



Helse- og omsorgsdepartementet

Sendt kun pr. e-post:
postmottak@hod.dep.no

Deres ref.:

Vår ref.: 16/4484

Dato: 17.11.2016

Legeforeningens høringssvar - Krav om at leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er spesialister i allmennmedisin eller under spesialisering

Legeforeningen viser til høringsbrev med forslag om innføring av krav om at leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er spesialister i allmennmedisin eller under spesialisering. Høringsnotatet har vært på høring blant relevante organisasjonsledd i Legeforeningen. Disse uttalelsene ligger til grunn for høringsuttalelsene, som er behandlet av foreningens sentralstyre.

Vi har notert oss at det ikke er gitt merknader til bestemmelsene i forslag til forskrift. Vi anbefaler at dette gjøres for å sikre en enhetlig og konsekvent forståelse og håndhevelse av regelverket. Vi har i det følgende noen kommentarer, forslag til presiseringer og endringer i forskriftstekst og innhold i merknader.

Innledning – innspill fra Legeforeningen

Oppsummert mener Legeforeningen:

- Legeforeningen er positiv til at det innføres et krav til spesialisering for allmennleger
- Det er behov for en definisjon av hva det vil si å være i spesialisering
- Det er behov for et registreringssystem for oversikt over spesialister og de som er under spesialisering
- Det er behov for å avklare om spesialiseringskravet skal gjelde for leger med annen spesialistgodkjenning som er relevant for kurativt arbeid i den kommunale helsetjenesten
- Det er behov for et tilrettelagt program for leger med allmennlegebevis for å komplettere kompetansen til denne gruppe slik at de kan få mulighet til å bli spesialister
- Det er behov for å regulere kommunens tilretteleggingsplikt – både for spesialistutdanningen og resertifisering
- Legeforeningen er enig i departementets forslag om at allmennleger skal resertifisere seg, men få beholde spesialisttittelen uavhengig av resertifisering

- Legeforeningen er enig i at leger med allmennlegegodkjenning skal resertifisere seg for å kunne heve spesialisttakster
- Legeforeningen mener at de som allerede er under veiledning (veiledet tjeneste) skal omfattes av kravet om spesialisering
- Legeforeningen mener de økonomiske konsekvensene av forslaget er mangelfullt beskrevet og vi etterlyser en grundigere analyse av dette. I motsetning til det som står i høringsnotatet vil både Utdanningsfond I og Utdanningsfond II bli berørt av de foreslåtte endringene.

Kommentarer til høringsnotatets omtale av antall spesialister (høringsnotatet 2.4)

Antall fastleger som er spesialist i allmennmedisin eller under spesialisering anslås av departementet til å være ca 80 prosent av 4500 fastleger. Altså er ca 900 verken spesialister eller under spesialisering.

Legeforeningen har sett på statistikk over våre medlemmer knyttet til status for spesialitet i allmennmedisin.

For stillingsbetegnelsen fastlege/kommunelege, altså de fastlønte fastlegene, har rundt 49 % en gyldig spesialistgodkjenning i allmennmedisin, og rundt 20 % er under spesialisering.

For de privatpraktiserende fastlegene er andelen med gyldig spesialistgodkjenning i allmennmedisin høyere, med 56,9 % , mens ca 20 % er under spesialisering. Dette er nokså likt Helsedirektoratets tall. Det er derimot uklart for Legeforeningen hva som inkluderes i Helsedirektoratets statistikk. Vi påpeker at andelen spesialister og de under spesialisering er betydelig lavere for de øvrige stillingsgruppene (de som ikke er fastleger).

Virkeområde

Det er behov for noen presiseringer til virkeområde bestemmelsen i § 2. Forskriftens § 2 må presiseres for å klargjøre om den skal oppfattes slik at ikke-spesialist som er i stilling før 01.01.2017, men som senere søker ny stilling i kommunal kurativ tjeneste, fastlegehjemmel osv likevel kommer til å bli omfattet av kravet. Formålsbestemmelsen § 1 signaliserer en tydelig ambisjon om at kvalitet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal heves ved å innføre et spesialistkrav. De omfattende unntaksbestemmelsene som departementet legger opp til vil imidlertid påvirke virkeliggjøringen av et kvalitetsløft, og kan åpne for utilsiktede virkninger.

Som drøfter senere i høringsvaret ser Legeforeningen også utfordringer når leger med annen relevant spesialitet starter opp i en kurativ legestilling i kommune etter 31.12.2016. Dette gjelder for eks. spesialister i geriatri, pediatri, psykiatri.

Krav om spesialisering (høringsnotatet 4.2)

Legeforeningen har i mange år arbeidet for at det bør være obligatorisk for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten å være spesialister i allmennmedisin eller under spesialisering. Slik helsetjenesten i Norge er organisert foregår svært mye av aktiviteten i

førstelinjetjenesten. Et økt antall spesialister i allmennmedisin vil føre til både økt kvalitet for pasienter og bedre ressursutnytting for helsetjenesten totalt. Legeforeningen mener dette er et riktig tiltak for å sikre kvaliteten på tjenestene og kompetansen til fastlegene og ønsker derfor forslaget velkommen.

Departementet skriver at det har vært utfordringer knyttet til gjennomføring av institusjonsåret, og at det i forbindelse med arbeidet med endringer i regelverket for spesialistutdanning for leger er gitt et særlig ansvar til helseforetakene å legge til rette for sykehuspraksisen for allmennlegespesialister. Dette er regulert i forslag til spesialistforskrift § 4 bokstav d) der det heter at ansvaret innebærer å "legge til rette for helhetlige utdanningsløp for LIS 2 og LIS 3 i sykehusspesialitetene på tvers av helseforetak, private aktører og eventuelle arenaer i primærhelsetjenesten."

Legeforeningen mener at den foreslåtte bestemmelsen er svært skjønnsmessig utformet, og er etter forslaget begrenset til sykehusspesialitetene. Da forslaget nylig var på høring ga Legeforeningen innspill til at spesialistutdanning i allmennmedisin også måtte inngå i bestemmelsen. Legeforeningen ønsker et tydeligere ansvar for helseforetakene, og klare regler om hvordan dette kan gjennomføres, slik at alle sikres plass innen rimelig tid. Vi kan ikke se at de regionale helseforetakene har fått en tydeligere rolle i å tilrettelegge for sideutdanning i sykehus for spesialistkandidater i allmennmedisin. Det ville vært naturlig i denne sammenheng å se nedfelt i forskrift en tydelig forventning til og forpliktelse lagt på både kommunene og de regionale helseforetak til å samarbeide om et tilstrekkelig sideutdanningstilbud med relevant faglig innhold. Dette burde forskriftsfestes.

Behov for nærmere definisjon av hva som ligger i å være "i spesialisering"

Det vil bli et behov for å definere når en lege er gått inn i et utdanningsprogram i allmennmedisin.

Legeforeningen vil påpeke at forpliktelsen til å påse at leger som ikke er spesialister er i spesialisering, vil være vanskelig å ivareta uten en nærmere presisering av hva det vil si å være i spesialisering. Høringsnotatet fra HOD omtaler ikke hvordan det er foreslått at man skal vite/registrere at legen faktisk er under spesialisering. Vi er overrasket over at høringsnotatet ikke går inn på denne problemstillingen. I og med at de fleste legeoppgaver i kommunen i større og mindre grad er tellende i spesialiteten i allmennmedisin, kan det oppfattes som at alle leger i kommunehelsetjenesten er i spesialisering, rett og slett ved å arbeide i kommunen. Det må etableres et system for å registrere leger i spesialisering i allmennmedisin. Et slikt system må være nasjonalt, da mange leger vil skifte arbeidssted i løpet av spesialiseringen. Leger vil i ikke ubetydelig grad bevege seg mellom tjenestenivåene i den fasen av karrieren hvor de til slutt gjør endelige valg om sin spesialisering. Gjennomført tjeneste/oppfylte læringsmål må derfor være registrert på en måte som tillater gjenbruk.

For den enkelte kommune og for nasjonal helsemyndighet vil et slikt elektronisk verktøy bl.a. gi mulighet til å vite hvor mange spesialister som utdannes, og vil gjøre fremskrivninger av

behov og tilgang langt mer presise. I dag mangler i realiteten slik informasjon for allmennmedisin.

I dette systemet må det også ligge en mulighet for oppfølging av leger som ikke har en viss progresjon i gjennomføring av utdanningsaktiviteter til spesialiteten. I og med at utdanningsaktivitetene som kreves ut over tjenestekravene organiseres av Legeforeningen, er det hensiktsmessig at et system for å registrere leger i spesialisering i allmennmedisin legges til Legeforeningen.

Det er som sagt en stor mangel allerede med dagens system at man ikke vet at en legen faktisk er under spesialisering. I nytt system må det lages klare retningslinjer for "registrering" (at man er under spesialisering), hvis ikke vil kommunene ikke kunne vite om de oppfyller kravet til å ha kommunal stilling eller være fastlege. Et alternativ er at dette registreres i helsepersonellregisteret slik veiledet tjeneste og ferdig spesialitet blir i dag. Det er stort behov for en nasjonal oversikt over allmennleger i spesialisering. En slik registrering vil sikre dette. I tillegg er det to konkrete situasjoner hvor det er behov for sikker informasjon om "spesialiseringsstatus" til legen. Da kravet til veiledet tjeneste etter hvert skal erstattes om et krav om spesialisering (og allerede fra 1.1.2017 oppheves forskrift om veiledet tjeneste) må allmennleger som ikke allerede er spesialister eller har allmennlegegodkjenning ha et refusjonsgrunnlag. HELFO må vite hvilken status de har for at de skal kunne få refusjoner. I tillegg må både HELFO og kommunen ha oversikt over vikarer som i inntil to måneder kan jobbe (med refusjonsrett og uten krav til å være spesialister eller under spesialisering).

Kommunens tilretteleggingsansvar

Departementet skriver flere steder i høringsnotatet at kommunen har et tilretteleggingsansvar for at legene får fullført spesialiseringen. Dette er imidlertid ikke regulert i forskriften. Vi foreslår at dette reguleres i en egen bestemmelse i forskriften. For eksempel en ny § 4. "Kommunen skal organisere og tilrettelegge for at leger som nevnt i første ledd får gjennomført spesialistutdanningen og resertifisering."

Vi viser blant annet til forskrift om veiledet tjeneste hvor kommunens ansvar er regulert, se blant annet § 6. *Kommunens ansvar for organisering av den veiledelede tjenesten*. Kommunens tilretteleggingsplikt bør i tillegg omtales i merknadene til bestemmelsen.

Yrkeskvalifikasjonsdirektivet (høringsnotatet 4.2.1)

Et krav om spesialisering må være utformet i tråd med regelverket i yrkeskvalifikasjonsdirektivet. Norge er forpliktet til å godkjenne gjennomført harmonisert utdanning i et annet EU/EØS-land og å gi vedkommende tilgang til arbeidsmarkedet som om utdanningen var gjennomført i Norge. Spesialistutdanningen i allmennmedisin er i en særstilling sammenlignet med de fleste andre legespesialitetene. Spesialistutdanningen i allmennmedisin er ikke harmonisert. I direktivets artikkel 28 stilles det imidlertid et sett med minimumskrav til leger som jobber med allmennlegeoppgaver som refunderes av nasjonale trygdeordninger. Norge kan ikke forskjellsbehandle leger som kan ha gjennomført en allmennlegeutdanning i et annet EØS-land og dokumenterer dette med et allmennlegebevis.

Leger med allmennlegebevis fra et annet EØS-land må følgelig få tilsvarende muligheter som leger med allmennlegebevis fra Norge. Det er variasjoner knyttet til hvilke krav statene stiller for å få allmennlegebevis, men felles for dem alle er at de oppfyller minstekravene satt i yrkeskvalifikasjonsdirektivet. Det er derfor ikke avgjørende hvor utdanningen er gjennomført. Leger med et allmennlegebevis vil som en konsekvens av dette også kunne jobbe i kommunen selv om de har en utdanning som rent faktisk er kortere enn den norske spesialistutdanningen i allmennmedisin. Departementet foreslår at leger som kan dokumentere at de har gjennomført minimum tre års praktisk tjeneste i medhold av yrkeskvalifikasjonsdirektivets artikkel 28 kan jobbe klinisk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Departementet har utover dette ikke gjort noen vurderinger.

Legeforeningen har vurdert muligheten for å stille sterkere krav til spesialistutdanning til de legene som kommer til Norge med allmennlegebevis (gjennomført 3 år veiledet tjeneste) fra et annet EØS land, men er enig i at krav om at visse stillinger/ hjemler kun kan besettes av de med norsk allmennmedisinsk kompetanse vil være i strid med yrkeskvalifikasjonsdirektivet og reglene om fri flyt av arbeidskraft.

HOD skriver innledningsvis i kapittel 1 femte avsnitt at "Innføringen av krav om å være spesialist i allmennmedisin eller under spesialisering, vil føre til endringer i forskrift om veiledet tjeneste. Kravet om å ha gjennomført tre års veiledet tjeneste for å få allmennlegebevis og rett til å utløse refusjoner fra folketrygden, vil på sikt bli erstattet av et krav om å være spesialist i allmennmedisin." Det er noe uklart hva som menes med dette, og departementet skriver ikke noe mer om det i høringsnotatet. Legeforeningen antar at "på sikt" betyr at de som starter i allmennlegetjenesten fra 1.1.17 vil måtte påbegynne spesialisering. Dette henger også sammen med forslaget til endring i forskrift om veiledet tjeneste § 11 første ledd, nytt andre punktum: "Forskriften gjelder bare for leger som før 1. januar 2017 har inngått veilederavtale med kommunen etter § 6." Slik vi forstår departementets forslag vil det dermed ikke lenger være mulig å gjennomføre veiledet tjeneste/få allmennlegegodkjenning i Norge for de som blir ansatt/får tildelt hjemmel fra 1.1.2017, da denne erstattes av et krav til å bli spesialist. Vi forstår det også slik, selv om det ikke står skrevet direkte, at for å kunne reise til andre EØS land og jobbe på trygdens regning i dette landet, må allmennleger være ferdige spesialister. Vi ber om at dette avklares.

Legeforeningen har ved tidligere kontakt med departementet fått beskjed om at endringer i vedlegg til yrkeskvalifikasjonsdirektivet knyttet til de norske oppføringene av allmennmedisinspesialiteten vil bli gjort når det er vedtatt krav om spesialistgodkjenning i allmennmedisin. Vi ber om at dette gjøres når spesialiseringskravet vedtas.

Behov for særlig tilrettelegging for de som allerede er allmennleger med allmennlegebevis og ikke under spesialisering

Kommunene bør ha klare plikter for tilrettelegging for spesialisering også av leger som har allmennlegegodkjenning. Dette er nødvendig for å virkeliggjøre regjeringens uttalte ambisjon i Meld. St. nr. 26 (2014-15): "at alle allmennleger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal være spesialister eller under spesialisering i allmennmedisin.

Legeforeningen antar at departementet er kjent med endringene i utdanningskravene i Sverige i etterkant av saken som EU kommisjonen initierte mot Sverige med påstand om at det var ulovlig å ha nivåer med yrkeskvalifikasjoner for allmennleger: allmennlegegodkjenning og spesialistgodkjenning. Sverige tapte saken. Saken hadde konsekvenser for de nasjonale utdanningskravene og Sverige endret blant annet lovgivningen ved at det nå ikke lenger er mulig å utdanne seg til allmennlegegodkjenning (3 års veiledet tjeneste). Altså samme løsning som Norge nå velger. I Sverige får de legene som allerede er utdannet EU leger tilbud om et eget opplæringsprogram dersom de ønsker å komplettere sin utdanning til en spesialistutdanning. Legeforeningen mener at det er viktig at det, som i Sverige, tilrettelegges for et system for de med allmennlegebevis å komplettere sin utdanning, og ber om at dette vurderes.

Ulike krav til kompetanse innen kommunale helse- og omsorgstjenester (høringsnotatet 4.3)

Annen spesialistkompetanse

Departementet skriver i dette punktet at de har vurdert om det er hensiktsmessig å videreføre en ordning med ulike krav til legens kompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenestene. De viser blant annet til at kravene som stilles til deltakelse i legevakt uten bakvakt vil være strengere enn de kravene som foreslås i dette høringsnotatet. Departementet konkluderer likevel med at med unntak av krav til legevakt, bør kravet til spesialisering gjelde for alle som jobber kurativt. Departementet skriver at det er liten tvil om at leger i øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester også vil kunne ha nytte av den økte kompetansen en spesialisering i allmennmedisin gir. Det er noe uklart i høringsnotatet om hvilke typer legearbeid forslaget omfatter når det gjelder annet klinisk legearbeid enn det å være fastlege. Legeforeningen stiller spørsmål ved om det er tilsiktet at kommunen med et slikt krav ikke kan ansette spesialister i andre legespesialiteter uten å kreve at disse blir spesialister i allmennmedisin i tillegg. For noen kommunale helsetjenester har en del kommuner valgt å ansette spesialister i andre spesialiteter enn allmennmedisin. Som eksempel kan nevnes at det er ansatt geriater som sykehjemsleger og indremedisinere på enhet for øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Krav til kompetanse for arbeid i fengselshelsetjenesten, samt helsestasjons- og skolehelsetjenesten må også avklares. Disse representerer viktige faglige ressurser i kraft av sin spesialistgodkjenning. Det bør vurderes om det er rimelig at disse skal avkreves å bli spesialister i allmennmedisin i tillegg til sin tidligere spesialistgodkjenning for å kunne arbeide i kommunehelsetjenesten. Dersom kravet skal praktiseres så strengt, vil kommunen i praksis kun tilknytte seg leger som kombinerer slikt arbeid med fastlegetjeneste. Det kan være mange gode grunner for slik kombinasjon. Legeforeningen mener likevel at dette vil være et for strengt krav. Utvikling av kompetanseområder slik det nå gjøres for sykehjemsmedisin bør være gode alternative løsninger for leger som arbeider i store stillinger i offentlig allmennmedisinsk arbeid.

Legeforeningen foreslår at det vurderes ett nytt ledd i § 3.

"Kravet i §3 første ledd gjelder ikke for leger som har annen spesialitet som gir relevant kompetanse for kurativt arbeid i kommunale helse- og omsorgstjenester."

Det bør gjøres en oppstilling av aktuelle spesialiteter i merknad til forskriften. Aktuelle spesialiteter er for eksempel geriatri, pediatri, psykiatri, indremedisin, nevrologi.

Rekruttering og behov for særskilte tiltak (høringsnotatet 4.4)

Departementet har vurdert ulike kompenserende tiltak for å ta særlig hensyn til rekrutteringssituasjon. Man har blant annet sett på permanente unntak fra spesialiseringskravet (for eksempel for en kommune med rekrutteringsproblemer), en søknadsbasert ordning om unntak etter en konkret vurdering, unntak i en overgangsperiode, eller et permanent unntak for korte vikariater i inntil 2 måneder. Departementet foreslår den siste løsningen, da man anser at et slikt snevert men permanent unntak balanserer hensynet til kvalitet og rekruttering. Dette unntaket er foreslått å være absolutt og kan ikke utvides ved flere fortløpende søknader fra den samme legen. Departementet mener det er viktig med et begrenset unntak for ikke å utvanne kravet og ha ulik kvalitet i de ulike kommunene. Departementet foreslår også at dette skal gjelde dersom den samme legen bytter arbeidsplass og at det derfor skal være en to måneders "karantene" periode ved at det må gå minimum to måneder mellom hver periode det gjøres unntak for en konkret lege. Vi antar at HELFO må forvalte en overvåkning av dette.

Legeforeningen har forståelse for at departementet ønsker en snever unntaksregel og vi ønsker heller ikke at spesialistkravet skal utvannes mer enn nødvendig. Vi mener likevel at det er tungtveiende grunner for at vikarer må gis anledning til å kunne arbeide i fastlegekontor i inntil ett år uten å være under spesialisering. Det må imidlertid være en rett men ikke en plikt for disse vikarene å kunne gå inn i et spesialiseringsløp dersom de ønsker, og på denne måten få tellende tjeneste. Dersom de velger å gå inn i et spesialiseringsløp må kommunen tilrettelegge for dem, på samme måte som for andre leger. Et snevert unntak som det foreslattes vil gjøre det svært vanskelig for fastleger som trenger permisjon for å gjennomføre sykehustjeneste som ledd i spesialisering eller gjennomføre barselpermisjon o.l. å få vikar dersom vikaren må forplikte seg til å bli spesialist i allmennmedisin etter bare 2 måneder. Legeforeningen har erfaring med at det mange steder i landet er krevende å få vikar.

Det må også være anledning for sykehusspesialister å ta 1 års sideutdanning i allmennpraksis uten at det utløser et krav om spesialisering i allmennpraksis. Denne gruppen er overhodet ikke omtalt i høringsnotatet, og slik forslaget er utformet vil det ikke være anledning for disse å jobbe i allmennpraksis uten å være under spesialisering i allmennmedisin. I det hele tatt bør det faglige og logistiske potensialet som ligger i at sykehus og kommuner utveksler utdanningskandidater gis oppmerksomhet.

Spesialisttittelen og krav til resertifisering (høringsnotatet 4.5)

Etter dagens regler kan spesialister i allmennmedisin utløse høyere refusjoner enn de som ikke har gjennomført spesialiseringen. Spesialiteten må fornyes hvert femte år. Departementet foreslår å endre reglene for å beholde tittelen "spesialist i allmennmedisin", slik at spesialister som ikke resertifiserer seg, vil beholde spesialisttittelen, men miste retten

til å utløse forhøyet refusjon fra folketrygden.

Med det nye kravet til spesialisering ville en lege ansatt/med fastlegehjemmel i kommunen risikere å miste jobben for mangel på oppfyllelse av de formelle kompetansekrav ved manglende resertifisering. Legeforeningen mener at den formen for etterutdanning som resertifiseringen representerer, er viktig for kvaliteten og kompetansen i tjenesten. Et automatisk tap av sin avtale med/stilling i kommunen for leger som ikke resertifiserer seg, vil imidlertid være et omfattende inngrep overfor den enkelte lege. Legeforeningen har forståelse for de vurderingene som er gjort og støtter derfor departementets forslag til regulering av rett til å beholde spesialisttittel og at resertifisering gir rett til å utløse spesialisttakster.

Det er også en del allmennleger som går over i andre stillinger der de ikke arbeider kurativt/klinisk. Mange tidligere fastleger arbeider i dag i andre roller i kommunene eller statsforvaltningen og bidrar til tjenesteutvikling med viktig allmennmedisinsk kompetanse. Det er både lite hensiktsmessig og urimelig at de har mistet sin spesialitet mens leger med annen spesialitet beholder denne. Også dette hensynet taler for at leger som har gjennomført spesialisering i allmennmedisin beholder sin spesialitet.

Legeforeningen viser også til at fulltids sykehjemsleger eller ØHD-leger ikke vil kunne oppfylle dagens resertifiseringskrav uten å arbeide 6 måneder i åpen uselektert praksis hvert femte år. Å kreve slike avbrudd i legens fulltidsarbeid som sykehjemslege eller ØHD-lege for å beholde spesialisttittelen, fremstår som uhensiktsmessig. Hvis leger i slike stillinger ikke resertifiserer, bør de kunne fortsette å være spesialister i allmennmedisin, men uten å kunne kreve spesialisttakster i normaltarriffen. Også dette hensynet taler for den løsningen som departementet foreslår.

Leger i fulltidsstilling på legevakt/daglegevakt vil på grunn av arbeidets art ha et stort behov for å resertifisere seg. De faglige kravene til leger som deltar i legevakt har hatt høy oppmerksomhet over tid. Praksis har hittil vært at vedtaket om at fulltids arbeid ved daglegevakt og en del større legevakter har telt som 1 eller 2 år av hovedutdanningen, også har gjaldt resertifisering. Med andre ord har kravet til minst 1 års allmennmedisinsk tjeneste i 5-årsperioden vært oppfylt ved dette. Legeforeningen mener at dette bør videreføres. Også her er det viktig å forskriftsfeste at kommunen har en tilretteleggingsplikt for denne gruppen.

Legeforeningen er enig i forslaget om at leger med allmennlegegodkjenning etter EØS-forskrift må resertifiseres innen 5 år. Vi støtter forslaget til endring i forskrift om stønad til dekning av undersøkelse og behandling hos lege § 2 nr. 7 der det heter at leger med allmennlegegodkjenning må innen 5 år få godkjent videre- og etterutdanningsprogram i henhold til spesialistreglene i allmennmedisin for å kunne kreve tilleggstakster for spesialister i allmennmedisin. På denne måten oppstilles resertifiseringen som et vilkår for å kreve tilleggstakster også for denne gruppen med leger.

Overgangsordninger (høringsnotatet punkt 4.6)

Leger som jobber i kommunen per 31.12.16

Kravet om spesialisering gjøres ikke gjeldende for ikke-spesialister allerede er ansatt/tildelt hjemmel før 1. januar 2017. Legeforeningen mener likevel at flest mulig av disse legene bør gis mulighet til å gå inn i et spesialiseringsløp, og at dette bør forventes tilrettelagt av kommunene i størst mulig grad. Det er ikke regulert noe ansvar for kommunen å tilrettelegge for dette, og vi foreslår derfor et tillegg til forskriftens § 5 nytt annet ledd:

"Kommunene skal tilrettelegge for at leger som er unntatt etter første ledd i størst mulig grad inngår i et spesialiseringsløp."

Departementet skriver at kravet om å være spesialist eller være under spesialisering kan pålegges alle, inkludert de som er i arbeid når kravet innføres, eller det kan gjelde de som tiltrer den aktuelle stillingen eller fastlegehjemmelen etter at kravet innføres. Et krav for alle vil sørge for at antallet spesialister øker raskere, leger som ikke er spesialister vil få økt sin kompetanse og kvaliteten i tjenesten vil heves raskere. Men dette vil være et betydelig inngrep i den arbeidsavtalen/fastlegeavtalen vedkommende lege har inngått med kommunen. Til dette kan det bemerkes at de fleste legeoppgaver i kommunen i større og mindre grad er tellende i spesialiteten i allmennmedisin. Det ville derfor vært mulig å argumentere for at disse legene allerede var under spesialisering gjennom arbeid i åpen uselektert praksis. For å fullføre utdanningsløpet ville imidlertid legene måtte delta i en rekke utdanningsaktiviteter utover det de driver med til daglig. Departementet foreslår at kravet om å være spesialist eller under spesialisering innføres for leger som kommunen tilknytter seg etter at kravet trer i kraft.

Legeforeningen har forståelse for at det er behov for en avveining mellom hensynene. Å kreve at de legene kommunen allerede har ansatt eller har fastlegeavtale med, skal bli spesialister i allmennmedisin, kan oppfattes som å lage en forskrift med tilbakevirkende kraft. Det er imidlertid sterkt ønskelig at også alle de som allerede arbeider i kommunehelsetjenesten, blir spesialister i allmennmedisin dersom de ikke allerede er det. For å oppnå dette, bør de tilbys samme tilrettelegging for å gjennomføre spesialisering i allmennmedisin som de som får ansettelse eller fastlegeavtale etter 01.01.17, jfr vårt forslag om tillegg til forskriftens § 5 - nytt annet ledd.

Leger som har gjennomført veiledet tjeneste, leger som er under veiledning og leger med autorisasjon før 31.12.16

Departementet foreslår også at leger som allerede har fått utstedt allmennlegebevis kan yte helsehjelp i kommunen etter 31.12.16. Dette gjelder uavhengig av om de er i kommunal jobb eller ikke ved ikrafttredelsestidspunktet. Legeforeningen viser til det vi har skrevet ovenfor om et eget opplegg for disse legene for at disse kan komplettere utdanningen sin og fullføre spesialiteten, jf ordningen i Sverige.

Legeforeningen mener at de samme hensynene ikke gjør seg gjeldende for de legene som er under veiledning, som for de som allerede har jobbet en stund og som omfattes av unntaket i § 5 a) og b). Vi ser ikke gode grunner for at det skal gjøres unntak for leger som er i gang med veiledet tjeneste. De er i begynnelsen av sin allmennlegekarriere og bør fortsette med

spesialiseringsløpet. Det må lages et system for å kunne vurdere hvor mye av den veiledede tjenesten som allerede er gjennomført som kan være tellende mot spesialiteten. Legeforeningen foreslår at unntaket i forskriften § 5 e) strykes.

Legevakt

Det foreslås et tidsbegrenset unntak fra kravet om spesialisering for legevakt i en overgangsperiode som gjelder fram til akuttmedisinforskriften § 7 første ledd trer i kraft (1. mai 2018). Legeforeningen er enig i denne vurderingen.

Økonomiske og administrative konsekvenser (høringsnotatet 5.4)

Legeforeningen har noen kommentarer til det som står om økonomiske og administrative konsekvenser for "*Legene, Legeforeningen og utdanningsfondene*".

Helsedirektoratet har i sin rapport IS-2139 anslått legens utgifter og tap av inntekt til om lag 750 000 kroner for å gjennomføre spesialiseringen. Disse kostnadene blir lavere ved inntak av vikar i praksisen, men det er fortsatt betydelige kostnader. Spesialister i allmennmedisin kan kreve egne spesialisttakster som i følge tall fra KUHR kan generere om lag 270 000 kroner i ekstraintekter per år. Dette skal da dekke både spesialiseringen og senere sertifiseringer.

Legeforeningen mener de øvrige økonomiske konsekvensene av forslaget er mangelfullt beskrevet og foreningen etterlyser en grundigere analyse av dette.

Departementet anfører at hverken Legeforeningens utdanningsfond eller Legeforeningens sekretariat vil bli særlig påvirket av forslaget. Legeforeningen deler ikke denne oppfatningen. Både Utdanningsfond I og Utdanningsfond II vil begge bli berørt av de foreslåtte endringene.

Som departementet viser til, er det mange av læringsaktivitetene og kursene som er tellende i spesialiteten i allmennmedisin som organiseres og gjennomføres av Legeforeningen eller i samarbeid med Legeforeningen. Per i dag er det cirka 230 leger som står på venteliste for å kunne starte i det obligatoriske to-årige veiledningsprogrammet (veiledningsgruppe) i allmennmedisin. Innføring av krav om at leger som tilknyttes kommunen skal være spesialister eller være under spesialisering i allmennmedisin vil selvfølgelig føre til et økt press på veiledningsprogrammet, både når det gjelder antall plasser/veiledningsgrupper, men også når det gjelder antall undervisere/veiledere. Det vil bli behov for å utdanne flere veiledere til å lede og drifte veiledningsgruppene. Disse kursene finansieres av Utdanningsfond I. I dag arrangeres det tre kurs à fire dager for å kunne bli/utdanne seg til veileder i allmennmedisin. Dernest vil det føre til økte kostnader fra Utdanningsfond I i form av økte honorarutbetalinger til veiledere.

Flere veiledningsgrupper vil kreve at det avsettes mer ressurser. Det vil kreve økt bemanning i Legeforeningens sekretariat knyttet til stillinger for veiledningskoordinering (per i dag er det fire 30 % stillinger for leger som administrerer veiledningsgruppene) og en økt

stillingsressurs til den daglige driften av veiledningsprogrammet som i dag driftes av en konsulent i 100 % konsulentstilling.

Forslaget medfører også et økt behov for flere kurs, ref. de fire obligatoriske kursene (A, B, C og D) i allmennmedisin. Det er lite sannsynlig at det økte behovet skal kunne dekkes i nåværende mengde kurs, jf departementets kommentarer. Et økt antall kurs med behov for underskuddsgaranti vil måtte dekkes av Utdanningsfond I.

Likeledes vil et økt antall deltakere på kurs føre til et økt uttak av Utdanningsfond II i forbindelse med søknad om dekning av reise og opphold ved deltakelse på obligatoriske kurs.

Legeforeningen ber departementet se nærmere på de økonomiske analysene av forslaget og ber om at ordningen må følges opp med de nødvendige økonomiske ressurser.

Med hilsen
Den norske legeforening

Geir Riise
generalsekretær

Lars Duvaland
avdelingsdirektør

Dokumentet er godkjent elektronisk