



Helse- og omsorgsdepartementet

18.11.2016

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

Pensjonistforbundet viser til Helsedepartementets høringsbrev datert 06.06.16.

Pensjonistforbundets uttalelse er på vegne av Pensjonistforbundet og SAKO-organisasjonene (Postens Pensjonistforbund, Fagforbundet pensjonistutvalg, Telepensjonistenes Landsforbund, Jernbanepensjonistenes Forbund, Politiets Pensjonistforbund, Statens Vegvesens Pensjonistforbund og LO-Stats Pensjonistutvalg). Vi uttaler oss først og fremst på vegne av eldre.

«Departementet foreslår i høringsnotatet og forskriftsfeste at leger som tilknyttes kommunen etter 1. januar 2017 skal være spesialister i allmennmedisin eller være under spesialisering. Kravet gjelder leger som yter helsehjelp». Departementet foreslår å gjøre unntak fra kravet for leger som tiltrer et vikariat av inntil to måneders varighet og for leger som deltar i kommunalt organisert legevakt utenom sitt ordinære arbeid.

Hensikten med de nye forskriftene er å øke kompetansen hos legene i primærhelse-tjenesten. Dette passer godt i forhold til samhandlingsreformen som legger sterke føringer til økning i kompetansekrav i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Jo flere primærleger som er spesialister i allmennmedisin, jo bedre er det. Dette er et ønske som får vår tilslutning!

«Kommunen har i stor grad av frihet til å organisere sitt tjenestetilbud,...». Pensjonistforbundet vil tilføye at dette gjelder ikke minst legetjeneste i kommunale institusjoner eller tilsvarende. Disse forhold har etter Pensjonistforbundets erfaring resultert i en for dårlig kompetanse og for lavt volum på en legetjeneste som blir spesielt utfordret ved samhandlingsreformen. Det er derfor viktig at denne tjenesten også nå blir omfattet av den nye forskriften. Vi slutter oss fullt og helt til følgende standpunkt: «departementet mener det er uheldig at finansieringskilden, og ikke kompleksiteten i oppgaveporteføljen, styrer kravene til kompetanse hos leger i kommunen». Sett fra Pensjonistforbundets side er det særlig viktig at pasienter på



sykehjem blir vurdert og behandlet av leger med god kompetanse, og at eldre personer får helsehjelp fra faglig godt kvalifiserte leger.

Forslaget om at spesialistkravet skal gjelde alle synes å være rimelig, men det må være klare overgangsregler og unntaksbestemmelser. Det skjer av og til at spesialister ved sykehus søker arbeid i kommunehelsetjenesten. Mest vanlig er det at eldre indremedisinere søker stilling som tilsynslege ved sykehjem. Man kan ikke vente at eldre spesialister i indremedisin påbegynner en ny spesialisering i allmennmedisin. Disse legene vil ha betydelig erfaring med eldre pasienter og deres sykdommer, og er i tillegg et viktig rekrutteringsgrunnlag for en tjeneste det ikke er så lett å skaffe leger til. Dette er en tjeneste som er ønsket. Kommunehelsetjenesten blir med dette tilført viktig kompetanse, selv om den aktuelle legen ikke fyller kriteriene for å være spesialist i allmennmedisin.

Det vil dessverre fortsatt være regioner som av forskjellige grunner har vansker med å rekruttere ønsket personell, og det må da være kommunen, evt. sammen med fylkesmannen, som gir midlertidige dispensasjoner. Forslaget om at vikariater på inntil 2 måneder ikke skal omfattes av den foreslåtte forskrift kan være en nødløsning, men må ikke bli en sovepute. Legedekningen må bli bedre, spesielt i distriktene.

Kravet om at alle kommunale leger skal være spesialister i allmennmedisin eller under spesialisering, fører til at kommunene enten må rekruttere ferdige spesialister eller tilby sine nye leger et løp fram til ferdig spesialistutdanning. I tillegg må kommunene tilby sine spesialister muligheter for resertifisering. De nye forskriftene innebærer dermed bedre muligheter for faglig utvikling for kommunelegene. Det er erfaringsmessig attraktivt, og det er grunn til å håpe at det kan bedre rekrutteringen til primærhelsetjenesten.

Det vanskelige spørsmålet er om kommunene lykkes i å etablere de tilbud forskriftene fastsetter. Legene skal delta i veiledningsgrupper med kvalifiserte ledere, de skal gjennomføre bestemte kurs i regi av Legeforeningen og de skal arbeide ett år på sykehus. Dette innebærer en del fravær som må dekkes opp med vikar. Videre er det ikke uten videre gitt at helseforetakene vil ta imot alle de primærleger som ønsker et sykehus-år. De praktiske problemer på de nevnte områder kan være større enn hva høringsnotatet gir inntrykk av.

Om ikke legemarkedet plutselig forandrer seg, vil sentrale kommuner være de mest attraktive arbeidsssteder. Ferdige spesialister vil søke seg dit. Disse kommunene trenger da etter hvert ikke å ta kostnadene og merarbeidet ved å ansette leger under spesialistutdanning. Dette kan overlates til distriktskommunene. Å binde legene til den kommunen hvor de er ansatt under spesialistutdanningen, er uaktuelt. Men det merarbeid og de merutgifter som reformen påfører noen kommuner og ikke andre, bør kompenseres. Enklest gjøres dette med et beregnet statlig særtilskudd pr år pr lege under spesialistutdanning.



Det er sannsynlig at den første virkningen av de nye forskriftene er at sentrale kommuner får hevet legenes formalkompetanse, mens distriktskommuner kan oppleve både færre søkere og flere krav enn før som må tilfredsstilles for å få fylt ledige stillinger. Det må etableres ordninger som kan forhindre at lokale legetjenester plutselig forringes i vesentlig grad. Vi slutter oss til alle de forslag departementet har til unntaksbestemmelser.

For å få til tilfredsstillende løsninger i små kommuner, kunne en tenke seg kommunesamarbeide, med legegrupper fra flere kommuner som er «under spesialisering» og der veiledning og utdanning er systematisert med ledelse fra erfarne spesialister i allmennmedisin. Vi er spørrende til at problemstillinger omkring kommunereformen som en oppgavereform ikke er nevnt.

«Under spesialisering»

Det hadde vært ønskelig med en nærmere vurdering av hva det innebærer å være «under spesialisering» og hvordan dette kan beskrives slik at legedekningen sikres der dette er vanskelig.

Pensjonistenes organisasjoner vil påpeke at myndighetenes handlingsrom med fordel kan gjøres enda større.

- Skal kravene gjennomføres kan det opprettes et nødvendig antall (etter stipulert behov) statlige helt eller delvis fastlønnete utdanningsstillinger for spesialiseringsløpet i allmennmedisin, lignende finansieringen av gamle distriktslegestillinger som jo gav rekruttering til allmennmedisin. Samtidig skal hjemmelen inneholde et garantert løp for sykehusjeneste og obligatorisk veiledningsprogram. Etter at de er blitt spesialister kan de så velge å etablere seg i private avtalehjemler. Grunnen til at utdanningshjemlene bør være statlige er at det vil bli for tilfeldig hvis det er opp til enkeltkommuner å opprette og finansiere hjemler for leger som kanskje ikke blir i kommunen.
- Spesialiseringen skal normalt gjennomføres på 5 år. Som nevnt mener vi at de praktiske problemene med kommunelegenes spesialisering er undervurdert. Det anbefales derfor mulighet for å avtale utdanningsløp som er lengre enn 5 år.
- For å forhindre sammenbrudd i lokale legetjenester som følge av både forutsigbare og ikke forutsigbare hendelser, bør fylkesmannen i en overgangsperiode ha vide fullmakter for å innvilge midlertidige dispensasjoner fra de nye kravene.
- Pensjonistforbundet anbefaler at de nye forskriftene trer i kraft 1. mai 2018, altså samtidig med at kravet om økt kompetanse i den kommunale legevaktjenesten iverksettes. Den ekstra tiden kommunene da får, 16 måneder, forutsettes benyttet



til å etablere de ordninger som er nødvendige for å gjennomføre de økede forpliktelser kommunene får overfor de leger de ansetter.

Til slutt skal det bemerkes at statlige myndigheter har gitt uttrykk for betydelige ambisjoner innen psykiatri og rusomsorg. Kommunene skal få flere og mer krevende oppgaver på disse områdene. Det er sannsynlig at mange kommuner da vil ønske å ansette spesialister i psykiatri eller leger med spesialkunnskaper i rusbehandling i kurative stillinger. Andre spesialiteter enn allmennmedisin bør derfor også føre til fast ansettelse i bestemte stillinger i kommunene, enten legen nå er ferdig spesialist eller under utdanning. I lys av myndighetenes ambisjoner innen psykiatri og rusomsorg, er det overraskende at dette ikke er berørt i høringsnotatet. Det bør snarest mulig lages et tillegg til forskriftene som ivaretar de forventede kommunale behov for kompetanse innen psykiatri og rusomsorg.

Konklusjon

Pensjonistenes organisasjoner støtter forslaget til den nye forskrifter om å øke kompetansekravet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Men det må være klare overgangsregler, og unntaksbestemmelser som ivaretar distriktene og de legene som allerede har en spesialistutdanning.

Utfordringen er både økte legeressurser og styrket legekompetanse til sykehjemmene.

For å sikre nødvendige ressurser og kompetanse, og rekruttering av leger, bør etableres en egen legespesialitet: **Alders- og sykehjemsmedisin**, gjerne som påbygging til Allmennmedisin eller til andre relevante legespesialiteter.

Med vennlig hilsen
Pensjonistforbundet

Jan Davidsen
Forbundsleder

Anne Hanshus
seniorrådgiver