

# Utdanningsstillinger i primærhelsetjenesten (ALIS)

Skrevet januar 2016 av NSDM.

Det har i løpet av de siste årene vært politiske føringer for å overføre oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Dersom dette skal lykkes er det behov for å utdanne leger med bred kompetanse innenfor alle deler av primærhelsetjenesten. Dette dokumentet inneholder en oversikt over stortingsmeldinger, rapporter og artikler som belyser utfordringsbildet og med bakgrunn i dette er det laget en skisse for fastlønnede utdanningsstillinger i allmenntilleggsmedisin.

## Utfordringsbildet

Legenes oppgaver i kommunene blir flere og mer utfordrende. Primærhelsetjenestemeldingen signaliserer at de leger som skal jobbe klinisk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, skal være spesialister eller under spesialisering (St. meld 26 (2015-2016)). Samtidig har både små og store kommuner utfordringer med å rekruttere leger (KS-rapport 2015). I en situasjon hvor spesialistutdanningen for leger blir stadig mer strømlinjeformet i helseforetakene, hardner konkurransen om de unge legespesialiseringskandidatene til. Det er behov for tiltak som kan sikre rekruttering av legespesialister til klinisk arbeid i kommunehelsetjenesten.

## Flere og mer faglig krevende oppgaver i kommunen

Med samhandlingsreformen (St. Meld. 47 (2008-2009)) har man ønsket å overføre en rekke oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Det forventes at kommunene selv ivaretar en del pasienter som tidligere ble innlagt i sykehus. Dette skal foregå både i hjemmetjenesten, i sykehjem og i øyeblikkelig-hjelp enhetene som blir pliktig fra 010116 for alle kommuner. Kommunen har etter samhandlingsreformen i tillegg fått ansvar for pasienter som skrives ut tidligere fra sykehuset og trenger mere krevende medisinsk behandling fordi de er sykere enn denne gruppen var før reformen (Abelsen et al. 2014). Dette medfører et visst skifte i kommunehelsetjenestens karakter, i retning av mer behandling og pleie av kort varighet og av mer spesialisert karakter. Det er vekst i andelen korttidsplasser og andelen plasser til habilitering/rehabilitering, men den skjer i hovedsak på bekostning av langtidsplasser. Reell kapasitetsøkning på institusjonsplasser forekommer i liten grad (ibid.). Legeressursene i sykehjem har økt både før og etter reformen. Sykehjemsleger er imidlertid usikre på om den faglige kompetansen i sykehjemmene er god nok til å løse de nye oppgavene (ibid). Fastleger forventes samtidig å følge opp dårlige pasienter som skrives ut fra sykehus og direkte hjem (ibid).

### Legebehov i kommunene

For å sikre at kommunen har nødvendige legeressurser til å løse de oppgaver som blir overført fra spesialisthelsetjenesten til kommunen ble det skissert at veksten i legetjenesten i hovedsak skulle komme i kommunehelsetjenesten. I perioden 2002 til 2007 økt antallet legestillinger med 1840 til 11 000 i spesialisthelsetjenesten mens antall fastleger i kommunene kun økt med 250 til om lag 4000 leger.

## Spesialister i allmenntmedisin i negativ trend

Både myndighetene og andre sentrale aktører har tatt til orde for at alle leger som ansettes i primærhelsetjenesten skal være spesialist innenfor relevante fagfelt, på samme måte som i spesialisthelsetjenesten, hvor det er et mål å etablere helhetlige utdanningsløp som sees i sammenheng med faste utdanningsstillinger (Helse- og omsorgsdepartementet 2015).

Per mars 2015 var det 2 884 yrkesaktive spesialister i allmenntmedisin under 70 år. Per februar 2005 var dette antallet 2 754<sup>1</sup>. På 10 år har antallet spesialister i allmenntmedisin økt med 4,7 prosent. Samtidig har fastlegepopulasjonen i omtrent samme periode (31.12.2004 – 31.12.2014) økt med 19,7 prosent<sup>1</sup>. Om lag 57 prosent av landets fastleger er spesialister i allmenntmedisin. De senere årene har andelen vært synkende. Om lag 20 prosent av de øvrige fastlegene er under spesialisering. Det finnes ikke tall som viser hvor andelen spesialister i allmenntmedisin blant de som utfører øvrige legeårsverk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (St. meld (2015-2016) s. 64).

Det er med andre ord en negativ trend knyttet til spesialisering i allmenntmedisin som bør snus.

### Rekrutterings- og stabiliseringsutfordringer

Alle typer kommuner har legerekrutteringsutfordringer. En undersøkelse initiert av KS viste at 4 av 10 kommuner opplever det vanskelig å rekruttere fastleger (KS-rapport 2015). Utfordringene stiger med synkende kommunestørrelse, men er de samme i store perifere kommuner som blant de små. I de store sentrale kommunene er andelen som opplever rekruttering vanskelig noe lavere; 3 av 10. Halvparten av kommunene oppgir at det er vanskelig å rekruttere kommuneoverlege.

Årsaken til rekrutteringsutfordringene er trolig sammensatt og kompleks. Inntektssystemet kan være en av mange grunner til utfordringene. En studie blant erfarne norske fastleger viser at fastlegers preferanser for privat praksis vs. fastlønnede stillinger har endret seg betydelig de siste årene, med en dreining mot økt preferanse for fastlønn (Holthe et al 2015a). En annen studie viser at det store flertallet av unge, norske leger foretrekker inntektssystemer som er mindre aktivitet-baserte enn dagens lønssystem i allmenntpraksis (Holthe et al 2015b). Den viser også at ikke-økonomiske attributter som mulighet for fagutvikling og mulighet for å styre arbeidstid er svært viktige elementer i legers nyttefunksjon.

En studie som handler om varigheter av fastlegeavtaler, viser at halvparten av alle fastlegeavtaler i kommuner med under 2 000 innbyggere avsluttes innen 2,75 år, mens tilsvarende tall for kommuner med 50 000 innbyggere eller mer er 8,37 år (Abelsen et al 2015). I de minste kommunene varer mange av fastlegeavtalene så kort at legene ikke rekker å spesialisere seg i allmenntmedisin. Undersøkelsen viser også at et stort antall fastlegelister har vært uten lege i kortere eller lengre perioder. Halvparten av alle lister som har stått uten fastleger i de minste kommunene, har vært uten lege i et år eller mer. I slike tilfeller blir vikarer løsningen.

---

<sup>1</sup> <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Legestatistikk/>

Når helsetjenesten lokalt bygges på vikarleger oppstår en rekke problemer. De har i all hovedsak ikke norsk som morsmål, og kommunikasjonsproblemer og manglende kulturforståelse resulterer fort i uheldige beslutninger og valg. Leger i kortvarige vikariater føler heller ikke det samme ansvaret for å utvikle tjenestetilbudet i kommunen. De rekker verken å utvikle samarbeidsrelasjoner i kommunen eller å bli kjent med befolkningen og nærmiljøet.

Dagens ustabile legedekning antas å gå hardest ut over pasienter med kronisk sykdom, psykiatriske lidelser og rusproblemer. For denne typen pasienter er trygghet og kontinuitet i lege-pasient forholdet og kjennskap til lokale samarbeidspartnere avgjørende for vellykket behandling. Det er vanskelig eller umulig å oppnå med stadig skiftende vikarleger.

I større kommuner rekrutteres fastleger ved at de kjøper en pasientliste fra en fastlege som slutter, eller de kan tildeles null-lister av kommunen som de selv må rekruttere pasienter til. Samtidig må de kjøpe seg inn i et kontorfellesskap. I større byer kan legene tilbys større stillinger bl. a på sykehjem frem til listen er bygget opp, men arbeidet på sykehjem meritterer ikke til spesialiteten i allmenntillegisin før legen er oppe i 50% stilling i allmenntillegisin ved siden av.

En nyutdannet lege har rundt regnet kr.500 000,- i studielån. Når studiet avsluttes, skal de fleste etablere seg med egne hjem. For mange innebærer det høye lånekostnader. Det kan derfor virke uoverkommelig å skulle ta opp ytterligere lån for å etablere egen fastlegepraksis. I perioden november 2006 til april 2012 var gjennomsnittlig pris for overdragelse av en fastlegeavtale 605 000 kroner (Dahl og Swensson, 2012).

### Spesialistutdanning i helseforetak vs. kommune

I Norge bruker leger i dag i gjennomsnitt åtte år fra endt turnustjeneste til de er ferdig spesialist, med variasjon mellom spesialitetene fra sju til 10 år i gjennomsnitt (IS-2079-3, 2014). Spesialistutdanningen endres nå blant annet med mål om å korte ned på spesialiseringstiden. Helse- og omsorgsministeren ba i 2010 de regionale helseforetakene sørge for at flest mulig leger i spesialisering får faste stillinger (Pressemelding 2010). Det er nå bestemt at faste utdanningsstillinger skal implementeres i helseforetak. Tilsvarende tilrettelegging for spesialisering er så langt ikke foreslått fra myndighetens side når det gjelder kommunehelsetjenesten.

Å starte et utdanningsløp i sykehus i en fast stilling, uten krav om investeringer, med fast lønn, muligheter for forskning og full dekning av alle utgifter som påløper til utdanningen vil uten tvil for mange leger fortone seg som en mye tryggere løsning enn å gå løs på en karriere som fastlege og tilhørende spesialisering i allmenntillegisin. I Primærhelsemeldingen (St. meld. 26 (2015-2016) er det påpekt at arbeidstiden for en fastlege i snitt er 46 timer per uke. Som selvstendig næringsdrivende, vil en fastlege ikke ha rett til sykepenger de første 16 dager og dermed taper de inntekt ved egen eller barns sykdom. Legen taper også inntekter ved fri til kurs, veiledningsgruppe og andre obligatoriske krav i spesialistutdanningen. Dette er moment som vil dra nyutdannede leger mot en jobb i spesialisthelsetjenesten.

## Referanser

Abelsen B, Gaski M, Nødland SI, Stephansen A. Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet. Rapport IRIS-2014/382

Abelsen B, Gaski M, Brandstorp H. Varighet av fastlegeavtaler. Tidsskrift for den norske legeforening. Tidsskr Nor Legeforen nr. 22, 2015; 135.

Dahl A, Swensson OB. Prising av fastlegepraksiser. Masteroppgave Norges Handelshøyskole 2012

Helsedirektoratet. Fremtidens legespesialister. IS-2079-3. Oslo: Helsedirektoratet 2014.  
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/201/Fremtidens-legespesialister-en-gjennomgang-av-legers-spesialitetsstruktur-og-innhold-IS-2079-3.pdf>

Helse- og Omsorgsdepartementet. ...Forslaget til Statsbudsjett 2015

Holte JH, Abelsen B, Kjær T, Olsen JA. The impact of pecuniary and non-pecuniary incentives to attract young doctors to rural general practice. Social Science & Medicine, 2015, 128: 1-9.

KS-rapport: Legetjenester i kommunene 2015: Tabellrapport. Oslo: TNS Norsk Gallup Institutt AS.

Nasjonalt råd for prioriteringer i helsetjenesten. Møte 02.03.15 arkiv nr.14/00689

Thorsen O, Steinert S. Utdanningsstillinger i allmenntidmedisin- en nødvendig videreutvikling av fastlegeordningen. Notat til Helsedirektoratet, avdeling for personell og utvikling. November 2008.

St.meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

St. meld. 26 (2014-2015) «Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet». Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.