



FREMTIDENS LEGESPECIALISTER

Spesialitetsstruktur- og innhold i samfunns- og allmenntilleggsmedisin

Publikasjonens tittel: FREMTIDENS LEGESPESIALISTER
Spesialitetsstruktur og - innhold i samfunns- og
allmenntidensisin

Utgitt: 06/2014

Bestillingsnummer: IS-2139

ISBN 978-82-8081-314-5

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling allmennhelsetjenester
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no

Hefte kan bestilles hos: Helsedirektoratet
v/ Trykksaksekspedisjonen
e-post: trykksak@helsedir.no
Tlf.: 24 16 33 68
Faks: 24 16 33 69
Ved bestilling, oppgi bestillingsnummer: IS-2139

Prosjektgruppen
Kjell Maartmann-Moe, PHAH, prosjektleder
Anders Ledsaak Norlund, PHMR til 01.05.13
Anders Smith, FLMH
Cathrine Hannevig Welle-Watne, PHPE til 31.12.13
Andreas Wederwang-Resell, PHPE fra 24.09.13
Gun-Mette Brandsnes Røsand, PHPR fra 01.08.13
Kaja Cecilie Sillerud, PHPR til 01.08.13
Kristin Refsdal, PHOT
Terje Vigen, SPST

Forsidebilde © Hans Berggren / Johnér (illustrasjonsbilde)

Oslo 18. juni 2014

Dette er et offentlig høringsdokument fra Helsedirektoratet om «Fremtidens legespesialister. Spesialitetsstruktur og innhold i samfunns- og allmennmedisin» (SISAM-rapporten). Alle som ønsker det, kan sende kommentarer og forslag (høringssvar) til rapporten til Helsedirektoratet.

Høringsfristen er 15. oktober 2014 kl 24. Høringssvar som kommer inn etter denne fristen, vil ikke bli vurdert.

SISAM-rapporten må sees i sammenheng med de to andre rapportene om «Fremtidens legespesialister».

Høringssvar kan sendes per epost til
postmottak@helsedir.no

eller per brev til
Helsedirektoratet
Avdeling allmennhelsetjenester
P.b. 7000 St. Olavs plass
0130 OSLO

Spørsmål i forbindelse med høringen kan rettes til
postmottak@helsedir.no
eller 810 20 050

Merk alle sendinger SISAM

Vennlig hilsen
Helsedirektoratet

Postadresse: Pb. 7000, St. Olavs plass, 0130 Oslo
Telefon: +47 810 20 050
Faks: +47 24 16 30 01
E-post: postmottak@helsedir.no

www.helsedirektoratet.no

INNHold

INNHold	3
SAMMENDRAG	6
1. HOVED- OG SISAM-PROSJEKTET	8
1.1 Utfordringene	8
1.2 Mandat for hoved- og SISAM -prosjektet	9
2. SPESIALITETSSTRUKTUR OG –INNHold I SAMFUNNS- OG ALLMENNMEDISIN	14
2.1 Allmenntedisinsk kompetanse i et europeisk perspektiv	14
2.2 Legetjeneste i forsvaret	15
2.3 Forskning og samfunns- og allmenntedisin	16
3. Allmenntedisin	166
3.1 Allmenntedisin del 1	177
3.2 Allmenntedisin del 2	188
3.3 Når starter spesialiseringen i allmenntedisin?	20
3.4 Allmenntedisin del 3	211
3.5 Veiledning og spesifikt utdanningsprogram (veiledningsgruppe)	222
3.6 Balansen mellom teoretisk utdanning og praktisk allmenntedisinsk legearbeid	233
3.7 Balansen mellom den obligatoriske og valgfrie utdanningskomponenten i spesialiseringen i allmenntedisin.	233
3.8 Velferds- og trygdemedisin	244
3.9 Sakkyndighetsarbeid	244
3.10 Fordypning	244
3.11 Allmenntedisin og forskning	25

3.12	Spesialisttittel	25
3.13	Etterutdanning	25
3.14	Veksling mellom allmenntedisinske fagfelt i etterutdanningen	27
3.15	EØS-reglene og spesialisering i allmenntedisin	27
4.	Legevakt og den akuttmedisinske kjede	277
4.1	Kompetansekrav – teori og øvelse i legevaktmedisin	288
5.	Samfunnsmedisin	31
5.1	Når starter spesialiseringen i samfunnsmedisin?	322
5.2	Spesialisering i samfunnsmedisin generelt	333
5.3	Samfunnsmedisin del 1	33
5.4	Samfunnsmedisin del 2	344
5.5	Samfunnsmedisin del 3	344
5.6	Samfunnsmedisinsk arbeid på de ulike nivåene i forvaltningen	355
5.7	Minimum 50% samfunnsmedisinsk tjeneste	355
5.8	Veiledning og veiledet spesialiseringsprogram (veiledningsgruppe)	366
5.9	Samfunnsmedisin og tilstøtende medisinske fagområder	377
5.10	Samfunnsmedisin og forskning	38
5.11	Samfunnsmedisin og ledelse	38
5.12	Samfunnsmedisin og master of public health	39
5.13	Samfunnsmedisin og arbeidsmedisin	39
5.14	Samfunnsmedisin - etterutdanning	39
5.15	Samfunnsmedisin og veiledning	40
5.16	Samhandling	40
6.	Kompetanseregister for helsepersonell – leger	41

7.	Økonomiske og administrative konsekvenser	42
7.1	Innledning	42
7.2	Basisalternativet	43
7.3	Økonomiske overslag	49
7.4	Konsekvenser for pasientene	52
7.5	Konsekvenser for kommunene	53
7.6	Konsekvenser for statlige arbeidsgivere	54
7.7	Konsekvenser for private arbeidsgivere	54
7.8	Konsekvenser for legene og Legeforeningen	54
7.9	Konsekvenser for universitetene	60
7.10	Konsekvenser for Helsedirektoratet	61
7.11	Juridiske konsekvenser	61
7.12	Oppsummering - konsekvenser av endringsforslagene	62
8.	Forkortelser	66
9.	Gjeldende spesialistregler	67

I denne rapporten presenterer Helsedirektoratet forslag til endringer i spesialitetsstruktur og -innhold i spesialitetene i samfunns- og allmenntmedisin.

Systematisk kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid

Befolkningen skal møte jevn og god kvalitet på legetjenestene. Helsedirektoratet foreslår derfor at alle leger i allmenntmedisinsk og samfunntmedisinsk arbeid, spesialiserer og etterutdanner seg på en systematisk måte.

Helsedirektoratet ser legers spesialisering i et læringsperspektiv for hele yrkeskarieren. Det må oppnås god balanse mellom praksis og teori i selve spesialistutdanningen og mellom ny læring og vedlikehold av kompetanse i etterutdanningen.

Helsedirektoratet foreslår en rekke grep for å gjøre begge spesialitetene bedre tilpasset føringene som er lagt for utviklingen av helsetjenesten gjennom samhandlingsreformen, helseover og forskrifter knyttet til disse.

Helsedirektoratet mener videre det trengs bedre ledelse av legetjenestene i kommunen og bedre kvalitet på legetjenestene og foreslår tiltak som vil bidra til dette.

Kompetanse i front

Det er viktig at fastlegene har breddekompetanse, deltar i legevakt, koordinerer det medisinske arbeidet i tråd med listeansvaret, jobber tverrfaglig og forebyggende og er aktivt med på samhandlingsarenaene for pasientene.

Helsedirektoratet vil at det faglige nivået i den allmenntmedisinske tjenesten ligger så høyt at allmenntmedisinske problemstillinger blir tatt hånd om i kommunehelse-tjenesten og i minst mulig grad henvises til spesialisthelsetjenesten. Videre- og etterutdanning i allmenn- og samfunntmedisin, organisering, kapasitet og finansiering av tjenestene må understøtte en slik utvikling.

Prosjektet spesialitetsstruktur og –innhold i samfunns- og allmenntmedisin følger hovedtrekkene i forslagene IS-2079-2 "Fremtidens legespesialister – en gjennomgang av legers spesialitetsstruktur og –innhold" med spesialistutdanning i tre deler (del 1, 2 og 3) og obligatorisk etterutdanning.

I spesialiseringssløpene for allmenn- og samfunntmedisin er Helsedirektoratets viktigste konkrete forslag til endringer i spesialitetsstruktur og –innhold følgende:

- Alle som starter i allmenn- eller samfunnsmedisinsk arbeid, starter samtidig på sine respektive spesifikke spesialiseringer (del 3). Forslaget bringer spesialiseringene i de to fagområdene på linje med de øvrige spesialiteter.
- Helsedirektoratet mener det er viktig å heve kvaliteten på de "andre allmenntedisinske oppgavene"¹ og gjøre dem meritterende til spesialiteten i allmenntedisin. Det foreslås blant annet utvikling av egne utdanningsprogrammer for leger som jobber med «andre allmenntedisinske oppgaver». Disse programmene foreslås integrert i spesialist- og etterutdanningen i allmenntedisin.
- Det foreslås at 100% tjeneste i alle «andre allmenntedisinske oppgaver» godkjennes med inntil 2 år i spesialiseringen i allmenntedisin. Resten av del 3 må da gjennomføres som minimum 80% åpen uselektert allmenntedisin + evt. annen allmenntedisinsk oppgave.
- For å bli spesialist i allmenntedisin må man ha tellende tjeneste fra minimum fire, maksimum seks forskjellige sykehusavdelinger. Alle må ha sykehustjeneste i indremedisin og psykiatri.
- Det foreslås at oppnådd spesialisttittel i allmenntedisin beholdes så lenge man er autorisert eller lisensiert som lege. Slik er det for de andre medisinske spesialitetene i Norge og i Europa forøvrig.
- Det forutsettes deltakelse i den kommunale legevaktordningen i kommunen legen arbeider, uansett allmenntedisinsk arbeidsoppgave, for å bli spesialist og for å resertifisere seg. Ordningen gjelder til legen når aldersgrense for legevakt eller får fritak av andre grunner.
- For å bedre pasientforløpene foreslår Helsedirektoratet at et visst volum faglige samarbeidsmøter med tjenesteyterne på alle nivå, sammen og hver for seg, gjøres obligatorisk i både videre- og etterutdanningen i allmenn- og samfunnsmedisin.
- Stillingsbrøken i samfunnsmedisinsk tjeneste må være minimum 50% for å telle i spesialiseringen. Kravet til tjenestetid sees i forhold til den totale tellende stillingsbrøken.
- Spesialiteten i samfunnsmedisin kan oppnås på ett tjenestenivå.
- I samfunnsmedisin foreslås det innført obligatorisk etterutdanning, og mulighet for å legge mer vekt på ledelse og forskning.

De generelle konsekvensene av forslagene blir omtalt i kapittel 7, mens de spesifikke konsekvensene gjøres løpende rede for i rapporten.

¹ Sykehjem, legevakt, skolehelsetjeneste, helsestasjon, fengsel, kvalitetsutvikling, undervisning med mer. Se også kap. 8 Ordliste.

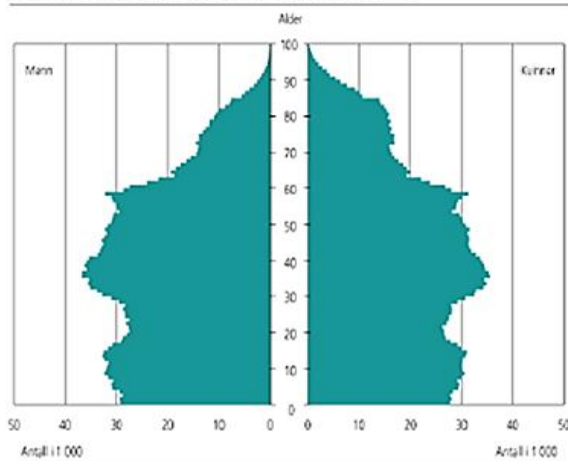
1 HOVED- OG SISAM-PROSJEKTET

1.1 Utfordringene

Formålet med samhandlingsreformen er å sikre et bærekraftig, helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud i helse- og omsorgstjenestene av god kvalitet og med høy pasientsikkerhet. Tilbudet skal være tilpasset den enkelte bruker. Det skal legges økt vekt på helsefremmende og forebyggende arbeid, på habilitering og rehabilitering, på gode og mest mulig planlagte behandlingsforløp og forpliktende samarbeidsavtaler mellom kommuner og sykehus. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal styrkes og spesialisthelsetjenesten skal videreutvikles. Utredning og behandling av hyppige forekommende sykdommer og tilstander skal desentraliseres der det er mulig. En vellykket samhandlingsreform forutsetter bedre balanse og likeverdighet mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene².

Jo eldre man blir, jo flere sykdommer og helseproblemer kan man ha. I en alder av 80 år har 50% av befolkningen tre eller flere helseproblemer.

Figur 4. Folkemengden etter alder og kjønn, registrert per 1. januar 2005



Figur 5. Folkemengden etter alder og kjønn, framskrevet per 1. januar 2060

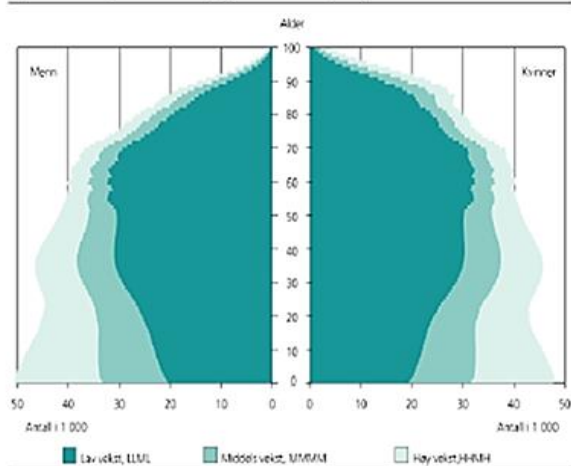


Fig. 1: Folkemenge etter alder og kjønn i 2005 (venstre) og framskrevet til 2060 (høyre). Kilde: SSB

Uansett fremskrivningsalternativ av befolkningsveksten i Norge mot 2060, vil antall eldre øke kraftig og varig i tiden som kommer (Fig. 2). Det gir helse- og omsorgstjenestene betydelige organisatoriske, kapasitets- og kompetansemessige utfordringer.

Demografiske forhold (særlig utviklingen av kohortene av eldre og innvandrere), levevaner og bedret

² Meld. St. 16 (2010-2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)

helsetilstand i befolkningen generelt, fører til et endret sykdomsmønster. Kroniske ikke smittsomme sykdommer, psykiske lidelser, rus – og avhengighetsproblematikk og rehabiliterings-behov - ofte i kombinasjon - vil spille en stadig større rolle for behovet for helsetjenester.

Det blir viktig med breddekompetente spesialister i front både i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten som kan ta ansvar for helheten i diagnostikk, behandling og oppfølging av de vanligste sykdommene og sykdomskombinasjonene.

De kroniske sykdommene bør i all hovedsak følges opp og behandles i primærhelsetjenesten. I North Carolina, Danmark og Canada forsøker man som en konsekvens av utfordringsbildene, som ikke er ulik våre, å endre organiseringen av helsetjenestene. Der er det lagt større vekt på brukermedvirkning og pasientopplæring med fastlegene som medisinsk faglig koordinatore for proaktive tverrfaglige team i kommunen. Legene tar seg fortsatt av de akutte og kompliserte medisinske problemstillingene, mens annet helsepersonell med spesiell opplæring kan ta over mange andre oppgaver i oppfølgingen av de kronisk syke og mennesker med sammensatte problemstillinger. Fastlegens medisinsk faglige koordinatørrolle parett med høy samfunnsmedisinsk kompetanse og god ledelse av allmennlegetjenestene anses som svært viktig i forhold til å sørge for at befolkningen får adekvat medisinsk behandling og for å hindre ansvarspulverisering og fragmentering av tilbudene.

Alle disse forhold tilsier en grundig gjennomgang av videre/ og etterutdanningen i allmenn- og samfunnsmedisin.

1.2 Mandat for hoved- og SISAM-prosjektet

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har gitt Helsedirektoratet en rekke oppdrag knyttet til spesialitetsstruktur, spesialistutdanning og godkjenningsordninger for helsepersonell. Oppdragene er gitt i tildelingsbrevene til Helsedirektoratet 2008–2011, samt i brev om presisering av oppdrag vedrørende spesialistområdet av 04.05.11. I Helsedirektoratet er arbeidet med oppdragene samlet i «Program spesialistområdet» (spesialistprogrammet). Dette programmet gjelder overordnet organisering og innhold i programmet, som omfatter samtlige av leveransene knyttet til de nevnte oppdragsbrevene. Arbeidet med leveransene er igjen organisert i prosjekter under programmet.

Gjennomgangen av spesialistfeltet skal ta opp i seg hovedretningene i samhandlingsreformen slik den kommer til uttrykk i Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015), lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og lov om folkehelsearbeid (2011).

Programmet skal utvikle løsninger som er tilpasset gjeldende EU-direktiver og EU- praksis. Helsedirektoratet skal ved behov gi bistand i den videre oppfølgingen av HODs innlemmelse av yrkeskvalifikasjonsdirektivet (dir. 2005/36/EF) i norsk rett (2008).

Som en del av spesialistprogrammet har HOD gitt Helsedirektoratet i oppdrag:

- å gå gjennom spesialitetsstruktur- og innhold i samtlige nåværende 45 legespesialiteter (hovedprosjektet³)
- spesielt å se på spesialitetsstruktur og – innhold i samfunns- og allmenntilleggsmedisin (SISAM-prosjektet).

De to prosjektene sees i sammenheng.

³ IS-2079-1 "Fremtidens legespesialiteter – en gjennomgang av legers spesialitetsstruktur og –innhold" 20.06.2013 (Hovedprosjektet).

Norsk helse- og omsorgstjeneste er basert på WHO's prinsipp om at tjenestene skal gis på laveste effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet). I praksis innebærer det at pasienten skal få hjelp i den kommunale helse- og omsorgstjenesten hvis den kan yte tilstrekkelig og forsvarlig helsehjelp og omsorg.

Det er videre en grunnleggende forutsetning i samhandlingsreformen at veksten i bruk av spesialisthelsetjenester skal dempes ved at en større del av helse- og omsorgstjenestene ytes i kommunen. Dette forutsetter imidlertid at kommunen har den nødvendige faglige kompetanse og kapasitet slik at helsehjelpen er god og kan utøves forsvarlig.

Den medisinske og teknologiske utviklingen fører til at ulike typer helsehjelp som tidligere måtte utføres av spesialisthelsetjenesten, nå i større grad kan utføres av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Eksempler er antikoagulasjonsbehandling i allmennpraksis og hjemmerespiratorbehandling.

Hovedprosjektet skal sørge for en mere fremtidsrettet spesialitetsstruktur og et bedre spesialiseringsforløp hvor det overordnede målene skal være bedret pasientsikkerhet, en høyere kvalitet i diagnostisering, behandling og oppfølging av og samhandling om pasientene

For prosjektet her var det opprinnelige mandatet følgende:

Programmet skal med grunnlag i samhandlingsreformen gjennomgå spesialistutdanningen i allmennmedisin og utrede spørsmålet om faglige fordypningsområder/særskilt kompetanse på avgrensede medisinske fagområder innen allmennmedisin.

I lys av de overordnede føringer som lå til grunn for hovedprosjektet ble det foreslått å utvide prosjektet til også å omfatte samfunnsmedisin og se på behov for spesialistkompetanse i overgangen mellom første- og andrelinjetjenestene. Spesialiteten arbeidsmedisin ble foreslått vurdert i hovedprosjektet. Mandatet ble av styringsgruppen for spesialistprogrammet i møte 10. mai 2012 omformulert til:

Prosjektet skal se på struktur og innhold i spesialitetene allmenn- og samfunnsmedisin samt vurdere behov for særskilt kompetanse i grenselandet mellom første- og andrelinjetjenestene.

Prosjektet skal ha grunnlag i samhandlingsreformen og utrede spørsmålet om faglige fordypningsområder / særskilt kompetanse på avgrensede medisinske fagområder innen allmennmedisin og samfunnsmedisin.

Bakgrunnen for å justere mandatet og inkludere samfunnsmedisin i prosjektet er blant annet å sikre at forhold ved struktur og innhold i spesialiteter med hovedtyngde i kommunehelsetjenesten kunne gis en særskilt vurdering. HOD har godkjent t endringen av mandatet i senere møter.

1.2.1 Prosjektorganisering og gjennomføring av SISAM-prosjektet

Prosjektet spesialitetsstruktur og – innhold i samfunns- og allmennmedisin (SISAM-prosjektet) er en del av spesialistprogrammet i Helsedirektoratet og har rapportert til styringsgruppen for programmet. SISAM-prosjektet ble planlagt våren 2012 og prosjektplanen godkjent av styringsgruppen 10.05.12. Prosjektgruppen startet sitt arbeid i juni 2012.

SISAM-prosjektet har løpt parallelt med hovedprosjektet. Prosjektgruppen har hatt møter med og vært i dialog en eller flere ganger med representanter fra følgende aktører:

- KS
- Legeforeningen
- Norsk forening for allmenmedisin (NFA)
- Norsk forening for samfunnsmedisin (NORSAM)
- Spesialitetskomiteen i allmenmedisin
- Spesialitetskomiteen i samfunnsmedisin
- Norsk Psykologforening
- Norsk sykepleierforbund
- Norsk fysioterapiforbund
- Bruker- og pasientombudene
- Fagdirektørene i Helse Sør-Øst RHF
- Praksiskonsulenter
- Helsetilsynet
- Pasientorganisasjonene FFO og SAFO
- Sykehjemsetaten i Oslo kommune
- Norsk forening for alders- og sykehjemsmedisin
- De allmenn- og samfunnsmedisinske instituttene
- Allmenmedisinske forskningsenheter (AFE)
- Norsk kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm)
- Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM)
- Antibiotikasenteret for primærmedisin (ASP)
- Nasjonalt forskningssenter innen komplementær og alternativ medisin (NAFKAM)
- Norsk pasientforening
- Norsk pasientskadeerstatning (NPE)

Det er avholdt referansegruppemøte med deltakelse fra aktørene over. Noen aktører har gitt skriftlige innspill til oss underveis. Idéer fra prosjektgruppen har vært lagt frem og drøftet tre ganger i Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling. Underveis har det vært tre møter med kommunetjenesteavdelingen i HOD.

Fagdelen av rapporten har vært på bred intern høring i Helsedirektoratet.

1.2.2 De viktigste forslagene i hovedprosjektet⁴

Hovedprosjektet har utarbeidet generelle forslag til endringer til alle de 44 medisinske spesialistutdanningene.

Medisinskfaglige og teknologiske utviklinger, demografiske endringer, endringer i pasientrollen og en rekke andre faktorer påvirker kompetansebehovet i helsesektoren. Samhandlingsreformen, nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015), Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og Lov om folkehelsearbeid, gir tydelige føringer for utviklingen av helsetjenesten.

Helsefremmende og forebyggende arbeid skal styrkes. Folk skal få god helse- og omsorgshjelp nærmere der de bor, og aktørene skal samhandle bedre om og med pasienter og pårørende. Kvalitetsarbeidet og pasientsikkerheten skal settes bedre i system.

Hvilke legespesialister som utdannes og innholdet i spesialistutdanningene vil ha stor betydning for hvor godt helsetjenesten fungerer. Det overordnede mål med endringene som foreslås er bedre pasientsikkerhet, høyere kvalitet i forebyggende arbeid, diagnostikk, behandling og oppfølging av og samhandling om og med pasienter og pårørende. En god spesialistutdanning og spesialister med høy kompetanse er et viktig virkemiddel for å oppnå disse målene.

⁴ IS-2079 og IS-2079-2 "Fremtidens legespesialister – en gjennomgang av legers spesialitetsstruktur og –innhold" av henholdsvis 20.06.2013 og 18.06.2014 (Hovedprosjektet).

For å oppnå en mer fremtidsrettet spesialitetsstruktur og bedre spesialisingsløp, har Helsedirektoratet foreslått tre hovedgrep:

1. En tredelt fleksibel modell for spesialitetsstruktur som ivaretar både behovet for breddekompetanse og spisskompetanse, samt ny kompetanse på områder som er nødvendig for å utføre legerollen på en optimal måte
2. Forbedring og effektivisering av spesialisingsløpet basert på god pedagogikk og tilpassede verktøy med hovedfokus på læringsutbyttet for den enkelte lege i spesialisering
3. En ryddig og tydelig oppgavefordeling som understøtter en god implementering av modellen.

Den store gruppen pasienter i sykehus med flere og sammensatte sykdommer og funksjonssvikt og ivaretagelse av de utfordringer som mindre og mellomstore sykehus har, tilsier at styrking av en breddekompetanse er nødvendig. Samtidig vil den medisinske faglige og teknologiske utvikling også kreve mer spisset kompetanse i spesialisthelsetjenesten. Det er videre sentralt å sikre gode pasientforløp innen kommunehelsetjenesten, innen spesialisthelsetjenesten og mellom de to nivåene.

Helsedirektoratet foreslår obligatorisk etterutdanning for alle spesialitetene.

1.2.3 Ny generell spesialitetsstruktur

Den foreslåtte modellen er tredelt og i hovedsak skal de tre delene bygge på hverandre:

Spesialistutdanning del 1

Denne delen starter etter endt grunnutdanning og består av 12 måneders klinisk tjeneste på sykehus⁵ og påfølgende 6 måneder i kommunehelsetjenesten. Denne delen vil komme til erstatning for og blir en videreutvikling av dagens turnustjeneste. Dette er en felles obligatorisk kompetanseplattform for alle leger i spesialisering. Kirurgi, indremedisin og psykiatri kan velges i ulike kombinasjoner.

Spesialistutdanning del 2

Del 2 omfatter felles kompetanseplattform for grupper av spesialiteter som for eksempel indremedisin.

Del 2 må for mange spesialistutdanninger gjennomføres før del 3, men for de øvrige kan del 2 gjennomføres i løpet av del 3. Det sistnevnte gjelder blant annet spesialitetene allmenn- og samfunnsmedisin.

Spesialistutdanning del 3

Dette er den spesialitetsspesifikke utdanningen. Innhold, form og omfang vil variere mellom ulike spesialiteter.

Kompetansemoduler

Det foreslås at det innføres egne moduler innen områdene kommunikasjon, etikk, kunnskapshåndtering, kvalitetsarbeid, lover, systemforståelse, forskningsforståelse, samhandlingskompetanse, organisasjonsutvikling og ledelse. Disse modulene tas til forskjellige tider i løpet av hele spesialiseringen og knyttes nært opp til den kliniske hverdagen.

Det foreslås videre at alle grenspesialiteter omgjøres til hovedspesialiteter.

Tidligere kunne deler av spesialiseringen gjennomføres ved å ta tjeneste i annen relevant spesialitet. Denne muligheten foreslås tatt bort unntatt der slik annen tjeneste er en obligatorisk del av utdanningen.

⁵ Det bes i høringsbrevet om synspunkter på å redusere sykehustjenestens lengde til 6 måneder i del 1. Se høringsbrevet for detaljer.

Forskningens rolle i spesialiseringen i allmenn- og samfunnsmedisin blir omtalt under hver av de to spesialitetene.

1.2.4 Effektivisering av spesialiseringen

En viktig endring som foreslås er å effektivisere spesialiseringsløpet. I dette ligger det følgende hovedgrep:

- Å styrke læringsaspektet i spesialistutdanningen ved å legge sterkere vekt på læringsmål.
- Å utvikle og i større grad ta i bruk pedagogiske verktøy som e-læring, simulatortrening og ferdighetslaboratorier.
- Å innføre obligatorisk veilederutdanning og styrke veiledningsfunksjonene.
- Å innføre kompetansetesting underveis i de mest sentrale modulene innen spesialitetene.
- Å innføre obligatorisk etterutdanning for alle spesialister.

Det legges opp til en minimumsramme for utdanningstiden i de enkelte spesialiteter på 6-6 ½ år.

Det er viktig å presisere at spesialistutdanningen av leger også fortsatt skal være praksisbasert: Klinisk tjeneste skal fortsatt være hovedarenaen for spesialistutdanningen. De foreslåtte endringene skal imidlertid sørge for at den enkelte lege i spesialisering har et system rundt seg som sørger for et kvalitativt godt og effektivt spesialiseringsløp.

1.2.5 Myndighetsansvaret for spesialistutdanningene

I rapporten fra hovedprosjektet foreslås det at Helsedirektoratet bør ivareta mange av oppgavene knyttet til spesialistutdanning.

Legeforeningen har siden 1930-tallet blitt delegert oppgaver av myndighetene innen lege-spesialistutdanningene og løst oppgavene på en god måte. Det er ønskelig at Legeforeningen fortsatt er en viktig bidragsyter i arbeidet med spesialisering, blant annet ved å være godt representert i råd og utvalg som skal legge føringer for utvikling av spesialitetsstruktur og -innhold. Helsedirektoratet foreslår videre at universitetene får et økt ansvar for teoretisk opplæring og bør ha som oppgave å utvikle og stå for veilederopplæring samt utvikle og administrere kompetansetesting i spesialistutdanningen. Dette er også viktig for å få en nasjonal spesialistutdanning basert på gode pedagogiske metoder.

Helseforetakene vil ha ansvar og oppgaver knyttet til å organisere gode og effektive utdanningsløp, sørge for at veiledningen organiseres godt lokalt i tillegg til å ha ansvaret for den viktigste læringsarenaen i den kliniske tjenesten under spesialistutdanningen. Videre innebærer helseforetakenes ansvar å sørge for nok veiledere med formell kompetanse og utarbeide hensiktsmessige arbeidsordninger som ivaretar læring.

Som en del av omleggingen foreslår direktoratet en rådsstruktur der det opprettes et sentralt råd for spesialistutdanning av leger, samt et spesialitetsråd for hver spesialitet som rapporterer direkte til Helsedirektoratet. Dette vil bidra til kort veg mellom fagmiljøene og beslutningsorganene.

1.2.6 Grunnutdanning

Det har ikke ligget i mandatet å se våre forslag i sammenheng med medisinstudiet. For fremtiden blir det viktig å utvikle samarbeidet mellom fagmiljøene, universitetene, kommunale og sentrale helsemyndigheter for å få legenes grunnutdanning og spesialistutdanning til å utvikle seg sammen for å møte fremtidens behov for legetjenester på en dynamisk og effektiv måte.

2 SPESIALITETSSTRUKTUR OG – INNHOOLD I SAMFUNNS- OG ALLMENNMEDISIN

Videre- og etterutdanning av leger er et viktig element i det systematiske kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet.

I det følgende omtales de to spesialitetene separat for oversiktens skyld, selv om det medfører en del gjentakelser. Der det ikke er lansert endringsforslag i hovedprosjektet eller i rapporten her, foreslås det at dagens krav til de to spesialistutdanningene videreføres med rom for tilpasninger til en eventuell ny modell.

Administrative konsekvenser og anskueliggjøring av økonomiske konsekvenser av gjennomføringen behandles i et eget kapittel etter den detaljerte gjennomgangen av forslagene for begge spesialitetene.

Det er etter Helsedirektoratets mening ønskelig at kravene til spesialisering, etterutdanning og utlysning også skal gjelde for helprivat sektor.

2.1 Allmenntedisinsk kompetanse i europeisk perspektiv

Allmenntedisin er ikke godkjent som medisinsk spesialitet i EU/EØS. EU innførte imidlertid i 1995 minste felles kompetansekrav til leger for å kunne praktisere selvstendig for trygdens regning innen EØS-området. Man må ha minst 3 års veiledet tjeneste, hvorav minst ½ år i kommunehelsetjenesten og ½ år på sykehus for å bli EØS-godkjent. Tjenesten må være på minst 60% for å telle (=4.5 år). Det er adgang til å stille høyere krav til allmenntedisinens kompetanse enn minimumskravet.

Er legen EØS-godkjent i ett land, kan vedkommende praktisere på samme vilkår som EØS-godkjente leger som er godkjent i landet hun/han arbeider i som allmenntedisin.

Tabell 1 nedenfor viser hvordan nasjonale krav til utdanning/kvalifisering som EØS-lege varierer i 24 europeiske land. Tilsvarende variasjon foreligger også for grunntutdanning og spesialistutdanning som lege. Ikke bare utdanningslengde, men også utdanningenes innhold, praksis og teori vil kunne variere. De nordiske landene, Bulgaria, Tyskland, Hellas, Polen, Portugal, Romania, Slovenia og Nederland godkjenner spesialitet i allmenntedisin. I Nederland har man et konsentrert spesialistløp i allmenntedisin med omtrent samme faglige omfang som i de nordiske landene på 3 år. Den normerte spesialistutdanningstiden i Norge, Sverige og Danmark er 5 år. Det er betydelig variasjon i krav til sykehustjeneste og faglige krav for øvrig i spesialiseringen – både mellom landene som anerkjenner spesialitet i allmenntedisin, og de som enda ikke har gjort det.

Land	Spesialist- eller EU/EØS-godkjenningstid i allmennmedisin År	Kommentar	
Sverige	5	Island : Beror av var man utbildat sig, majoritet gör det i Sv., No., Dan., USA, Kanada Finland: offisielt anges 5 år (3 år obligatorisk 5 år medför högre lön). Schweiz: Basår med spesialister i internmedisin	I många länder har man 1-2 år kliniskt arbete motsvarande AT efter avslutad teoretisk läkarutbildning. Det varierar i olika länder om man kan tillgodoräkna in det i sin specialist utbildningstid. Många länder har 6 års läkarutbildning och påbörjar sedan direkt specialistutbildning. Specialistutbildningen i allmänmedicin har av vad man oppfattet i UEMO en strukturert, målinriktad planering i Sverige, Norge, Danmark, Storbritannien, Irland, Tyskland och Nederländerna. Alla länder har inte målinriktat utbildningsprogram. Ofta anges tid av placeringar inom klinik på sjukhus och vårdcentral istället för mål av oppfyllda kunskaper/färdigheter. Det förefaller ständigt pågå förändringar varför man reserverar seg att det kan finnas länder som ökat sin utbildningstid från 3 till 4 år , men detta är de oppgifter man har kunnat finna eller som redogjorts på UEMO möten de senaste åren.
Norge	5		
Danmark	4		
Island	5		
Finland	3-5		
Storbritannien	4		
Irland	4		
Tyskland	4		
Polen	5		
Nederländerna	3		
Belgien	3		
Luxemburg	3		
Schweiz	5		
Österrike	3		
Ungern	3		
Tjekkien	3		
Slovakien	3		
Kroatien	3		
Spanien	3		
Frankrike	3		
Italien	3		
Malta	4	Malta: Följer GP programmet i Storbritannien	
Slovenien	3		
Bulgarien	3		

Tabell 1 Spesialist- eller EU/EØS-godkjenningstid i allmennmedisin i 24 europeiske land. Svenska Distriktsläkarforeningens oversikt til Riksdagen i Sverige 2011.

I «Gula boken» som er utarbeidet i felles nordisk samarbeid, gis en bred oversikt over alle legespesialitetene i Norden.⁶ Det vises også til kapittel 3.5 om godkjenning av allmennleger i Norge for å kunne praktiseres selvstendig for trygdens regning (EØS-godkjenning).

2.2 Legetjeneste i forsvaret

Helsedirektoratet vil be spesialitetsrådene i allmenn- og samfunnsmedisin se nærmere på om og hvordan medisinsk kompetanse ervervet i militæret, FN-tjeneste med videre eventuelt skal kunne gi tellende tjeneste i videre- og etterutdanningen i de to spesialitetene.

⁶ Läkarens vidareutbildning i de nordiske länderna (Gula boken) (2010-versjon) og SNAPS (Samnordisk Arbetsgruppe for Prognos- og Specialistutbildningsfrågor) 2010

2.3 Forskning og samfunns- og allmennmedisin

For spesialistutdanningene på sykehus er det i gjeldende ordning mulig å få noe tid fra forskning tellende til spesialiteten. I hovedprosjektet foreslås ordningen med tellende forskningstjeneste i spesialisthelsetjenesten fjernet. Ordningen har vært et viktig virkemiddel for å styrke rekruttering til forskning og forskningen i sykehusene. Helseforetakene har nå forskning som en av sine fire lovpålagte hovedoppgaver, og forskningen er rimelig godt finansiert og organisert sammenlignet med kommunehelsetjenesten.

Både allmennmedisin og samfunnsmedisin er store fag med forholdsvis beskjeden akademisk fundamentering i forhold til de oppgavene de skal løse. Allmennmedisin og samfunnsmedisin må sikres tilførsel av ny kunnskap fra praksisfeltene. Helse- og omsorgstjenestelovens §8-3 om forskning sier: «Kommunen skal medvirke til og tilrettelegge for forskning for den kommunale helse- og omsorgstjenesten.»

Helsedirektoratet mener befolkningen må møte minst like kunnskapsbaserte og kunnskapssøkende tjenester i kommunehelsetjenesten som i helseforetakene. Kunnskapsbasen for fagene må derfor styrkes kraftig og finansiering må følge med. SISAM-prosjektet foreslår under visse forutsetninger, å opprettholde ordningen med å kunne kombinere allmennlegearbeid og forskning i spesialistutdanningen i allmennmedisin. Det foreslås videre å åpne for den samme kombinasjonsmuligheten i spesialiseringen i samfunnsmedisin.

Det henvises til den enkelte av de to spesialitetene for detaljer.

3 ALLMENNMEDISIN

I tråd med revidert fastlegeforskrift omfatter faget allmennmedisin både kurativ og forebyggende allmennpraksis og «andre allmennlegeoppgaver» (legevakt, sykehjem og andre kommunale helseinstitusjoner (herunder kommunale akuttmedisinske senger), skole- og fengselshelsetjeneste, helsestasjon, kvalitetsutvikling, undervisning, veiledning med mer).

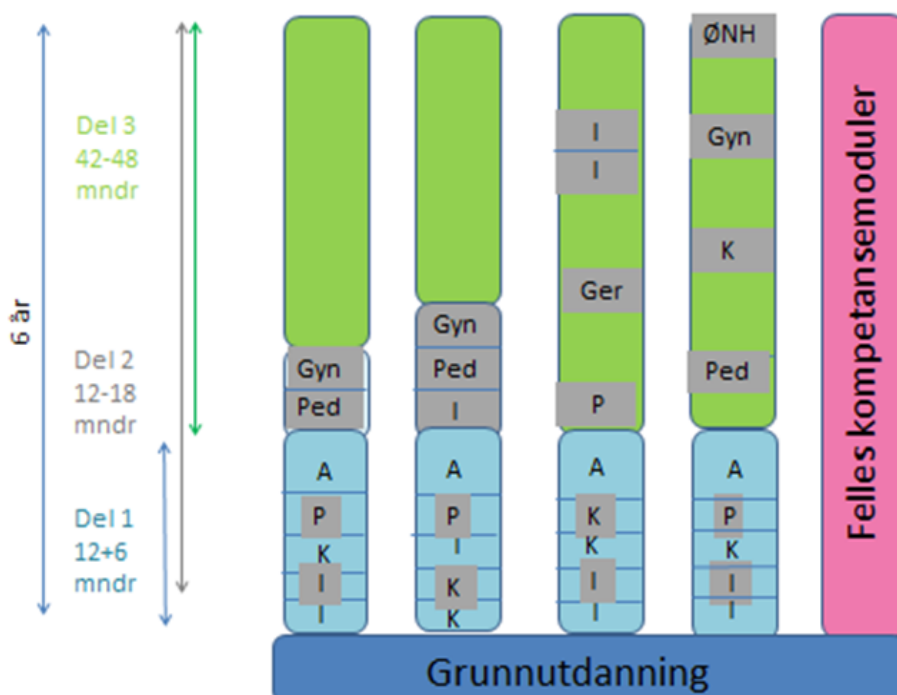
Formålet med forslagene til omlegging av innholdet i spesialiseringen er blant annet å styrke allmennlegenes kompetanse i legevaktmedisin og øvrige «andre allmennmedisinske oppgaver». Allmennlegene har en sentral rolle i arbeidet med å hjelpe mennesker som strever med eksistensielle og psykiske problemer, rus og avhengighetsproblemer eller som har vært utsatt for vold og overgrep. Prognosene tilsier at befolkningen kommer til å bestå av mange flere eldre og mange flere med sammensatt funksjonssvikt i årene som kommer. De fleste vil bo hjemme lengst mulig. Det tilsier større krav til fastlegenes kompetanse, kapasitet til hjemmebesøk og tverrfaglig samarbeid.

Helsedirektoratet mener det er viktig å bringe de andre allmennmedisinske oppgavene faglig på høyde med kurativ allmennmedisin.

3.1 Spesialisering i allmenmedisin del 1⁷

Allmenmedisinsk arbeid omfatter de fleste typer individrettede legeoppgaver i kommunehelsetjenesten og oppgaver avledet av disse.

Spesialiseringen i allmenmedisin foreslås å følge hovedmodellen med spesialisering i tre deler. Del 1 må tas først, mens del 2 (sykehustjeneste) kan gjennomføres der det måtte passe i resten av spesialisingsløpet (del 3), sammenhengende eller i bolker på tre og tre måneder. Den normerte spesialiseringstiden (del 1+2+3) foreslås til 6 år. I dag er den 6½ år inklusive turnustjeneste.



Figur 2⁸

Del 1 (lys blå) kommer først i alle spesialiseringer. Sykehustjenesten kommer først i del 1, og er fire bolker à tre måneder og følges av 6 måneder allmenmedisinsk tjeneste. Sykehustjenesten i del 1 kan inneholde psykiatri og må inneholde indremedisin og kirurgi. Rekkefølgen på fagene i hver av de tre kombinasjonene, vil være avhengig av hva det enkelte sykehus tilbyr.

Del 2 (grå). Tellende sykehustjeneste 12 – 18 måneder. Den består av 3 måneders bolker for hver spesialitet. 2 spesialiteter fra del 1 og minst 2 og maksimum 4 andre spesialiteter i del 2. Sykehustjenesten må omfatte tellende tjeneste i psykiatri og indremedisin. Etter del 1 kan sykehustjenesten finne sted når som helst i del 3.

Del 3 (grønn). Spesifikk spesialistutdanning i allmenmedisin. 42 – 48 måneder. Se teksten for detaljerte krav.

Felles kompetansemoduler (rosa). I løpet av spesialistutdanningen vil LIS delta i undervisning i kompetansemodulene: Kommunikasjon, etikk, kunnskapshåndtering, kvalitetsarbeid, lover, systemforståelse, forskningsforståelse, samhandlingskompetanse, organisasjonsutvikling og ledelse.

⁷ Gjeldende spesialistregler og læringsmål.

<http://www.helsedirektoratet.no/helsepersonell/spesialistgodkjenning/lege/Sider/allmenmedisin.aspx>

⁸ I: Indremedisin K: Kirurgi P: Psykiatri A: Allmenmedisin Ped: Pediatri Gyn: Gynekologi og fødselssykdommer Ger: Geriatri ØNH: Øre-nese-hals sykdommer

Man starter del 1 med 12 måneders tjeneste på sykehus og deretter 6 måneders tjeneste i allmenntjenesten i kommunehelsetjenesten.

I del 1 på sykehus skal tjenesten omfatte 3 måneder indremedisin og 3 måneder kirurgi. I tillegg må legen ta to av følgende tre moduler: 3 måneder indremedisin, 3 måneder kirurgi, 3 måneder psykiatri. Helsedirektoratet ønsker å styrke allmenntjenestens kompetanse i psykiatri. De som ikke får med tre tellende måneder i psykiatri i del 1, må ta slik tjeneste i del 2. Hvilken plass spesialiteten i rus og avhengighetsmedisin kan få i spesialiteten i allmenntjenesten, vil sees nærmere på når innholdet i den er endelig godkjent av HOD og etablert.

Tjenesten skal være sammenhengende 6 måneder i minst ett av de to fagene indremedisin eller kirurgi. Rekkefølgen på tjenestene vil følge av sykehusets tilbud og slik at all tjeneste i det enkelte fagområdet skjer sammenhengende.

Dersom legen får 6 måneder enten i indremedisin og/eller i kirurgi i del 1, teller 3 av månedene fra indremedisin eller kirurgi som tjeneste i del 2. Dersom legen tar 3 måneder psykiatri, teller disse tre månedene i del 2. Legen får med andre ord uansett fagkombinasjon med seg 6 måneder sykehustjeneste fra del 1 til del 2. Slik reduseres den totale normerte utdanningstiden i forhold til dagens ordning med ½ år. Deltakelse i legearbeid i akuttmottaket på sykehuset, inkludert vakt, og deltakelse i kommunens legevaktordning under allmenntjenesten (med krav om minimum antall legevakter) skal være gjennomgående i hele del 1.

Når legen er ferdig med del 1, kan legen starte sykehustjenesten med sikte på spesialitet i allmenntjenesten, eller starte i del 3 ved å søke hjemmel i allmenntjenesten for så å ta del 2 på et senere tidspunkt.

Hvordan det modulbaserte generelle kompetanseprogrammet skal innpasses i den allerede etablerte kursstrukturen i den allmenntjenestenske spesialistutdanningen, må bli gjenstand for nærmere utredning.

I høringsbrevet ber Helsedirektoratet om en vurdering av om sykehustjenesten i del 1 kan reduseres fra 12 til 6 måneder og hvordan sykehustjenesten i så fall skal innrettes og hvilke konsekvenser det vil kunne få for den påfølgende tjenesten i kommunen og senere rekruttering av leger til kommunehelsetjenesten.

3.2 Allmenntjenesten del 2

Del 2 i allmenntjenestenske spesialistutdanning består av sykehustjeneste. Den skal i del 2 være på minst 6 eller maksimum 12 måneder tellende tjeneste. Se fig. 2.

I del 1 og del 2 kreves det til sammen 12 måneders tellende sykehustjeneste fordelt på 3 måneders bolker fra 4 forskjellige spesialiteter. Én av bolkene skal være psykiatri og én indremedisin. Tjenestested til del 2, må være godkjent av Helsedirektoratet.

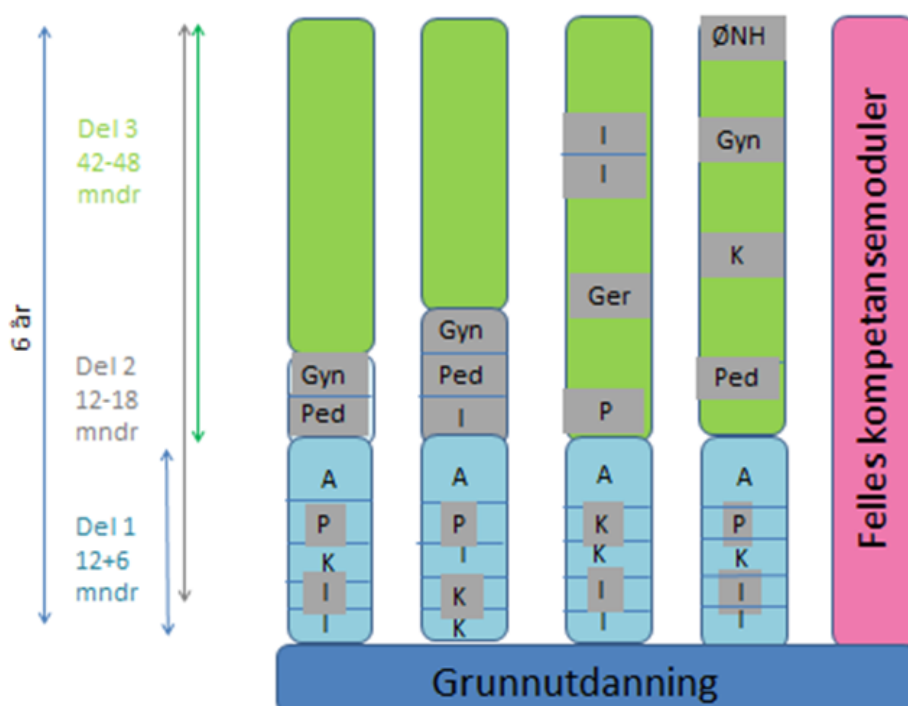
Lege i spesialisering (LIS) i allmenntjenesten kan velge ytterligere tjeneste på 1-2 avdelinger á 3 måneder. Tjenesten må tas sammenhengende på hvert sted.

Tellende sykehustjeneste ut over de 6 tellende månedene fra del 1 pluss 6 måneder fra del 2, erstatter allmenntjenestenske tjeneste tilsvarende i tid med inntil 6 måneder. Den normerte spesialiseringstiden i allmenntjenesten blir altså 6 år, uansett om man har 12, 15 eller 18 måneder tellende tjeneste i sykehus til sammen.

Med denne innretningen vil en spesialist i allmenntjenesten i sin tellende sykehustjeneste være inntil minimum 4 og maksimum 6 forskjellige fagområder.

Sykehustjenesten er en flaskehals i mange spesialiseringløp for allmennlegene. LIS i allmennmedisin når mange steder ikke opp i konkurransen med ordinære LIS. Helse- og omsorgsdepartementet foreslår at det opprettes egne utdanningsstillinger for allmennleger i sykehus der det er mulig, slik at det finnes alternativ til å konkurrere med ordinære LIS i avdelingene om deres stillinger. Forslaget tas videre inn i spesialistprogrammet og til HOD.

Samarbeidsavtalene mellom kommunene og helseforetakene (Helse- og omsorgstjenesteloven §6-2 pkt. 7) og HODs styringsbrev til de regionale helseforetakene bør vurderes brukt bedre enn i dag som virkemiddel for å få gjennomført sykehustjenesten for LIS i allmennmedisin. Helse- og omsorgsdepartementet mener at sykehustjeneste for allmennlegene fortrinnsvis bør finne sted på dagtid og ettermiddag / kveld for å få et mest mulig optimalt læringsutbytte i løpet av 3-måneders bolkene.



Figur 3⁹.

Eksempler på kombinasjoner av sykehustjenester:

- Indremedisin (I) og psykiatri (P) fra del 1. Pediatri (Ped) og gynekologi og fødselshjelp (Gyn) fra del 2 = 12 måneder og 4 sykehusspesialiteter. Normert spesialiseringstid 6 år.
- Psykiatri (P) og kirurgi (K) fra del 1. Indremedisin (I), pediatri (Ped) og gynekologi og fødselshjelp (Gyn) fra del 2 = 15 måneder og fem sykehusspesialiteter. Normert spesialiseringstid 6 år.
- Indremedisin (I) og kirurgi (K) fra del 1. Psykiatri (P) og geriatri (Ger) og 6 måneder indremedisin (I) fra del 2 = 18 måneder og 4 sykehusspesialiteter. Normert spesialiseringstid 6 år.
- Kirurgi (K) og indremedisin (I) fra del 1. Psykiatri (P), gynekologi og fødselshjelp (Gyn), ØNH, geriatri (Ger) fra del 2 = 18 måneder og 6 sykehusspesialiteter. Normert spesialiseringstid 6 år.
- Kompetansemodulene fordeles over del 1, 2 og 3¹⁰.

⁹ Figuren er den samme som figur 2.

¹⁰ Kommunikasjon, etikk, kunnskapshåndtering, kvalitetsarbeid, lover, systemforståelse, forskningsforståelse, samhandlingskompetanse, organisasjonsutvikling og ledelse.

Hvis kravet til turnustjeneste i sykehus halveres, vil Helsedirektoratet anbefale at kravet til sykehustjeneste i del 2 økes tilsvarende med to bolker à 3 måneder og at alt vi ellers har foreslått beholdes likt. En slik ordning fører til at legene kommer ut i turnus i distrikt ½ år før og nok kan bli gjennomgående mer faglig utrygge enn i dagens system. Det må tas høyde for denne eventualitet når det gjelder kapasitet i oppfølgingen i fastlegepraksis og legevakt.

3.2.1 Begrunnelse

Begrunnelse for sykehustjeneste ut over del 1 ligger i samhandlingsreformen der befolkningen skal få mer hjelp nær der folk bor, kommunene tar imot sykere pasienter fra sykehusene og kvaliteten på legetjenestene til ø-hjelpssengene. Mer behandling av eldre og mennesker med sammensatt funksjonssvikt ("multisyke") kommer til å foregå i hjemmene.

Det er stor variasjon i krav til sykehustjeneste og innholdet i denne i land som har spesialisitet i allmenntillegisin. I Norge er kravet i dag ett år sykehustjeneste i turnus + ett år sykehustjeneste under spesialiseringen. Det er stor variasjon i læringsutbyttet mellom avdelinger i turnus. Det er ingen læringsmål knyttet til sykehusåret i dagens spesialisering. Med forslagene fra hovedprosjektet om tydelige læringsmål, veiledning og kvalitetssikring av ervervet kunnskap og kravet her om tjeneste på minst fire forskjellige fagfelt á tre måneder, mener Helsedirektoratet det oppnås en markert bedring og effektivisering av spesialistutdanningen i del 1 og 2.

Intensjonen med oppdeling i tre måneders bolker er å sikre breddekompetanse og gjøre det enklere for flere allmennleger å få gjennomført sykehustjenesten på en dynamisk måte.

Tjenesten i del 2 bør fortrinnsvis skje på det sykehuset tjenestestedet i kommunen sokner til. Slik tjeneste styrker samhandling mellom kommunene og foretakene.

I og med at tjenesten på hver avdeling er bare tre måneder, er det viktig at læringsmålene nås i løpet av denne tiden. Helsedirektoratet foreslår derfor at allmennlege-LIS settes opp i en turnus uten nattevakt både for å lære mest mulig og for at ikke så meget av utdanningstiden spises opp av avspassing. Det er flest innleggelse på ettermiddag og kveld.

Helse- og omsorgstjenestelovens kap. 6 gir kommunene og helseforetaket mulighet til å avtale hvordan det kan tilrettelegges for fleksibelt opplegg for sykehustjeneste til allmennlegene, herunder «blokkforløp». Slik avtale bør kunne med føre at foretakene og kommunene får utnyttet kapasiteten optimalt.

3.3 Når starter spesialiseringen i allmenntillegisin?

Helsedirektoratet foreslår at alle som starter i allmenntillegisinsk arbeid, samtidig starter i del 3 på spesialiseringen i allmenntillegisin. Dette betyr at når ledige allmennlegestillinger/ fastlegehjemler lyses ut, og den som får hjemmelen/stillingen ikke er spesialist, forpliktes kommunen til å legge til rette for spesialisering. Den som får hjemmelen/stillingen forplikter seg til å inngå i et spesialiseringsløp med resertifisering (obligatorisk etterutdanning). Er vedkommende spesialist i allmenntillegisin, må den som får stillingen/hjemmelen forplikte seg til resertifisering og kommunen må legge til rette for dette. Disse forholdene må gå klart frem av utlysningsteksten og avtalen mellom partene.

Det er viktig å merke seg at forslaget omfatter alle typer allmenntillegisinsk arbeid, ikke bare fastlegearbeid.

Ved eventuell innføring av forslaget her, må det utarbeides ordninger for leger i allmennt medisinsk arbeid som ikke er under spesialisering eller resertifisering på tidspunktet reglene innføres, slik at også denne gruppen allmennleger blir en del av kompetanseløftet i allmennt medisin.

Det er etter Helsedirektoratets mening ønskelig at kravene til spesialisering og utlysning også skal gjelde for helprivat helsesektor¹¹. Helsedirektoratet ser ikke bort fra at sektoren selv ville ønske det samme. I hvilken grad regelverket må tilpasses for også å gjelde helprivat helsesektor, må evt. sees på i et eget oppdrag.

3.3.1 Begrunnelse

Helse- og omsorgstjenesteloven, folkehelseoven og nasjonal helseplan slår fast krav om god kvalitet og kunnskapsbaserte tjenester i helsetjenesten.

Forslaget bringer fagområdet mer på linje med de øvrige spesialiteter. Det vil også bli et kvalitetsløft for primærhelsetjenesten. De politiske målsettingene med samhandlingsreformen er blant annet oppgaveflytting fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten slik at innbyggerne skal få bedre hjelp nærmere der de bor og at det skal forebygges mer og repareres mindre. Dette medfører økte kompetansekrav til allmennlegene.

Innbyggerne må i møtene med legene sikres medisinsk breddekompetanse av god kvalitet, uansett hvor i kommunehelsetjenesten møtene skjer.

Den reviderte fastlegeforskriften fastslår en rekke faglige krav og krav av ledelsesmessig og administrativ karakter som enklest sikres ved at legene får, vedlikeholder og videreutvikler sin kompetanse gjennom det felles videre- og etterutdanningssystem for alle allmennleger som foreslås her.

Det er ikke logisk å ha forskjellige systemer for oppstart av spesialisering i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Det er heller ikke tilfredsstillende for myndighetene og kommunene som har ansvar for allmennt legetjenestene, at publikum møter leger som verken er under spesialisering, er spesialister eller resertifiserer seg i allmennt medisin.

Kvalitet, forsvarlighet og forventningene til morgendagens legeroller i kommunene er momenter i begrunnelsen for at Helsedirektoratet foreslår at alle som starter i allmennt medisinsk arbeid samtidig starter på spesialitet i allmennt medisin og alle som arbeider med allmennt medisin forpliktes til å resertifisere seg hvert 5. år i henhold til obligatorisk etterutdanningsprogram.

Ved å inkorporere de «andre allmennt medisinske oppgavene» i det allmennt medisinske fagfeltet, sikres befolkningen og kommunene god kvalitet også på disse fagområdene.

3.4 Allmennt medisin del 3

Del 3 er på 4, 3¼ eller 3½ år avhengig av om legen tar 12, 15 eller 18 måneder tellende sykehustjeneste. Det skal i spesialiseringen i den spesifikke delen legges særlig vekt på kompetanse på områder det er mye av i allmennt praksis; indremedisin, enklere kirurgi, psykiatri, rus, avhengighet, muskel- og skjelettsykdommer, den akutt syke pasient, forebygging, barnesykdommer, geriatri, rehabilitering, kroniske sykdommer, multisyke, helseproblemer i forbindelse med vold og overgrep med mer (listen er langt fra uttømmende og rekkefølgen er uprioritert). I denne delen av spesialiseringen inngår også kompetanse i ledelse både faglig og administrativt av allmennt legekontor.

¹¹ Helprivat helsesektor. Den delen av norsk helsetjenesten der det offentlig ikke betaler noen av utgiftene pasientene har.

Den allmenmedisinske tjenesten må i gjennomsnitt være på 50% i åpen uselektert allmennpraksis eller mer regnet av full tjeneste, for å telle i spesialiseringen. Tjenestetiden teller med den totale tellende tjenestebrøken. Det vil for eksempel si at en lege som arbeider 60% i åpen uselektert allmennpraksis + 20% på sykehjem (=80%), vil bruke 5 år (60 måneder) på del 3 mot 4 år (48 måneder) hvis han hadde jobbet fulltid i tellende tjeneste.

Prinsippet om at 50% (eller mer) av full tjeneste i åpen uselektert praksis kan kombineres med inntil 50% «andre allmenmedisinske oppgaver»¹², videreføres.

Helsedirektoratet foreslår at inntil halvparten av del 3 i (2 – 1¼ år) kan avtjenes som fulltids tjeneste i «andre allmenmedisinske oppgaver». De resterende 2-1¼ årene må da være minimum 80% åpen uselektert allmenn praksis + eventuelt annen allmenmedisinsk tjeneste som i sum gir 100% tellende tjeneste.

Det må utvikles kompetanseprogram for de «andre allmenmedisinske oppgavene». For de legene som har en «annen allmenmedisinsk oppgave», foreslås at slike kompetanseprogram skal kunne erstatte deler av dagens spesialiserings- og etterutdanningsprogram. En modell for det faglige innholdet kan være Legeforeningens kompetanseområde i alders- og sykehjemsmedisin.

Helsedirektoratet går ikke inn for å formalisere egne ordninger for fastleger med spesielle interesser (kirurgi, diabetes mellitus, avhengighet etc.). Man vil ikke fraråde at slik kompetanseutvikling skjer, når den er i forståelse med kommunen og ikke går ut over fastlegens generalistkompetanse og fastlegens plikt til å drive en åpen, uselektert allmennpraksis.

Omfang og innhold i kurs og aktivitet som er obligatorisk i dag, må tilpasses utviklingen, læringsmålene som fastsettes og grunnutdanningen i inn- og utland. Hvordan det modulbaserte generelle kompetanseprogrammet skal innpasses i spesialistutdanningen i allmenmedisin, må bli gjenstand for nærmere utredning.

Ordningen med at forskning med veileder ved relevant forskningsinstitusjon (for eksempel Institutt for allmenn og samfunnsmedisin, allmenmedisinsk forskningsenhet eller allmenmedisinsk kompetansesenter) skal kunne kombineres med 50% (eller mer) åpen uselektert allmennpraksis, fortsetter og gjelder hele utdanningstiden i del 3.

Så langt de passer med forslagene her, videreføres gjeldende ordning for hvordan deltidspraksis teller i spesialiseringen.

Helsedirektoratet anbefaler at man må ha fullført del 1 (eller tilsvarende i utlandet) for å tiltre en allmenmedisinsk stilling eller fastlegehjemmel.

3.5 Veiledning og spesifikt utdanningsprogram (veiledningsgruppe)

Allmennlege i spesialisering må gjennomføre spesifikt utdanningsprogram (veiledningsgruppe) med normert varighet på 2 år, som i dag. I og med at det skal være mulig å gjennomføre del 2 i adskilte 3 måneders bolker, skal LIS kunne gjennomføre det spesifikke utdanningsprogrammet uavhengig av om hun/han er i del 2 eller del 3 av spesialiseringen.

¹² Sykehjem, legevakt, skolehelsetjeneste, helsestasjon, fengsel, kvalitetsutvikling, undervisning med mer. Se også kap. 8 Ordliste

Siden 2007 har det årlig vært mellom 60 og 102 veiledningsgrupper i aktivitet med i alt 500-800 deltakere. Gjennomsnittlig gruppestørrelse er åtte LIS i allmenntidisin. Hver gruppe har en veileder. I gjennomsnitt gjennomfører hver veileder anslagsvis 3-4 grupper ifølge Legeforeningen.

Deltakelse i e-nettverk/nettverk for allmennleger må vurderes nærmere av det fremtidige spesialitetsrådet om og evt. hvordan skal kunne telle med i spesialisering og resertifisering til spesialiteten i allmenntidisin.

LIS må i tillegg være sikret personlig veiledning under hele spesialiseringen. LIS knyttes til én eller en gruppe spesialister / mer erfarne LIS i allmenntidisin med oppgave å gi LIS planlagt én-til-én veiledning og ad hoc supervisjon. De 80 timene som i dag brukes til å veilede EØS-leger, foreslås brukt til den personlige veiledningen her og fordeles over hele del 3.

Spesialister i allmenntidisin må kunne gi veiledning til LIS som en del av sine arbeidsoppgaver. Se eget punkt om etterutdanning.

3.5.1 Begrunnelse

Veiledning og supervisjon er sentrale deler av videre- og etterutdanningen i dag og tillegges større vekt i forslag til endret spesialitetsstruktur og -innhold i hovedprosjektet.

3.6 Balansen mellom teoretisk utdanning og praktisk allmenntidisinsk legearbeid

Myndighetene og fagmiljøet oppfordres til å diskutere hvordan stadig nye krav til teoretisk videre- og etterutdanning skal prioriteres opp mot klinisk allmenntidisinsk legearbeid.

Et grep kan være at myndighetene legger inn krav til etterutdanning i resertifiseringsperiode 1, 2, 3 osv. fremfor å stille krav om kompetanse i «alt» i forbindelse med godkjenning som spesialist i allmenntidisin

3.7 Balansen mellom den obligatoriske og valgfrie utdanningskomponenten i spesialiseringen i allmenntidisin.

Per 2013 er 150 av 400 utdanningspoeng (38%) av utdanningskravene for spesialiteten i allmenntidisin såkalt valgfrie. I etterutdanningen er 160 av 300 utdanningspoeng (53%) valgfrie.

Helsedirektoratet foreslår at legen som jobber med «andre allmenntidisinske oppgaver», skal bruke en betydelig del av den valgfrie komponenten til videre- og etterutdanning i «den andre allmenntidisinske oppgaven» man er gått inn i. Dette vil kunne bidra til bedre kompetanse innenfor det fagfeltet allmenntidisinsk arbeider med. Helsedirektoratet foreslår denne løsningen fremfor å øke rammen for utdanningspoeng.

For leger i «annet allmenntidisinsk arbeid» vil noe av valgfriheten i kurs innskrenkes. På den andre siden vil de få målrettet kompetanse i den «andre allmenntidisinske oppgaven» de jobber i.

Har LIS nesten fylt opp den valgfrie kvoten i forbindelse med godkjenning som spesialist eller resertifisering, foreslås at kravet om obligatorisk utdanning i det «andre allmenntidisinske fagfeltet» (f.eks. sykehjemsmedisin) slår inn i forbindelse med påfølgende godkjenning. Start i eller bytte av «annen allmenntidisinsk oppgave» bør ikke føre til utsettelse av spesialistgodkjenning.

Hvordan dette konkret skal kunne skje, blir en oppgave for spesialitetsrådet i allmenntidisin å se nærmere på.

3.8 Velferds- og trygdemedisin

LIS og spesialister i allmenntidisin må ha tilstrekkelig kunnskap om velferds- og trygdemedisin. Dette innebærer både å kunne avgi gode legeerklæringer, ha kompetanse i arbeid med sykefravær, delta i dialogmøter og annet samarbeid med NAV. Helsedirektoratet anbefaler en gjennomgang av kompetansekravene og hvordan myndigheten skal sikre seg at legene har nødvendig kompetanse på feltet. Inntil arbeidet er gjennomført opprettholdes kravet om EU-kurs B i spesialistutdanningen. Videre foreslås at Arbeidsdepartementets kurskrav i sykefraværarbeid inngår som en obligatorisk del av resertifiseringen.

3.9 Sakkyndighetsarbeid

Obligatorisk e-kurs i sakkyndighetsarbeid videreføres i spesialistutdanningene i allmenn- og samfunnsmedisin.

3.10 Fordypning

Når pasienten møter en fastlege skal legen kunne diagnostisere og behandle de alminneligste tilstandene i de store medisinske fagfeltene.

Helsedirektoratet går derfor ikke inn for formelt å godkjenne subspecialisering i allmenntidisin. Med dagens regler er det imidlertid ikke noe i veien for at en allmenntidige kan holde seg særlig godt skolert innen ett eller mange allmenntidiske områder.

Helsedirektoratet vil imidlertid være tydelig på at spesialisering og etterutdanning skal sikre at fastleger har og vedlikeholder tilstrekkelig breddekompetanse til å kunne ivareta pasientens samlede behov. Det ønskes ikke en utvikling der man får allmenntidiger, som avviser eller ikke håndterer pasienter med andre sykdommer enn det legene er spesielt interessert i. Spesialistreglene må sikre mot en slik utvikling.

Når det gjelder de «andre allmenntidiske oppgavene»¹³, ligger det elementer av fordypning i spesialiseringen i og med at det foreslås ganske omfattende obligatoriske utdanningselementer knyttet til den allmenntidiske oppgaven den enkelte LIS har. Kravet til breddekompetanse fastlegene skal ha, kan imidlertid ikke gjelde like sterkt i forbindelse med resertifisering av leger som kun arbeider med en annen allmenntidisk oppgave. En spesialist i allmenntidisin som bare jobber på sykehjem, må for eksempel ha hovedtyngden innen dette feltet + legevaktmedisin i sin etterutdanning.

Hvordan dette konkret skal utformes, blir en av oppgavene til et offentlig spesialitetsråd i allmenntidisin.

¹³ Sykehjem, legevakt, skolehelsetjeneste, helsestasjon, fengsel, kvalitetsutvikling, undervisning med mer. Se også kap. 8 Ordliste

3.11 Allmenntmedisin og forskning

Helsedirektoratet foreslår at allmenntmedisinsk tjeneste (minst 50%) skal kunne kombineres med forskning med veileder ved relevant forskningsinstitusjon. Forskningen kan da gi tellende tjeneste med den %-andel forskerstillingen er utlyst. Summen av klinisk arbeid og forskning kan aldri gi mer enn 100% tellende tjeneste.

3.11.1 Begrunnelse

Det er sentralt for samfunnet og faget at allmenntmedisinen utvikles og utøves forskningsbasert. Det er derfor viktig at LIS som er interessert, skal kunne forske samtidig som de gjennomfører spesialiseringen. Aktiv forskning spiller en stor rolle for kvalitet på tjenestene, arbeidsmiljøet og holdning til kunnskap.

Helse- og omsorgstjenestelovens § 8-3 sier:

”Kommunen skal medvirke til og tilrettelegge for forskning for den kommunale helse- og omsorgstjenesten.”

Alle LIS skal forøvrig gjennom kurs og veiledning få grunnleggende kunnskap om forskning, evaluere forskningskvalitet og nyttiggjøre seg forskningsresultater. Den type forskningstjeneste som omtales i kapitlet her, er egen produksjon og publisering av vitenskapelig materiale innen det allmenntmedisinske feltet.

3.12 Spesialisttittel

I dag mister norskutdannede allmenntlegespesialister både spesialisttittelen og retten til å bruke spesialisttakster, hvis legen ikke resertifiserer seg hvert 5. år regnet fra spesialistgodkjenningen.

Helsedirektoratet foreslår at allmenntlegene beholder spesialisttittelen så lenge han/hun er autorisert/lisensiert som lege. Det er i tråd med ordningen andre spesialister har i Norge og Europa. Dessuten konverterer utenlandske spesialister i allmenntmedisin til norsk spesialitet i allmenntmedisin. Disse legene kan man ikke uten videre frata spesialisttittelen selv om de ikke resertifiserer seg.

Ordnings med bedret økonomi knyttet til kompetansen man har oppnådd ved godkjenning som spesialist i allmenntmedisin, og vedlikehold og videreutvikling av spesialisutdanningen gjennom resertifisering, foreslås videreført som et kompetansetillegg i form av (spesialist)takster og evt. andre økonomiske ordninger.

3.13 Etterutdanning

Spesialiteten i allmenntmedisin skal, slik det foreslås for alle spesialitetene i hovedprosjektet, ha obligatorisk etterutdanning.

Helsedirektoratet anbefaler at ordningen med resertifisering hvert 5. år i allmenntmedisin fortsetter, men at det blir noen justeringer i struktur og faglige innhold. Måten man gjennomfører obligatorisk etterutdanning i allmenntmedisin på, burde kunne tjene som modell for andre spesialiteter.

Spesialist i allmenntidisin som skal resertifisere seg, må arbeide gjennomsnittlig 20% eller mer (av fulltid) i åpen uselektert praksis eller i «annet allmenntidisinsk arbeid» i forbindelse med hver resertifiseringsperiode. Legevaktarbeid som ansatt kan utgjøre de 20% tellende tjeneste. Uansett allmenntidisinske oppgaver inngår man i kommunens legevaktordning og deltar i obligatorisk utdanning og trening som teller med i etterutdanningen. Varig fritak, fritar også for den obligatoriske utdanningen forbundet med legevakt. Selv om det jobbes redusert, deltar man på like vilkår i legevaktordningen med de fulltidsarbeidende kollegene. Se for øvrig eget avsnitt om spesialistutdanning og etterutdanning i allmenntidisin og legevakt.

Helsedirektoratet foreslår at hospitering og tjeneste på sykehus skal kunne gi mer poeng enn i dag. Sykehustjeneste i den allmenntidisinske etterutdanningen må settes bedre i system. Denne systematiseringen må gjøres sammen med allmenntidisinske, foretakene, kommunene og praksiskonsulentene og forslagsvis forankres i samarbeidsavtalene mellom kommunene og foretakene. Den gjensidige veiledningsplikten mellom kommunehelsetjenesten og foretakene må brukes på en hensiktsmessig måte. Potensialet praksiskonsulentordningen kan ha for kvalitetsarbeidet, må tas ut i etterutdanningen. Deltakelse i faglige samarbeidsmøter med kommunen og det lokale sykehuset foreslås å bli en obligatorisk del av spesialisering og resertifisering.

Helsedirektoratet anbefaler at det å veilede- og undervise leger, annet helse-, omsorgs- og velferdspersonell samt undervisning i medisinske fag i skolen, teller i den obligatoriske etterutdanningen i allmenntidisin. Likeledes anbefales at arbeid med å utdanne veiledere gir merit i etterutdanningen.

Veilederutdanning i allmenntidisin for det spesifikke utdanningsprogrammet består av tre kurs og gjennomført veiledningsgruppe for LIS i samfunntidisin. Veileder godkjennes av sentralstyret i Legeforeningen. I 2013 var det 71 veiledningsgrupper for LIS i allmenntidisin.

I et EØS-perspektiv er det også viktig at allmenntidiser resertifiserer seg. Hvis vi får ett godkjenningnivå av allmenntidiser i Norge mot dagens to , og det ene nivået blir spesialiteten i allmenntidisin, vil det medføre at leger med EØS-godkjenning fra andre land, vil bli godkjent som spesialister i allmenntidisin i Norge (EØS-konvertering). For å beholde økonomien som følger med å være spesialist i allmenntidisin i Norge, må man imidlertid vedlikeholde kompetansen sin i allmenntidisin gjennom resertifiseringssystemet. Det betyr at EØS-konverterte spesialister må starte på det norske resertifisering så snart de er blitt spesialister. Slik sett vil de opparbeide arbeidserfaring og kompetanse som gradvis nærmer seg de norske utdannede spesialistene i allmenntidisin. Læringskurven deres vil bli brattest i starten.

Helsedirektoratet mener man også bør åpne for at EØS-konverterte spesialister skal kunne få tilbud om å ta hele eller deler av kursene som er obligatorisk i spesialistutdanningen i allmenntidisin. Det blir i så fall en oppgave for spesialitetsrådet i allmenntidisin å finne løsninger på sammen med aktørene.

Det er viktig at fastlegene beholder breddekompetansen gjennom hele yrkeskarrieren. Helsedirektoratet foreslår å innføre et system som monitorerer breddekompetansen til den enkelte, der spesialisten selv kan følge med på hvor breddekompetent vedkommende er, og der manglende breddekompetanse må få konsekvenser for påfølgende etterutdanning. Detaljene må man få komme tilbake til.

3.13.1 Begrunnelse

Det er viktig at pasienter og samfunn holder seg med allmenntidiser med god og kontinuerlig vedlikeholdt medisinsk kompetanse. Se også hovedprosjektet på dette punkt og kapittel 6.

3.14 Veksling mellom allmenntedisinske fagfelt i etterutdanningen

Det er viktig at det ikke lages stengsler for at legene skal kunne bytte arbeidsområder innen allmenntedisin og kan «summere» opp ervervet kompetanse fra de ulike periodene i en resertifisering. Har en spesialist i allmenntedisin jobbet to år på sykehjem og fulgt opp etterutdanningen i denne forbindelse, og så ønsker å jobbe fulltid som fastlege, må kompetansen ervervet i sykehjemstjenesten telle med ved resertifiseringen.

Detaljene i dette blir en oppgave for spesialistrådet i allmenntedisin å utrede nærmere.

3.15 EØS-reglene og spesialisering i allmenntedisin

I og med at det ikke er noe hinder i EØS-regelverket mot å overoppfylle vilkårene i yrkeskvalifikasjonsdirektivet slik blant annet de nordiske landene og Nederland gjør, tilrår Helsedirektoratet som det fremgår av forslagene her å beholde og styrke spesialiteten i allmenntedisin ytterligere på en rekke områder. Dette for å innfri målene i samhandlingsreformen og sørge for at befolkningen møter tidsmessig, jevn og god legekompentanse i første linje.

Helsedirektoratet har på oppdrag fra HOD utredet problemstillinger rundt godkjenning av allmennteleger. Utredningen er til vurdering i departementet.

4 LEGEVAKT OG DEN AKUTTMEDISINSKE KJEDE

I kapitlet her menes med kommunen én kommune eller gruppen av kommuner som inngår i et legevaktssamarbeid.

Helsedirektoratet skal vurdere behov for særskilt kompetanse i grenselandet mellom første og andrelinjetjenestene. Det handler ikke om henvisningsrutiner, kommunikasjon, samhandling generelt, men den medisinske faglige kompetansen som trengs for å kunne vurdere og håndtere akuttmedisinske tilstander som kan føre til / fører til henvisning / innleggelse, og vurdering og håndtering av pasienter der tilstanden(e) raskt forverres etter utskrivning fra sykehus. Problemstillingene drøftes i kapitlet her, da det er situasjoner som legene ser mest av i legevakt.

Helsedirektoratet er enig med Legeforeningen i at legevakt er allmenntelegearbeid. Helsedirektoratet mener befolkningen på samme måte som i sykehusmottak og på fastlegekontorene, må møte god legekompentanse på legevakt. Hvem er de beste legene til å løse legevaktoppavene på den for innbyggernes og hele den akuttmedisinske kjeden beste måten?

Andelen fastleger som deltar i legevakt er falt nokså jevnt fra 44% i 2006 til 37% i 2012 målt som legegruppens prosentvise andel av alle kontakter. Tilsvarende er andelen deltakende spesialister i allmenntedisin falt fra 30% til 24%, mens kvinneandelen holder seg mellom 21% og 26% i samme

periode. Deltakelsen i vakt for alle allmennlegespesialistene som gruppe, faller fra 35% i aldersgruppen 30-39 år til 16% i aldersgruppen 50-59. 6% av legene som deltar i vakt er over 60 år.

Tallene viser at andelen av de mest kompetente legene (spesialistene i allmennmedisin og fastlegene) som deltar i vakt, er altfor beskjeden. For å sikre god kompetanse både for innbyggerne og legene i vakt, foreslår Helsedirektoratet at LIS inngår i vaktordningen i kommunens legevaktarbeid og må ha et minimum med 40 allmennlegevakter (som i dag) for å bli godkjent spesialist i allmennmedisin.

I etterutdanningen foreslås at deltakelse i den kommunale legevaktordningen i kommunen legen arbeider, uansett klinisk allmennmedisinsk arbeidsoppgave, blir obligatorisk, for å kunne bli resertifisert. Ordningen gjelder til legen når aldersgrense for legevakt eller fritak av andre grunner. Leger som er fritatt fra klinisk legevaktarbeid av andre grunner enn alder foreslås å kunne delta i andre sider av legevaktarbeidet som for eksempel være bakvakt (på telefon / telemedisin), fagansvarlig, kvalitetsansvarlig, forskningsansvarlig, tillitsvalgt, mentor for LIS i vakt, veileder, telefonvakt og så videre (bakgrunnsaktiviteter) og da få dette som tellende i resertifiseringene.

Allmennlegene som jobber med «andre allmennmedisinske oppgaver» skal også delta i legevakt på lik linje med fastlegene. Ønsket om å trekke leger som arbeider med «andre allmennmedisinske oppgaver» enn fastlegearbeid inn i legevaktarbeidet, er en konsekvens av prinsippene om at alle typer allmennlegearbeid er likverdig og legevakt er allmennlegearbeid. Legevakt er – i riktige doser - en god måte å holde det allmennmedisinske faget levende herunder akuttmedisinsk kompetanse og kompetanse i samhandling. Gjennom legevaktarbeid får man også førstehånds inntrykk av hvordan helse- og omsorgstjenesten i kommunen / vaktområdet og hele den akuttmedisinske kjeden fungerer.

Redusert stilling er ikke tenkt automatisk å skulle føre til redusert deltakelse i legevaktordningen. Legevaktarbeidet må tas med i beregningen når arbeidsmengden skal bestemmes.

I forslaget ligger at det er opp til kommunen i samarbeid med legene, å bestemme hvordan det er hensiktsmessig å organisere legevakten lokalt, og på en slik måte at alle allmennlegene har en rolle i legevaktsammenheng. Det må lokalt sees nærmere på hvordan de ulike legegruppene og aldersgruppene med leger skal delta i vaktsystemet.

Forslaget om å innlemme alle leger i allmennmedisinsk arbeid i kommunens legevaktordning, medfører at fastlegeforskriftens §13 må endres på dette punkt. Vakt er krevende og nattevakt mest krevende. Helsedirektoratet ber høringsinstansene også se på hva aldersgrensen for forskjellig typer deltakelse i legevakt kunne være på sikt.

4.1 Kompetansekrav – teori og øvelse i legevaktmedisin

Alle leger bør få første bolk med øvelse og teori i akuttmedisinsk arbeid og erfaring med mennesker som har vært utsatt for fysisk og psykisk vold og overgrep i del 1 av spesialiseringløpet. Øvelsene og teoriundervisningen fordeles på sykehus- og allmenntjenesten. I den allmennmedisinske bolken av del 1 bør undervisning og tverrfaglig akuttmedisinsk øvelse komme tidlig og suppleres med regelmessig øvelser av mindre omfang på legekantorene det arbeides i de 6 månedene tjenesten varer. Alle leger må føle seg kompetente og trygge i elementært livredningsarbeid etter del 1.

For å holde kompetansen ved like gjennom del 2 og 3 skal legen inngå i kommunens beredskapsarbeid og delta i øvelser i henhold til kommunens planverk og HMS-arbeidet på arbeidsplassen.

I videreutdanningen foreslår Helsedirektoratet at dagens obligatoriske kurs i akuttmedisin utvides til også å omfatte kompetansekrav i forhold til mennesker som har vært utsatt for grenseoverskridende atferd og forebygging av slik atferd¹⁴. Helsedirektoratet mener at det må være et mål at legevaktarbeid på sikt inngår i arbeidstiden på lik linje med de andre allmennt medisinske oppgavene. Helsedirektoratet viser her til tidligere anbefalinger vedrørende behov for styrking og kapasitetsøkning av leger i kommunens helse- og omsorgstjeneste¹⁵.

4.1.1 Begrunnelse

Helsedirektoratets tanke med disse forslagene er at legevakt anses for å være en allmennt medisinsk oppgave og at alle allmennt leger under en fastsatt aldersgrense må ha kompetanse i akuttmedisinsk arbeid og derfor ha en rolle i kommunens legevaktarbeid.

For at alle allmennt leger skal få være med i legevaktarbeid er det viktig å se bredere på hva legevaktarbeid kan være, enn tilfellet har vært til nå. Kommunens ansvar for legevakt er også løftet frem i den reviderte fastlegeforskriften. Kvalitetsarbeid, undervisning, videre- og etterutdanning, forskning med mer setter krav til ledelse av legevakten og til å sette legevaktordningen og organiseringen av denne inn i den akuttmedisinske kjede.

Når man har ervervet kompetansen spesialist i allmennt medisin, må kompetansen og lokal systemkunnskap brukes lokalt. For å sikre kompetansen i vaktarbeid stilles det derfor krav om at spesialister i allmennt medisin må resertifisere seg og delta i kommunenes (utvidede) legevaktordning for å resertifisere seg.

Helsedirektoratet mener det er få allmennt leger som ikke kan delta i ordinært legevaktarbeid og enda færre som ikke kan delta i bakgrunnsaktivitetene. Det er viktig og riktig for alle parter at allmennt legene i en kommune har hovedansvaret for legevakt og i den akuttmedisinske kjede i kommunen, og at kommune-Norge og sentrale myndigheter bidrar til dette.

Skal man føle seg trygg i legevaktarbeid, er det viktig at man har vakt passe ofte og at arbeidsmiljøet, trening og opplæring i og vedlikehold av kunnskapen må være god. Det er det kommunens ansvar å sørge for.

I noen kommuner vil det være overskudd av leger i forhold til vaktmengde og bakgrunnsoppgaver. Helsedirektoratet foreslår at leger som ikke har konkrete oppgaver, vil kunne få godkjent resertifisering så lenge kommunen har organisert dem i en reservestyrke som når kommunen etter nærmere avtale med legene, måtte trenge det, trer inn i ordningen. De må delta i den obligatoriske undervisningen og treningen på lik linje med resten av legevaktlegekorpset.

Andre legekategorier enn allmennt leger i kommunehelsetjenesten kan inngå i vaktordningen etter nærmere vilkår som er spilt inn til HOD i forbindelse med arbeidet med ny forskrift i akuttmedisin. Kommunelegene bør kunne få delta i vakt. Likeledes kan leger som har passert aldersgrensen få fortsette å delta i vakt, etter avtale med kommunen, forutsatt at de opprettholder vaktkompetansen og ikke blokkerer for at LIS blir så raskt spesialister i allmennt medisin som mulig.

Helsedirektoratet er av den oppfatning at leger som har hatt 3 år eller mer tellende veiledet tjeneste, skal kunne gå vakt uten bakvakt (selvstendig vakt). Det vil si at leger som har studert i Norge som får godkjent 6 måneder fra studiet og 1.5 år i del 1 vil kunne gå selvstendige vakter etter ett års spesialisering i allmennt medisin ut over del 1.

¹⁴ Helsedirektoratet viser til Meld. St. 15 (2012-2013) Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner. Det handler om å leve.

¹⁵ Utviklingsstrategi for legetjenestene i kommunene. Rapport IS-1622. Helsedirektoratet 2008.

Da kommunene i Norge er så forskjellige, er det vanskelig å sette krav til minimum antall vakter i forbindelse med resertifisering. I kommuner med for mange leger til at vaktfrekvensen blir adekvat, er det neppe grunnlag for å nekte allmennlegene resertifisering som det ikke er arbeidsoppgaver til, men dette må det finnes lokale løsninger på er Helsedirektoratets utgangspunkt. Helsedirektoratet vil gi rammer for fagkravene i legevakt og godkjenne ordningene.

Helsedirektoratet er på befolkningens vegne bekymret for at kapasitet og kompetanse ved legers deltakelse i legevakt ikke er tilfredsstillende. Systemet som har rådet lenge, har ikke bidrat til å bedre situasjonen. Det vurderes at de viktigste tiltakene er at summen av arbeidstid på dagtid og vakt på kveld, natt og helg bør harmoniseres slik sykehusene har det, og at moderne arbeidsforhold under legevakt sikres. Hvis det ikke tas grep i denne retning, er Helsedirektoratets bekymring at kommunehelsetjenesten kommer til å tape i kampen om den gode legearbeidskraften^{16,17}. Lykkes man ikke med å rekruttere leger til kommunehelsetjenesten, vil presset på spesialisthelsetjenesten øke, kvaliteten på tjenestene synke og totalutgiftene for å drive helsetjenesten stige. Sykehusmottakene kan fort komme til å fylles med pasienter som kunne vært adekvat hjulpet i kommunehelsetjenesten, hvis legekompetansen i førstelinjen ikke er optimal.

I forslaget er kravet at man deltar i kommunens legevaktordning for å opprettholde vaktkompetansen sin og herigjennom kunne bli resertifisert. Det er kommunenes innretning av vaktarbeidet – i samarbeid med legene - som blir avgjørende for hvordan vaktarbeidet fordeles og den enkelte leges vaktarbeid faktisk blir. Helsedirektoratet mener hensynet til kvaliteten på tjenestene og arbeidsbelastningen for hele legekollegiet må gå foran hensynet til den enkelte leges ønsker om vaktfritak. Samfunnet må bruke den beste kompetansen i legevaktarbeid – fastleger og spesialister i allmennmedisin – slik at befolkningen møtes av god medisinsk og lokal kompetanse også på vakt.

Hvis 1% av alle kontaktene med allmennlegetjenesten henvises, øker aktivitetsnivået i spesialisthelsetjenesten med omtrent 30%¹⁸. Det illustrerer hvor følsomt systemet er for svingninger, og hvor viktig det er å bidra til optimal kompetanse hos allmennlegene, stille kompetansekrav og til å vedlikeholde og videreutvikle kompetansen deres. Videre er det viktig at den akuttmedisinske kjeden henger godt sammen, og at legevakt er et sentralt og godt kompetent ledd i kjeden, slik at prehospitaltjenester (ambulansetjenester) ikke drar forbi legevaktene og fastlegekontorene med pasienter som kunne ha vært best håndtert der.

4.1.1.1 Mer om kompetansekrav til leger i legevakt

Krav til kompetanse i

- akuttmedisin som stilles i revidert akuttmedisinforskrift, som ble sendt på høring 28. mai 2014
- forskrift 19. desember 2005 nr. 1653 om veiledet tjeneste for å få adgang til å praktisere som allmennlege med rett til trygderefusjon (EØS-lege) som Helsedirektoratet har fått i oppdrag å vurdere
- spesialitetsstruktur og –innhold i allmennmedisin

må stemme overens.

Helsedirektoratet vil videre understreke at innholdet i dette kapitlet også må ses i sammenheng med resultater av arbeidet med pågående NOU om den akuttmedisinske kjede, ny regjeringens

¹⁶ Legevakt – utfordrende for legene og kommunene. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133:1542.

¹⁷ ... er hjelpa nærmast!. Forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. Rapport nr. 1. 2009.

¹⁸ Forskriften sykehusene bør frykte. Jan Emil Kristoffersen. Leder. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132:126 – 7.

politikkutforming på området og en rapport fra Helsedirektoratet som er til vurdering i HOD, om godkjenning av allmennlegers kompetanse i europeisk sammenheng.

Helsedirektoratet foreslår at grensen for vakt uten bakvakt settes til minst ett års tjeneste etter påbegynt spesialisering i del 3.

Det foreslås at alle leger bør gjennomføre kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering i del 1. Leger som skal ha legevakt og alle spesialister i allmenntmedisin må ha kurs i disse temaene senest hvert femte år for å få resertifisert sin allmenntmedisinske kompetanse.

Leger uten norsk spesialistutdanning i allmenntmedisin, må gjennomføre de samme kursene som norskutdannede allmennlegespesialister i løpet av det første arbeidsåret som allmenntlege for å kunne delta i legevakt. Man kan ikke ha vakt uten bakvakt uten den obligatoriske teoretiske kompetansen.

Bakvakt-kompetanse settes lik spesialitet i allmenntmedisin. Vi ber høringsinstansene vurdere om dette kravet er for strengt. I høringsbrevet til revidert akuttmedisinforskrift foreslås det at også allmenntlege med godkjent veiledet tjeneste hvorav minst ett års erfaring innen allmenntmedisin skal kunne være bakvakt.

5 SAMFUNNSMEDISIN

De nye helselovene, samhandlingsreformen og revidert fastlegeforskrift med mer setter nye krav til samfunnsmedisinsk kompetanse. Det vises til forarbeidene i Prop. 90L og Prop 91L, særlig kapittel 18 i Prop. 90L om kommunelegen.

I målbeskrivelsen for spesialisering er samfunnsmedisin¹⁹ definert som grupperettet legearbeid for å

- Ha oversikt sykdomsforekomst/påvirkningsfaktorer
- Tilrå, iverksette, administrere, evaluere helsefremmende tiltak
- Anbefale prioriteringer, fordeling av helseressurser basert på konsekvensanalyser
- Utøve medisinsk faglig tilsyn

Tradisjonelt har samfunnsmedisinen som fag hatt sin forankring i kommunehelsetjenesten, men ved senere revisjoner av spesialitetsregler, målbeskrivelse og utdanningsprogram har spesialistutdanningen hatt som mål å kvalifisere leger for grupperettet og systemrettet arbeid i kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten, den statlige helseforvaltning og andre større offentlige og private virksomheter.

Helsedirektoratet foreslår stort sett å beholde læringsmålene for spesialiseringen i samfunnsmedisin. Det skal i spesialiseringen legges vekt på kompetanse innen miljørettet helsevern, smittevern, helsemessig beredskap, planarbeid, forebyggende medisin, helsefremmende arbeid og folkehelsearbeid, kvalitetsarbeid og tilsyn, helserett og saksbehandling, ledelse og administrasjon,

¹⁹ Gjeldende spesialistregler og målbeskrivelse.

<http://www.helsedirektoratet.no/helsepersonell/spesialistgodkjenning/lege/Sider/samfunnsmedisin.aspx>

kommunikasjon og formidling, rådgivning og samhandling, metodekunnskap, helsestatistikk og kunnskapshåndtering samt internasjonalt arbeid (rekkefølgen er ikke prioritert).

Ut over veiledningsgruppene, er all teoretisk utdanning i samfunnsmedisin i dag kurs, og alle kurs er obligatoriske. Helsedirektoratet anbefaler at totalvolumet på 330 undervisningstimer opprettholdes evt. justeres noe opp, og at man ser på innhold og læringsformer slik det er anbefalt for alle spesialiteter i hovedprosjektet. Videre må det vurderes om noe av den teoretiske utdanningen kan gjøres valgfri. Deltakelse i et visst volum relevante samarbeidsmøter med tjenesteyterne på alle nivå, sammen og hver for seg, foreslås gjort obligatorisk i både videre- og etterutdanningen.

Hvordan det modulbaserte generelle kompetanseprogrammet skal innpasses i den eksisterende kursstrukturen i den samfunnsmedisinske spesialistutdanningen, må bli gjenstand for nærmere utredning.

Helsedirektoratet foreslår obligatorisk etterutdanning i samfunnsmedisin. Det anbefales at dette utredes nærmere av spesialistrådet i samarbeid med de samfunnsmedisinske miljøene og arbeidsgiversiden.

Helsedirektoratet foreslår at samfunnsmedisinsk tjeneste minst må skje i 50% stilling for å telle til spesialiteten. Redusert stilling fører til tilsvarende forlenget tid som LIS.

Helsedirektoratet foreslår at lederutdanning, relevant master-utdanning (public health, health administration og lignende) og relevant forskning skal kunne telle med i spesialistutdanningen etter nærmere regler.

Utforming av kursporteføljen og balansen mellom obligatoriske og eventuelle valgfrie elementer må bli en oppgave for det fremtidige spesialitetsrådet i samfunnsmedisin å utforme.

Forslagene behandles i detalj i det følgende og må sees i sammenheng.

5.1 Når starter spesialiseringen i samfunnsmedisin?

Helsedirektoratet foreslår at alle som starter i samfunnsmedisinsk arbeid, samtidig starter i del 3 på spesialiseringen i samfunnsmedisin. Dette betyr at når ledige stillinger i samfunnsmedisinsk arbeid lyses ut, og den som får stillingen ikke er spesialist, forpliktes arbeidsgiver til å legge til rette for spesialisering. Den som får stillingen forplikter seg til å spesialisere seg og delta i den obligatoriske etterutdanningen. Er vedkommende spesialist i samfunnsmedisin, må den som får stillingen forplikte seg til å delta i den obligatoriske etterutdanningen og arbeidsgiver må legge til rette for dette. Disse forholdene må gå klart frem av utlysningsteksten og av arbeidsavtalen mellom partene. Ved eventuell innføring av forslaget her, må det utarbeides ordninger for leger i samfunnsmedisinsk arbeid som ikke er under spesialisering eller resertifisering på tidspunktet reglene innføres, slik at også denne gruppen samfunnsmedisinere blir en del av kompetanseløftet i samfunnsmedisin.

5.1.1 Utdanningssteder i samfunnsmedisin

Helsedirektoratet foreslår at godkjenningsordningen av utdanningssteder i samfunnsmedisin ikke videreføres.

I stedet foreslår Helsedirektoratet at arbeidsgiver i utlysning av samfunnsmedisinske stillinger tar med forhold som sikrer at stillingen har de kvaliteter som trengs for at legen oppnår spesialitet i samfunnsmedisin og sikres tilstrekkelig etterutdanning.

5.1.2 Begrunnelse

Det er tjenestens faglige innhold og ikke tjenestestedet som må bli avgjørende for om tjenesten skal kunne godkjennes eller ei.

Ordningen med å godkjenne utdanningssteder for samfunnsmedisinere ble innført samtidig med de nye spesialistreglene i 2006 for å heve kvaliteten på spesialistutdanningen gjennom krav til utdanningsstedene. Ordningen har virket i 8 år. Det er bare Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og to fylkesmenn som er godkjente utdanningssteder. Det er bare arbeidssteder i statlig helseforvaltning som omfattes av godkjenningsordningen. Det er kommunene som er hovedarenaen for spesialiseringen i samfunnsmedisin. Det vil etter prosjektets vurdering bli et uforholdsmessig stort apparat å kvalitetssikre de mange utdanningsstedene i samfunnsmedisin.

Det blir etter vårt forslag arbeidsgiver, arbeidstaker og rådsstrukturen hos sentrale myndigheter som sammen må sørge for at den enkelte samfunnsmedisinske stillingen holder faglige mål.

Det er imidlertid ikke noe i veien for at én arbeidsplass eller flere arbeidssteder lar LIS rullere arbeidsoppgaver under spesialiseringen og evt. bytter arbeidsplass midlertidig i denne forbindelse.

5.1.3 Konsekvens

Vårt forslag krever at arbeids- og oppdragsgiversiden må samarbeide med sentrale godkjenningsmyndigheter om utlysninger for faste og midlertidige stillinger, slik at stillingene tilfredsstiller kravene til spesialisering og obligatorisk etterutdanning. Innledningsvis vil dette kunne kreve en del arbeid med avklaringer, men etter hvert som systemet går seg til vil trolig denne type arbeid avta.

Det vil uansett kunne bli et visst behov for å vurdere tjenesteinnhold på forhånd, slik at legen i spesialisering er sikret godkjenning av tjenesten hvis opplegget følges.

Rådet for spesialiteten i samfunnsmedisin vil sammen med arbeidsgiver og –takersidene være sentrale i arbeidet med å sørge for og følge med at utlysninger og gjennomføring av tjenestene skjer i henhold til utdanningskravene som stilles.

5.2 Spesialisering i samfunnsmedisin generelt

Den normerte spesialiseringstiden foreslås til 6 år; To år klinisk tjeneste og 4 år spesifikk samfunnsmedisinsk tjeneste. Det vil si at den normerte tiden det vil ta å spesialisere seg i samfunnsmedisin etter forslagene her, blir ½ år kortere enn i dag om man regner de 1½ årene i turnustjenesten inn spesialistutdanningen.

5.3 Samfunnsmedisin del 1

Spesialiseringen i samfunnsmedisin foreslås å følge hovedmodellen med spesialisering i tre deler. Del 1 må tas først. Del 2 (6 måneders tjeneste i allmennmedisin) kan gjennomføres der det måtte passe i det spesifikke spesialisingsløpet (del 3).

Spesialiteten i samfunnsmedisin starter med del 1 som er 12 måneders tjeneste på sykehus og 6 måneders tjeneste i allmennmedisin i kommunehelse- og omsorgstjeneste (se fig. 5)

I sykehus skal tjenesten omfatte 3 måneder indremedisin og 3 måneder kirurgi. I tillegg må legen velge to av følgende tre moduler: 3 måneder indremedisin, 3 måneder kirurgi, 3 måneder psykiatri.

Alle leger vil få sammenhengende tjeneste i 6 måneder i minst ett av fagene indremedisin eller kirurgi. Rekkefølgen på tjenestene vil følge av sykehusets tilbud dog slik at all tjeneste i det enkelte fagområdet skjer sammenhengende.

Hvis sykehustjenesten i del 1 blir kortet med ½ år, foreslås det at det innføres ½ års sykehustjeneste for samfunnsmedisinere i del 2 over samme lest som er foreslått i denne rapporten for allmenntjeneste.

5.4 Samfunnsmedisin del 2

Del 2 i spesialiseringen i samfunnsmedisin utgjøres av ½ år allmenntjenestemedisinsk tjeneste forutsatt at departementet vedtar ovennevnte struktur for del 1. LIS vil da ha to år klinisk tjeneste - ett år i sykehus og ett år allmenntjenestemedisinsk tjeneste. Tjeneste i allmenntjeneste bør fortrinnsvis gjøres sammenhengende eller i to bolker à tre måneder. Tjenesten kan dekkes av alle kliniske modaliteter av allmenntjeneste (fastlege eller «andre allmenntjenestemedisinske oppgaver»). LIS må delta i kommunens legevaktordning og må ha hatt et minimum med legevakter.

De 6 månedene i allmenntjeneste i del 2, kan erstattes med en klinisk spesialitet godkjent i Norge. Den erfaring en full medisinsk spesialitet gir tilsier at slik tjeneste vil kunne erstatte 6 måneder med allmenntjenestemedisinsk tjeneste.

Om eventuell sykehustjeneste i del 2, se kapittel 5.3

5.4.1 Begrunnelser

For å få likverdig innsikt i klinikken både i spesialisthelsetjenesten og allmennhelsetjenesten og samhandlingen nivåene imellom, foreslås at LIS må ha 6 måneder allmenntjenestemedisinsk tjeneste i tillegg til del 1, som tidligere beskrevet med ett års sykehustjeneste og 6 måneder allmenntjeneste.

5.4.2 Konsekvenser

Arbeidsgiversiden må være nøye med å utlyse stillinger med samfunnsmedisinsk arbeid med krav om spesialitet eller spesialisering i samfunnsmedisin. I stort medfører ikke forslaget annet enn at man knesetter dagens praksis, for eksempel i forskrift om spesialistgodkjenning m.v.

Man må ha fullført del 1 for å tiltre en samfunnsmedisinsk stilling i forslaget her.

5.5 Samfunnsmedisin del 3

Helsedirektoratet foreslår at prinsippet som praktiseres i andrelinjetjenesten der spesialiseringstart regnes fra tjenestestart i en sykehusavdeling, skal gjelde tilsvarende for samfunnsmedisin. Helsedirektoratet foreslår at alle som starter i samfunnsmedisinsk arbeid samtidig starter på den spesifikke spesialisering i samfunnsmedisin (del 3). I praksis kan dette gjennomføres ved at alle stillinger innen samfunnsmedisinsk arbeid utlyses til spesialister eller som utdanningsstillinger i samfunnsmedisin. I dette ligger det en forpliktelse både for arbeidsgiver og den som får stillingen til å delta i spesialiseringsprogrammet og vedlikeholde kompetansen gjennom obligatorisk etterutdanning.

5.5.1 Begrunnelse

Det er viktig at det ikke er prinsipielle forskjeller mellom spesialitetene i måten man starter og oppnår tellende tjeneste. Videre er det viktig at det ikke utvikler seg et stillingsmarked for leger som verken er spesialister eller under spesialisering. Åpnes det for en slik mulighet vil nivået på den samfunnsmedisinske kompetansen uthules raskt. Inkompetente leger i samfunnsmedisinsk arbeid representerer etter vår mening en risiko for lavere måloppnåelse hva kvalitet og tempo angår.

Av disse grunner anbefaler Helsedirektoratet at alle som starter i samfunnsmedisinsk arbeid, starter på spesialiteten i samfunnsmedisin.

5.6 Samfunnsmedisinsk arbeid på de ulike nivåene i forvaltningen

Helsedirektoratet har vurdert tre ulike modeller for samfunnsmedisinsk tjeneste på ulike forvaltningsnivå og kombinasjoner:

- 1) Videreføring av dagens ordning med krav om minst ett års tjeneste på det andre nivået (kommune eller regionalt / sentralt).
- 2) LIS i samfunnsmedisin i statlig og regional forvaltning, må ha minimum ett års tjeneste som LIS i kommunal forvaltning. For LIS i kommunal tjeneste foreslås statlig samfunnsmedisinsk tjeneste å være valgfri. Tjeneste ned til 6 måneder i sammenheng teller.
- 3) Sløyfe krav om tjeneste på det andre nivået helt, under forutsetning av at veiledningsgruppe og kurs/teoretisk utdanning tematiserer tjenesteutfordringer tilstrekkelig på alle nivå.

Helsedirektoratet ba i den interne høringsrunden spesielt om innspill på temaet. Høringsinstansene fordelte seg nokså likt på de tre forslagene.

Helsedirektoratet går etter høringsrunden inn for at tjenesten i spesialiseringen i samfunnsmedisin innrettes slik at man kan nå læringsmålene på ett tjenestnivå. Hvis det er tjeneste på flere arbeidssteder / nivåer i del 3 må hvert av dem ha en varighet på minst 6 måneder for å telle.

Veileder må attestere at læringsmål er nådd, der det ikke er eksamen. Arbeidsgiver må attestere at tjenesten er gjennomført på en tilfredstillende måte.

5.7 Minimum 50% samfunnsmedisinsk tjeneste

Den samfunnsmedisinske tjenesten må være på 50% eller mer (minst 50%) regnet av full stilling for å telle i spesialiseringen. Tjenestetiden teller med den totale tellende stillingsbrøken. Se nedenfor angående kombinasjonsmuligheter med andre typer tellende lege-virksomhet.

5.7.1 Begrunnelse

Minimum tellende tjenesteomfang for alle andre spesialiteter er 50% stilling.

Helsedirektoratet mener at det er viktig at man har en kritisk grense for hvor lite arbeid med faget man kan gjøre og hvor lang tid man skal kunne bruke, for å bli ferdig spesialist. Helsedirektoratet foreslår å sette denne nedre grensen til 50% samfunnsmedisinsk tjeneste. Det betyr at man minst må jobbe 50% samfunnsmedisinsk for at den skal telle i spesialistutdanningen i samfunnsmedisin. I kombinasjon med minst 50% samfunnsmedisinsk tjeneste, vil annen relevant aktivitet kunne telle med i spesialiteten i samfunnsmedisin inntil full stilling.

Videre foreslås at man opphever dagens mulighet for å bli spesialist i samfunnsmedisin med 20% samfunnsmedisinsk arbeid i kombinasjon med deltakelse i samfunnsmedisinsk nettverk. Det må lages overgangsregler for de LIS som er i slik tellende tjeneste.

Opprinnelig kom forslaget om så lav fullt tellende stillingsbrøk, for å bedre samfunnsmedisinens stilling i distriktene. Særlig Finnmark har hatt en del LIS i dette systemet, uten at det med sikkerhet kan sies å ha ført til noen nye spesialister²⁰. Tilbakemeldingene fra miljøene er imidlertid at tiltaket har vært positivt for det samfunnsmedisinske arbeidet i distriktene.

Helsedirektoratet mener imidlertid at 20% tjeneste i samfunnsmedisin, er for beskjedent til at man kan nå tilstrekkelig kompetansenivå innen rimelig tid. Kommunene må enten alene eller i samarbeid med andre kommuner etablere samfunnsmedisinske stillinger som tilfredsstillende 50% stillingsandel.

5.7.2 Konsekvens

Hevingen til minimum 50% samfunnsmedisinsk tjeneste må sees i sammenheng med ønske om faglig substans i spesialistutdanningen i samfunnsmedisin, gjennomføringshastigheten på spesialiseringen, forslagene om kombinasjonsmuligheter og ønske om så lite byråkrati i spesialistutdanningen som mulig.

Det må etableres overgangsordninger for de som er i spesialistløp i 40%-stilling eller 20%-ordningen og som ikke ønsker / der det ikke er mulig å komme over i nytt 50% løp i rimelig tid.

Arbeidsgivere må ved evt. gjennomføring av forslaget ikke utlyse samfunnsmedisinske utdanningsstillinger på mindre enn 50%.

Kommuner som i dag tilbyr stillingsbrøk på mindre enn 50%, må innrette seg på å øke stillingsbrøken til minst 50% alene eller samarbeide med andre kommuner om å komme opp i denne minimums stillingsstørrelse for at den skal gi tellende tjeneste.

5.8 Veiledning og veiledet spesialiseringsprogram (veiledningsgruppe)

LIS i samfunnsmedisin må gjennomføre veiledet spesialiseringsprogram (veiledningsgruppe) Helsedirektoratet foreslår at deltakelse i veiledningsgruppe økes fra 3 år til den normerte spesialiseringstiden i del 3 på 4 år. Veiledet spesialiseringsprogram skal sikre at kandidaten utvikler både tilfredsstillende kjennskap til samfunnsmedisin på alle forvaltningsnivåer og tilfredsstillende samhandlingskompetanse mellom de ulike nivåer i helsetjenesten.

LIS må være sikret personlig veiledning under hele spesialiseringen og knyttes til en eller en gruppe spesialister i samfunnsmedisin (mentor) med oppgave å veilede LIS planlagt og ved behov (supervisjon). Deltakelse i samfunnsmedisinske e-nettverk vil også bli vurdert å kunne inngå som en del av den personlige veiledningen. LIS kan starte i veiledningsgruppe i samfunnsmedisin når som helst etter del 1, såfremt LIS er i aktivt legearbeid.

Spesialister i samfunnsmedisin må kunne gi veiledning til LIS som en del av sine arbeidsoppgaver. Se eget punkt om etterutdanning.

²⁰ Opplysning fra Fylkesmannen i Finnmark.

5.8.1 Begrunnelse

Veiledning er en sentral del av videre- og etterutdanningen i dag og tillegges større vekt i forslag til endret spesialitetsstruktur og innhold slik hovedprosjektet skisserer.

Ved å la veiledningsgruppen holde sammen i den normerte tiden for spesialisering i samfunnsmedisin, er LIS sikret faglig forankring fra start og størstedelen av spesialiseringstiden. Med veiledningsgruppe i kombinasjon med personlig veiledning, supervisjon og deltakelse i e-nettverk burde veiledningsbehovet være godt ivaretatt. Omfang og struktur på den personlige veiledning og supervisjonen vil man få komme tilbake til, når man har tatt samlet standpunkt til forslaget om veiledningsstruktur i hovedprosjektet.

5.8.2 Konsekvens

Det må utdannes nok veiledere slik at det ikke blir en flaskehals i spesialisert utdanningen av samfunnsmedisinere. Opplæring i én-til-én veiledning bør bli en del av all spesialisering.

Antall veiledningsgrupper i samfunnsmedisin har steget jevnt fra 5 i 2007 til 22 i 2013. Det er i gjennomsnitt 8 LIS i samfunnsmedisin per gruppe. Hver gruppe har en veileder.

5.9 Samfunnsmedisin og tilstøtende medisinske fagområder

Muligheten for å kombinere samfunnsmedisinsk tjeneste med annet medisinsk arbeid (klinisk medisin, arbeidsmedisin, trykdemedisin, yrkesmedisin med flere) forlenges.

5.9.1 Begrunnelse

Kombinasjon av samfunnsmedisin med andre kliniske fag er viktig for utviklingen av samfunnsmedisinsk forståelse i ulike medisinske miljøer og bidrar til at samfunnsmedisinen utvikler seg i god kontakt med klinikk og samfunn.

Helsedirektoratet mener det er behov for flere samfunnsmedisinske stillinger med stillingsbrøk på minst 50 % og særlig i kommunesektoren. Det vil enda gå noe tid før effekten av samhandlingsreformen og de nye helselovene slår helt inn i hele kommunesektoren.

Helsedirektoratet registrerer en økning i utlyste samfunnsmedisinske stillinger i kommunesektoren og søkning til spesialistutdanning i samfunnsmedisin, etter at de nye helselovene tok form og ble vedtatt. Kombinasjonen av samfunnsmedisinsk og allmennt medisinsk arbeid vil fortsatt måtte være en viktig mulighet mange steder, for å sikre samfunnsmedisinsk kompetanse i kommunene.

Det er overlapp mellom samfunnsmedisin på den ene siden og allmennt medisin, arbeidsmedisin med flere spesialiteter, på den andre siden. I stedet for å lage skranker mellom fagfeltene, anses det som viktigere å kunne kombinere dem med spesialistutdanningen i samfunnsmedisin. Der fagfeltene er egne spesialiteter må det gjøres tilsvarende tilpasning av disse spesialistutdanningene som gjøres for samfunnsmedisin så langt det passer for samfunnsmedisinens del.

Det vil kunne være behov for å godkjenne tjenestekombinasjoner på forhånd. Se drøfting av denne problemstillingen i kapittel 5.1.3.

5.9.2 Konsekvens

Hvor mange leger som velger de ulike kombinasjonsmulighetene over tid, vil gi oss en indikasjon på hvor stort behovet blir for å harmonisere spesialiteter og om og når det eventuelt skal skje.

5.10 Samfunnsmedisin og forskning

Helsedirektoratet foreslår at samfunnsmedisinsk tjeneste (minst 50%) skal kunne kombineres med forskning med veileder ved relevant forskningsinstitusjon.

5.10.1 Begrunnelse

Det er sentralt for samfunnet og faget at samfunnsmedisinen utvikles og utøves forskningsbasert. Det er derfor viktig at LIS som er interessert, skal kunne forske samtidig som de gjennomfører spesialiseringen.

Helse- og omsorgstjenestelovens § 8-3 sier

”Kommunen skal medvirke til og tilrettelegge for forskning for den kommunale helse- og omsorgstjenesten.”

Generelt ligger forskningen i kommunenes helse- og omsorgstjeneste bevilgningsmessig og organisatorisk langt etter spesialisthelsetjenesten. Det er imidlertid ingen gode grunner til at helse- og omsorgstjenesten skal tilby mindre forskningsbaserte tjenester enn spesialisthelsetjenesten.

Det er behov for å vurdere hvordan rammebetingelsene for samfunnsmedisinsk forskning generelt og i kommunehelsetjenesten spesielt, kan styrkes, finansieres og organiseres bedre, slik at forskningen på området kan løftes opp mot nivået i spesialisthelsetjenesten.

Alle LIS skal gjennom kurs og veiledning få grunnleggende kunnskap om forskning, evaluere forskningskvalitet og nyttiggjøre seg forskningsresultater. Den type forskningstjeneste som omtales i dette kapitlet, er egen produksjon og publisering av vitenskapelig materiale innen det samfunnsmedisinske fagfeltet.

5.11 Samfunnsmedisin og ledelse

Samfunnsmedisinsk tjeneste (minst 50%) kan kombineres med relevant lederutdanning på universitets- og høghskolenivå når den fører frem til mastergrad. Lederutdanningen teller når grad er oppnådd. Kun formel tilknytning til masterprogrammet kan regnes som medgått tid i spesialiseringen. Det åpnes for at mastergradsutdanningen kan skje på heltid i perioder av utdanningen, men kan aldri telle mer enn 50% av normert spesialiseringstid.

5.11.1 Begrunnelse

I St.meld.nr. 47 (2008-2009) om samhandlingsreformen sies det at ”kommunene må inneha et proaktivt lederskap overfor fastlegene, overfor den samlede kommunale helse- og omsorgstjeneste og disse tjenestenes samarbeid med spesialisthelsetjenesten.”.

Helsedirektoratet mener at kommunene må sette helsefaglig lederskap mer på dagsorden. Kommuneoverleger med samfunnsmedisinsk og ledelseskompetanse vil være en interessant gruppe for denne type oppgaver.

5.11.2 Konsekvens

Forslaget medfører at inntil 50% av spesialiseringstiden i del 3 i samfunnsmedisin kan avtjenes som mastergradsutdanning. Noe samfunnsmedisinsk tjenestetid tapes, men på den andre siden vinnes teoretisk lederkompetanse. Helsedirektoratet mener at man ut fra en totalvurdering og samfunnets behov for gode ledere med både medisinsk kompetanse og ledelseskompetanse, vinner mer enn

man taper ved forslaget. Godkjenning som spesialist i samfunnsmedisin er avhengig av at læringsmålene for faget er nådd.

Helsedirektoratet vil også anføre at det i dagens regler er adgang til å få den samfunnsmedisinske tjenesten redusert med ett år ved relevant forskning og med ytterligere ett år ved tjeneste i allmenmedisin.

5.12 Samfunnsmedisin og master of public health

Samfunnsmedisinsk tjeneste (minst 50%) kan kombineres med relevant masterutdanning (Public health (MPH), Health administration med mer) på universitets- og høghskolenivå. Master-utdanningen teller når relevans er vurdert og grad er oppnådd. Kun formel tilknytning til masterprogrammet kan regnes som medgått tid i spesialiseringen. Det åpnes for at mastergradsutdanningen kan skje på heltid i perioder av utdanningen, men kan aldri telle mer enn 50% av normert spesialiseringstid.

5.12.1 Begrunnelse

Relevant masterutdanning på universitets- og høghskolenivå gir viktig teoretisk kompetanse og vil kunne erstatte en del av de obligatoriske kursene man ellers hadde måttet ta. Det er viktig for norsk samfunnsmedisin at noen LIS tar relevante mastergrader i utlandet, slik at man får internasjonale impulser inn i faget og arbeidslivet samtidig som læringsmålene nås.

5.13 Samfunnsmedisin og arbeidsmedisin

Forholdet mellom spesialitetene undergis nærmere utredning.

Et første grep for å harmonisere spesialistutdanningen er forslaget vårt om å åpne for at 50/50 kombinasjon med samfunns- og arbeidsmedisin, skal telle fullt i den samfunnsmedisinske spesialistutdanningen. Helsedirektoratet anbefaler at dette drøftes med de impliserte spesialiteter, når HOD har vurdert nærværende rapport.

Prinsippet om at det er tjenestens innhold og ikke hvor den gjennomføres som skal være avgjørende for om den kan telle med i spesialiseringen. Vår foreløpige vurdering er at forslaget åpner for at flere innen det arbeidsmedisinske feltet kan oppnå spesialitet i samfunnsmedisin.

5.13.1 Begrunnelse

Det er et faglig overlapp mellom spesialitetene. Om det er mulig og ønskelig å organisere seg slik at spesialitetene kommer under en felles "paraply", må Helsedirektoratet få komme tilbake til på et senere tidspunkt.

5.14 Samfunnsmedisin - etterutdanning

Helsedirektoratet anbefaler at etterutdanningen settes i system og følger hovedlinjene i forslagene fra hovedprosjektet med både generelle krav og spesifikke krav tilpasset arbeidsgivers og arbeidstakers behov.

Omfanget av etterutdanningen må tilpasses omfanget av de faglige endringene som skjer.

Utvikling av etterutdanningen i samfunnsmedisin, vil være en naturlig oppgave å arbeide frem for de råd og utvalg som får ansvar for spesialistutdanningen i samfunnsmedisin i fremtiden. Arbeidet må skje i samarbeid med de samfunnsmedisinske miljøene og arbeidsgiversiden.

5.14.1 Begrunnelse

Organisering av helse- og omsorgstjenesten og i tilstøtende samfunnssektorer, lover og regelverk og kunnskapsbasene er under stadig utvikling og krever oppdatering av den som skal være med å forvalte, lede og utvikle tjenestene. En god, dynamisk struktur for etterutdanningsopplegget gir både arbeidstaker og arbeidsgiver og dermed samfunnet best utbytte, oversikt og forutsigbarhet.

5.15 Undervisning og veiledning

Helsedirektoratet anbefaler at det å veilede- og undervise leger, medisinstudenter, annet helse-, omsorgs- og velferdspersonell samt i skolen, teller i den obligatoriske etterutdanningen i samfunnsmedisin. Likeledes anbefales at arbeid med å utdanne veiledere teller i etterutdanningen.

Veilederutdanning i samfunnsmedisin består av tre kurs og gjennomført veiledningsgruppe for LIS i samfunnsmedisin. Veileder godkjennes av sentralstyret i Legeforeningen.

Hver veileder gjennomfører i gjennomsnitt anslagsvis 3-4 grupper i henhold til Legeforeningen. Veiledere må gjennomføre tre kurssamlinger og gjennomføre en veiledningsgruppe for å bli godkjent gruppeveileder. Etterutdanningstilbudet er 2.5 dagers samling hvert år for veiledere i allmenn-, samfunns- og arbeidsmedisin. Deltakelsen har ligget cirka 40 veiledere de senere år.

5.15.1 Begrunnelse

Å veilede og undervise er avgjørende for ettervekst av spesialister, og bidrar til å vedlikeholde egen kunnskap. Formidling og veiledning er en viktig del av kommunikasjonskunsten. Det behov for gode veiledere og undervisere i samfunnsmedisin. Veiledning og undervisning bør være en viktig del av arbeidet til spesialister i samfunnsmedisin og telle i den obligatoriske etterutdanningen i samfunnsmedisin. Nødvendig skolering i undervisning og veiledning likeså.

Samfunnsmedisinen favner samfunnet. Undervisning av andre grupper helsepersonell samt å gi elever og lærere i den alminnelige skolen bedre samfunnsmedisinsk forståelse vil bidra til bedre skolehelsetjeneste og folkehelsearbeid, og får den enkelte elev og lærer til å se seg i en større sammenheng.

5.15.2 Konsekvens

Utvikling av veileder- og undervisningskompetanse både kvalitativt og kvantitativt må utredes nærmere i regi av de som får ansvar for spesialistutdanningen.

5.16 Samhandling

Helsedirektoratet foreslår at et visst volum relevante samarbeidsmøter med tjenesteyterne på alle nivå, sammen og hver for seg, gjøres obligatorisk i både videre- og etterutdanningen i samfunnsmedisin.

5.16.1 Begrunnelse

Formålet er å bidra til gode pasientløp og bedre samhandling mellom aktørene horisontalt og vertikalt i behandlingsskjeden. Å jobbe sammen med de som skal samhandle om disse oppgavene er sentralt i samfunnsmedisinsk arbeid og vil ha stor verdi for kommunene.

Det har vært en utfordring å få det faglige samarbeidet mellom sykehus, kommune og allmennlegene til å fungere optimalt. Det har manglet systematikk og deltakelse i det lokale samarbeidet. Ved å gjøre faglige møter med samhandlingspartnere obligatorisk i spesialistutdanning og resertifisering, vil alle deltakende grupper få et incentiv til å møtes.

5.16.2 Konsekvens

Virkemidlet vil sammen med forslagene om at alle allmenn- og samfunnsmedisinere skal bli og forbli spesialister på linje med de andre spesialistene, bidra til at legene må møte på de faglige samarbeidsarenaene med kommunen og foretakene og dermed få mer ansvar for å bidra aktivt til samhandlingen og utviklingen av egen arbeidsarena.

Kommuneoverleger og deres samarbeidspartnere blir viktige aktører i utviklingen av feltet.

Spesialitetsrådene bør få i oppgave å utvikle strukturen i dette elementet i spesialistutdanningene.

6 KOMPETANSEREGISTER FOR HELSEPERSONELL – LEGER

Man har ikke god nok oversikt over legers kompetanse og kompetanseutvikling. Derfor foreslås det at det registreres opplysninger om når leger starter i spesialisering, når løpet endres eller opphører i et dertil egnet register. Hvor dette i så fall skal registreres og hvem som skal ha ansvar for å registrere hvilke opplysninger, må utredes nærmere.

Helsedirektoratet vil peke på at det i forhold til brukernes behov, kan være nyttig å lage en karrierevei for allmennleger slik at brukerne på en enkel måte får vite hvilken kompetanse legen du samarbeider med faktisk har. For eksempel bør spesialister i allmenn- og samfunnsmedisin kunne bli seniorspesialister fagene sine for eksempel etter første gangs resertifisering..

6.1 Begrunnelse

Det er manglende oversikt over legers kompetanse og kompetanseutvikling. Hvilke leger spesialiserer seg til hva og hvor langt er de kommet i løpene sine? Hva har de av etterutdanning og annen kompetanse?

Det er av stor betydning for samfunnet, forvaltningen, arbeidsgiverne, kollegaer og brukerne å vite hvilken kompetanse legen besitter og hvordan kompetansen vedlikeholdes og utvikles. Når obligatorisk etterutdanning kommer på plass for alle spesialiteter, vil behovet for oversikt øke ytterligere.

Det benyttes nå flere forskjellige databaser for å søke og holde orden på legers og annet helsepersonells kompetanse i helseforetakene. I kommunehelsetjenesten har man ikke slike aggregerte opplysninger. Helsedirektoratet forvalter legestillingsregisteret og SAK forvalter

turnusordningen samt ordningen med godkjenning av veilederavtaler og godkjenning av allmennleger (EØS-leger), men en nasjonal database med opplysninger om kompetanse for legene har man ikke.

Helsedirektoratet mener at det kan være riktig på sikt å gi innbyggerne tilgang til nøkkelopplysninger om kompetansen til legene de samarbeider med.

Helsedirektoratet foreslår at forslaget må utredes og man i så fall starter med en forholdsvis enkel versjon der man kunne holde rede på hvilke leger som er / ikke er under spesialisering / resertifisering.

7 ØKONOMISKE OG ADMINISTRATIVE KONSEKVENSER

7.1 Innledning

I dette kapitlet gjennomgås de viktigste konsekvensene av forslagene i et overordnet perspektiv. I de foregående kapitlene er det redegjort for konsekvenser av forslagene på et mer detaljert nivå.

Helsedirektoratet har tatt utgangspunkt i mandatet HOD ga hovedprosjektet for å utrede konsekvensene av forslagene i IS-2079 «Fremtidens legespesialister» og lagt vekt på konsekvensene for

- pasientene
- kommunene og helseforetakene
- universitetene
- Helsedirektoratet

I tillegg har vi sett på konsekvenser for legene og Legeforeningen som spiller en særlig sentral rolle i videre- og etterutdanningen i samfunns- og allmennmedisin.

Helsedirektoratet avgrensner utgifts- og inntektsberegningene (materielle og immaterielle) til effekten av endringene som er foreslått. Vurderingene er gjort i forhold til en fremskrivning av dagens spesialitetsstruktur- og innhold i allmenn- og samfunnsmedisin (basialternativet).

Konsekvensene av forslagene i SISAM-prosjektet må sees i sammenheng med konsekvensene av forslagene i rapportene fra hovedprosjektet om «Fremtidens legespesialister» IS-2079-2 (forslagene) og IS-2180 (konsekvensene av forslagene).

7.2 Basialternativet

Basialternativet er en beskrivelse av utviklingen av spesialitetsstruktur og –innhold i samfunns- og allmenmedisin dersom ingen tiltak blir satt i verk.

Rammene for utviklingen av spesialitetsstruktur og –innhold er lagt i Spesialisthelsetjenesteloven, Helsepersonelloven, lov om folkehelse, Helse- og omsorgstjenesteloven (HOL) og lovforarbeidene til disse lovene. I HOL er det sentrale bestemmelser i forhold til denne rapporten i kapitlene

- 3) Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester
- 4) Krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet
- 8) Undervisning, praktisk opplæring, utdanning og forskning
- 11) Finansiering og egenbetaling.

Retningen på ønsket utvikling gis også i en rekke stortingsmeldinger og forskrifter²¹.

For å styrke det systematiske arbeidet med å forbedre sosial- og helsetjenester, utga Helsedirektoratet i 2005 en nasjonal strategi for kvalitetsforbedringsarbeid. Strategien er overordnet de kommunale sosial- og helsetjenestene, den fylkeskommunale tannhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og privat virksomhet i helse- og omsorgssektoren.

Kvalitetskriteriene framhever at tjenestene skal

- være virkningsfulle
- være trygge og sikre
- involvere brukerne og gi dem innflytelse
- være samordnet og preget av kontinuitet
- utnytte ressursene på en god måte
- være tilgjengelig og rettferdig fordelt

Trekk ved samfunnsutviklingen som vil utfordre kvaliteten på helsetjenestetilbudet, er omtalt i Helsedirektoratets rapport "Behovet for spesialisert kompetanse i helsetjenesten. En status-, trend- og behovsanalyse frem mot 2030"²². Noen av de viktigste driverne av utviklingen er vist i figuren nedenfor.

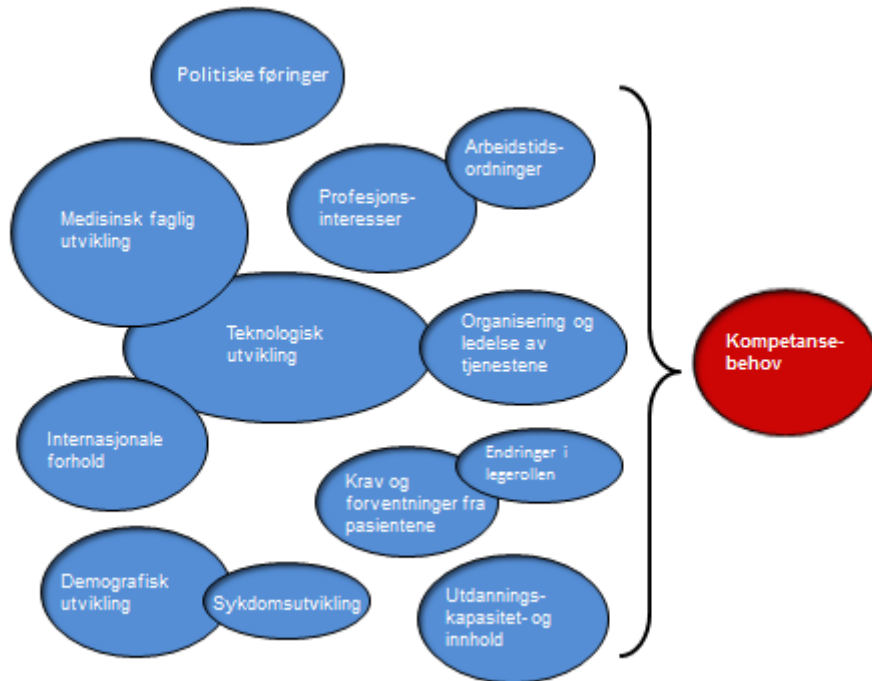
En av de viktigste utviklingsdriverne vil være økende antall eldre. I likhet med mange andre europeiske land kommer Norge til å få en betydelig økning i aldersrelaterte sykdommer, og antall sykdommer vil øke med alderen for den enkelte. Behovet for breddekompetanse i første- og andrelinjen vil derfor øke. Andelen innbyggere med minoritetsbakgrunn vil fortsette å stige. Det byr på utfordringer i forhold til kommunikasjon, kulturell forståelse og utviklingen i sykdomspanorama.

Den teknologiske utviklingen vil medføre forbedringer av de tekniske sidene i kommunikasjon, diagnostikk, behandling og oppfølging. Utviklingen vil flytte grensene for hvor diagnostikk, oppfølging og behandling vil foregå fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten og innbyggerne. Den vil føre til at kunnskap blir mer tilgjengelig for alle og dermed endringer i lege- og pasientrollene.

For et utdypende bilde av utviklingsscenariene vises det til hovedrapportens kapittel 6 (IS-2079-2).

²¹ St. mld. nr. 20 (2006-2007) «Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller, nr. 47 (2008–2009) «Samhandlingsreformen», nr. 16 (2010-2011) «Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)», nr. 10 (2012-2013) «God kvalitet – trygge tjenester», nr. 34 (2012–2013) «Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar», nr. 18 (2012-2013) «Lange linjer – kunnskap gir muligheter», nr. 29 (2012-2013) «Morgendagens omsorg» med flere og FOR nr. 842 og 843 (2012) «Fastlegeforskriftene»

²² IS-1966



Figur 4. Faktorer som påvirker kompetansebehov for legespesialister.

7.2.1 Tall og trender

I tabell 3 nedenfor gis en oversikt over kostnader og realendring totalt til spesialisthelse tjenesten, primærhelsetjenesten og folketrygdens helserefusjoner i 2012 på nasjonalt nivå. Tabellen er inntatt i sin helhet fra samhandlingsstatistikken for å vise størrelsesforhold mellom viktige helsetjeneste- og omsorgsområder. I tabell 4 gis en oversikt over legeårsverk etter virkeområde i kommunehelstjenesten.

Totalkostnadene til spesialistutdanning for samfunnet er vanskelig å anslå fordi en stor del er indirekte og skjulte, blant annet tiden som benyttes av mer erfarne leger til supervisjon. I dette kapitlet gjøres et forsøk på å anslå kostnadene, der beregningene er basert på studier av spesialistutdanningene på sykehus i Norge.

I denne konsekvensutredningen vil vi som i hovedrapporten legge til grunn beregninger fra Danielsen og Hollekims masteroppgave fra 2007²³. De har bygget sine beregninger på en modell som benyttes både i Canada og USA for å beregne kostnader for utdanning av helsepersonell generelt og medisinerstudenter spesielt. Danielsen og Hollekim har i sin oppgave beregnet kostnader til spesialistutdanning av leger i Helse Midt-Norge. Det er Helsedirektoratet bekjent ikke gjort tilsvarende beregninger for spesialisering i allmenn- og samfunnsmedisin, men eksempelet har mange likhetstrekk med videreutdanningene i disse to spesialitetene og kan derfor gi bidrag til å anskueliggjøre kostnadssiden ved disse to spesialistutdanningene.

²³ Utdanning av legespesialister i Helse Midt-Norge. Kostnader og kvalitet. Masteroppgave ved Institutt for helseledelse og helseøkonomi. Jon Arve Hollekim og Kåre Edvard Danielsen. Mai 2007. For detaljer se også IS-2180.

I Hollekim og Danielsens beregninger deles spesialistutdanningen av leger inn i følgende:

- Klinisk tjeneste i helseforetakene og kommunehelsetjenesten
- Teoretiske eksterne kurs. Gjennomsnitt 240 timer for dagens hovedspesialiteter og 120 timer for grenspesialitetene. Dette gir i gjennomsnitt 201 timer pr spesialitet. I allmenntid er kravet 400 timer / kurspoeng i videreutdanningen og 300 timer / kurspoeng i etterutdanningen i hver resertifiseringsperiode på 5 år. I samfunnsmedisin er kurskravet 330 timer videreutdanningen.
- Internundervisning: 2 timer pr uke. Her er det store variasjoner fra arbeidssted til arbeidssted for alle leger, også for allmenn- og samfunnsmedisinere.
- Individuell supervisjon der kompetanse overføres fra en erfaren lege til en lege i spesialisering
- Veiledning: Hver utdanningskandidat har krav om minst 1 time individuell veiledning pr måned i sykehus. Her er kravene i regelen 80 timer veiledning for allmennleger for å bli EØS-godkjent.
- Fordypningstid: 4 timer pr uke på sykehus. I samfunns- og allmenntid er det ikke satt av tid til fordypning.
- Krav om arbeidsfravær i 10 dager med lønn pr år til spesialisering. I allmenntid er rammen 3-4 uker per år.

Tabell 3	Totalt, millioner kroner		
	2012	Pst endr 2011-12	Pst endr 2010-12
Spesialisthelsetjenesten			
Helseforetak inkl. kapital	114 411	0,7	1,2
Somatikk ¹	77 756	0,8	1,5
-herav KMF-aktivitet ²	5 141	*	*
Psykisk helsevern ¹	19 929	1,5	1,1
Tverrfagl. spes. rusbehandling (18+) ¹	3 840	3,9	7,4
Ambulanse og pasienttransport ¹	7 416	2,1	5,2
Adm. m.m. ¹	1 156	-5,9	-9,9
Kapitalkostnad ¹	4 314	-4,5	-10,9
Folketrygdens refusjoner til private spes.	2 584	5	*
Spesialister med avtale ³	1 709	2,4	5
Psykolog ³	288	1,3	⁶
Private lab/røntgeninstitutter ³	588	15,5	29,1
Primærhelsetjenesten			
Helse- og omsorgstjenester	90 248	5,1	7,1
Institusjonsbeboere (f253+f261) ⁴	42 058	4,4	5,1
Hjemmeboende (f254) ⁴	43 355	5,8	9,4
Aktivering/service (f234) ⁴	4 796	3,3	4,3
Akutthjelp (f256) ⁴	40	*	*

Forebygging	3 717	5,8	10,8
Forebygging, helsestasjon- og skolehelsetjeneste (f232) ⁴	2 675	6,2	9,1
Annet forebyggende arbeid (f233) ⁴	1 042	4,6	15,5
Behandling, re-/habilitering mm.	15 018	2,3	*
Diagnose, behandling og re-/habilitering (f241 ekskl. refusjoner) ⁵	8 607	1,6	*
Folketrygdens refusjoner til fastleger ³	4 012	4,2	9,4
- herav fastlønnede leger ³	297	6,1	12,1
Legevakt ³	533	1,7	4,8
-herav kommunalt bet. legevakt ³	91	⁷	⁷
Fysioterapeuter ³	1 739	1,7	⁶
-herav fastlønnede fysioterapeuter ³	278	3,9	⁶
Kiropraktor ³	128	4,8	12,7
Legemidler³	10 553	2,6	1,2

Tabell 3. Kostnader og realendring totalt til spesialisthelsetjenesten, primærhelsetjenesten og folketrygdens helserefusjoner i 2012 på nasjonalt nivå. Egenandeler er ikke med i tabellen. Samhandlingsstatistikk. Helsedirektoratet 2013.

* Data ikke tilgjengelig.

¹ Data fra Samdata spesialisthelsetjenesten 2012 (Helsedirektoratet, 2013).

² Offisielt tall på kostnader til kommunal medfinansiering (KMF) av somatiske tjenester fra Helsedirektoratet. Tallet er blant annet korrigert for endringer i budsjettforutsetningene i ISF, kontrollsaker i Helsedirektoratet, saker i Avregningsutvalget og feil i NPK. Siden KMF ble innført fra og med 2012, finnes det ikke tilsvarende tall for 2010 og 2011. I kapittel 12 er det imidlertid estimert tall for disse årene gitt at ordningen hadde eksistert.

³ Data fra KUHR (Helsedirektoratet). Data omfatter kun kostnader til refusjoner fra folketrygden.

⁴ Data fra KOSTRA (ssb.no).

⁵ Data for diagnose, behandling, rehabilitering og habilitering (f241) er hentet fra KOSTRA (SSB). Kostnader til folketrygdens helserefusjoner til fastlønnede leger, -fysioterapeuter og -legevakt som utbetales direkte fra HELFO til kommunene er trukket ut fra denne funksjonen. Dette gjøres for å unngå dobbelttelling av kostnader mellom data fra KOSTRA og KUHR. Per capitatilskudd fra kommunene til fastleger er inkludert i denne funksjonen.

⁶ KUHR inneholder kun elektronisk registrerte krav for psykologer og fysioterapeuter. Andelen elektroniske krav økte veldig frem mot 2011, noe som førte til kunstig stor vekst for disse områdene.

Endringstallene fra 2010 til 2012 er derfor tatt ut.

⁷ Registrering av refusjoner til fastlønnet legevakt er nylig innført i KUHR. Forbedret rapporteringspraksis påvirker endringstall i stor grad, og er derfor ikke med i tabellen.

- I spesialistutdanningene i allmenn- og samfunnsmedisin har man i tillegg et omfattende gruppebaserte veiledningsprogram over henholdsvis 2 og 3 år.

Kostnadene ved dagens spesialistutdanning vil være avhengige av flere forhold:

- Lengden på spesialistutdanningen.
- Strukturen på spesialistutdanningen, dvs. hvor målrettet spesialistutdanningen er i forhold til læringsmålene
- Hvor godt strukturert utdanningsløpet er uten ventetider for å få nødvendig tjeneste, permisjoner etc.
- Hvor god veiledningen og supervisjonen er.

- Hvor lett er det å få utført nødvendige prosedyrer.

Legeårsverk etter virkeområde i kommunene				
	2012	2012	2011 - 2012	2008 - 2012
	Absolutte tal	Per 10 000 inbyggjarar	Prosentvis endring	Prosentvis endring
¹ Prosentvis endring er berekna av dei absolute tala.				
Legar i alt	5 020,2	9,9	3,8	10,8
Diagnose, behandling og rehabilitering	4 093,5 ²⁴	8,1	3,3	9,2
Skole/helsestasjon	206,0	0,4	-2,0	-4,5
Miljøretta helsevern	69,0	0,1	-0,7	8,0
Anna førebyggjande arbeid	89,9	0,2	5,6	11,8
Institusjonar for eldre og funksjonshemma	472,4	0,9	10,5	37,6
Administasjon	89,3	0,2	7,9	11,2
Anna virkeområde	0,0	0,0	.	.
Uoppgitt	0,0	0,0	.	.

Tabell 4. Legeårsverk etter virkeområde per 31.12.2012. Det var på dette tidspunktet registrert 4556 fastleger (fra tabell 5). Merk: tabellen her viser årsverk og ikke antall leger. SSB Statistikk for kommunehelsetenesta publisert 01.07 2013.

Det skilles gjerne mellom opplæringskostnader og behandlingskostnader:

Opplæringskostnader er knyttet til de ovennevnte aktivitetene og kan relativt enkelt beregnes: formell veiledning, fordypning, supervisjon, ekstern kursvirksomhet og drift av utdanningsutvalg. Det er vel å merke faktisk brukt tid og ikke normert tid.

I behandlingskostnadene inngår merkostnadene ved å bruke LIS til å utføre selvstendige behandlingsoppgaver – kun under generell supervisjon. Dette vil normalt medføre økt prosedyretid med bemanningskonsekvenser og økning i andre direkte kostnader – så som økt bruk av laboratorier og røntgen og økt bruk av annet støttepersonell, flere henvisninger og flere feil.

²⁴ Omfatter årsverkene i fastlønte og private fastlegehjemler.

Undersøkelsene gjennomført av Hollekim og Danielsen viste at de årlige kostnadene per lege i spesialisering (LIS) i gjennomsnitt beløp seg til ca. kr 493 000 i 2006. Ved å summere opp opplæringskostnadene og behandlingskostnadene til foretaksnivå kom de frem til at disse kostnadene utgjorde ca. 2,7 % av foretakenes totalkostnader, der opplæringskostnadene alene utgjorde ca. 1,8 % og reisekostnader under 12% av sistnevnte (ca. 36.000 kroner). Offentlige utgifter til fastlegeordning, rehabilitering og legevakt utgjorde 13,2 milliarder kroner i 2012 (tabell 3). 2,7 % av dette beløpet er 355 millioner.

Som det fremgår av tabell 5 holder den relative andel av fastleger som er spesialister i allmenntillegger rundt 59%. De tre siste årene er imidlertid den absolutte netto tilvekst av spesialister redusert til 1/3.

95 % av fastlegene er selvstendig næringsdrivende. For å bli godkjent spesialist i allmenntillegger må man oppnå 400 utdanningspoeng. I motsetning til ansatte LIS, betaler de næringsdrivende fastlegene spesialistutdanningen selv i form av tapt arbeidsinntekt, praksisutgifter, kursavgifter, reise, opphold og eventuelt kursmateriell. Det kan søkes om støtte til dekning av en del av de direkte kursutgiftene fra utdanningsfond forvaltet av Legeforeningen på vegne av alle leger. I gjennomsnitt kan en LIS få inntil 100.000 kroner i alt i slik støtte i løpet av spesialiseringstiden som er 8 år i gjennomsnitt²⁵. Helsedirektoratet har stipulert inntektstapet og praksisutgiftene til en næringsdrivende allmenntillegger i

År	Fastleger	Netto tilvekst	Fastleger med spesialitet i allmenntillegger	Netto tilvekst	Fastleger med spesialitet i allmenntillegger
2006	3893		2297		59,0 %
2007	3939	+46	2316	+19	58,8 %
2008	4009	+70	2367	+51	59,0 %
2009	4096	+87	2402	+35	58,6 %
2010	4157	+61	2437	+35	59,3 %
2011	4234	+77	2510	+73	59,3 %
2012	4314	+80	2562	+52	59,4 %
2013	4411	+97	2587	+25	58,7 %

Tabell 5. Uttrekk av data fra HELFO og NAVs databaser av alle unike fastleger som har sendt ett eller flere oppgjør til HELFO i løpet av angitt kalender år og som var eller ble spesialist i allmenntillegger kalenderåret.

forbindelse med spesialisering til i alt 750.000 kroner. Når man er ferdig, får spesialisten i allmenntillegger dekningsbidrag til utgiftene de har hatt til spesialistutdanningen og har i forbindelse med resertifisering. Dekningsbidraget er i gjennomsnitt 200.000 kroner i året, gjennom adgangen til å bruke spesialisttakster. For beholde denne retten, må spesialisten i allmenntillegger vedlikeholde- og utvikle kompetansen sin som allmenntillegger og dokumentere dette hvert 5. år (resertifisering). For å bli resertifisert må man oppnå 300 utdanningspoeng hvert 5. kalenderår etter førstegangsgodkjenningen og arbeide minst 20% som allmenntillegger i perioden.

Alle leger i samfunnsmedisinsk arbeid er ansatte. Det er vanlig at arbeidsgiver betaler lønn og andre utgifter i forbindelse med videre- og etterutdanning. Det kreves deltakelse i veiledningsgruppe over 3

²⁵ Anslag etter opplysning fra Legeforeningens fondsforvaltning.

år og 330 kurstimer i alt omlag 10 ukeverk fordelt på 4 år. I tillegg kommer klinisk arbeid i godkjent sykehus og eller i kommunehelsetjenesten. Den kliniske tjenesten må i sum være ett år.

HOD og KS har undertegnet en samarbeidsavtale om kvalitetsutvikling, pasientsikkerhetsarbeid, forskning og innovasjon. Kvalitetsutvikling i allmenn- og samfunnsmedisin er ikke så synlig i denne avtalen. Helsedirektoratet ønsker at kommunesektorens oppfølging og ledelse av legetjenestene i kommunen skal komme sterkere til uttrykk for å sikre befolkningen gode legetjenester. Helsedirektoratet mener utviklingen vil gå langsommere under basialtreativet.

I desember 2013 var 57 % av de 4700 yrkessaktive fastlegene spesialister i allmennmedisin. Det er tegn som tyder på at spesialiseringsgraden i allmennmedisin har nådd et «naturlig» leie mellom 55-60 %, uten myndighetskrav om spesialisering. Det totale uttaket av spesialisttakster er stagnert. Antall refusjonssøknader for kursutgifter til Fond II i Legeforeningen fra LIS i allmennmedisin er stabilt (2.100 søknader/ år), mens antall refusjonssøknader for kursutgifter fra spesialister i allmennmedisin er falt fra 3111 i 2011, til 2241 i 2012 og 1856 søknader i 2013.

Stortinget har siden 2012 bevilget en årlig ramme på 4 millioner kroner for å støtte kommunal finansiering av allmennlegers spesialistutdanning. Det har vært flere søkere enn det har vært budsjett til. Det tyder på at det er interesse i kommunene for kompetente allmennleger. Rapporteringen så langt tyder på at allmennlegene i de kommunene som har fått støtte, fullfører spesialiseringen. Ordningen skal evalueres.

Basialtreativet kan bidra til at man fortsetter å gjøre for meget førstelinjearbeid i spesialisthelsetjenesten og at det dermed i beste fall vil ta lenger tid å nå samhandlingsreformens mål om å flytte oppgaver (på en faglig forsvarlig måte) og ressurser fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten, i verste fall at det ikke vil skje eller at strømmen vil gå motsatt vei.

7.3 Økonomiske overslag

I kapittel 7.3 brukes betegnelsen kurs på alle typer pedagogisk aktivitet i forbindelse med legers videre- og etterutdanning.

På grunn av særtrekkene ved finansiering og drift av videre- og etterutdanningene foreslår Helsedirektoratet at det økonomiske og administrative systemet som driver spesialistutdanningene i allmenn- og samfunnsmedisin forblir uendret med unntak av at det oppnevnes et spesialitetsråd i samfunnsmedisin og ett i allmennmedisin. Det vises for øvrig til Helsedirektoratets forslag til ny rolle- og ansvarsfordeling i ledelse, administrasjon, utvikling, gjennomføring og kvalitetsutvikling av videre- og etterutdanning for leger (IS-2079-2 kapittel 11).

Kostnadene ved å drive rådsstrukturen for allmenn- og samfunnsmedisin må sees i sammenheng med etablering, organisering og drift av den samlede rådsstrukturen for legespesialistene.

Det foreslås at det fortsatt skal være fagmiljøene, slik de er organisert av Legeforeningen og universitetene, som vil fremstille og drive de fleste kursene innenfor rammene den nye spesialitetsrådsstrukturen setter. Det skal for øvrig fortsatt være åpent for alle å søke om godkjenning av utdanningsaktivitet. Det er ønskelig at kurs som skal godkjennes i videre- og etterutdanningen skal være fri for kommersielle bindinger.

Det blir m.a.o. ingen store nye utgifter eller administrative oppgaver for noen av partene ved våre forslag, med unntak av etablering og drift av spesialitetsrådene og utvikling av kompetanse-

plattformene for videre- og etterutdanningene i "andre allmenntedisinske oppgaver". For tiden kjøper Helsedirektoratet rådgivingstjenester fra fagavdelingen i Legeforeningen

Det vil medføre økonomiske og administrative konsekvenser av at antallet allmennleger, LIS og spesialister økes fra 80 mot 100%.

Per desember 2013 var 57 % av landets 4.700 yrkesaktive fastleger spesialister i allmenntedisin. Basert på tall fra spesialisthelsetjenesten og fra Legeforeningen, antas det at 25 % (1200) av allmennlegene er LIS i allmenntedisin. Vi har da en pool på om lag 20 % av allmennlegene som ikke er spesialister eller spesialisere seg i allmenntedisin. Hvis det stilles krav om at disse 900 allmennlegene også skal spesialisere seg i allmenntedisin, vil det kunne medføre behov for å øke kurskapasiteten opp mot 75 %. Videre vil det medføre årlige økte utgifter på om lag 200.000 kroner per lege som oppnår spesialitet (netto tilvekst av nye arbeidende spesialister).

Det finnes ingen god demografisk oversikt over disse legene, men det er grunn til å tro at forslaget om forenkling av gjennomføringen av sykehustjenesten vil senke terskelen for en god del leger til å spesialisere seg. Helsedirektoratet foreslår at allmennleger som fyller 54 år eller er yngre i ikrafttredelsesåret må spesialisere og resertifisere seg som foreslått. Leger som fyller 55 år eller er eldre i ikrafttredelsesåret, bør få velge om de vil spesialisere seg eller ei. Hvis man antar at 500 av de disse 900 legene vil oppfylle kriteriene i løpet av en åtte års periode, vil den økonomiske rammen for normaltariffen i så fall måtte økes gradvis med 100 millioner kroner årlig for å dekke den økte bruken av spesialist/kompetansehevingstakster.²⁶

Legeforeningen har beregnet at bare for å dekke opp for naturlig avgang av fastleger i perioden 2007-2015, må det 90 nye allmennleger inn i fastlegeordningen hvert år. Krav om spesialisering i allmenntedisin vil da angå 18 "ekstra" leger hvert år. Resten ville blitt spesialister under basialternativet. Volumeffekten for spesialist/kompetansetaksten vil øke gradvis fra første spesialist blir godkjent, til maksimalt 3.6 millioner kroner årlig for hvert årskull.

Det har i flere offentlige dokument vært slått til lyd for at kapasiteten i fastlegeordningen må økes for at helsepolitiske mål kan nås og for at arbeidstiden for fastleger skal kunne normaliseres. I Helsedirektoratets utredning «Utviklingsstrategi for legetjeneste i kommunene (IS-1622) ble det i 2008 anslått et behov for 2.700 nye fastlegeårsverk. I St.meld. 47 «Samhandlingsreformen» (2008-2009) ble det anslått et behov for 2.000 nye fastlegeårsverk. Legeforeningen anslo i 2009²⁷ et behov for en nettovekst i legeårsverk i primærhelsetjenesten (ikke bare fastleger) på 2200 i alt over 10 år. Under ulike forutsetninger ble det anslått et brutto behov for mellom 3250 – 3750 leger til kommunehelsetjenesten. Alle anslagene ble gjort før revisjonen av fastlegeforskriften fant sted. Forskriften pålegger fastlegene flere nye oppgaver.

I 2014 har Legeforeningen anslått at det trengs 500 nye fastleger i året i perioden 2015-2020 for å dekke behovene for fastlegetjenester under samhandlingsreformen og den reviderte fastlegeforskriften²⁸.

Legeforeningen ønsker en normalisering av totalarbeidstid for fastlegene. Helsedirektoratet har notert seg at partene i arbeidslivet har tatt opp temaet i forhandlingene om lønns- og arbeidsvilkår. Helsedirektoratet mener at normalisering av allmennlegenes totalarbeidstid, er viktige tiltak for å rekruttere og beholde dyktige allmennleger og særlig i distriktene der vaktbelastningen er størst.

²⁶ Det antas at mange av legene under 55 år har relativt lite igjen på spesialiteten og at de derfor vil kunne ha glede av spesialisttaksten/kompetansetaksten en eller flere perioder før pensjonsalder.

²⁷ Tillit-trygghet-tilgjengelighet. Styrking av allmenntedisin og fastlegeordningen frem mot 2020. Legeforeningen. 2009.

²⁸ Utviklingsplan for fastlegeordningen 2015

Lagarbeid og oppgaveglidning (overføring av oppgaver fra legene til annet helsepersonell i kommunehelsetjenesten) er virkemidler som drøftes brukt for å løse oppgavene i helse- og omsorgstjenesten på en bedre og mer effektiv måte. Tiden har ikke strukket til for prosjektgruppen til å gå dypere inn og analysere hvilke konsekvenser mer lagarbeid og oppgaveglidning vil kunne få.

Uansett vil det etter Helsedirektoratets mening være behov for en betydelig netto tilvekst av allmennleger (ikke bare fastleger) i årene som kommer, for at de politiske målene skal nås. For netto tilvekst av hver 100. nye spesialist i allmenntilleggsmedisin, vil utgiftene øke med om lag 20 millioner kroner i spesialist-/kompetansetakster hvert år²⁹.

Kohorten med leger som arbeider med «andre allmenntilleggsmedisinske oppgaver» utgjorde i 2012 om lag 700 årsverk fordelt på et ukjent antall leger (tabell 4). Hvor mange av disse legene som er spesialister i allmenntilleggsmedisin, vites heller ikke. For de fast ansatte legene i «annet allmenntilleggsmedisinsk arbeid» som ikke er spesialister vil det påløpe utgifter til lønn i forbindelse med utdanningsfravær, kursavgifter og - materiell, reise og oppholdsutgifter og i forbindelse med resertifisering for alle.

Det er åpen adgang for alle allmennleger å spesialisere seg i allmenntilleggsmedisin. Slik sett har det ligget en mulighet for økt bruk av spesialisttakster siden spesialiteten i allmenntilleggsmedisin ble innført i 1985. Høy spesialiseringsgrad blant allmennleger er ønsket politikk. Finansieringen skjer gjennom en overslagsbevilgning i statsbudsjettet og etter avtale mellom partene i normaltariffforhandlingene.

Det er for øvrig ikke gitt at alle som søker om spesialistgodkjenning i allmenntilleggsmedisin i Norge, vil jobbe som allmenntilleggsmedisinspesialister i Norge og slik sett medføre bruk av spesialisttakster. I Legeforeningens medlemsdatabase er nærmere 90 % av alle yrkesaktive spesialister i allmenntilleggsmedisin under 70 år, fastleger. De resterende 10% fordeler seg hovedsakelig på samfunnsmedisinske og «andre allmenntilleggsmedisinske» oppgaver. Det er antall fastlegehjemler og dekningsgraden av spesialister i allmenntilleggsmedisin i hjemlene, som er nøkkelen til forståelse av de økonomiske konsekvensene av Helsedirektoratets forslag.

I tabell 6 oppsummering er konsekvensene ført opp på den enkelte aktøren.

7.4 Konsekvenser for pasientene

Krav om spesialisering og etterutdanning i allmenn- og samfunnsmedisin bidrar til at befolkningen, kommunene og legene når de helsepolitiske målene som er nedfelt i sentrale helsepolitiske dokumenter. Konsekvensene av forslagene er bedre og jevnere kvalifikasjoner for alle allmennleger og leger i samfunnsmedisinsk arbeid, bedre og jevnere kvalifikasjoner for allmennleger i legevakt og bedre og jevnere kvalitet på legetjenestene i sykehjem, helsestasjon, fengsel og skolehelsetjenesten. Obligatorisk etterutdanning kvalitetssikrer opparbeidet kompetanse og videreutvikling av denne.

Krav om spesialistkompetanse hos alle allmenntilleggsmedisinspesialistene bidrar til at de som trenger det mest også får legetjenester av høy kvalitet. Ingen grupper av leger i primærhelsetjenesten blir stående uten spesialistutdanning og obligatorisk etterutdanning. Kompetansekrav til og inkludering av «de andre allmenntilleggsmedisinske oppgavene» i spesialiteten i allmenntilleggsmedisin, bidrar til å løfte disse fagfeltene og dermed kvaliteten i tjenestetilbudet for brukerne av sykehjem, skolehelsetjeneste, helsestasjon og innsatte i fengslene.

²⁹ Forhandlinger mellom Staten, RHFene og Legeforeningen avgjør hvert år hvor mye av kostnadene som blir å belaste pasientene og folketrygden

Bedre kommunikative og pedagogiske kvalifikasjoner hos allmennleger og samfunnsmedisinere vil bidra til å bedre kommunikasjonen, og dermed gjøre tjenestetilbudet bedre og faren for uheldige hendelser mindre.

7.4.1 Generelle konsekvenser

Helsedirektoratet mener spesialistutdanning i allmenn- og samfunnsmedisin er en hensiktsmessig og strukturert måte å sikre befolkningen legetjenetjenester av jevn og god kvalitet (HOL §4). Bedre alternativ er vanskelig å tenke seg.

Målet med forslagene er at samfunnsmedisinere og allmennlegene skal få en god, effektiv og tidsmessig videre- og etterutdanning. I dette ligger en forpliktelse hos legene, kommunene og sentrale helsemyndigheter.

Videre- og etterutdanning bør sees i sammenheng. Når spesialitetsrådene for allmenn- og samfunnsmedisin kommer i arbeid, vil det være naturlig at de ser nærmere på hvilke tema som skal prioriteres i videreutdanningen og hvilke tema som eventuelt kan flyttes til etterutdanningen.

I begge spesialitetene settes det krav om deltakelse i samarbeidsmøter både på samme nivå og mellom nivåene. Tanken er å fremme samarbeid og sørge for at alle legene blir med. Der det i dag ikke er samarbeidsmøter, må arenaene utvikles. Det konkrete arbeidet med utformingen av kravene og attestasjonen overlates til spesialitetsrådene i allmenn- og samfunnsmedisin.

Gjennom god ledelse av legetjenestene i kommunen kan kommunene sørge for at innbyggerne får legetjenester av god kvalitet og kapasitet i kommunen. Flere spesialister i samfunnsmedisin bør gjennom sin spesialistutdanning gjøres mer kompetente i ledelse, for å kunne ta denne type ansvar om kommunen ønsker det. Det bør åpnes for at lederskolering kan bli et tilbud i den obligatoriske etterutdanningen både av samfunns- og allmenntmedisinere. Det vil være en styrke for helse-, omsorgs- og samhandlingsarbeidet i kommunen og mellom kommunen, helseforetakene og andre samarbeidspartnere.

Helsedirektoratets forslag om å opprette egne utdanningsstillinger for allmennlegene på sykehusene vil kunne gjøre det enklere for legene, kommunene og sykehusene å planlegge sykehustjenesten. Det vil bidra til at legene kommer raskere gjennom spesialiseringen. Forslaget om at fastlegen skal innom minst fire forskjellige sykehusavdelinger i spesialistutdanningen vil bidra til bredere kompetanse hos den enkelte allmennlege, legekantor og i allmennlegekorpset i kommunene enn i dag.

Helsedirektoratet ønsker at sykehustjenesten fortrinnsvis bør skje på det lokale sykehuset. Det bidrar til bedre samhandling og pasientforløp. Alle disse forhold vil være til innbyggernes fordel.

7.5 Konsekvenser for kommunene

Kommunene er gjennom bestemmelsene i HOL forpliktet til å bidra til spesialisering og obligatorisk etterutdanning i allmenn- og samfunnsmedisin uansett om legen er ansatt i kommunen eller er næringsdrivende. Forholdet ivaretas i dag gjennom bestemmelser i rammeavtalen KS og Oslo kommune har med Legeforeningen. I de fleste legestillinger/fastlegehjemler i kommunehelsetjenesten ligger det implisitt eller eksplisitt at kommunen ønsker spesialister eller at legen spesialisere seg. I 4 av 5 tilfelle blir fastlegen spesialist i allmenntmedisin.

En spesialiseringsgrad (spesialister + LIS) på 80 % viser at spesialisering er satt i system i mange kommuner og at de ser på dette som en del av kvalitets- og sørge-for ansvaret allerede. Forslaget om å stille krav om spesialisering i allmenntmedisin for alle allmennleger – også de som bare jobber med

«andre allmenntedisinske oppgaver» - medfører beskjedne ekstrakostnader i administrative utgifter for de kommunene der dette ikke allerede er på plass.

Rammeavtalens³⁰ bestemmelser om 44 ukers tjenestetid er partenes hovedbidrag til allmennlegenes videre- og etterutdanning. Kommunene sørger blant annet med avtalen for å legge til rette for legers videre- og etterutdanning slik HOL §8 krever.

Forslaget om at fulltids tjeneste i "andre allmenntedisinske oppgaver" skal kunne telle i spesialistutdanningen i allmenntedisin, medfører at kommunene vil måtte legge noe mer til rette for disse legene i videre- og etterutdanningen. De aller fleste leger som har "andre allmenntedisinske oppgaver" er imidlertid fastleger og er følgelig spesialister i allmenntedisin eller på vei til å bli det. Helsedirektoratet foreslår at kursene som er nødvendige i "andre allmenntedisinske oppgaver" for å bli spesialist i allmenntedisin, skal tas innenfor dagens ramme av tellende kurspoeng. Kompetansekrav i «andre allmenntedisinske oppgaver» i forbindelse med resertifisering, tas innenfor denne kurspoengrammen ved å allokere tid fra valgfrie poeng. Helsedirektoratet mener forslagene blir kostnadsnøytrale.

I den grad det vil være behov for vikar i forbindelse med fravær ved videre- og etterutdanning vil dette reguleres i rammeavtalen for fastlegeordningen. For fast ansatte leger, vil kommunen ha ansvar for å sette inn vikar når det er behov og dekke utgiftene, ellers ikke uten etter avtale.

Kommuner med samfunnsmedisinske stillinger under 50 %, vil få økte utgifter hvis de ønsker å utdanne spesialister i samfunnsmedisin. Alternativt må kommunene søke interkommunale løsninger for å oppnå høy nok stillingsandel for å kunne ta imot LIS. Helsedirektoratet har ikke oversikt over hvor mange stillinger dette vil kunne gjelde.

Kommunen får utvidet poolen med leger til legevakt til å omfatte alle LIS i allmenntedisin og alle leger under aldersgrensen for legevaktplikt som resertifiserer seg i allmenntedisin og ikke er fritatt. Helsedirektoratet foreslår å la ledelse, ansvar for fagutvikling, kvalitet og forskning med mer inngå i kommunens legevaktordning for de legene som av ulike grunner ikke kan være en del av den ordinære vaktstyrken. Slike oppgaver inngår som en del av kommunens sørge-for ansvar, kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid og forskningsaktivitet og må dekkes over kommunens budsjett. Partene i arbeidslivet må fremforhandle lønns-, honorar og arbeidsbetingelsene for ordningen.

Etter Helsedirektoratets mening skal kommunene fortsatt ikke ha utgifter overfor helseforetaket i forbindelse med klinisk tjeneste på sykehus for allmennleger.

Helsedirektoratet mener ikke at det blir behov for å opprette egne stillinger i kommunehelsetjenesten til LIS i samfunnsmedisin, da vikarmarkedet i allmennpraksis ansees å ville kunne dekke behovet. Helsedirektoratet vil følge med utviklingen.

7.6 Konsekvenser for statlige arbeidsgivere

Samfunnsmedisinske stillinger må utlyses med tanke på spesialistutdanning / etterutdanning i samfunnsmedisin. Selve utlysningen medfører ikke ekstraarbeid.

Arbeidsgiver må legge til rette for at spesialiteten oppnås innen rimelig tid og at kravene i den obligatoriske etterutdanningen kan møtes. De fleste statlige arbeidsgivere som ansetter i stillinger med samfunnsmedisinsk arbeid idag, har allerede lagt til rette for deres videre- og etterutdanning.

³⁰ Rammeavtale for fastlegeordningen mellom KS/Oslo kommune og Legeforeningen

Helsedirektoratet mener endringsforslagene ikke fører til vesentlige økonomiske eller administrative konsekvenser for arbeidsgiverne.

7.7 Konsekvenser for private arbeidsgivere

Helsedirektoratets forslag om at alle leger i allmenn- og samfunnsmedisinsk arbeid skal være spesialister eller LIS, er også tenkt å omfatte de helprivate tilbyderne av helsetjenester.

Utgifter til spesialisering- og etterutdanning er en sak mellom lege og arbeidsgiver, som i helsetjenesten ellers.

7.8 Konsekvenser for legene

7.8.1 Leger i samfunnsmedisinsk arbeid

Samfunnsmedisinere bør ha klinisk erfaring både fra spesialist- og primærhelsetjenesten. Den får de gjennom del 1 der ½ år av sykehustjenesten er tellende og ½ års tellende allmenntjeneste i del 2. Tjenesten i allmenntjeneste kan avtjenes i bolker på minimum 3 måneder.

Helsedirektoratets forslag medfører at den normerte spesialiseringstiden kortes med ½ år. I dette ligger det en innsparing for arbeidsgiversiden både i lønns- og veiledningskostnader per LIS i forbindelse med videreutdanningen, men det vil kunne påløpe økte lønnsutgifter etter oppnådd spesialitet.

En konsekvens av forslaget om tjeneste i allmenntjeneste er at LIS i samfunnsmedisin er en potensiell vikarpool for allmenntjeneste som skal ha sykehustjeneste. På grunn av behovet for vikarer i allmenntjeneste, mener Helsedirektoratet det ikke vil bli behov for å opprette egne stillinger for at samfunns-LIS skal få gjennomført den kliniske tjenesten i allmenntjeneste på en adekvat måte.

På den andre siden kan det bli behov for utgifter til vikar i fraværperioden for LIS. Behovet er vanskelig å kvantifisere. Mange samfunnsmedisinere er ansatt i delstilling som henholdsvis kommuneoverlege og fastlege. Der stillingsfordelingen er 50/50 oppnår legene tellende tjeneste til både spesialiteten allmenn- og samfunnsmedisin og det vil ikke være behov for vikar. Noen samfunns-LIS har gjort allmenntjeneste før de starter på spesialiseringen, noen arbeidsgivere innretter seg slik at det ikke blir behov for vikar og en tredje kategori tar inn vikar for hele eller deler av fraværet.

Muligheten til å gjennomføre spesialistutdanning i samfunnsmedisin på ett nivå må anses som en klar forenkling for legene og arbeidsgiverne, men det vil kreve en kvalitetssikring av at læringsmålene nås.

Kravet om minimum 50 % stilling som tellende for LIS i samfunnsmedisin, kan bli krevende for noen leger i mindre stillinger. Helsedirektoratet mener likevel stillingsbrøken må heves til minimum 50 % for å sikre kvaliteten på spesialistene og bringe krav til tjeneste LIS-stilling i samfunnsmedisin opp på samme minimumsnivå som alle andre LIS-stillinger.

Relevant forskning i stipendiatstilling i kombinasjon med samfunnsmedisinsk arbeid gir tellende tjeneste. Mulighet for lederutdanning, masterutdanning i public health og lignende i kombinasjon med samfunnsmedisinsk tjeneste foreslås også å gi tellende tjeneste. Muligheten åpner for at flere samfunnsmedisinere vil bli kompetente forskere og ledere. Ved slike utdanningskombinasjoner bør

de økonomiske rammebetingelsene for samfunns-LIS avklares med arbeidsgiver. Utfallet er avgjørende for hvem som dekker de ulike kostnadselementene i spesialiseringen.

7.8.1.1 Obligatorisk etterutdanning

Det legges til rette for at de fleste samfunnsmedisinere etterutdanner seg i dag, men etterutdanningen er ikke satt i like godt system alle steder.

Omfang av og innhold i den obligatoriske videreutdanningen for samfunnsmedisinere er ikke fastlagt, men som det fremgår av hovedrapporten foreslås den obligatoriske etterutdanningen å bestå av en nasjonal og av en av arbeidsgiver og arbeidstaker definert del. Det er på det nåværende tidspunkt ikke mulig å kostnadsberegne tilleggskostnadene obligatorisk etterutdanning for samfunnsmedisin vil medføre sammenlignet med basisalternativet.

7.8.2 Allmennleger

7.8.2.1 "Andre allmenntedisinske oppgaver"³¹

"Andre allmenntedisinske oppgaver" foreslås faglig sidestilt med fastlegepraksis i forhold til spesialiteten i allmenntedisin. HelseDirektoratet foreslår dette for å styrke det faglige tjenestetilbudet på disse områdene. Det må utvikles læringsmål både i spesialisering og etterutdanning, og utdanningstilbudene må integreres i spesialistkravene. HelseDirektoratet foreslår i første omgang at det utvikles prototyper på fem kurs á 15 undervisningspoeng i sykehjemsmedisin, fengselshelsetjeneste, skolehelsetjeneste, helsestasjonsmedisin og pedagogikk. De 75 poengene foreslås tatt av den valgfrie kvoten kurspoeng. Forslaget får derfor ingen økonomisk effekt når det gjelder drifting av kursene, men det vil påløpe utviklingskostnader trolig i størrelsesorden 100.000 kroner per kurs.

7.8.2.2 Sykehustjeneste (del 1 og 2)

Allmennlegene må ha sykehustjeneste på minimum 4 maksimum 6 forskjellige avdelinger i bolker á 3 måneder, hvorav tjeneste på indremedisinsk og psykiatrisk avdeling er obligatoriske. 2 bolker fra del 1 gir tellende sykehustjeneste. Leger som velger 4 bolker med sykehustjeneste vil få kortet ned sykehustjenesten med 6 måneder i forhold til dagens krav. Leger som velger 5 eller 6 bolker vil få kortet ned tjenestetiden på sykehus med henholdsvis 3 eller ingen måneder i forhold til dagens krav til sykehustjeneste.

HelseDirektoratet antar at de fleste legene vil velge 4 bolker sykehustjeneste á 3 måneder i alt 12 måneder. For LIS i allmenntedisin betyr det at sykehustjenesten etter del 1, lettere kan kombineres med praksis for flere. Videre betyr det at helseforetaket sparer ½ år i lønn (ca. 550.000 kroner per ½ år³²), utdanningsutgifter og redusert produksjonstap per LIS. For tiden godkjennes det omtrent 150 spesialister i allmenntedisin årlig. På dette nivået vil helseforetakene spare om lag 80 millioner på forslaget.

HelseDirektoratet foreslår at det opprettes egne LIS-stillinger for allmennleger, slik at allmennlegene ikke nødvendigvis må konkurrere om de ordinære utdanningsstillingene på sykehusavdelingene. Eventuelle frigjorte midler bør fortrinnsvis brukes til å styrke den faglige opplæringen av allmenntedisin på sykehuset.

³¹ Legetjenester på sykehjem, fengsel, skolehelsetjenesten, helsestasjon, undervisning, legevakt, praksiskonsulent med mer

³² IS-2079-2 Fremtidens legespesialister

Hvis kravet til turnustjeneste i sykehus halveres, vil Helsedirektoratet anbefale at kravet til sykehustjeneste i del 2 økes med to blokker à 3 måneder og at alt vi ellers har foreslått beholdes likt. En omlegging langs denne linjen vil føre til høyere noe lønns- og driftskostander enn dagens sykehusturnus, men utgiftsøkningen vil reduseres noe av at LIS i del 2 er mer kompetente enn LIS i del 1. En slik ordning fører til at legene kommer ut i turnus i kommunehelsetjenesten ½ år før og nok vil kunne være mer faglig utrygge enn i dagens system. Det må tas høyde for mer tid til faglig oppfølging av turnuslegene i så vel allmennpraksis og legevakt.

Egen type LIS-stillinger for allmennleger i sykehus blir trolig enklere å administrere og gjennomføre enn å ha et system som konkurrerer med vanlige LIS på sykehusavdelingene. En omlegging i tråd med Helsedirektoratets forslag frigjør nær 80 millioner til utvikling og drift av videreutdanning for allmennlege-LIS i sykehus. Mindre om flere leger velger 3 eller 4 bolker sykehustjeneste i stedet for 2. I Sverige og Danmark har man organisert spesialistutdanning av allmennleger i sykehus i blokker. Det skaper orden og oversikt, og gjør det lettere for alle parter å planlegge og gjennomføre.

Følges intensjonen i forslaget med å la allmennlege få sykehustjeneste på det lokale sykehuset, vil alle parter få synergier i forhold til bedre samhandling om pasienter og pårørende.

I og med at tjenestetiden på hvert sted er relativt kort (3 måneder), vil Helsedirektoratet foreslå at LIS i allmennmedisin får mest mulig tjeneste på dag og tidlig kveld når det skjer mest av læringsverdi for allmennlegene i avdelinger, mottak og på poliklinikk. Skal allmennlegene gå mye natt- og helgevakt vil uforholdsmessig mye av den korte læretiden gå med til avspasering.

Arbeid som allmennlegen ville gjort på natten, må dekkes opp av andre leger. Hvordan dette skal kostnadsberegnes vil avhenge av hvordan sykehuset løser oppgaven i dag, og hvordan den vil bli gjort i fremtiden. Går allmennlegen primærvakt, må denne erstattes av en ordinær LIS og det vil da påløpe lønns- og sosiale utgifter til den ordinære LIS med fratrukk av innsparte lønn- og sosiale utgifter till allmennlegen.

Alle disse forslagene til omlegging vurderes å gi positive konsekvenser for mange leger i spesialisering i allmennmedisin, fjerne flaskehals og dermed korte ned spesialiseringstiden.

Følger allmennlegen normert spesialistutdanningstid, vil legene kunne bruke spesialisttakstene etter 6 mot 6 ½ år som i dag. Gjennomsnittlig spesialistutdanningstid for allmennleger er imidlertid ca. 8 år. Hvis tiltakene over fjerner flaskehalsen sykehustjenesten er, kan utdanningstiden komme til å reduseres med mer enn ½ år. Det betyr reduserte utdanningsutgifter for alle parter, men økte lønnskostnader / honorarer til den ferdige spesialist og mer kompetente leger tilsvarende tidligere.

7.8.2.3 Den spesifikke spesialistutdanningen (del 3)

Omleggingen medfører at spesialistkompetanse i allmennmedisin kan oppnås med inntil halvparten av tjenestetiden i fulltids tjeneste med "andre allmennmedisinske oppgaver" i del 3.

Muligheten for at forskning i allmennmedisin og samfunnsmedisin kan telle i hele del 3 av spesialiseringssløpet i allmennmedisin, er et bidrag til å styrke allmennmedisinsk forskning. Medisinstudenter som har begynt å forske gis også muligheter til å fortsette i parallell med spesialisering i både allmenn- og samfunnsmedisin.

Forslagene medfører at når legen forsker eller er ansatt i «andre allmennt medisinske oppgaver», så vil arbeidsgiver vanligvis dekke lønn og utgifter i forbindelse med kurs. Noen av utgiftene vil i disse tilfellene, flyttes fra en næringsdrivende fastleges videreutdanning over på arbeidsgiver.

7.8.2.4 Etterutdanning / resertifisering – veiledning og undervisning

Både av hensyn til pasienter, pårørende, annet helsepersonell, medisinstudenter, LIS i allmennt medisin, etterutdanningen av allmennleger, er det nyttig for spesialister å ha grunnleggende kompetanse i pedagogikk og veiledning.

For å sikre nok veiledningskapasitet i legepraksisene (supervisjon og én-til-én veiledning) foreslår Helsedirektoratet at veiledning og undervisning kan inngå som en "annen allmennt medisinsk oppgave" for spesialister i allmennt medisin. Veiledningskapasiteten som her omtales, er foreslått å erstatte veiledning av EØS-legene. Det blir derfor ingen netto økning i utdanningsutgifter som følge av forslaget.

Forslaget medfører at veileder- og undervisningsutdanningstilbudet for allmennlegene må bygges ut i takt med behovet, og at det vil påløpe utgifter til utdanning av flere veiledere og senere kompetansevedlikehold for dem. For tiden er det god veiledningskapasitet i EØS-veiledningen.

Den særskilte utdanningen for veiledere til det strukturerte veiledningsprogrammet (gruppeveiledning) for allmennleger beholdes. Kapasiteten må utvides hvis antall LIS i allmennt medisinsk spesialisering øker fremover med ditto kostnader til veilederutdanning og dermed økte utgifter i utdanningsfond I forvaltet av Legeforeningen.

De samme vurderingene gjelder samfunnsmedisin, så langt de passer.

7.8.2.5 Spesialisttittel og kompetansetakster

Per i dag må spesialister i allmennt medisin resertifisere seg hvert femte år for både å få beholde spesialisttittelen i allmennt medisin og retten til å bruke spesialisttakster i "Normaltariffen"³³.

For å harmonere bestemmelsene om spesialistgodkjenning i allmennt medisin med de øvrige norske legespesialitetene, spesialistgodkjenning i kraft av nordisk samarbeid og etter generell ordning for spesialistgodkjenning, foreslår Helsedirektoratet at norskutdannede spesialister i allmennt medisin skal få beholde tittelen "spesialist i allmennt medisin" så lenge de er offentlig autoriserte leger eller arbeider med lisens fra det offentlige.

Helsedirektoratet foreslår at man beholder ordningen med 5-årig resertifisering av spesialistkompetansen i allmennt medisin og endrer navn fra spesialisttakster til for eksempel kompetansetakster for å markere et skille mellom spesialisttittel og honorering for oppnådd spesialitet, vedlikehold og videreutvikling av den allmennt medisinske kompetansen.

Helsedirektoratet har på oppdrag fra HOD utredet problemstillinger rundt godkjenning av allmennleger. Utredningen er til vurdering i departementet.

Det må lages overgangsbestemmelser for leger som alt er på vei til å bli EØS-godkjent i Norge på tidspunktet bestemmelsene trer i kraft.

³³ FOR-2013-06-27-843 Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege.

Forslagene er kostnadsnøytrale per legespesialist, men har volumeffekter.

Spesialister i allmennmedisin som ikke ønsker å resertifisere seg, kan forske. De beholder da spesialisttittelen, men mister det økonomiske kompetansetillegget fem kalenderår etter spesialistgodkjenning eller siste resertifisering. Ønsker de å være fastleger igjen, må de resertifisere seg og stille seg til disposisjon for kommunens legevaktordning og delta i ordningen hvis kommunen bestemmer det, for å få igjen retten til å bruke spesialisttakster når kravene er oppfylt.

I kapitel 6 foreslås at det utvikles et register eller et tillegg til et eksisterende register, der publikum kan slå opp nøkkelinformasjon om legers kompetanse. For allmennlegenes del må det bl.a. fremgå i registeret om når man er startet på spesialisering i allmennmedisin, året man ble spesialist og årstallene man evt. er resertifisert. Det vil påløpe utviklingskostnader og ekstra driftskostnader, men å anslå dem vil i stor grad avhenge av valg av løsning.

Fordelen med forslaget er at innbyggerne og myndighetene kan få bedre oversikt over helsepersonells realkompetanse og utviklingen av den, og om tjenestestedene og kommunene følger opp sitt ansvar for legers videre- og etterutdanning.

Forslagene vil føre til mindre justeringer i Helsepersonellregisteret.

De samme vurderingene gjelder samfunnsmedisin, så langt de passer.

7.8.2.6 Legevakt

Helsedirektoratet og Legeforeningen er enige om at legevakt er en sentral del av det allmennmedisinske arbeidet. For å opparbeide og vedlikeholde vaktkompetanse, foreslås det at fastleger som er LIS i allmennmedisin eller spesialister i allmennmedisin må delta i den kommunale legevaktordningen. For å vedlikeholde vaktkompetansen foreslår vi derfor at deltakelse i den kommunale legevaktordningen blir en obligatorisk del av resertifiseringen for allmennleger frem til oppnådd aldersgrense eller annen varig fritaksgrunn.

Forslaget medfører at vaktstyrken og kompetansen i vaktstyrken vil øke. Vaktfrekvensen vil kunne gå ned for de fleste som deltar i vakt og gå opp for fastleger som i liten eller ikke har deltatt til nå. Det er kommunen i samarbeid med allmennlegene, som bestemmer hvordan ordningen skal organiseres på en hensiktsmessig og faglig forsvarlig måte – også i forhold til legens totale arbeidstid.

EØS-godkjent lege fra annet land, vil etter forslaget ha tre års veiledet tjeneste (minimum) pluss ett år i fastlegehjemmel før selvstendig vakt. Det skulle etter Helsedirektoratets vurdering ikke være behov for en egen statlig godkjenningsordning for EØS-leger for legevaktsformålet. Kommunen, legen og bakvaktlegene vil sammen passe på når behovet for bakvakt formelt bortfaller, hensett kravet til forsvarlige tjenester.

Krav om deltakelse i den kommunale legevaktstyrken for å bli resertifisert medfører at flere spesialister vil delta i vakt. Vaktstyrkens sammensetning lokalt (andel spesialister/ikke-spesialister/bakvaktbehov), den lokale organiseringen av legevaktarbeidet, hva slags arbeid som gjøres på vakt – (fastlegepraksis på kveldstid/beredskap), betaling for legevaktarbeid (fastlønn, normaltariff, hybrid løsning), vil avgjøre om den enkelte kommune vil få økte utgifter/inntekter som følge av forslaget.

Nettoeffekten nasjonalt blir økt deltakelse av fastleger og spesialister i allmennmedisin og økt bruk av kompetanse/spesialisttakst. Flere pasienter vil hjelpes lokalt. Det kan føre til færre

sykehusinnleggelse, og mer bruk av hjemmebaserte tjenester, ACT-team³⁴, KAD³⁵-senger og kunne føre til større utgifter for kommunen. Det politiske hovedmålet med samhandlingsreformen om mer hjelp nærmere der du bor, nås imidlertid.

7.8.2.6.1 Kurskrav legevakt

I dag er kravet at man må ta kurs i akuttmedisin for å bli spesialist i allmenntilleggsmedisin og resertifisere seg så lenge man er fastlege, uavhengig av om man deltar i vakt eller ikke. Helsedirektoratet foreslår å lempe noe på bestemmelsen, slik at man må ta dette kurset for å bli spesialist i allmenntilleggsmedisin og resertifisert så lenge man er med i kommunens kliniske legevakt- eller reservelegevaktstyrke. Inntil oppnådd aldersgrense for legevakt er det et krav om slikt kurs. Ønsker man å delta i vakt ut over aldersgrensen, må man fortsette å ta kurset og følge kompetansekravene for øvrig. Man trenger ikke ta kurset ved oppnådd aldersgrense eller ved permanent fritak.

Alt ellers likt fører dette til noe reduserte kurskrav i akuttmedisin per allmenntilleggslege enn i dagens ordning. Kravet om at alle skal bli spesialister i allmenntilleggsmedisin og resertifisere seg, vil imidlertid føre til at behovet for slike kurs vil være stort.

I forslag til revidert akuttmedisinforskrift, foreslås obligatorisk kurs i hjelp til volds- og overgrepssatte.

Sentralt i ofrslaget her er imidlertid at alle leger bør skoles i akuttmedisin og håndtering av vold og overgrepssatte og det denne undervisningen bør skje i del 1 av all spesialisering. Organiseringen bør legges opp slik at også leger som ikke har kompetansen, men som skal ha legevakt, bør få delta på kursene. Utgiftene til disse kursene i del 1 blir da å belaste helseforetakene.

7.8.2.6.2 Vakt uten bakvakt

Helsedirektoratet foreslår i den nye spesialitetsstrukturen at allmenntilleggslegen kan ha vakt uten bakvakt fra og med ett fullt tjenesteår etter at hun/han har startet del 3 og har 3 års godkjent veiledet tjeneste i allmenntilleggsmedisin (EØS-godkjenning). Dette er i tråd med kompetansekravet som er foreslått i forslaget til revidert akuttmedisinforskrift som ble sendt på høring 28. mai 2014.

Dersom man setter kravet til å kunne ha vakt uten bakvakt til 3 års veiledet tjeneste (= EØS-godkjenning), vil noen (få) leger fra utlandet, kunne måtte ha inntil 3 år med bakvakt.

7.8.2.6.3 Bakvaktkompetanse

I tråd med prinsippene i hovedprosjektet, foreslås det at bakvakten bør være spesialist i allmenntilleggsmedisin.

Det er tatt inn forslag til bestemmelser om bakvaktens kompetanse i forslag til revidert akuttmedisinforskrift som nå er på høring fra 28. mai 2014. Her foreslås det å sette bakvaktkompetanse lik spesialitet i allmenntilleggsmedisin. Bakvakten kan også være EØS-godkjent, men da må ett år av veiledningstiden være i allmenntilleggsmedisin. Fylkesmannen foreslås gitt dispensasjonsadgang.

³⁴ Assertive Community Treatment = "aktiv oppsøkende behandling" for pasienter med psykiske problemer som ikke greier å benytte det ordinære hjelpeapparatet.

³⁵ Kommunalt øyeblikkelig hjelp døgn-tilbud.

Forslagene er i tråd med anbefalingene gitt i denne rapporten. Kostnadsberegningene er det gjort rede for i forarbeidene til høringen om revidert akuttmedisinforskrift.

Konsekvensene av bakvaktordning blir bedre pasientsikkerhet, færre innleggelse i sykehus og potensielt noe økte utgifter for kommunene siden flere problemer løses lokalt.

7.8.2.6.4 Akuttmedisinske øvelser

Krav om deltakelse i kommunenes øvelser i akuttmedisin medfører ingen endring i administrative eller økonomiske forhold.

7.9 Universitetene

Universitetene er til nå i liten grad involvert i planlegging og gjennomføring av spesialistutdanningene i allmenn- og samfunnsmedisin, ut over å stille med forelesere på forespørsel og gjennomføre kurs i egen regi.

Det er Legeforeningen som sørger for utdanning og etterutdanning av veiledere i allmenn- og samfunnsmedisin.

Det er Legeforeningen som organiserer veiledningsgrupper i allmenn- og samfunnsmedisin og følger opp smågruppevirksomheten det er krav om i etterutdanningen i allmennmedisin.

Mye av arbeidet er basert på frivillighet. I den grad offentlige instanser skal overta dette arbeidet vil det påløpe betydelige utviklings-, drifts- og administrasjonskostnader for den som får oppgaven, også fordi oppgaver som i dag løses uten honorering, da må betales.

I konsekvensutredningen for spesialistutdanningene i sykehus er universitetene tiltenkt en større rolle i forhold til veilederutdanning, kursutvikling, ferdighetslaboratorieutvikling og drift, samt e-kurs utvikling og drift. Legeforeningen har stått for de fleste av disse aktivitetene for allmennlegene. Helsedirektoratet foreslår at man fortsetter med denne velfungerende ordningen, til vi ser hvordan universitetene løser oppgaven for spesialisthelsetjenesten.

7.10 Helsedirektoratet

7.10.1 Rådsstruktur – særlige forhold for samfunns- og allmennmedisin

Det er gjort rede for konsekvensene av forslagene i kapittel 7.3.

7.10.2 Kompetansemoduler

Kompetansemodulene skal sikre bredde i spesialistutdanningene. Om dette vil bety ekstra kurstimer for den som spesialisere seg i allmenn- eller samfunnsmedisin, er foreløpig uklart da innholdet ikke er spesifisert i hovedprosjektet.

Når det faglige innholdet i de foreslåtte kompetansemodulene skal detaljeres, må begge spesialitetenes utdanningsinnhold gjennomgå for å unngå uønskede dubleringer.

Opgaven foreslås løst av spesialiseringsrådene i de to spesialitetene.

I utgangspunktet ønsker Helsedirektoratet at rammen for den teoretiske undervisningen i de to spesialistutdanningene (+ teoriutdanningen under turnustjenesten) ikke utvides. I forhold til dagens teoriutdanning vil det i så fall ikke påløpe ekstra kostnader for kommune, lege eller helseforetak i forbindelse med kursdriften, men det vil kunne påløpe utviklings- og omleggingskostnader

Det vises for øvrig til kapittel 10.3 i «Fremtidens legespesialister» (IS-2079-2).

7.11 Juridiske konsekvenser

Forslagene i SISAM-rapporten og de to øvrige dokumentene som omhandler «Fremtidens legespesialister» (IS-2079-2 og IS-2180) vil medføre endringer i lover, forskrifter og spesialistregelverk og må sees i sammenheng. De juridiske konsekvensene vil derfor bli vurdert etter høringsrunden i forbindelse med den endelige tilrådingen fra Helsedirektoratet til HOD.

Helse- og omsorgstjenestelovens §3-2 neste siste og siste ledd lyder:

«Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om fastlegeordningen, herunder om kvalitets- og funksjonskrav og om adgang til suspensjon av fastlegeordningen.

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om privat helse- og omsorgsvirksomhet i kommunen, herunder om kvalitets- og funksjonskrav. Dette gjelder også private tjenesteytere som ikke har avtale med kommunen.»

Direktoratet mener at det kan være mulig å benytte ovennevnte forskriftsbestemmelser til å hjemle krav om spesialisering, etterutdanning og utlysning – også for helprivat sektor.

7.12 Oppsummering – konsekvenser av endringsforslagene

Kapittel /aktør	Beskrivelse / forutsetninger	Kostnadsanslag / merknad	Gevinstanslag
7.2 Basisalternativet	Basisalternativet er en beskrivelse av utviklingen av spesialitetsstruktur og – innhold i samfunns- og allmenntjenesteverk dersom ingen tiltak blir satt i verk.	Basisalternativet er ikke kostnads-beregnet. Det er eventuelle merkostnader og gevinster av forslagene som er anslått for ulike aktører.	
7.4 Konsekvenser for		Noe økte egenandeler p.g.a. større andel	Jevn og høy kompetanse på

<p>pasientene</p>		<p>spesialister i allmenntmedisin. Frikort-taket nås raskere for de med store behov for hjelp av fastlegen.</p>	<p>legetjenestene uansett hvor du henvender deg i kommunen.</p> <p>Flere problemer løses raskere av spesialist i allmenntmedisin.</p> <p>Godt grunnlag for samhandling og riktig ressursbruk i alle deler av helse- og omsorgs- tjenestene.</p> <p>Obligatorisk etterutdanning sikrer befolkning og samfunn leger med oppdatert kunnskap.</p>
<p>7.5 Konsekvenser for kommunen</p>	<p>Legestillinger / - hjemler må utlyses med tanke på spesialistutdanning / etterutdanning i samfunnsmedisin eller allmenntmedisin.</p> <p>Kommunen har lovpålegg om å sørge-for / legge til rette for videre- og etterutdanning.</p>	<p>Helsedirektoratet mener utlysningene ikke fører til vesentlige økonomiske administrative konsekvenser for arbeidsgiverne, fordi de fleste kommunale arbeidsgivere som ansetter leger i stillinger med samfunnsmedisinsk innhold / tildeler allmenntlegehjemler, allerede har lagt til rette for deres videre- og etterutdanning.</p> <p>Flere oppgaver løses lokalt – kortere og færre sykehusopphold.</p> <p>Noe økte utgifter i.f.m. spesialisering for leger med «andre allmenntmedisinske oppgaver».</p> <p>Økte utgifter til legevakt-bemanning: flere bakvakter og spesialister i allmenntmedisin i vakt.</p>	<p>Bedre tjenesteproduksjon.</p> <p>Jevn og høy kvalitet på legetjenestene på alle områder i kommunehelse-tjenesten.</p> <p>Godt grunnlag for samhandling.</p> <p>Innfri kvalitetsavtale, og krav om kvalitet i lover og forskrifter.</p> <p>Bedre ledelse av legetjenestene i kommunene.</p>

<p>7.6 Konsekvenser for staten</p>	<p>Legestillinger må utlyses med tanke på spesialistutdanning / etterutdanning i samfunnsmedisin .</p>	<p>Netto tilvekst av spesialister i allmennmedisin gir i snitt 200.000 kroner i økte utgifter til spesialist- / kompetansetakster per år per spesialist. Kostnaden fordeles på stat og innbyggere (egenandel).</p> <p>Netto tilvekst av spesialister i samfunnsmedisin gir noe økte lønnsutgifter.</p> <p>Helsedirektoratet mener utlysningene ikke fører til vesentlige økonomiske administrative konsekvenser for statlige arbeidsgiverne, fordi de fleste som ansetter leger i stillinger med samfunnsmedisinsk innhold, allerede har lagt til rette for deres videre- og etterutdanning.</p>	<p>Bedre tjenesteproduksjon</p>
<p>7.7 Konsekvenser for private arbeidsgivere</p>	<p>Helsedirektoratets forslag om at alle leger i allmenn- og samfunnsmedisinsk arbeid er også tenkt å omfatte de helprivate tilbyderne av helsetjenester.</p>	<p>Utgifter til spesialisering- og etterutdanning en sak mellom lege og arbeidsgiver.</p> <p>Alle leger kan søke om refusjon av visse kursutgifter i utdanningsfond for leger forvaltet av Legeforeningen</p>	
<p>7.8 Konsekvenser for leger</p>	<p>Like krav til spesialisering for alle primærleger.</p> <p>Alle allmennleger må delta i kommunens legevakt-ordning.</p> <p>Spesialitetskomiteene i allmenn- og samfunnsmedisin: Legeforeningen mister sitt offentlige oppdrag.</p>	<p>Nye og endrede kurskrav kan medføre endrede utgifter.</p>	<p>Mulighet for raskere gjennomføring av spesialistutdanningen.</p> <p>Mulighet til å bli spesialist i allmennmedisin når man jobber med «andre allmennmedisinske oppgaver»</p>

			<p>Mulighet for fagkombinasjoner og forskning uten forlengelse av tiden det tar å bli spesialist.</p> <p>Større mulighet for alle til å gjennomføre sykehustjeneste.</p>
7.8.2.2 Konsekvenser for helseforetakene	<p>Mulighet for redusert sykehustjeneste med ½ år.</p> <p>Egne stillinger for allmennlege-LIS i helseforetak.</p> <p>Allmennlegene går ikke natte- og helgevakt i sykehustjenesten</p>	<p>Kan føre til økte og reduserte kostnader avhengig av løsningsalternativ som velges.</p>	<p>Helseforetakenes ansvar for spesialistutdanning av allmennleger, blir tydeligere.</p>
7.9 Konsekvenser for universitetene	<p>Beskjedne endringer for allmenn- og samfunnsmedisinsk videre- og etterutdanning</p>		
7.10 og 6 Konsekvenser for Helsedirektoratet	<p>Ansvar for spesialitetsrådsstrukturen.</p> <p>Kvalitetsregister legekompentanse</p>	<p>Etablerings- og driftsutgifter.</p>	<p>Klarere roller.</p> <p>Kortere beslutningsveier.</p> <p>Bedre oversikt over legers kompetanseutvikling for innbyggerne, legene, HFene, kommunene og stat</p>

Tabell 6 Oppsummering av de viktigste endringsforslagene. Numrene i venstre kolonne referer til kapitlene.

7 FORKORTELSER

Allmennpraksis – kurativt legearbeid i åpen uselektert praksis – privat eller offentlig.

Andre allmennlegeoppgaver – begrepet er brukt i den reviderte fastlegeforskriften og omfatter legeoppgaver kommunen trenger for å oppfylle bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven m.fl. De vanligste andre allmennlegeoppgavene er sykehjemsmedisin, legevakt, skolehelsetjeneste, helsestasjonsmedisin, fengsellegetjenester, kvalitetsutvikling, undervisning og opplæring, samfunnsmedisin, rehabilitering m.m. I henhold til fastlegeforskriftens §12 står kommunen ganske fritt i hvilke legeoppgaver som kan defineres som er "andre allmennlegeoppgaver".

SISAM – Spesialitetsstruktur og –innhold i samfunns- og allmennmedisin.

SISAM-prosjektet – Prosjektet som ledet frem til rapporten her.

Hovedprosjektet – Prosjektet som ledet frem til rapportene fra Helsedirektoratet om "Fremtidens legespesialister." (IS-2079-2 og IS-2180).

Program spesialistområdet / Spesialistprogrammet – Samlingen av oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helsedirektoratet vedrørende leger, tannleger og optikers spesialistutdanning.

LIS – Lege i spesialisering.

Videreutdanning er utdanning etter autorisasjon som lege og som fører frem til formelt godkjent kompetanse. Videreutdanning fører frem til en formell kompetanse som spesialist.

Etterutdanning er utdanning for å opprettholde og videreutvikle kunnskap innen feltet man er spesialist i. Det skilles mellom formell og uformell etterutdanning. Det første er systematisk og målrettet opplæring i samsvar med normerte krav. Det andre er erfaring man får i kraft av arbeidet som gjøres.

Obligatorisk etterutdanning – Etterutdanning der det offentlige stiller bestemte krav til denne.

Resertifisering – Periodisert godkjenning av obligatorisk etterutdanning i allmennmedisin.

Mentor - Person som drar nytte av sin kunnskap for å lære og veilede andre. Mentorbegrepet omfatter både veileder og supervisjonsmomentene i læringsprosesser.

Veileder – Lærer og person som tilrettelegger for læring, gir råd og sjekker ut at LIS passerer milepæler rettidig og oppnår og holder forventet kvalitet på arbeid, atferd og holdninger. Veileder ser til at den teoretiske og praktiske delen av spesialiseringen inneholder alle elementene som skal til for å oppnå og beholde breddekompetansen. Veiledning og supervisjon glir ofte over i hverandre.

Supervisjon – Mester-svenn samspill i konkret arbeid med pasienter f.eks. ved gjennomføring av bestemte prosedyrer.

Det vises for øvrig til kapittel 4 i i IS-2079-2 for andre begrepsavklaringer og definisjoner.

8 GJELDENE SPESIALISTREGLER

- Gjeldende spesialistregler og målbeskrivelse allmenntmedisin:

<http://www.helsedirektoratet.no/helsepersonell/spesialistgodkjenning/lege/Sider/allmenntmedisin.aspx>

- Gjeldende spesialistregler og målbeskrivelse samfunntmedisin:

<http://www.helsedirektoratet.no/helsepersonell/spesialistgodkjenning/lege/Sider/samfunntmedisin.aspx>



Postadresse: Pb. 7000,
St. Olavs plass, 0130 Oslo

Telefon: +47 810 20 050

Faks: +47 24 16 30 01

E-post: postmottak@helsedir.no

www.helsedirektoratet.no