

Til Helse- og omsorgsdepartementet

Høringsuttalelse vedrørende Krav om at leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal være spesialist i allmennmedisin eller under spesialisering

Nasjonalt senter for distriktsmedisin/ Boaittobealmedisiinna našunála guovddáš (NSDM i det videre) støtter forslaget om krav til spesialitet/spesialisering i allmennmedisin. Forslaget innebærer et nytt og viktig kvalitetskrav til allmennleger og at kommunene må legge til rette for spesialiseringsløp for de som de ansetter. I vårt høringssvar vil vi ta for oss fire forhold.

1. Konkurransedyktige utdanningsstillinger

Høringsnotatet nevner innledningsvis i del 4.2.2. *Et krav om å være spesialist eller under spesialisering* at det ikke er opprettet utdanningsstillinger i dagens allmennlegeordning. Utdanningsstillinger er en betegnelse som gjerne brukes om en kommunal stilling der kommunen legger til rette for at lege i spesialisering får bistand fra kommunen til å gjennomføre spesialistutdanningen og samtidig reduserer det personlige ansvaret for dette til legen. Det kan dreie seg om å tilby en fastlønnsstilling slik at den ferske allmennlegen ikke trenger investere i en hjemmel på samme tid som de skal bli kjent med faget og kanskje etablere seg med familie. I en utdanningsstilling kan kommunen ha ansvar for å sette inn vikar ved fravær p.g.a. sykdom, svangerskap, kurs også videre. Etter innføring av faste stillinger i sykehus og et økt lønnsnivå her, er det vårt inntrykk at leger i spesialisering i kommunene opplever det som økonomisk og tidsmessig krevende å skulle gjennomføre spesialistutdanningen helt uten hjelp fra arbeidsgiver. Sykehusene har altså et konkurranse fortrinn ved at de tilrettelegger for deres legers spesialistutdannelse.

Videre i 4.2.2 står det at spesialisering tar i gjennomsnitt 8 år og peker spesielt på "sykehusåret" som et hinder. Etter vår erfaring synes det som at gjennomføringen av de andre delene i spesialistutdanningen er mer krevende: det oppleves som dyrt for nyetablerte leger og krevende å få tiden til å strekke til. Kravet vi har fanget opp fra leger i spesialisering på nasjonalt nivå handler således om opprettelse av utdanningsstillinger, ikke at institusjonsåret bør fjernes. Tvert imot erfarer vi at det faglige utbyttet og relasjonsbyggingen mellom nivåene sees på av mange som av stor verdi for å kunne yte gode helsetjenester. Fra forskning vet vi at kommunale legers



gode relasjoner til spesialisthelsetjenesten er assosiert med økt grad av legestabilitet i kommunen¹. Det synes derfor fornuftig å beholde sykehusåret.

Vi vet også at det er relativt mange fastlegelister som er legeløse i kommuner med under 20 000 innbyggere² over lengre tid og som derfor betjenes av vikarer. Dette gir befolkningen i disse kommunene dårlig kontinuitet i lege-pasientforholdet og det gir de gjenværende kollegene dårligere kollegiale arbeidsbetingelser.

Konklusjon: NSDM foreslår at Helse- og Omsorgsdepartementet starter en utredning med mål om å få på plass Utdanningsstillinger som en nasjonal ordning.

2. Krav til vikarer svekker kommunenes konkurranseevne

NSDM synes at unntaksbestemmelsen med hensyn til bruk av vikarer er i strengeste laget og da både av hensyn til fremtidig rekruttering til allmenmedisin, men også med hensyn til å kunne beholde dersom er i allmenmedisinen. Forslaget anbefaler at kommunene ikke skal kunne ansette vikarer som ikke er spesialist i allmenmedisin eller i spesialistløp utover 2 måneder. Vi forstår at dette handler om å forsøke å legge til rette for god kontinuitet i lege-pasientforholdet, men det vil i praksis bety en betydelig svekkelse av fleksibiliteten som dagens ordning har og sannsynligvis bør ha for å beholde leger. Kravet vil gjøre det vanskeligere å finne vikar når man skal ta sykehusåret eller av andre grunner trenger en litt lengre periode borte fra praksis, f.eks. i et ph.D.-forløp.

Maksimalt 2 måneder i et vikariat vil også gjøre det vanskelig for "turnusventere" å ha primærhelsetjenesten som sin praksisarena i påvente av turnus (Del 1 i ny spesialistutdanning). Igjen ser vi at dette kravet vil svekke kommunenes konkurranseevne i forhold til sykehusene. Kravet om maksimal vikarperiode på 2 måneder er ikke likelydende for sykehusavdelinger. Kommunene kan ikke gjøre som sykehusavdelingene: rekruttere gode folk til sin avdeling ved å gi "turnusventere" og også studenter stilling slik at de gjøre seg kjent med spesialiteten og bygge relasjoner til avdelingen.

Konklusjon: Vi vil foreslå at perioden for vikarer som ikke er spesialist utvides til 6-12 måneder.

3. Krav til resertifisering svækker kommunenes konkurranseevne

I Høringsnotatets del 4.5 *Spesialisttittelen og krav til resertifisering (etterutdanning)* foreslås det at det ikke vil være krav om resertifisering for å opprettholde

¹ Abelsen, B, Karlsen Bæck U-D(Ed.) Lav stillingsstabilitet som utfordring for fastlegeordningen i Finnmark og Nord-Trøndelag. NORUT Samfunnsforskning AS Rapport nr 06/05

² Abelsen B et al. Fastlegeordningen i kommuner med under 20 000 innbyggere. NSDM rapport 2016



spesialiteten, men at kravet om ett års tjeneste i åpen uselektert allmennpraksis i løpet av en fem års periode skal opprettholdes for å kunne utløse «spesialisttakst». Universitetsansatte allmennpraktikere har problemer med dagens krav til resertifisering. Selv om man jobber på heltid med allmennmedisinske problemstillinger, underviser studenter og leger i allmennmedisinsk klinikk, har mange likevel hatt problemer med å få tid til ett års stilling som fastlege i aktuelle femårsperioder. Vi mener at akademisk allmennmedisin bør likestilles som annet klinisk arbeid i primærhelsetjenesten som fastlegearbeid, tilsynslege på sykehjem, fengselslege, flyktningelege og legevaksarbeid. Dagens ordning passer utmerket for fastleger som ikke har planer om annen type arbeid enn å være på sitt kontor, men gjør det vanskelig for fastleger som vil prøve andre karriereveier i primærhelsetjenesten eller på universitetet. Det er et mål å øke kvaliteten og volumet på allmennmedisinsk forskning og det må ikke forskriften motarbeide.

Dagens ordning med at man taper retten til spesialisttakster dersom man ikke jobber nok i klinisk arbeid, er dessuten igjen annerledes på sykehus: Det er ikke slik at dersom en overlege i andre spesialiteter kombinerer lite klinikk og mye universitetsarbeid så går de ned i lønn i sin kliniske stilling. Det gjør allmennleger i dag og det legger forslaget opptil at skal fortette. Det kan ikke aksepteres.

Konklusjon: NSDM foreslår at kravet om fastlegearbeid omgjøres til arbeid med faget allmennmedisin.

4. Innfasing av det nye kravet

I forslaget legges det opp til at det nye kravet skal gjelde for fastleger tilsatt etter 1. januar 2017. Selv om HOD anfører argumenter for en «myk» overgangsordning, synes det ikke som at bekymringen for fastlegene som per i dag har valgt å ikke spesialisere seg, er særlig stor. Vår bekymring for disse legene er betydelig. Det er ikke greit at vi har allmennleger i fastlegestillinger som ikke er i et spesialiseringsløp. Akkurat disse som har valgt å stille seg utenfor de vanlige mekanismene for kompetanseheving, mener vi departementet og kommunene burde gjøre mye for å få inn i et spesialiseringsløp. Det er ikke utenkelig at det er disse legene som særlig trenger kvalitetskravet som den nye forskriften innebærer og antallet er betydelig.

Konklusjon: NSDM foreslår at kravet om å være spesialist eller under spesialisering gjelder alle fastleger som per idag er i ordningen og de nye.

Med vennlig hilsen

Helen Brandstorp,
Nasjonalt senter for distriktsmedisin

