

Høringssvar fra Nasjonalt senter for distriktsmedisin vedrørende endringer i forskrifter om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Generelle vurderinger

Nasjonalt senter for distriktsmedisin takker for muligheten til å avgi høringssvar på de foreslåtte endringer i flere forskrifter om krav til kompetanse m.m. for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Vi har lest og vurdert høringsnotatet med et distriktsperspektiv («rural proofing»). Vi mener at rekrutteringsutfordringene ikke kan løses ved å senke kravene, tvert om. Målet om likeverdige helsetjenester forutsetter at det legges til rette for god kvalitet i hele landet. I områder med lang avstand til sykehus er det spesielt viktig at allmennlegene har kompetanse og kapasitet, og at det er etablert gode rammer og strukturer for å sikre dette. Kompetansekravene er viktige verktøy for å oppnå kvalitet og pasientsikkerhet, og styrke rekruttering og stabilitet i allmennlegetjenestene i hele landet.

Høringsnotatet beskriver situasjonen i allmennlegetjenesten og begrunnelse for kompetansekravene på en god måte. Notatet poengterer behovet for høy allmenntillegemiddels kompetanse for å gi befolkningen allmennlegetjenester av god kvalitet. Konsekvensene av å senke kravene er godt beskrevet. Det er ikke samsvar mellom denne forståelsen av kompetansebehovet og enkelte av de foreslåtte endringene. Det er risiko for at noen av endringsforslagene vil kunne bidra til å svekke kompetanse og kvalitet på en måte som vil være negativ for pasientsikkerhet og legenes sikkerhet.

Etter at ALIS-ordningen kom med nye organisatoriske og finansielle rammebetingelser har rekrutteringen av fastleger økt. Dette er svært gledelig, og kan tyde på at det å stille konkrete kompetansekrav til både leger og kommuner for rekruttering og stabilisering til allmennlegetjenesten har betydning.

Det vises til at distriktskommuner strever med å få tak i leger. Det er ikke et nytt fenomen. Forskning viser at noe av det som rekrutterer og stabiliserer leger og annet helsepersonell i distrikt, er muligheter til å bygge kompetanse og rammer som gir rom for kvalitet og fagutvikling. Strategien bør derfor ikke være å redusere krav til kompetanse.

I høringsnotatet legges det stor vekt på at kommunene har ansvar for å sikre forsvarlige tjenester, og at det derfor er kommunene som skal vurdere kompetansen til leger utenfor fastlegeordningen som er spesialist/LIS i annen spesialitet enn allmenntillegemiddels eller LIS1-venter. Vår erfaring er at mange kommuner ikke har kapasitet og kompetanse til å gjøre slike vurderinger. Mange kommuner har stor gjennomtrekk av administrative ledere og medarbeidere, og oppnår i liten grad kompetanse på behovene i allmennlegetjenesten. Det oppstår fort interessekonflikter mellom ønske om kvalitet og kapasitet, og kostnader for legetjenesten som kan være vanskelige å håndtere for kommuner med begrensede økonomiske og faglige ressurser. Det betyr at kommunene trenger råd og veiledning når de skal vurdere kompetanse og veiledningsbehov for leger utenfor fastlegeordningen, og dette kan for eksempel gis gjennom de regionale ALIS-kontorene.

Høringsnotatet stiller spørsmål ved «forsvarligheten knyttet til at leger rett etter fullført grunnutdanning får vikarstillinger på fastlegekontor, sykehjem, fengsler mm. hvor de jobber alene med svært komplekse arbeidsoppgaver uten tilstrekkelig oppfølging.» Dette er vanligvis LIS1-ventere, som på denne måten stilles overfor komplekse medisinske problemstillinger uten

sikkerhetsnett, til stor fare for både pasientsikkerheten og legens egen faglige utvikling. Det er betenkelig at «*Departementet vurderer likevel at kravet til nødvendig veiledning og supervisjon ivaretas gjennom kommunens plikt til å tilby opplæring og oppfølging dersom dette er nødvendig for at helsepersonellet skal kunne yte forsvarlige tjenester*». Vi erfarer at dette i liten grad skjer, og viser til vår vurdering i forrige avsnitt. Den beste måten å sikre god veiledning og supervisjon på, er å opprette nok LIS1-stillinger slik at disse legene kan gjennomføre LIS1. Alternativt må det gjennom forskrift stilles krav til at disse legene skal ha rett til veiledning og supervisjon på lik linje med LIS1.

For leger fra Danmark og Sverige med KBU/AT, og evt andre leger med tilsvarende kompetanse, må det lages egne ordninger for kompetansevurdering/-supplering og godkjenning som ikke belaster LIS1-ordningen.

Vi støtter at søknadsbaserte unntaksordninger følges opp med årlig registrering slik som beskrevet på slutten av høringsnotatets kapittel 3.3.2.2

Vi støtter at varighet av arbeidsforhold eller avtaleforhold beregnes ut fra antall dager, uavhengig av stillingsprosent.

Det er fornuftig å samle regulering av kompetansekrav og samordne innholdet i de ulike forskriftene slik som foreslått, og at det er samsvar mellom kompetansekrav og rett til trygderefusjon.

Om kompetansekrav til leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Om krav til spesialisering

I §3 første ledd foreslår departementet at leger utenfor fastlegeordningen med andre spesialiteter/påbegynte spesialiteter enn allmenntillegener kan oppfylle kompetansekravene. Med dette åpnes det for at alle spesialiteter, uavhengig av relevans for arbeidet i kommunen, blir godkjent. Legearbeid i sykehjem, på legevakt, i helsestasjon osv krever en kompetanse som ivaretar generalistperspektivet, portvokterfunksjonen og systemforståelsen. Vi anbefaler derfor at åpningen for å godkjenne andre spesialiteter i disse stillingene skal begrenses til relevante spesialiteter, og helst at disse legene tilbys målrettet påbygging av allmenntillegenerisk kompetanse. Hvilke spesialiteter som kan regnes som relevante må beskrives.

Unntak fra krav om spesialisering

Vi støtter alternativ 1, som gir fleksibilitet nok til å sikre vikartjenester, men samtidig tydelig begrensning i tid og omfang. Vi anbefaler at vikarer som går over flere måneder tilbys veiledning og supervisjon på linje med ALIS dersom de ikke er ALIS/spesialist i allmenntillegeneris.

Som hovedregel, bør vikarer i allmenntillegeneriske stillinger ha gjennomført LIS1. Dersom man likevel velger å ansette LIS1-ventere som vikar, må de gis veiledning og supervisjon på lik linje med LIS1. Dette bør forskriftsfestes, jfr det vi har skrevet tidligere.

Alternativ 2 støtter vi ikke. Det vil åpne for «evige vikarer» uten spesialitet, noe som vil være en dårlig løsning for legen selv, for pasientene og for kommunene. Kompetansekravet er et godt virkemiddel for å styrke kvalitet, pasientsikkerhet og rekruttering. Det at man stiller krav om å delta i spesialiseringsordningen også for vikarer er ikke et hinder, men en mulighet som kommunene bør omfavne. Hvis man tilbyr vikarene å delta i kompetansebygging på lik linje med kollegene, er det trolig større sannsynlighet for at de blir en del av teamet, blir tryggere i jobben, blir på stedet og velge allmenntillegeneris. Forskning viser at kompetansebygging, fagutvikling og teamarbeid virker rekrutterende og stabiliserende.

Krav til kompetanse for å ha legevakt uten bakvakt

Det ser ut til at nummerering av forslagene er byttet om i den beskrivende teksten i *kapittel 3.3.2.3 sammenlignet med teksten i kapittel 6 Forslag til endringer*. Vi bruker nummereringen i kapittel 6:

Alternativ (1) Minstekrav om LIS2/LIS3

Alternativ (2) Minstekrav om LIS1

Vi vil støtte alternativ 2, som innebærer et minstekrav om gjennomført LIS1 for å kunne ha legevakt uten bakvakt. Det vil alltid være nødvendig at nye leger i en kommune, enten de er ferske ALIS eller erfarne spesialister, får god opplæring i lokale rutiner, utstyr og samarbeidsmåter. Legevaktslegen bør som hovedregel ikke være alene. Legevakt er teamarbeid, særlig i distrikt. Lokalt helsepersonell og ambulanspersonell utgjør et godt team sammen med legevaktslegen, og kan sikre kvalitet og lokalkunnskap.

Veiledning av LIS1 og ALIS

Vi støtter forslaget om at veiledning av LIS1 og ALIS innlemmes i de 7,5 timene som kan brukes til andre allmennt medisinske oppgaver i kommunen. Vi mener at dette først og fremst er en positiv mulighet fordi det gir allmennleger som ønsker å bruke tid på veiledning, mulighet til dette istedenfor andre kommunale oppgaver. Det at det også innebærer en mulighet for kommunen å pålegge legene veiledningsoppgaver, er først og fremst en unntaksmulighet som i minst mulig grad bør brukes. Kommunen bør legge til rette for at leger som skal veilede, er interessert og får bygget veilederkompetanse.

Forslaget understreker kommunens ansvar for å legge til rette for spesialistutdanning i allmennt medisin. Vi savner en tilsvarende tydeliggjøring av kommunens ansvar for å legge til rette for mottak og veiledning av medisinstudenter i praksis.

Høringsnotatet ber om vurdering av om forslaget vil kunne bidra til konkurranse om veiledertid mellom medisinstudenter, LIS1 og ALIS. Vi vil peke på fordelene med å k

unne tilby praksis og veiledning i hele utdanningskjeden, fra grunnutdanning via LIS1 og ALIS til ferdig spesialist i allmennt medisin. Godt veiledede utplasseringsperioder for medisinstudenter i allmennpraksis (både hos fastleger, i legevakt, sykehjem og andre kommunale legetjenester) vil kunne bidra til å øke interessen for å arbeide som allmennlege i fremtiden.

Dagens regelverk virker i direkte motstrid til dette gjennom *ASA 4310 Rammeavtale mellom KS og Den norske legeforening om allmennlegepraksis i fastlegeordningen i kommunene*:

Pkt 11.4 Medisinstudenter: Legen kan motta medisinstudenter i sin praksis. Organisering og andre vilkår er kommunen uvedkommende, og legens forpliktelser overfor kommunen reduseres ikke.

Vi foreslår at også veiledning av medisinstudenter tas inn i de 7,5 timene. Det vil tydeliggjøre kommunenes og fastlegenes ansvar for å bygge fremtidens leger, og det vil kunne bidra til både rekruttering og stabilisering av leger. Det forutsetter riktig dimensjonering av allmennlegetjenesten og av legekantorene slik at de kan ivareta veiledningsoppgavene på lik linje med pasientarbeid, fagutvikling, kompetansebygging og kvalitetsarbeid.

Vennlig hilsen

Anette Fosse

Leder, Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM)

Institutt for samfunnsmedisin

UiT Norges arktiske universitet, N-9037 Tromsø, Norway