

Utdanningsstillinger i allmennmedisin – en nødvendig videreutvikling av fastlegeordningen

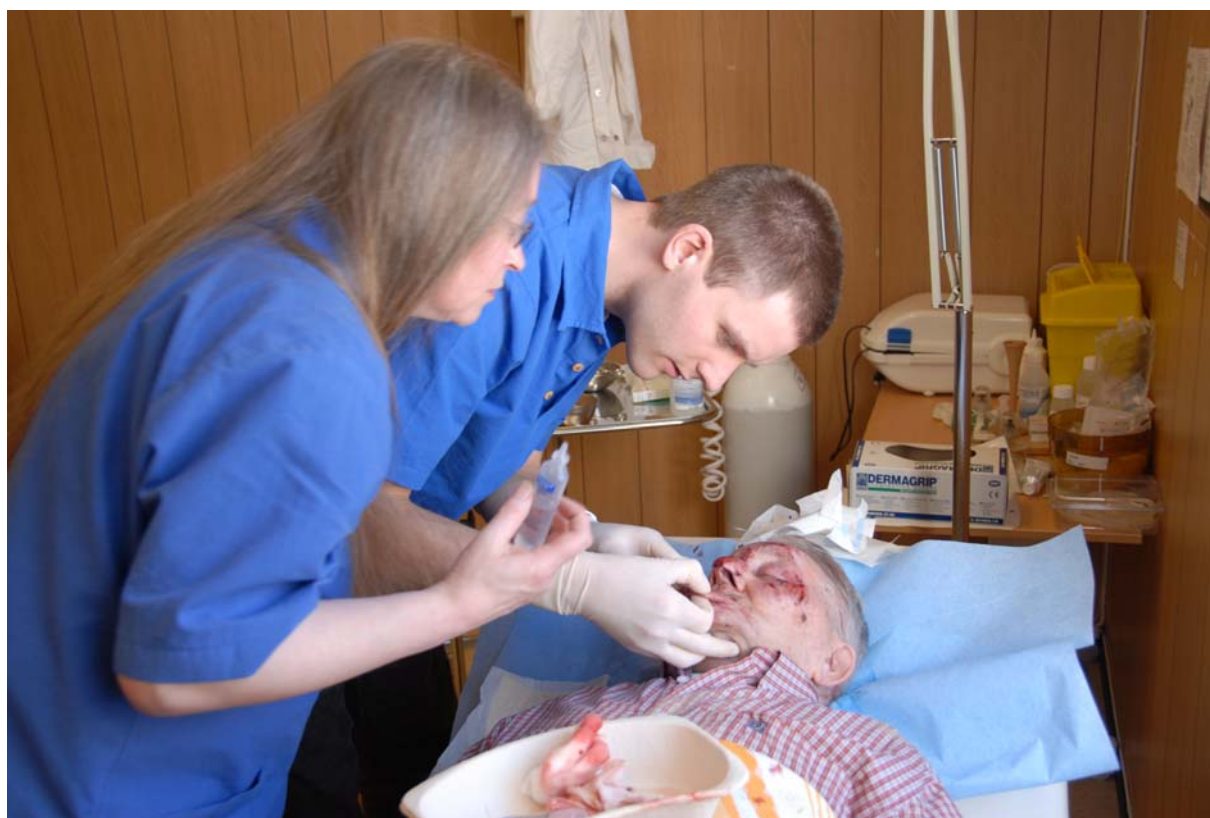


Foto: Svein Steinert

Olav Thorsen. Turnusveileder i Rogaland og fastlege ved Klubbegaten legesenter, Stavanger

Svein Steinert. Turnusveileder i Troms og nestleder ved Nasjonalt senter for distriktsmedisin, Universitetet i Tromsø

Notatet er utarbeidet etter forespørsel fra avdeling for personell og utdanning,
Helsedirektoratet

November 2008

Sammendrag

Rekrutteringssvikten i primærlegetjenesten kan bare løses gjennom en aktiv satsing på utdanningsstillinger i allmennmedisin. Det foreslås igangsetting av *forsøk med et nytt utdanningsprogram til spesialiteten i allmennmedisin*, med inntil 100 nye fastlønte utdanningsstillinger årlig. Utdanningsmodellen bør utprøves både i bykommuner og rekrutteringssvake distriktskommuner. Utdanningsstillingene foreslås finansiert via statlige midler. Våre anslag kan tyde på at forsøksordningen vil få en kostnadsramme på ca. 50 millioner i første hele driftsår, økende til kr. 200 millioner når fire årskull er tatt inn i ordningen. Dette inkluderer også utgifter til administrasjon og evaluering.

Bakgrunn

Ved innføringen av kommunehelseloven i 1984 var allmennlegetjenesten preget av god rekruttering og høy stabilitet, selv i sårbare distriktskommuner som Lebesby i Finnmark Øksnes i Vesterålen. Mot slutten av 80-tallet var situasjonen snudd til legemangel og krise i mange store og små kommuner. Problemene er godt beskrevet av Tor Inge Romøren i rapporten "Kommunehelselovens fem første år" som ble slutført i 1989 (1). *Mangelfull statlig styringa av allmennlegetjenesten* ble trukket fram som en hovedårsak til at kommunehelseloven ikke fungerte etter intensjonen. Etter Romørens oppfatning burde en styrking av primærhelsetjenesten *starte med innføring av en fastlegeordning*. I "Røynslemedinga" (St. meld. nr. 36. 1989-90) ble denne ideen videreført (2). Stortingsmeldingen fastslår at *allmennlegetjenesten er en hjørnestein i helsetjenesten*, og det foreslås "utprøving av listepasientsystem som eit tiltak for å gjere legetjenesta meir tilpassa brukarane sine behov." I 1993 startet forsøk med listepasientsystem i Tromsø, Trondheim, Lillehammer og Åsnes, og i 2001 ble fastlegeordningen innført i hele landet.

Allerede i forsøksperioden ble det klart at fastlegeordningen hadde en stor svakhet. *Ordningen manglet rekrutteringsstillinger på fast lønn*, stillinger som i alle år har vært en naturlig del av listepasientsystemet i Danmark og Nederland. Problemene med å rekruttere nye leger i en etablert fastlegeordning ble beskrevet i sluttrapportene fra fastlegekommene i 1996. *Erfaringer viste at etablering av nye lister var vanskeligere og mer kostnadskrevende for legene enn praksisetablering i det tidligere systemet med driftstilskudd*. På tross av at fastlegeordningen førte til bedring på flere områder ble det uttrykt bekymring for framtiden. I sluttrapporten fra Tromsø kommune står det bl.a.: "Manglende politisk og administrativ vilje til utbygging av legetjenesten kan i løpet av kort tid gi alvorlige tilbakeslag. Dårlig legedekning i en fastlegemodell fører til at allmennlegens viktige rolle som koordinator svekkes, og at rollen som flaskehals i tiltakskjeden blir dominerende." (3)

Rekrutteringsproblemene i allmennmedisinen forsterket seg i siste halvdel av 90-tallet og i artikkelen "Krisetid er mulighetenes tid" (1999) foreslo Brekke, Steinert og Bakke at utdanningsstillinger i allmennmedisin burde tas inn som en sentral del av den norske fastlegemodellen. (4). Utdanningsstillinger ble omtalt i flere debattartikler i Tidsskrift for den norske legeforening i 2000 (5, 6). I januar 2001 oversendte et representativt utvalg fra alle allmennmedisinske miljøer en rapport til Legeforeningens sentralstyre med klare anbefalinger om etablering av fastlønte utdanningsstillinger i allmennmedisin (7). Legeforeningen fulgte disse rådene og reiste krav om utdanningsstillinger under fastlegeforhandlingene våren 2000. Den norske lægeforening (Dnlf) vant ikke fram med dette kravet overfor Kommunenes Sentralforbund (KS), men partene var enige om følgende protokolltilførsel i den sentrale fastlegeavtalen: "*Kommunenes sentralforbund og Den norske lægeforening vil nedsette en*

arbeidsgruppe for å vurdere tidsbegrensede utdanningsstillinger med veiledning i allmennmedisin og samfunnsmedisin for eksempel til kommuner med særlige rekrutteringsvansker.“ Sosial- og helsedirektoratet tok initiativ til en slik arbeidsgruppe, men arbeidet førte ikke frem.

Dagens fastlegeordning har i hovedsak vært uendret siden innføringen i 2001. Den manglende videreutviklingen har to hovedforklaringer: Fastlegeordningens umiddelbare forbedringer i pasientens helsetilbud - og innføringen av helseforetaksreformen i 2002 (8, 9).

Fra 2002 har det har antall legestillinger på sykehus vokst kraftig, mens tilveksten i allmennlegetjenesten har vært minimal på tross av jevnt økende arbeidsbyrde. Situasjonen er beskrevet i rapporten ”Utviklingstrekk i helse- og sosialsektoren” som Sosial- og helsedirektoratet publiserte i mai 2007 (10). Tabell 1 gir også et godt bilde av den økende skjevfordelingen mellom legeressurser i primær- og spesialisthelsetjenesten.

Tabell 1. Fordeling av legestillinger fra 1990 til 2006 (Kilde: SSB)

	1990	2000	2002	2006
Kommunale legetjenester	3016	3809	4151	4281
Privatprakt. Spesialister	437	1107	1112	1167
Somatiske spesialister	4597	7147	7371	8498
Psykiatri – spes. I psykiatri	349	554	609	679
” i spes. Utdanning	289	400	510	542
Barne- og ungdomspsykiatri	50	90	114	154
Sum legeårsverk spesialisthelsetjenester	5722	9298	9716	11040
Sum primærhelsetj.+ spesialisthelsetj.	8738	13098	13867	15321
Primærlegeandel	34,5 %	29,1 %	29,9 %	27,9 %

Som tabellen viser, har det vært en sterk økning i legeårsverk i spesialisthelsetjenesten. Årsverk i kommunale legetjenester har hatt en langt mindre vekst. Primærlegeandelen viser en relativ nedgang fra 34,5 til 27,9 % av det totale antatt legeårsverk i perioden 1990 til 2006. I tillegg vet vi at svært få av dagens nyutdannede leger (kun 10 % av de siste årskullene) har valgt å begynne sin yrkeskarriere i primærhelsetjenesten.

Dette bærer galt av sted. Den økende ubalansen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten vil på sikt gi innbyggerne et dårligere og dyrere helsetilbud. De negative effektene av en overdimensjonert spesialisthelsetjeneste er godt dokumentert av blant annet prof. Barbara Starfield og hennes anerkjente forskergruppe ved Johns Hopkins universitet (11).

Dagens situasjon har flere likhetstrekk med det Romøren fant etter innføringen av kommunehelsesloven: KS har i liten grad engasjert seg i videreutvikling av legetjenesten i kommunene etter 2001, og *staten har på nytt vist manglende vilje til styring av primærhelsetjenesten* etter gjennomføring av en viktig primærhelsetjenestereform.

Det er fortsatt politisk og faglig enighet om at allmennlegetjenesten er helsetjenestens grunnmur. Svikter den, vil det få betydelige konsekvenser for den øvrige kommunale helsetjeneste og for andrelinjetjenesten, men selvsagt først og fremst for befolkningen. Etter kommunehelsesloven har innbyggerne rett til nødvendig legehjelp, og det forutsettes at tilgangen til slike helsetjenester skal være likeverdig, uavhengig av geografiske og sosioøkonomiske forhold. *Retten til nødvendig helsehjelp trues i dag av den lave tilveksten av legestillinger i kommunene.*

Skal en stor nok andel av de unge legene velge primærhelsetjenesten som sitt arbeidsfelt, er det avgjørende at det finnes strukturer som tar imot dem. Vi må ha et system som gjør det enkelt å gå inn i førstelinjetjenesten, som gjør det attraktivt å bli der, og som sikrer en høy faglig standard og effektiv utnyttelse av ressurser og kompetanse. Økt tilgang på utenlandske kolleger og norske leger med embetseksamen fra utlandet gjør dette behovet enda større. Primærhelsetjenestens mange utfordringer krever høyt motiverte og kompetente leger i kommunene.

Det er et påtrengende behov for økt forskning i allmennmedisin. Vi mener det må legges til rette for særskilte fordypningsstillinger som gjør det mulig å kombinere utdanning og forskning i allmennmedisin. Forskningsinteresserte unge klinikere må kunne se primærhelsetjenesten, og ikke bare sykehus, som et attraktivt karrierealternativ.

Viktige momenter ved valg av yrkeskarriere

Erfaringer fra mange års gruppeveiledning av turnusleger i kommunehelsetjenesten har gitt oss kunnskap om hva unge leger vektlegger ved valg av yrkeskarriere. De aller fleste ønsker seg i dag til sykehus. Det skyldes bl.a. følgende kjennetegn ved en sykehusjobb:

- Ingen etableringskostnader, ytterligere lån eller arbeidsgiveransvar for de ansatte
- Et faglig miljø med et hierarki, der de mest erfarne har mest ansvar
- Veiledning og opplæring, faglige møter i arbeidstiden, tilgang til bibliotek
- Muligheten for å stige i gradene etter hvert
- Regulert arbeidstid
- Legen er ikke alene på vakt
- Ved egen sykdom, fødselspermisjon eller annet fravær vil ikke systemet bryte sammen, og det er ikke legens ansvar å skaffe vikar
- Lønnen er forutsigbar og konkurransedyktig
- Ofte finnes barnehageplass og andre velferdsordninger

Disse fordelene, som enhver fersk yrkesutøver vet å sette pris på, har hittil manglet for de fleste unge allmennleger. Det ser nå ut til at det som tradisjonelt har gjort allmennpraksis attraktivt – en fri og selvstendig stilling, konkret, resultatorientert, pasientnært arbeid og gode inntjeningsmuligheter – ikke lengre er nok til å fylle opp på den andre siden av vektskålen. Vi ser dessuten at fastlegeordningen av flere grunner har forverret situasjonen. For det første har mange av de fastlønsstillingene som fantes før 2001 falt bort. Etablering av en fastlegepraksis krever i dag økonomiske investeringer som mange steder vil overstige en

million kroner, enten man starter med en 0-liste eller kjøper en etablert praksis. Dette er svært lite attraktivt for unge leger som ofte er i en etableringsfase med store studielån og store utgifter på andre områder. Dessuten har fastlegeordningen medført økt personlig forpliktelse og ansvar som kan være skremmende for en ung lege som har lyst til å prøve seg, men ikke helt vet om hun/han passer som allmennpraktiker.

- **Dagens hovedutfordringer**

Arbeidsoppgavene i allmennpraksis øker mens det er nær en nullvekst i allmennlegekorpset. Eldrebølgen og nødvendig desentralisering av helsetjenester vil forstreke denne situasjonen (12). Gjennomsnittsalderen blant allmennleger er faretruende høy og det er allerede store problemer med å organisere forsvarlige legevaktsordninger i deler av landet. Unge legers ønske om kortete arbeidstid vil føre til at *én* pensjonert allmennlege ofte må erstattes av *to* unge leger. Systemet med kjøp og salg av allmennpraksiser er lite forenlig med en myk oppstart i allmennmedisin. Opprettelse av nye listehjemler er tidkrevende og komplisert. Mange turnusleger er positive til en yrkeskarriere i allmennpraksis, men veien inn er uforutsigbar og kostbar. Dagens vikaravtaler i allmennpraksis varierer i kvalitet og omfang, og er i mange tilfeller dårlig juridisk forankret. Allmennmedisinen mangler fortsatt krav om gjennomført spesialistutdanning før man kan drive selvstendig praksis. Manglende krav om spesialistkompetanse for fastleger svekker allmennmedisinens omdømme i forhold til andre spesialiteter som for eksempel gynekologi, øyesykdommer, og øre-nese-hals sykdommer. Sammenlignet med situasjonen på sykehus er forskning blant praktiserende klinikere nærmest fraværende i primærhelsetjenesten.

Utdanningsstillinger med fast lønn vil løse mange av disse problemene.

Hva er en utdanningsstilling?

I en utdanningsstilling arbeider utdanningslegen i en godkjent utdanningspraksis, på praksisveileders pasientliste. Han eller hun kan også arbeide på kontorets felleliste, hvis en slik finnes, eller overta en ledig liste dersom denne ikke er for stor (maksimum 800 pasienter). Arbeidet skal merittere fullt ut i forhold til spesialiteten allmennmedisin.

Lønn og arbeidsvilkår

Utdanningslegen arbeider på fast lønn med kommunen som arbeidsgiver, og vil dermed ikke selv eie og drive praksisen eller ansette hjelpepersonell. Avlønningen bør være minst like god som *leger i spesialistutdanning* (LIS) på sykehus, inkludert sykehuslegers vakttillegg, rekrutteringstillegg i det aktuelle lokalsykehusområdet. Kommunen bør stille bolig og barnehageplass til disposisjon på linje med hva som tilbys på sykehus.

Stillingene bør inneholde et strukturert utdanningsprogram som bl.a. garanterer 12 måneders sideutdanning i relevante spesialiteter på nærliggende sykehus innenfor en samlet utdanningstid på 5 år. To års gruppeveiledning med refleksjon omkring egen praksis bør fortsatt være et sentralt element i utdanningen. Det må legges til rette for forlenget utdanningsløp. Dette er nødvendig fordi leger av begge kjønn vil ha behov for permisjon i forbindelse med svangerskap og omsorg for barn. Dessuten bør noen stillinger gjøres til fordypningsstillinger (tilsvarende det man har på sykehus) slik at det er mulig å forske i inntil 50 % stilling, samtidig som man gjennomfører et noe lengre utdanningsløp. Dette kan kombineres med tilknytning til allmennmedisinske akademiske fagmiljøer, forskningsenheter

og kompetansesentra. I 2009 planlegger for eksempel Nasjonalt Senter for Distriktsmedisin å utlyse to PhD stipendier i 50 % stilling (13). Disse kan med fordel bli knyttet til en allmennt medisinsk utdanningsstilling.

Maksimal utdanningstid bør uansett ikke overstige 10 år.

Praksisveileder bør kunne tilby utdanningslegen eget kontor som er utstyrt i henhold til standard beskrevet "Norsk allmennt medisins Hvem, Hva, Hvordan", "Kvalitetshåndbok for legekontorer i allmennt praksis" og "Håndbok for internkontroll" utgitt av Legeforeningen.

Utdanningslegen skal delta i legevaktordning på lik linje med kommunens fastleger, og påta seg kommunale oppgaver i tråd med fastlegeavtalen og spesialistreglene. I framtiden vil primærhelsetjenesten bli en stadig viktigere helsefaglig undervisningsarena. Ved mange fastlegekontorer vil utdanningslegen få en naturlig plass i undervisning og veiledning av medisinstudenter og turnusleger.

Dersom en lege ønsker å forsette i utdanningspraksisen etter oppnådd spesialitet bør det legges til rette for det, dersom det er behov for en ekstra lege i kommunen. Det må da inngås avtaler med kommunen og fastlegene ved kontoret. Den nye fastlegen vil drive sin praksis i tråd med de rammevilkårene som gjelder ved legekontoret og i kommunen. I de fleste kommuner betyr det at legen i sin kurative jobb blir selvstendig næringsdrivende og mottar basistilskudd for tilmeldte på listen, egenandel fra pasientene og refusjon for ytelse etter Fastlegetariffen. I mange distriktskommuner vil det være aktuelt å inngå avtale om høyere fastlønn etter oppnådd spesialistkompetanse.

Nye utdanningsstillinger opprettes i praksiser som har behov for flere leger til å betjene listepopulasjonen, og som tilfredsstillere kravene til å ta i mot en utdanningslege.

Veiledning

Utdanningslegen kan få veiledningen av flere leger i praksisen, men bør alltid ha en hovedveileder mens hun/han er i utdanningsstillingen. Praksisveilederen skal være spesialist i allmennt medisin, ha veilederutdanning og/eller -erfaring, og forplikter seg til å følge et program for videreutvikling av veiledere. Når utdanningslegen har oppnådd spesialiteten i allmennt medisin, avsluttes veilederforholdet. Den individuelle veiledningen kommer i tillegg til det toårige gruppeveiledningsprogrammet.

Praksisveileder bør vanligvis være tilgjengelig for klinisk veiledning når behovet oppstår i det daglige arbeidet. I tillegg bør utdanningslegen ha jevnlig møter med praksisveileder, der forskjellige sider ved allmennt medisinsk virksomhet gjennomgås etter en nærmere bestemt plan.. Dessuten bør utdanningslegen ha avsatt tid til faglig fordypning.

Veiledningens mengde og innhold vil variere fra det første året til det siste. For eksempel vil allmennt medisinsk klinikk stå sentralt det første året, mens drift av legepraksis kan være et vesentlig læringsmål det siste året. Kommunikasjon og samhandling med andre deler av helse og sosialtjenesten bør stå sentralt i hele utdanningsperioden. Omfanget av veiledning bør være størst i starten av utdanningstiden, og det er grunn til å vurdere om det er behov for strukturert individuelle veiledning i hele fireårsperioden.

Det bør utarbeides en ny håndbok for innhold og dimensjonering av veiledningen. En slik strukturert veiledningsmal vil gjøre det mulig for utdanningslegen å ta sin utdanning på flere steder, dersom dette er ønskelig eller skulle være nødvendig.

Praksiser med utdanningslege må forplikte seg til jevnlig å avholde faglige møter. Omfanget bør være minst to timer per måned og i minst én av disse bør kliniske problemstillinger diskuteres. Kontorer med utdanningslege oppfordres dessuten til å delta i faglige aktiviteter som kan være til nytte for utdanningslegen. Det bør sørges for at utdanningslegen kan delta i den virksomhet som forventes i følge spesialistreglene.

Praksisveileders faglige oppgaver

- Praksisveileder skal sørge for at utdanningslegen får et utdanningstilbud og en praksis etter gjeldende retningslinjer.
- Praksisveileder skal sammen med utdanningslegen utarbeide en individuell plan over veien fram til spesialistgodkjenningen. Planen skal inneholde konkrete læringsmål og delmål.
- Praksisveileder skal på bakgrunn av utdanningslegens plan og sin egen veiledning, sikre at utdanningslegen innehar tilstrekkelig teoretisk kunnskap og behersker kommunikative, diagnostiske, terapeutiske og praktiske ferdigheter.
- Praksisveileder skal likeledes sikre at utdanningslegen kjenner til administrative og juridiske sider ved det å drive praksis og at hun/han *lærer å samarbeide med andre instanser*.
- Praksisveileder lønnes for veiledning og administrasjon av ordningen i en deltidsstilling.

Hvilken opplæring trenger praksisveileder?

Hovedmålet for veiledningen er at utdanningslegen skal fullføre spesialiteten i allmennmedisin. Selvstyrt læring er et viktig prinsipp i denne sammenheng. Utgangspunktet for dette er vår viten om at effektiv og relevant læring innebærer refleksjon og aktivitet basert på materiale fra egen praksis.

Læringsmål for opplæring av praksisveileder er å gjøre henne/ham kjent med metoder som er utviklet innenfor veiledningsfeltet de siste årene (bl.a. gjennom prosjekter initiert av Kvalitetssikringsfond I i Legeforeningen) og å stimulere til bruk av disse metodene.

Aktuelle metoder er:

- Selvstyrt læring/strategisk læring
- Én-til-én-veiledning
- Metoder for evaluering av egen praksis
- Metodikk for smågrupper

Gjennomføring av opplæringen

Lokale praksisveilederne bør samles til et grunnkurs på to dager, fulgt opp av et én-dags kurs for konsolidering og drøfting av erfaringer. Avhengig av antall deltakere bør kursene holdes på regionalt eller nasjonalt nivå. Selve utdanningen bør legges opp slik at deltakerne får undervisning i pedagogiske metoder parallelt med at de starter opp som veiledere. De bør møtes jevnlig én til to ganger i året for å diskutere de erfaringer de har gjort seg, samtidig som de får påfyll av pedagogisk kompetanse. På den måten opprettes det et nettverk av praksisveiledere som sikres høy faglig standard.

Det bør opprettes en e-postliste for praksisveiledere for løpende utveksling av idéer, erfaringer og informasjon.

Ledelse

Utarbeiding av innhold for veilederfunksjonen og administrasjon av ordningen krever fagmiljø og struktur. Det bør derfor etableres en *koordinatorfunksjon*, gjerne knyttet til de allmennmedisinske universitetsmiljøene. Legeforeningen har allerede i dag utdanningsutvalg med sekretariat ved de fire universitetene. Disse utdanningskontorene kan kanskje utvides. Dette vil gjøre det lettere å se hele det allmennmedisinske utdanningsløpet i sammenheng (grunnutdanning, turnustjeneste og spesialistutdanning) innenfor hver av de fire helseregionene.

Hvor mange utdanningsstillinger trenger vi?

I desember 2005 ønsket Steinar Hunskaar seg 1000 allmennleger til jul (14). Ønsket ble framsatt i en artikkel i Tidsskrift for Den norske lægeforening. I følge Hunskaar har *Fastlegeordningen vært en vellykket systemreform*, sett både fra pasientene, fastlegene, og myndighetenes side, men *den store utfordringen er faglig innhold og kvalitet*. Med utgangspunkt i kvantitative, kvalitative og administrative argumenter anbefalte Hunskaar en rask økning i fastlegedekningen, dvs. kortere lister eller flere leger som arbeider på samme fastlegeliste.

Tallene i tabell 1 i dette dokumentet gir støtte til Hunskaars synspunkter. Andelen primærleger i forhold til andre leger har falt fra 35 % til 28 % fra 1990 til 2006. Dersom primærlegeandelen i 2006 hadde vært like stor som i 1990 ville antall primærlegeårverk vært 5362 og ikke 4281. For å møte framtidens utfordringer, dvs. eldrebølgen og en nødvendig desentralisering av helsetjenester, bør 30-35 % av legene arbeide i primærhelsetjenesten. Vi trenger altså et betydelig antall nye allmennlegeårverk for å få en god balanse mellom primær og spesialisthelsetjenesten. Tar vi hensyn til unge legers ønske om kortere total arbeidstid har vi sannsynligvis et allmennlegeunderskudd på mer enn 2000 i forhold til dagens arbeidsoppgaver.

I dag er bare 56 % av fastlegene spesialister i allmennmedisin. *Legeforeningen har vedtatt å arbeide for at det blir et krav å ha spesialistutdanning i allmennmedisin for å arbeide selvstendig som allmennlege i Norge*. Dette vil være en svært viktig kvalitetssikring av allmennlegetjenesten i framtiden, og vil innebære en normalisering i forhold til de andre spesialitetene.

I Legeforeningens spesialistutredning har man forsøkt å beregne det framtidige behovet for allmennleger, og beskriver 3 alternativer:

- 2 % årlig vekst, som tilsvarer det som er lagt til grunn for de fleste spesialiteter. Dette krever ca 200-250 nye spesialister i allmenntilleggsmedisin per år i 2020.
- 4 % årlig vekst, på bakgrunn av obligatorisk krav om spesialitet. Dette krever ca 400 nye spesialister per år i 2020.
- 7,5 % årlig vekst, på bakgrunn av at allmennleger bør utgjøre ca 30% av alle leger i Norge, som tilsvarer internasjonale råd om prioritering av primærhelsetjenesten, og vil være nødvendig hvis allmennlegene skal klare alle oppgavene som forventes. Dette krever ca 700-750 nye spesialister pr. år i 2020.

De siste årene er det godkjent bare 150 - 200 spesialister i allmenntilleggsmedisin per år, og nesten halvparten av disse er kommet fra utlandet. Vi må anta at det fortsatt vil komme en del leger fra utlandet med ferdig spesialistgodkjenning, men neppe flere enn tidligere år.

Etter vår oppfatning bør utdanningskapasiteten raskt økes til minst 500 spesialister i allmenntilleggsmedisin per år. Pga. av stort frafall av allmennleger fram til 2020 vil nettotilveksten bli mye mindre. Økning av utdanningskapasiteten vil nødvendigvis ta tid, så det er derfor grunn til å starte så raskt som mulig.

Vi mener det første steget bør være en forsøksordning med 100 fastlønte utdanningsstillinger.

Administrative ordninger

Dersom nåværende system for godkjenning av stillinger (hjemler) gjennom Nasjonalt Råd (NR) for spesialistutdanning og legefördeling blir opprettholdt, kan det tenkes følgende framgangsmåte for opprettelse av en utdanningsstilling:

- Initiativ til utdanningsstilling kan komme til kommunen fra en praksis som ønsker å bli utdanningspraksis, eller kommunen kan på eget initiativ ta kontakt med aktuelle praksiser
- Utdanningsstillingen kan både være en nyopprettet stilling, en tidligere utdanningsstilling eller en vanlig avtalehjemmel (ev. en fastlønnstilling) som søkes omgjort ved ledighet
- Dersom kommunen ønsker det og det finnes praksiser som ønsker utdanningsstilling, søker kommunen Nasjonalt Råd om å få tildelt eller omgjort en hjemmel for dette. Nasjonalt Råd tildeler stillinger innefor en ramme basert på ønsket antall og geografiske kriterier
- I utvalgte tilfeller bør det opprettes fordypningsstillinger med deltids forskningstilknytning (PhD stipend) til ett av de allmenntilleggsmedisinske universitetsmiljøene.

Forholdet til dagens spesialitetsregler

Utdanningsstillingene utformes innenfor rammene av de til enhver tid gjeldende spesialitetsregler. Arbeid i utdanningsstillinger meritterer fullt ut i forhold til spesialiteten. Det vil selvsagt fremdeles være mulig å bli spesialist i allmenntilleggsmedisin uten å gå veien om en fastlønnstilling. Det er imidlertid meget sannsynlig at å gå inn i en utdanningsstilling vil bety en raskere og enklere vei til spesialiteten enn det som er vanlig i dag.

Rettigheter og plikter

For både heltids- og deltidstilling gjelder det:

Utdanningslegen har rett til å delta i *nødvendig utdanningsvirksomhet* (jf. spesialitetsregler) i arbeidstiden. Veiledningen inngår som en del av stillingen og bør foregå i arbeidstiden

Utdanningslegen deltar i *legevaksordning* på lik linje med legene med fastlegeavtale og slik spesialitetsreglene tilsier. Legevaksarbeid kan inngå i vanlig arbeidstid eller være overtidarbeid. På sikt bør målet være at legevaksarbeidet blir innarbeidet innenfor vanlig arbeidstid på linje med andre yrkesgrupper.

Utdanningslegen må påta seg *kommunale oppgaver* innen forebyggende helsearbeid og sykehjemsmedisin på lik linje med fastlegene i kommunen og slik spesialitetsreglene tilsier.

Utdanningslegen bør som hovedregel arbeide med pasientene til en eller flere av fastlegene på kontoret, evt. på kontorets felleliste hvis en slik finnes. Unntaksvis kan utdanningslegen overta en ledig liste, dersom denne ikke er over 800 pasienter.

Selv om utdanningslegen arbeider på fast lønn, er det ønskelig at hun/han får god kjennskap til Fastlegetariffen. Det vil være hensiktsmessig med samme system for avlønning og bruk av fastlegetariff for turnusleger og utdanningsleger. Lønningen til utdanningsleger må være like god eller bedre enn i utdanningsstillinger på sykehus i det aktuelle området av landet. Det må legges inn et ekstra rekrutteringstillegg i distriktskommuner som gjennom år har hatt sviktende rekruttering og dårlig stabilitet.

Økonomi

Utdanningslegen ansettes i en kommunal fastlønnsstilling. Gjennom sitt kliniske arbeid vil utdanningslegen generere inntekter til kommunen (egenandeler + refusjoner) som vil redusere kommunens nettoutgift til lønn. Utdanningspraksisen vil påføres økte driftutgifter (husleie til ekstra kontor, personell, utstyr og forbruksmateriell med mer) som kommunen må refundere. Det tilkommer også lønn til lokale veiledere, anslagsvis 3 timer per uke i gjennomsnitt for hele utdanningsperioden. Utdanningslegens utgifter til nødvendige kurs, reiser og opphold bør dekkes av Legeforeningens utdanningsfond som i dag, mens andre kostnader dekkes av det statlige tilskuddet. I tillegg til kurativt arbeid og en dags arbeid i annen kommunal stilling (for eksempel sykehjemslege) bør legen ha en halv dag til fordypning.

I følge våre beregninger vil de kommunale merutgiftene til en fastlønnet utdanningsstilling i store og mellomstore kommuner dag utgjøre ca. kr. 455.000 per år. Dette er beregnet ut ifra følgende forutsetninger:

- En fastlege med spesialitet i allmennmedisin bør i dag forventes å betjene en liste på 1000 pasienter med 4 dagers praksis per uke. Listen kan være litt større i store kommuner og mindre i små. I gjennomsnitt bør en fastlege med veilederansvar ha 16 konsultasjoner per kliniske arbeidsdag. Med 44 arbeidsuker i året, som er kravet i fastlegeavtalen, gir dette 64 konsultasjoner per uke, og 2.816 konsultasjoner per år. Med dagens fastlegetariff anslår vi at en fastlege vil bli honorert med ca. kr. 300 per konsultasjon (egenandel + refusjon), dvs. kr. 844.800 per år. Legen vil i tillegg utføre annet praksisarbeid som generer inntekter (telefonkonsultasjoner, resepter, attester med mer) for kr 1.500 per dag, dvs. kr. 264.000 per år. Basistilskuddet vil være kr. 357

x 1000 = kr. 357.000. Total omsetning i en slik praksis vil være kr.1.465.800. Av dette må legen betale 40-50 % i driftutgifter.

- En utdanningslege vil i gjennomsnitt ha en arbeidskapasitet som tilsvarer ansvar for 700 listepasienter med 3,5 praksisdager per uke. Utdanningslegen bør i gjennomsnitt ha 14 konsultasjoner per dag i utdanningsperioden, noe færre i starten og flere mot slutten. Med 14 konsultasjoner per dag 3,5 dager i uken gir dette 49 konsultasjoner per uke 44 uker i året, altså 2.156 konsultasjoner per år. Utdanningslegens inntekter anslås til kr. 200 per konsultasjon (egenandel + refusjon), dvs. kr. 431.200 per år. I tillegg vil han/hun utføre annet praksisarbeid (telefonkonsultasjoner, resepter, attester med mer) som generer inntekter for kr. 1000 per dag, dvs. kr. 154.000 per år. Utdanningslegens samlede praksisinntekter til kommunen blir da kr. 585.200 per år. Basistilskuddet for den økte listestørrelsen som utdanningslegen tilfører praksisen (evt. avlaster praksisen ved for store lister) vil være kr. 357 x 700 = kr. 249.900 per år, dvs. ca. kr.250.000.
- Legesenterets økte driftskostnader ved å ta inn en utdanningslege vil være omtrent det samme som å ta inn en ny fastlege i praksisen, erfaringsvis omkring kr. 50.0000 per måned eller kr. 600.000 per år. Økt basistilskudd generert av utdanningslegen må trekkes fra dette beløpet. Netto økte driftskostnader blir da kr. 600.000 – kr. 250.000 = kr. 350.000. Tid medgått til veiledning må også honoreres. For veiledning 3 timer per uke beregnes det en årlig utbetaling på kr. 90.000 til hovedveilederen. Samlede kommunale utgifter utbetalt til legekantoret og veileder blir da kr. 350.000 + kr. 90.000 = kr. 440.000 per år.
- I en gjennomsnittskommune anslår vi at kostnadene for en konkurransedyktig lønn til utdanningslegen, inkludert sosial utgifter, vil utgjøre kr. 600.000 for en full stilling. Utdanningslegen vil vanligvis ha tilleggsinntekter av legevaksarbeid utover ordinær arbeidstid.
- Brutto kommunale utgifter blir da kr. 600.000 + kr. 440.000 = kr.1.040.000 per utdanningslege per år. Utdanningslegens inntjening (egenandel + refusjon) skal trekkes fra dette beløpet. **Netto kommunale utgifter for en utdanningsstilling blir da kr. 1.040.000 – kr. 585.200 = kr. 454.800**

Finansiering

Vi foreslår at de kommunale merutgiftene til fastlønte utdanningsstillinger i allmennmedisin i sin helhet dekkes av staten. Utgiftene til 100 stillinger vil utgjøre en årlig utgift på ca. 45 millioner kroner per årskull.

Det bør i tillegg settes av midler til administrasjon og fortløpende evaluering av prøveprosjektet slik at man får mulighet til justering og forbedning av ordningen før den evt. trappes opp. Det vil også kreves særskilte midler til utdanninga lokale veiledere selv om noen av kursutgiftene trolig kan dekkes av Legeforeningens utdanningsfond. Settes utgiftene til administrasjon, evaluering og utdanning av veileder til 5 millioner i oppstartsfasen blir totalsummen omkring 50 millioner per år. Driftsutgiftene bør kunne reduseres når ordningen er etablert og evaluert.

Vi anbefaler at våre økonomiske beregninger blir gjenstand for grundige vurderinger i staten, KS og Legeforeningen. Estimaten inneholder flere usikre faktorer. Fra turnustjenesten vet vi

for eksempel at den enkelte leges arbeidskapasitet og evne til å generere inntekter fra Fastlegetariffen varierer mye. Dette har ført til tap av inntekter i mange kommuner. Vi tror likevel utdanningslegenes inntekter til kommunene vil være mer påregnelig da motivasjonen for å drive god praksis og benytte fastlegetariffen vil være større enn hos turnusleger. Ordningen kan evt. utvides med bonussystemer som premierer utdanningslegene for riktig bruk av Fastlegetariffen.

Vi anbefaler videre at staten, KS og legeföreningen videreutvikler Fastlegetariffen slik at allmennleger stimuleres til å prioritere de sykeste pasientene og helsetjenester som vil gi størst folkehelsegevinst. "Normal listestørrelse" bør revurderes med jevne mellomrom avhengig av hvilke oppgaver fastlegene har ansvar for å utføre. I dette notatet er en normalliste, betjent på fire kurative arbeidsdager per uke, satt til 1000 personer, eller 250 per kurativ arbeidsdag. Normen på 300 personer per kurativ arbeidsdag, som ble fastsatt under fastlegeforsøket (1993-1996), er i utakt med virkeligheten, og overmoden for revisjon.

Utdanningsstillinger i små distriktskommuner med lite befolkningsgrunnlag

De økonomiske beregningene i modellen for store og mellomstore kommuner er ikke direkte overførbare til små distriktskommuner. I store kommuner øker folketallet og mange fastleger har for store lister med stort arbeidspress. Det trengs flere leger for å gi befolkningen et godt helsetilbud. I mange distriktskommuner synker folketallet og er listene allerede små (500 – 600). Fastlegestillingene er likevel lite attraktive og ofte ubesatte på tross av høy fastlønn (omkring 1 million kroner) i flere kommuner.

Dette er godt dokumentert i en rapport fra SSB i 2002. Følgende sitat er hentet fra rapporten: "Gjennomsnittlig hadde norske kommuner utgifter på 738 kroner per innbygger i 2002 til primærlegetjenesten, men det var betydelige forskjeller mellom små og store kommuner. Til sammenligning hadde de aller minste kommunene utgifter på 2 300 kroner per innbygger."

Denne forskjellen har neppe blitt mindre i løpet av de 5-6 siste årene.

Ved etablering av utdanningsstillinger i små distriktskommuner vil utfordringen være å gjøre ledige stillinger attraktive, dvs. tilby lønn, arbeidsmiljø og utdanningsmuligheter som kompensere for noen av ulempene som fastleger i distriktene opplever. Slike ulemper er for eksempel faglig isolasjon, hyppige legevakter, lange reiseavstander til utekontor, lang avstand til sykehus og andre spesialisthelsetjenester, få arbeidsmuligheter for ektefelle, dårlig skoletilbud for ungdom, osv.

På Senja i Troms har dette vært reelle problemstillinger lenge før fastlegeordningen ble innført. Fastlegeordningen har i liten grad løst disse problemene. Høsten 2007 tok Torsken kommune konsekvensen av dette og henvendte seg til nabokommunen Lenvik med ønske om å utvikle *en ny samarbeidsmodell for felles drift av legetjenester*. Initiativet fra Torsken førte til at nabokommunene Berg og Tranøy gikk inn i samarbeidet våren 2008. I løpet av året har kommunene sluttført en omfattende og grundig *rapport om legetjenesten på Senja* og foreslått langsiktige løsninger for å etablere en bærekraftig legetjeneste, bl.a. etablering av utdanningsstillinger i allmennmedisin (15). Nasjonalt senter for distriktsmedisin har fulgt Senjalege-prosessen tett som rådgiver og observatør i styringsgruppen. Ordførerne og rådmennene i de fire kommunene har sluttet seg til anbefalingen i rapporten. Den er i disse dager til politisk behandling i de respektive kommunestyre og saken skaper stort engasjement.

Troms Folkeblad hadde følgende artikkel fra Berg kommunestyre lørdag 22. november 2008: ”**Måtte bruke dobbeltstemmen – Vedtok Senjalegen.** - For andre gang i sin ordførerkarriere, måtte Jan Harald Jansen bruke sin dobbeltstemme i kommunestyret. Halvparten av kommunestyrerepresentantene ønsket å utsette behandlingen av saka til neste kommunestyremøte, fordi de ønska å utrede om det var mulig å gå solo videre. Noen kjente noen som kunne være interessert i å være lege i Berg. Det lå mye tru og håp i dette, men historia har vist gang etter gang at vi ikke får det til. Senjalege-saken ble dermed behandla, og ble vedtatt mot én stemme, opplyser ordføreren til Folkebladet.”

Senjalege-rapporten bør leses som et vedlegg til dette notatet om utdanningsstillinger fordi den gir en god beskrivelse av virkeligheten i norske distriktskommuner, og synliggjør hvilke utfordringer man står overfor i forhold til organisering og drift av legetjenester i distriktene. Rapporten inneholder detaljerte opplysninger om kostnader til drift av legetjenester og legevakt i de fire kommunene. Den vil sannsynligvis ha stor overføringsverdi til andre distriktskommuner.

Avslutning

Målsettingen med dette notatet er at fastlønte utdanningsstillinger i allmennmedisin kan bli en realitet snarest mulig, i første omgang som en prøveordning. Vi tror at utdanningsstillinger vil føre til økt interesse for allmennmedisin blant unge leger, og vi tror at eldre leger vil inspireres til å påta seg rollen som veileder i allmennmedisin. Det siste er helt nødvendig dersom vi skal gi det økende antall nye kolleger et faglig forsvarlig utdanningstilbud.

Vi vil arbeide for rekrutteringsstillinger som gjør det mulig for unge kolleger å begynne som allmennpraktiker uten økonomiske investeringer, med regulert arbeidstid og under kyndig veiledning, altså på betingelser som tilsvarer de man får på sykehus. I allmennpraksis er det særdeles hensiktsmessig at kunnskaper overføres direkte fra erfarne leger til nye. Allmennpraksis kan være en ensom jobb, og det er viktig å skape en kultur og en struktur hvor undervisning og veiledning har en selvsagt plass.

Litteratur:

1. Romøren T. Kommunehelsetjenestens fem første år. Rapport 1889.
2. Sosialdepartementet. Stortingsmelding nr 36 – Røynsler med lova om helsetenesta i kommunane. 1989-90.
3. Steinert S. Fastlegeforsøket i Tromsø kommune – sluttrapport etter tre forsøksår. Tromsø kommune, oktober 1996.
4. Brekke M, Steinert S, Bakke HK. Krisetid er mulighetenes tid. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 3722.
5. Hunskaar S, Kolstrup N. Allmennmedisinen ved tusenårsskiftet - nedtur eller ny giv? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 13.
6. Brekke M, Eikås A, Hilstad T, Leer J, Steinert S, Thorsen O, Aanes, U. Utdanningsstillinger vil øke rekrutteringen til allmennmedisin. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2322.

7. Steinert S, Brekke M, Eikås A, Norby K, Olsen BÅ, Bærheim A, Carlsen T, Melbye H, Bentzen N, Hunskår S. Utdanningsstillinger i allmennmedisin. Rapport, Legeforeningen, januar 2001
<http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=1796&subid=0>
8. Norges Forskningsråd. Evaluering av fastlegereformen 2001 – 2005. Sammenfatning og analyse av evalueringens delprosjekter. Desember 2005.
http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00007/rapport_7350a.pdf
9. Norges Forskningsråd. Resultatevaluering av sykehusreformen. Januar 2007
<http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/Sykehusreformen%20endelig%20rapport%20evaluering.pdf>
10. Sosial- og helsedirektoratet. Utviklingstrekk i helse- og sosialsektoren. Rapport mai 2007.
http://www.shdir.no/publikasjoner/rapporter/utviklingstrekk_i_helse__og_sosialektor_en_2007_72974
11. Starfield B. The Primary Solution – put doctors where they count. Boston Review, November/December 2005.
12. Hjort PF. Helsetjenesten mot 2030 – tanker om utfordringene. Tidsskr Nor Lægeforen nr. 1, 2006; 126: 32-6
13. Nasjonalt senter for distriktsmedisin. Plandokument 2009. <http://www.nsdm.no>
14. Hunskår S. Eg ønsker med 1000 nye fastlegar til jul. Tidsskr Nor Lægeforen nr. 24, 2005; 125: 3518
15. Senjalegen – Modell for framtidig god legetjeneste i kommunene Berg, Lenvik, Torsken og Tranøy kommuner. Utredning og forslag fra styringsgruppa, september 2008.