

Høringer og innspill

Takk for ditt svar

Kvittering og en kopi av svaret er sendt til: anette.fosse@uit.no

Merk at det kan ta litt tid før du mottar kvitteringen, da eventuelle vedleggsfiler skal gjennom en viruskontroll.

Ditt svar vil først vises på regjeringen.no etter at svaret er blitt manuelt godkjent.

Avgitt svar

Tidspunkt for innsending: 13.10.2024 23:11

Høring - forslag til endringer i forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften) mm.

Avgi svar

Generelt:

Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) takker for muligheten til å sende høringssvar på forslag til endringer i spesialistforskriften. Slik vi leser forslagene foreslår HOD å redusere kravene til spesialistutdanningen for å møte rekrutteringsutfordringen i allmennmedisin. Dette er prinsipielt en tvilsom tilnærming. Vi står i fare for at kompetansen til og kvaliteten på allmennlegene, fremfor alt i distrikt blir svekket. Det er kommunene som har ansvar for spesialistutdanningen i allmennmedisin. Dette stiller store krav til kommunene, og mange kommuner har ikke kapasitet og kompetanse til å følge opp ALIS på en god måte. Mange store kommuner har bygget opp egne administrative ressurser med ALIS som hovedoppgave. Disse kommunene kan sannsynligvis håndtere utdanningsansvaret på en tilfredsstillende måte. Det finnes også mindre kommuner som har utviklet gode systemer for ALIS-oppfølgningen, men mange kommuner har stor gjennomtrekk av administrative ledere og medarbeidere, og oppnår i liten grad kompetanse på ALIS-ordningen. Vi anbefaler at ansvaret for spesialistutdanningen flyttes til et interkommunalt/regionalt nivå. Det kan være hensiktsmessig at de regionale ALIS-kontorene involveres i dette.

Kommentarer til enkeltforslag

2.3.1 Veiledning under spesialistutdanningen

Fleksibilitet i veiledningsomfanget avhengig av progresjon i utdanningsløpet er hensiktsmessig.

2.3.1.2 Veileders kompetanse

Det er riktig at en allmennlege med lang erfaring, men uten formell spesialistkompetanse kan fungere godt som veileder for ALIS. I dag har man en søknadsbasert ordning som sikrer at kommunen ikke bruker muligheten utenom «særlig tilfeller». Det å gi kommuner med rekrutteringsproblemer ansvaret for å vurdere om de kan lemppe på kravene til at veileder er spesialist i allmennmedisin skaper interessemotsetninger som ikke er heldige (bukk og havresekk). Som nevnt i innledningen har mange kommuner lav kompetanse og kapasitet når det gjelder ALIS-ordningen, noe som ikke er et godt utgangspunkt for å vurdere en leges egnethet som veileder. Vi anbefaler at denne vurderingen enten videreføres i Hdir som i dag (forutsetter tilstrekkelig kapasitet i Hdir til rask saksbehandling), eller til f.eks. de regionale ALIS-kontorene.

2.3.2 Krav til stillingsprosent i åpen uselektert praksis

Med åpen uselektert praksis menes en praksis som er åpen for alle, uten en foregående siling eller utvelgelse av pasienter eller sykdommer eller lidelse. Variasjonen i pasientgrunnlag, pasientpopulasjon og organisering av praksis gjør at det likevel kan være store forskjeller mellom kommuner. Fastlegejobben er erfaringsbasert og må sikre at kandidatene får nødvendig erfaring og eksponering for ulike pasientgrupper. Et viktig læringsaspekt er kontinuitet og tilgjengelighet for oppfølging av pasientene på listen over tid. Forskningen på ALIS Vest-forsøket viste at ALIS brukte 1-2 år på å få god oversikt over pasientlisten slik at de kunne jobbe effektivt. Dette er en grunnleggende erfaring og kompetanse i spesialiteten allmenntmedisin. Vi mener at 50%-regelen er en pragmatisk måte å sikre oppnåelse av disse læringselementene, og at 50% fortsatt bør være hovedkravet.

Det kan være akseptabelt å åpne for unntaksordninger ved rotasjonsstillinger (og f.eks. ved hovedstilling i sykehjem, legevakt o.l.) der man fraviker 50%-regelen. Forutsetningen er at kommunen må dokumentere at og hvordan ALIS vil få nødvendig erfaring i åpen, uselektert praksis tilsvarende to år. På bakgrunn av det vi tidligere i høringsvaret har skrevet om kommunene, mener vi at slike unntak ikke bør vurderes av kommunen selv. Vurdering og eventuell godkjenning bør gjøres i Hdir, evt av et interkommunalt/regionalt nivå (f.eks. ALIS-kontor).

2.3.3.1 Opprettelse av stillinger i utdanningens første del

Utdanningskapasiteten til LIS1 er en stor utfordring og er en flaskehals for videre spesialisering av leger. Vi er enige om at antallet LIS1 stillinger må økes, men det må primært skje innenfor dagens system.

Mange unge leger arbeider som lege før LIS1 for å kvalifisere seg til LIS1, og helseforetak og kommuner bruker «LIS1-ventere» til å utføre nødvendige legeoppgaver. Noen stillinger er tilpasset kompetansen til legen, men mange kommuner bruker legene i fastlegevikariater og som sykehjemslege der legen mangler formell kompetanse, og ofte uten at det gis tilstrekkelig veiledning og oppfølging.

Det foreslås at kommuner og helseforetak skal kunne etablere egenfinansierte LIS1 stillinger utenom det sentrale systemet administrert av Helsedirektoratet. I høringsnotatet er det en god drøfting av et slikt tiltak, og farene for at ordningen kan virke sentraliserende og øke rekrutteringsutfordringene i distrikt. Vi mener primært at det bør skje en planlagt økning av ordinære LIS1-stillinger innenfor det vanlige systemet. Kommuner og sykehus som ønsker å utvide LIS1-kapasiteten bør kunne melde fra til Hdir slik at stillingene kan håndteres på vanlig måte.

Dersom det likevel åpnes for egenopprettede LIS-stillinger er det et ufravikelig krav at LIS1-søkere som har fått en ordinær LIS1-stilling ikke kan frasi seg denne for å ta en (mer sentral) nyopprettet LIS1-stilling. Erfaringen med at LIS1 sier opp stillingen få uker før oppstart fordi de har fått annen jobb er et stort problem i deler av landet, spesielt for kommune-delen av LIS1.

2.3.3.3 Rekkefølgekravet til utdanningens første del – unntak fra §2 andre ledd

Vi mener at rekkefølgekravet er avgjørende viktig for læringsløpet i LIS1. Det å ha sykehustjenesten først gir LIS1 et godt og nødvendig grunnlag for det mer selvstendige LIS1-arbeidet som allmennlege og legevaktlege. Dette må ikke endres på som hovedregel.

Høringsnotatet gir en god beskrivelse av hvorfor rekkefølgekravet er svært viktig og nødvendig.

Når det likevel åpnes for unntak fra rekkefølgekravet i de egenopprettede LIS1-stillingene oppfatter vi at det er en måte å kunne gi en fleksibel overgang for LIS1-ventere som har opparbeidet seg en del legeerfaring allerede, kanskje spesielt med tanke på leger med svensk AT og dansk KBU. Disse legene passer ikke inn i det normale LIS1 systemet og det er nødvendig å skape et parallelt utdanningsforløp for dem som ikke belaster LIS1-ordningen. Man bør dels vurdere den formelle utdanningen og vurdere hva som eventuelt mangler og i tillegg gjøre en individuell vurdering av hver enkelt kandidat.

En åpning for egenopprettede stillinger og mulighet for å unntaksvis fravike rekkefølgekravet må kun være unntak, og ikke bli en sovepute som bremser videre opptrapping av antall LIS1-stillinger i den ordinære ordningen.

Vedlegg

(Ingen filer er lastet opp)

[Tilbake til høringen](#)