

Notat

Til: Helse- og omsorgsdepartementet

Stab samhandling og internasjonalt samarbeid

Kopi:

Seksjon samhandling

Fra: Oslo universitetssykehus

Saksbeh: Bente Thorsen, samhandlingsoverlege

Dato: 4.10.2016

Sak: Høring: Krav om at leger i den kommunale helse- og omsorgstjenest skal være spesialist i allmennmedisin eller under spesialisering

Overordnet:

Norsk allmennmedisin med spesialistutdanningen har godt nasjonalt og internasjonalt omdømme. Utdanningen har god kvalitet, ikke minst gjennom 2 års deltagelse i veiledningsgruppe hvor sentrale tema innen allmennmedisinen blir gjennomgått i en liten gruppe, med veileder som selv er spesialist i allmennmedisin.

Det har gjennom flere år skjedd en overføring av behandlingsoppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommuner/fastleger. Samhandlingsreformen har forsterket denne tendensen. Utvikling innen diagnostikk og behandling fører også i seg selv til at fler pasienter enn før mottar avansert helsetjeneste i regi av primærhelsetjenesten. Alle kommunens leger må rustes til å takle de økende utfordringene. For at arbeidsdeling og samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste skal kunne utvikles etter intensjonen fremover, er det avgjørende at kommunens leger innehar tilstrekkelig kompetanse.

2 Spesialistutdanningen i allmennmedisin

2.4 Spesialister i allmennmedisin – noen tall og sammenhenger

Det anføres at økningen i andelen spesialister blant fastleger har flatet ut. Avflatingen forklares med at det er mange nye fastleger i ordningen. Fullstendig oversikt over trenden krever tall for hvor mange yngre fastleger som pr dato er i spesialiseringsløp.

For kommunale leger i andre helse- og omsorgstjenester (legevakt og sykehjem), er statistikken ulik alt etter om disse legene er fastleger (og spesialister i allmennmedisin) i tillegg til sine øvrige kommunale oppgaver.

Oslo kommune har en stor andel heltidsansatte leger i sykehjem og legevakt. Få av disse er spesialister i allmennmedisin. Det har ikke vært lagt systematisk til rette for å få dem inn i gode spesialiseringsløp. Stillingene har lav status og representerer ingen «karrierevei» for legene. Det er stor gjennomtrekk i stillingene. For spesialisthelsetjenesten som samhandlingspart er dette dobbelt uheldig: Sykehusene (og pasientene) trenger høy andel spesialister og høy kontinuitet i legedekning i kommunehelsetjenesten.

3 Gjeldende rett

3.4 Yrkeskvalifikasjonsdirektivet og forskrift om veiledet tjeneste

OUS forstår at Norge må etterleve EU's yrkeskvalifikasjonsdirektiv, og derved forskrift om veiledet tjeneste. Vi håper likevel at også leger som oppfyller kravet om veiledet tjeneste, blir stimulert og støttet til å fullføre spesialistutdanning i allmennmedisin fordi det ligger en betydelig bedre kvalitet i spesialistutdanningen enn i opplegget med tre års veiledet tjeneste. Ikke minst gjelder dette leger som har rett til å praktisere i Norge etter å ha gjennomført utdanning og veiledet tjeneste i et annet EØS-land enn Norge.

4 Departementets vurderinger og forslag

4.1 Innledning

Om forestående endringer i selve spesialistutdanningen: De fire grunn-delene spesialistutdanningen bygger på, er svært gode og bør kunne brukes som modeller, også når spesialistutdanningene skal utvikles og få en del felles innhold i fremtiden.

4.2.1 Yrkeskvalifikasjonsdirektivet som ramme

OUS støtter intensjonen om at man i Norge vil «overoppfylle» Yrkeskvalifikasjonsdirektivet (3 års veiledet tjeneste) ved at leger i norsk kommunehelsetjeneste skal gjennomgå fullverdig spesialistutdanning. Men intensjonen uthules noe ved at leger som har godkjenning som allmennpraktiker fra Norge eller andre land kan slippe å ta spesialistutdanning. Insentivet ligger i at det kun er den fullverdige spesialisten som kan kreve spesialisthonorar. Som nevnt i kapittel 3.4, håper OUS det blir lagt praktisk og økonomisk til rette for at flest mulig av kommunens leger oppnår fullverdig spesialistutdanning.

4.2.2 Et krav om å være spesialist eller under spesialisering

Helseforetakene får ansvar i fremtiden for å legge til rette for at allmennleger i spesialisering (ALIS) skal få tjeneste 1 år i sykehus. En god plan for dette fra sykehusenes side vil bidra til kvalitet i utdanningen og være avgjørende for at ALIS kommer gjennom spesialistløpene. Dette vil sykehusene også tjene på, på sikt. I Oslo vil ansvaret omfatte også heltidsansatte ALIS i sykehjem og legevakt. Det vil kreve ressurser å organisere tilbudet. ALIS i sykehus kan ikke inngå i vanlige LIS vaktlag, (i alle fall ikke hele tjenestetiden), og dette får betydning for sykehusenes drift og økonomi.

4.3 Ulike krav til kompetanse i kommunale helse- og omsorgstjenester

Forslaget støttes, se over. Ikke minst er dette viktig i Oslo og andre større byer som har mange heltidsansatte leger i legevakt og sykehjem.

Imidlertid: Det bør åpnes for at leger i sykehjem som ikke er spesialister) eller under spesialisering) i allmennmedisin, kan inneha andre relevante spesialiteter, f. eks indremedisin, infeksjonsmedisin, geriatri, psykiatri, nevrologi, fysikalsk medisin. Dette vil ikke gjelde mange leger, men et lite tilfang av erfarne sykehusspesialister i sykehjemsmedisinen kan bidra til å styrke dette fagfeltet, og gi gode legetjenester i sykehjemmene hvor de arbeider.

4.4 Rekruttering og behov for særskilte tiltak

Kapittelet drøfter ulike former for rekrutteringstiltak. Fra allmennlegehold er det påpekt behov for at kommunene oppretter fastlønnede ALIS stillinger i tilslutning til fastlegekontorene (liknende modellene man har i dag for turnusleger). Enkelte kommuner (eks Bergen) er i gang med å etablere en slik modell. Det er krevende for unge leger å starte karriereløp som fastlege med å kjøpe praksis, etablere seg som selvstendig næringsdrivende

lege og arbeidsgiver, takle alle faglige og praktiske utfordringer og i tillegg administrere egen spesialistutdanning. En modell med fastlønnede ALIS i kommunene vil også gi mulighet for rotasjonsordninger slik at leger i sykehjem og legevakt kan få de to årene de trenger i allmennpraksis for fullføre spesialistutdanning i allmennmedisin. Modellen forutsetter at kommunene tar et større ansvar for spesialistutdanningen av legene sine enn de gjør i dag.

Det er krevende for små kommuner å rekruttere og holde på fastleger. Og det vil være krevende for dem å bidra til at legene får økonomisk mulighet og nødvendige permisjoner til å gjennomføre spesialistutdanning. Det er en risiko at noen kommuner kan velge å satse på leger med 3 års veiledet tjeneste som «gode nok» og ikke legge til rette for at også disse skal få fullverdig spesialistutdanning. Dette kan få uheldig konsekvens ved det utvikles A-lag og B-lag i legetjenesten i kommunene.

4.5 Spesialisttittelen og krav til resertifisering (etterutdanning)

Det ligger et betydelig insentiv til resertifisering for privatpraktiserende allmennleger i at kun de som resertifiserer seg, skal kunne kreve spesialisthonorar. I tillegg er det viktig at kommunene ser verdien av å stimulere alle sine leger til å resertifisere seg, sekundært delta i annen planlagt etterutdanning. Dagens ordning for resertifisering til spesialiteten i allmennmedisin krever minst 1 dags tjeneste i allmennpraksis pr uke gjennom 5 år. For fast ansatte leger i sykehjem og legevakt er det vanskelig å etterkomme et slikt krav. Samtidig har de, sammen med kommunens øvrige leger, behov for kontinuerlig faglig utvikling og oppdatering, og dette må ivaretas i en fremtidig spesialiststruktur.

4.6 Overgangsordninger

Forslagene til overgangsordninger støttes.

5 Økonomiske og administrative konsekvenser

5.2 Kommunen

Det vises til kommentarer i kapittel 4.4. Kommuner som satser på å opprette fastlønnede ALIS hjemler, vil påta seg et administrativt og økonomisk ansvar for allmennlegetjenesten som de ikke har pr i dag. Modellen er ikke fremmed for kommunene i det mange av dem, herunder Oslo kommune, har etablert Lokalmedisinske sentra med fastlønnede fastleger.