

Til Helse- og omsorgsdepartementet

**Høringsinnspill til Forslag til regulering av spesialistutdanning i allmennmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin. Endringer i forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften)**

Nasjonalt senter for distriktsmedisin/Boaittobealmedisiinna našunála guovddáš ønsker å gi innspill til forskriftsarbeidet.

**Rekruttering, stabilisering og spesialisering**

En av de viktigste endringene lokalt som forslaget legger opp til er at kommunene vil få et betydelig større ansvar enn i dag, for å sikre at legene i kommunen får en kvalitativt god spesialistutdanning. Hvordan dette løses, vil sannsynligvis ha stor betydning for kommunenes evne til å rekruttere og beholde leger.

Det er godt dokumentert at desentraliserte utdanningsløp er viktig for å få leger til å arbeide utenfor de store byene (der de i hovedsak får sin grunnutdanning). Spesialistutdanningen er utdanningsløpets andre og lengste del, etter grunnutdanningen. Vi er glade for at utkastet fra HOD trekker frem at spesialiseringens løp i allmennmedisin er desentralisert og foreslår økt fleksibilitet nettopp av hensyn til leger i de vanligste kommunene i landet – de med under 20 000 innbyggere.

Tilretteleggingen for at lokale kurskomitéer kan lage stedstilpassede og aktuelle kurs og ordningen med lokale veiledningsgrupper, er viktige pilarer i en desentralisert spesialistutdanning. Legeforeningens fortsatt sentrale rolle vil også være en mer desentralisert løsning enn å bygge opp noe nytt, for eksempel i regi av de foreløpig temmelig storbypregede universitetene.

**Nye støttestrukturer svarende til helseforetakenes nedslagsfelt**

Vi registrerer imidlertid et stadig sterkere ønske fra flere om at kommunene også må delta i større grad som arena for utdanning på grunnutdanningsnivå – både mht. rekruttering og stabilisering til fagmiljøer utenfor storbyene, og med tanke på



å sikre en grunnutdanning preget av generalister snarere enn sykehusspesialister på universitetssykehusnivå – dvs. det mest spesialiserte nivået.

For å få til gode utdanningsløp i begge faser, vil både studenter, leger og kommunene trenge strukturer og støtte som gjør dette mulig å få til. Helsedirektoratet er tiltenkt en støttende rolle i spesialistutdanningen, men kan ikke involveres i den daglige organisering i kommunene. Det vil undergrave kommunene (og KS) sitt ansvar og kompetanse. Helseforetakenes systemer og rolle som støttende struktur for sine ansatte leger, savnes for leger i de oftest mye mindre kommunene. Vi foreslår derfor at det nå startes et arbeid for å etablere støttestrukturer svarende til helseforetakenes nedslagsfelt.

### **Utdanningsstillinger og –hjemler samlet i en geografisk avgrenset nettverksorganisasjon.**

NSDM har lenge vært engasjert i utviklingen av utdanningsstillinger og –hjemler for leger i fastlegeordningen. En erfaring fra ALIS-vest prosjektet er at både de deltagende kommunenes helseledere og ALIS' ene selv setter stor pris på å være en del av den nettverksorganisasjonen som prosjektet har skapt. Helselederne trekker frem det gode i at det er lettere å drøfte med andre kommuner om løsninger og også at det er ulik kompetanse i prosjektledelsen å spille på. Legene fremhever viktigheten av å møtes i en felles veiledningsgruppe. De setter også stor pris på trykgheten slike stillinger gir og friheten<sup>1</sup>.

Vi ser ingen grunn til at det ikke bør være et krav om at spesialistutdanningen også i allmennmedisin skal gjennomføres i særskilt tilrettelagte stillinger, enten på fast lønn eller som privat næringsdrivende. Det samme kravet ser vi ikke behov for i spesialitetene samfunnsmedisin og arbeidsmedisin.

### **Veiledning og supervisjon lokalt tar tid**

Vi støtter at veiledning og supervisjon vektlegges på en mer tydelig måte enn før, slik forslaget til forskrift gjør. Det er imidlertid vanskelig å forstå hvorfor ikke allmennlegene skal få 2 timer veiledning i uken, slik som tidligere. Det foreslåtte minimumskravet på en time hver annen uke er etter vår mening for lavt, Veiledningsbehov for leger i spesialisering i samfunnsmedisin og arbeidsmedisin er det vanskelig å uttale seg om da det foregår i svært ulike stillinger, gjerne med ulik og uformell veiledning og supervisjon underveis.

---

<sup>1</sup> <https://www.nsdm.no/wp-content/uploads/2018/04/NSDM-rapport-Utdanningsstillingeri-ALIS-Vest-April2018.pdf>



I kommunene vil de nye oppgavene med veiledning og supervisjon sannsynligvis skape et ytterligere behov for mer fastlegekapasitet – dvs. flere fastleger. Man kan se for seg at det vil bli behov for økt innslag av kommunalt betalt arbeidstid i fastlegers arbeidsuke.

### **«Sykehusåret» - behov for fleksibilitet og hjelp fra ny støttestruktur**

Ettersom spesialistutdanning skal innrettes slik at læringsmål oppnås, har departementet funnet en løsning der «sykehusåret» ikke trenger å bety at ALIS må være lange sammenhengende perioder på sykehus. I tillegg støtter vi tanken om at andre institusjoner kan tjene som læringssted (eksempelvis en KAD). Dette gir økt fleksibilitet og trolig større mulighet for å kunne gjennomføre for leger som praktiserer og bor langt fra sykehus. Etter vår erfaring er det vanlig at leger som må flytte for å ta «sykehusåret» sitt, ofte ikke returnerer til kommunen og stillingen de flytter fra.

Vi støtter også forslaget om bedre beskrivelse av hvordan samarbeidet rundt spesialiseringløpene skal struktureres i samhandlingsavtalene mellom kommuner og helseforetak. I tråd med vår anbefaling om at det etableres nye geografisk avgrensede støttestrukturer med kommuner svarende til helseforetakenes nedslagsområde, ser vi at disse vil være nyttige også for å tilrettelegge for tjeneste på sykehus. Allerede i dag er det en utfordring for fastleger å få innpass på sykehus. Med kortere tidsperioder på sykehus, vil vanlige vikariat ikke egne seg som inngangsport for fastleger. Mer administrativ hjelp og støtte enn det enkelt kommuner kan gi trengs derfor for at legene skal få tjenestetid i spesialisthelsetjenesten eller annen registrert utdanningsvirksomhet som ledd i spesialistutdanningen.

### **Uselektert tjeneste i legevakt**

Det er viktig at alle spesialister har god kjennskap til vanlig fastlegepraksis, noe som har vært - og fortsatt vil bli - sikret i videreutdanningen. NSDM anser imidlertid at arbeid i legevakt er tilstrekkelig relevant til å opprettholde spesialiteten da pasientgrunnlaget her er uselektert, slik som i en fastlegepraksis. I tillegg til fastlegene er legevaktstjenestene de eneste som kan kreve spesialisttakst. Det er ingen grunn til at de også skal måtte arbeide som fastleger for å få beholde denne retten.

På samme måte som Nklm gjør i sitt hørings svar, vil også vi påpeke at spesialister i allmenntjeneste som har hovedstillingen sin i legevakt, bidrar til å sikre kvaliteten på denne tjenesten. Krav om arbeid som fastlege i resertifiseringsperioden bidrar til mindre stabilitet for legevaktstjenesten. Vi vil derfor be om at kravene til godkjent tjeneste i resertifiseringsperioden endres til at legevakt og fastlegepraksis teller likt, da begge er uselekterte og åpne praksiser.



Med vennlig hilsen

Helen Brandstorp, leder

NSDM



**UiT** / THE ARCTIC UNIVERSITY  
OF NORWAY

Nasjonalt senter for distriktsmedisin / Boaittoealmedisiinna našunála guovddáš  
National Centre of Rural Medicine

ISM; Helsefak; UiT Norges arktiske universitet; N-9037 Tromsø  
post@nsdm.uit.no / www.nsdm.no / 77 64 40 00