølgingsundersøkelse. Oslo: KS, 2022. <https://www.ks.no/fou-sok/2022/224006/> Lest 03.11.2022.

19. Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J at al. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *British Journal of General Practice*. 2021;72(715):e84-e90.
20. Presset fastlegesituasjon har konsekvenser for pasientene - gjennomgang av tilsynserfaringer. Rapport 3/2022. Helsetilsynet, 2022.
https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/rapporter2022/helsetilsynetrappor_3_2022.pdf Lest 01.11.2022.
21. FOR-2017-02-17-192. Forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.
<https://lovdata.no/sok?q=Forskrift+om+kompetansekrav+for+leger+i+den+kommunale+helse-+og+omsorgstjenesten> Lest 07.06.2022.
22. Kalveland J. Regjeringen gir unntak fra kompetansekrav for fastleger. *Dagens medisin* 02.11.2022. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2022/11/02/regjeringen-apner-for-unntak-fra-kompetansekrav-for-fastleger/> Lest 03.11.2022.
23. FOR-2016-12-08-1482. Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften).
<https://lovdata.no/sok?q=Forskrift+om+spesialistutdanning+og+spesialistgodkjenning+for+leger+og+tannleger+%28spesialistforskriften%29> Lest 07.06.2022.
24. Helsedirektoratet. Temahefte Allmenntmedisin (ALM). Kliniske læringsmål med utdypende tekst til læringsmålene og nasjonalt anbefalte læringsaktiviteter.
https://www.helsedirektoratet.no/tema/autorisasjon-og-spesialistutdanning/spesialistutdanning-for-leger/allmenntmedisin/anbefalt-utdanningsplan/Temahefte%20Allmenntmedisin.pdf/_/attachment/inline/5accf4d-f6f0-4cc7-bc0b-bafe00faa396:ceb23f17de4fd01a6010eed85e33dd905b8b4c/Temahefte%20Allmenntmedisin%20-%20V5.0%2001.07.21.pdf Lest 07.06.2022
25. Regionale rådgivningskontor for styrket spesialistutdanning i allmenntmedisin. Grunnkurs. Hva menes med grunnkursene? <https://www.alis.no/alis-ordningen/grunnkurs> Lest 02.11.2022
26. Brandstorp H, Seppola-Edwardsen T. Utdanningsstillinger i allmenntmedisin: ALIS-Vest. Oppfølgingsstudie med fokus på stabilisering. Tromsø: Nasjonalt senter for distriktsmedisin, Universitetet i Tromsø, 2019.

- <https://alisvest.files.wordpress.com/2019/03/del-2.-utdanningsstillinger-i-allmenmedisin-alis-vest.-fokus-pc3a5-stabilisering-.pdf> Lest 07.06.2022.
27. Abelsen B, Fosse A, Gaski M. ALIS i bykommuner. Erfaring med utdanningselementer og utdanningsløp. Tromsø: Nasjonalt senter for distriktsmedisin, Universitetet i Tromsø, 2022. https://www.nsdm.no/wp-content/uploads/2022/06/NSDM-rapport_2022_ALIS-i-bykommuner.pdf Lest 31.10.2022.
 28. Handlingsplan for allmennlegetjenesten. <https://www.regjeringen.no/contentassets/96f6581333ee48559cdabf23c8772294/handlingsplan-for-allmennleger.pdf> Lest 07.06.2022.
 29. Jacobsen DI, Thorsvik J. Hvordan organisasjoner fungerer. 5. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2019: 243-246.
 30. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4. utg. Bergen: Universitetsforlaget; 2018.
 31. Hana J. Profesjonell autonomi - ein ressurs for leiarskapet eller grus i fastlegeordninga? Utposten 2020;2. https://www.utposten.no/journal/2020/2/m-1324/Profesjonell_autonomi_%E2%80%93_ein_ressurs_for_leiarskapet_eller_grus_i_fastlegeordninga Lest 08.11.2022.
 32. Øren, TO. Flere unge må velge allmennmedisin. Dagens medisin 01.04.2017. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2017/04/01/flere-unge-ma-velge-allmenmedisin/> Lest 07.06.2022.
 33. Heimdal A, Støren S, Thomsen I. Fastlegeordning i åndenød. Dagens medisin. 01.04.2017. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2017/04/01/fastlegeordning-i-andenod/> Lest 07.06.2022.
 34. Diderichsen S. It's just a job. Doktoravhandling. Umeå: Institutionen för folkhälsa och klinisk medicin, Umeå Universitet, 2017. <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1145048/FULLTEXT01.pdf> Lest 08.11.2022.
 35. Gaski M, Kvamme MF, Abelsen B et al. Utdanningsstillinger i allmennmedisin: ALIS-Vest. Delrapport 4. Tromsø: Nasjonalt senter for distriktsmedisin, Universitetet i Tromsø, 2021. <https://www.nsdm.no/wp-content/uploads/2021/02/2021-NSDM-rapport-4-31-januar-.pdf> Lest 30.10.2022.
 36. Tømmerbakke SG. ALIS-ene: -Fastlønn var avgjørende. Dagens medisin 26.09.2022. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2022/09/26/alis-ene--fastlonn-var-avgjorende/> Lest 07.11.2022.

37. Gaski M, Abelsen B, Fosse A. Kunnskapsoppsummering: Hva hemmer og fremmer tilgang på kvalifisert personell til helse- og omsorgstjenesten i distriktskommuner? Tromsø: Nasjonalt senter for distriktsmedisin, Universitetet i Tromsø, 2022.
<https://www.nsdm.no/wp-content/uploads/2022/07/NSDM-rapport-2022-Kunnskapsoppsummering.pdf> Lest 21.07.2022.
38. Abelsen B, Brandstorp H. Recruit & retain - making it work. Den norske case-studien. Tromsø: Nasjonalt senter for distriktsmedisin, Universitetet i Tromsø, 2019.
<https://www.nsdm.no/wp-content/uploads/2019/01/NSDM-rapport-Recruit-Retain-Making-it-Work-Den-norske-case-studien.pdf> Lest 21.07.2022.
39. Bjørnhaug B, Skyvulstad H. Leder kommunen fastlegeordningen? Masteroppgave. Oslo: Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo, 2018.
40. Kommunal legetjeneste – kan den ledes? Rapport. Oslo: Agenda Kaupang, 2016.
https://www.agendakaupang.no/wp-content/uploads/2018/11/Rapport_KS_Kommunal-legetjeneste-kan-den-ledes_AK.pdf Lest 08.11.2022.
41. Kristoffersen JE, Lerum SV, Maurud H et al. Pasientenes primærhelsetjeneste må ledes. Oslo: Den norske legeforening, 2017.
<https://www.legeforeningen.no/contentassets/64e1885f4aa24b63b9fb4f175f4f44ef/pasientens-primarhelsetjeneste-ma-ledes.pdf> Lest 04.11.2022.

Vedlegg

Vedlegg 1: Forskningsprotokoll

Forskningsprotokoll

Masteroppgave i helseadministrasjon (erfaringsbasert)

Universitetet i Oslo

Navn: Tom Henning Thune

Mobilnummer: 99579543

E-postadresse: t.h.thune@medisin.uio.no

Tittel

Hvilke erfaringer har leger som deltar i ordningen med allmennleger i spesialisering (ALIS)? En studie innen ALIS-kontor Øst sitt nedslagsfelt.

Bakgrunn

ALIS er et relativt nytt begrep. Dette tilsvarer LIS3 i sykehussammenheng, dvs. lege i spesialisering etter endt turnustjeneste (som kategoriseres som LIS1 etter den nye benevnelsen). Med kompetansekravene har det også kommet større krav om strukturert veiledning og supervisjon. Helsedirektoratet har opprettet såkalte ALIS-tilskudd, hvor kommunene kan søke tilskudd for å opprette ALIS-stillinger, enten som næringsdrift eller med kommunalt ansettelsesforhold. Hensikten med ALIS-ordningen er å styrke rekrutteringen til allmennmedisin og skape gode og forutsigbare utdannelsesforløp og det er en forutsetning for tildeling av tilskuddet at kommunen har rekrutteringsproblemer. Foreløpig er det relativt lite forskning på området, fordi ordningen er ny. Denne studien ønsker å se nærmere på hvordan ALIS-kandidatene opplever ordningen.

Formål og problemstilling

Hva motiverte ALIS-kandidatene for å velge ALIS og fastlegepraksis? Hvilke erfaringer har de gjort seg? Hva fungerer, og hva fungerer ikke? Hva skal til for at ordningen blir bedre og kan bidra til økt rekruttering til fastlegepraksis?

Hypotese: ALIS-kandidatene opplever ALIS-ordningen som et predefinert utdanningsforløp med trygge rammer.

Design

Deskriptiv studie hvor kvalitative metoder vil bli brukt.

Utvalg

Det skal rekrutteres totalt seks kandidater, og målet er at halvparten skal være på vanlig næringsdrift, og den andre halvparten i kommunale ansettelsesforhold. Det er opprettet kontakt med ALIS-kontor Øst og det forventes at man kan rekruttere ALIS-kandidater til intervju vha. ALIS-kontor Øst.

Variabler

Se vedlegg 1 (intervjuguide).

Datainnsamling

Individuelle semistrukturerte intervjuer med seks ALIS-kandidater, fortrinnsvis halvdelen på næringsdrift og halvparten i kommunale ansettelsesforhold. Intervjuene skal foregå enten ved fysiske møter eller ved bruk av den digitale plattformen join.nhn.no på det krypterte nettet til Norsk Helsenett (NHN). Intervjuene tas opp via UiOs Nettskjema-diktafon-app for iPhone. Dataene er kryptert og det forutsetter godkjenning av NSD/REK eller tilsvarende. UiO anbefaler at man også har en backup-opptaker. Her planlegges det kjøpt inn en digital diktafon med overføringsmuligheter til PC. PC-en skal være passordbeskyttet. Alle lydfiler skal slettes når masteroppgaven er ferdig. Alle opptak skal transkriberes.

Analyse

Analytisk rammeverk: Induktiv tilnærming, dvs. man trekker slutninger fra det enkeltstående til det generelle. Problemet med induktiv tilnærming er at premisenes gyldighet ikke gir noen garanti for at også konklusjonen er riktig.

Prosjektorganisering

Alle arbeidsoppgaver foretas av masterstudiekandidaten.

Personell, utstyr og ressurser

Alle arbeidsoppgaver foretas av masterstudiekandidaten. Masterstudiekandidaten dekker selv alt av nødvendig utstyr foruten diktafon-app som stilles til rådighet av Universitetet i Oslo. Masterkandidaten har avtale med pensjonert kollega om vikariat inntil én måned høsten 2022. Det settes i tillegg av inntil tre dager per måned i perioden februar – juni 2022 for arbeid med masteroppgaven. Mye av arbeidet må allikevel foregå etter ordinær arbeidstid på kveldstid.

Økonomi

Masterkandidaten er selv ansvarlig for å dekke alle utgifter til prosjektet. Det må forventes betydelig tapt inntjening i forbindelse med avsatt tid til prosjektet. Det er aktuelt å søke stipend fra Allmenntilleggsutvalget (søknadsfrist 15.03.22). Det er fra tidligere innvilget kr. 25.000,- til dekning av kostnader i forbindelse med masterstudiet (reise/overnatting i forbindelse med forelesninger) fra Allmennlegeforeningens lederstipend

2021 og innvilget og utbetalt kr. 16.560,- fra Kvalitetssikringsfond I i forbindelse med forelesninger i pasientsikkerhet (sv.t. to dagers kurs).

Tidsplan

Rekruttering av kandidater: februar – mars 2022

Intervju av ALIS-kandidater: Fullført senest 30.06.22

Innleveringsfrist: 01.12.22. Det planlegges én måneds permisjon fra jobb som fastlege oktober eller november 2022.

Publisering

Via Universitet i Oslos eksamensinnleveringssystem. Oppgaven blir tilgjengelig i

Universitetet i Oslos arkiv DUO.

Vedlegg 2: Forespørsel om deltagelse i prosjekt

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Hvilke erfaringer har leger som deltar i ordningen med allmennleger i spesialisering (ALIS)»?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvilke erfaringer har leger som deltar i ordningen med allmennleger i spesialisering. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Studiens formål er å utvikle kunnskap som kan bidra til å skape gode og forutsigbare utdannelsesforløp i ordningen med allmennleger i spesialisering (ALIS).

Problemstilling: Hvilke erfaringer har leger som deltar i ordningen med allmennleger i spesialisering (ALIS)?

Forskningsspørsmål:

1. Hva motiverte ALIS-kandidatene for å velge ALIS og fastlegepraksis?
2. Hvilke erfaringer har de ALIS-kandidatene med ordningen gjort seg? Hva fungerer, og hva fungerer ikke i ALIS-ordningen?
3. Hva skal til for at ALIS-ordningen blir bedre og kan bidra til økt rekruttering til fastlegepraksis?

Prosjektet er en masteroppgave i det erfaringsbaserte studiet i helseadministrasjon ved Universitetet i Oslo

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Oslo er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Inklusjonskriteriet er kommuner som har søkt om og fått tildelt ALIS-tilskudd. Informasjon om dette kommer fra Helsedirektoratet.

Hva innebærer det for deg å delta?

Studien er en kvalitativ studie med intervju av seks ALIS-kandidater. Intervjuene foregår enten ved fysiske møter eller ved bruk av digitale plattformer og det beregnes at hvert intervju vil ta 30-45 minutter.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Intervjuene blir tatt opp digitalt via UiOs Nettskjema-diktafon-app og på digital diktafon. Dataene krypteres og transkriberes og lagres på sikker server og passordbeskyttet PC. Alle lydfiler blir slettet når masteroppgaven er fullført. Det vil ikke bli publisert data som kan gjøre at den enkelte informant kan gjenkjennes. Det er kun prosjektets ansvarlige, Tom Henning Thune, som har tilgang til dataene, men det forutsettes at disse kan drøftes med veileder Jan Frich.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes 1. desember 2022. Etter prosjektslutt vil transkripsjoner med dine personopplysninger anonymiseres. Anonymiserte opplysninger vil ikke slettes, men vil kunne gjenbrukes til forskning på et senere tidspunkt.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Oslo har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Universitetet i Oslo ved professor Jan Frich, tlf. 22850524 eller masterstudent Tom Henning Thune, tlf. 99579543.
- Vårt personvernombud: personvernkontakt@medisin.uio.no

Hvis du har spørsmål knyttet til Personverntjenester sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- Personverntjenester på epost (personverntjenester@sikt.no) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Jan Frich
(Forsker/veileder)

Tom Henning Thune
(masterstudent)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Hvilke erfaringer har leger som deltar i ordningen med allmennleger i spesialisering (ALIS), og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju
- at mine personopplysninger lagres etter prosjektslutt, til evt. senere forskning

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

Vurdering

Referansenummer

187277

Prosjektittel

Hvilke erfaringer har leger som deltar i ordningen med allmennleger i spesialisering (ALIS)?

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Oslo / Det medisinske fakultet / Institutt for helse og samfunn

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Jan Frish, jan.frich@medisin.uio.no, tlf: 22850524

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Tom Henning Thune, mha@thuneonline.no, tlf: 99579543

Prosjektperiode

01.03.2022 - 01.12.2022

Vurdering (1)

14.03.2022 - Vurdert

OM VURDERINGEN

Personverntjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til den datoen som er oppgitt i meldeskjemaet.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk,

informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.
Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

Personverntjenester vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20).

Personverntjenester vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

Ved bruk av databehandler (spørreskjemaleverandør, skylagring eller videosamtale) må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. Bruk leverandører som din institusjon har avtale med.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilken type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Personverntjenester vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!