

6. Legepraksiser tilknyttet instituttet 1972–2022

Michael 2022; 19: Supplement 29, 248–60.

Fra første stund har allmennpraksis av ulike typer vært tilknyttet og samlokalisert med instituttet. I første periode (1972–1984) ble det etablert en gruppepraksis som fikk navnet Institutt for almenmedisin. Deretter kom Ulriksdal legesenter, med fastlønnete kombistillinger og formalisert samarbeid mellom UiB og Bergen kommune (1986–2003). Med privatisering, flytting og fastlegereform gjenoppsto dette legesenteret på ny adresse med ny driftsform og nytt navn: Fjellsiden legesenter (2003–). Etter en del år ble tilknytningen til instituttet gradvis svakere og uten formell samarbeidsavtale med UiB. I dag er Fjellsiden legesenter fortsatt i drift, men bare en av de seks legene har fast universitetsstilling. Siste skudd på stammen er Alrek legesenter (2020), etablert av Bergen kommune og lokalisert i nybygget Alrek helseklynge.

Allmennmedisin er et klinisk fag som utøves i møte med pasienter i primærhelsetjenesten. I instituttets historie har det hele tiden vært spesiell tilknytning til og samarbeid med legesenter som har vært samlokalisert med instituttet i ulike driftsformer og samarbeidsavtaler. Mest forpliktende var samarbeidet i perioden fra 1986 til ca. 2015, med utgangspunkt i modellen med de fire kombistillingene – hver med halv stilling som bydelslege og halv akademisk stilling. Samarbeidet vedvarte i mange år, men i kjølvannet av fastlegereformens strukturendringer ble grunnlaget for et slikt formelt samarbeid gradvis svekket, og nye strukturer er under utvikling.

Institutt for almenmedisin – gruppepraksis tilknyttet instituttet (1972–1984)

Ved oppstart av Institutt for allmennmedisin ble det etablert en gruppepraksis for fire leger. Praksisen ble samlokalisert med instituttet i spesialbygde lokaler i andre etasje i «Søsterhjem 2» i Ulriksdal 8 c. De første legene var



Figur 1: Glade leger ved åpningen av legepraksisen 21. april 1972. Fra venstre Peer Høvik, Sigurd Humerfelt, Jon Efskind og Kjell Johansen i «barneavdelingen» på venterommet. Foto: Privat.

Egil Fuglum, Jon Efskind, Kjell Johansen og Peer Høvik, senere supplert av Arne Bjørge og Odd Schei, etter at Fuglum og Høvik sluttet etter kort tid. Senere var det flere utskiftninger. Det første året hadde praksisen også to turnusleger. Det var legemangel i Bergen, og legene i gruppepraksisen skulle i tillegg til kurativt arbeid drive sykebesøk, legevakt og tilsynslegevirksomhet, spesielt rettet mot innbyggere i et geografisk område i Årstad menighet (figur 1). Planen var å kartlegge helsebehovene for denne befolkningen. Legene skulle også delta i instituttets undervisning, avlønnet av Legeforeningen etter egen avtale.

Gruppepraksis var på denne tiden en ny driftsform, og i Bergen var det kun Fyllingsdalen legesenter som allerede hadde en slik organisering. Gruppepraksis ble valgt for å kunne tilby bedre service, inkludert laboratorietjenester, til pasientene, og bedre arbeidsforhold for leger og medarbeidere. Legene organiserte seg med akuttvakt på rotasjon, og det ble planlagt å tilby vakttjeneste i tiden 08–18, for å dekke tiden frem til den kommunalt organiserte Sykebesøksformidlingen startet. Flere av legene i gruppepraksisen var aktive innen fagutvikling. To av dem, Steinar Fosse og Johan Fredrik Nilsen, var i årene rundt 1980 sentrale i utviklingen av Infodoc, en ny programvare for elektronisk pasientjournal – EPJ (se egen omtale). Infodoc har siden vokst seg stor og sterk og er fortsatt i 2022 en viktig aktør i EPJ-markedet.

Figur 2: Gruppepraksisen hadde etter datidens forhold et velutstyrt laboratorium. Her er fysiokjemiker Eva Thrane og laboratorie-assistent Beth Vikøren Hansen i arbeid. Fra reportasje i avisen Dagen 22. april 1972.

Foto: Dagen.



Figur 3: Legeforeningen sto for utlysning og tilsetting av medarbeidere ved legepraksisen. BT 16. juni 1972.

Faksimile: Nasjonalbiblioteket.

Institutt for almenmedisin
Universitetet i Bergen

Adr. Ulriksdal 8 C - 5000 Bergen.

I tilknytning til institutt etableres en gruppepraksisenhet omfattende 4 legeenheter. Lokalene består av konsulasjonsrom og undersøkelsesrom for hver av legene. Felles venterom, ekspedisjon med pasientarkiv, laboratorium med undersøkelsesrom. Hertil kommer toaletter, dusj og garderobe samt bibliotek og møterom i selve instituttets lokaler. De er forutsetningen at legene deltar i undervisningen av medisinske studenter og almenpraktiserende leger som et ledd i disses videre- og etterutdanning.

En ønsker ansatt følgende helsepersonell med snarlig tiltredelse:

1. Sykepleiere:
Sykepleiere på deltid evt. engasjement. 2 sykepleiere. Utdanning og praksis i legekontorarbeid ønskelig.

2. Legesekretær/kontorassistent:
2 stillinger. Utdanning og praksis i kontorarbeid nødvendig.

For samtlige stillinger forutsettes ordnet arbeidstid med mulighet for fleksibilitet. Lovfestet ferie. Lønn etter kvalifikasjoner og overensstemmende med gjeldende bestemmelser. Frie arbeidsklær.

Instruks for stillingene vil bli utarbeidet 3 måneders gjensidig oppsigelse. Helseattest fremlegges ved tilsetting.

K!Søknad med vitnemål og attester sendes Den norske lægeforening sekretariat, Inkognitogt. 26, Oslo 2, snarest og innen 1. aug. 1972.

Gruppepraksisen hadde en stor stab av medarbeidere: fire sykepleiere som betjente forkontor for hver lege, dessuten sykepleier og kontorassistent i ekspedisjonen samt sykepleier og laboratorieassistent på laboratoriet (figur 2). Medarbeiderne var lønnet av Legeforeningen (figur 3). Etter hvert ble praksisen privatisert med næringsdrift som økonomisk grunnlag, men legeforeningen støttet senteret med betydelige midler i mange år.

Som ledd i en formell integrering mellom universitetsinstituttet og legesenteret, tok Per Fugelli i 1984 initiativ til en radikal omorganisering av driften ved legesenteret, og gruppepraksisen ble nedlagt i 1985. Legene flyttet til andre legesentre eller startet egne praksiser, mens medarbeiderne ble sikret andre stillinger. Legesenteret ble pusset opp i 1985–1986 og hadde bare delvis drift i regi av vikarer disse årene.

Ulriksdal legesenter – kombistillinger (1986–2003)

Fugelli oppfattet forpliktende nærhet til, og samhandling med klinisk allmennmedisin som en faglig forutsetning for instituttets akademiske aktiviteter. I 1985 ble det inngått en samarbeidsavtale mellom Bergen kommune og Universitetet i Bergen (UiB), der Bergen kommune skulle opprette en fastlønnet allmennpraksis (*Ulriksdal legesenter*) basert på to legeårverk og medarbeidere (sykepleier og legesekretærer). Disse stillingene skulle utgjøre grunnlaget for fire kombinerte amanuensisstillinger (*kombistillinger*), hver med halv stilling som allmennlege og halv stilling som amanuensis (figur 4). Samarbeidsavtalen innebar at kombistillingene var koblet – man kunne ikke si opp den ene delen av stillingen uten samtidig å si opp den andre delen av stillingen. Formålet var å sikre og styrke et klinisk ankerfeste for instituttet. Kombistillingene representerte et viktig signal fra instituttet både



Figur 4. Omtale av kombilege-ordningen i BT 9. desember 1985. Faksimile: Nasjonalbiblioteket.

internt og eksternt om betydningen av forpliktende rammer som en integrert og tilrettelagt del av virksomheten.

I 1986 ble kombilegene tilsatt og fra januar 1987 var nyordningen i full drift ved at samtlige kombistillinger var besatt. De første kombilegene var Steinar Hunskår, Kirsti Malterud, Pål Voltersvik og Kjell Haug. Sistnevnte hadde permisjon i anledning sitt forskningsprosjekt, og hans stilling var besatt med vikar. Bemanningssituasjonen var i 1987 for alle personellgrupper preget av en overgangsfase med manglende stabilitet. Det nye legesenteret fikk plass i nyoppussete lokaler etter den tidligere gruppepraksisen. Senteret var samlokalisert med instituttet i Ulriksdal 8C, og mange pasienter fulgte med over til det nye legesenteret. Lokalene i 2. etasje var lyse, moderne og adekvate, men relativt enkelt utstyrt. Journalnotater ble, slik det var vanlig på denne tiden, skrevet inn i papirjournaler, dels via diktat, dels av legene selv. Atkomsten var ikke ideell for bevegelseshemmede, med trapp eventuelt heis via instituttets inngang og resepsjon.

De fire kombilegene organiserte sitt kliniske arbeid med to faste praksisdager ukentlig (mandag + tirsdag, eller torsdag + fredag), basert på deling av de to tilgjengelige legekantorene. Instituttets faste møter (instituttmøte, undervisningsmøte) og legesenterets praksismøte ble lagt til onsdager, som ble en samlingsdag der de fleste var til stede. Praksismøtet (60 minutter) omfattet presentasjon og drøfting av faglige spørsmål (som nye retningslinjer for diabetes, klinisk relevante forskningsresultater, vanedannende medikamenter), kvalitetstema (som tilgjengelighet, taushetsplikt, brukerundersøkelser) i tillegg til driftsspørsmål (fraværspanlegging, samarbeid og laboratorieprosedyrer). I tillegg møttes leger og medarbeidere til daglig morgenmøte (15 minutter) før pasientarbeidet startet. For kombilegene var onsdager også en ukedag for papirarbeid, administrasjon og møter med samarbeidspartnere. En lang periode var jordmor ansatt i kommunal stilling tilknyttet legesenteret for samarbeid om svangerskapskontroller.

Ulriksdal legesenter la vekt på å fremstå som et eksempel på en veldrevet og vanlig legepraksis som i de fleste spørsmål ikke atskilte seg fra andre legekantor i Bergen. De fleste av legene deltok også i den kommunale legevaktordningen. På midten av 1990-tallet tok legesenteret i bruk EPJ og fikk dermed digitale pasientjournaler og timebestillingsystem. Programmet var Profdoc, som på denne tiden var markedsleder blant sju mulige journalsystemer. På slutten av 1990-tallet ble Profdoc avløst av EPJ-systemet Winmed.

Pasienter tilknyttet Ulriksdal legesenter hadde tilbud om konsultasjoner for øyeblikkelig hjelp hver ukedag. Relasjonell kontinuitet ble tilstrebet ved at hver pasient hadde sin faste lege (dette var før fastlegeordningen), mens

akutt-timer hos en av de andre legene sikret dekning for pasienter på uke-dager da deres egen lege ikke var i praksis. Oppnåelse og vedlikehold av spesialiteten i allmennmedisin hadde høy prioritet for legene, og spesialitetskomiteens fortolkning av kriteriene falt gunstig ut for kombilegene.

For å styrke mulighetene for samhandling med lokale samarbeidspartnere som hjemmesykepleie og sosialkontor ble det lagt opp til at nye pasienter fortrinnsvis ble rekruttert fra nærområdet.

Siden legene delte kontor med hverandre, ble det lite flytting av praksisdager, og medarbeidere og de fleste pasientene opplevde kombilegenes halvtids tilstedeværelse som forutsigbar og akseptabel. En gevinst av denne stabiliteten var også at legene i liten grad opplevde forventninger om å stille opp ved kliniske problemstillinger utenom praksisdagene, ikke minst fordi situasjonen var lik for alle legene ved legesenteret. På samme måte ble kombilegenes praksisdager i hovedsak respektert og skjermet når studieplaner og undervisning ble planlagt, noe som jevnt over førte til god deltakelse i undervisningen og lite fravær fra praksis for kombilegene. For de fleste av kombilegene ble dette opplevd som rytmer som ga forutsigbare og overkommelige arbeidsdager, der praksis ga inspirasjon til forskning og undervisning og omvendt. Noen opplevde imidlertid kombirollen som fragmentert og uoversiktlig, kanskje særlig med utfordringer når det gjaldt å finne tid og konsentrasjon til forskning.

Tidlig dukket utfordringer opp knyttet til bedømmelse og ansettelse i kombistillingene. Samarbeidsavtalen forutsatte at søknader skulle underkastes vanlige vurderingsrutiner for de to delene av stillingen, med separat bedømmelse for den akademiske og den kliniske delen av stillingene. Det var den akademiske bedømmelsen som fikk prioritet ved ansettelser. Grunnet rekrutteringssituasjonen har dette skapt mange problemer for legesenteret i årenes løp, med midlertidige ansettelser, vakanser og stor gjennomstrømning som følge. Dette var mest uttalt de første årene, trolig fordi det den gang ikke fantes så mange allmennleger med akademiske kvalifikasjoner for fast stilling. Med årene ble kontinuiteten bedre. De fleste av kombilegene kvalifiserte seg også som spesialister i allmennmedisin, noe som styrket den kliniske kompetansen både på instituttet og ved Ulriksdal legesenter. Etter hvert vokste instituttet, både i antall akademisk ansatte og i kompetansenivå. Det var da blitt satt en standard om at klinisk praksis og gjerne spesialitet i allmennmedisin hørte sammen med akademiske stillinger i faget, og mange av de ansatte fant tilknytning i allmennpraksis utenfor Ulriksdal. På denne måten ble klinisk mangfold styrket i det akademiske miljøet (figur 5).

Figur 5: Fastlege Guri Rørtveit rydder i kontorhyllene på Ulriksdal legesenter i 2003. Foto: Kirsti Malterud.



For kombilegene ble det også en utfordring å gå inn i kommunalt forebyggende helsearbeid i tillegg til klinisk praksis. Tiden strakk rett og slett ikke til, hvis legene skulle drive åpen uselektert praksis med god bredde i pasientgrunnlag og problemstillinger. Til gjengjeld godkjente spesialitetskomiteen i allmenntid medisin kombilegenes akademisk praksis som tellende 'annen offentlig allmenntid medisinsk virksomhet'. Bemanningen ved Ulriksdal legesenter ble etter hvert supplert med en full stilling som allmennlege, opprettet for å dekke legesenterets forpliktelser innen kommunalt forebyggende helsearbeid. Ledelsesfunksjonen ved legesenteret (bydelslege I) ble også tillagt denne stillingen.

Legesenteret har med vekslende tyngdepunkt fungert som verksted for forskning, undervisning og fagutvikling. Noen av legene har hentet empiriske data til egen forskning fra konsultasjoner med legesenterets pasienter, andre har levert data til eksterne multisenterstudier nasjonalt og internasjonalt. Til tider har etterspørselen angående sistnevnte oppdrag vært i overkant, noe som ble ett av flere argumenter for utvikling av Praksisnett – en nasjonal infrastruktur for organisert samarbeid med legesentra som

ønsker å bidra med datainnsamling til utvalgte allmennmedisinske forskningsprosjekter (omtalt annet sted i boken).

De første årene var lokalene dårlig tilrettelagt for utplassering av lege-studenter i annet enn observatørrolle, men etter hvert ble det bedre muligheter for å tilby fullverdig utplassering der studentene også kunne gjennomføre selvstendige konsultasjoner med legesenterets pasienter under veiledning. Legesenteret tok da imot studenter på lik linje med øvrige allmennleger på Vestlandet, dessuten av og til ekstra for å få utplasseringskabalen til å gå opp for studenter som kom fra utlandet eller hadde måttet melde forfall i utplasseringsperioden. Da eksamen i allmennmedisin ble innført, bidro legesenteret med infrastruktur og utstyr ved behov. I tillegg har legesenteret mottatt gjester fra instituttet for omvisning, hospitering eller innføring i organisering av primærhelsetjenesten i Norge.

Arbeid med kvalitetsforbedring sto i alle år høyt på dagsorden ved Ulriksdal legesenter og ledet til publikasjoner om ulike tema. Fra 1997 ble en lokal prosedyrebok utviklet og implementert. Etter hvert deltok legesenteret i utprøving av *Trinnvis*, et styringssystem for små og mellomstore virksomheter i helsetjenesten. *Trinnvis* dannet utgangspunkt for legesenterets eget internkontrollsystem (Malterud 2007a; 2007b), som i 2008 ble belønnet med Legeforeningens kvalitetspris for primærhelsetjenesten. Fra 2001 ble årlig kvalitetsgjennomgang gjennomført ved legesenteret. Et eksempel på konkret tiltak utløst av kvalitetsforbedringsarbeidet var praktisk kurs i basal og avansert hjertelungeredning sammen med allmennleger og ambulansetjenesten på Osterøy (Thesen 2004). Tolv tretimers kurs med 10–16 deltakere ble gjennomført ut fra realistiske scenarier med datastyrt dukke, og trening i team. Brukerundersøkelser basert på ulike metoder med data fra pasientene ble gjennomført med jevne mellomrom, og erfaringene fra disse ble oppsummert og delt med kolleger i inn- og utland (Bjertnaes, 2011; Malterud, 2012; Malterud, 2013).

Næringsdrift og fastlegeordning på begynnelsen av 2000-tallet

Som fastlønnete allmennleger i kommunal stilling (bydelsleger) hadde kombilegene ordnet arbeidstid, noe som for de fleste i all hovedsak lot seg praktisere. Samarbeidet med Helsevernetaten i Bergen kommune var godt, med høy grad av lokal autonomi. Selv om inntektsnivået i fastlønnsstilling etter hvert ikke lenger var konkurransedyktig med næringsdrift, var det få initiativer fra kombilegene angående endring av legesenterets driftsform i disse årene.

I januar 2001 ble Ulriksdal legesenter privatisert etter forhandlinger med Bergen kommune, som ledd i kommunens forberedelser til fastlegereformen.

Legene inngikk personlige driftsavtaler med Bergenhus bydel, ble selvstendig næringsdrivende og overtok ansvar for økonomi- og personalforvaltning som selvstendig virksomhet (*Ulriksdal legesenter DA*). Legesenteret ble organisert som et DA (delt ansvar), med prosedyrer for virksomhetsoverdragelse som styrende for videreføring av medarbeidernes ansettelser. I månedlige styremøter ble ledelse, personalansvar, økonomi, dataansvar og kvalitetsarbeid ivaretatt og delegert, i all hovedsak uten konflikter av betydning. For legene medførte endringen en merkbar økning av inntektsnivået, men også mye administrativt arbeid som tidligere hadde vært ivaretatt av kommunen.

I juni 2001 trådte fastlegeordningen i kraft. De kommunale driftsavtalene ble erstattet av personlige fastlegeavtaler, der legene overfor bydelen forplikter seg til å gi allmennlegetilbud til personer som er tilmeldt legens liste, innen en nærmere avtalt kontortid og åpningstid. Samarbeidsavtalen mellom Bergen kommune og UiB ble revidert i 2001, men fortsatt ble kombi-ordningen videreført. Fire av de fem fastlegene ved Ulriksdal legesenter var også fortsatt ansatt i akademiske stillinger ved instituttet.

Privatisering av legesenteret og innføring av fastlegereformen førte til at en rekke punkter i den gamle samarbeidsavtalen mellom UiB og kommunen ikke lenger var relevante, selv om intensjonen bak samarbeidet og kombistillingene fortsatt var høyst aktuell. Fastlegereformen innebar at tildeling av fastlegehjemler og salg av praksis ble regulert av sentralt regelverk i samsvar med kommunehelsetjenesteloven, forvaltningsloven og av sentrale avtaler mellom partene. Dermed kunne ikke lenger UiB ved Det medisinske fakultet være forpliktet til å tilby akademisk stilling til ny hjemmelinnehaver av fastlegestilling ved Fjellsiden legesenter. Kommunen kunne ikke lenger gjøre krav på at akademisk deltidsstilling automatisk skulle medfølge når fastlegehjemmel skiftet hjemmelshaver, på samme måte som UiB ikke kunne gjøre krav på kommunal fastlegehjemmel ved skifte av akademisk stillingsinnehaver. Det ble derfor stadig vanskeligere å se for seg en videreføring av den strenge koblingen via stillinger og tilsetning som tidligere hadde vært praktisert for kombi-stillingene.

Samarbeidet måtte derfor finne en ny form, uten Bergen kommune som en sentral samarbeidspartner, og med legesenteret som en selvstendig driftsenhet uten subsidiering fra UiB. Den gamle samarbeidsavtalen ble derfor avvirket (2000/2003/2005) slik at stillingene heretter kunne frikobles. For å ivareta samarbeidet om en akademisk praksis lokalisert i Kalfarveien 31, var heretter Fjellsiden DA og UiB de reelle samarbeidspartene, om enn ikke lenger formelt.

Fjellsiden legesenter (2003 -)

Likevel fortsatte ordningen der fire fastleger kombinerte halvtids klinisk praksis med halv akademisk stilling på instituttet i mange år fremover, i samsvar med de opprinnelige intensjonene bak kombistillingene. I tillegg hadde fortsatt legesenteret tilknyttet en fulltids fastlege uten akademisk stilling. Samlokalisering av instituttet medførte i oktober 2003 flytting fra Ulriksdal 8C til Kalfarveien 31. Legesenteret hadde primært ikke noe ønske om å flytte fra daværende lokalisering, men oppfattet samarbeidsavtalens punkt om samlokalisering som både forpliktende og hensiktsmessig. Det samme gjaldt for seksjonen og instituttet, som argumenterte sterkt overfor universitetet at det måtte tilby lokaler egnet for et legesenter i instituttets nye lokaler. Partene søkte derfor å finne fram til en løsning der legesenteret også kunne tilbys lokaler i Kalfarveien 31, fortsatt beliggende i Bergenhus bydel med omtrent samme nedslagsfelt som tidligere.

Seksjon for allmennmedisin ble plassert i 1.etasje av Paviljongen, mens legesenteret fikk disponere underetasjen, som ble rehabilitert for formålet. I samarbeid mellom instituttet, UiBs eiendomsavdeling og Entra (den statlige formelle eieren av Kalfarveien 31) ble dette formalisert ved at legesenteret inngikk framleieavtale med UiB til vanlig markedsleie. Entra gjennomførte byggarbeidene i nært samarbeid med leger og medarbeidere ved senteret, noe som førte til mange praktiske forbedringer og modernisering, sammenliknet med lokalene i Ulriksdal 8C.

Viktigst var kanskje beliggenheten på gateplan med forbedret atkomst for funksjonshemmede. Det var også gode parkeringsmuligheter. UiB hadde tilrettelagt for samlokalisering, men subsidierte ikke legesenteret. Etter privatisering av legesenteret to år tidligere hadde heller ikke Bergen kommune noe økonomisk ansvar. Legesenteret dekket derfor selv så vel driftskostnader som kapitalinvestering, som følge av at lokalene i Kalfarveien skulle bli legesenter. I forbindelse med flyttingen skiftet legesenteret navn til *Fjellsiden legesenter*.

Næringsdrift og flytting førte likevel ikke til omfattende endringer sammenliknet med tidligere virksomhet. Blant leger og medarbeidere var det stort sett god kontinuitet, og etablerte rutiner fra Ulriksdal legesenter ble i all hovedsak videreført av de samme personene det kommende tiåret. I 2014 ble EPJ-systemet Winmed etterfulgt av CMG. I dag bruker legesenteret Infodoc, altså det EPJ-systemet som ble utviklet ved den første gruppepraksisen tilknyttet instituttet – et system som alltid har stått særlig sterkt blant allmennleger på Vestlandet (se eget kapittel). I én periode var fire av kombilegene professorer i allmennmedisin (Bjorvatn, Malterud, Rørtveit og Smith-Sivertsen). Selv om disse hadde sine egne akademiske interesseom-



Figur 6: Lunsj og fagmøte i Fjellsiden legesenter i 2003. Fra venstre foran: Kirsti Malterud, Bjørn Bjorvatn, Ole Fritjof Norheim. Fra venstre bak: Anna Rogde Haavik, Anne Grethe Nossum, Guri Rørtveit, Eli Asphaug, Niels Saaby Hansen. Foto: Privat.

råder, ble det fortsatt lagt vekt på at det skulle drives åpen, uselektert legepraksis ved Fjellsiden legesenter.

Også arbeidet med kvalitetsforbedring ble videreført. Legenes fagmøter var blitt godkjent av spesialitetskomiteen i allmennmedisin som tellende smågruppemøter for etterutdannelsen. Disse fortsatte som før med fastlagt faglig program med presentasjoner av senterets egne leger og besøk av eksterne gjester (figur 6). Legesenteret var tidlig ute med deltakelse i utprøving av nye verktøy for uttrekk av elektronisk pasientjournal (Medrave), noe som senere er blitt et viktig grunnlag for datainnsamling til allmennmedisinsk forskning i Praksisnett. Fjellsiden legesenter har også vært arena for TVEPS (Senter for tverrprofesjonell samarbeidslæring) med trening av helse- og sosialfagstudenter. TVEPS er et prisbelønnet samarbeid mellom Universitetet i Bergen, Høgskulen på Vestlandet, Bergen kommune og Øygarden kommune.

Fra 2015-tallet endret tilknytningen mellom legesenteret og instituttet seg gradvis, ved at flere nye fastleger uten fast akademisk stilling overtok hjemler som ble ledige når tidligere kombileger sluttet. Fortsatt var driften ved legesenteret basert på deling av kontorer, og legene har derfor vært i eksternt virksomhet med kommunalt allmennlegearbeid, blant annet på sykehjem. En periode fungerte flere av instituttets ph.d.-stipendiater som

fastlegevikarer ved Fjellsiden legesenter, men uten forpliktende samvirke mellom akademisk og klinisk praksis. I 2021 er Fjellsiden legesenter fortsatt i drift i lokalene i Kalfarveien, men det er bare en av de seks legene som også har fast universitetsstilling ved instituttet.

Alrek legesenter – samarbeid på nye premisser (2020–)

Med planlegging av Alrek helseklynge på Årstadvollen ble spørsmålet om samarbeid mellom UiB og Bergen kommune igjen aktualisert. Men Fjellsiden legesenter hadde endret karakter og var ikke lenger en opplagt arena for forpliktende samarbeid mellom akademisk og klinisk allmennmedisin. Nye forutsetninger ble derfor lagt til grunn da det nye *Alrek legesenter* ble etablert av Bergen kommune og lokalisert i Alrek helseklynge fra 2020.



Figur 7. Medarbeiderne ved Alrek legesenter i oktober 2021. Første rad fra venstre: Kristin Lygre (helsesekretær), Anne Bakkeplass (helsesekretær), Kathy Ainul Møen (fastlege, faglig leder og spesialist i allmennmedisin), Hilde Aarthun (ALIS). Bakre rad: Magnus Farstad (ALIS), Berit Karin Haaskjold Hagen (daglig leder, helsesekretær), Jeanette Monsen (helsesekretær) og Lars Atle Soldal (ALIS). Fravær: Henning André Lien (spesialist i allmennmedisin). Foto: Privat.

Siden Samhandlingsreformen (2012) hadde fastlegekrisen gradvis utviklet seg med økt arbeidsbelastning og uakseptabelt lang arbeidstid. Som konsekvens av dette økte avgangen av fastleger og rekrutteringen av nye fastleger viste seg vanskelig. Etter utprøving i pilotprosjekter flere steder i landet, ble *ALIS*-ordningen etablert (ALIS: allmennleger i spesialisering), med kvalitetssikret og effektivt spesialiseringsløp i allmennmedisin. Spesialistkandidatene fikk i større grad velge mellom allmennpraksis med fastlønn eller næringsdrift, og veiledning og oppfølging var godt tilrettelagt.

Erat for helsetjenester i Bergen kommune fikk høsten 2019 i oppdrag å etablere et kommunalt legekontor for fem fastlønnede leger i den nordlige delen av Alrek helseklynge. To av disse skulle være spesialister i allmennmedisin, mens tre stillinger ble forbeholdt ALIS. ALIS-stillingene skulle inngå i kommunens utdanningsplaner for ALIS. Alrek legesenter skulle også ha et tett samarbeid med de andre aktørene i Helseklyngen, med et særlig fokus på FoU. En stilling som koordinator for ALIS ble besatt av lege i førsteamanuensisstilling (20%) ved UiB og instituttet (Kathy Ainul Møen). Grunnet pandemien har det tatt tid å komme ordentlig i gang med virksomheten, herunder også formalisering av avtaler og samarbeid, men høsten 2021 er Alrek legesenter i god drift (figur 7). Her er EPJ-systemet CMG i bruk.

Litteratur

- Bjertnaes OA, Lyngstad I, Malterud K, Garratt A. The Norwegian EUROPEP questionnaire for patient evaluation of general practice: data quality, reliability and construct validity. *Fam Pract* 2011; 28: 342-9.
- Malterud K. Internkontroll på et allmennlegekontor. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007; 127: 2236-8.
- Malterud K. Forebygging av faglige feil på allmennlegekontoret. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007; 127: 2239-41.
- Malterud K, Lyngstad I. MiniPEP – brukerundersøkelse som metode for praktisk kvalitetsforbedring på allmennlegekontoret. *Utposten* 2013; 42 (2): 26-31.
- Malterud K. Brukerundersøkelser i allmennpraksis – Erfaringer med ulike metoder. *Utposten*. 2012; 41 (3): 14-9.
- Thesen J, Mosevoll TD, Malterud K. Hjerter-lunge-redning i kommunehelsetjenesten – enkelt program for opplæring og vedlikehold. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 322-3.