

Til Stortingets Helse- og omsorgskomiteé,

Innspill til representantforslag 92 S om rekruttering til fastlegeordningen

Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) vil takke for initiativet til representantene og for et godt dokument om en sentral del av helsevesenet vårt. Vi synes at de fleste sentrale utfordringspunktene er godt beskrevet og forstått. I vårt svar vil vi allikevel bidra til å fylle ut bildet noe. Både internasjonal forskning og nasjonale erfaringer tilsier at kommunene og tjenester utenfor de store stedene trenger bevisst tilrettelegging for å rekruttere og beholde leger. Samtidig vet vi nå nok til å kunne si at det er et sentralt ansvar å sørge for at utdanningsløpene tilrettelegges slik at vi får en god legefördeling og helsetjenester.

Flere fastlegestillinger

Fra både unge og godt etablerte fastleger har det spesielt det siste året kommet meldinger om et kapasitetsproblem i hele fastlegeordningen, også i byene. Det er derfor nødvendig å redusere fastlegelistene og dermed arbeidsbyrden per fastlege. Det må skje uten at fastlegene taper inntekt og krever derfor statlig vilje.

I rekrutteringssvake kommuner har flere leger forhandlet seg frem til kortere lister og flere fastleger. Her subsidierer kommunene fastlegene sine i større grad enn det som er mulig å få til i rekrutteringssterke områder. I kommuner med mellom 2000 og 3000 innbyggere er gjennomsnittlig listelengde på 915 (reelt på 800 da det er ledige plasser på åpne lister). I kommuner med over en times reisevei til sykehus ligger gjennomsnittlig listestørrelse på 781. Gjennomsnittet for landet inkludert Oslo er 1180, men snittet for landet utenom Oslo er 1159. Oslo har altså de lengste listene i gjennomsnitt.

Forslag til endring i høringsdokumentet: Siste setning i første avsnitt side 2 må endres da det ikke er 0-lister som bør etableres ved at norm for listelengde reduseres. Det er i stedet nye lister med pasienter som er rekruttert fra etablerte fastlegers lister som bør etableres. Vi foreslår at setningen endres til følgende: «En slik reduksjon vil skape rom for flere fastleger».



Legevakt

På grunn av den krevende arbeidsbyrden i fastlegepraksis, melder fastleger i økende grad fra om at de ikke har kapasitet til å ta sine tilpliktete legevakter på toppen av fulle arbeidsdager. Den samlede arbeidsbyrden blir for stor. To nasjonale undersøkelser, en fra Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin og en fra NSDM, undersøker i disse dager forhold rundt vikarbruk og kompetansenivå i legevakt og i fastlegeordningen for oppdaterte tall på omfang av vikarbruk.

Samtidig er det i ny Akuttmedisinforskrift slått fast at vi ønsker at det er spesialister i allmenntilleggsmedisin som har legevakt. Det vil også være en fordel om leger i legevakt har god kjennskap til helsetjenestene de skal samarbeide med på vakttid. Ergo må vi legge til rette for at fastleger fortsatt har kapasitet til å ta sine vakter og ikke overlater dem til vilkårlige vikarer. En dårlig fungerende legevakt yter ikke bare dårligere pasientbehandling, men man antar at med lav kompetanse her vil tjenesten generere flere unødvendige innleggelser på sykehus.

Sentralisering av legevakter har siden slutten av 90-tallet vært presentert som en løsning på utfordringen vaktbelastning representerer. Slik sentralisering av legeressursene fra kommunene har imidlertid bidratt til å fjerne viktig medisinsk kompetanse vekk fra der folk bor, vekk fra sykehjem og andre steder i kommunene der pasienter treger legehjelp. Vi vet at med økende avstand til legevakt, reduseres bruken og også servicen fra legevakten selv. Etter innføringen av samhandlingsreformen skrives sykere pasienter ut til videre behandling i kommunene.

Forslag: Samlet arbeidsbyrde på dagtid og i legevakt må ligge til grunn når antallet fastleger i en kommune beregnes. Ytterligere sentralisering av legevakter er ikke svaret på arbeidsbelastningen som legevakt representerer for dagens fastleger.

Kommunene som utdanningsarenaer

Kvotering inn, eksponering underveis og fagmiljøenes plassering er viktig for legers karrierevei. Vi trenger derfor bevisst bruk av kvotering, for eksempel fra distriktskommuner. Vi trenger lengre praksisperioder i grunnutdanningen i primærhelsetjenesten og en lovhjemmel av primærhelsetjenestens plikt til å sørge for undervisning av studenter, på samme måte som i spesialisthelsetjenesteloven. Som i spesialisthelsetjenesten må kommunene få dekket utgifter ved å ha studenter i praksis. Finanseringen i dag sikrer i dag ikke de reelle utgifter til kontor, veiledning, utstyr osv. Veiledning av legestudentene skjer, ifølge leger som bidrar, fordi de stiller opp for fremtidige kolleger.

Fastleger som lærere

Det er i dag også slik at det mangler ressurser til å inkludere allmennleger i rimelig grad i undervisning i løpet av studietiden på universitetenes campuser. Fastleger



trenger kompensasjon for tapt arbeidsfortjeneste, noe sykehusleger ikke trenger. De siste foretrekkes derfor både i undervisning og i utvikling av studieplaner osv.

Turnustjenesten

De nye utfordringene med rekruttering til fastlegestillinger ser ut å ha økt etter omlegging av turnuslegeordningen. Den nye turnustjenesten må derfor nå tilrettelegges slik at den bidrar til en god fordeling av turnuslegene, den må ikke fremme arbeid i sykehus foran primærhelsetjenesten. En klar utfordring for småkommuner er «no show» fra leger som velger vekk kommunen de egentlig har en avtale med til fordel for en annen som de får stiling til via det såkalte Resttorget. En lengre karanteneordning trengs, slik at legene ikke fritt kan bryte inngåtte avtaler. Andre tiltak bør også vurderes.

Spesialistutdanningen etter turnus

På samme måte som i grunnutdanningen, er det viktig med eksponering for gode fagmiljø også i spesialistutdanningen. I prosjektet ALIS-VEST vil flere vestlandskommuner forsøke å legge spesielt godt til rette for at nyansatte leger får en god spesialistutdanning på det lokale nivået (supervisjon og veiledning). Vi ønsker å følge prosjektet tett slik at man skal kunne si noe om hva man fra det politiske nivået bør bredde til hele landet.

Videre er det viktig at kurs i spesialistutdanningen ikke virker sentraliserende på fagmiljøene ved at de knyttes for tett til storbyenes universitetsmiljø, men at kurs fremdeles får skje desentralisert med alle typer engasjerte kolleger.

Og endelig synes det som at sykehusåret i spesialistutdanningen til allmennleger må gjøres mer fleksibel slik at leger ikke trenger flytte vekk fra stedet de bor i lange perioder, med risiko for å ikke komme tilbake.

Forslag: Kvotering inn til medisinstudiet, god undervisning, veiledning og kvalitet på utdanningssteder utenfor universitetene er virkemidler som bør satses på for å få ferdige leger og studenter interessert i arbeid utenfor sykehus. Grunnutdanningen, turnustjenesten og senere spesialistutdanning må innrettes slik at studenter og ferdige leger får velge jobb i primærhelsetjenesten like lett som i sykehustjenesten.

Med vennlig hilsen

Helen Brandstorp, Ph.D

Leder, NSDM

