



Stor-Elvdal kommune

Enhet Helse

Helse- og omsorgsdepartementet

Dato 17.09.2024

Vår ref. 2024/640

Deres ref.

Tilbakemelding av høring - forslag til endringer i forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften) mm. - høringsfrist 14. oktober 2024

Viser til mottatt brev: *Høringsbrev - forslag til endringer i forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften) mm datert 03.07.2024.*

Hvor Helse- og omsorgsdepartementet foreslår endringer i:

- Forskrift 8. desember 2016 nr. 1482 om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften)
- Forskrift 17. februar 2017 nr. 192 om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (forskrift om kompetansekrav for leger),
- Forskrift 20. mars 2015 nr. 231 om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften), og
- Forskrift 18. juni 1998 nr. 590 om rett til trygderefusjon for leger, spesialister i klinisk psykologi og fysioterapeuter (forskrift om trygderefusjon for leger m.v.)

Veiledning under spesialistutdanningen

Stor-Elvdal kommune ønsker å gi en tilbakemelding på minimumskravet om antall timer til veiledningen. Vi støtter ekspertutvalgets vurderinger når det gjelder behov for fleksibilitet, da ALIS kandidatene kan ha forskjellige behov for veiledning og erfaringer. Departementet foreslår å omformulere minimumskravet om antall timer til veiledning fra gjennomsnittlig 4 timer per måned i 10,5 måneder til i gjennomsnitt 42 timer per år. Dette fører til at den samlede veiledningstiden skal være lik som tidligere og vil da i gjennomsnitt tilsvare minimum 42 timer per år (4 timer per måned i 10,5 måneder), men veiledningstiden må da ikke utgjøre minimum 42 timer hvert eneste år i spesialiseringsløpet. På den måten kan veiledningen av den enkelte ALIS bedre tilpasses den enkeltes behov gjennom hele utdanningsløpet, samtidig som legen totalt sett vil ha krav på samme antall som etter gjeldende regelverk.

Stor-Elvdal kommune støtter denne måten å løse fleksibiliteten på samtidig som man opprettholder et krav for å sikre at ALIS kandidaten får tilstrekkelig med veiledning under utdanningsløpet.

Vi ønsker også å kommentere at vi er skeptiske til å åpne for at veileder ikke er spesialist i ALIS utdanningen i kommunen. I Stor-Elvdal akkurat nå, går det helt fint, da vi har 3 spesialister ansatt, men vi kan anta at i noen kommuner vil det være personer med begrenset kompetanse som får ansvaret for helseseksjonen og dermed ALIS-forløpet. Dette av erfaring tidligere.

Dersom en kommune skulle være så uheldig å ha økonomiske utfordringer samtidig som man strever med rekruttering, kan risikoen være at man benytter seg av vikarer som dermed blir veiledere. Dette kan være til at veilederen ikke har tilstrekkelig kompetanse eller forståelse for veilederrollen. Det vil kunne ha negative konsekvenser for den som ansettes som ALIS.

Opprettelse av stillinger i utdanningsløpets første del

Det vises til i høringsnotatet at Helsedirektoratet tidligere har vurdert tiltak for å øke kapasitet og utnyttelse av stillinger for LIS1. Ett av tiltakene direktoratet foreslo var å åpne for at helseforetak kan lyse ut ekstra LIS1-stillinger ved behov.⁴ Også Ekspertutvalget foreslår at kommuner og sykehus gis mulighet til å lyse ut egne LIS1-stillinger. Utvalget peker på at en slik løsning vil være en forbedring for kommunen, for eksempel ved at de kan tilby LIS1-stillinger i stedet for å ansette leger uten LIS1 i dyre vikariater. I spesialisthelsetjenesten ivaretar i dag leger uten LIS1 ulike arbeidsoppgaver innen flere fagfelt.

Stor-Elvdal kommune er noe skeptisk til å opprette egenopprettede LIS1-stillinger. Disse stillingene bør kvalitetssikres så LIS1 kandidaten får samme opplegg som man ville fått som ansatt i de "vanlige" LIS1-stillingene, med samme lønns- og vaktkompensering, veiledning, gruppeveiledning etc.

Hvis dette er ivaretatt i ny ordning, er det bra, men vi tenker allikevel det bør være en sentralisert godkjenning fra de som allerede nå styrer LIS1, slik at kvaliteten sikres. Stor-Elvdal kommune er imidlertid mer skeptisk til en opphevelse av rekkefølgekravet, slik at man kan starte i allmennpraksis før sykehustjeneste som LIS1. Å jobbe i allmennpraksis, særlig på legevakt, krever at man er i stand til å skille alvorlige tilstander fra mindre alvorlige tilstander. Det gjør man best når man har vært på sykehuset på kirurgisk og medisinsk avdeling, hatt vakt, og jobbet under supervisjon. Det kan forekomme at noen har hatt en tjeneste før LIS1 som gjør at man har fått kompetanse som er god nok, men det tenker vi er veldig vanskelig å vurdere. Også for LIS1 vil det være en betydelig trygghet å ha gjennomført sykehustjenesten, ettersom man opparbeider seg viktig erfaring. Å komme utfor en uheldig legevakts henvendelser med alvorlige konsekvenser kan sitte hos legen resten av arbeidslivet.

Så rekkefølgekravet mener Stor-Elvdal kommune skal bestå, og at hensynet til flere LIS1-stillinger av rekrutteringshensyn ikke kan trumfe kravet til forsvarlighet og utdanne trygge og gode leger for fremtiden.

Stillinger for leger i spesialisering - kravet til stillingsprosent i åpen uselektert allmennpraksis - § 8 fjerde ledd

Stor-Elvdal kommune ønsker å kommentere endringen som foreslås om at kravet om arbeidstid tilsvarende minst 50 prosent av heltid i åpen uselektert allmennpraksis i spesialistutdanningen for allmennmedisin, oppheves. Det foreslås økt fleksibilitet for gjennomføringen av veiledning under spesialistutdanningen i allmennmedisin.

Med åpen uselektert allmennpraksis menes en praksis som er åpen for alle, uten en forutgående siling eller utvelgelse av pasienter eller sykdommer eller lidelser. Dette dreier

seg om praksis som fastlege, og som hovedregel skal legen ha ansvar for egen liste. I særlige tilfeller er det imidlertid mulig å gjennomføre utdanning i åpen uselektert allmennpraksis uten ansvar for egen liste.

Kravet til minimum to år i åpen uselektert allmennpraksis skal sikre at alle spesialister i allmennmedisin har tilstrekkelig kompetanse til å ivareta og håndtere et bredt (uselektert) utvalg av problemstillinger. Kravet om minst 50 prosent arbeidstid skal sikre kontinuitet i pasientoppfølgingen. I praksis handler dette blant annet om å ha ansvar for lengre pasientforløp, tilgjengelighet, oppfølging og kontroller, håndtering av prøvesvar og koordinering.

For å oppnå mer fleksibilitet knyttet til gjennomføring av to års åpen uselektert allmennpraksis, anbefaler Ekspertutvalget at kravet om minst 50 prosent stilling fjernes. Utvalget peker på at legen da kan jobbe i lavere stillingsprosent dersom dette ikke er i veien for å gjennomføre de læringsaktivitetene som er nødvendige for å oppnå læringsmålene.

Som nevnt over er kontinuitet i pasient-lege-relasjonen et sentralt hensyn bak kravet om to års åpen uselektert allmennpraksis i minst 50 prosent stilling. En lavere stillingsprosent kan føre til en uheldig oppstyking av spesialistutdanningen, og det kan gå utover kontinuiteten i pasientoppfølgingen. Departementet vurderer likevel at disse hensynene kan ivaretas også i lavere stillingsprosenter. En forutsetning er imidlertid at utdanningstiden forlenges tilsvarende reduksjonen i stillingsprosent. For eksempel vil en 20 prosent stilling medføre at legen må jobbe i åpen uselektert praksis i ti år (tilsvarer to år i 100 prosent stilling). Det vil også være en forutsetning at læringsmålene kan oppnås gjennom aktuelle læringsaktiviteter i den lavere stillingsprosenten. Departementet foreslår derfor at kravet om arbeidstid tilsvarende minst 50 prosent av heltid i åpen uselektert allmennpraksis oppheves, slik at arbeid i stillingsandel på mindre enn 50 prosent ikke er til hinder for at legen kan gjennomføre læringsaktiviteter og oppnå nødvendige læringsmål i allmennmedisin.

Den enkelte utdanningsvirksomhet må vurdere om det er mulig å gjennomføre spesialistutdanningen på deltid slik at legen får gjennomført de læringsaktivitetene som er nødvendige for å oppnå læringsmålene. Det må på vanlig måte utarbeides en individuell utdanningsplan, jf. spesialistforskriften § 25. Planen må vise hvordan spesialistutdanningen planlegges gjennomført i den gitte stillingsprosenten, og angi når og på hvilken læringsarena de enkelte læringsmålene skal oppnås og innenfor hvilken tidshorisont. Departementet mener at dette forslaget kan bidra til at flere leger kan tilbys spesialisering i allmennmedisin i kommunen.

Mange kommuner med rekrutteringsutfordringer ansetter i dag leger som fastlegevikarer uten at vikarene verken er spesialister i allmennmedisin eller under spesialisering i allmennmedisin, jf. unntaksbestemmelsen i § 4 i forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. En opphevelse av kravet om minst 50 prosent stilling vil kunne bidra til at flere kommuner heller kan tilby spesialistutdanning i allmennmedisin fremfor vikarbruk. Dette vil gi en mer hensiktsmessig ressursbruk med økt utdanningskapasitet, noe som igjen kan bidra til bedre rekruttering av fastleger.

Stor-Elvdal kommune har i tiden før 2022, vært i en situasjon hvor vi benyttet oss av vikarbyrå for å ha leger i stillingene våre. Dette for å klare å dekke opp pasientlistene og legevakten, da vi har egen legevakt i vår kommune. Vi er en liten kommune med ca. 2 300 innbyggere og er plassert midt mellom 2 lokalsykehus, Elverum/Hamar og Tynset.

Kommunen måtte gjøre endringer i måten legekontoet ble driftet, for å opprettholde en stabil, forutsigbar og god legetjeneste for innbyggerne våre. I den forbindelse har kommunen iverksatt en modell hvor 3 pasientlister ble delt opp i 6 lister, legevakt ble sett i sammenheng med ordinære legetjeneste da det var de samme legene som gjennomførte begge deler. Denne modellen baserer seg på fokus på forutsigbarhet, fastlegetankesettet og samhold i legegruppen. Alle legene har ansvaret for egen pasientliste som er på 350 – 450, avhengig av om legen har sykehjemmet eller helsestasjon som ansvarsområde, eller er kommuneoverlege. Vi har valgt å ha fokus på kontinuitet i denne modellen, da vi vet at det er sårbart med denne måten å organisere tjenesten på. Dette ved at legen er 2 uker på kontoret i bundet tid, og 3 uker hvor som helst i ubundet tid, men har fortsatt ansvaret for listen ved å svare på digitale henvendelser som reseptforespørsler o.l.

Vi har valgt å satse på ALIS utdanningen og startet med 2 løp for dette i 2022 og har i dag 3 ALIS løp hos oss, samt LIS1. Alle er ansatt i 100% fast stilling i kommunen. Vi har 3 spesialister i allmennmedisin, og hvor flere av dem har en spesialisering til. Vi ser stor verdi i at disse spesialistene deler av sin kompetanse og erfaring til ALIS kandidatene og LIS1.

I en liten distriktskommune som Stor-Elvdal har det vært store rekrutteringsutfordringer, men med ny modell har dette endret seg. Vi mener vi har fått en mer kontinuitet i pasient-lege-relasjonen som er et sentralt hensyn bak kravet om to års åpen uselektert allmennpraksis i minst 50 prosent stilling, med denne modellen. Det at det legges større vekt på at legene får gjennomført de læringsaktivitetene som er nødvendige for å oppnå læringsmålene, støtter Stor-Elvdal kommune. Det å legge til rette for gode utdanningsløp, tid til veiledning og ha egen pasientliste man følger opp over tid er vesentlige punkter for utdanningen.

Men kommunen legger også til en bekymring for at stillingene blir for små og oppstykket, og særlig hvis man ikke har ansvar for egen liste, altså hvor man deler listen på flere leger. I de tilfellene tenker vi at kontinuitetstanken som er sentral for fastleger ikke blir innfridd. Et forslag på løsning kan være at man kunne satt et lavere krav, f.eks. 25-30 %, og krav om at man alene har hovedansvar for oppfølging av liste.

Konklusjon

Stor-Elvdal kommune støtter deler av høringsforslagene som er nevnt i *høringsbrev - forslag til endringer i forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften)* mm datert 03.07.2024. Men vi har noen kommentarer og bekymringer rundt endringene som er beskrevet over.

Vi bidrar gjerne for mer utfyllende kommentarer eller videre arbeid i prosessen videre.

Med hilsen

Line Larsen Amundsen
Enhetsleder
Tlf. 95272594

Dette brevet er elektronisk godkjent og sendes derfor uten signatur.

Eventuelt svar på dette brevet sender du til postmottak@stor-elvdal.kommune.no merket 2024/640.