

Spesialistutdanning av leger. Høringsinnspill til SISAM rapporten fra Nasjonalt senter for distriktsmedisin, okt. 2014

Det vises til Helsedirektoratets høringsbrev av 18.06.2014 med forslag: Fremtidens legespesialister. Spesialitetsstruktur- og innhold i samfunns- og allmennmedisin (SISAM-prosjektet). IS-2139.

Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) har sitt hovedfokus på primærhelsetjenesten, gjerne sett i sammenheng med andre nivå. Utdanning har siden starten vært helt sentralt i NSDM sitt arbeid med å sikre kvalitet, rekruttering og stabilisering av leger i distriktene.

I dette svaret presenteres først konklusjonene våre. Deretter følger en kunnskapsbasert argumentasjon for disse basert på hvilke utfordringer vi mener spesialistutdanningen skal bidra til å løse. Fra side 7 følger kommentarer til konkrete forslag i rapporten.

Konklusjon

Spesialistutdanningen i samfunns- og allmennmedisin må bygge på systematisert kunnskap om hva som gir effektiv læring hos voksne, om utfordringene vedrørende kvalitet i helsetjenestene utenfor sykehus og hvordan kontinuerlig kompetansebygging lokalt virker stabiliserende og rekrutterende på leger og annet helsepersonell, samt legger til rette for god primærmedisin.

1. Grunnutdanningene må forberede studentene til å velge allmenn- og samfunnsmedisin som fremtidig spesialitet, spesielt via desentraliserte deler.
2. Kommunene må styrkes som utdanningsarena igjennom hele utdanningsløpet (grunn-, turnus- etter- og videreutdanning) for allmenn- og samfunnsmedisinere gjennom tilrettelegging for kontinuerlig kompetanseutvikling med faste ansatte som driver fagutvikling, underviser og forsker.
3. Det må derfor opprettes utdanningsstillinger med fastlønn slik at tid kan avsettes til undervisning, fagutvikling og forskning i faglige nettverk.
4. Utdanningskandidatene må sikres kvalifiserte, lokale legeveiledere.
5. Det må etableres dedikerte stillinger som bistår utdanningskandidatene i å finne egnede sykehus-stillinger i del 2 og 3.
6. Sykehustjenesten bør ikke bli lengre (grense på 1 år i del 2 og 3) og turnustjenesten ikke kortere. Dette fordi andelen spesialistkandidater som går over i sykehusstillinger og blir værende der, allerede er en utfordring. Økt tid på sykehus kan øke sjansen for slike overganger. Kortere turnus gir ikke tilstrekkelig kompetanse for den påfølgende tjenesten i allmennmedisin og vil spesielt i distriktene virke ikke-rekrutterende.
7. Universitetene bør bidra til læringsmål i spesialistutdanningene og sikre at kurs og veiledning foregår etter anerkjente læringsmetoder. Men universitetene må ikke bidra til sentralisering av kompetanseutvikling som heller kan skje lokalt og dermed sikre relevans og nettverksbygging via bred involvering (mellom nivåene og tverrfaglig).
8. Legeforeningens desentraliserte kurskomitéer i hvert fylke bør styrkes slik at de bedre kvalitetssikrer og skreddersyr kurs i spesialiseringsløpene.

Utdanning for å møte primærhelsetjenestens innhold

Vi deler synet på rapportens utfordringsbilde: 1) Oppfylging av Samhandlingsreformen, 2) Ukjent, og sannsynligvis ujevn, kvalitet i allmennpraksis, 3) Allmennlegebemanning av legevaktene, 4) Rekruttering til utkantstrøk og ikke minst rapportens påpeking av «Normalisering av allmennlegenes totalarbeidstid som et tiltak for å rekruttere og beholde dyktige allmennleger og særlig i distriktene der vaktbelastningen er størst.» (s.50)

Kontinuerlig kompetansebygging lokalt, på arbeidsplassen og i regionvise nettverk, er en nøkkel for legers trivsel. Desentralisert og hensiktsmessig spesialistutdanning er derfor viktig for å beholde gode leger utenfor sykehus.

Allmenntilmedisinen er helhetlig og omfattende og følger alle typer pasienter over lang tid, gjennom mange ulike lidelser, i samarbeid med flere andre ulike aktører. Vi er derfor skeptiske til at spesialistutdanningen legger til rette for økt tid på sykehus, der en helt annen type medisin praktiseres, i et helt annet praksisfellesskap, med lav forståelse av betydningen av allmenntilmedisinens bredde med nærhet til pasientens sykehistorie, relasjoner og lokalsamfunn over tid.

Læring av allmenn- og samfunnsmedisin i egen praksis og region er i tråd med kunnskap om hvordan voksne lærer:

1. Via klare læringsmål i egen jobbkontekst,
2. med egne samarbeidspartnere,
3. med oppgaver som gir mening,
4. med muligheter for refleksjon med en mer kompetent veileder^{1, 2}.

Barbara Starfields forskning viser hvordan primærhelsetjenesten (PHT) skiller seg fra spesialisthelsetjenesten. I et intervju, her gjengitt på norsk, sa hun følgende: «Spesialister er utdannet i sykehus. De får ikke et representativt bilde av måten sykdom presenterer seg ute i lokalsamfunnet, fordi pasientene de utdannes og trener seg på inne i sykehuset er sjeldne. Pasientene de ser er henvist til universitetssykehus fordi de har lidelser som er komplekse og uvanlige. Når legene er ferdig utdannet og begynner å vurdere symptomer på egenhånd, vil de sannsynligvis mistenke at det er noe alvorlig.»³

Tanken om breddefokuserte grunnutdanninger for å møte dagens helseutfordringer, finner vi i igjen i Stortingsmeldingen Utdanning for Velferd⁴, og i legestudentenes ønske om å bli undervist av generalister om pasienter, og ikke av grenspesialister om sjeldne diagnoser.⁵

¹ Hurtubise, L., Roman, B. Competency-Based Curricular design to Encourage Significant Learning. *Curr Probl Pediatric Adolesc Health Care* 2014;44:164-169

² Steinert, Y. et al. (2006) A systematic review of faculty development initiatives designed to improve teaching effectiveness in medical education: BEME Guide No.8. *Medical Teacher*, 28;6:497-526

³ Marcille, J. (2008) A Conversation with Barbara Starfield, MD, MPH: An Evidence Base For Primary Care. A physician-turned-academic-researcher builds a framework for challenging the health system's focus on specialists http://www.managedcaremag.com/archives/0806/0806.qna_starfield.html

⁴ HOD, Meld. St. 13 (2011-2012) Utdanning for velferd. Samspill i praksis.

⁵ http://www.nsdm.no/filarkiv/File/Artikler/Avsidesby_print_endelig_080914_3.pdf#page=13

Starfield mente videre at fire forhold måtte være på plass for å få god PHT: 1) folk må vite at de har *tilgang* til sin fastlege når de har et nytt problem. 2) helsehjelpen må være *personfokusert*, ikke sykdomsfokusert. 3) PHT skal være *omfattende og helhetlig* 4) PHT må *integrere* helsehjelpen: spesialister håndterer de sjeldne problemene, og primærlegen integrer dette inn i annen pågående helseomsorg. Utfordringene er i stor grad møtt i Legeforeningens Utviklingsplan for fastlegeordningen⁶ og kommunekapittelet i HelseOmsorgs 21-strategien.⁷ Det er nå avgjørende at de også møtes i utformingen av legers spesialiseringssløp.

Rekruttering og stabilisering av leger i primærhelsetjenesten

Samhandlingsreformen forutsetter at mer av pasientbehandlingen skal skje på kommunalt nivå. Kommunene bør derfor være opptatt av kontinuerlig kompetansebygging for å møte de nye oppgavene og at de skal vokse i omfang. Det store veivalget kommunehelsetjenesten står overfor handler om enten å styrke tjenestene ved interkommunalt samarbeid eller ved samlokalisering av ulike tjenester lokalt. NSDM har større tro på å satse mer på samlokalisering enn å presse frem ytterligere delsentralisering – altså å styrke tjenestene nær der pasienter og profesjonelle bor, i et samlet og helhetlig tilbud.

Ressurstap lokalt

Når deler av helsetjenesten flyttes ut av kommunen (som legevakt og KAD), får vi en fragmentering av det totale tilbudet. I distriktene er dette spesielt uheldig da hver ressurs gjerne fyller flere funksjoner og har viktige roller å spille lokalt. De som blir igjen får færre ressurser å samarbeide med. Dette gjør tjenestene i neste omgang mindre attraktive å jobbe i, vi får rekrutteringsproblemer og en negativ spiral.

Vikarbruk

Mangel på kvalifisert helsepersonell er den største trusselen mot god helsehjelp for befolkningen på bygda i dag. Det rammer også praksisstedenes egnethet som utdanningsarena. "Sjokkerende forskjeller i behandlingen" sa fylkeslegen i Sogn og Fjordane til VG i mars i år. Ni av 26 kommuner i fylket har problemer med å rekruttere fastleger⁸. Slik legemangel er ikke bare risikosport fordi legene kan være dårlig skikket til jobben⁹. Vikarstafetter vil dessuten ramme de kronisk syke pasientene fordi de profesjonelles kjennskap til pasienten over tid, sammen med godt utviklet lokalt samarbeid, er nødvendig for å gi gode tjenester.

Kompleks medisin

Denne typen *sammensatt og kontekstavhengig* pasientbehandling av kronisk syke og eldre kan bare læres bort lokalt av de som kan det: de fast ansatte og evt. de faste vikarene som regelmessig og over lang tid kommer igjen og slik involveres i stadig flere sider av tjenestene – også kompetanseutvikling.

⁶ Utviklingsplan for fastlegeordningen (2015- 2020), mai 2014.

<http://legeforeningen.no/PageFiles/176323/Utviklingsplan%20FLO.pdf>

⁷ http://www.regjeringen.no/pages/38743189/HelseOmsorg21_strategi_web.pdf

⁸ <http://www.vg.no/nyheter/innenriks/helse/sjokkerende-forskjeller-i-behandlingen/a/10138303/>

⁹ Brattland, S. Z., Lundevall, S. (red.)(2009) Rapport fra Helsetilsynet 7: Læring av feil og klagesaker.

Avlønning

Fastlønn er en fordel for å få til en nødvendig fleksibilitet i samarbeidet, og det er den avlønningsformen fastleger på små steder i Norge helst kunne tenke seg.¹⁰ Dette er naturlig fordi hovedmodellen for avlønning i fastlegeordningen er aktivitetsbasert og gir et lavt økonomisk utkomme med små pasientpopulasjoner, både på dagtid og legevakt. Annen forskning har vist at fastlønn foretrekkes av yngre leger, leger som ønsker å undervise¹¹, drive med samfunnsmedisin¹² og av kvinner.¹³

Forskning

Innovasjon og nyskaping i form av forskning og fagutvikling er viktige elementer for å sikre gode helsetjenester og attraktive fagmiljø som egner seg som utdanningssteder. Dette gjelder forskning i allmenn- og samfunnsmedisin, men også tverrfaglig eller tverrprofesjonell fagutvikling lokalt. Innovasjonen i dagens kommune-Norge er ofte lite påaktet. Ofte handler det om bærekraftige måter å organisere seg på.^{14, 15} «Senjalegen» er et godt eksempel, interkommunalt samarbeid om spesielle utdanningsstillinger for ferske leger i små utkantkommuner, omtalt i boka Innovative kommuner. Forskning, fagutvikling, undervisning og annet kan inngå i arbeidstiden.

Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011- 2015)¹⁶ løfter frem manglende forskningsaktivitet i kommunehelsetjenesten og sier styrking vil være en viktig faktor for å styrke rekrutteringen til kommunehelsetjenesten (s 103). Vi tror oppfyllelse av Kommunal helse- og omsorgslov §8.3 må etterspørres: «Kommunen skal medvirke til og tilrettelegge for forskning for den kommunale helse- og omsorgstjenesten»¹⁷. Å styrke forskning og fagutvikling i kommunene er presserende da helseforetakenes mye større bevilgninger og miljø nok trekker noen forskningsinteresserte leger vekk fra kommunene og i retning av 2. linjen.

Utdanningenes rolle for å sikre helsepersonell ruralt

Forskningsfeltet «Rural Health», eller distriktsmedisin, har allerede i noen tiår jobbet med løsninger vedrørende kvalitet i helsetjenestene og rekruttering og stabilisering av helsepersonell her. De viktigste handler om å satse på desentraliserte utdanningsløp, helst for studenter som selv kommer fra distriktene. Dermed virker det stabiliserende på helsepersonell at arbeidsplassene oppleves som trygge og kvalitativt gode både for pasienter og profesjonelle. Aktiviteter som følger med å være et utdanningssted, både for grunn-, etter- og videreutdanning, virker derfor positivt. Slik kompetansesikring

¹⁰ Halvorsen, P., Steinert, S., Aaraas, I.J. Remuneration and organization in general practice: Do GPs prefer private practice or salaried positions? *Scand J Prim Health Care*, 2012, 30,4:229-233

¹¹ Devlin RA, Sarma S. Do physician remuneration schemes matter? The case of Canadian family physicians. *J Health Econ* 2008;27:1168-81

¹² Grytten J, Skau I, Sorensen R, Aasland OG. [What does affect general practitioners' choice of contract and plans to relocate?]. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2000;120:3134-9

¹³ Ding A, Hann M, Sibbald B. Profile of English salaried GPs: Labour mobility and practice performance. *Br J Gen Pract* 2008;58:20-5.

¹⁴ Ringholm, T., Teigen, H., Aarsæther, N. (red) (2013) Innovative kommuner. Cappelen Damm.

¹⁵ Abelsen, B., Isaksen, A., Jakobsen, S.E. (red) (2013) Innovasjon – organisasjon, region, politikk. Cappelen Damm

¹⁶ Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal helse og omsorgsplan (2011-2015) Meld. St. 16 (2010-2011)

¹⁷ Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) LOV-2011-06-24-30

og kvalitetsutvikling styrker også de tverrfaglige og tverretatlige nettverkverkene. De fungerer som distriktenes sikkerhetsnett.



Et tyveårig globalt samarbeid for å samle kunnskap om utdanningens rolle for distriktene er fritt tilgjengelig i e-boken Medical Education Guidebook. NSDM bidrar sammen med 73 andre. Arbeidet viser hvor viktig utdanningsløpene er for rekruttering og stabilisering av helsepersonell slik at det blir kvalitet i helsehjelpen ruralt. Se: <http://www.globalfamilydoctor.com/groups/WorkingParties/RuralPractice/ruralguidebook.aspx>

Svenske erfaringer

I Sverige er spesialistutdanningen (ST) litt annerledes enn i Norge, den tar fremdeles 5 år etter turnustjenesten (AT), og både kompetanseplaner, mål og evalueringer synes å være på plass. Men på den annen side er det fleksibelt hvor mye sideutdanning på sykehus (sidotjänstgöring/ «randing») som inngår.¹⁸ Foreningen for allmennleger anbefaler at minst halve tiden i spesialisering er i allmennpraksis og minst 1 1/2 år sammenhengende for kontinuitet med pasientene. Vi tror den lange tiden i sykehus ikke er gunstig for å beholde allmennlegene i allmennpraksis. Mangelen på allmennleger i Sverige har lenge vært alvorlig¹⁹. I Falun meldte allmennleger nylig sin egen arbeidsplass til Arbeidsmiljøverket på grunn av legemangel²⁰.

Turnusordningen

I forbindelse med omleggingen av turnuslegeordningen ble dennes viktighet for å få gode, ferske leger ut av storbyene dokumentert. En studie fra Finnmark viste at selv om bare 43 (18.5 %) av turnuslegene kom fra Nord-Norge, valgte hele 83 (45.9 %) å ta sin første jobb der, hvorav 34,5 % i PHT.²¹ Bare 7,5 % av sisteårs medisinstudenter i Oslo ønsket å jobbe i nord, men 34,6 % ble igjen etter endt turnus i Finnmark²². Myndighetene valgte allikevel en modell basert på søknader, en som likner den de har i Sverige.

For å unngå at de nyutdannede legene foretrekker å «vente på drømmestillingen i storbyen» i stedet for å ta turnus i distriktene, slik vi ser i Sverige²³, må de på en helt ny måte settes i stand til å ta godt informerte valg i løpet av studietiden. Dette gjør at spesialiteter som har vært regnet for «modne valg» må prioriteres mye sterkere. Slike spesialiteter er allmennmedisin, psykiatri og geriatri, ifølge studieplansjef ved medisinerutdanningen i Tromsø, allmennlege og PhD Torsten

¹⁸ <http://www.sfam.se/st-radet/2014/01/03/st-i-allmanmedicin-sa-funkar-det/>

¹⁹ Distriktsläkarbrist i Luleå. <http://www.lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2014/09/Lakarbrist-i-Lulea/#:VbGyktDuZqk.facebook>

²⁰ Läkardbrist slår hårt mot Falun. [Lakartidningen.se](http://www.lakartidningen.se) 2014-09-12

<http://www.lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2014/09/Akut-lakarbrist-inom-primarvarden-i-Falun/?id=16717>

²¹ Straume K, Shaw D. Internship at the ends of the earth - a way to recruit physicians? (Online) 2010. Rural and Remote Health 10: 1366. www.rrh.org.au/articles/subviewnew.asp?ArticleID=1366

²² Omland, G.M., Reiter, S.F. Turnustjenesten er syk og trenger behandling. Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131:937-8

²³ <https://www.slf.se/SYLF/AT-ranking/>

Risør.²⁴ Lengre desentraliserte deler av grunnutdanningen er egnet for å få gode studenter²⁵ og for å få de til å velge turnussted som passer med spesialisering i allmenn- og samfunnsmedisin. Med en økt satsning på desentralisert grunnutdanning, vil lærekreftene utenfor universitetsbyene bli flere og bedre, noe som er viktig for desentralisert spesialistutdanning.

Ansettelseskriteriet «geografisk tilhørighet» er tatt med i Helsedirektoratets veileder for søknadsbasert turnustjeneste for leger²⁶. NSDM sin rapport til Fylkeslegen i Finnmark vedrørende på særordningen i Finnmark (2009-13) viser at kriteriet har effekt.²⁷ Teorien bak kalles «Lakseeffekten» og ble først brukt i argumentasjonen for å etablere samisk kvote på medisinstudiet ved universitetet i Bergen, og senere kjent ved etableringen av Universitetet i Tromsø for å skaffe leger til landsdelen.²⁸ Den siden evaluert med gode resultater flere ganger,²⁹ og senest bekreftet i EU-prosjektet Recruit and Retain.³⁰

Desentralisert spesialistutdanning

Gode rurale erfaringer *underveis i etterutdanningsløpet* er viktig for å beholde leger i distriktene. Leger i spesialisering i Finnmark som samtidig fikk gruppeveiledning i samfunn- og/eller allmennmedisin ble i høy grad værende i fylket etter endt gruppeveiledning.³¹ Disse gruppene flytter gjerne samlingene sine til ulike plasser i fylket, slik at ikke de største byene favoriseres som kompetansebyggingsted. Også gruppeveiledning i turnustjenesten er desentralisert.

Forfatterne av studien over vektlegger nettverksbygging og utdanning på stedet slik at de unge kan «slå røtter»: “65-67% of the physicians from the programs are still working in the county 5 years after completion of the group tutorial.”

Da WHO lanserte konklusjonene i «Global Policy Recommendations» om rekruttering av helsepersonell til rurale strøk i 2010³², kom grunn- og etterutdanningsmuligheter på topp i listen av tiltak. Forskningsfeltet «legers jobbtilfredshet» har vist at muligheten for å gi pasientbehandling av god kvalitet er det elementet som rangeres høyest i forhold til trivsel. Dersom leger ikke har mulighet

²⁴ <http://www.nsdms.no/nyheter/cms/2010/april/trying-on-possible-selves/102>

²⁵ Hirsh, Walters, & Poncelet. Better learning, better doctors, better delivery system. Medical Teacher 2012; 34:548

²⁶ Ny turnusordning for leger. Informasjon og veiledningsmateriell. 1. Utgave (2012/13?) er ikke datert, men finnes her: http://helsedirektoratet.no/helsepersonell/turnusordning-for-leger/Documents/Ny_turnusordning_veiledningsmateriell_1.pdf

²⁷ Gaski, M. Turnus i Finnmark. Evaluering av særordning 2009-2013. http://www.nsdms.no/filarkiv/File/rapporter/Turnusrapport_juni_2014.pdf

²⁸ Bertelsen, T.I. Hvor kommer legene fra og hvor blir de av? Tidsskrift for Den norske legeforening 1963; 83: 861-70.

²⁹ Forsdahl et al. 1988, Tollan & Magnus 1993, Alexandersen et al. 2004, Aaraas & Halvorsen 2014

³⁰ Abelsen, B (2013). Rekruttere og beholde. Om helsepersonell i rurale og urbane områder. http://www.nsdms.no/filarkiv/File/rapporter/NSDM_rapport_2013_Rekruttere_og_behold.pdf

³¹ Straume K, Sondena M, Prydz P. Postgraduate training at the ends of the earth - a way to retain physicians? Rural and Remote Health 10: 1356. (Online) 2010.

³² WHO (2010) Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved Retention. Global Policy Recommendations

til å yte god pasientbehandling, vil dette bidra sterkest til legers mistriivsel³³. Mulighet for å skape en god læringskultur og dermed kvalitet i helsehjelpen som ytes til pasientene lokalt, er derfor avgjørende for å stabilisere leger.

OECD lanserte sin rapport om legefordeling til rekrutteringssvake områder i april i år³⁴. Også her vektlegges utdanningsløp som et sentralt virkemiddel.

Utdanningsstillinger

På bakgrunn av erfaringene med desentralisert spesialistutdanning foreslår vi at det tilbys ferdige utdanningspakker for hele spesialiseringløpet som unge leger kan søke på. Slike rekrutteringsstillinger eller utdanningsstillinger for ALIS (allmennt medisinske leger i spesialisering) bør ha fast lønn og kunne romme tid for undervisning, fagutvikling og forskning. Sykehusene må ha stillinger i relevante fag øremerket for ALIS. ALIS-stillingene på sykehus bør ha vaktbelastning som andre LIS-leger. Dette for å motvirke at tjenesten skal preges av uforpliktende hospitering.



Vi vil i denne anledning minne om at Svein Steinert og Olav Thorsen i 2008 leverte en utredning om slike Utdanningsstillinger på bestilling fra Helsedirektoratet

Ref: Steinert, S., Thorsen, O. Utdanningsstillinger i allmennt medisinsk utdanning – en nødvendig videreutvikling av fastlegeordningen,
<http://www.nsdsm.no/filarkiv/File/rapporter/UtdStillingerNotatHdir.pdf>

Kommentarer til forslagene i rapporten

Tidsramme

Helsedirektoratet velger å overoppfylle EUs kompetansekrav og har lagt seg på en tidsramme for spesialistutdanningen i allmennt medisinsk utdanning på 6 år (i motsetning til 4-4 1/2 år som det ble antydnet under forarbeidet med rapporten). Tidsrammen er kortet ned med 1/2 år sammenliknet med dagens spesialistutdanning og turnustjeneste. Med foreslåtte effektiviseringstiltak i utdanningsløpet mener NSDM at den reduserte tidsrammen vil kunne aksepteres, men vi mener det bør fremsettes overbevisende faglige argumenter for en ytterligere forkortelse.

Kompetansekravet spesialist i allmennt medisinsk utdanning

Forslaget legger opp til ett kompetansekrav i Norge definert ved spesialitet i allmennt medisinsk utdanning. Krav om gjennomført del 1 av spesialistutdanningen som forutsetning for å starte i allmennt medisinsk arbeid, samt krav om spesialisering

³³Friedberg, M.W. Van Busum, K.R. et al (2013) Factors Affecting Physician Professional Satisfaction and Their Implications for Patient Care, Health Systems, and Health Policy. Rand Corporation, e-bok tilgjengelig her: http://www.rand.org/pubs/research_reports/RR439.html#relatedProducts

³⁴ OECD Health Working Paper 2014: Ono, T., Schoenstain, M., Buchan, J. Geographic Imbalances in Doctor Supply and Policy Responses.

og/eller resertifisering er en god måte å kvalitetssikre fastleger. Det er viktig å understreke at et mer koordinert utdanningsløp ville kunne sikre at utdanningskandidatene faktisk får den kompetansehevingen som spesialistutdanningen skal gi.

Økt lengde på sykehustjenesten i del 2

Forslaget om å tillate en sykehustjeneste på 3 måneder i opptil seks, forskjellige sykehusavdelinger er vi skeptiske til. Gevinsten ved å tilbringe mer av den allerede forkortede tiden borte fra allmennmedisinen mangler faglige argumenter. Det er ikke spesialisert medisin fastleger skal bedrive, men en generalistbasert medisin i et lokalsamfunn der legen samhandler med pasienten over tid, med andre lokale fagpersoner og pasientens nettverk, samt henviser videre når pasientens behov tilsier det.

Mer oppdelt sykehustjeneste

Sykehustjenesten er i dag den organisatoriske flaskehalsen i spesialistutdanningen. Når tjeneste i 4-6 forskjellige sykehusavdelinger ikke er sikret bedre koordinering enn et uforpliktende samarbeid mellom HF og kommuner, er det grunn til å frykte at flaskehalsen vil forsnevres ytterligere. Rekrutteringen til allmennmedisinen i distriktene vil kunne svekkes av at mer av spesialistutdanningen vil måtte foregå i bynære områder,

Vi ønsker oss ikke mer oppdelt sykehustjeneste, men at man i stedet bruker ressurser på dedikert personell som bidrar til koordinering av disse egne ALIS- stillinger og følger opp tydelige krav til tjenestens innhold. Man kan lære av «studierektor-funksjonen» som finnes i Sverige³⁵.

Tid i uselektert praksis

Helsedirektoratet foreslår at inntil halvparten av del 3 (2-1¾ år) kan avtjenes som full tids tjeneste i «andre allmennmedisinske oppgaver». De resterende 2-1¾ årene må da være minimum 80 % åpen uselektert allmenn praksis kombinert med annen allmennmedisinsk tjeneste som i sum gir 100 % tellende tjeneste. Vi er ikke enige i kravet til minimum 80 % åpen praksis. Dette er ikke i samsvar med allmennpraksis i mindre kommuner der allmennlegene kan ha 3 dagers kurativ praksis kombinert med andre oppgaver.

Det er heller ikke i samsvar med utviklingen som tilsier at legevakt skal innregnes i en vanlig tjenesteplass. Da kan legevakt kombinert med andre oppgaver godt bli både 40 og 50 prosent av totalarbeidstiden. 80 % -kravet kan hindre nødvendig utvikling av legevakt som en naturlig kommunal oppgave innenfor normalarbeidstiden. Vi mener derfor det er helt nødvendig å godkjenne ned til 50 % kurativ praksis i hele utdanningsløpet.

Forkorting av turnustjenesten

NSDM fraråder på det sterkeste forkorting av turnustiden. Læringsutbytte av allmennmedisinsk tjeneste er avhengig av en god grunnutdanning og et minimum av erfaring fra selvstendig sykehusarbeid i kirurgi og indremedisin. Erfaring fra

³⁵ <http://www.sfam.se/st-radet/2014/01/03/st-i-allmanmedicin-sa-funkar-det/>

veiledning av turnusleger tilsier at dagens sykehuspraksis utgjør et minimumskrav om kandidaten skal kunne gå inn i veiledet selvstendig arbeid i kommunehelsetjenesten. Kortere tid vil gjøre at turnustiden i allmennpraksis vil oppleves som for tøff og vanskelig, med de rekrutteringsproblemer det vil gi.

For å ivareta *distriktenes behov* for kompetente leger allerede i del 1 av spesialiseringen (nåværende turnustjeneste) ønsker vi fortsatt ett års sykehustjeneste i del 1. Kortere turnustid kan dessuten gjøre at studentene velger å bli boende i universitetsbyene og ukependle ut til lokalsykehus og kommuner, i stedet for å flytte. Dette har skjedd i Danmark etter at de forkortet sin turnustjeneste. Distriktene der har større vansker nå med å rekruttere turnusleger til å bli værende³⁶.

Legevakt

Legevaktmedisin er å anse som en del av det allmennmedisinske fag. Legevakt krever ferdigheter og kompetanse som bør reflekteres ved praktisk arbeidserfaring og som viktig undervisningsarena i hele utdanningsløpet. Kommunene har allerede i dag adgang til å forplikte fastlegene til deltakelse i legevakt. I mindre kommuner er denne forpliktelsen reell, i byområder er tilgangen på vikarer større og kommunene benytter i liten grad denne avtalefestede muligheten. Etter vår vurdering vil legevakter innarbeidet i resertifiseringskravet bidra til at pasientene får bedre hjelp på legevaktene, innleggelse kan unngås og tjenesten utvikles i sammenheng med resten av PHT. Kravet vil bevisstgjøre allmennlegene om legevaktens plass og betydning. En større tilstedeværelse av fastleger i legevakt vil på sikt også bedre arbeidsbetingelser og faglighet her. Foreliggende forslag presiserer også at deltakelse i legevakt kan skje på flere plan, både i førstelinje, bakvakt og på systemnivå.

Generelt mener vi at legevakt bør inngå i den forventede arbeidstiden til en allmennlege, og ikke komme i tillegg til en ellers full arbeidsuke. På sykehusene har nye vaktordninger med samlet arbeidstid på 42 timer/uke ført til en stor økning i antall legestillinger. For å sikre rekrutteringen til allmennmedisin bør det samme skje her.

Bred definisjon av allmennpraksis

Den brede definisjonen av faget allmennmedisin (mer enn kurativ allmennpraksis) tror vi er hensiktsmessig fordi det trolig vil bidra til å skape en mer helhetlig forståelse og utvikling av de tjenester allmennleger bidrar til i PHT.

Forskning

Forskning som tellende tjeneste i inntil 50 prosent vil kunne styrke det allmennmedisinske kunnskapsgrunnlaget og bedre rekrutteringen til akademisk allmennmedisin. Det bør legges til rette for dobbeltkompetanseløp som fører til både spesialitet i allmenn- eller samfunnsmedisin og PhD.

Spesialisttittelen

Når allmennlegene beholder spesialisttittelen så lenge han/hun er autorisert/lisensiert som lege, innebærer det en harmonisering med spesialistregler i de fleste andre europeiske land. Så lenge resertifisering er en forutsetning for å beholde en

³⁶ Personlig meddelelse under workshop på Nordisk kongress i allmennmedisin, 2011

fastlegestilling vil også kompetansen til utenlandske leger og norskutdannende spesialister over tid bli mer likeverdig. Det er imidlertid viktig at «smuthullet», hvor utenlandske spesialister ved fornyet konvertering unngår norsk resertifiseringskrav, blir tettet.

En spesialisttittel kommuniserer legens oppnådde kompetanse. Det er i realiteten forskjell på en lege som har gjennomgått hele spesialiseringsløpet og en som ikke har det. Selv om vi støtter å opprettholde resertifisering som et kvalitetskrav i klinisk praksis, vil det å beholde «tittelen» være viktig for kommunikasjon ut i alle andre sammenhenger. Det bidrar til en synliggjøring av den noe ukjente spesialiteten og det kan bidra til å øke statusen. Man kan sammenlikne oppnådd spesialitet i allmennmedisin med å ta en mastergrad i f.eks. folkehelse eller en PhD. Det er ikke slik at man mister retten til å sette MPH eller PhD etter navnet sitt når det er aktuelt, fordi man ikke aktivt fortsetter å praktisere arbeid med folkehelse spørsmål eller fortsetter å forske. Vi kjenner ikke andre tilfelle der man mister retten til å signalisere oppnådd kompetansegrad (akademisk grad) grunnet noe endrede arbeidsoppgaver.

Veiledningsgruppene

NSDM understreker veiledningsgruppens store betydning for profesjonell kompetanseutvikling hos unge allmennleger. Denne sosiale læringsarenaen med en erfaren mentor kan ikke erstattes av e-læring og virtuelle møter. Læringsteori som benyttes for å sette leger i stand til å undervise på universitetene vektlegger hvordan læring skjer i sosiale settinger³⁷ og i praksisfellesskap³⁸. Veiledningsgruppene er sosiale settinger der leger på samme utdanningsnivå møtes til læring i trygge omgivelser over tid og får reflektert over egen praksis sammen med erfaren veileder. Gruppeveiledningen kommer altså i tillegg til refleksjoner over egen praksis sammen med veileder lokalt og er en litt annen læringsplattform

Det er anbefalt å benytte ulike læringsmetoder når voksne skal lære.^{39,40} Simuleringstrening er en godt utforsket måte å lære om kommunikasjon, ledelse og rollefordeling lokalt⁴¹, og som praktiseres i kommuner i egne lokaler, med egne kolleger og utstyr for å lære samhandling i team. Slik oppfylles kravet i Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus⁴². E-læringskurs kan være nyttige supplement (forberedelse og etterarbeid) sammen med effektive samlingsbaserte kurs. Igjen vil vi vektlegge viktigheten av å *møtes* da læring sammen med kolleger er effektivt og sikrer mer aktiv deltagelse.

³⁷ Wittek, L.(2004) Læring i og mellom mennesker. – en innføring i sosiokulturelle perspektiver. Cappelen Akademisk forlag

³⁸ Wenger E. (1998) Communities of Practice. Learning, Meaning, and Identity.

³⁹ Reed, S. et al. Applying Adult Learning Practices in Medical Education. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care2014;44:170-181

⁴⁰ Schmutz J1, Manser T. (2013) Do team processes really have an effect on clinical performance? A systematic literature review. Br J Anaesth. Apr;110(4):529-44

⁴¹ Gjæraa k., Møller T.P., Østergaard D. Efficacy of simulation-based trauma team training of non-technical skills. A systematic review. Acta Anaesthesiol Scand. 2014 May 14.

⁴² HOD. §4 i Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. FOR-2005-03-18-252

90-9-1-regelen handler om fordeling av aktiv deltagelse i nettbaserte forum: 90 % er passive, 9 % er noe aktive og 1 % er svært aktive⁴³. Denne store skjevdelingen i deltagelse forsvinner i samlingsbaserte opplegg der veileder sørger for at de passive også bidrar, samt regulerer dominansen fra de svært aktive. Dagens veiledningsgrupper må altså ikke erstattes av nettbaserte forum.

Ledelse i samfunnsmedisinen

Økt vekt på ledelse i spesialiseringen i samfunnsmedisin støttes. Med bakgrunn i kommuneoverlege og PhD, Jan Hanas forskning på kommuneoverlegerollen, vet vi at kommuners samfunnsmedisinere selv etterlyser dette⁴⁴. Det bør også lages doble løp for å bli spesialist i både allmenn- og samfunnsmedisin.

Kurskvalitet via bredt anlagt involvering

Til sist støtter vi at Legeforeningen fortsatt får et vesentlig ansvar for spesialistutdanning i allmenn- og samfunnsmedisin. Den sterkt desentraliserte kursprofilen som vi har i dag er nærmere variert allmennpraksis enn miljøene i de få universitetsbyene kan tilby. I dag har vi bredde m.h.t både forelesere og kurssteder. Denne «dugnaden» involverer både eldre og yngre leger som bygger både nettverk og kompetanse sammen. De praktiserende legene sikrer dessuten slik at innholdet i kursene er praktisk relevant.

Kurs med tema som engasjerer deltagere og forelesere fra både 1. og 2. linjen er «Finnmark-modellen». De årlige jule- og vårkursene besøkes dessuten av fylkeslegen og er gode eksempler på hvordan desentralisert spesialistutdanning er et virkemiddel for rekruttering og stabilisering.

De fylkesvise kurskomiteene skaper rammeverk, kobler leger fra turnus til overlegenivå og kvalitetssikrer til en viss grad kursene, sammen med spesialitetskomitéene sentralt. Denne aktiviteten må imidlertid forbedres og kvalitetssikres. Det bør innføres krav om læringsmål og bruke av hensiktsmessige læringsmetoder og pedagogikk. Her kan universitetene ha en rolle som kunnskapsbasert premissleverandør og som utdanningsinstitusjon av veiledere. Men dette må skje i tett dialog med praksisfeltet, de fylkesvise kurskomitéene og spesialitetskomitéene.

Tromsø, 10. oktober 2014

Nasjonalt senter for distriktsmedisin,
ved leder Helen Brandtsorp,
Institutt for samfunnsmedisin
Helsevitenskapelig fakultet
UiT Norges arktiske universitet
9037 Tromsø
www.nsdm.no

⁴³ Nielsen, J. (2006) The 90-9-1 Rule for Participation Inequality in Social Media and Online Communities <http://www.nngroup.com/articles/participation-inequality/>

⁴⁴ Hana J, Rudebeck C.E, Leadership in rural medicine: The organization on thin ice? Scandinavian Journal of Primary Health Care, 2011; 29: 122–128