



PROSJEKTBEKRIVELSE

ALIS I LEVANGER

Utdanningsstillinger i primærhelsetjenesten

Albert Einstein;

«De som aldri har gjort en feil, har aldri prøvd noe nytt»

Worum, Jørgen & Kimbell, Elisabeth
Enhetsleder & Overlege Institusjonstjenesten

Innhold

1 Prosjekt ALIS – Allmennleger i Spesialisering	2
1.1 Prosjektets mål - Utdanningsstillinger i allmennmedisin	2
1.2 Utfordringer.....	2
1.2.1 Nye medisinske oppgaver og kompetansekrav.....	2
1.3 Legebehov i Levanger kommune.....	3
1.3.1 Legeberedskap i KAD	3
1.4 Demografiske endringer	4
1.4.1 Studenter og fastleger	4
1.5 Rekrutteringskonkurranse med helseforetak	4
1.6 Utdanningsstillinger i primærhelsetjenesten - ALIS som løsning.....	5
2 Utdanningsstillinger i allmennmedisin i Levanger kommune - ALIS	5
2.1 Allmennmedisinsk tjeneste	6
2.2 Tjeneste i spesialisthelsetjenesten.....	6
2.3 Veiledning.....	6
2.4 Kurs.....	6
2.5 Øvrige utdanningsaktiviteter.....	7
3 Økonomi	7
3.1 Kostnader	7
3.2 Budsjett/Økonomisk modell.....	7
4 Forslag turnus og årsplanlegging.....	8
5 ALIS-avtaler med fastlegekontorer i Levanger kommune	9
5.1 Krav til legekontor:	9
5.1.1 Legesenter/Gruppepraksis	9
5.1.2 Individuell veileder	9
5.1.3 Kommunens forpliktelser og tilbud	9
Referanser	10
5.1.4 Tabeller	10
5.1.5 Vedlegg.....	10

1 Prosjekt ALIS – Allmennleger i Spesialisering

1.1 Prosjektets mål - Utdanningsstillinger i allmennmedisin

Denne prosjektbeskrivelsen beskriver Levanger kommunes tiltak for å stimulere rekruttering til kommunens samlede legetjeneste, samt kompetansehevende tiltak i allmennlegetjenesten. Målet er å finne en ordning som kan sikre langsiktighet, forutsigbarhet, stabilitet og god kompetanse i legetjenesten. Tiltaket omfatter rekruttering av både nye fastleger og leger til legetjenesten i kommunens sykehjem. Men det er også et mål om tettere samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Vi tror at dette tiltaket vil skape nærhet mellom fastlegene og øvrige kommunale helsetjenester, men også til sykehus. Slik vil forholdene legges til rette for helhetlige og gode pasientforløp gjennom god samhandling.

Prosjekt ALIS er kommunens svar på å møte de utfordringene vi nå står overfor. Vi får stadig nye medisinske oppgaver som følge av samhandlingsreformen, og det kommer politiske føringer som stiller tydelige krav til kompetansen for leger som jobber i primærhelsetjenesten. Kommunen opplever også demografiske endringer med befolkningsvekst som gjør at vi stadig må rekruttere nye fastleger. Dette har vært utfordrende, særlig i konkurranse med de mere strømlinjeformede utdanningsløpene unge leger finner i sykehus.

Tida har kommet for å tenke nytt dersom vi skal kunne løse disse utfordringene. Et helt vesentlig grep er å etablere utdanningsstillinger i kommunehelsetjenesten. Det fører til minst to ting:

1. Flere unge leger vil vurdere allmennmedisin som fagfelt. Rekruttering er et svakt punkt i dag. Terskelen for å gå inn i allmennmedisin 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 kommunen, for legene – og det viktigste: for pasientene!

1.2 Utfordringer

1.2.1 Nye medisinske oppgaver og kompetansekrav

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 (KAD) som ble lovpålagt fra 01.01.16 for alle kommuner. Kommunen har 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. Langtidsopphold i sykehjem erstattes av

omsorgsboliger med heldøgns bemanning (HDO), der fastlegene forventes å følge opp multisyke pasienter med komplekse sykdomstilstander. Den faglige kompetansen i sykehjemmene må styrkes for å løse de nye oppgavene, men også fastlegene trenger økt kompetanse i oppfølging av den skjøre, eldre pasienten.

I St. Meld 26 (2014-2015) om fremtidens primærhelsetjeneste signaliseres det at de leger som skal jobbe klinisk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, skal være spesialister eller under spesialisering. Fra 1. mars 2017 ble denne forskriften iverksatt.

1.3 Legebehov i Levanger kommune

Levanger kommune har de siste 2 årene hatt store problemer med å rekruttere leger til ledige fastlegehemmer. Man opprettet 2 nye 0-hjemmer forrige gang i år 2014. Ett økonomisk incentiv den gang, var et statlig etableringstilskudd på kr 300 000,- pr hjemmel. Denne tilskuddsordningen eksisterer ikke lengre, og forsterker dermed rekrutteringsutfordringene. Det er nå behov for å etablere ytterligere 2 0-hjemmer. Med 2 utlysninger, endte det til slutt med at alle kvalifiserte søkere takket nei til tildelte hjemmel. I tillegg har en utlyst etablert hjemmel heller ikke blitt tildelt enda på grunn av mangel på aktuelle kandidater.

Allerede i 2007 var en satsning og økning av kommunenes legeressurser knyttet til sykehjemmene tema i kommunens driftskomite, 12.12.07, PS sak nr 039/07. Dette med bakgrunn i krav fra departementet og Fylkesmannen om en politisk behandling av slik normvurdering av legedekningen ved kommunenes sykehjem, innen den 21.12.07. I vedtaket kan man lese: <http://gamle.levanger.kommune.no/utvalg/saker/dk/dk071212.htm#39>

Etter en omfattende omstilling i kommunen de siste årene, med avvikling av de gamle sykehjemmene, og en satsning på omsorgsboliger og Helsehus, vil vi etter dagens normtall ha behov for følgende legeressurs i våre institusjoner, se tabell 1. Dette som et ledd i en gradvis styrking av legetjenesten og noe å planlegge etter.

BEMANNINGSNORM LEGEDEKNING			
Type Seng	Faktor	Antall	Årsverk
Palliasjon – Lindrende behandling	0,17	6	1,02
Korttids/behandling inkl KAD	0,1	16	1,6
Rehabilitering	0,1	12	1,2
Demens/Langtids	0,02	20	0,4
SUM		54	4,22

Tabell 1 Bemanningsnorm

Ved å gjennomføre tiltaket ALIS, vil vi være på god vei i å imøtekomme normkravet. Med ALIS vil vi ende opp med 3,4 årsverk legeressurs knyttet til sykehjem/helsehus, hvor alle vil ende opp med å være spesialister i allmennmedisin.

1.3.1 Legeberedskap i KAD

Levanger kommune har forpliktet seg gjennom en samarbeidsavtale med nabokommunene Verdal og Frosta om en «Lokal særavtale om legeberedskap og legevisitt på helg og høytid....» om og stille med 2 leger i vaktberedskap for disse kommuners KAD-senger. Kommunen må derfor sikre seg en forsvarlig legeressurs som imøtekommer disse kravene,

samt å legge til rette for en forpliktende 5-delt vaktberedskap. Lav vaktbelastning er også et ettertraktet rekrutteringstiltak.

1.4 Demografiske endringer

Siden forrige etablering av nye fastlege-hjemler, har befolkningsveksten i kommunen vært meget stor. I perioden 2015 til 2017 er veksten på hele 418 personer. Behovet for større kapasitet på fastlegelistene har vært stor de siste årene, med små muligheter til å bytte fastlege, og nye innbyggere har måttet ventet lenge på å få fastlege i sin nye hjemkommune.

1.4.1 Studenter og fastleger

Levanger kommune har som studentby og eget universitet, hatt en kjent problemstilling gjennom flere år at studentene i Levanger ikke har hatt en ønsket og tilfredsstillende tilgang til legetjenestene, mye på grunn av liten kapasitet på listene til fastlegene. Dette var også tema i kommunestyret i april dette år. <http://levanger.kommune.no/Politikk/Kommunestyret-2015-2019/290317/FO-717-Sporstal-Johansen/>

Som student i Levanger er det en fordel med fastlege her. Det er fastlegen som kan sørge for den beste oppfølging og behandling, da fastlegen kan bli kjent og følge studentene over tid. Vi vil med ALIS og en kapasitetsøkning, kunne oppfordre studentene til å velge fastlege før de kommer i behov for legetjenester. Legevakta kan være et alternativ, men bare da ved akutte tilstander/sykdom som ikke kan vente på ledig time hos fastlegen.

For studenter gjelder retten til å bytte tilbake til gammel fastlege fra hjemkommunen innen 3 år. Dette gjelder for tidligere tilmeldt som flytter tilbake til kommunen etter midlertidig flytting til annen kommune i en periode som ikke overstiger tre år.

1.5 Rekrutteringskonkurranse med helseforetak

Alle typer kommuner har legererekrutteringsutfordringer. I Levanger kommune konkurrerer vi med HNT Sykehuset Levanger, og vi har gjennom søknadsprosessen til 0-hjemler erfart at unge leger i etableringsfasen vegrer seg for den økonomiske og personlige investeringen som ligger i det å etablere seg som fastlege og kjøpe seg inn i et praksisfelleskap. Denne erfaringen gjøres også andre steder i landet der studier viser at fastleger i økende grad foretrekker fastlønn.

Det er nå bestemt at faste utdanningsstillinger skal implementeres i helseforetak. Tilsvarende tilrettelegging for spesialisering er så langt ikke foreslått fra myndighetenes side når det gjelder kommunehelsetjenesten. Det har blitt forskriftsfestet krav om spesialistutdanning for leger i klinisk 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 spesialisering i allmennmedisin. Som selvstendig næringsdrivende, vil en fastlege ikke ha rett til hverken sykepengen eller erstatning av inntekt

ved fravær i forbindelse med obligatoriske utdanningsaktiviteter så som kurs o.l. Dette er moment som vil dra nyutdannede leger mot en jobb i spesialisthelsetjenesten.

1.6 Utdanningsstillinger i primærhelsetjenesten - ALIS som løsning

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 er en viktig utdannings-arena, 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.

ALIS er en god løsning på Levanger kommunes rekrutteringsutfordringer fordi det:

- Tilbyr trygg rekruttering for unge leger i oppstartfasen som slipper utgifter til etablering og utdanningsløp som en privatpraktiserende fastlege vil medføre
- Rekrutterer til 0-hjemler og sykehjem samtidig – sikrer langsiktig kompetanseutvikling, stabilitet og samarbeid
- Gir kommunen mulighet til å kvalitetssikre innholdet i spesialiseringen; sykehjemsleger sikres et godt utdanningsløp med spesialisering i allmennmedisin og fastleger tilegner seg viktig og nødvendig kunnskap innen sykehjemsmedisin
- Fastlegekontor knyttes nærmere kommunen i samarbeidet og ALIS-kandidater fungerer som «brobyggere» mellom fastleger og annen allmennmedisinsk virksomhet
- Stimulerer samhandling med helseforetak da man skal etablere samhandling knyttet til gjennomføring av ALIS` s krav om tjeneste i spesialisthelsetjenesten

2 Utdanningsstillinger i allmennmedisin i Levanger kommune - ALIS

Levanger kommune har pr dato gjennomført utlysning, intervju og innstilt til 4 faste og hele utdanningsstillinger i allmennmedisin. Levanger kommune blir da arbeidsgiver med lønnsansvar for legene og tar ansvar for utgifter til utdanningsaktiviteter som ikke dekkes på annen måte. Ved endt spesialisering vil det for 2 av stillingene være privatpraktiserende arbeid som fastlege i egen hjemmel som er forutsetningen. For de 2 andre stillingene er det hele, faste stillinger som sykehjemslege som gjelder. Før oppstart skal den enkelte ALIS tilsettes med forutsigbarhet knyttet til enten fastlegehjemmel eller jobb som sykehjemslege ved endt spesialisering.

ALIS skal gjennom spesialiseringsperioden ha gjennomført praksis, veiledning, kurs og andre utdanningsaktiviteter slik at de oppfyller krav til spesialisering i allmennmedisin og kompetanseområde for alders- og sykehjemsmedisin. Utdanningsløpet legges opp etter rådende spesialiseringsregler for allmennmedisin, men vil kunne justeres underveis for å tilpasses ny spesialiseringsordning. Normert tid for utdanningsløpet er 5 år. I denne perioden vil hver kandidat ha gjennomført nødvendig tjeneste i åpen u-selektert allmennpraksis, 1 års sykehustjeneste, samt 2 år i sykehjem/helsehus.

2.1 Allmennmedisinsk tjeneste

ALIS skal gjennomføre minst 2 år i åpen u-selektert praksis og 2 år i sykehjem. For noen vil deler av tjenesten gjennomføres med arbeid i en 50/50 deling mellom legesenter og sykehjem/helsehus, mens det i andre perioder kan være nødvendig med arbeid på heltid. Dette vil kunne variere på grunn av forskjeller i erfaring fra før, periodevise permisjoner og varierende behovet for legeressurs. Tjenesten i åpen uselektert praksis skjer i forbindelse med opprettelse av 2 tidligere planlagte 0-hjemler i allerede etablerte gruppepraksiser. (se tabell 3)

Tjenesten i sykehjem gjennomføres ved legetjenesten på Staup helsehus, i 2 allerede etablerte stillingshjemler som sykehjemslege. Legetjenesten har ansvaret for kommunens korttidstilbud i sykehjem, inkludert KAD, (Staup helsehus) samt langtidsopphold ved Ytterøy helsetun. Av legene som er innstilt til disse stillingen, har de allerede gjennomført noe veiledet tjeneste som fastlege, eller i sykehjem, og vil få redusert sin tjenestetid i denne delen av tjenesten tilsvarende.

I løpet av utdanningsløpet gjennomfører ALIS minst 40 legevakter ved Innherred Interkommunale Legevakt som del av kommunens legevaktberedskap. Og ALIS skal også gjøre tjeneste i den interkommunale beredskapen for KAD på helge og høytidsdager. Vaktfordelingen mellom legevakt og KAD bestemmes av den stillingsbrøk i henholdsvis åpen uselektert praksis/sykehjemsmedisin legen til enhver tid jobber i.

2.2 Tjeneste i spesialisthelsetjenesten

Levanger kommune er i dialog med Sykehuset Levanger, Helse Nord-Trøndelag, om å etablere et samarbeid som sikrer at ALIS får gjennomført nødvendig tjeneste i sykehus, med til sammen 1 år veiledet tjeneste. Sykehusetjenesten er del av den langsiktige planleggingen for den enkelte legen (se tabell 3). Når sykehusetjenesten gjennomføres dekkes fravær i praksis av annen lege innenfor ALIS-ordningen. Dette gir god forutsigbarhet og planleggingsmulighet for den enkelte lege, legekantor, sykehjem og sykehus. Man vil tilstrebe at sykehusetjenestens innhold tilpasses de forslag som ligger i den nye spesialiseringsordningen. Det forutsettes at Sykehuset Levanger bidrar med ressurser til kurs og avlønning når legen gjennomfører tjeneste der.

2.3 Veiledning

Gruppepraksisene der ALIS har sin åpne u-selekterte praksis stiller med veileder som er spesialist i allmennmedisin. Denne lønnes av kommunen. Veileder skal være tilgjengelig for daglig supervisjon og for strukturert planlagt veiledning minimum 2 timer per uke i 40 uker per år, i gjennomsnitt. Kommunen vil legge til rette for at ALIS kan delta i veiledningsgruppe i allmennmedisin over 2 år. Under arbeid i sykehjemstjenesten, stiller kommunen med veileder som er spesialist i allmennmedisin. Hver veileder kan ha inntil 2 utdanningskandidater. Samhandling mellom de ulike veilederne og kandidatene ansees som svært viktig for å kvalitetssikre utdanningsløpene.

2.4 Kurs

Kommunen vil legge til rette for at ALIS kan gjennomføre obligatoriske grunnkurs i allmennmedisin og det nødvendige timeantall emnekurs innen normert tid. Kommunen stiller som krav at minst 80 kurspoeng er godkjent for kompetanseområdet i alders- og sykehjemsmedisin.

2.5 Øvrige utdanningsaktiviteter

Kommunen vil legge til rette for at ALIS kan gjennomføre nødvendige praksisbesøk for både allmennmedisin og alders- og sykehjemsmedisin. ALIS deltar i smågruppeundervisning med samarbeidskommuner innenfor alders- og sykehjemsmedisin (sykehjemslegeforum).

ALIS skal delta i regelmessig internundervisning i gruppepraksisen. I sykehjemstjenesten vil man legge vekt på at ALIS deltar i utvikling og undervisning på arbeidsplassen. Det avholdes årlige samlinger for utdanningskandidatene.

3 Økonomi

Utgangspunktet er at kommunen bruker lønnsmidler som allerede ligger i budsjettet for legetjenesten, men må også se på andre muligheter for ekstern finansiering av Helsedirektoratet og/eller Fylkesmannen. Tiltaket ALIS vil uansett medføre noe merutgift enn hva dagens drift av legetjenesten innebærer. Uansett så må dette tiltaket ses på som en langsiktig investering i dyktige, kompetente leger.

3.1 Kostnader

Lønn til utdanningskandidatene dekkes så langt som mulig av inntekter kommunen får gjennom egenandeler fra pasientene og trygderefusjon og per capita tilskudd (basistilskudd). Legens inntjening bidrar også til leie av kontor og ordinære drifts- og personellkostnader knyttet til de legesentrene som inngår i denne ordningen. Se tabell 2.

Lønn til lokal veileder utbetales av kommunen, mens kostnader til gruppeveiledning søkes finansiert av Legeforeningens utdanningsfond.

Vikar ved kurs og veiledning må i hovedsak dekkes ved kollegial fraværsordning, mens kursavgifter o.l. – finansieres av kommunen og Legeforeningens utdanningsfond.

Gjennomføringen av ALIS fordrer enighet og skriftlig avtale mellom kommune og legesenter, og det tas forbehold om dette. Avtale mellom legesenter og kommune inngås våren 2017, med oppstart høsten 2017. Avtalen reforhandles/evalueres første gang høsten 2018, med intensjoner om en årlig indeksregulering fra 2019.

3.2 Budsjett/Økonomisk modell

Det er viktig med omforent forståelse av prinsippet om at verken kommune eller legesenter skal belastes med unødige merkostnader knyttet til tiltaket.

ALIS - ØKONOMISK MODELL FOR BUDSJETT 2018			
	Komb 50/50	Forutsetninger - Gj snitt listestørrelse 400 pas	
Art	Grunnlag	Beskrivelse	Budsjett 2018
Årslønn	720000	Pr 100 % stilling x 4 stillinger pr år	2880000
Sosiale utgifter	216000	Pensjon, arbgavg og ferie - 4 stillinger pr år - 30 %	864000
Kurs/videreutdanning	20000	Pr 100 % stilling - 4 stillinger pr år	80000
Veiledning	40000	5 % stilling x 2 veiledere - 1 veileder pr legesenter	80000
Praksiskomp for veileder	20000	2 timer pr uke x 2 veiledere - årsbeløp	40000
Driftsutgifter	70000	Pr legesenter pr mnd	1680000
Basistilskudd	-442	Gj snitt -Pr pasient på liste - totalt 800 listepasienter	-176800
Egenbetaling pas	-50000	Gj snitt pr mnd - 5 dager praksis pr uke - 2 leger	-600000
Refusjoner HELFO	-100000	Gj snitt pr mnd - 5 dager praksis pr uke - 2 leger	-1200000
Utdanningsperm	-720000	1 lege utdanning pr år - refusjoner-lønn fra sykehus	-720000
Refusjon sos utg	-216000	Reduksjon ifht mindre lønnsutgift	-216000
SUM kom. utgifter			2927200

Tabell 2 Økonomisk modell

I tabell over ligger en prognose for kostnader og inntekter knyttet til ALIS.

4 Forslag turnus og årsplanlegging

Basert på innstillingen til disse 4 ALIS-stillingene, og legenes tidligere praksis, kan en mulig plan for utdanningsløpene fordele seg som i tabell under. Den viser tjenester ved 2 legesenter, Kirkegata og Moan, Staup helsehus (sykehjem) og Sykehuset Levanger (SL).

ÅR	2018		2019		2020		2021		2022		2023
NAVN Hjemmel	1/2		1/2		1/2		1/2		1/2		1/2
«Moan»	Moan	Moan	Moan Staup	Moan Staup	Sykehus	Sykehus	Moan Staup	Spesialist i Allmenntidisin Moan Legesenter			
«Kirkegt»	Perm	Kirk	Kirk Staup	Kirk	Kirk Staup	Kirk	Sykehus	Sykehus	Kirk	Spesialist i Allmenntidisin Kirkegata Legesenter	
«Lege 1»	Staup	Staup	Staup	Staup	Moan	Moan	Kirk	Kirk	Sykehus	Sykehus	Spesialist i Allmenntidisin Staup Helsehus
«Lege2»	Kirk Staup	Staup	Sykehus	Sykehus	Staup	Staup	Staup	Spesialist i Allmenntidisin Staup Helsehus			

Tabell 3 Turnus

Ved å ansette unge leger i etableringsfasen, må en være forberedt på ulike permisjoner og fravær knyttet til svangerskap og fødsel. Oppstart av ALIS er tenkt september 2017.

Den samlede legetjenesten med kommunalt ansatte leger driftes med årsplanlegging. Dette innebærer en forutsigbarhet for både lege (ALIS), legesenter og kommune. For året 2018 skal det senest i desember 2017 foreligge en årsplan som beskriver hvor og når den enkelte lege skal arbeide, perioder med alt av planlagt fravær og ferie, samt den totale vaktbelastningen for den enkelte lege. Alt av planlagte endringer bør varsles i god tid og senest 2 mnd. før endringen trer i kraft.

5 ALIS-avtaler med fastlegekontorer i Levanger kommune

I denne sammenhengen ønsker Levanger kommune å opprette utdanningsstillinger for allmennleger på to legekontorer. De utvalgte legekantor er de samme som for lenge siden ble prioritert når de neste 0-hjemmlene skulle etableres. Se vedlegg for avtaler.

Kravene til legekantorene samsvarer mye med kravene som blir stilt til legekantor som har turnuslege. ALIS-legene skal også ha annen kommunal tjeneste og et organisert sykehus-år. ALIS skal rullere mellom fastlegekontor og helsehus, slik at en både tilfredsstiller utdanningskravet, men også kommunens behov for kompetanse i helsehus. Det innebærer at det gjennom disse årene med utdanningsstillinger vil variere hvor stor andel av ressursene som til enhver tid er hvor, i legekantor eller helsehus og i sykehus. Dette påvirker også økonomien i den grad at både utgifts- og inntektsgrunnlaget vil variere.

5.1 Krav til legekantor:

5.1.1 Legesenter/Gruppepraksis

For legesentrene/gruppepraksisen knyttet til ALIS gjelder følgende;

- minst 2 fastleger i gruppepraksis, som kan gi daglig supervisjon
- godt utstyrt gruppepraksis og egen, godt utstyrt kontorplass for ALIS-legen
- hjelpe ALIS legen med å etablere 0-liste
- med kollegial fraværdeknning/vikarløsninger innenfor perioder på 14 dager
- med etablert rutine for internundervisning
- ha dokumentert og vedlikeholdt kvalitetssystem
- kunne gi statistikk og rapporter til kommunen til kvalitetsoppfølging og følgeforskning.
- skal ha rutine for innbetaling av ALIS-legens inntjente egenandeler fra pasienter samt trygderefusjon til kommunen

5.1.2 Individuell veileder

- skal være spesialist i allmennmedisin og ha veiledningserfaring av kolleger i veiledet praksis fra før.
- bør jobbe minst 50 % på legekantoret.
- skal tilby strukturert veiledning 2 timer per uke
- skal delta på veiledersamlinger i regi av kommunen minst 2 ganger pr år

5.1.3 Kommunens forpliktelser og tilbud

- Veiledningshonorar for 2 timer per uke jfr. ASA 4310 punkt 12.5 (blir årlig justert med samme prosentvise endring som basistilskudd)
- Praksiskompensasjon knyttet til 2 timers veiledning pr uke
- Tilskudd knyttet til dokumenterte økte driftsutgifter til hjelpepersonell, husleie, utstyr og andre kostnader inklusive også opparbeidet praksis

- Tilskuddet utbetales også ved ALIS-legens avbrudd, uteblivelse og sykdom innenfor rammene gitt i legesenterets avtale med kommunen – se vedlegg
- Fastlønn til ALIS-legen
- Avtalevarighet inntil 5 år, eller til ALIS har blitt spesialist i allmenntilleggsmedisin.

Referanser

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

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.

5.1.4 Tabeller

Tabell 1 Bemanningsnorm.....	3
Tabell 2 Økonomisk modell.....	8
Tabell 3 Turnus.....	8

5.1.5 Vedlegg

Avtale med Kirkegata Legesenter

Avtale med Moan Legesenter