

Høringssvar til ekspertutvalgets rapport «Gjennomgang av allmennlegetjenesten» fra de allmenntmedisinske fagmiljøene ved de fire universitetene i Norge med legeutdanning

Dette er et høringssvar fra de allmenntmedisinske fagmiljøene ved de fire universitetene i Norge med legeutdanning: UiT Norges arktiske universitet (Tromsø), NTNU (Trondheim), Universitetet i Oslo og Universitetet i Bergen. Ved ønske om ytterligere innspill eller dialog omkring innspillene, er Regjeringen og Ekspertutvalget hjertelig velkomne til å ta ny kontakt med oss i de allmenntmedisinske fagmiljøene.

Helsetjenesten i Norge ble i 2020 vurdert som verdens beste¹, blant annet med referanse til fastlegeordningen. Forskriften krever at alle leger som starter som fastlege skal være spesialister eller under spesialisering i allmenntmedisin. Fastlegen inngår i kommunehelsetjenesten med en forpliktende avtale om personlig ansvar for et bestemt antall listepasienter. Sviktende rammebetingelser og flere arbeidsoppgaver har imidlertid ført til arbeidsuke på 56 timer og fastlegekrise med manglende rekruttering og stor avgang. Minst 235.000 innbyggere i Norge mangler fastlege, som er en lovfestet rettighet. Dette er kritisk og krever både kortsiktige og langsiktige løsninger. I rapporten «Gjennomgang av allmennlegetjenesten» presenterer Regjeringens ekspertutvalg 59 tiltak for å styrke fastlegeordningen.

Regjeringen ber om innspill til blant annet forslag om forenkling av kompetansekrav og spesialistutdanningen i allmenntmedisin. Med utgangspunkt i vårt ansvar for kvalitetssikring av allmenntmedisinsk kunnskap i grunnutdanningen av leger i Norge har vi spesielt sett på forslag som gjelder allmenntlegers faglige kompetanse og kunnskap – kapittel 9.1 «Kompetanse i allmennlegetjenesten». Vi vil peke på noen problemer der kortsiktige løsninger for kvantitet ikke må gå foran langsiktige strategier for kvalitet.

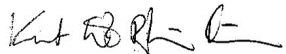
Vi er uenige i forslagene som innebærer:

- Begrensninger i hvilke leger som skal være spesialister i medisin
- Endring i rekkefølgekravet for LIS1-tjenesten
- At ALIS-veileder ikke trenger å være spesialist i allmenntmedisin, og reduksjon i veiledningstid
- Å fjerne kravet til stillingsprosent ved gjennomføring av to års åpen uselektert allmenntpraksis
- Å fjerne krav til resertifisering og overlate ansvaret for faglig oppdatering til kommunen der legene er ansatte eller har avtale

Mer om vår bakgrunn for dette utdypes i første del av vårt høringsutkast.

Det er også vesentlige temaer som ikke er tilstrekkelig belyste i ekspertutvalgets rapport, som vi ser som avgjørende for organisering av en bærekraftig allmennlegetjeneste i Norge. I høringssvarets andre del kommenterer vi derfor også *forskning og undervisning, grunnutdanningen, risiko ved tilrettelegging for helprivate tjenesteutbydere samt behovet for bevaring av eksisterende fastleger i tillegg til rekruttering.*

Bergen, 21.09.2023. På vegne av de allmenntmedisinske akademiske miljøene i Norge,


Knut Eirik R. Eliassen,
Spesialist i allmenntmedisin,
Førsteamanuensis, Fagområde for allmenntmedisin,
Institutt for global helse og samfunnsmedisin,
Universitetet i Bergen

knut.eliassen@uib.no / 412 04 018

¹ Rapport, Commonwealth Fund, 2021: Mirror, Mirror: Reflecting Poorly. Tilgjengelig fra: <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2021/aug/mirror-mirror-2021-reflecting-poorly#rank>

Tilbakemeldinger på kapittel 9.1 «Kompetanse i allmennlegetjenesten»

Anbefaling: «*Krav om påfølgende spesialisering i allmennmedisin bør begrenses til fastleger og leger i faste stillinger i kommunen. Dette kravet bør, uavhengig av vikariatets varighet, ikke gjelde for vikarer i slike stillinger. Endringene vil bidra til å øke tilgjengeligheten til leger med LIS1 som kan arbeide i de kommunale allmennlegetjenestene, og til at leger i vikariat i større grad kan jobbe på tvers av tjenester og nivå. Dette vurderes å være viktig for å øke kapasiteten i tjenesten».*

Tilsvar: UENIGE.

Alle leger som skal arbeide i primærhelsetjenesten i mer enn 3-6 mnd. bør fortsatt være spesialist i allmennmedisin eller i spesialisering. Allmennleger arbeider mer selvstendig enn andre leger og har ofte få kollegaer å støtte seg til på små legekontor, legevakter og sykehjem. Allmennlegen møter uselekterte pasienter og det tas raske, viktige og ofte irreversible avgjørelser (innleggelse eller ikke, hastegrad og type behandling). Slikt selvstendig arbeid krever høy kompetanse. Flere av pasientene i allmennpraksis blir eldre, noe som krever høy kompetanse i multimorbiditet og relevant og personsentrert utredning og behandling.

Utvalgets forslag gir risiko for et «B-lag» av vikarer og helprivate allmennleger, uten spesialitet i allmennmedisin eller veiledningsstøtte. Allerede får LIS1-ventere og vikarer ansvar for de vanskeligste og sykeste pasientene på sykehjem, korttids plasser, fastlegelister og legevakter. Det er ikke forsvarlig for pasienter, leger eller samfunnet at de sykeste pasientene skal møte de minst erfarne legene.

For leger med gjennomført LIS1 er det dessuten ønskelig at vikariater skal ha utdanningsverdi og kan telle i spesialistutdanningen.

Vi har forståelse for at helsepersonellkabalene i Norge vanskelig går opp, jf. både Ekspertutvalgets rapport og den nylige rapporten fra Helsepersonellkommissjonen, og vi kan forstå at det må åpnes opp for økt bruk av og delegering til annet helsepersonell innad på legekantoret og i kommunen. En slik endring av fastlegenes rolle vil imidlertid kreve enda større og ikke mindre kompetanse (og veiledning), noe som også taler klart imot å bygge ned krav til og kompetanse i spesialistutdanningen.

Anbefaling: «*Videre mener ekspertutvalget at flere leger må få gjennomført LIS1, og derfor at de koblede LIS1-stillingene som pålegges sykehus og kommuner må økes. I stedet for dagens løsning der kommuner og sykehus ansetter leger uten LIS1, bør de gis muligheten til å lyse ut egne LIS1-stillinger. I dag arbeider leger uten LIS1 som fastlegevikarer, og det vil være en forbedring om kommunen i stedet oppretter LIS1-stillinger. I dagens situasjon, hvor mange leger i påvente av LIS1 har tilegnet seg betydelig arbeidserfaring, bør det åpnes opp for at arbeidsgiver ved ansettelse i egne opprettede LIS1-stillinger, kan gjøre en vurdering av om rekkefølgekravet skal opprettholdes eller ikke. Utvalget mener imidlertid at åpning for avvik fra rekkefølgekravet bør være en midlertidig ordning, og at effektene av endringene bør evalueres i løpet av kort tid».*

Tilsvar: UENIGE.

Flere kommuner har sterkt behov for LIS1-lege som en del av allmennlegetjenesten, men ender med å stå med ubesatte stillinger tross ventelister på LIS-tjenester. Å begynne LIS1-tjenesten i allmennpraksis kan sannsynligvis fungere rekrutterende for videre ALIS-løp i kommunene, men vi mener likevel at dette bør møtes med andre tiltak enn å la LIS1-legene starte i kommunene:

Faglig begrunnelse:

Legeutdanningen er bygget opp slik at nødvendige ferdigheter og kompetanser skal på plass før neste trinn. Arbeid som allmennlege krever stor grad av selvstendighet og gode kliniske ferdigheter. Sykehusdelen av LIS1 gir mengdetrening i pasientvurderinger, praktiske prosedyrer, simulering, akuttmedisin og systeminnsikt med tett veiledning i et tverrfaglig miljø. LIS1-tjenesten i kommunen

forutsetter at legen allerede har denne bakgrunnen. Dersom det åpnes for å endre rekkefølgen vil det få store konsekvenser for veiledningsbehov og oppfølging for å trygge pasientsikkerheten. Dette er spesielt sårbart i distriktskommuner der LIS1 trenger nødvendig erfaring og ferdigheter for å fylle oppgavene langt fra sykehus, og der det er størst risiko for å få lite eller fragmentert veiledning (f.eks. ved lister uten leger, vikarstafetter eller «Nordsjøturnus»-ordninger for de andre legene).

Organisatorisk begrunnelse:

Dagens system med ansettelse først i sykehus, deretter i kommune gir forutsigbarhet for alle parter. Kommunene bør i større grad involveres i ansettelsesprosessene slik at kandidater med interesse for allmennpraksis blir tilstrekkelig prioritert og at LIS1-leger også fyller den stillingen de tildeles i allmenntilleggsmedisin.

Hvis det åpnes for to ulike løp for LIS1 – den eksisterende veien og en ny vei via midlertidig opprettede LIS1-stillinger i kommuner og sykehus med eller uten samarbeid mellom enhetene, blir LIS-tjenesten uoversiktlig og tilfeldig. Dersom et legekantor eller et sykehus har mulighet til å opprette en LIS1-stilling må denne inn i det ordinære systemet. Det blir ikke flere stillinger av å lage to løp som delvis konkurrerer med hverandre. En slik ordning vil dessuten ramme distriktene ved at uerfarne LIS1 trenger betydelig mer oppfølging og veiledning og dermed gir større belastning på legetjenesten.

Om vikariater og grå stillinger:

Dagens situasjon med LIS1-ventere har mange problematiske sider. Utover flaskehals med ventetid for å påbegynne spesialisering, får helt nyutdannede leger for krevende oppgaver og for stort ansvar med for lite veiledning og tilrettelegging, slik det beskrives i rapporten. Unge leger i disse stillingene må få veiledning på lik linje med LIS1-leger. Det er imidlertid en både faglig og organisatorisk bedre løsning å åpne opp for flere ordinære LIS1-stillinger, slik at LIS1-tjenesten, som den første delen av all spesialistutdanning, gir den erfaringen og kompetansen å bygge videre på som den er tiltenkt. Hvis dette forløpet blir fragmentert og tilfeldig avhengig av den enkelte arbeidsgiver, blir LIS1-tjenesten ikke den grunnsteinen for spesialistutdanning som den skal være.

Blir det likevel en endring i rekkefølgekravet, er det vesentlig at dette skjer i begrenset grad og periode, og at effektene evalueres før det eventuelt videreføres. Kommuner som tar imot LIS1-leger uten 12 mnd. sykehustjeneste, må forplikte seg til et ekstra veiledningsansvar for disse legene, og dette må spesifiseres som et krav med omfang og innhold. Tidligere erfaringer tilsier at mange kommuner ikke vil følge dette opp dersom det ikke spesifiseres eller formuleres som et lovkrav.

Anbefaling: «For å styrke kommunenes forutsigbarhet rundt tiltredelser i LIS1-stillingene anbefaler ekspertutvalget at søkere som trekker seg fra en koblet LIS1-stilling, fratras mulighet til å ta en LIS1-stilling i en ny kommune før ved neste ordinære utlysning, på samme måte som dagens ordning for sykehusdelen av tjenesten. Videre bør sykehus og kommuner i fellesskap gis ansvar for å vurdere behovet for, og opprettelsen av, knyttede LIS1-stillinger til videre spesialisingsløp i allmenntilleggsmedisin».

Tilsvaret: **ENIGE.** Vi støtter mulighet for egne LIS1-stillinger knyttet til spesialisingsløp i allmenntilleggsmedisin. Det bør være mulig å prioritere søkere som ønsker spesialisering i allmenntilleggsmedisin.

Anbefaling: «For å øke kontinuiteten og kapasiteten i spesialistutdanningen i allmennmedisin anbefaler ekspertutvalget oppmykning av kravene i spesialistforskriften knyttet til at veileder må være spesialist i allmennmedisin og til gjennomføring av institusjonstjeneste. (...) Det er også grunn til å stille spørsmål ved om antall veiledningstimer bør variere gjennom spesialiseringløpet og reduseres mot slutten av spesialistutdanningen, eller når ALIS går i gruppeveiledning».

Tilsvare: UENIGE.

Ved innføring av ny spesialistordning i allmennmedisin har man fått til en velfungerende veilederordning der ALIS følges gjennom hele spesialiseringløpet og har muligheter for god veiledning av en erfaren rollemodell i faget. Veiledningen kommer i tillegg til supervisjon av særlige ferdigheter i arbeidshverdagen. Selv om flere etablerte spesialister i allmennmedisin slutter som fastleger, er det uforståelig at man vurderer å fjerne spesialistkravet av pragmatiske hensyn. Funksjonen som erfarne spesialister kan bidra med, er avgjørende for læring og pasientsikkerhet. Nødvendig erfaring og kunnskapsoverføring går tapt om man fjerner dette kravet. ALIS har også gruppeveiledning, men den individuelle veiledningen kan gjerne ha ulikt hovedinnhold i ulike deler av spesialiseringløpet (inkludert fremtidsplaner, jobb/hjem-balanse og egenomsorg). Vi mener derfor at veiledningsmengden skal stå uendret gjennom hele løpet.

Mange unge leger kjenner seg utrygge i møte med de faglige utfordringene i allmennpraksis. En erfaren ALIS kan ikke erstatte en veileder med spesialistutdanning og betydelig erfaringskunnskap. En slik endring kan dessuten ikke innføres for allmennmedisin som eneste spesialitet. Det er en alvorlig og oppsiktsvekkende feilvurdering av faget og behovene i allmennmedisin. I internasjonal målestokk er allerede veiledningsfunksjonen i Norge relativt svak i forhold til mange andre land. Den kan ikke svekkes ytterligere og bør heller styrkes.

Anbefaling: «Ekspertutvalget anbefaler å fjerne kravet til stillingsprosent ved gjennomføring av to års åpen uselektert allmennpraksis».

Tilsvare: UENIGE.

Kravet om tellende tjeneste i åpen uselektert allmennpraksis i minimum to år i minimum 50% stilling er tatt med i overgangen fra gamle til nye spesialistregler. Mange ulike arbeidsoppgaver kan telle som (annet) allmennmedisinsk arbeid, men de alminnelige pasientkonsultasjonene på legekontoret er kjernen i den allmennmedisinske kompetansen. Praksis ned mot 50% gir stor grad av fleksibilitet, men å fjerne denne grensen gir økt risiko for fragmentert spesialistutdanning der ALIS mister vesentlig kjernekompetanse for utredning, prioritering, oppfølging og kontinuitet i en pasientpopulasjon. Å fjerne dette kravet vil også bidra til at helprivate allmennlegetjenester lettere kan oppfylle krav til spesialisering. På denne måten forskyves legeressurser slik at det blir mer til de som trenger det minst, og mindre til de som trenger det mest.

Bakgrunnsteksten indikerer at ønsket om å frafalle kravet om minimum 50% for kompetansegivende stilling kommer fra fast ansatte leger i større bykommuner, som vegrer seg for vikariat i næringsdrivende fastlegepraksis. Vi foreslår heller at samarbeidet mellom kommuner kommer til anvendelse, der store bykommuner kan tilby institusjonstjeneste og sykehjemserfaring til leger fra mindre kommuner, mens leger ansatt i de store kommunene kan tilbys arbeid på kommunale fastlegekontor i de mindre kommunene.

Det er også argumentert for at redusert krav til praksisprosent er aktuelt for leger arbeider i andre deler av primærhelsetjenesten og har vansker med å få klinisk tjeneste til spesialistutdanningen. Det må imidlertid være universelle krav til å oppnå spesialiteten i allmennmedisin. Mange av disse legene vil på et tidspunkt gå inn i kliniske stillinger. Da er det nødvendig at alle har tilstrekkelig erfaring fra fastlegepraksis med listeansvar og langvarig oppfølging.

Anbefaling: «Ekspertutvalget anbefaler opprettelse av utdanningsstillinger, der ALIS er ansatt og jobber på andre legers liste, parallelt med legen selv. Dette vil, etter ekspertutvalgets vurdering, kunne bedre rekrutteringen av unge leger til fastlegepraksis».

Tilsvar: DELVIS ENIGE.

Å komme som ung lege direkte fra LIS1-tjeneste og overta en erfaren fastleges liste på egenhånd, eller vente på LIS-tjeneste og vikariere på en erfaren fastleges liste, kan best sammenliknes med å komme direkte fra medisinstudiet eller LIS1-tjeneste og overta stillingen som avdelingsoverlege på en sykehusavdeling! En inngangsport til spesialiteten gjennom en utdanningsstilling er derfor en god ide. Slike ordninger kan dessuten bidra til at eldre fastleger velger å bli i jobb lengre og at erfaringsoverføringen kan styrkes, både med og uten forpliktende avtaler om deleliste.

I dagens fastlegeforskrift er det et vesentlig prinsipp at listeansvaret er personlig og ikke kan delegeres. Med det personlige listeansvaret har man unngått at enkeltleger har bygget opp store lister og ansatt andre leger til pasientarbeidet. For fortsatt å forebygge dette med slike utdanningsstillinger, må det legges inn reguleringer. Vi legger også merke til formuleringen «der ALIS er ansatt». En slik ordning bør ikke begrenses som ansettelse, men bør kunne gjennomføres både som ansettelse og med ALIS som næringsdrivende.

Anbefaling: «Allmennleger og kommunen har ansvar for at legens kompetanse oppdateres, og det bør derfor ikke være nødvendig å opprettholde dagens detaljerte og obligatoriske etterutdanningsmodell. Ekspertutvalget mener det i stedet kan legges til rette for økonomisk kompensasjon for faglig oppdatering, og at dagens krav om sentral godkjenning av detaljerte etterutdanningsaktiviteter for å kunne opprettholde spesialisttakst kan vurderes avvirket».

Tilsvar: UENIGE.

Allmennmedisin er nå den eneste spesialiteten med «resertifisering» hvert femte år. I dag gir dette rett til tilleggstakst for spesialister. Å innføre resertifisering har hatt en enorm betydning for kvalitetsutvikling, kompetanse og status for allmennmedisin i Norge. Det viktigste insitamentet for den enkelte lege er å beholde spesialisttaksten med økt refusjon fra HELFO. I dag er 64 % av Norges fastleger spesialister i allmennmedisin². Selv om det er en økende trend mot fastlønnsavtaler, er 80% av norske fastleger selvstendig næringsdrivende, og det økonomiske insitamentet står sterkt. Det er vanskelig å tro at lokale avtaler vil styrke viljen til å gjennomføre spesialisering (videreutdanning) og resertifisering (etterutdanning) i samme grad. Det er også stor risiko for at videreutdanning nedprioriteres i en kommune til fordel for pasientarbeid.

I Norge er det en sterk tradisjon for emnekurs der fastleger reiser til en annen del av landet for å delta på relevante kurs. Næringsdrivende leger tar seg både tid og råd (inkludert inntektstap, tross en viss fondsdekning) til å få faglig påfyll. Utover den timeplanlagte undervisningen på et slikt kurs skjer det viktig erfaringsutveksling og nettverksbygging. Vi vil sterkt anbefale at denne fagtradisjonen ikke nedbygges. Det er lite sannsynlig at kommunal/interkommunal regi kan opprettholde og øke faglig kompetanse på dagens nivå. Selv når fastlegen arbeider i praksisfellesskap med kollegaer, er det faglige ansvaret individuelt på en annen måte enn i sykehus. Teori og praksis endrer seg med tiden, og påfyll av kunnskap og ferdigheter er nødvendig for å opprettholde god kvalitet. Økonomisk kompensasjon for faglig oppdatering er et nødvendig, om enn ikke tilstrekkelig insitament til regelmessig etterutdanning. Vi vil sterkt anbefale at nåværende resertifiseringsordning opprettholdes, herunder også sentrale godkjenningsprosedyrer. Det kan være gode argumenter for å gjennomgå og revidere spesialistutdanningen i allmennmedisin. Men forslag som innebærer at kvaliteten på tjenestene reduseres for å gi flere listeplasser, må avvises.

² Helsedirektoratet: Kvalitetsindikatorer for allmennlegetjenesten. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/handlingsplan-for-allmennlegetjenesten-arsrapport-2021/kvalitetsindikatorer-for-allmennlegetjenesten/fortsatt-okning-i-fastleger-med-spesialisering>

Anbefaling: «Ekspertutvalget anbefaler at veiledning av medisinstudenter, LIS1 og ALIS sidestilles med fastlegens deltakelse i andre allmennlegeoppgaver. En slik sidestilling vil kreve endring i både forskrift og avtaleverk, hvor deltakelse i andre allmennlegeoppgaver i kommunen omtales».

Tilsvar: ENIGE.

Dette er vi helt enig i. Tiltaket er nødvendig og nyttig for å møte fremtidens behov for flere medisinstudenter, LIS1 og ALIS, og må raskt på plass for å hindre frafall av praksislærere og kollaps i tilgangen på praksisplasser for medisinstudentene. Studenttallet øker samtidig som økning i LIS1 og ALIS legger beslag på ledig kontor- og veilederkapasitet.

Universitets- og høgskolerådet har gitt anbefaling om formell veilederkompetanse for alle undervisere i helse- og sosialfagutdanningene³. Vi foreslår at kompetansebygging som veileder må gi meritt i legens egen videre- og etterutdanning. Det må også tilstrebes synergieffekt mellom de ulike utdanningsnivåene, slik at utdanning og erfaring som gir veilederkompetanse på ett av nivåene godkjennes på de andre nivåene. Kommunene bør videre ha plikt til å motta medisinstudenter fra norske universitet i praksisutplassering og sørge for tilgang på kontorfasiliteter og veiledning. Det er dessuten nødvendig å tilføre økte offentlige midler for bedre avlønning av veilederne.

FRONESIS-prosjektet ved Universitetet i Bergen⁴ viser at kun 15% av landets fastlegekontor i dag deltar i veiledning av medisinstudenter. Foreløpige resultater forteller at bedre økonomisk støtte til kontorplass til studenter og økte honorarer er helt nødvendig for å få fastleger til å prioritere veiledningsoppgaven.

Anbefaling: «Ekspertutvalget anbefaler at det bør legges til rette for at kommunen kan ivareta sitt ansvar som utdanningsvirksomhet på tvers av kommunegrenser. Et formalisert samarbeid mellom ALIS-kontor og RegUt kan tenkes å være effektiviserende, kostnadsbesparende og på sikt stimulere til bedre samhandling på tvers av nivåene i helsetjenestene».

Tilsvar: ENIGE.

Vi er enige i at samarbeid om spesialisering på tvers av kommuner (særlig for små kommuner) er fornuftig. Samarbeid mellom kommuner, ALIS-kontor og Regionale utdanningssentre for leger i spesialisering (RegUt) er også nyttig for å kunne tilby relevant institusjonstjeneste til ALIS. Samarbeid mellom små og store kommuner styrker muligheten for å gi alle ALIS i alle kommuner tilstrekkelige erfaring både fra åpen, uselektert praksis og institusjon/sykehjem.

³ Kunnskapsdepartementet. *Utdanning for omstilling. Økt arbeidslivsrelevans i høyere utdanning* (Meld. St. 16 (2020–2021)) & <https://www.uhr.no/temasider/nasjonale-retningslinjer/veiledende-retningslinjer-for-praksisveiledere-i-helse-og-velferdstjenestene/>

⁴ Bondevik, G. et al. *Praksis i primærhelsetjenesten i medisinstudiet: Ordninger, ressursbehov og kompetanse*. Bergen: Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen, 2019 & <https://alrekhelseklynge.no/prosjekter/fronesis/>

Tilleggs kommentarer om andre viktige tema som i liten grad er omtalt av Ekspertutvalget

Utover kommentarene til kapittel 9 etterlyser vi større omtale av følgende tema i Ekspertutvalgets rapport: *Forskning og undervisning, grunnutdanningen, risiko ved tilrettelegging for helprivate tjenesteutbydere, samt bevaring av eksisterende fastleger i tillegg til rekruttering.* Med ansvar for allmenntilleggsmedisin som fag og med innflytelse på legestudentene når det gjelder karrierevalg, ønsker vi derfor å kommentere disse punktene.

Forskning og undervisning

59 fra Ekspertutvalget:

«Staten bør bidra med stabile, tilstrekkelige og uavhengige finansieringskilder for forskning på allmenntilleggsmedisintjenestene og i allmenntilleggsmedisin».

Dette er vi selvsagt enige i. Det er likevel i liten grad detaljert omkring dette, til tross for at utvalget har mottatt tekst fra Linn Getz og Steinar Hunskaar med utdyping av tilstanden i norsk akademisk allmenntilleggsmedisin. Vi mener Ekspertutvalget i liten grad har tatt høyde for disse uttalelsene.

Flere aktuelle, offentlige styringsdokumenter beskriver direkte og indirekte store, udekkede behov for forskning knyttet til klinisk allmenntilleggsmedisin i Norge. Hvordan dette i praksis kan/bør realiseres omtales imidlertid ikke i de samme dokumentene. Betydningen av allmenntilleggsmedisinsk forskning og forskningsinfrastruktur må tydeliggjøres, kommunenes sørge-for ansvar for forskningen må styrkes, og langvarig, betydelig skjevfordeling av ressurser til fordel for spesialisthelsetjenesten må kompenseres.

- *Betydning av fagtilpasset forskning og forskningsstøtte*

Generalistfaget allmenntilleggsmedisin befinner seg i en sårbar særstilling innen moderne medisin. Store ressurser går til forskning i sykehus-spesialisthelsetjenesten, og mye av kunnskapen som forventes tatt i bruk i klinisk allmenntilleggsmedisin utvikles i andre kontekster. Samtidig har forskning og retningslinjer med sterk forankring i spesialisthelsetjenesten ofte begrenset gyldighet og anvendbarhet i primærhelsetjenesten.

Kontrastene mellom kunnskap som utvikles i allmenntilleggsmedisinen og i sykehusbaserte spesialistmiljø, innebærer at allmenntilleggsmedisinen trenger kunnskapsutvikling ut fra en egen akademisk grunnmur. Derfor må en relevant andel av klinikerne utvikle forskningskompetanse, slik at det samlede fagmiljøet (klinikere, forskende klinikere, rene akademikere, andre samarbeidspartnere) kan etablere, vedlikeholde og utvikle faglig kunnskap på fagets egne premisser⁵. Det skjer allerede mye bra på dette området, men ressurstilgangen har i mange år vært kritisk lav. Premissene for forskning i allmenntilleggsmedisinsk praksis har vært svært utfordrende, og andelen klinikere som oppnår ph.d. grad i allmenntilleggsmedisin ligger langt etter andelen i spesialisthelsetjenesten.

- *Sørge-for ansvar for praksisnær klinisk forskning i allmenntilleggsmedisin*

Fastlegetjenesten er helsevesenets største arena for diagnostikk, behandling og oppfølging av individuelle pasienter. Allmenntilleggsmedisinsk klinisk forskning henger betydelig etter tilsvarende forskning i spesialisthelsetjenesten i bredde og omfang. Kommunene har i dag ikke et sørge-for ansvar for forskning i helsetjenestene og kan ikke forventes å prioritere pasientrettet, allmenntilleggsmedisinsk forskning. HOD har derfor et spesielt ansvar for klinisk praksisnær forskning i fastlegetjenesten.

⁵ Hetlevik, Irene. På allmenntilleggsmedisinens egne premisser. Tidsskrift for Den norske legeforening, 2009. Tilgjengelig fra: <https://tidsskriftet.no/2006/09/leder/pa-allmenntilleggsmedisinens-egne-premisser>

Mange fastleger som er motivert for forskning opplever praktiske hindringer (manglende støtte for delelister, vikar på egen liste o.l.). Forskning blir ofte regnet som en personlig interesse som legene må ta individuelt ansvar for og ikke som et bidrag til fagutvikling og kvalitetsheving. Allmennlegenes rammebetingelser for å kunne delta i forskning må styrkes, men paradoksalt nok er de svekket gjennom de nye spesialistreglene.

Bedring av noen viktige rammebetingelser er først og fremst strukturelle med små kostnader. De nye spesialistreglene har medført at det er vanskelig å få uttelling for doktorgrad og forskningsaktivitet. Dette var bedre spesifisert tidligere. Det bør derfor gjøres endringer i spesialistreglene som anerkjenner verdien av doktorgrad og publisering, for eksempel gjennom noe reduksjon av praksistid. Fastlegeforskriften og annet avtaleverk må spesifiseres slik at forskning og undervisning teller som offentlig helsearbeid både midlertidig (stipendperiode, deltidsarbeid) og fast (stilling ved universitet eller annen forskningsinstitusjon). Slik kombinasjonsaktivitet er ønskelig og bidrar til kvalitetsheving i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Retten til listetilpassing for kombinasjon med forskningsaktivitet må sikres. Videre er rett til vikar (på lik linje med permisjoner for sykdom og familieforøkelse) en forutsetning for at flere allmennleger skal kunne gjennomføre en ph.d.

- *Langvarig, betydelig skjevfordeling av forskningsressurser til fordel for spesialisthelsetjenesten 2009-2023*

I rapporten «Tillit, trygghet og tilgjengelighet – styrking av fastlegeordningen fram mot år 2020»⁶ angis at i underkant av 2% av allmennlegene i Norge 2008 hadde ph.d-grad. Midler til forskning i allmenntillegene (30 mill. kr) utgjorde den gang ca. 1% av det beløp som ble bevilget til forskning på spesialisthelsetjenestens fagområder. Siden 2008 har det ikke skjedd markante endringer med tanke på ressurstilgang. Samfunnsoppdraget for allmennleger i Norge har derimot blitt mer omfattende og krevende.

I 2016 hadde 3,6% av allmennlegene ph.d-grad. I 2022 benyttet 337 allmennleger (ca. 6-7% av allmennlegene) refusjonstaksten for ph.d. I 2016 var gjennomsnittlig andel sykehusspesialister med ph.d-grad 18,4%, og i enkelte spesialiteter lå andelen over 50. Sammenliknet med andre spesialiteter har allmennlegene mye å ta igjen sammenliknet med sykehusbaserte spesialister. For at allmenntillegene skal kunne håndtere møtet med helsetjenestens oppdrag, forventninger og bærekraftutfordringer som medisinsk over- og underaktivitet, er det behov for en betydelig satsing på praksisnær, klinisk forskning.

Bevilgningene til allmenntillegene forskning er fortsatt marginale. Helseforetakene avsetter årlig ca. 4 milliarder kroner til forskning. For allmenntillegene forskning kan dagens ressursbruk (inkl. 10 mill. øremerket PraksisNett) anslås til maksimalt 80 mill./år, tilsvarende ca. 2% av ressursene til forskning i helseforetakene⁷.

Forskningsaktiviteten i allmenntillegene er livskraftig, men truet. Det er god aktivitet og produksjon i de akademiske allmenntillegene fagmiljøene. De fire allmenntillegene forskningsenhetene (AFE) mottar i 2023 samlet 17 mill. kr (en vesentlig budsjettnedgang de siste årene). Produktiviteten ved de fire AFEene omtales som god i de siste årenes statsbudsjetter, men bevilgningene til drift av AFEene ligger langt under HODs opprinnelige ambisjon og det meste av forskningen finansiert med eksterne midler. Som et minimum må staten sørge for at AFEene kan utgjøre et tilstrekkelig kjernemiljø for veiledning, prosjektstøtte og metodestøtte, anslagsvis kr. 10 mill. til hver enhet årlig.

⁶ Den Norske Legeforening, 2009. Tillit, trygghet, tilgjengelighet. Styrking av allmenntillegene og fastlegeordning fram mot år 2020. Tilgjengelig fra: <https://www.legeforeningen.no/contentassets/9b9cfe9072eb4da8b5f4f3fd281fe877/tillit-trygghet-tilgjengelighet.pdf>

⁷ Kilde: personlig meddelelse, prof. emeritus Jørund Straand, tidl. leder av AFE Oslo

I 2023 ble 10 mill. kroner øremerket på Statsbudsjettet til videreføring av PraksisNett. PraksisNett må sikres videre finansiering over Statsbudsjettet. Forskning via Praksisnett er kostbart, og det må også bevilges midler slik at bruk av Praksisnett blir økonomisk mulig for forskerne.

Forskningsfinansiering gjennom Allmenntmedisinsk forskningsfond (AMFF) og andre fond i Legeforeningen har vært en suksess, men rammene er i små. I dag er det knapt nok midler i AMFF til 1-2 nye ph.d-prosjekt årlig. Allmenntmedisinsk forskning er i hovedsak finansiert gjennom avsetninger fra tarifforhandlingene, og det er dermed i realiteten allmenntmedisinske selv som finansierer denne forskningen. Her må Staten ta ansvar ved å tilføre allmenntmedisinsk forskning betydelige friske midler.

Vi foreslår følgende tiltak:

- Skjevheten i fordeling av ressurser til forskning mellom allmenntmedisin og spesialisthelsetjenesten må utjevnes.
- Forskning må bli en naturlig og lovfestet del av primærhelsetjenestens oppdrag, slik det er for spesialisthelsetjenesten.
- AMFF må tilføres betydelig friske midler og sikres finansiering.
- De fire allmenntmedisinske forskningsenhetene (AFEene) og PraksisNett må sikres god og langsiktig finansiering.
- Fastleger må enkelt kunne kombinere fastlegerollen med forskerstilling.

Grunnutdanningen

Kapittel 9.3 i rapporten gir god oversikt over grunnutdanningen for legestudenter i Norge i dag. På tross av klare utfordringer i grunnutdanningen er det likevel få forslag til tiltak med potensiell effekt på fastlegekrisen.

- *Grunnutdanningen og underviserne på universitetene*

Undervisning og praksis i allmenntmedisin i grunnutdanning i medisin har sammenheng med andel av medisinstudentene som går inn i allmenntmedisin etter fullført studium⁸. For å sikre god undervisning i allmenntmedisin og dermed styrke rekruttering av nyutdannede leger til fastlegepraksis, må noen av de som underviser ha stilling og kompetanse både ved universitetet og som fastleger. Dette har også betydning for forskning i allmenntmedisin og videreutvikling av klinisk og akademisk allmenntmedisin

Forslag til tiltak:

Fastlegeordningen må ha rom for at noen fastleger ikke jobber fulltid som fastleger, men kombinerer fastlegerollen med stilling som professor, førsteamanuensis, universitetslektor eller ph.d.-stipendiat.

⁸ Arshad S et al. What factors influences medical students to enter a career in general practice. A scoping review. Irish J of Medical Sciences, 2021;190:657-65

- *Utplassering i primærhelsetjenesten*

Hvert år er alle de ca. 700 medisinstudentene i Norge utplassert i praksis i primærhelsetjenesten med hovedvekt på fastlegepraksis, med fastleger som praksisveiledere. Men praksisveiledning av studenter og deltakelse i forskning blir nedprioritert når arbeidsbyrden blir for stor. Styrking av allmennlegetjenesten er derfor avgjørende for at allmenntillegget skal kunne ivareta sine oppgaver med utdanning og forskning

Ifølge RETHOS-forskriften for medisinstudentene skal alle medisinstudentene i Norge ha 24 uker praksis hvorav minst 10 uker bør være i primærhelsetjenesten⁹. Studiestedene skal sørge for at studentene får slik praksis, men kommunene og fastlegene er ikke tilsvarende forpliktet til å bidra til at dette kan gjennomføres. I dag har alle medisinstudentene praksis, men stort sett av kortere varighet, og det er meget krevende for universitetene å skaffe disse praksisplassene. Det er mellom annet mangel på kontor for praksisstudentene ved de fleste fastlegekontor.

Kanskje er det også nødvendig å utvide praksisperioden ytterligere for å styrke studentenes kompetanse og interesse for primærhelsetjenesten og allmenntillegget. Lengre praksisperioder medfører utfordringer knyttet til organisering, ressursbehov, kompetanse, kompensasjon, opplæring av veiledere, samt faglig innhold, og økt studentopptak vil forsterke disse utfordringene. Praksisveilederne er også forpliktet til å delta på møter og kurs for å sikre pedagogisk kompetanse og læringskvalitet. Det må være realistisk for fastlegene å delta i slike tiltak.

Ekspertutvalget påpeker at det er vanskelig å rekruttere fastleger som praksisveiledere. Dette skyldes dels fastlegenes arbeidssituasjon, men også at veiledning er underfinansiert. I dag honorerer universitetene fastlegene for å være praksisveiledere uten at universitetene har finansiering for dette formålet. Praksis i sykehus er derimot en lovpålagt oppgave der finansieringen er bakt inn i sykehusenes grunnfinansiering.

Forslag til tiltak:

- *Ny finansieringsordning for praksisplasser på fastlegekontorene med kompensasjon for reelle utgifter ved legekantorene i praksisperioden.*
- *Forskriftsfesting av plikt for kommunene til å ha studenter i praksis.*
- *Legge til rette for at fastlegene kan utvikle veilederkompetanse.*
- *Undervisning, supervisjon og utvikling av pedagogisk kompetanse må telle som en del av fastlegens oppgaver og gi uttelling i fastlegenes egen videre- og etterutdanning.*

Risiko ved tilrettelegging for helprivate tjenesteutbydere

Ekspertutvalget legger i hovedsak vekt på at vi vet lite om hvilke tjenester som tilbys, men skriver mindre om risiko ved å bruke helprivate tjenesteutbydere for å møte utfordringene ved fastlegekrisen. Det at rundt 80% av alle norske fastleger er selvstendig næringsdrivende, blandes til dels sammen med vurderingen av helprivate utbydere. Ekspertutvalget skriver at helprivate allmennlegetjenester ikke mottar noen direkte offentlig støtte som basistilskudd og takstrefusjoner med pasientbetaling, men at utbetaling fra private forsikringer og pasienters egenbetaling er de viktigste inntektskildene. Siden de helprivate tjenestene har indirekte tilgang til offentlige finansiering (legemidler på blå resept, henvisning til offentlig finansierte helsetjenester), kan slike tjenester imidlertid utfordre målene om prioritering og likeverdige helsetjenester ved å gå utenom portvaktrollen.

⁹ Kunnskapsdepartementet, 2020. Forskrift for nasjonal retningslinje for medisinstudentene. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2020-01-03-21>

Tilsvaer:

Vi er enige i at portvaktfunksjonen utfordres ved økning av helprivate tjenester. I 2018 rapporterte norske fastleger at de henviste et sted mellom 3,0 og 3,4 pasienter per dag til spesialisthelsetjenesten, og yngre leger henviste litt flere enn erfarne fastleger. Hvis henvisningstallet stiger fra 3 til 4 henvisninger per lege per dag, noe som knapt vises om man observerer den enkelte fastlegens praksis, leder det samlet til 33% økning i behov for tjenester i spesialisthelsetjenesten¹⁰.

Ved å åpne opp for større grad av helprivate allmennelegetjenester, der det heller ikke kreves spesialistutdanning i allmenne medisin, reduseres kjernekompetanse og faglig standard. Selv om helprivate utbydere også er underlagt krav om forsvarlighet, er dette ikke det samme som faglig kompetanse. Spesialister i allmenne medisin har trening i prioritering av uselekterte pasienter, og det er gjennom den personlige kontinuiteten at gevinsten ved annet BEON-prinsippet kan bevares.

Økt tilrettelegging for allmennelegetjenester fra helprivate tilbydere gir risiko for både redusert kontinuitet, at mange retningslinjer som fastleger følger ikke lenger gjelder, økt overdiagnostikk og overbehandling, samt henvisninger og innleggelser som kunne vært unngått.

Ved å bytte ut fastlegen med en helprivat utbyder mister man dessuten fastlegen som subjekt. Mye av kvaliteten og helseeffektene som ligger i kontinuitet og riktig prioritering ligger også i lege-pasient-relasjonen, der fastlegen personlig, som subjekt, ivaretar en stor del av egenskapen i denne helsebringende og kostnadseffektive relasjonen. I tillegg kommer risikoen for økt sosial ulikhet.

Allmenneleger hos private aktører er også dyktige og arbeider ut fra faglige og etiske retningslinjer. Men deres forpliktelser og kompetansekrav er andre enn for fastlegene. I et privat foretak har legene sine forpliktelser til forretningsmodellen, ikke til samfunnsoppdraget.

Verken pasient eller lege vet på forhånd når det er behov for tettere oppfølging. Folk trenger en lege som forplikter seg til å være eller bli spesialist i allmenne medisin og en lege som må ta imot pasienter uavhengig av betalingsevne og hvor komplekst pasientens liv og sykdom skulle være. Vi trenger også faglig dyktige og forpliktete leger som bidrar i andre kommunale tjenester som døgnbemannet legevakt og helsestasjon.

Bevaring av fastleger, i tillegg til tiltak for rekruttering

Ekspertutvalget presenterer få tiltak rettet mot å bevare erfarne fastleger med spesialitet, erfaring og kompetanse. Disse legene utgjør en betydelig ressurs som veiledere for ferske fastleger og studenter. To av tre medisinstudenter og leger i spesialisering (LIS1) vurderer fastlegeyrket, men bare tre prosent oppgir at de mest sannsynlig kommer til å jobbe som fastlege i fremtiden¹¹. Gode praksisopplevelser for yngre leger, og gode rollemodeller er vesentlige for valg av karrierevei¹².

Sykehusleger har systemer for overlegepermisjoner, og kommunalt fastlønnede leger har liknende løsninger. Fordi flertallet av fastleger i Norge er næringsdrivende, vil vi foreslå et fond svarende til overlegepermisjon også for de næringsdrivende legene. Dette kan bidra til bevaring av fastleger, og gir også en mulighet for å rekruttere disse legene inn i deltids forskning og undervisning.

¹⁰ Johnsen TM et al. The impact of clinical experience on working tasks and job-related stress: a survey among 1032 Norwegian GPs. BMC Prim Care. 2022 Aug 27;23(1):216.

¹¹ Dagens medisin 24.05.22: Undersøkelse: Studenter og leger i spesialisering kvier seg for å velge fastlegeyrket. Tilgjengelig fra: <https://www.dagensmedisin.no/fastlegeordningen-fastleger-jobb-og-utdanning/mange-studenter-og-leger-i-spesialisering-er-usikre-pa-om-fastlegeyrket-er-noe-for-dem/223558>

¹² Pfarwallner E et al. An Expanded Conceptual Framework of Medical Students' Primary Care Career Choice. Acad Med. 2017 Nov;92(11):1536-1542