



FREMTIDENS LEGESPESIALISTER

Spesialitetsstruktur og -innhold i samfunns- og allmennmedisin

Publikasjonens tittel:	FREMTIDENS LEGESPESIALISTER Spesialitetsstruktur og - innhold i samfunns- og allmenntidisin
Utgitt:	06/2014 – Revidert 12/2014
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
Hftet 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, leder 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 Darya Shut, PHAH fra 01.04.14
Forsidebilde	Samhandling © Hans Berggren / Johnér (illustrasjonsbilde)

INNHold

INNHold	2
FORORD	5
SAMMENDRAG	6
SENTRALE ENDRINGSFORSLAG	7
1. HOVED- OG SISAM-PROSJEKTET	8
1.1 Utfordringene	8
1.2 Mandat for hoved- og SISAM -prosjektet	10
2. SPESIALITETSSTRUKTUR OG –INNHold I SAMFUNNS- OG ALLMENNMedisin	15
2.1 Allmennmedisinsk kompetanse i et europeisk perspektiv	16
2.2 Legetjeneste i forsvaret	18
2.3 Forskning og samfunns- og allmennmedisin	18
3. ALLMENNMedisin	18
3.1 Allmennmedisin del 1	19
3.2 Allmennmedisin del 2	21
3.3 Når starter spesialiseringen i allmennmedisin?	22
3.4 Allmennmedisin del 3	23
3.5 Supervisjon, veiledning og spesifikt utdanningsprogram (veiledningsgruppe)	24
3.6 Balansen mellom teoretisk utdanning og praktisk allmennmedisinsk legearbeid	25
3.7 Balansen mellom den obligatoriske og valgfrie utdanningskomponenten i spesialiseringen i allmennmedisin.	25
3.8 Velferds- og trygdemedisin	26
3.9 Sakkyndighetsarbeid	26

INNHold

3.10	Fordypning	26
3.11	Allmennmedisin og forskning	27
3.12	Spesialisttittel	27
3.13	Etterutdanning	27
3.14	Veksling mellom allmennmedisinske fagfelt i etterutdanningen	29
3.15	EØS-reglene og spesialisering i allmennmedisin	29
3.16	Ledelse og spesialisering i allmennmedisin	29
4.	Legevakt og den akuttmedisinske kjede	29
4.1	Kompetansekrav – teori og øvelse i legevaktmedisin	31
5.	Samfunnsmedisin	32
5.1	Når starter spesialiseringen i samfunnsmedisin?	34
5.2	Spesialisering i samfunnsmedisin generelt	35
5.3	Samfunnsmedisin del 1	35
5.4	Samfunnsmedisin del 2	35
5.5	Samfunnsmedisin del 3	36
5.6	Samfunnsmedisinsk arbeid på de ulike nivåene i forvaltningen	36
5.7	Minimum 50% samfunnsmedisinsk tjeneste	37
5.8	Veiledning og veiledet spesialiseringsprogram (veiledningsgruppe)	38
5.9	Samfunnsmedisin og tilstøtende medisinske fagområder	39
5.10	Samfunnsmedisin og forskning	40
5.11	Samfunnsmedisin og ledelse	40
5.12	Samfunnsmedisin og master of public health	41
5.13	Samfunnsmedisin og arbeidsmedisin	41
5.14	Samfunnsmedisin - etterutdanning	41
5.15	Undervisning og veiledning	41
5.16	Samhandling	42
6.	Kompetanseregister for helsepersonell – leger	43

INNHold

7.	Økonomiske og administrative konsekvenser	44
7.1	Innnledning	44
7.2	Basisalternativet	44
7.3	Økonomiske overslag	51
7.4	Konsekvenser for pasientene	53
7.5	Konsekvenser for kommunene	54
7.6	Konsekvenser for statlige arbeidsgivere	55
7.7	Konsekvenser for private arbeidsgivere	55
7.8	Konsekvenser for legene	55
7.9	Konsekvenser for universitetene	60
7.10	Konsekvenser for Helsedirektoratet	61
7.11	Juridiske vurderinger	61
7.12	Oppsummering - konsekvenser av endringsforslagene	62
8.	Forkortelser og ordliste	65
9.	Gjeldende spesialistregler	66
10.	Vedlegg 1 - Helsedirektoratets gjennomgang av svarene til SISAM høringsnotat	67
11.	Vedlegg 2 - Kostnadsberegning av forslag til ny LIS tjeneste for allmennleger i sykehus	80

FORORD

Helsedirektoratet har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet gjennomført en vurdering av behovet for endringer i legers spesialitetsstruktur og –innhold. Oppdraget ble gitt i 2011. Det har vært en premiss fra departementet at forslaget skulle foreslå en fremtidsrettet spesialitetsstruktur, og at gjennomgangen skal ta opp i seg hovedretningen som ligger til grunn i Samhandlingsreformen, samt Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og Lov om folkehelsearbeid fra 2011.

Arbeidet med gjennomgang av spesialitetsstruktur har resultert i to rapporter: Den foreliggende rapporten «Fremtidens legespesialister. Spesialitetsstruktur og –innhold i samfunns- og allmennmedisin» (SISAM-rapporten, IS 2139-2) omhandler videre- og etterutdanning for spesialistene som hovedsakelig arbeider i primærhelsetjenesten. Den andre «Fremtidens legespesialister. En gjennomgang av legers spesialitetsstruktur og –innhold» (IS-2079-3) omhandler sykehusspesialitetene og forhold som er felles for alle spesialitetene.

Utkast av rapportene ble sendt ut på høring 18. juni – 10. oktober 2014 sammen med konsekvensutredninger av de foreslåtte endringene. Det kom inn mange gode hørings svar som på vesentlige områder støtter våre forslag. På andre områder er spriker høringsuttalelsene. Etter en vurdering har Helsedirektoratet tatt inn en del av høringsinnspillene i de to rapportene. Den foreliggende utgaven utgjør således den endelige versjonen av «Fremtidens legespesialister. Spesialitetsstruktur og –innhold i samfunns- og allmennmedisin»

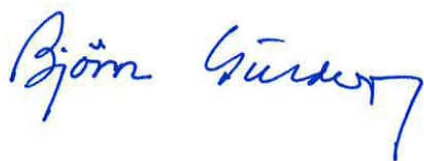
Arbeidet har foregått i samarbeid med pasient- og interessorgansiasjoner, helseforetak og mange andre miljø som samarbeider med samfunns- og allmennleger om oppgaveløsningene i kommunene.

Utredningen her omfatter fire hovedtema:

- a) forslag om at alle leger som arbeider med allmenn- eller samfunnsmedisin skal gjennomføre obligatorisk videre- og etterutdanning i henholdsvis allmenn- eller samfunnsmedisin
- b) "andre allmennmedisinske oppgaver" som sykehjems-, helsestasjons- og skolehelsetjeneste medisin sidestilles faglig med åpen kurativ allmennlegepraksis
- c) ny organisering av sykehustjenesten i spesialiseringen i allmennmedisin
- d) krav om minimum 50% tjeneste i samfunnsmedisinsk arbeid i spesialist-utdanningen i samfunnsmedisin.

Når det gjelder endringene i spesialitetsstruktur og –innhold generelt og ivaretagelse av det helhetlige myndighetsansvaret for legens spesialisert utdanning, er de behandlet i rapporten «Fremtidens legespesialister. En gjennomgang av legers spesialitetsstruktur og –innhold» (IS-2079-3).

Oslo 28. november 2014



Bjørn Guldvog
helsedirektør

SAMMENDRAG

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

Systematisk kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid

Befolkningen skal møte jevn og god kvalitet på legetjenestene. Helsedirektoratet foreslår derfor at alle leger i allmennmedisinsk og samfunnsmedisinsk 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, helselover 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 allmennmedisinske tjenesten ligger så høyt at allmennmedisinske problemstillinger blir tatt hånd om i kommunehelse-tjenesten og i minst mulig grad henvises til spesialisthelsetjenesten. Videre- og etterutdanning i allmenn- og samfunnsmedisin, organisering, kapasitet og finansiering av tjenestene må understøtte en slik utvikling.

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

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

SENTRALE ENDRINGSFORSLAG

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

- Normert spesialiseringstid reduseres fra 6 ½ til 6 år for begge spesialitetene.
- Alle som starter i allmenn- eller samfunnsmedisinsk arbeid, starter samtidig på sine respektive spesifikke spesialiseringer (del 3). Forslaget bringer spesialiseringløpene i de to fagområdene på linje med de øvrige spesialiteter. Forslaget medfører gjensidig forpliktelse for allmennlegen/samfunnsmedisineren og arbeidsgiver/kommune om videre- og obligatorisk etterutdanning. Denne gjensidige forpliktelsen må avtales ved tilsetting/hjemmeltildeling.
- Helsedirektoratet mener det er viktig å heve kvaliteten på de "andre allmennmedisinske oppgavene"¹ og gjøre dem meritterende til spesialiteten i allmennmedisin. Det foreslås blant annet utvikling av egne utdanningsprogrammer for leger som jobber med «andre allmennmedisinske oppgaver». Disse programmene foreslås integrert i spesialist- og etterutdanningen i allmennmedisin.
- Det foreslås at 100% tjeneste i alle «andre allmennmedisinske oppgaver» godkjennes med inntil 2 år i spesialiseringen i allmennmedisin. Resten av del 3 må da gjennomføres som minimum 80% åpen uselektert allmennpraksis + evt. annen allmennmedisinsk oppgave.
- Man må i sum ha minst 2 år fullt tellende tjeneste i åpen uselektert allmennpraksis for å bli godkjent spesialist i allmennmedisin.
- For å bli spesialist i allmennmedisin 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 allmennmedisin 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 fortrinnsvis i kommunen legen arbeider, uansett allmennmedisinsk arbeidsoppgave, for å bli spesialist i allmennmedisin.
- Alle leger bør få første bolk med øvelse og teori i akuttmedisinsk arbeid og erfaring med mennesker som har vært utsatt for vold og overgrep i del 1 av spesialiseringløpet.
- 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.
- Ordningen med godkjenning av arbeidsplasser som utdanningsinstitusjoner i samfunns-medisin oppheves.
- I samfunnsmedisin foreslås det innført obligatorisk etterutdanning og mulighet for å legge mer vekt på ledelse og forskning.

¹ Sykehjem, legevakt, skolehelsetjeneste, helsestasjon, kommunal ø-hjelp døgnet rundt, 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.

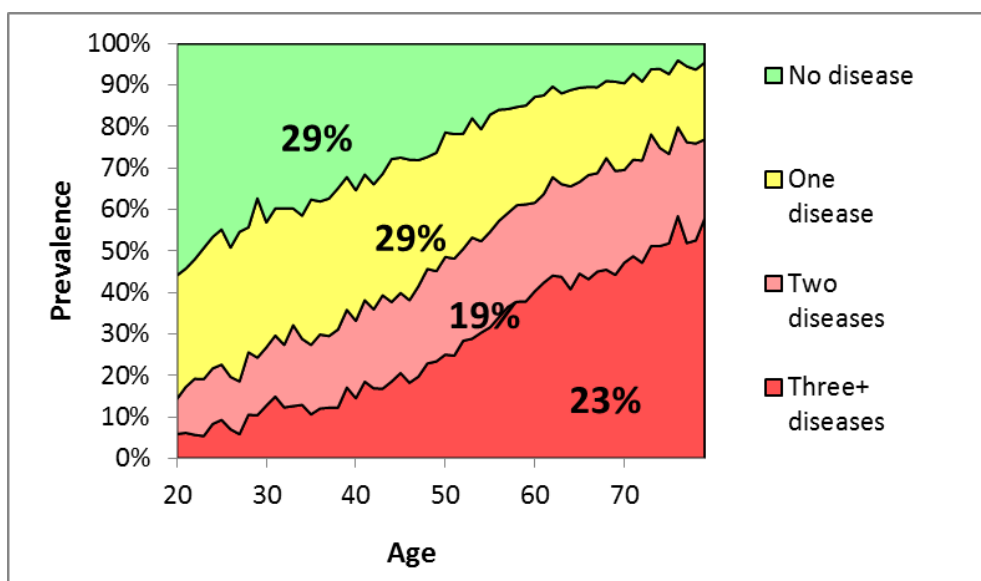


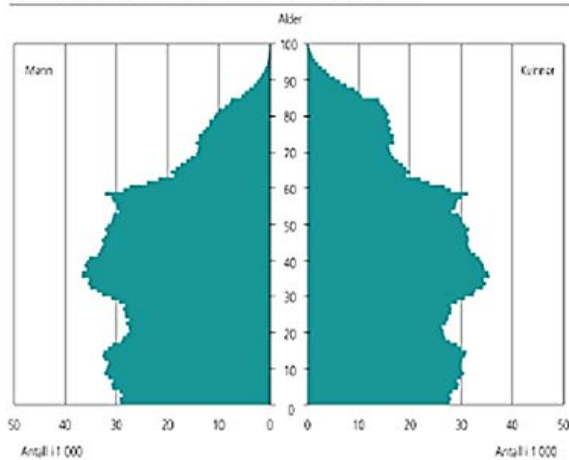
Fig. 1: Aldersfordeling og prevalens av multimorbiditet (flere sykdommer samtidig) blant deltakere i HUNT 3 studien i alderen 20-79 år. Prevalenstillene i uthevet skrift er standardisert³.

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 (Fig. 1).

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

³ Tomasdottir MO, Getz L, Sigurdsson JA, Petursson H, Kirkengen AL, Krokstad S, McEwen B, Hetlevik I. Co- and multi-morbidity patterns in an unselected Norwegian population: cross-sectional analysis based on the HUNT Study and theoretical reflections concerning basic medical models. *Europ J for Person Centered Healthcare* 2014;2(3):335-45.

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



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

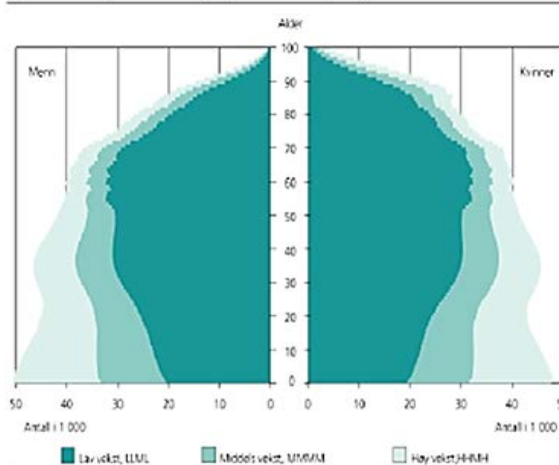


Fig. 2.: Folkemengde etter alder og kjønn i 2005 (venstre) og fremskrevet til 2060 (høyre). Kilde: SSB

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 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 i etterspørselen etter helsetjenester (Fig. 3).

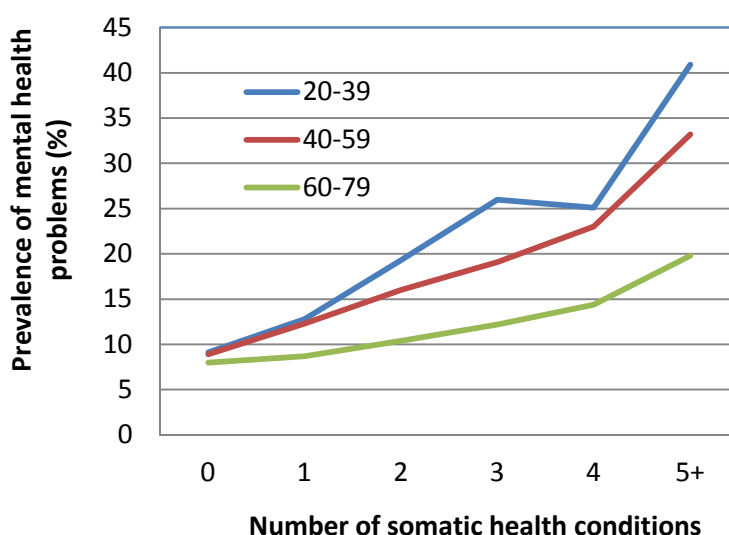


Fig. 3: Prevalens av mentale helseproblemer i relasjon til økende antall somatiske helseproblemer i aldersgruppene 20-39 år; 40-59 år; and 60-79 år i HUNT-3 studien⁴.

⁴ Tomasdottir MO, Getz L, Sigurdsson JA, Petursson H, Kirkengen AL, Krokstad S, McEwen B, Hetlevik I. Co- and multi-morbidity patterns in an unselected Norwegian population: cross-sectional analysis based on the HUNT Study and theoretical reflections concerning basic medical models. *Europ J for Person Centered Healthcare* 2014;2(3):335-45.

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.

Mennesker med kroniske sykdommer bør i all hovedsak følges opp og behandles i primærhelsetjenesten. I North Carolina, Danmark og Canada forsøker man som en konsekvens av utfordringsbildene ikke ulike 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.

Hvis 1% av alle kontaktene med allmennlegetjenesten henvises, øker aktivitetsnivået i spesialisthelsetjenesten med omtrent 30%⁵. Det illustrerer hvor følsomt systemet er for svingninger, og hvor viktig det er å bidra til optimal kompetanse hos allmennlegene, 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 prehospitale tjenester (ambulanse) ikke drar forbi legevaktene og fastlegekontorene med pasienter som kunne ha vært best håndtert der.

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 (hovedprosjektet⁶)

⁵ Forskriften sykehusene bør frykte. Jan Emil Kristoffersen. Leder. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132:126–7.

⁶ IS-2079-1 "Fremtidens legespesialister – en gjennomgang av legers spesialitetsstruktur og –innhold" 20.06.2013 (Hovedprosjektet).

- spesielt å se på spesialitetsstruktur og – innhold i samfunns- og allmennmedisin (SISAM-prosjektet).

De to prosjektene sees i sammenheng.

Norsk helse- og omsorgstjeneste er basert på WHOs 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/særsilt 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 særsilt kompetanse i grenselandet mellom første- og andrelinjetjenestene.

Prosjektet skal ha grunnlag i samhandlingsreformen og utrede spørsmålet om faglige fordypningsområder / særsilt 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 særsilt vurdering. HOD har godkjent 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 allmennmedisin (NFA)
- Norsk forening for samfunnsmedisin (NORSAM)
- Spesialitetskomiteen i allmennmedisin
- 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
- Allmennmedisinske 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 var ved årsskiftet 2013-14 vært på en bred intern høring i Helsedirektoratet. Etter konsekvensutredning av forslagene, ble rapporten sendt på offentlig høring i perioden 18.06.2014-10.10.2014. Høringsuttalelsene ble vurdert, og flere av våre forslag er justert (vedlegg 1) og tatt inn i sluttrapporten her. Helse- og omsorgsdepartementet ba 31.10.2014 om en tilleggsutredning av kostnader og inntekter forbundet med forslagene til endret sykehustjeneste i forbindelse med spesialistutdanningen i allmennmedisin (del 2) (vedlegg 2). Utredningen finnes i vedlegg 2. Etter dette har rapporten vært til en kort, bred intern høring i Helsedirektoratet.

1.2.2 De viktigste forslagene i hovedprosjektet⁷

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.

⁷ 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).

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.

For å oppnå en mer fremtidsrettet spesialitetsstruktur og bedre spesialiseringsløp, 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 spesialiseringsløpet 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 sykehus⁸ 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.

⁸ Det bes i høringsbrevet om synspunkter på å redusere sykehustjenestens lengde til 6 måneder i del 1. Se høringsbrevet for detaljer.

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.

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 sammenfor å møte fremtidens behov for legetjenester på en dynamisk og effektiv måte.

2 SPESIALITETSSTRUKTUR OG – INNHold I SAMFUNNS- OG ALLMENNMedisin

Videre- og etterutdanning av leger er et viktig element i det systematiske kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet i helsetjenesten. Målsettingen med Helsedirektoratets forslag er at uansett hvilket legekantor pasient og pårørende kommer inn på, så skal han eller hun vite at her sitter en lege som er i ferd med å bli spesialist eller er spesialist i allmennmedisin og som resertifiserer sine kunnskaper hvert 5 år på en systematisk måte.

Kunnskap er i løpende utvikling. For å sikre at den enkelte spesialist har oppdatert kunnskap og får ervervet ny kompetanse og ferdigheter som er nødvendig for de arbeidsoppgavene spesialisten har, må det være krav til en obligatorisk videre- og etterutdanning. I utgangspunktet mener Helsedirektoratet at dette er en strukturering av de krav som allerede ligger i helsepersonelloven og tjenestelovene.

Derfor foreslår Helsedirektoratet at alle som starter i allmenn- eller samfunnsmedisinsk arbeid, samtidig starter på sine respektive spesifikke spesialiseringer (del 3). Forslaget bringer spesialiseringsløpene i de to fagområdene på linje med de øvrige spesialiteter.

Det må med andre ord være en gjensidig forpliktelse for allmennlegen/samfunnsmedisineren og arbeidsgiver/kommune om videre- og obligatorisk etterutdanning. Denne gjensidige forpliktelsen må avtales ved tilsetting/hjemmelstildeling. Manglende oppfølging av videre- og etterutdanning vil på lik linje med annet som er avtalefestet og ikke følges, være gjenstand for vurdering i tråd med arbeidslivets regler.

Dersom en spesialist i allmennmedisin eller samfunnsmedisin ikke følger avtalt plan for videre- og etterutdanning må årsakene undersøkes og forholdene søkes rettet av partene, før det kan få følger for tilsettingen/forvaltningen av hjemmelen. For allmennlegen fører forøvrig forsinkelser i spesialiseringen til utsettelse av det inntektstillegget spesialisttakstene fører med seg. Resertifiserer ikke allmennlegen seg i tide, vil det medføre at allmennlegens honorarer i allmennpraksis reduseres, men ikke nødvendigvis at legen mister spesialiteten. Det må likevel være et krav at en spesialist

sørger for å oppdatere sine kunnskaper innenfor sitt arbeidsområde. Kommunen/arbeidsgiver har på sin side ansvar for å legge til rette for at spesialisering og obligatorisk etterutdanning skal kunne finne sted.

Det bør på sikt være et mål at også innbyggerne får tilgang til nøkkelinformasjon om legenes og legekantorenes kompetanse. Se kapittel 6 for nærmere omtale.

Det er derfor ønskelig at kravene til spesialisering, etterutdanning og utlysning i allmennmedisin også skal gjelde for helprivat sektor. Hjemmelen til det kan være helse- og omsorgstjenestelovens §3-2 siste ledd.

Tjeneste vil aldri kunne telle mer enn 100% i videre- og etterutdanningen.

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 og anskueliggjøring av økonomiske konsekvenser av gjennomføringen av forslagene behandles i kapittel 7.

I det følgende bruker vi begrepet lege i spesialisering (LIS) om alle leger som spesialiserer seg enten det skjer i spesialist- eller kommunehelsetjenesten. Videre bruker vi ordet kurs om alle læringsformer der ikke annet er nevnt.

2.1 Allmennmedisinsk kompetanse i europeisk perspektiv

Allmennmedisin er ikke godkjent som medisinsk spesialitet i EU/EØS. EU innførte 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 minst 60% av full stilling å telle både til EØS og spesialiteten i allmennmedisin. En lege som arbeider under veiledning i 60% stilling vil altså måtte jobbe i 4½ år for å oppnå EØS-godkjenning. Etter EØS-godkjenning kan tjenesteforholdet være minimum 50% for å telle tilsvarende til spesialiteten i allmennmedisin.

Frem til både EØS-godkjenning og spesialitet i allmennmedisin må veiledningen omfatte alle typer allmennlegetjenester som inngår i den tellende tjenesten i samme tidsrom enten med en eller flere godkjente veiledere på de ulike feltene.

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 allmennlege.

Tabell 1 nedenfor viser hvordan nasjonale krav til utdanning/kvalifisering som EØS-lege varierer i 24 europeiske land. Tilsvarende variasjon foreligger også for grunnutdanning 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 allmennmedisin. I Nederland har man et konsentrert spesialistløp i allmennmedisin 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 allmennmedisin, og de som enda ikke har gjort det.

I «Gula boken» som er utarbeidet i felles nordisk samarbeid, gis en bred oversikt over alle legespesialitetene i Norden.⁹

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 løn). 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 allmänmedisin har av vad man oppfattet i UEMO en strukturert, målinnriktet planering i Sverige, Norge, Danmark, Storbritannien, Irland, Tyskland och Nederlanderna. Alla länder har inte målinnriktet utdanningsprogram. Ofta anges tid av plasseringar innen klinikk på sykehus og vordcentral istället for mål av oppfyllda kunnskaper/færdigheter.
Norge	5		
Danmark	4		
Island	5		
Finland	3-5		
Storbritannien	4		
Irland	4		
Tyskland	4		
Polen	5		
Nederlanderna	3		
Belgien	3		
Luxemburg	3		
Schweiz	5		
Østerrike	3		
Ungern	3		
Tjeckien	3		
Slovakien	3		
Kroatien	3		
Spanien	3		
Frankrike	3		
Italien	3		
Malta	4		
Slovenien	3		
Bulgarien	3		
		Malta: Følger GP programmet i Storbritannien	Det forefaller ständigt pågå forändringar varfor man reserverar seg att det kan finnas länder som øket sin utdannetstid från 3 till 4 år , men detta är de oppgifter man har kunnet finna eller som redogjorts påUEMO møten de senaste åren.

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

Det vises også til kapittel 3.5 i rapporten her om godkjenning av allmennleger i Norge for å kunne praktisere selvstendig for trygdens regning (EØS-godkjenning).

Det er adgang for et land å stille høyere krav til allmennlegenes kompetanse for å oppnå EØS-godkjenning enn minimumskravet om 3 års veiledning. For eksempel kan et land kreve spesialitet i allmennmedisin for å EØS-godkjenne en lege. Kommer en lege med EØS-godkjenning fra et annet land, kan legen kreve å bli godkjent som spesialist i allmennmedisin i landet selv om hun/han ikke har tatt sepsialistutdanningen der.

⁹ Läkarens vidareutbildning i de nordiske länderna (Gula boken) (2010-versjon) og SNAPS (Samnordisk Arbetsgrupp för Prognos- och Specialistutbildningsfrågor) 2010

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.

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 beskeden 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

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. Alle disse forhold tilsier større krav til fastlegenes kompetanse, kapasitet til hjemmebesøk og tverrfaglig samarbeid.

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

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

3.1 Allmennmedisin del 1¹⁰

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

Spesialiseringen i allmennmedisin 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 spesialiseringsløpet (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.

Man starter del 1 med 12 måneders tjeneste på sykehus og deretter 6 måneders tjeneste i allmennmedisin 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 allmennlegenes 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 allmennmedisin, 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 allmennlegetjenesten (med krav om minimum antall legevakter) skal være gjennomgående i hele del 1.

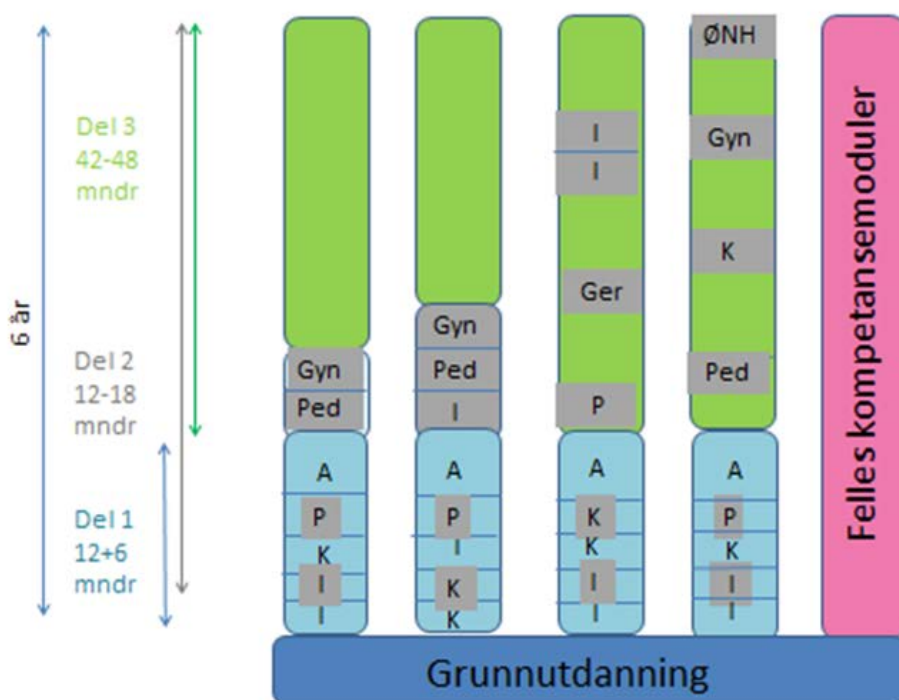
Når legen er ferdig med del 1, kan legen starte sykehustjenesten med sikte på spesialitet i allmennmedisin, eller starte i del 3 ved å søke hjemmel i allmennmedisin for så å ta del 2 på et senere tidspunkt.

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

For at hele eller deler av del 1 skal kunne telle med i EØS-godkjenning, må man minimum arbeide i 60% stilling. Tjenestetiden teller forholdsmessig.

¹⁰ Gjeldende spesialistregler og læringsmål.

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



Figur 4¹¹

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 allmennmedisinsk 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 spesialisitet. 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 allmennmedisin. 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.

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 3¹².

¹¹ I: Indremedisin K: Kirurgi P: Psykiatri A: Allmennmedisin Ped: Pediatri Gyn: Gynekologi og fødselssykdommer Ger: Geriatri ØNH: Øre-nese-hals sykdommer

¹² Ledelse, kommunikasjon, etikk, kunnskapshåndtering, kvalitetsarbeid, lover, systemforståelse, forskningsforståelse, samhandlingskompetanse, organisasjonsutvikling, brukermedvirkning, pasient- og pårørendeopplæring.

3.2 Allmennmedisin del 2

Del 2 i allmennmedisinsk spesialistutdanning består av sykehustjeneste. Den skal i del 2 være på minst 6 eller maksimum 12 måneder tellende tjeneste. Se figur 4.

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 allmennmedisin 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 allmennmedisinsk tjeneste tilsvarende i tid med inntil 6 måneder. Den normerte spesialiseringstiden i allmennmedisin 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 allmennmedisin i sin tellende sykehustjeneste være innom minimum 4 og maksimum 6 forskjellige fagområder.

Sykehustjenesten er en flaskehals i mange spesialiseringsløp for allmennlegene. LIS i allmennmedisin når mange steder ikke opp i konkurransen med ordinære LIS. Helsedirektoratet 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. Helsedirektoratet 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.

For at sykehustjenesten i del 2 skal kunne telle med i EØS-godkjenning må den minimum være på 60% av full stilling.

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 spesialitet i allmennmedisin. 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. Videre må sykehustjenesten ikke bli så lang at allmennlegen ikke kommer tilbake til kommunehelsetjenesten.

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 bare er 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 innleggelser 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 medføre at foretakene og kommunene får utnyttet kapasiteten optimalt.

3.3 Når starter spesialiseringen i allmennmedisin?

Helsedirektoratet foreslår at alle som starter i allmennmedisinsk arbeid, samtidig starter i del 3 på spesialiseringen i allmennmedisin. Dette betyr at når ledige allmennlegestillinger/ fastlegehemler 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 allmennmedisin, 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 allmennmedisinsk arbeid, ikke bare fastlegearbeid.

Ved eventuell innføring av forslaget her, må det utarbeides ordninger for leger i allmennmedisinsk arbeid som ikke er under spesialisering eller resertifisering på tidspunktet reglene innføres, slik at en god del av denne gruppen allmennleger også blir en del av kompetanseløftet i allmennmedisin. Se vedlegg 2 for nærmere omtale.

Det er etter Helsedirektoratets mening ønskelig at kravene til spesialisering og utlysning også skal gjelde for helprivat helsesektor¹³.

3.3.1 Begrunnelse

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

For Helsedirektoratet er det viktig at befolkningen møter jevn og god kvalitet på legetjenestene. Når så meget som hver 5. allmennlege ikke spesialiserer seg er det et alvorlig kvalitetsproblem for kommunehelsetjenesten.

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

¹³ Helprivat helsesektor. Den delen av norsk helsetjenesten der det offentlig ikke betaler noen av utgiftene pasientene har.

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 allmennlegetjenestene, at publikum møter leger som verken er under spesialisering, er spesialister eller resertifiserer seg i allmennmedisin.

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

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

3.3.2 Konsekvenser

Forslaget medfører at alle arbeidsavtaler som inngås mellom allmennlege og kommune må inneholde bestemmelser om hvordan gjennomføringen av videre- og etterutdanningen skal foregå, tvistemekanimser og hvilke konsekvenser det kan få om partene ikke overholder bestemmelsene.

Helsedirektoratet vil også kunne se nærmere på adgangen til å ta inn slike bestemmelser i løpende arbeidsavtaler og eventuelt drøfte med partene om det er hensiktsmessig og i så fall hvordan det kan inntas bestemmelser om videre- og etterutdanning i avtaleverket for fastlegeordningen.

3.4 Allmennmedisin 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 allmennpraksis; 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 allmennlegekontor.

Den allmennmedisinske tjenesten må i gjennomsnitt være på 60% til EØS-godkjenning er oppnådd. Deretter kan den være 50% 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 jobber fulltid i tellende tjeneste.

Prinsippet om at 50% (eller mer) av full tjeneste i åpen uselektert praksis kan kombineres med inntil 50% «andre allmennmedisinske oppgaver»¹⁴, videreføres.

Helsedirektoratet foreslår at inntil halvparten av del 3 i (2 – 1¼ år) kan avtjenes som fulltids tjeneste i «andre allmennmedisinske oppgaver». De resterende årene må da være minimum 80% åpen uselektert allmenn praksis + eventuelt annen allmennmedisinsk tjeneste som i sum gir 100% tellende tjeneste. Uansett tjenestekombinasjoner må tjenesten i åpen uselektert praksis utgjøre minst 2 fulle tjenesteår.

Det må utvikles kompetanseprogram for de «andre allmennmedisinske oppgavene». For de legene som har en «annen allmennmedisinsk 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 allmennmedisin, må bli gjenstand for nærmere utredning.

Ordningen med at forskning med veileder ved relevant forskningsinstitusjon (for eksempel Institutt for allmenn og samfunnsmedisin, allmennmedisinsk forskningsenhet eller allmennmedisinsk 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 allmennmedisinsk stilling eller fastlegehjemmel.

3.5 Supervisjon, 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.

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 allmennmedisin. Hver gruppe har en veileder. I gjennomsnitt gjennomfører hver veileder anslagsvis 3-4 grupper ifølge Legeforeningen.

¹⁴ Sykehjem, legevakt, skolehelsetjeneste, helsestasjon, kommunal ø-hjelp døgnet, fengsel, kvalitetsutvikling, undervisning med mer. Se også kap. 8 Ordliste

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

LIS må i tillegg være sikret personlig veiledning under hele spesialiseringen. LIS knyttes til én eller en gruppe spesialister / mer erfarne LIS i allmennmedisin 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.

Vi vil vurdere system der mer erfarne LIS gir mindre erfarne LIS veiledning og supervisjon. Veilederne gis opplæring og får meritt i forhold til egen videreutdanning for oppgaven.

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

Når LIS er i spesialisering i del 3, må veiledningen omfatte alle de allmennmedisinske oppgavene LIS arbeider med. Dette også for å sikre at all tjeneste teller med i EØS-godkjenning på vei til spesialiteten i allmennmedisin.

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 allmennmedisinsk legearbeid

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

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

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

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

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

For leger i «annet allmennmedisinsk arbeid» vil noe av valgfriheten i kurs innskrenkes. På den andre siden vil de få målrettet kompetanse i den «andre allmennmedisinske 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 allmennmedisinske

fagfeltet» (f.eks. sykehjemsmedisin) slår inn i forbindelse med påfølgende godkjenning. Start i eller bytte av «annen allmennmedisinsk oppgave» bør ikke føre til utsettelse av spesialistgodkjenning.

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

3.8 Velferds- og trygdemedisin

LIS og spesialister i allmennmedisin 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 subspesialisering i allmennmedisin. Med dagens regler er det imidlertid ikke noe i veien for at en allmennlege kan holde seg særlig godt skolert innen ett eller flere allmennmedisinske 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 allmennleger, 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 allmennmedisinske oppgavene»¹⁵, ligger det elementer av fordypning i spesialiseringen i og med at det foreslås ganske omfattende obligatoriske utdanningselementer knyttet til den allmennmedisinske 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 allmennmedisinsk oppgave. En spesialist i allmennmedisin 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 spesialitetsråd i allmennmedisin i Helsedirektoratet.

¹⁵ Sykehjem, legevakt, skolehelsetjeneste, helsestasjon, kommunal ø-hjelp døgnet rundt, fengsel, kvalitetsutvikling, undervisning med mer. Se også kap. 8 Ordliste.

3.11 Allmennmedisin og forskning

Helsedirektoratet foreslår at allmennmedisinsk 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 allmennmedisinen 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 allmennmedisinske feltet.

3.12 Spesialisttittel

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

Helsedirektoratet foreslår at allmennlegene 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 allmennmedisin til norsk spesialitet i allmennmedisin. Disse legene kan man ikke uten videre frata spesialisttittelen selv om de ikke resertifiserer seg.

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

3.13 Etterutdanning

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

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

Spesialist i allmennmedisin som skal resertifisere seg, må arbeide gjennomsnittlig 20% eller mer (av fulltid) i åpen uselektert praksis eller i «annet allmennmedisinsk arbeid» i forbindelse med hver resertifiseringsperiode. Klinisk legevaktarbeid som ansatt kan utgjøre de 20% tellende tjeneste.

Helsedirektoratet foreslår at hospitering og tjeneste på sykehus skal kunne gi mer poeng enn i dag. Sykehustjeneste i den allmennmedisinske etterutdanningen må settes bedre i system. Denne systematiseringen må gjøres sammen med allmennlegene, 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 allmennmedisin. Likeledes anbefales at arbeid med å utdanne veiledere gir meritt i etterutdanningen.

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

I et EØS-perspektiv er det også viktig at allmennleger resertifiserer seg. Hvis vi får ett godkjenningsnivå av allmennleger i Norge mot dagens to, og det ene nivået blir spesialiteten i allmennmedisin, vil det medføre at leger med EØS-godkjenning fra andre land, vil bli godkjent som spesialister i allmennmedisin i Norge (EØS-konvertering). For å beholde økonomien som følger med å være spesialist i allmennmedisin i Norge, må man imidlertid vedlikeholde kompetansen sin i allmennmedisin 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 allmennmedisin.

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 allmennmedisin. Det blir i så fall en oppgave for Helsedirektoratets spesialitetsråd i allmennmedisin 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 allmennleger med god og kontinuerlig vedlikeholdt medisinsk kompetanse. Se også hovedprosjektet på dette punkt og kapittel 6.

3.14 Veksling mellom allmennmedisinske fagfelt i etterutdanningen

Det er viktig at det ikke lages stengsler for at legene skal kunne bytte arbeidsområder innen allmennmedisin og kan «summere» opp ervervet kompetanse fra de ulike periodene i en resertifisering. Har en spesialist i allmennmedisin 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 allmennmedisin å utrede nærmere.

3.15 EØS-reglene og spesialisering i allmennmedisin

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 det faglige innholdet i spesialiteten i allmennmedisin ytterligere på en rekke områder. Dette for å innfri målene i samhandlingsreformen og sørge for at befolkningen møter tidsmessig, jevn og god legekompetanse i første linje.

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

3.16 Ledelse og spesialisering i allmennmedisin

Allmennleger bør også kunne ha formelle lederoppgaver i kommunehelsetjenesten. Vi foreslår at 30 studiepoeng i ledelse på høgskole- eller universitetsnivå, skal kunne telle inntil 6 måneder i del 3. Kravet til 2 års tjeneste i åpen uselektert praksis kan ikke kortes ned.

4 LEGEVAKT OG DEN AKUTTMEDISINSKE KJEDE

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

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 utskriving fra sykehus. Problemstillingene drøftes i kapitlet her.

Helsedirektoratet mener befolkningen på samme måte som i sykehusmottak og på fastlegekontorene, må møte god legekompetanse på legevakt. Hvem er de beste legene til å løse legevaktoppgavene 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 33% i 2013 målt som legegruppens prosentvise andel av alle kontakter. Tilsvarende er andelen deltakende spesialister i allmennmedisin falt fra 30% til 22% i 2013, 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 år (2012). 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. Det er Helsedirektoratets erfaring at utfordringen er størst i storbyområdene.

Helsedirektoratet mener det er få allmennleger 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 allmennlegene 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 legen 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.

Det blir viktig å se bredere på hva legevaktarbeid kan være, enn tilfellet har vært til nå. Kommunens ansvar for legevakt er løftet frem i den reviderte fastlegeforskriften og forslag til revidert akuttmedisinforskrift. Kvalitetsarbeid, undervisning, videre- og etterutdanning, forskning med mer (bakgrunnsaktiviteter) setter krav til ledelse av legevakten og til å sette legevaktordningen og organiseringen av denne bedre inn i den akuttmedisinske kjede.

Kommunene har de ledelsesverktøyene som skal til i fastlegforskrift og avtaleverket som regulerer legevakt og fastlegeordning, for å sikre høy deltakelse av kommunens spesialister og LIS i allmennmedisin i legevakt.

Helsedirektoratet vil i denne omgang ikke opprettholde forslaget om å sette krav om deltakelse i kommunens legevaktordning for å bli resertifisert spesialist i allmennmedisin. Det må sees nærmere på konsekvensene av alle sider av et slikt forslag.

Om Helsedirektoratet får gjennomslag for at alle allmennleger skal spesialisere og resertifisere seg i allmennmedisin, vil det imidlertid bedre tilgangen på spesialister som kan delta i legevakt.

Helsedirektoratet vil følge utviklingen nøye når det gjelder fastlegers og allmennlegespesialisters deltakelse i legevakt fremover og kommunenes tiltak for å sikre at befolkningen får medisinsk hjelp av god kvalitet også på legevakt.

Helsedirektoratet opprettholder kravet om at LIS må inngå i legevaktordningen i kommunen og ha minimum 40 allmennlegevakter (som i dag) for å bli godkjent spesialist i allmennmedisin.

Andre legekategorier enn allmennleger 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 allmennmedisin 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). Etter del 1, må også ett av de tellende årene være i kommunehelsetjenesten. 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 allmennmedisin ut over del 1.

Helsedirektoratet er bekymret for at kapasitet og kompetanse ved legers deltakelse i legevakt ikke er tilfredsstillende. Systemet som har rådet lenge, har ikke bidratt til å bedre situasjonen. Det viktigste tiltaket er at summen av arbeidstid på dagtid og vakt på kveld, natt og helg nærmer seg nivået på sykehusenepå legevakt og at det er moderne arbeidsforhold på legevakt og god integrasjon med resten av den akuttmedisinske kjeden. Hvis det ikke tas grep i denne retning, er det Helsedirektoratets bekymring at kommunehelsetjenesten kommer til å tape i kampen om den gode legearbeidskraften. Lykkes man ikke med å rekruttere leger til kommunehelse-tjenesten, 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 legekompentansen i førstelinjen ikke er optimal.

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 spesialiseringsløpet. Øvelsene og teoriundervisningen fordeles på sykehus- og allmennlegetjenesten. I den allmennmedisinske bolken av del 1 bør undervisning og tverrfaglig akuttmedisinsk øvelse komme tidlig og suppleres med regelmessig øvelser av mindre omfang på legekontorene 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.

Denne kursingen foreslås å telle som det obligatoriske kurset i akuttmedisin som LIS i allmennmedisin må ha for å kunne godkjennes som spesialist i allmennmedisin.

I videre- og etterutdanningen er det bestemt at det i tillegg til dagens obligatoriske kurs i akuttmedisin skal være obligatorisk kurs om hjelp til mennesker som har vært utsatt for grenseoverskridende atferd og forebygging av slik atferd¹⁶. Den praktiske gjennomføringen er under arbeid. Kurset må tas av alle leger som arbeider i kommunehelsetjenesten.

Helsedirektoratet mener at det må være et mål at legevaktarbeid på sikt inngår i arbeidstiden på lik linje med de andre allmennmedisinske oppgavene. Helsedirektoratet viser her til tidligere anbefalinger vedrørende behov for styrking og kapasitetsøkning av leger i kommunens helse- og omsorgstjeneste¹⁷.

4.1.1 Begrunnelse

Legevakt er en allmennmedisinsk oppgave og alle allmennleger som arbeider i kommunehelsetjenesten må kunne håndtere akuttmedisinske situasjoner på en profesjonell måte.

¹⁶ Helsedirektoratet viser til Meld. St. 15 (2012-2013) Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner. Det handler om å leve.

¹⁷ Utviklingsstrategi for legetjenestene i kommunene. Rapport IS-1652. Helsedirektoratet 2008.

Selv om de akuttmedisinske situasjonene kommer mer konsentrert på vakt, er totalvolumet av akuttmedisinske hendelser på fastlegekontorene større gjennom året. Alle som er yrkesaktive allmennleger må gjennomføre kurset i akuttmedisin og voldshåndtering hvert 5. år.

4.1.1.1 Mer om kompetansekrav til leger i legevakt

Krav til kompetanse i

- akuttmedisin som stilles i revidert akuttmedisinforskrift, høringsfrist utløpt 15.09.2014
- 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 regjerings politikktutforming på området, 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 i kommunehelsetjenesten etter påbegynt spesialisering i del 3 og at kurset i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering er gjennomført. Etter slik kompetanse er ervervet er man også kompetent til å ha bakvakt. Dette er langt på vei i tråd med forslaget til ny akuttmedisinforskrift. I vårt forslag er den bakvaktkompetente også på god vei til å bli spesialist i allmennmedisin.

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 allmennmedisin må ha kurs i disse temaene senest hvert femte år for å få resertifisert sin allmennmedisinske kompetanse.

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

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 samfunnsmedisin¹⁸ definert som grupperettet legearbeid for å

- Ha oversikt over sykdomsforekomst/påvirkningsfaktorer
- Tilrå, iverksette, administrere, evaluere helsefremmende tiltak

¹⁸ Gjeldende spesialistregler og målbeskrivelse.

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

- 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 smittevern, helsemessig beredskap, miljørettet helsevern, planarbeid, forebyggende medisin, helsefremmende arbeid og folkehelsearbeid, kvalitetsarbeid og tilsyn, helserett og saksbehandling, ledelse og administrasjon, 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. De praktiske sidene av dette forslaget må vurderes nærmere når det gjelder samfunnsmedisinere utenfor kommunesektoren.

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. Samfunnsmedisinsk arbeid i minst 50% kan skje i kombinasjon med andre typer tjenester. Forutsatt at de øvrige tjenestekravene er tilfredsstilt, vil det gis tellende tjeneste lik summen av de samtidige tjenestene.

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 den totale tidsrammen, kursporteføljen og balansen mellom obligatoriske og eventuelle valgfrie elementer må bli oppgaver 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 og obligatorisk etterutdanning. 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. Arbeidsgiver og den ansatte må følge med på fremdriften i spesialisering og etterutdanningen og korrigere avvik.

I lederstillinger med samfunnsmedisinsk innhold bør det stilles krav om spesialistutdanning i samfunnsmedisin og gis rom for spesialisering og etterutdanning i samfunnsmedisin til ellers kvalifiserte søkere som ikke er spesialister. Helsedirektoratets fagråd for samfunnsmedisin må se nærmere på temaet.

Ved eventuell innføring av forslaget her, må det utarbeides ordninger for leger i samfunnsmedisinsk arbeid som ikke er i spesialisering 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.

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.

5.4 Samfunnsmedisin del 2

Del 2 (6 måneders tjeneste i allmennmedisin) kan gjennomføres der det passer i det spesifikke spesialiseringsløpet (del 3).

Del 2 i spesialiseringen i samfunnsmedisin utgjøres av ½ år allmennmedisinsk tjeneste. LIS vil da ha to år klinisk tjeneste - ett år i sykehus og ett år allmennmedisinsk tjeneste. Tjeneste i allmennmedisin bør fortrinnsvis gjøres sammenhengende eller i to bolker à tre måneder. Tjenesten kan dekkes av alle kliniske modaliteter av allmennmedisin (fastlege eller «andre allmennmedisinske oppgaver»). LIS må delta i kommunens legevaktordning og trer inn i den man vikariere for sitt sted. LIS må uansett tjenestested i kommunen ha hatt minst 5 legevakter i løpet av halvåret.

De 6 månedene i allmennmedisin 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 allmennmedisinsk tjeneste.

Tellende LIS tjeneste i sykehus i 6 måneder eller mer, foreslås å telle 6 måneder i spesialiteten i samfunnsmedisin og gi 6 måneder avkortning av den totale normerte spesialiseringstiden. Er man ikke spesialist, må man ta ½ års tjeneste i allmennmedisin også.

Spesialister i allmennmedisin får også avkortet den normerte spesialiseringstiden med ½ år.

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 allmennmedisinsk tjeneste i tillegg til del 1, som tidligere beskrevet med ett års sykehustjeneste og 6 måneder allmennmedisin.

5.4.2 Konsekvenser

Helsedirektoratet ser ikke behov for å opprette egne allmennmedisinske utdanningsstillinger i kommunene for LIS i samfunnsmedisin, da behovet for vikarer er så stort at vi regner med å kunne dekke behovene på denne måten. Vi vil imidlertid følge utviklingen og justere ved behov.

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.

5.5.2 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.

5.6 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 gikk etter den interne høringsrunden inn for at tjenesten i spesialiseringen i samfunnsmedisin innrettes slik at man kan nå læringsmålene på ett tjenestenivå. 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.

I den eksterne høringsrunden gikk alle instansene så nær som én inn for at spesialitete i samfunnsmedisin kan oppnås på ett tjenestenivå.

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 legevirksomhet.

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 spesialister¹⁹. 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,

¹⁹ Opplysning fra Fylkesmannen i Finnmark.

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 (mentorer) 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.

5.8.1 Begrunnelse

Veiledning tillegges større vekt i forslag til endret spesialitetsstruktur og -innhold slik hovedprosjektet også 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, trygdemedisin, 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 allmennmedisinsk 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 allmennmedisin, 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 kan styrkes, finansieres og organiseres bedre, slik at forskningen på området kan heves betraktelig.

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 i inntil 2 år når den fører til minst 60 studiepoeng i ledelse. Lederutdanningen teller med ett år når grad er oppnådd. Kun formell tilknytning til masterprogrammet kan regnes som medgått tid i spesialiseringen. Det åpnes for at mastergradsutdanningen kan skje på heltid i inntil ett år av videreutdanningen.

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 ett år av spesialiseringstiden i del 3 i samfunnsmedisin kan avtjenes som lederutdanning på universitets- eller høghskolenivå, så fremt det er oppnådd minimum 60 studiepoeng. 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 allmennmedisin.

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. Lederutdanningen teller med ett år når det er oppnådd 60 studiepoeng eller mer. Kun formel tilknytning til leder- eller masterprogrammet kan regnes som medgått tid i spesialiseringen. Det åpnes for at lederutdanningen kan skje på heltid i perioder i inntil ett år av videreutdanningen.

5.12.1 Begrunnelse

Relevant masterutdanning på universitets- og høghskolenivå gir viktig teoretisk kompetanse og vil også kunne erstatte en del av de obligatoriske kursene man ellers hadde måttet ta, etter nærmere vurdering i hvert enkelt tilfelle. 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 av Helsedirektoratets fagråd i samfunns- og arbeidsmedisin.

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.

Helsedirektoratet vil også vurdere å sette veiledning i system slik at mer erfarne LIS kan veilede mindre erfarne LIS, også i samfunnsmedisin. Hvordan slik veiledning eventuelt skal kunne gi meritt, vil vi også få komme tilbake til.

Veilederutdanning i samfunnsmedisin består av tre kurs og gjennomført veiledningsgruppe for LIS i samfunnsmedisin. Veiledere er blitt godkjent av sentralstyret i Legeforeningen.

Hver veileder gjennomfører i gjennomsnitt anslagsvis 3-4 grupper i henhold til opplysninger fra 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 skoling 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 kvantitativ må utredes nærmere i regi av de som får ansvar for spesialistutdanningen.

Godkjenning av veiledere i samfunnsmedisin vil for fremtiden skje i Helsedirektoratets fagrådssystem.

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

Virkemiddelet 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 og må sees i sammenheng med spesialitetene på sykehus.

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 i 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, når startet de 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, kolleger og brukerne å vite hvilken kompetanse legen besitter og hvordan kompetansen vedlikeholdes og utvikles og hvordan arbeids- og oppdragsgiversiden sørger for at videre- og etterutdanningen skjer. 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.

Helsedirektoratet foreslår at forslaget må utredes og man i så fall starter med en forholdsvis enkel modellver 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 avgrensar 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 (basisalternativet).

I tillegg har vi på tilleggsbestilling fra HOD gjort en egen beregning av kostnader og inntekter i forbindelse med den foreslåtte omleggingen av sykehustjenesten for LIS i allmennmedisin (vedlegg 2).

Konsekvensene av forslagene i SISAM-prosjektet må sees i sammenheng med konsekvensene av forslagene i rapportene fra hovedprosjektet om «Fremtidens legespesialister» IS-2079-3 (forslagene) og IS-2180 (konsekvensene av forslagene).

7.2 Basisalternativet

Basisalternativet er en beskrivelse av utviklingen av spesialitetsstruktur og –innhold i samfunns- og allmennmedisin 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.

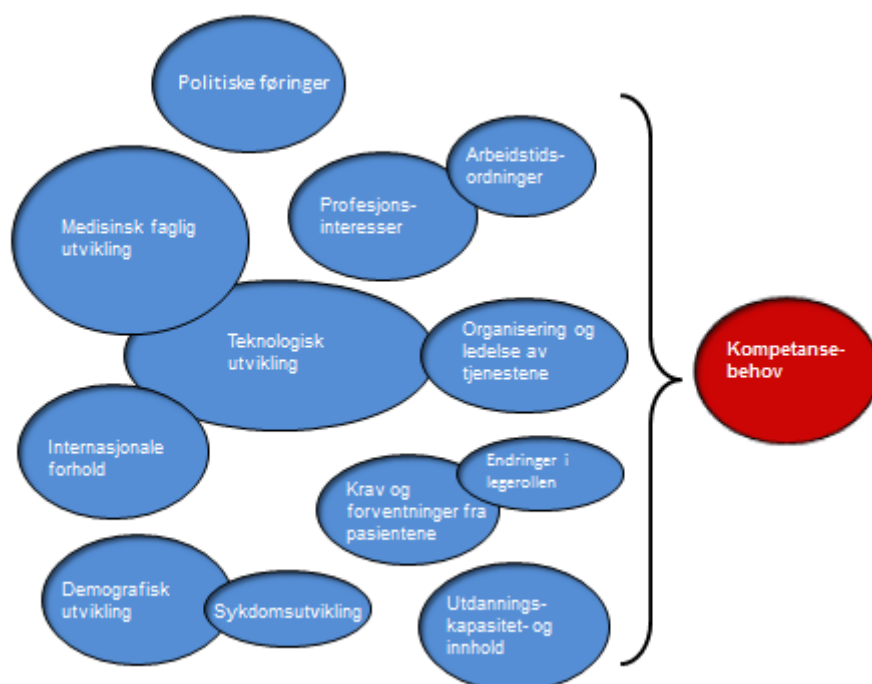
Retningen på ønsket utvikling gis også i en rekke stortingsmeldinger og forskrifter²⁰.

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"²¹. Noen av de viktigste driverne av utviklingen er vist i figur 5 nedenfor.



Figur 5. Faktorer som påvirker kompetansebehov for legespesialister.

²⁰ 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»

²¹ IS-1966

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).

7.2.1 Tall og trender

I tabell 3 nedenfor gis en oversikt over kostnader og realendring totalt til spesialisthelsetjenesten, 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 2007²². 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 medisinstudenter 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.

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 allmennmedisin 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.
-

²² Utdanning av legespesialister i Helse Midt-Norge. Kostnader og kvalitet. Masteroppgave ved Institutt for helseledelse og helseøkonomi. Jon Arve Hollekim og Kåre Edvard Daniels. Mai 2007. For detaljer se også IS-2180.

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
Aktivisering/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. Pro 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 fastlønnnet legevakt er nylig innført i KUHR. Forbedret rapporteringspraksis påvirker endringstall i stor grad, og er derfor ikke med i tabellen.

-
- 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 allmennmedisin er det ikke satt av tid til fordypning.
 - Krav om arbeidsfravær i 10 dager med lønn pr år til spesialisering. I allmennmedisin er rammen 3-4 uker per år.

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.

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.

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.

Legeårsverk etter virkeområde i kommunene				
	2012	2012	2011 - 2012	2008 - 2012
	Absolutte tal	Per 10 000 inbyggjarar	Prosentvis endring	Prosentvis endring
Legar i alt	5 020,2	9,9	3,8	10,8
Diagnose, behandling og rehabilitering	4 093,5 ²³	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	.	.

¹Prosentvis endring er berekna av dei absolute tala.

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.

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

95 % av fastlegene er selvstendig næringsdrivende. For å bli godkjent spesialist i allmennmedisin 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

²³ Omfatter årsverkene i fastlønte og private fastlegehjemler.

inntil 100.000 kroner i alt i slik støtte i løpet spesialiseringstiden som er 8 år i gjennomsnitt²⁴. Helsedirektoratet har stipulert inntektstapet og praksisutgiftene til en næringsdrivende allmennlege i forbindelse med spesialisering til i alt 750.000 kroner. Når man er ferdig, får spesialisten i allmennmedisin 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 allmennmedisin vedlikeholde- og utvikle kompetansen sin som allmennlege og dokumentere dette hvert 5. år (resertifisering). For å bli resertifisert må man oppnå 300 utdanningspoeng hvert 5. kalenderår etter førstegangsgodkjenningen og arbeide gjennomsnittlig minst 20% som allmennlege i perioden.

År	Fastleger	Netto tilvekst	Fastleger med spesialitet i allmennmedisin	Netto tilvekst	Fastleger med spesialitet i allmennmedisin
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 allmennmedisin kalenderåret.

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 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 basistrenativet.

I desember 2013 var 59 % 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

²⁴ Anslag etter opplysninger fra Legeforeningens fondsforvaltning.

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.

Basisalternativet kan bidra til at man fortsetter å gjøre for mye førstelinjearbeid i spesialisthelsetjenesten. Dermed vil det i beste fall 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 vil strømmen gå motsatt vei.

7.3 Økonomiske overslag

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. 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 allmennmedisinske 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 59 % av landets 4.700 yrkesaktive fastleger spesialister i allmennmedisin. Basert på tall fra spesialisthelsetjenesten og fra Legeforeningen, antas det at 25 % (1200) av allmennlegene er LIS i allmennmedisin. Vi har da en pool på om lag 20 % av allmennlegene som ikke er spesialister eller spesialisere seg i allmennmedisin. Hvis det stilles krav om at disse 900 allmennlegene også skal spesialisere seg i allmennmedisin, 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 oversikt over allmennlegene som ikke spesialisere seg, 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 til 100 millioner kroner årlig for å dekke den økte bruken av spesialist/kompetansehevingstakster.²⁵

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 allmennmedisin 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 pekt på at kapasiteten i fastlegeordningen må økes for at helsepolitiske mål skal kunne nås og for at arbeidstiden for fastleger skal kunne normaliseres. I Helsedirektoratets utredning «Utviklingsstrategi for legetjeneste i kommunene (IS-1652) ble det i 2008 anslått et behov for 2.700 nye legeårverk i kommunene (inkludert kommuneleger, leger i «andre allmennmedisinske oppgaver»). I St.meld. 47 «Samhandlingsreformen» (2008-2009) ble det anslått et behov for 2.000 nye fastlegeårverk. Legeforeningen anslo i 2009²⁶ et behov for en nettovest i legeårverk 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 fastlegeforskriften²⁷.

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.

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 allmennmedisin, vil utgiftene øke med om lag 20 millioner kroner i spesialist-/kompetansetakster hvert år²⁸.

Kohorten med leger som arbeider med «andre allmennmedisinske 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 allmennmedisin, vites heller ikke. For de fast ansatte legene i «annet allmennmedisinsk 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 allmennmedisin. Slik sett har det ligget en mulighet for økt bruk av spesialisttakster siden spesialiteten i allmennmedisin ble innført i 1985.

²⁵ 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.

²⁶ Tillit-trygghet-tilgjengelighet. Styrking av allmennmedisin og fastlegeordningen frem mot 2020. Legeforeningen. 2009.

²⁷ Utviklingsplan for fastlegeordningen 2015

²⁸ Forhandlinger mellom Staten, RHFene og Legeforeningen avgjør hvert år hvor mye av kostnadene som blir å belaste pasientene og folketrygden

Høy spesialiseringsgrad blant allmennleger er ønsket politikk. Finansieringen skjer gjennom en overslagsbevilgning i statsbudsjettet og etter avtale mellom partene i normaltarifforhandlingene.

Det er for øvrig ikke gitt at alle som søker om spesialistgodkjenning i allmennmedisin i Norge, vil jobbe som allmennlegespesialister i Norge og slik sett medføre bruk av spesialisttakster. I Legeforeningens medlemsdatabase er nærmere 90 % av alle yrkesaktive spesialister i allmennmedisin under 70 år, fastleger. De resterende 10% fordeler seg hovedsakelig på samfunnsmedisinske og «andre allmennmedisinske» oppgaver. Det er antall fastlegehjemler og dekningsgraden av spesialister i allmennmedisin 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 allmennlegene 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 allmennmedisinske oppgavene» i spesialiteten i allmennmedisin, bidrar til å løfte disse fagfeltene og dermed kvaliteten tjenestetilbudet for brukerne av sykehjem, skolehelsetjeneste, helsestasjon og innsatte i fengslene.

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 samhandling om pasientforløpene og lokalt kvalitets- og fagutviklingsarbeid. 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. Ansvar for gjennomføringen skal ligge hos kommunene som leder legearbeidet.

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 allmennmedisinere. 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 allmennmedisin.

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 allmennmedisin for alle allmennleger – også de som bare jobber med «andre allmennmedisinske oppgaver» - medfører beskjedne ekstrakostnader i administrative utgifter for de kommunene der dette ikke allerede er på plass.

Rammeavtalens²⁹ 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 allmennmedisinske oppgaver» skal kunne telle i spesialistutdanningen i allmennmedisin, medfører at kommunene vil måtte legge noe mer til rette for disse legene i videre- og etterutdanningen. De aller fleste leger som har «andre allmennmedisinske oppgaver» er imidlertid fastleger og er følgelig spesialister i allmennmedisin eller på vei til å bli det. Helsedirektoratet foreslår at kursene som er nødvendige i «andre allmennmedisinske oppgaver» for å bli spesialist i allmennmedisin, skal tas innenfor dagens ramme av tellende kurspoeng. Kompetansekrav i «andre allmennmedisinske oppgaver» i forbindelse med resertifisering, tas innenfor denne kurspoengrammen ved å allokere tid fra valgfrie poeng. Helsedirektoratet mener derfor forslagene blir kostnadsnøytrale, når utviklingskostandene av kompetansepakken er tatt.

²⁹ Rammeavtale for fastlegeordningen mellom KS/Oslo kommune og Legeforeningen

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 arbeider med en oversikt over hvor mange stillinger dette vil kunne gjelde per i dag. De langt fleste samfunnsmedisinere som er under veiledning for tiden, jobber imidlertid 50% eller mer.

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. 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 allmennmedisinsk tjeneste i del 2. Tjenesten i allmennmedisin 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 allmennmedisin er at LIS i samfunnsmedisin er en potensiell vikarpool for allmennleger som skal ha sykehustjeneste. På grunn av behovet for vikarer i

allmennlegehjemler, mener Helsedirektoratet det ikke vil bli behov for å opprette egne stillinger for at samfunns-LIS skal få gjennomført den kliniske tjenesten i allmennmedisin på en adekvat måte.

På den andre siden kan det bli behov for vikar i fraværperioden for LIS i samfunnsmedisin. 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 allmennmedisinsk tjeneste 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 én nasjonal og av én 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 allmennmedisinske oppgaver"³⁰

"Andre allmennmedisinske oppgaver" foreslås faglig sidestilt med fastlegepraksis i forhold til spesialiteten i allmennmedisin. 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

³⁰ Legetjenester på sykehjem, fengsel, skolehelsetjenesten, helsestasjon, undervisning, legevakt, praksiskonsulent med mer

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 à 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 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 allmenn-LISene på sykehuset.

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. 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. Det vises til vedlegg 2 for konkrete beregninger. Helsedirektoratet legger til grunn at det i en overgangsperiode på 5 år i stort vil være kostnadsnøytralt i forhold til dagnes ordning. Deretter vil helseforetakene ha i nettoeffekt ha 75 legeårsverk til disposisjon forutsatt at det ikke skal utdannes flere spesialister i allmennmedisin i året enn i dag.

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 ersattes av en ordinær LIS og det vil da påløpe lønns- og sosiale utgifter til den ordinære LIS med fratrekk 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 flaskehalser 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 allmennmedisinske 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 allmennmedisin, 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 allmennmedisinsk oppgave" for spesialister i allmennmedisin. 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 allmennmedisinsk spesialisering øker fremover med ditto kostnader til veilederutdanning og dermed økte utgifter i utdanningsfond I forvaltet av Legeforeningen.

De samme vurderingene gjelder samfunnsmedisin.

7.8.2.5 Spesialisttittel og kompetansetakster

Per i dag må spesialister i allmennmedisin resertifisere seg hvert femte år for både å få beholde spesialisttittelen i allmennmedisin og retten til å bruke spesialisttakster i "Normaltariffen"³¹.

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

³¹ FOR-2013-06-27-843 Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege.

Helsedirektoratet foreslår at man beholder ordningen med 5-årig resertifisering av spesialistkompetansen i allmennmedisin 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 allmennmedisinske 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.

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 for å få igjen retten til å bruke spesialisttakster når kravene er oppfylt.

I kapittel 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. Det må utvikles ett felles kompetanseregister for alle spesialitetene.

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.

De samme vurderingene gjelder samfunnsmedisin, så langt de passer.

7.8.2.6 Legevakt

Helsedirektoratet, KS og Legeforeningen er enige om at legevakt er en sentral del av det allmennmedisinske arbeidet. For å opparbeide vaktkompetanse, foreslås det at alle LIS i allmennmedisin må delta i den kommunale legevaktordningen.

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

Kostnadsberegningene er det gjort rede for i forarbeidene til høringen om revidert akuttmedisinforskrift.

7.8.2.6.1 Kurskrav legevakt

I dag er kravet at man må ta kurs i akuttmedisin for å bli spesialist i allmennmedisin og resertifisere seg så lenge man er fastlege, uavhengig av om man deltar i vakt eller ikke.

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

Sentralt i forslaget her er 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.

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

7.8.2.6.2 Vakt uten bakvakt

Helsedirektoratet foreslår i den nye spesialitetsstrukturen at allmennlegen 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 allmennmedisin (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 minst bør ha vaktkompetanse.

Det er tatt inn forslag til bestemmelser om bakvaktens kompetanse i forslag til revidert akuttmedisinforskrift der høringsfristen gikk ut 15.09.2014. Bakvakten ble foreslått å måtte være EØS-godkjent, og ha ett år av veiledningstiden være i allmennmedisin. Fylkesmannen foreslås gitt dispensasjonsadgang.

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 innleggelser 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 ut over volumeffekter.

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 aktiviteter i forhold til videre- og etterutdanningen. Legeforeningen har imidlertid stått for de fleste av disse aktivitetene for allmennlegene og samfunnsmedisinerne. Helsedirektoratet foreslår at man fortsetter med denne velfungerende ordningen i samarbeid med Legeforeningen inntil de nye videre- og etterutdanningssystemene er prøvet ut i spesialisthelsetjenesten.

7.10 Helsedirektoratet

7.10.1 Rådsstruktur – særlige forhold for samfunns- og allmennmedisin

Det er gjort rede for forslaget i «Fremtidens legespesialister. En gjennomgang av legers spesialitetsstruktur og –innhold» (IS-2079-3) kapittel 11.6.

I forslag til statsbudsjett for 2015 er det satt av i alt 2.7 millioner for at Helsedirektoratet skal kunne ivareta det helhetlige ansvaret for legenes spesialistutdanning, herunder opprettelse av faglige råd³².

7.10.2 Kompetansemoduler

Kompetansemodulene skal sikre bredde i spesialistutdanningene. Om dette vil bety ekstra kurstimer for den som spesialiserer 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 gjennomgås for å unngå uønskede dubleringer.

Oppgaven foreslås løst av Helsedirektoratets fagråd i de to spesialitetene i samarbeid med det øvrige rådsapparatet.

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-2079-3).

7.11 Juridiske vurderinger

Det blir sannsynligvis ikke behov for lovendringer for å gjennomføre de foreslåtte endringene i SISAM-prosjektet. Spesialitetsregelverket må imidlertid vurderes endret, avhengig av hva HOD eventuelt velger å gå videre med både i SISAM-prosjektet og «Fremtidens legespesialister. En gjennomgang av legers spesialitetsstruktur og –innhold» (IS-2079-3).

³² Prop. 1 S (2014-2015) kap. 783 side 212.

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 allmennmedisin dersom ingen tiltak blir satt i verk.	Basisalternativet er kostnads-beregnet til 355 millioner. Det er eventuelle merkostnader og gevinster av forslagene som er anslått for ulike aktører.	
7.4 Konsekvenser for pasientene		Noe økte egenandeler p.g.a. større andel spesialister i allmennmedisin. Frikort-taket nås raskere for de med store behov for hjelp av fastlegen.	Jevn og høy kompetanse på legetjenestene uansett hvor du henvender deg i kommunen. Flere problemer løses raskere av spesialist i allmennmedisin. Godt grunnlag for samhandling og riktig ressursbruk i alle deler av helse- og omsorgstjenestene. Obligatorisk etterutdanning sikrer befolkning og samfunn leger med oppdatert kunnskap.
7.5 Konsekvenser for kommunen	Legestillinger / - hjemler må utlyses med tanke på spesialistutdanning / etterutdanning i samfunnsmedisin eller allmennmedisin. Kommunen har lovpålegg om å sørge for / legge til rette for videre- og etterutdanning.	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 allmennlegehjemler,	Bedre tjenesteproduksjon. Jevn og høy kvalitet på legetjenestene på alle områder i kommunehelse-tjenesten. Godt grunnlag for samhandling.

		allerede har lagt til rette for deres videre- og etterutdanning. Flere oppgaver løses lokalt – kortere og færre sykehusopphold. Noe økte utgifter i.f.m. spesialisering for leger med «andre allmennmedisinske oppgaver». Økte utgifter til legevakt-bemanning: flere bakvakter.	Innfri kvalitetsavtale, og krav om kvalitet i lover og forskrifter. Bedre ledelse av legetjenestene i kommunene.
7.6 Konsekvenser for staten	Legestillinger må utlyses med tanke på spesialistutdanning / etterutdanning i samfunnsmedisin .	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). Netto tilvekst av spesialister i samfunnsmedisin gir noe økte lønnsutgifter. 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.	Bedre tjenesteproduksjon
7.7 Konsekvenser for private arbeidsgivere	Helsedirektoratets forslag om at alle leger i allmenn- og samfunnsmedisinsk arbeid er også tenkt å omfatte de helprivate tilbyderne av helsetjenestene.	Utgifter til spesialisering- og etterutdanning en sak mellom lege og arbeidsgiver. Alle leger kan søke om refusjon av visse kursutgifter i	

		utdanningsfond for leger forvaltet av Legeforeningen	
7.8 Konsekvenser for leger og Legeforeningen	Like krav til spesialisering for alle primærleger. Spesialitetskomiteene i allmenn- og samfunns-medisin: Legeforeningen mister sitt offentlige oppdrag.	Nye og endrede kurskrav kan medføre endrede utgifter.	Mulighet for raskere gjennomføring av spesialistutdanningen. Mulighet til å bli spesialist i allmennmedisin når man jobber med «andre allmennmedisinske oppgaver» Mulighet for fagkombinasjoner og forskning uten forlengelse av tiden det tar å bli spesialist. Større mulighet for alle til å gjennomføre sykehustjeneste.
7.8.2.2 Konsekvenser for helseforetakene	Mulighet for redusert sykehustjeneste med ½ år. Egne stillinger for allmennlege-LIS i helseforetak. Allmennlegene går ikke natte- og helgevakt i sykehustjenesten.	Kan føre til økte og reduserte kostnader avhengig av løsningsalternativ som velges.	Helseforetakenes ansvar for spesialist-utdanning av allmennleger, blir tydeligere.
7.9 Konsekvenser for universitetene	Beskjedne endringer for allmenn- og samfunns-medisinsk videre- og etterutdanning		
7.10 og 6 Konsekvenser for Helsedirektoratet	Ansvar for spesialitetsråds-strukturen. Kvalitetsregister legekompentanse	Etablerings- og driftsutgifter.	Klarere roller. Kortere beslutningsveier. Bedre oversikt over legers kompetanse-utvikling for innbyggerne, legene, HFene, kommunene og stat.

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

8 FORKORTELSER OG ORDLISTE

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, 3 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 kan føre frem til 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.

9 GJELDENE SPESIALISTREGLER

- Gjeldende spesialistregler og målbeskrivelse allmennmedisin:

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

- Gjeldende spesialistregler og målbeskrivelse samfunnsmedisin:

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

Vedlegg 1

10 Helsedirektoratets gjennomgang av svarene til SISAM høringsnotat

1. Innledning

18.06.2014 sendte Helsedirektoratet notatet Fremtidens legespesialister, Spesialitetsstruktur og -innhold i samfunns- og allmennmedisin (SISAM) (IS-2139) på høring.

Det innkom 17 høringsuttalelser med direkte kommentarer til SISAM-rapporten. Helsedirektoratet er betenkt over at så få kommuner har benyttet anledningen til å være med å forme fremtidens legespesialister i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Alle høringsinstansene er for en spesialiseringsstruktur i 3 deler så langt det passer. Helsedirektoratet bruker i det videre derfor del 1, 2 og 3 om hoveddelene i spesialistutdanningen av legene. Høringsinstansene slutter seg også til prinsippet om obligatorisk etterutdanning.

KS³³, Legeforeningen og de øvrige høringsinstansene deler utredningens beskrivelser av fremtidens helseutfordringer og deler også vektlegging av kvalitet og kompetanse for å nå helsetjenestens mål.

KS ser derfor positivt på de konkrete forslagene for å styrke kvalitet og kompetanse til fremtidens legespesialister.

KS mener det er viktig å gi kommunehelsetjenesten en like god og attraktiv spesialistutdanning som det sykehusene har, for å bedre rekruttering av leger til kommunene. KS mener det er behov for flere leger i kommunene for å møte utfordringene i medisinsk kompetanse og oppgaver.

Norsk sykepleierforbund er av den oppfatning at dette er en gjennomgående god rapport. Den viser også svakheter ved dagens ordninger, eksempelvis når den analyserer allmennlegene og fastlegenes manglende deltakelse i legevaktsarbeid, og understøttelse av de store helse- og omsorgstjenestene som hjemmesykepleie og sykehjem. Rapporten skisserer generelt en god balanse mellom praksis og teori i spesialistutdanningen i både samfunns- og allmennmedisin.

Helse Sør-Øst RHF mener begrunnelsen for de foreslåtte endringer er gode. Det tenkes utdannet flere fastleger med god kompetanse til å være samhandlingspartner i behandlingsskjeden rundt pasientene i sitt lokalområde.

De allmennmedisinske forskningsmiljøene er særlig opptatt av at fremtidens spesialistutdanning i allmennmedisin helsetjenesten skal gis i fast lønnede utdanningsstillinger. Det samme er Nklm³⁴ og NSDM³⁵. Noen av høringsinstansene mener også at fastleger ikke skal forvalte sin egen liste før de er spesialister i allmennmedisin.

³³ Kommunesektorens interesse-, arbeidsgiver- og medlemsorganisasjon i Norge

³⁴ Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin

³⁵ Nasjonalt Senter for Distriktsmedisin

Helsedirektoratets vurderinger³⁶

Helsedirektoratet må legge til grunn at LIS i spesialisering i allmennmedisin må få like god videreutdanning enten de er næringsdrivende eller fast ansatt. Alle fastleger som videreutdanner seg i allmennmedisin er i en utdanningshjemmel og må få like god utdanning uavhengig av avtale- og/eller avlønningsform.

Helsedirektoratet ser at en fast lønnet utdanningshjemmel kan ha positive sider for den som er ny i faget. På den andre siden kan det også gi stor grad av tilfredshet å eie og drive sin egen arbeidsplass. Avtaleformen er neppe avgjørende for hvor god veiledning og oppfølging du får eller hvor dyktig spesialist i allmennmedisin du blir. Det er da heller ikke fremlagt dokumentasjon fra de allmennmedisinske forskningsmiljøene på at spesialisering i allmennmedisin som skjer i fast lønnet stilling, fører til kvalitativt forskjellige spesialister fra fastleger som er næringsdrivende. Ei heller er forslaget om fastlønte utdanningsstillinger kostnadsberegnet. Over 95% av dagens fastlegehjemler forvaltes av næringsdrivende fastleger. I 2013 var 40% av allmennlegene som sendte inn regningskort til HELFO³⁷ ikke spesialister i allmennmedisin.

Det er kommunen som avgjør om den vil knytte en stilling med fast lønn til en fastlegehjemmel eller om fastlegen skal være næringsdrivende.

En av de bærende ideene med fastlegeordningen er at fastlegen skal være i hjemmelen sin så lenge som mulig. Et av poengene med en utdanningsstilling er at den må forlates når utdanningen er ferdig for å gi plass til neste LIS. Det slipper man hvis man er fastlege (hjemmelshaver).

2. Allmenn- og samfunnsmedisin

Høringsinstansenes vurderinger

Alle høringsinstansene stiller seg positive til obligatorisk spesialisering i allmennmedisin og samfunnsmedisin. Legeforeningen påpeker utfordringen med et slikt krav til lederstillinger i samfunnsmedisin.

Videre stiller høringsinstansene seg positive til at forskning i de to fagene skal kunne telle inntil 50% av spesialiseringstiden i del 3.

Legeforeningen med flere er i varierende grad bekymret for at en forkortning av spesialiseringstiden fra 6.5 til 6 år fører til at LIS ikke har hatt nok modningstid.

Helsedirektoratets vurderinger

Forslaget om obligatorisk spesialist- og etterutdanning i samfunns- og allmennmedisin bringer forholdene på linje med de øvrige spesialitetene i Norge.

Tidspunktet for oppnåelse av spesialistkompetanse må også sees i lys av kravet om obligatorisk etterutdanning Helsedirektoratet legger opp til. Dette er godt organisert for allmennlegene og skal bli det for samfunnsmedisinerne. Den faktiske gjennomføringstiden for spesialisering er 8-9 år. Kompetansekravene hva tid angår er svært ulike for de forskjellige spesialitetene i europeisk sammenheng. Helsedirektoratet mener en forkortning av den normerte spesialiseringstiden fra 6.5 til 6 år for de to spesialitetene er forsvarlig gitt den mer strukturerte opplæringen, læringsmålene, kunnskapstesting og den obligatoriske etterutdanningen.

Når det inngås arbeidsavtale / avtale om fastlegehjemmel må den inneholde bestemmelser om spesialisering og resertifisering / obligatorisk etterutdanning. Hvis avtalen brytes på dette (eller andre vesentlige punkt) må partene følge bestemmelsene i avtaleverket og de vanlige arbeidsrettslige reglene i håndtering av bruddet.

³⁶ Vi bruker begrepet LIS (Lege i spesialisering) om alle leger som er i spesialisering uansett hvor (også utenfor sykehus) og hvor i spesialiseringssløpet de er. Kurs brukes som fellesbetegnelse på alle læringsformer som ikke er veiledning / supervisjon.

³⁷ Statens helseøkonomiforvaltning

3. Allmennmedisin

Høringsinstansenes vurderinger

Det er bred støtte til forslaget om at spesialisttittel beholdes uavhengig av resertifisering og at retten til å bruke tilleggstakstene i Normaltariffen følger resertifisering.

Det gis generelt tilslutning til at «andre allmennmedisinske oppgaver» herunder klinisk stilling ved legevakt likestilles med kurativ praksis – den brede definisjonen av faget allmennmedisin.

KS mener også at utredningen sender viktige prioriteringssignaler når «andre allmennmedisinske oppgaver» trekkes fram og sidestilles med den kurative fastlegepraksisen. KS støtter at det utvikles kompetanseprogram for de «andre allmennmedisinske oppgavene».

Legeforeningen peker på at det bør gjøres avgrensninger på faglig grunnlag i forhold til hvilke «andre allmennlegeoppgaver» som skal kunne telle med i spesialiseringen.

Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser (NKDS) mener tjeneste ved sjeldensentrene må kunne inngå i «andre allmennmedisinske oppgaver» på linje med tjeneste i sykehjem. Fastlegen er sentral i arbeidet med og samhandlingen om sjeldne tilstander, som hver for seg er sjeldne men som gruppe kan utgjøre betydelig behov for helse- og omsorgstjenester på den enkelte fastlegeliste.

Helsedirektoratets vurderinger

Helsedirektoratet konstaterer bred støtte til prinsippet om at man får beholde spesialisttittelen i allmennmedisin så lenge man er autorisert lege. Det vil gi like forhold for allmennmedisin i forhold til de andre spesialiteter i Norge og resten av den vestlige verden. Man vil også fjerne det urimelige i at kolleger med utenlandsk spesialistgodkjenning i allmennmedisin beholder spesialisttittelen, mens spesialister godkjent i Norge mister den hvis de ikke resertifiserer seg.

Spesialitetsrådet i allmennmedisin må godkjenne hvilke «andre allmennlegeoppgaver» som skal telle i spesialisering i allmennmedisin. Det må være utviklet og godkjent et kompetanseprogram for at oppgaven skal kunne godkjennes.

4. Samfunnsmedisin

Høringsinstansenes vurderinger

Lenvik kommune sammen med Berg, Dyrøy, Torsken, Tranøy og Sørreisa kommunene mener krav om minst 50% stilling i samfunnsmedisin faglig sett vil styrke dette fagområdet. For mange kommuner vil det nok måtte bety samarbeid med nabokommuner og det bør åpnes for unntak der det av rekrutteringsmessige hensyn ikke er mulig å få til dette.

Videre mener de samme kommunene at når man nå foreslår at spesialiteten i samfunnsmedisin kan oppnås på ett tjenestenivå, at det vil være positivt for rekruttering til denne spesialistutdanningen. Kommunene vil da få mindre behov for å skaffe vikarer i slike stillinger som kan være vanskelig å rekruttere til i utgangspunktet og dermed får en mer stabil tjeneste.

KS mener kommuneleger med god kompetanse i samfunnsmedisin er en sentral ressurs i utviklingen av kommunens helsetjenester. KS ser at kravet om stillingsstørrelse på minimum 50% vil innebære en del utfordringer for kommunene, både økonomisk og praktisk. Men KS anser at dette kan føre til stor kvalitetsgevinst, og forslaget bør jobbes videre med i nært samarbeid med KS.

Det er ikke gått tilstrekkelig i dybden på hva slags stillinger spesialiteten samfunnsmedisin skal omfatte mener KS og Legeforeningen. Stillinger i ledelsen til viktige medisinske institusjoner som helseforetakene, statlige fagorganer som helsedirektoratet, folkehelseinstituttet, og

fylkesmannsembetet er i sin natur samfunnsmedisinske. Kravet om spesialitet i samfunnsmedisin bør da også iverksettes for disse.

Oslo kommune er den eneste høringsinstansen som mener kravet om spesialisering på to nivå bør opprettholdes.

Ingen har hatt innvendinger mot at ordningen med utdanningsinstitusjoner i samfunnsmedisin, oppheves.

Helsedirektoratets vurderinger

Per i dag er 171 LIS i samfunnsmedisin i veiledningsgruppe. Vi vet ikke sikkert hvor mange LIS som er i stilling under 50%, men det er trolig relativt få. For å få tellende tjeneste, må man etter Helsedirektoratets forslag, minimum jobbe 50% i samfunnsmedisinsk stilling.

Helsedirektoratet foreslår at de som er i gang med spesialisering det vil si er eller har fullført veiledningsgruppe, men ikke er godkjente spesialister i samfunnsmedisin kan velge om de vil søke godkjenning etter nye eller gamle kriterier innenfor en tidsramme på 5 år fra nye spesialistregler i samfunnsmedisin trer i kraft.

Helsedirektoratet har først og fremst tenkt på underordnede stillinger i forbindelse med forslaget om at alle som starter i samfunnsmedisinsk arbeid også starter på spesialiteten i samfunnsmedisin. Kommuneoverleger bør være spesialister i samfunnsmedisin og om de ikke er det, få fullføre spesialistutdanningen. Helsedirektoratet vurderer også at det bør være anledning for leger som tiltrer lederstillinger med tyngdepunkt i samfunnsmedisin å spesialisere seg i samfunnsmedisin.

Ordningen med godkjenning av utdanningsinstitusjoner i samfunnsmedisin oppheves.

5. Del 1 alle spesialiteter

Høringsinstansenes vurderinger

Høringsinstansene gir sin tilslutning til at legene må starte spesialiseringen med utdanning som er felles for alle spesialitetene (del 1). Høringsinstansene slutter opp om alternativ 1 der tjenesten består av 12 måneders sykehustjeneste fordelt på 4 bolker á 3 måneder og 6 måneder allmennmedisinsk tjeneste i kommunen.

Det er stor enighet om at 12 måneder på sykehus er nødvendig for å opparbeide kompetanse for å kunne arbeide selvstendig som lege på legekontor og i legevakt.

Flere instanser er skeptiske til at 3 måneder på en sykehusavdeling er tilstrekkelig til å nå læringsmålene. Går Helsedirektoratet likevel inn for 3 måneders bolker, må læringsmiljø og oppnådd kompetanse hos LIS kvalitetssikres.

Universitetene mener man må se grunnutdanning og spesialisering i en større sammenheng om man skal vurdere å redusere tjenestetiden i del 1 under dagens nivå. Det gjelder også felles kompetansemoduler.

Legeforeningen peker på at mulighet for tjeneste på andre avdelinger enn kirurgi, indremedisin og psykiatri i del 1, ikke må lukkes.

Helsedirektoratets vurderinger

Det arbeides videre med alternativ 1 og organisering, læringsmål for alle deler av tjenesten i del 1 innenfor denne modellen. Organisering av arbeidet med kvalitetssikring av læringsmiljø og at LIS når sine læringsmål er også viktig.

Helsedirektoratet mener del 1 skal utføres innen indremedisin og kirurgi og eventuelt psykiatri. Helsedirektoratet vil ikke lukke for mulighet for tjeneste i del 1 i andre kliniske fag på sykehus,

men for å oppnå spesialitet i allmennmedisin må LIS ha minst tre måneder godkjent tjeneste i både indremedisin og psykiatri.

6. Del 2 allmennmedisin

Høringsinstansenes vurderinger

Lenvik kommune sammen med Berg, Dyrøy, Torsken, Tranøy og Sørreisa kommunene mener tjeneste ved minst 4 ulike avdelinger med minst 3 måneder innafor hver vil være et faglig løft i forhold til bedre breddekompetanse. Det vil imidlertid kunne gi større utfordringer i forhold til rekruttering til primærhelsetjenesten.

Legeforeningen er enig i beskrivelsen av utfordringsbildet med å få avviklet sykehustjeneste i spesialiseringen i allmennmedisin. Legeforeningen mener det er positivt med strukturert sykehustjeneste som foreslått, men mener det er en rekke forutsetninger som må møtes på det faglige, organisatoriske og finansielle plan før en eventuelt kan gå inn for en slik ordning. For å fjerne flaskehalsen sykehustjenesten i spesialiseringen av allmennleger er, må det nasjonal styringskraft og økonomi til mener foreningen.

Videre er Legeforeningen kritisk til hvorvidt tre måneder er tilstrekkelig for å lære det man skal, men positive til intensjonen med at sykehustjenesten skal gi LIS i allmennmedisin økt breddekompetanse.

Lenvik, Berg, Dyrøy, Torsken, Tranøy og Sørreisa kommuner frykter at det blir enda vanskeligere å få avviklet sykehustjenesten enn i dag. De stiller seg imidlertid positiv til den faglige bredden forslaget om minst 4 maksimalt 6 forskjellige fagområder på sykehus, vil gi.

Nklm er bekymret for om psykiatri 3 måneder vil være tilstrekkelig. Det er for stor variasjon i tjenestetilbudet mellom tjenestestedene. Derfor er det viktig med læringsmål og relevans for allmennmedisin.

Legeforeningen peker på det uheldige i at annen spesialiseringskompetanse gir så dårlig uttelling. Hvis man for eksempel har tre år fra indremedisinsk avdeling bak seg, vil dette ikke lenger kunne telle som del 2. Dette mener Legeforeningen kan være uheldig for rekruttering, i tillegg til at den tror at det ikke er faglig riktig. Legeforeningen mener derfor at Helsedirektoratet må utrede regler for dette nærmere slik at man ikke mister denne inngangen i karriereløpet til allmennmedisin.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) mener opprettelse av stillinger for allmennleger i spesialisering på sykehus bør omfattes av samarbeidsavtalene mellom kommunene og helseforetakene slik at det kan lages helhetlige løp for spesialistutdanningen. Stillingene må ha særskilt finansiering slik at allmennleger kan få slik tjeneste når det er optimalt i utdanningsløpet. De må inngå i avdelingenes vanlig drift og ikke unntas fra ansvar og vakter.

Nklm mener i alt 24 måneder sykehustjeneste del 1 og 2 må til for å sikre samhandlings-reformens intensjoner om oppgaveflytting fra spesialisthelsetjeneste til kommunen.

NSDM mener at sykehustjenesten ikke bør bli lengre enn 12 måneder i del 2. Bakgrunnen er at andelen spesialistkandidater som går over i sykehusstillinger og blir værende der, allerede er en utfordring. Økt tid på sykehus kan øke sjansen for slike overganger. Kortere turnustjeneste enn 12 måneder på sykehus gir på den andre siden ikke tilstrekkelig kompetanse for den påfølgende tjenesten i allmennmedisin og vil spesielt i distriktene kunne virke derekrutterende.

Helsedirektoratets vurderinger

Helsedirektoratet merker seg at høringsinstansene mener målene med forslagene til endret sykehustjeneste er gode. Bekymringene går på sykehusenes vilje og evne til å kunne gjennomføre det foreslåtte opplegget.

Flere høringsinstanser peker på muligheten for at det foreslåtte systemet også har potensial til å forenkle gjennomføring av spesialistutdanningen i allmennmedisin ved at man for eksempel kan dele opp sykehustjenesten.

Når det gjelder sykehusutdanningens lengde på hver avdeling er 3 måneder ikke uvanlig i andre land. Legen har minst ett år på sykehus og ½ år i allmennpraksis bak seg i del 1 før del 2 begynner. Helsedirektoratet deler ikke uroen for at legen ikke skal komme i gang med læring nokså umiddelbart og ha god kompetanse i sykehusfaget etter tre måneder i forhold det som er nyttig for allmennpraksis. Tydelige læringsmål og løpende kvalitetssikring av læringsmiljø og oppnåelse av kompetansemålene skal bidra godt læringsutbytte.

Helsedirektoratet mener det er viktig med breddekompetanse også i sykehustjenesten i spesialistutdanningen i allmennmedisin. Gitt at LIS har bolker a 3 måneder fra 4 kliniske sykehusspesialiteter, kan inntil ni måneder fra én og samme kliniske sykehusspesialitet telle med. For øvrig må LIS ha minst 2 år i åpen uselektert praksis og minst 40 legevakter.

Helsedirektoratet mener LIS stillinger dedikert fastlegers 3 måneders bolker ikke skal være faste stillinger.

7. Del 2 samfunnsmedisin

Høringsinstansenes vurderinger

Legeforeningen har forståelse for at allmennmedisin kan anses å være mer relevant enn annen klinisk tjeneste i forhold til mange samfunnsmedisinske stillinger, og ut fra en slik vurdering bør vektas mer enn andre fag. Legeforeningen foreslår at kravet til klinisk tjeneste (del 2) videreføres som i dag. Det vil si krav om 12 mnd. klinisk tjeneste, som kan oppnås i allmennmedisin eller sykehusspesialiteter eller en kombinasjon av disse. Selv om dette på papiret bidrar til lengre utdanningstid, vil dette trolig ha liten praktisk betydning for tidsforløpet i spesialistutdanningen i samfunnsmedisin. Legeforeningen uttrykker videre at det er et urimelig sprang mellom en klinisk spesialitet og 6 mnd allmennmedisin som likestilte tjenester for del 2.

Helsedirektoratets vurderinger

I Helsedirektoratets opprinnelige forslag forutsettes det at del 2 skal innebære 6 mnd allmennmedisinsk tjeneste utover del 1 som omfatter 12 mnd sykehustjeneste og 6 mnd i kommunehelsetjenesten. Del 2 tjenesten kan gjennomføres i alle kliniske modaliteter av allmennmedisin. Den kan gjennomføres på det tidspunkt som passer for legen i del 3 av spesialiseringssløpet og eventuelt i to bolker a 3 måneder. Bakgrunnen for kravet om allmennmedisinsk tjeneste er å likestille bakgrunnskompetansen fra den kommunale helsetjeneste og spesialisthelsetjeneste med 12 mnd på hver av områdene.

Helsedirektoratet mener at man må ha 6 måneder allmennmedisinsk tjeneste etter del 1. For øvrig vil vi foreslå at minimum tre, maksimum seks måneder spesialistutdanning i annen klinisk spesialitet, skal kunne telle med en tilsvarende forkortning av utdanningstiden i den samfunnsmedisinske tjenesten.

8. Del 3 allmennmedisin

Høringsinstansenes vurderinger

Legeforeningen med flere støtter at «de andre allmennmedisinske oppgavene» sidestilles faglig med åpen uselektert allmennpraksis, men mener at helsemyndighetene må se til at disse oppgavene er kliniske og relevante for allmennmedisin.

Legeforeningen er kritisk til at tiden i åpen uselektert praksis kan bli for kort og ber om at tiden totalt sett i slik tjeneste ikke må bli kortere enn to år.

Høringsinstansene støtter forslaget om at inntil to års fulltids tjeneste i «andre allmennmedisinske oppgaver» teller.

Flere høringsinstanser peker også på behovet for ledelse av de allmennmedisinske tjenestestedene.

Tema forskning og allmennlegetjeneste er behandlet foran i dokumentet.

Helsedirektoratets vurderinger

Kommunen har i dag frihetsgrader til å bestemme hvilke oppgaver som faller inn under «andre allmennmedisinske oppgaver» (fastlegeforskriften §12, siste ledd). Helsedirektoratet forutsetter imidlertid at «andre allmennmedisinske oppgaver» som skal telle til spesialiteten i allmennmedisin, må godkjennes for spesialitetsrådet i allmennmedisin og at det er utviklet et kompetanseprogram for oppgaven.

Vi deler Legeforeningens syn og foreslår at det kreves minimum 2 års tjeneste i åpen uselektert allmennpraksis i del 3 av spesialiseringen i allmennmedisin.

Helsedirektoratet foreslår derfor at 30 studiepoeng i lederutdanning ved høyskole eller universitet, kan telle 6 måneder til spesialiteten i allmennmedisin. Krav om minimum 2 års tjeneste i åpen uselektert allmennpraksis gjelder uansett.

9. Del 3 samfunnsmedisin

Høringsinstansenes vurderinger

Lenvik kommune sammen med Berg, Dyrøy, Torsken, Tranøy og Sørreisa kommunene foreslår tjeneste på annet nivå i 3 måneders bolker.

Legeforeningen støtter prinsippet om obligatorisk oppstart i spesialistutdanning når man starter i samfunnsmedisinsk stilling. For de fleste som starter i kommunelegestilling eller annen lege/rådgiverstilling i offentlig forvaltning, vil dette medføre en presisering av det som allerede er gjeldende praksis.

Legeforeningen anser at minimum tre år av tjenesten i del 3 ("hovedutdanningen") må utgjøres av praktisk tjeneste i samfunnsmedisinsk stilling. Mastergrad i relevant fagområde bør bare kunne telle med inntil er år av tjenesten. En mastergrad vil i tillegg kunne sidestilles med en stor del av det obligatoriske kursprogrammet.

Helsedirektoratets vurderinger

Helsedirektoratet opprettholder sin anbefalinger om at spesialisering i samfunnsmedisin del 3 kan skje på ett nivå, men at man fortsatt skal kunne kombinere tjeneste på flere nivå. Man må minst tjenestegjøre 6 måneder fulltid på et annet nivå i bolker på 3 måneder ad gangen. Redusert tjeneste ned til minimum 50% forlenger kravet om tjenestetid tilsvarende.

10. Legevakt

Høringsinstansenes vurderinger

Høringsinstansene mener legevakt er en del av det allmennmedisinske faget, at det trengs medisinsk faglig kvalitetsheving av legevakt og at man må delta i legevakt for å bli spesialist i allmennmedisin. Høringsinstansene er imidlertid delt i synet på om deltakelse i kommunens legevaktordning skal være en forutsetning for resertifisering i allmennmedisin. De som mener legevakt ikke bør inngå som krav til resertifisering, begrunner det blant annet med at kommunen har styringsverktøyene som skal til for å sikre kvaliteten på legevakt gjennom forskrift og avtaleverk, og at spesialistutdanning ikke skal brukes til å løse organisatoriske utfordringer.

Mange instanser mener legevakt og deltakelse i internopplæring og øvelser i forbindelse med legevakt, bør inngå i arbeidstiden.

Nklm mener obligatorisk deltakelse i legevakt skal være knyttet til det å være fastlege.

Instansene som har omtalt problemstillingen, mener 3 års veiledet tjeneste er tilstrekkelig til å kunne ha legevakt uten bakvakt.

Helsedirektoratets vurderinger

For Helsedirektoratet er det viktigst at befolkningen får legetjenester av god kvalitet, også på legevakt. Det er fastlegene og spesialistene i allmennmedisin i en kommune som er best skikket til legevakt.

Årsakene til fastlegers manglende deltakelse i legevakt er sammensatte. Selv om vi mangler forskningsbasert kunnskap, synes fenomenet å være mindre uttalt i mindre og mellomstore kommuner enn i befolkningsrike områder. Desto større grunn skulle det med andre ord være å sette krav til fastlegene om å delta i vakt i de befolkningsrike områdene. Ville kommunene bruke virkemidlene de har i fastlegeforskriften til bruke fastlegene i vakt, kunne for eksempel aldersgrensen for pliktig vakt deltakelse vurderes satt lavere enn 60 år (aldersgrensen for vaktplikt i fastlegeforskriften) i kommuner med mange fastleger som ikke går i vakt.

Kommunen har etter Helsedirektoratets vurdering de styringsverktøyene de trenger for å kunne bemanne legevakten med fastleger gjennom fastlegeforskriften og avtaleverket. Det er kommunen som sitter med nøkkelen til å sikre befolkningen den ønskede medisinske faglige kvalitet på legevaktarbeidet.

Helsedirektoratet foreslår å opprettholde kravet om deltakelse i legevakt i henhold til de til enhver tid gjeldende regler, for å kunne oppnå spesialiteten i allmennmedisin.

Helsedirektoratet ser at forslaget om krav til deltakelse i kommunens legevaktordning for å bli resertifisert, trenger mer utredning og fremmer derfor ikke forslag om krav til deltakelse i kommunens legevaksordning for å oppnå resertifisering i denne omgang.

Helsedirektoratet mener man kan ha vakt uten bakvakt når man er spesialist i allmennmedisin eller er EØS-godkjent, har minst ett års godkjent tjeneste i kommunehelsetjenesten samt kurs i akuttmedisin og overgrepshåndtering. Kommunen må for øvrig kunne vurdere om vaktleger bør ha bakvakt eller ei, ut fra en konkret forsvarlighetsvurdering av den enkelte lege.

Alle allmennleger må ha kurs i akuttmedisin og kurs i overgrepshåndtering for å bli godkjent spesialist i allmennmedisin og senere hvert femte år uavhengig av resertifisering, når man jobber i klinisk allmennmedisin. Bakgrunnen er at allmennlegen må være kompetent i å håndtere akuttmedisinske situasjoner i og utenfor arbeid.

Helsedirektoratet ønsker ordninger der legevakt regnes som en naturlig del av hjemmelen. Arbeidstiden i legevakt og fastlegevirksomhet må sees i sammenheng. Dette er forhold Helsedirektoratet mener er helt sentrale for å få fastleger til å delta mer i legevakt. En slik ønsket utvikling vil skape et behov for flere fastlegestillinger for å fylle vaktene, samtidig som den kurative fastlegevirksomheten og de andre allmennmedisinske oppgavene kan ivaretas innenfor arbeidstid under arbeidsforhold som ellers er konkurransedyktige med sykehusene.

Helsedirektoratet vil undersøke om det er en sammenheng mellom listelengde og deltakelse i vakt.

Det blir også systemfeil når den som har vakt ikke greier like lang liste som den som ikke har vakt. Lange lister brukes ofte som begrunnelse for ikke å kunne delta i vakt.

11. Felles kompetansemoduler

Høringsinstansenes vurderinger

Universitetet i Tromsø, Universitetet i Bergen, Universitetet i Oslo og NTNU mener det er uheldig at spesialitet i samfunns- og allmennmedisin ikke vurderes sammen med de øvrige spesialitetene. Felles kompetansemoduler bør være gjennomgående for alle spesialiteter.

Videre omtales behovet for samhandlingskompetanse både horisontalt og vertikalt. Denne kompetansen må også sykehusspesialister tilegne seg. Derfor burde det inngå i enten del 2 eller 3 en felles utdanningsmodul for alle spesialister, uavhengig av tjenestenivå. Forståelsen av innholdet i samhandlingsbegrepet er vidt forskjellig mellom nivåene og mellom spesialistene.

Legeforeningen mener forslaget om felles kompetansemoduler for alle spesialitetene fremstår som lite utviklet. Det er nødvendig at alle leger opparbeider kompetanse innen kommunikasjon, etikk, systemforståelse, kvalitetsarbeid, lover, forskningsforståelse og kunnskapshåndtering, organisasjonsutvikling og ledelse, samt samhandlingskompetanse. Dette er svært relevante kompetanseelementer også for alle leger, men det er svært ulike behov på tvers av alle spesialiteter. Legeforeningen synes det er vanskelig å tenke seg at et enkelt generisk løp med felles kompetansemoduler for alle leger i spesialisering vil gi ønskede resultater. Mange av temaene bør forøvrig være dekket i grunnutdanningen.

Helsedirektoratets vurderinger

Helsedirektoratet utreder felles kompetansemoduler på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet.

12. Faglige møter

Høringsinstansenes vurderinger

Lenvik kommune stiller spørsmål om hvem skal definere innholdet i de faglige samarbeidsmøtene.

Legeforeningen påpeker at et område der samarbeidet og dialogen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten er for dårlig i dag, er oppfølging av kronisk syke pasienter. Slik dialog er særlig viktig for å unngå reinnleggelser og representerer et nytt kunnskapsområde i rask utvikling. Dette er ikke behandlet i rapporten hevdes det.

Oslo universitetssykehus HF ser positivt på at deltagelse i faglige samarbeidsmøter med kommunene og det lokale sykehuset foreslås å bli en obligatorisk del av både spesialisering og resertifisering. Det ber om at forslaget følges opp med økonomiske insentiver for sykehusene dersom sykehusleger skal bruke tid til disse "samhandlingsmøtene".

Helsedirektoratets vurdering

Helsedirektoratet opprettholder forslaget om krav til obligatorisk deltakelse i faglige møter i begge spesialitetene både «horisontalt» i kommunen / det interkommunale samarbeidet og «vertikalt» mellom kommunene og det lokale sykehuset.

Møtene skal utvikles til lokale møteplasser for faglig forbedring i fellesskap i kommunen, implementering av ny kunnskap, kvalitetsutvikling, forbedring av pasientforløp innad i kommunen og mellom kommunen og sykehuset. Kommunene får ansvaret for gjennomføringen og dekker utgiftene til møtene til legene gjennom ordningen som dekker «andre allmennmedisinske oppgaver» (fastlegeforskriften §12). Kommunen må derfor inngå avtale med alle fastlegene om denne type «andre allmennmedisinske oppgaver».

Legeforeningen er imot at det skal brukes pisk og gulrot for å få kommunene og legene til å ta ansvar for lokal fagutvikling. Helsedirektoratet imidlertid notert seg at begge parter klager over at

det er for dårlig deltakelse fra legenes side. Partene får gjennom vårt forslag et ledelsesverktøy til å bedre kvaliteten sammen. Kommunene kommer til å bli målt på om de gjennomfører dette faglige arbeidet og legene mister økonomi hvis de ikke fyller kravene til oppmøte til resertifisering. Sammen får de et bedre fagmiljø og en arena til lokal kvalitetsforbedring og fagutvikling der alle er med. Arbeider man som lege i en kommune, kan man ikke velge om man vil være med i kvalitets- og samhandlingsarbeidet eller ei. Kommunen har som

Det er noen praktiske utfordringer for leger ansatt i statlige institusjoner utenfor sykehus med møteplasser. Spesialitetsrådet for samfunnsmedisin bør arbeide frem løsninger.

Når det gjelder sykehuslegenes deltakelse i vertikale samarbeidsmøter, er det allerede gode kulturer for slikt regelmessig samarbeid mange steder i dag.

13. Legeforeningens rolle

Høringsinstansens vurderinger

Høringsinstansene er positive til at Legeforeningen fortsatt gis ansvar for gjennomføring av kursopplæring og veiledningsgrupper og at dette skal skje i samarbeid med universitetene.

Legeforeningen påpeker at mye av arbeidet i videre- og etterutdanningen er basert på frivillighet og at det må tas høyde for at man i mindre grad kan basere seg på det i fremtiden.

Det er viktig med et geografisk spredd tilbud i videre- og etterutdanningen både i allmenn- og samfunnsmedisin påpekes det av flere høringsinstanser.

Helsedirektoratets vurderinger

Helsedirektoratet etablerer egen struktur for fagrådgiving for hele spesialistutdanningen av leger.

Helsedirektoratet er enig i at videre- og etterutdanningstilbudet i allmenn- og samfunnsmedisin må være desentralisert. Det er Legeforeningen som har infrastrukturen til dette i dag.

Helsedirektoratet vil legge til rette for et samarbeid med Legeforeningen, universitetene og KS for å videreutvikle videre- og etterutdanningene i allmenn- og samfunnsmedisin kvalitativt og kvantitativt slik at vi kan opprettholde en desentralisert spesialistutdannelse i de to spesialitetene.

14. Universitetenes rolle

Høringsinstansenes vurderinger

Mange av høringsinstansene er opptatt av at universitetene bør ha en sentral rolle i videre- og etterutdanningen av legene blant annet for å sikre opplæringen skjer etter anerkjente læringsmetoder. Flere instanser peker imidlertid på at det ikke må føre til sentralisering av kompetanseutvikling som like godt kan skje lokalt og dermed sikre relevans og nettverksbygging via bred involvering (mellom nivåene og tverrfaglig).

En ordning som gir mer ansvar for spesialistutdanning i sykehus til universitetene, må ikke gå ut over koordinering av de lokale kursene påpeker Nklm.

Helsedirektoratets vurderinger

I konsekvensutredningen for spesialistutdanningene i sykehus er universitetene tiltenkt aktiviteter i forhold til videre- og etterutdanningen. Legeforeningen har imidlertid stått for de fleste av disse aktivitetene for allmennlegene og samfunnsmedisinerne. Helsedirektoratet foreslår at man fortsetter med denne velfungerende ordningen i samarbeid med Legeforeningen inntil de nye videre- og etterutdanningssystemene er prøvd ut i spesialisthelsetjenesten.

15. Økonomiske og administrative konsekvenser

Høringsinstansens vurderinger

KS mener hovedutfordringen ved SISAM-rapporten er at hele utdanningskjeden har en finansiering som ikke er bærekraftig. KS kan vanskelig anbefale en fortsatt finansieringsordning som i stor grad er basert på delvis egenbetaling fra legene (med utsikt til fremtidig bedret inntjening), en refusjonsordning basert på fond administrert av en fagforening og en god del frivillig innsats. En forpliktende, obligatorisk spesialistutdanning krever et bærekraftig finansieringssystem.

KS mener videre det er en svakhet ved utredningen at mange viktige forutsetninger for forslagene ikke er drøftet eller er avklart. Særlig savnes en mer grunnleggende drøfting av juridiske, administrative og økonomiske forutsetninger og konsekvenser av forslagene. Likeledes savnes en analyse om forslagene lar seg praktisk gjennomføre over hele landet. Norske kommuner møter veldig forskjellige virkeligheter når det gjelder rekruttering av leger.

«Så lenge dette forarbeidet ikke er gjort, mener KS det er vanskelig å ta stilling til forslaget som så dann selv om en langt på vei kan slutte seg til konkrete forslag til endringer i innhold og struktur. KS vil derfor gjennom konsultasjonsordningen be om en full kostnadsberegning og vurdering av de fremlagte forslag.»

Legeforeningen anser at mange av forslagene i SISAM-rapporten vil kunne styrke legers kompetanse i allmenn- og samfunnsmedisin. Dette forutsetter imidlertid nye typer virkemiddelbruk, herunder plikt for kommuner og helseforetak til aktivt å tilrettelegge for en revidert spesialistutdannelse. Dette vil utløse økonomisk - administrative utfordringer som ikke er godt beskrevet i rapporten.

Helsedirektoratets vurderinger

Som det fremgår av våre økonomiske og administrative vurderinger, er det bare noen områder det vil kunne påløpe ekstra utgifter på. Den største utgiften vil i en overgangstid være forbundet med omlegging av sykehusjenesten til allmennlegene i del 2 av deres spesialisering. Det vises til vedlegg 2 i rapporten. På den andre siden vil samfunnet høste samhandlings- og kompetansegevinster som er vanskelig å måle i kroner og øre.

Helsedirektoratet har samarbeidet med KS i forbindelse med SISAM. Helsedirektoratet har ikke foreslått endringer som medfører store endringer i dagens system for stat, kommunene eller legene. Forslagene gir slik sett stor grad av forutsigbarhet. KS har i prosessen ikke hatt konkrete forslag til alternative systemer som skulle være mer bærekraftig enn dagens.

I kapittel 7.2.1 i SISAM-rapporten viser vi til beregninger som antyder at 2.7% av budsjettene i helseforetakene går til videre- og etterutdanning av leger. Overført til fastlegeordning, rehabilitering og legevakt med et budsjett på i alt 13.2 milliarder kroner i 2012, tilsier det at mellom 3-400 millioner kroner gikk til legespesialisering på området. Hvordan fordelingen av utgiftene er mellom stat, kommune og legene, har Helsedirektoratet ikke prioritert å gå i dybden av. Vi nøyer oss i denne sammenheng med å konstatere at vi i stort har en velfungerende infrastruktur for videre- og etterutdanning i allmenn- og samfunnsmedisin. Stat, kommunenes interesseorganisasjoner og Legeforeningen har forhandlet frem og videreutviklet infrastrukturen siden tidlig på 1980-tallet. Infrastrukturen sikrer kommunene en geografisk godt distribuert spesialistutdanning av allmenn- og samfunnsmedisinere og belaster kommunene beskjedent administrativt og økonomisk. Helsedirektoratet mener det er viktig at kommunenes interesseorganisasjoner er representert i rådsstrukturen som skal ivareta det helhetlige myndighetsansvaret for legenes spesialistutdanning fremover.

Helsedirektoratet ser det ikke som hensiktsmessig å vente med å overføre myndighetsansvaret for spesialistutdanningen til vi eventuelt hadde bygget opp et alternativt undervisningsapparat i offentlig regi for spesialistutdanning i allmenn- og samfunnsmedisin, slik KS synes å ønske. Det er i Prop. 1 S 2014-2015 foreslått å bevilge til sammen 2.7 millioner for at Helsedirektoratet skal

«ivareta det helhetlige myndighetsansvaret for legenes spesialistutdanning, herunder opprettelse av faglige råd.» Vi vil bygge videre på den infrastrukturen og finansieringen vi har for spesialiseringen i allmenn- og samfunnsmedisin i dag.

De fleste allmennleger og samfunnsmedisinere spesialisere seg, og det er ønsket av kommunene og legene. Det Helsedirektoratet foreslår er å formalisere et system som i stort er på plass og bringe det på linje med spesialistutdanningene på sykehus, slik at alle leger som jobber i kommunehelsetjenesten videre- og etterutdanner seg innen allmenn- og/eller samfunnsmedisin.

Grepene som ble gjort av partene da fastlegeavtalen ble fremforhandlet der det ble satt av tid til videre- og etterutdanning for fastlegene, var klok og fremtidsrettet og bidrar i sterk grad til at kommune-Norge sørger for gode legetjenester til befolkningen. Men det gjenstår noen utfordringer som krever.

15-20% av fastlegene spesialisere seg ikke. Det betyr at pasientene ikke møter en allmennlege som er eller i spesialistutdanning i allmennmedisin. Kommunene har i liten grad sørget for systematisk videre- og etterutdanningsopplegg for leger som arbeider med «andre allmennmedisinske oppgaver». Helsedirektoratet foreslår derfor grep for å sørge for at innbyggerne møter legetjenester av god og jevn kvalitet uansett legetjenestetilbud i kommunen.

Staten må hele tiden sørge for at det er økonomi til å gjennomføre en god videre- og etterutdanning for allmenn- og samfunnsmedisinere, uansett system.

KS og Legeforeningen mener Helsedirektoratet ikke har avklart juridiske, administrative og økonomiske forhold i tilstrekkelig grad. Helsedirektoratet på sin side mener at det aller meste av det som anbefales av endringer, kan skje med mindre endringer av dagens regelverk. Dog må kapasiteten i utdanningsapparatet økes. Flere allmennleger vil medføre volumkostnader. Man vil i tillegg måtte betale noe mer for en del av den teoretiske videre- og etterutdanningen hvis den frivillige innsatsen i legestanden avtar. En god del av kursvirksomheten i allmenn- og samfunnsmedisin går imidlertid med overskudd. Det er m.a.o. ikke gitt at kursutgiftene vil stige i fremtiden for kursdeltakerne, selv om andre aktører skulle overta.

Sykehustjeneste for LIS i allmennmedisin

HOD må pålegge helseforetakene å ha dedikerte LIS-stillinger for spesialistutdanning i allmennmedisin på et utvalg av sykehusene, slik at man får dekket fulle stillinger.

Helsedirektoratet mener at LIS-stillinger på sykehus for spesialistutdanning i allmennmedisin ikke skal være faste stillinger.

Aktørene bør sammen se på mulighetene for å tilby utdanningsblokker i sykehus til LIS i allmennmedisin.

Allmennlegene bidrar med sin arbeidskraft i driften av avdelinger og poliklinikk om enn ikke så effektivt som erfarne regulære LIS.

I gjennomsnitt gjennomfører for tiden 150 allmennleger spesialistutdanningen i allmennmedisin (kohort 3). Det krever 150 årsverk i sykehus hvert år. I ny ordning vil det være behov for 75 årsverk for å dekke 2 * 3 måneders tjeneste for 150 allmennleger i sykehus.

Det er om lag 80 sykehus i Norge. I gjennomsnitt blir det etter beregningene over behov for ca. 1 årsverk per sykehus som får i oppgave å utdanne spesialister i allmennmedisin, for å få nok kapasitet i «steady state».

I overgangsfasen der både kohort 1 og kohort 2 skal gjennomføre sin sykehustjeneste i ny ordning i tillegg til kohort 3, vil det være behov for noe mer enn 150 årsverk til allmennleger i spesialisering i allmennmedisin i sykehus. I stedet for én lege i ett år vil sykehusavdelingen få fire leger i året i samme stilling. Dette vil føre til noe mer administrasjon og veiledning (som forutsatt). Antall årsverk som brukes til spesialisering av allmennleger i sykehus vil imidlertid være det

samme som i dag. Etter overgangsfasen vil sykehusene totalt spare omtrent 75 legeårsverk i året på den nye ordningen.

For øvrig vises det til vedlegg 2 for mer detaljerte vurderinger om sykehus tjeneste for LIS i allmennmedisin.

16. Rådsstruktur

Helsedirektoratets forslag til rådsstruktur er omtalt i «Fremtidens legespesialister. En gjennomgang av legers spesialitetsstruktur og –innhold (IS-2079-3) kapittel 11.

17. Instanser som har avgitt svar til SISAM høringsnotat

1. Gjerstad kommune
2. Tokke kommune
3. Lenvik kommune sammen med Berg, Dyrøy, Torsken, Tranøy og Sørreisa kommunene
4. Statens helsetilsyn
5. Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser
6. Legeforeningen
7. Universitetssykehuset Nord-Norge / Arbeids- og miljømedisinsk avdeling
8. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin
9. Universitet i Tromsø / Allmennmedisinsk forskningsgruppe
10. Nasjonalt senter for Distriktsmedisin
11. Norsk Sykepleierforbund
12. Helse Sør-Øst
13. Oslo Universitetssykehus
14. KS
15. Oslo Kommune
16. Universitetet i Tromsø, Universitetet i Bergen, Universitetet i Oslo og Norges Teknisk Naturvitenskapelige Universitet
17. De allmennmedisinske universitetsmiljøene og Allmennmedisinske forskningsenhetene i Tromsø, Trondheim, Bergen og Oslo

11 NOTAT

Til: Helse- og omsorgsdepartementet

Fra: Helsedirektoratet

Dato: 30.11.2014

Fremtidens legespesialister

1. Kostnader og gevinster ved ny ordning for allmennlegers spesialistutdanning ved sykehus (del 2)

Per i dag må man ha ett års sykehustjeneste i turnus pluss ett års sykehustjeneste i forbindelse med videreutdanningen for å bli godkjent spesialist i allmennmedisin. Sykehustjenesten etter turnus ansees som det vesentligste hinder for at alle allmennleger ikke spesialisere seg i allmennmedisin. Allmennlegene må blant annet konkurrere om LIS-stillinger med leger som ønsker å spesialisere seg i angjeldende sykehusspesialitet.

I forslag til ny spesialisetsstruktur i allmennmedisin er det lagt opp til et krav om minimum 12 maksimum 18 mnd tellende sykehustjeneste for å oppnå spesialiteten allmennmedisin. Det forventes at de aller fleste allmennleger vil gjennomføre 12 mnd sykehustjeneste, da de ikke ønsker å være borte fra allmennpraksis lenger enn det som kreves for å oppnå spesialiteten. For spesialiteten allmennmedisin gir gjennomført del 1 uttelling med 6 mnd sykehustjeneste og det kreves da tillegg av to bolker à 3 mnd sykehustjeneste i del 2.

Det kreves tellende tjeneste fra 4 fagområder à minst 3 måneders varighet. Én av bolkene må være i indremedisin og én i psykiatri. Formålet er å gi allmennlegespesialistene faglig breddekompetanse og samhandlingskompetanse med flere fagmiljø.

Et av problemene med dagens ordning med krav om ett års sykehustjeneste for spesialiteten allmennmedisin er at allmennleger må søke stillinger eller vikariater i konkurranse med LIS-leger som ønsker å bli spesialister i faget (ordinære LIS), eller som allerede er ferdige med deler av sin spesialistutdanning i det aktuelle fagområde. Allmennlegene oppnår derfor ofte ikke tilsetning. Et annet hinder for å kunne gjennomføre sykehustjenesten er at det kan være vanskelig å skaffe vikar i allmennpraksisen.

I forslaget til ny struktur er det forutsatt at allmennlegene skal delta i avdelingens arbeid på tider av døgnet de har størst læringsutbytte det vil si dag og kveld i ukedagene. Tjenesten må ha en innretning som medfører minst mulig avspassing. Allmennlegen må ikke miste læring ved post og poliklinikk på dagtid og i mottak på dag og kveld. Det forutsettes videre at det utarbeides særskilte læringsmål for slike 3 mnd bolker ved de ulike kliniske avdelingene.

Det opplegget som skisseres her vil nødvendigvis medføre noe ekstra veiledning og supervisjon for sykehuset, men supervisjonen og veiledningen kan utøves i det samme systemet som «yngre» ordinære LIS får både av spesialister og «viderekomne» LIS. Det nye opplegget som etableres vil da medføre at allmennlegen raskere kommer inn i avdelingens rutiner og bli en ressurs som sykehuset kan nyttiggjøre seg tidligere enn før.

I forslaget er det videre lagt opp til at legene i all hovedsak gjennomfører sin sykehusjeneste ved det sykehus som allmennlegen vanligvis henviser sine pasienter til. Det vil gi en gevinst ved at legene som tjenestegjør der kjenner leger og sykepleiere, rutinene ved sykehuset og kan utforme bedre henvisninger, samtidig som man enklere og bedre kan kommunisere. Samhandlingen går bedre når man kjenner hverandre og pasienter og pårørende man samhandler om. Det er imidlertid vanskelig å beregne en slik gevinst i kroner, men gevinsten er utvilsomt tilstede.

2. Bakgrunnsdata for økonomiske beregninger

Det er i dag om lag 4700 fastleger i Norge og ca. 60% av dem er spesialister i allmennmedisin³⁸. Av de 1900 allmennlegene som ikke er spesialister, har vi beregnet at om lag 1000 er i gang med spesialisering i allmennmedisin (kohort 1) mens de resterende 900 ikke er det (kohort 2). De 1000 allmennlegene som er under spesialisering i allmennmedisin (kohort 1), vil være kommet ulike langt i spesialiseringen. Noen mangler allmennlegetjeneste på sykehus helt eller delvis, mens andre er ferdige med sykehusjenesten. De som har begynt, men ikke er ferdige med «sykehusåret» må få fullføre etter planen. Vi går ikke inn i en drøfting av konsekvensene av en eventuell mulighet for «avhoppssordning» her. Av de som ikke er begynt på sykehusjenesten, tror vi de fleste vil velge 2*3 måneders sykehusjeneste fremfor ett år på sykehus. Vi regner her at det vil være 400 leger som trenger 800 bolker a 3 måneder for denne gruppen. Det krever 200 årsverk. Over en 5 års periode må det 40 årsverk i året for å gi et tilbud til disse legene, flest i starten.

Vi vet lite om kohort 2 og legger følgende til grunn for våre beregninger av denne gruppen på omtrent 900 allmennleger: Vi antar at noe under halvparten av dem er uten interesse av å få en spesialitet. Er de over 54 år, stiller vi ikke krav til dem om spesialisering i allmennmedisin. De resterende 400 legene vil trenge 800 bolker a 3 måneder sykehusjeneste. Det vil si 200 årsverk. Gir vi dem en frist på 5 år til å fullføre sykehusjenesten vil det i gjennomsnitt kreve 40 årsverk på sykehus per år. Behovet vil nok være størst de første årene og falle mot slutten av 5 års perioden.

I tillegg vil det hvert år tildeles fastlegehjemler etter hvert som de blir ledige etter allmennleger som går av for aldersgrensen eller slutter av andre grunner. Vi regner at av 4700 leger som gjennomsnittlig jobber 35 år i allmennmedisin, vil årlig avgang være om lag 150. Dette tallet passer nokså godt med at det i gjennomsnitt tar 8 år å spesialisere seg i allmennmedisin og at det godkjennes omtrent 150 spesialister i allmennmedisin i året. I dette tallet ligger en årlig vekst på om lag 60 nye hjemler slik det har vært siden fastlegeordningen startet. 150 allmennleger vil ha behov for 2 x 3 mnd sykehusjeneste for å oppnå spesialiteten. Omregnet vil det si at de utfører ca. 75 årsverk på sykehus per år.

Helsedirektoratet mener at LIS-stillinger på sykehus for spesialistutdanning i allmennmedisin ikke skal være faste stillinger.

Aktørene bør sammen se på mulighetene for å tilby utdanningsblokker i sykehus til LIS i allmennmedisin.

HOD må pålegge helseforetakene å ha dedikerte LIS-stillinger for spesialistutdanning i allmennmedisin på et utvalg av sykehusene, slik at man får dekket fulle stillinger.

³⁸ 60% av allmennlegene som sendte regningskort til HELFO i 2013 var spesialister i allmennmedisin.

3. Kostnader og inntekter

Allmennlegene bidrar med sin arbeidskraft i driften av avdelinger og poliklinikk om enn ikke så effektivt som erfarne regulære LIS.

I gjennomsnitt gjennomfører for tiden 150 allmennleger spesialistutdanningen i allmennmedisin (kohort 3). Det krever 150 årsverk i sykehus hvert år.

I ny ordning vil det være behov for 75 årsverk for å dekke 2 * 3 måneders tjeneste for 150 allmennleger i sykehus.

Det er om lag 80 sykehus i Norge. I gjennomsnitt blir det etter beregningene over behov for ca. 1 årsverk per sykehus som får i oppgave å utdanne spesialister i allmennmedisin, for å få nok kapasitet i «steady state».

I overgangsfasen der både kohort 1 og kohort 2 skal gjennomføre sin sykehustjeneste i ny ordning i tillegg til kohort 3, vil det være behov for noe mer enn 150 årsverk til allmennleger i spesialisering i allmennmedisin i sykehus. I stedet for én lege i ett år vil sykehusavdelingen få fire leger i året i samme stilling. Dette vil føre til noe mer administrasjon og veiledning (som forutsatt). Antall årsverk som brukes til spesialisering av allmennleger i sykehus vil imidlertid være det samme som i dag. Etter overgangsfasen vil sykehusene totalt spare omtrent 75 legeårsverk i året på den nye ordningen.

4. Effekter av opptrapping av allmennlegetjenesten på behovet for sykehusstillinger til allmenn-LIS

Hvis det er en netto tilvekst av 140 nye fastleger og allmennleger i andre stillinger i kommunene et år, gjennomføringstiden på spesialiseringen i allmennmedisin reduseres fra 8 til 7 år i gjennomsnitt og gjennomføringen av sykehustjenesten spres jevnt over 7-års perioden, vil det være behov for 10 ekstra årsverk i 7 år ($10 \cdot 7 = 70$) for å ta årskullet på 140 allmennleger gjennom sykehustjenesten for å oppnå spesialitet i allmennmedisin.



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
IS-2139-2