

Helsedirektoratet
Divisjon primærhelsetjenester
Avd. utdanning og personell
Postboks 7000 St. Olavs plass
0130 OSLO

Deres ref.: 08/3813 HES
Vår ref.: 2010/2493-2/ATE
Dato: 28.06.2010

Høringsuttalelse:

Rapport IS-1783: Nybyrjarstilling for legar – praktisk og pedagogisk oppfølging av nyutdanna legar.

Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM), Det helsevitenskapelige fakultet ved Universitetet i Tromsø (UiT) og Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) er enig i at det er behov for endringer i dagens turnustjeneste. Vi støtter også Helsedirektoratets forslag om at endringene må ses i sammenheng med en revisjon av spesialistutdanningene og en eventuell ny stillingsstrukturavtale. Vi mener at det i tillegg er *viktig å se turnustjenesten i sammenheng med den medisinske grunnutdanningen* for å sikre en best mulig samordning av utdanningsløpet fra studiestart til fullført spesialistutdanning.

Ved UiT arbeides det i disse dager med en gjennomgripende revisjon av studieplanen for medisinstudiet. I revisjonskomiteen er det enighet om at *en større del av den medisinske grunnutdanningen bør gjennomføres desentralisert*. Det vil kreve økt samarbeid mellom universitetet, helseforetakene og kommunene i Nord-Norge. Mer desentralisert grunnutdanning er i tråd med Samhandlingsformens intensjoner, og sammenfallende med utviklingen ved flere utenlandske universiteter. Behovet for økt samarbeid er utgangspunktet for at NSDM, UiT og UNN har funnet det riktig å utarbeide en felles høringsuttalelse.

Hovedpunkter i høringsuttalelsen fra NSDM, UiT og UNN:

- a) Antall studieplasser i Norge bør økes
- b) En større del av grunnutdanningen bør foregå desentralisert med mer vektlegging av allmenn- og samfunnsmedisin
- c) Autorisasjon bør gis etter godkjent grunnutdanning
- d) Turnustjenesten bør omgjøres til *12 måneders basisutdanning* (nybegynnerstillinger) med klare kompetansemål
 - 6 måneder i sykehus med fokus på akutte tilstander
 - 6 måneder i allmennmedisin med fokus på kroniske tilstander og allmennlegevakt

- e) Lokalisering av nybegynnerstillinger til de fire helseregionene bør styres av staten for å sikre god legefordeling
- f) Fordeling av kandidater til nybegynnerstillingene bør fortsatt skje ved *loddtrekning*
- g) *Universitetene* bør kvalitetssikre utdanningsstedene og opptak av kandidater til nybegynnerstillinger (eksamen). Universitetene bør også utdanne veiledere
- h) Godkjent basisutdanning er nødvendig for videre spesialistutdanning
- i) Godkjent spesialistutdanning er nødvendig for å praktisere selvstendig som lege, også i allmenntidisin
- j) Gruppebasert utdanning styrkes i grunn-, basis- og spesialistutdanning

I det følgende kommenteres mer utfyllende de punktene som direktoratet særlig har bedt om tilbakemelding på:

1. "Forslaget om nybyrjarstilling"

NSDM, UiT og UNN støtter forslaget om at studenter ved norske universiteter gis autorisasjon etter godkjent grunnutdanning. Vi foreslår videre at turnustjenesten endres til en klinisk basisutdanning som grunnlag for videre spesialistutdanning. Basisutdanningen bør tilrettelegges i forhold til klare *kompetansemål*, og utdanningstiden bør ikke være lenger enn nødvendig for å gi alle leger en felles breddekompetanse. Vi mener det er tilstrekkelig med 6 måneders basisutdanning i kommunehelsetjenesten. På sikt vil det være naturlig å redusere basisutdanningen i spesialisthelsetjenesten fra 12 til 6 måneder, dvs. til sammen 12 måneder klinisk basisutdanning.

Reduksjon av basisutdanningen må ses i sammenheng med en nødvendig revisjon av norsk grunn- og spesialistutdanning. En av målsettingene bør være at den totale utdanningstiden ikke skal økes. Forslaget om 24 måneders "nybyrjarstillinger" vil trolig føre til økt utdanningstid i fag som kirurgi, patologi, radiologi med flere.

Endringene i dagens turnustjeneste bør kobles til krav om obligatorisk spesialitet i allmenntidisin for å kunne arbeide selvstendig som fastlege. Dette er i tråd med samhandlingsreformens behov for høyere kompetanse i kommunehelsetjenesten. Den allmenntidisiske sideutdanningen i spesialisthelsetjenesten bør utvides fra 12 til 18 måneder (evt. 24), innenfor relevante fagområder. En del av sideutdanningen kan med fordel gjennomføres på *lokalmedisinske sentre*. Økt legekompentanse i kommunehelsetjenesten vil øke muligheten for å gi pasientene bedre og flere helsetjenester der de bor.

2. "Det faglige fokuset i dagens turnustjeneste er foreslått videreført og videreutvikla"

NSDM, UiT og UNN er enig i de faglige dimensjonene Helsedirektoratet foreslår å vektlegge:

- Trening i kommunikasjon og samarbeid med pasienter og pårørende
- Trening i klinisk arbeidsmåte
- Håndtering av akutte tilstander
- Samhandling, systemforståelse og samarbeid med annet personell

Vi anbefaler i tillegg at kompetansemålene gjøres tydeligere, og at de samordnes med nye og mer detaljerte mål i alle spesialistutdanninger. Danmark reduserte i 2008 turnustjenesten fra 18 til 12 måneder og innførte samtidig en ny utdanningsmodell i allmennmedisin (etter inspirasjon fra Canada) med 7 roller og 119 mål.

Vi mener at en viktig hensikt med basisutdanningen må være å gi alle leger som skal arbeide i klinisk virksomhet i Norge, kompetanse i samhandling mellom ulike deler av helsetjenesten. Samhandlingskompetanse krever kunnskap om/innsikt i samarbeidspartnerne faglige kompetanse og deres strukturelle og økonomiske rammebetingelser. Derfor må basisutdanningen omfatte en tjenesteperiode både i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten.

NSDM, UiT og UNN anbefaler at basisutdanningen i spesialisthelsetjenesten bør ha indremedisin, kirurgi og psykiatri som kjernefag og fokus på akutte tilstander. Basisutdanningen i kommunehelsetjenesten bør ha fokus på kroniske tilstander og legevaktmedisin.

De gode elementene i dagens turnustjeneste (gruppeveiledning og praktiske kurs i akuttmedisin) bør forbedres. Gruppeveiledning i kommunehelsetjenesten er godt etablert i alle fylker, men finnes i liten grad i spesialisthelsetjenesten. Turnuslegene har i flere år etterlyst gruppebasert utdanning i spesialisthelsetjenesten.

3. "Statlig styring med oppretting av talet på legestillinger"

NSDM, UiT og UNN støtter forslaget om sterk statlig styring av legestillinger. Utgangspunktet bør være befolkningens behov for legetjenester, og hvor mange stillinger som er nødvendig for å dekke dette behovet. Hensynet til forsvarlig legebemanning ved lokalsykehus og i distriktskommuner bør stå sentralt når nye stillinger opprettes.

Staten bør i framtiden legge til rette for økt grunnutdanning av leger i Norge. Dagens situasjon med ca. 40 % av norske medisinstudenter i utlandet, er ikke ønskelig. Helsedirektoratet har tidligere anbefalt at Norge bør være selvforsynt med 90 % av legene landet trenger. Økt antall studieplasser i Norge vil gjøre det lettere å tilpasse utdanningen etter befolkningens behov. Det vil også sikre at leger som i framtiden skal arbeide i Norge har mer ensartet grunnutdanning, og at behovet for tilleggsutdanning reduseres. En økning av studiekapasiteten i Norge bør kombineres med tiltak som gjør det mindre attraktivt for norske studenter å studere medisin i utlandet. Dette er nødvendig for å forhindre et framtidig legeoverskudd.

4. "Ordinære ansvarslinjer ved tilsetning"

NSDM, UiT og UNN har nøye vurdert forslaget om at kandidatene selv søker på ledige stillinger og at arbeidsgiverne ansetter sine nybegynnere. Vi ser at forslaget vil tydeliggjøre ansvarsforholdene mellom arbeidstakere og arbeidsgivere. Når vi likevel ikke støtter forslaget om et søknadsbasert inntakssystem, har det flere årsaker:

- Grunnutdanningen ved norske og utenlandske universiteter er ikke tilrettelagt for dokumentasjon av studentenes kvalifikasjoner når de eventuelt skulle søke på nybegynnerstillinger (midt i 6. studieår)
- Et søknadsbasert system vil kunne favorisere kandidater med gode bekjenskaper og gi habilitetsproblemer
- Den store andelen norske studenter i utlandet vil trolig bli tapere i kampen om de attraktive stillingene
- Risikoen er stor for at *lokalsykehus* og *distriktskommuner* vil tape kampen om de beste legene på tross av gode utdanningstilbud

- Ubenyttede utdanningsstillinger på lokalsykehus og i distriktskommuner vil være sløsing med offentlige midler
- Loddrekningsordningen i dagens turnustjeneste er godt akseptert av nyutdannede leger på tross av at ordningen kan oppfattes som en pålagt plikttjeneste
- De totale samfunnskostnadene ved et søknadsbasert system vil lett kunne overstige et loddrekningsystem

Vi anbefaler at det utvikles et *nytt loddtrekkingssystem* som ivaretar god legefördeling og regional samordning av den kliniske basisutdanningen. Antall stillinger og lokalisasjon bør reguleres av staten i samarbeid med de fire norske universitetene, helseforetakene og kommunene.

Medisinstudenter som ønsker å kvalifisere seg for loddtrekning til klinisk basisutdanning i Norge må ha bestått eksamen i nasjonale fag, dvs. norsk lovverk og retningslinjer innen samfunnsmedisin, trygdemedisin, rettsmedisin og psykiatri, og en *klinisk eksamen*. Kravene bør være de samme for dem som har studert i Norge og i utlandet, og eksamen bør avvikles *før* oppmelding til loddtrekning finner sted. For studenter utdannet i Norge vil ordinær eksamensordning ved de fire universitetene tilfredsstille kravene. Vi foreslår at søkere med eksamen fra utlandet må avlegge skriftlig eksamen i nasjonale fag og norskspråklig klinisk eksamen *før* oppmelding til loddtrekning finner sted. Dette innebærer bl.a. en praktisk test av språkferdigheter, noe som vil redusere søknadspresset fra utlandet.

Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH) og Fylkesmennenes helseavdelinger er ikke utdanningsinstitusjoner; derfor bør *universitetene* gis ansvaret for å kvalitetssikre utdanningsplassene og inntak til basisutdanningen, og gis ansvaret for utdanning av veiledere. Utvidelsen av universitetenes ansvar vil gjøre det lettere å samordne grunn- og basisutdanningen. Rasjonell bruk av egnede praksisplasser vil være avgjørende for å heve kvaliteten på norsk legeutdanning. Vårt forslag er også i tråd med universitetenes tidligere framsatte ønske om større innflytelse over spesialistutdanningen.

Forslaget krever at universitetene tilføres faglige og administrative ressurser.

5. "Styrking av kommunane"

I Helsedirektoratets forslag argumenteres det for at en dobling av tjenestetiden i kommunene for nyutdannede leger vil føre til en kvalitetsøkning i kommunehelsetjenesten. Vi er *ikke* enig i dette. Forslaget betyr bl.a. at en større andel av pasientkonsultasjonene og legevaksarbeidet i kommunene vil bli utført av nyutdannede leger. Forslaget tar heller ikke hensyn til at veilederkapasiteten og antall gode utdanningsplasser i kommunene er begrenset. Økt veiledningsansvar for alle deler av legeutdanningen vil også redusere mulighetene for en større satsing på desentralisert grunnutdanning og styrking av spesialistutdanningen i allmenntidmedisin. Økt tjenestetid i kommunene kan i tillegg bli en ny flaskehals i legeutdanningen.

NSDM, UiT og UNN er enig med direktoratet i at det er behov for betydelig økning i legestillinger i primærhelsetjenesten. Oppretting av *fastlønnte utdanningsstillinger i allmenntidmedisin* kan være et målrettet tiltak for å øke rekrutteringen blant unge leger med interesse for allmenntidmedisin som vegrer seg for å oppta store økonomiske forpliktelser i startfasen av sin yrkeskarriere. Det bør legges til rette for å tilegne seg *dobbeltkompetanse*, dvs. gode muligheter for å gjennomføre forskerutdanning (PhD-utdanning) kombinert med klinisk spesialistutdanning.

Flere steder i Helsedirektoratets rapport går det frem at forslagene vektlegger lave kostnader mer enn kvalitet: "Ordninga vil truleg vere langt billigare enn alternative måtar å styrke legetenesta i kommunene på" (side 12 i sammendraget av rapporten).

For å oppnå samhandlingsreformens målsettinger trenger kommunene flere leger med høy kompetanse – det har ikke nyutdannede leger. Kommunene trenger flere spesialister i allmenntjenestemedisin som kan drive fagutvikling og forskning. Kommunene trenger også tilførsel av andre yrkesgrupper med høy kompetanse. Dette kom tydelig fram under Stortingets behandling av samhandlingsreformen:

Dokument 8:63 S (2009–2010):

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om samhandlingsreformen

"Samhandlingsreformen vil forutsette en *kompetansereform* innenfor helsevesenet. Dagens forskning og utdanning er sterkt fokusert på spesialisthelsetjenestens behov, og dette må endres. Primærhelsetjenesten, kronikergruppene og det forebyggende helsearbeid må prioriteres langt sterkere innen forskningen. Tilsvarende må helseutdanningene på en helt annen måte enn i dagens utdanning bygge opp under behovet for flere leger, sykepleiere, psykologer m.fl. til kommunehelsetjenesten.

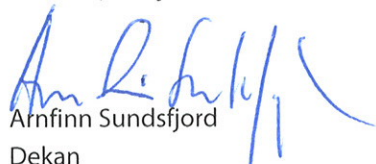
Komiteen ber derfor regjeringen medvirke til at bl.a. *legestudentenes praksisutdanning i fastlegepraksis, legevakt og sykehjem styrkes.*" (Kap. 3,9)

Avsluttende kommentarer:


NSDM, UiT og UNN mener behovet for endringer i turnustjenesten er en gylden anledning til å starte mer gjennomgripende endringer av den norske legeutdanningen. Dette må nødvendigvis skje trinnsvis:

- I første fase (2011) bør universitetene få et større ansvar for hele legeutdanningen inkludert klinisk basisutdanning
- I andre fase (2012) bør det innføres tiltak som vil begrense påmeldingen til den kliniske basisutdanningen
- I tredje fase (2014) bør den kliniske basisutdanningen reduseres fra 18 til 12 måneder kombinert med nødvendige endringer i spesialistutdanningene og stillingsstrukturen i helsetjenesten.

Tromsø, 28. juni 2010



Arnfinn Sundsfjord
Dekan
Det helsevitenskapelige fakultet
Universitetet i Tromsø



Tor Ingebrigtsen
Direktør
Universitetssykehuset i Nord-Norge



Svein Steinert
Utdanningsleder
Nasjonalt senter for distriktsmedisin