



BERGEN  
KOMMUNE

**ETAT FOR HELSETJENESTER**  
Solheimsgaten 9, 5058 Bergen  
Telefon 05556 / 55 56 52 00  
etatforhelsetjenester@bergen.kommune.no  
www.bergen.kommune.no

Helsedirektoratet  
Avdeling spesialisering og etterutdanning  
Postboks 7000 St. Olavsplass  
Att: Torunn Kvernberg/Andreas Wedervang-Resell  
0130 OSLO

Deres ref.	Deres brev av:	Vår ref.	Emnekode	Dato
		201600697-12 MBST	ESARK-12	20. desember 2016

### **Utdanningsstillinger i primærhelsetjenesten (ALIS-VEST)**

Etat for helsetjenester, Byrådsavdeling for helse og omsorg, søker med dette om prosjektmidler til utdanningsstillinger i primærhelsetjenesten, ALIS-Vest.

Prosjektet er utarbeidet av en interkommunal prosjektgruppe med kommuneoverlege i Masfjorden kommune, Rolf Martin Tande, som leder. Siden Bergen kommune blir ansvarlig for prosjektet, er det Bergen kommune som søker om midlene etter avtale med Masfjorden kommune. Prosjektbeskrivelsen følger på de neste sidene. Prosjektorganisering er beskrevet til sist.

Årlig netto kostnad for prosjektet er budsjettert til

**5.000.000 pr år i 5 år.**

Det er ikke gjort beregning for kostnads- og lønnsvekst i perioden.

Dersom direktoratet innvilger søknaden, anmodes det om utbetaling innen 31.12.2016 til Bergen kommunes konto

**5210.05.39187 og merke betalingen med 030580 ALIS-VEST**

Det søkes samtidig om at innvilget beløp i 2016 kan overføres til budsjett 2017.

Med hilsen

ETAT FOR HELSETJENESTER

*Nina Mevold - kommunaldirektør*

*Merethe Brattetaule - saksbehandler*

*Brita Øygard - etatsleder*

*Dette dokumentet er godkjent elektronisk.*

## Prosjektbeskrivelse

# Utdanningsstillinger i primærhelsetjenesten (ALIS-VEST)

Det har i løpet av de siste årene vært politiske føringer for å overføre oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Det er også klare føringer for at folkehelsearbeidet skal styrkes og forebyggende helsearbeid er blitt en viktig del av allmennlegenes oppgaver. For å lykkes med dette er det behov for å utdanne leger med bred kompetanse innenfor alle deler av primærhelsetjenesten. Mange kommuner har store vansker med å få nok kompetente leger.

Fastlegene er grunnstammen i denne delen av helsetjenesten. De har ansvar for diagnostikk og behandling i 14 millioner konsultasjoner årlig. 70% av befolkningen er innom fastlegen hvert år. Det er viktig med legekompertanse for å styrke de andre allmenmedisinske oppgaver som sykehjemsmedisin, helsestasjon- og skolehelsetjeneste.

Ansvar for å styrke primærlegene faglig er understreket spesielt i Helse Omsorg21-strategien. Et veldig godt sted å ta fatt – til og med et ukontroversielt sted – det er i spesialistutdanningen. Det blir nå forskriftsfestet at alle fastleger og andre leger i kurativ virksomhet i kommunene skal være spesialister i allmenmedisin eller under spesialistutdanning. Det er tid for å gjøre noe med rammene for denne utdanningen. Et helt vesentlig grep er å etablere utdanningsstillinger i kommunehelsetjenesten. Det fører til minst to ting:

1. Flere unge leger vil vurdere allmenmedisin som fagfelt. Rekruttering er et svakt punkt i dag. Terskelen for å gå inn i allmenmedisin er altfor høy på grunn av store investeringskostnader og mange vegrer seg for å påta seg ansvar som arbeidsgiver.
2. Ved å ansette legene i kommunen i den viktige og formende delen av yrkeslivet, vil vi automatisk knytte disse legene mye nærmere til resten av kommunehelsetjenesten. Den horisontale samhandlingen vil bli bedre, ikke bare mens de er under utdanning, men også senere. Det er en stor fordel – for kommunene, for legene – og det viktigste : for pasientene!

## Utfordringsbildet

Legenes oppgaver i kommunene blir flere og mer utfordrende. I St. Meld 26 (2014-2015) om fremtidens primærhelsetjeneste signaliserer at de leger som skal jobbe klinisk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, skal være spesialister eller under spesialisering og det utarbeides nå en forskrift om dette. Samtidig har både små og store kommuner utfordringer med å rekruttere leger (KS-rapport 2015). I en situasjon hvor spesialistutdanningen for leger blir stadig mer strømlinjeformet i helseforetakene, hardner konkurransen om de unge legespesialiseringskandidatene til. Det er behov for tiltak som kan sikre rekruttering av legespesialister til klinisk arbeid i kommunehelsetjenesten.

## Flere og mer faglig krevende oppgaver i kommunen

Med samhandlingsreformen (St.meld. 47 (2008-2009)) har man ønsket å overføre en rekke oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Det forventes at kommunene selv ivaretar en del pasienter som tidligere ble innlagt i sykehus. Dette skal foregå både i hjemmetjenesten, i sykehjem og i øyeblikkelig-hjelp enhetene som er blitt pliktig fra 010116 for alle kommuner. Kommunen har etter samhandlingsreformen i tillegg fått ansvar for pasienter som skrives ut tidligere fra sykehuset og trenger mere krevende medisinsk behandling fordi de er sykere enn denne gruppen var før reformen (Abelsen et al. 2014). Dette medfører et visst skifte i kommunehelsetjenestens karakter, i retning av mer behandling og pleie av kort varighet og av mer spesialisert karakter. Det er vekst i andelen korttidsplasser og andelen plasser til habilitering/rehabilitering, men den skjer i hovedsak på bekostning av langtidsplasser. Det er også en overføring av kompetanse fra langtidsplasser til mer spennende behandlingsrettede oppgaver i sykehjem. Reell kapasitetsøkning på institusjonsplasser forekommer i liten grad. Legeressursene i sykehjem har økt både før og etter reformen. Den faglige kompetansen i sykehjemmene må styrkes for å løse de nye oppgavene. Fastleger forventes samtidig å følge opp dårlige pasienter som skrives ut fra sykehus og direkte hjem.

## Legebehov i kommunene

For å sikre at kommunen har nødvendige legeressurser til å løse de oppgaver som blir overført fra spesialisthelsetjenesten til kommunen ble det skissert at veksten i legetjenesten i hovedsak skulle komme i kommunehelsetjenesten. I perioden 2002 til 2007 økte antallet legestillinger med 1840 til 11 000 i spesialisthelsetjenesten mens antall fastleger i kommunene kun økt med 250 til om lag 4000 leger.

## Spesialister i allmennmedisin i negativ trend

Både myndighetene og andre sentrale aktører har tatt til orde for at alle leger som ansettes i primærhelsetjenesten skal være spesialist innenfor relevante fagfelt, på samme måte som i spesialisthelsetjenesten, hvor det er et mål å etablere helhetlige utdanningsløp som sees i sammenheng med faste utdanningsstillinger (Helse- og omsorgsdepartementet 2015).

Per mars 2015 var det 2 884 yrkesaktive spesialister i allmennmedisin under 70 år. Per februar 2005 var dette antallet 2 754<sup>1</sup>. På 10 år har antallet spesialister i allmennmedisin økt med 4,7 prosent. Samtidig har fastlegepopulasjonen i omtrent samme periode (31.12.2004 – 31.12.2014) økt med 19,7 prosent<sup>1</sup>. Om lag 57 prosent av landets fastleger er spesialister i allmennmedisin. De senere årene har andelen vært synkende. Om lag 20 prosent av de øvrige fastlegene er under spesialisering. Det finnes ikke tall som viser hvor høy andelen spesialister i allmennmedisin er blant de som utfører øvrige legeårsverk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (St. meld (2015-2016) s. 64).

Det er med andre ord en negativ trend knyttet til spesialisering i allmennmedisin som bør snus.

## Rekrutterings- og stabiliseringsutfordringer

Alle typer kommuner har legerrekrutteringsutfordringer. En undersøkelse initiert av KS viste at 4 av 10 kommuner opplever det vanskelig å rekruttere fastleger (KS-rapport 2015).

---

<sup>1</sup> <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Legestatistikk/>

Utfordringene stiger med synkende kommunestørrelse, men er de samme i store perifere kommuner som blant de små. Halvparten av kommunene oppgir at det er vanskelig å rekruttere kommuneoverlege.

Årsaken til rekrutteringsutfordringene er trolig sammensatt og kompleks. Inntektssystemet kan være en av mange grunner til utfordringene. En studie blant erfarne norske fastleger viser at fastlegers preferanser for privat praksis vs. fastlønnede stillinger har endret seg betydelig de siste årene, med en dreining mot økt preferanse for fastlønn (Holthe et al 2015a). En annen studie viser at det store flertallet av unge, norske leger foretrekker inntektssystemer som er mindre aktivitets-baserte enn dagens lønnsystem i allmennpraksis (Holthe et al 2015b). Den viser også at mulighet for fagutvikling og for å styre egen arbeidstid er svært viktige elementer i legers preferanse.

En studie som handler om varigheter av fastlegeavtaler, viser at halvparten av alle fastlegeavtaler i kommuner med under 2 000 innbyggere avsluttes innen 2,75 år, mens tilsvarende tall for kommuner med 50 000 innbyggere eller mer er 8,37 år (Abelsen et al 2015). I de minste kommunene varer mange av fastlegeavtalene så kort at legene ikke rekker å spesialisere seg i allmennmedisin. Undersøkelsen viser også at et stort antall fastlegelister har vært uten lege i kortere eller lengre perioder. Halvparten av alle lister som har stått uten fastleger i de minste kommunene, har vært uten lege i et år eller mer. I slike tilfeller blir vikarer løsningen.

Når helsetjenesten lokalt bygges på vikarleger oppstår en rekke problemer. De har i all hovedsak ikke norsk som morsmål, og kommunikasjonsproblemer og manglende kulturforståelse resulterer fort i uheldige beslutninger og valg. Leger i kortvarige vikariater føler heller ikke det samme ansvaret for å utvikle tjenestetilbudet i kommunen. De rekker verken å utvikle samarbeidsrelasjoner i kommunen eller å bli kjent med befolkningen og nærmiljøet.

Dagens ustabile legedekning antas å gå hardest ut over pasienter med kronisk sykdom, psykiatriske lidelser og rusproblemer. For denne typen pasienter er trygghet og kontinuitet i lege-pasient forholdet og kjennskap til lokale samarbeidspartnere avgjørende for vellykket behandling. Det er vanskelig eller umulig å oppnå med stadig skiftende vikarleger.

I større kommuner rekrutteres fastleger ved at de kjøper en pasientliste fra en fastlege som slutter, eller de kan tildeles null-lister av kommunen som de selv må rekruttere pasienter til. Samtidig må de kjøpe seg inn i et kontorfellesskap.

En nyutdannet lege har rundt regnet kr.500 000,- i studielån. Når studiet avsluttes, skal de fleste etablere seg med egne hjem. For mange innebærer det høye lånekostnader. Det kan derfor virke uoverkommelig å skulle ta opp ytterligere lån for å etablere egen fastlegepraksis. I perioden november 2006 til april 2012 var gjennomsnittlig pris for overdragelse av en fastlegeavtale 605 000 kroner (Dahl og Swensson, 2012), men prisen er svært varierende.

## Spesialistutdanning i helseforetak vs. kommune

I Norge bruker leger i dag i gjennomsnitt åtte år fra endt turnustjeneste til de er ferdig spesialist, med variasjon mellom spesialitetene fra sju til 10 år i gjennomsnitt (IS-2079-3, 2014). Spesialistutdanningen endres nå blant annet med mål om å korte ned på spesialiseringstiden, Jfr. Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger som nylig ble vedtatt. Helse- og omsorgsministeren ba i 2010 de regionale helseforetakene sørge for at flest mulig leger i spesialisering får faste stillinger

(Pressemelding 2010). Det er nå bestemt at faste utdanningsstillinger skal implementeres i helseforetak. Tilsvarende tilrettelegging for spesialisering er så langt ikke foreslått fra myndighetens side når det gjelder kommunehelsetjenesten. Det vil bli forskriftsfestet krav om spesialistutdanning for leger i kurativ virksomhet i kommunene, men det er foreløpig ikke klarlagt hvordan kommunen skal organisere og finansiere dette.

Å starte et utdanningsløp i sykehus i en fast stilling, uten krav om investeringer, med fast lønn, muligheter for forskning og full dekning av alle utgifter som påløper til utdanningen vil uten tvil for mange leger fortone seg som en mye tryggere løsning enn å gå løs på en karriere som fastlege og tilhørende spesialisingsløp i allmennmedisin. I Primærhelsemeldingen (St. meld. 26 (2015-2016) er det påpekt at arbeidstiden for en fastlege i snitt er 46 timer per uke. Som selvstendig næringsdrivende, vil en fastlege ikke ha rett til sykepenger de første 16 dager og dermed taper de inntekt ved egen eller barns sykdom. Legen taper også inntekter ved fri til kurs, veiledningsgruppe og andre obligatoriske krav i spesialistutdanningen. Dette er moment som vil dra nyutdannede leger mot en jobb i spesialisthelsetjenesten.

## Strategier for å rekruttere allmennleger til distrikt

En gruppe bestående av Norsk medisinerstudentforening, fylkeslegen i Sogn og Fjordane og Nasjonalt senter for distriktsmedisin kom høsten 2014 med tre forslag til strategier for å forbedre rekrutteringen av allmennleger til distrikt.

1. Lange utplasseringsperioder i distrikt under medisinstudiet
2. Flere turnuslegestillinger for leger i distrikt
3. Strukturerte utdanningsløp og utdanningsstillinger i allmenn- og samfunnsmedisin

De to første strategiene krever arbeidsprosesser der utdanningsinstitusjonene, Kunnskapsdepartementet og helseforetakene involveres. I denne sammenheng har vi derfor valgt å fokusere på det siste punktet.

## Utdanningsstillinger i primærhelsetjenesten

Utdanningsstillinger i allmennpraksis er ingen ny idé. I 2008 ble dette utredet på bestilling fra Helsedirektoratet (Steinert og Thorsen 2008). I denne vurderingen kom en fram til at fastlønnede utdanningsstillinger ville føre til økt interesse for allmennmedisin blant unge leger.

Det er viktig at kommunene har kvaliteter som gjør at nyutdannede leger rekrutteres. Dersom nyutdannede leger skal velge en kommunal stilling som karrierevei må det være større likhet i vilkår for leger i spesialisering i spesialisthelsetjenesten (LIS) og allmennleger i spesialisering (ALIS).

Kommunen bør være utdanningsarena både for de som etter endt spesialisering skal ha sitt virke i kommunehelsetjenesten og for leger som skal jobbe i spesialisthelsetjenesten. God kunnskap om kommunehelsetjenesten hos leger i sykehus bidrar til bedre samarbeid og sikrer god pasientbehandling.

## Erfaring med utdanningsstilling i sykehjem i Bergen kommune

Bergen kommune har fra 2003 arbeidet for å få meritterende tjeneste for leger som arbeider i sykehjem. I 2004 ble det startet opp med månedlige fagmøter for sykehjemsleger. Det ble satt av budsjett som skulle dekke utgifter for kurs 5 dager per halvår per lege, tilsvarende ordningen som gjelder for LIS i spesialisthelsetjenesten.

Storetveit sykehjem åpnet en spesialisert behandlingsavdeling i september 2005 og det ble søkt om godkjenning som utdanningsinstitusjon. Sykehjemmet fikk godkjenning høsten 2006. Året etter ble også Fyllingsdalen sykehjem godkjent utdanningsinstitusjon med 1 år for spesialiteten allmenntmedisin og 6 mndr geriatri/indremedisin. Fyllingsdalen sykehjem ble rehabilitert og funksjon ble overflyttet til Løvåsen sykehjem som i dag også er utdanningsinstitusjon. Bergen kommune har båret alle merutgifter til utdanningsstillingene. I 2010 beløp dette seg til ca kr.250 000 per stilling.

Det har til enhver tid vært en utdanningskandidat ved hvert av sykehjemmene. I løpet av disse årene er det ca 16 leger som har fått deler av sin spesialistutdanning ved et av disse sykehjemmene. Ca 1/3 har gått videre til spesialisering i sykehus og de øvrige er i utdanning til allmenntmedisin. En av legene har tatt forskerutdanning og avlagt phd, mens en annen er i gang med å fullføre sin doktorgrad. Bergen kommune har bidratt med deler av lønn til forskerstilling.

## Antall kliniske stillinger i primærhelsetjenesten i Bergen kommune 2015

I løpet av 2015 hadde Bergen kommune 272 leger som driftet 227 fastlegehjemler (vikarer inkludert). Av disse var 139 spesialist i allmenntmedisin. Det er ikke sikre tall for hvor mange av de resterende 133 leger som er under spesialistutdanning. På samme tid hadde kommunen 32,4 årsverk leger i sykehjem, fordelt på 48 leger. Herav hadde kun 14 spesialistutdanning. For å få alle leger inn i et utdanningsløp må det lages et system som forplikter både utdanningskandidaten og kommunen.

## Forslag: Pilotprosjekt for utdanningsstillinger i allmenntmedisin i kommunen - ALIS-Vest

Det opprettes faste utdanningsstillinger i primærhelsetjenesten.

*Mål: Etter endt utdanning skal legen kunne arbeide selvstendig med de ulike allmenntmedisinske oppgaver. Lege skal ha kunnskap om alle deler av helsetjenesten i kommunen slik at de settes i stand til å lede tverrfaglige team og samarbeide med spesialisthelsetjenesten.*

Forutsetning for utdanningsstillinger i kommunene:

- Kommunen har arbeidsgiveransvar og lønner legen
- Lønnet veileder
- Avtale om mulighet for daglig supervisjon med lege som innehar relevant spesialitet

- RHFene må bidra med ressurser til kurs og avlønning når legen har tjeneste i sykehus

Hovedstilling i kommune:

- Allmenmedisin
- Samfunnsmedisin

Allmenmedisinske oppgaver:

- Allmenpraksis
- Sykehjem
- Helsestasjon
- Skolehelsetjeneste
- Legevakt/øyeblikkelig hjelp

Samfunnsmedisinske oppgaver:

- Smittevern
- Miljørettet helsevern
- Folkehelsearbeid
- Rådgivere for kommuneledelsen/planarbeid
- Beredskap

Alders- og sykehjemsmedisin (eldremedisin) ligger i skjæringen mellom allmenmedisin, samfunnsmedisin og de fire spesialiteter som er skissert som aktuelle for bistilling i kommunen.

### **ALIS, forslag til utdanningsløp**

Det opprettes faste stillinger for leger som arbeider innenfor allmenmedisin.

Legen får et ansettelsesforhold i en av kommunene som deltar i prosjektet. I de fleste mindre kommunene er det mest realistisk med en stilling, i større kommuner kan det opprettes flere slike stillinger.

Spesialitetsreglene inneholder i tillegg en rekke krav om deltakelse på kurs, deltakelse i veiledningsgruppe, praksisbesøk med mer. Jfr. oversikt på Helsedirektoratets nettsider:

<https://helsedirektoratet.no/autorisasjon-utdanning-og-godkjenning/spesialistgodkjenning/lege/allmenmedisin#videreutdanning>

Normert tid 5 år

Legen ansettes i kommunen

Det oppnevnes veileder som følger LIS gjennom hele utdanningsløpet

Veileder skal være mentor for LIS og skal sikre et strukturert løp

Hver veileder kan ha inntil to utdanningskandidater

#### Krav til veileder

- spesialist i allmennmedisin
- fortrinnsvis ansatt på det legekontor der ALIS arbeider
- sørger for at ALIS har tilgang til supervisjon under klinisk arbeid
- avholder planlagte møter 2 timer i måneden og ellers etter behov

ALIS skal sammen med veileder utarbeide en personlig utdanningsplan

#### Innhold i utdanningen

- uselektert allmennpraksis minimum 2 årsverk
- deltagelse i kommunallegevakt
- institusjonstjeneste 1 år
- andre allmennmedisinske oppgaver, sykehjem, øyeblikkelig-hjelp enhet, skolehelsetjeneste og helsestasjon inntil 2 år

#### Veiledningsgruppe 2 år

Kurs: obligatoriske grunnkurs og valgfrie emnekurs i tråd med krav til allmennmedisin

Deltagelse i internundervisning arbeidsplassen gjennom alle 4 år i primærhelsetjenesten

Leger som arbeider full tid i sykehjem bør gjennomføre kompetanseområdet alders- og sykehjemsmedisin.

#### Praksisbesøk

Arbeidsgiver skal legge til rette for at ALIS kan jobbe med forskning, kvalitetsarbeid og fagutvikling.

Veiledere har møte hver 6. mnd for å drøfte sin rolle og legge plan for det videre utdanningsløpet. Det er ønskelig med kurs eller møter med pedagogisk innhold for å øke veilederkompetansen.

Det avholdes årlige samlinger for utdanningskandidatene.

Etter oppnådd spesialitet tilbys legen ansettelse i en regulær stilling i kommunen innenfor et eller flere av følgende felt:

- som fastlege (selvstendig næringsdrivende eller fastlønnet)
- sykehjem
- skolehelsetjeneste
- helsestasjon
- fengsel
- samfunnsmedisin kombinert med allmennmedisin
- kommunal legevakt
- øyeblikkelig-hjelp-døgnet

Det tilstrebes å få en forpliktende avtale med spesialisthelsetjenesten om utdanningsstillinger for å sikre at ALIS får gjennomført institusjonshelsetjenesten. En løsning som kan testes ut i prosjektet er å få til en utvekslingsordning slik at lege som er i spesialisering i sykehus får minimum 3 måneders tjeneste i kommunal legestilling når utdanningskandidaten i allmennmedisin avtjener sin institusjonshelsetjeneste.



## Økonomi/kostnad

- Prosjektleder må være spesialist i allmennmedisin med veilederkompetanse
- Prosjektleder må ha merkantil støtte og ha budsjett for en del reisevirksomhet.
- Lønn til utdanningskandidat dekkes av inntekter kommunen får gjennom egenandeler fra pasientene og trygderefusjon og per capita tilskudd.
- Legens inntjening dekker også leie av kontor og ordinære personellkostnader
- Lønn til lokal veileder utbetales av kommunen, men finansieres av prosjektet.
- Gruppeveiledning finansieres av prosjektet og Legeforeningens utdanningsfond
- Vikar ved kurs og veiledning – dekkes i hovedsak ved kollegial fraværsordning, evt delfinansieres av prosjektet
- Kursavgifter o.l. – finansieres av prosjektet og Legeforeningens utdanningsfond
- Det søkes prosjektmidler/tilskudd fra staten for dekning av utgifter i spesialistutdanningen.

## Budsjett

Et utdanningsløp for allmennmedisin er etter dagens spesialitetsregler 5 år, og prosjektperioden er derfor satt til 5 år. Bergen kommune ved Byrådsavdeling for helse og omsorg, Etat for helsetjenester vil administrere prosjektet og tilsette prosjektleder. Det sendes informasjon og invitasjon til kommuner i Hordaland og Sogn og Fjordane om å delta i prosjektet. Det er tatt høyde for 12 utdanningsstillinger som kan omfattes av dette prosjektet. Antallet vil være avhengig av interessen fra nabokommunene. Foreløpig sonderinger tilsier at dette er realistisk.

Kommunene betaler en egenandel for hver kandidat som meldes inn i prosjektet på 50.000 kr pr år.

Før prosjektet starter, vil det bli innhentet en kunnskapsoppsummering om hva som er mest virksomt for å få god kompetanse og sikre stabilitet i primærhelsetjenesten.

### Følgeforskning

Prosjektet vil bli evaluert gjennom hele perioden, fortrinnsvis som et forskningsprosjekt. Det vil bli hentet inn anbud på denne delen av prosjektet fra forskningsmiljøet i Norge og EØS-området.

Årlige ekstrakostnader for 12 kandidater i ALIS	
Prosjektleder inkl sosiale kost	1500000
Merkantil ressurs	300000
Kontorutgifter	200000
12 kandidater a 200.000 pr år	2400000
Forskning	500000
Møter, reiser og samlinger	700000
Brutto kostnader	5600000

Kommunale egenandeler a 50.000 pr år	-600000
Netto kostnader	5000000

Prosjektet vil trenge slik finansiering hvert år i hele prosjektperioden på 5 år.

## Referanser

Abelsen B, Gaski M, Nødland SI, Stephansen A. Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet. Rapport IRIS-2014/382

Abelsen B, Gaski M, Brandstorp H. Varighet av fastlegeavtaler. Tidsskrift for den norske legeforening. Tidsskr Nor Legeforen nr. 22, 2015; 135.

Dahl A, Swensson OB. Prising av fastlegepraksiser. Masteroppgave Norges Handelshøyskole 2012

Helsedirektoratet. Fremtidens legespesialister. IS-2079-3. Oslo: Helsedirektoratet 2014.

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/201/Fremtidens-legespesialister-en-gjennomgang-av-legers-spesialitetsstruktur-og-innhold-IS-2079-3.pdf>

Holte JH, Abelsen B, Kjær T, Olsen JA. The impact of pecuniary and non-pecuniary incentives to attract young doctors to rural general practice. Social Science & Medicine, 2015, 128: 1-9.

KS-rapport: Legetjenester i kommunene 2015: Tabellrapport. Oslo: TNS Norsk Gallup Institutt AS.

Nasjonalt råd for prioriteringer i helsetjenesten. Møte 02.03.15 arkiv nr.14/00689

Rustad EH. Legerekuttering til distrikt. Et skriv til styret i Allmennlegeforeningen ved Leder av Norsk medisinerstudentforening,

Thorsen O, Steinert S. Utdanningsstillinger i allmennmedisin- en nødvendig videreutvikling av fastlegeordningen. Notat til Helsedirektoratet, avdeling for personell og utvikling. November 2008.

St.meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

St. meld. 26 (2014-2015) «Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet». Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

[http://www3.bergen.kommune.no/BKSAK\\_filer/bksak/0/VEDLEGG/2016254609-6043780.pdf](http://www3.bergen.kommune.no/BKSAK_filer/bksak/0/VEDLEGG/2016254609-6043780.pdf)

## **Prosjektorganisering ALIS-Vest ( pr. 14.12.16)**

### Prosjekteier:

Deltakende kommuner

### Prosjektledelse:

Etat for helsetjenester i Bergen kommune

### Arbeidsgruppe forprosjekt:

Etat for helsetjenester i Bergen kommune (Brita Øygard, Karsten Sylta, Hans Høvik)

Overlege Kjellaug Enoksen, Askøy kommune

Kommuneoverlege Rolf Martin Tande, Masfjorden kommune

### Samarbeidspartnere:

Universitetet i Bergen, seksjon for allmenntmedisin

Haraldsplass diakonale sykehus

Haukeland universitetssykehus

KS

### Andre aktører:

Fylkesmannen i Hordaland

Nasjonalt senter for distriktsmedisin, Norges arktiske universitet, Tromsø

Legeforeningen

Helsedirektoratet

### Styringsgruppe:

Prosjekteiere/ kommuner med utdanningsstillinger

UiB, institutt for allmenntmedisin

KS

Legeforeningen-tillitsvalgte / Hordaland legeförening

### Prosjektleder:

Det bør tilsettes prosjektleder i full stilling i 5 år. Dette må være lege som er spesialist i allmenntmedisin som har erfaring med ledelse, prosjektarbeid og motivasjon for prosjektet. Skal følge opp ALIS i kommunene og veilederne.

### Prosjektgruppe:

Prosjektleder

fagansvarlig UiB

veiledere

### Referansegruppe:

fagpersoner allmenntmedisin, samfunnsmedisin, helseøkonomi, Norsk sykepleierforbund o.l.

### Prosjektmandat

utformes av styringsgruppen

### Utdanningsløp

Utformes av prosjektleder sammen med kommuner, spesialitetskomiteen i allmenmedisin(Dnlf), UiB avd. allmenmedisin og Spesialisthelsetjenesten

#### Følgforskning

Program for storbyforskning,KS

Nasjonalt senter for distriktsmedisin, Tromsø

Uni Helse, Bergen

Rokkansenteret (helseøkonomi), UiB