



Innst. 450 S

(2016–2017)

Innstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen

Dokument 8:92 S (2016–2017)

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Representantforslag fra stortingsrepresentantene Torgeir Micaelsen, Tove Karoline Knutsen, Ruth Grung, Ingvild Kjerkol og Freddy de Ruiten om rekruttering av fastleger

Til Stortinget

Sammendrag

I dokumentet fremmes følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen fremme sak om hvordan man kan sikre god rekruttering av leger til primærhelsetjenesten fremover. Saken må blant annet omhandle hvordan man kan sikre at primærhelsetjeneste skal inkluderes i medisinstudiet i fremtiden, samt opprettelse av flere utdanningsstillinger for leger i spesialisering i allmennmedisin.»

Forslagsstillerne peker på at Norge har en meget god primærmedisinsk tjeneste for befolkningen, noe de mener skyldes flere forhold, blant annet at fastlegeordningen har vist seg å være en suksess. I tillegg er Norge et av få land som har en egen spesialitet for allmennmedisin, hvilket sikrer etterutdanning og kvalitet i tjenesten.

Nylig har det også blitt innført krav om at alle som arbeider som allmennpraktiserende leger, skal enten være spesialist i allmennmedisin eller være under spesialisering/veiledning.

De siste årene har man sett at det har blitt økende problemer med rekruttering av leger i allmennmedisin, ikke bare i distriktene, men også i store byer som Stavanger, Bergen og Tromsø.

Ifølge KS' (Kommunesektorens organisasjon) tabellrapport om legetjenester i kommunene (2015) angir fire av ti kommuner at de sliter med å rekruttere fastleger.

Forslagsstillerne mener at dersom man skal kunne beholde en god fastlegetjeneste, er det viktig å erkjenne problemet med rekruttering og gjøre de nødvendige endringer i tide.

Komiteens merknader

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Freddy de Ruiten, Ruth Grung, Laila Gustavsen, Ingvild Kjerkol, Tove Karoline Knutsen, fra Høyre, Kristin Ørmen Johnsen, Elisabeth Røbekk Nørve, Sveinung Stensland og Tone Wilhelmsen Trøen, fra Fremskrittspartiet, Bård Hoksrud, lederen Kari Kjønnaas Kjos og Morten Wold, fra Kristelig Folkeparti, Olaug V. Bollestad, fra Senterpartiet, Kjersti Toppe, og fra Venstre, Ketil Kjenseth, viser til at Norge har en generelt høy dekning av de fleste helsepersonellgrupper sammenliknet med de andre nordiske landene.

Komiteens flertall, alle unntatt medlemmet fra Senterpartiet, viser til at Norge blant annet har en god fastlegedekning, med relativt få innbyggere per fastlege sammenliknet med andre land. Flertallet påpeker at fastlegestatistikken viser at vi har lykkes med å rekruttere flere fastleger enn det befolkningsveksten krever.

Samtidig viser komiteen til at det er tegn som tyder på at rekrutteringen til fastlegeyrket er under

press, noe også forslagsstillerne påpeker. Komiteen viser til at det fremgår av representantforslaget at ifølge KS' tabellrapport om legetjenester i kommunene (2015), angir fire av ti kommuner at de sliter med å rekruttere fastleger.

Komiteen viser til at helse- og omsorgsministeren i sitt brev til komiteen i forbindelse med behandlingen av representantforslaget peker på en rekke grep som regjeringen har iverksatt som vil kunne bidra til økt rekruttering av fastleger. Komiteen merker seg at regjeringen bl.a. planlegger å gjennomføre en pilot med primærhelseteam.

Komiteens flertall, alle unntatt medlemmet fra Senterpartiet, viser til at ved å legge til rette for økte ressurser til en fastlegepraksis, kan mye av arbeidet som i dag utføres av fastlegene, overtas av sykepleiere.

Komiteen viser til at det i tillegg igjen skal etableres en tilskuddsordning for rekruttering av fastleger og flere kompetansehevende tiltak i allmennegetjenesten. Komiteen vil likevel påpeke at det er kommunene som skal sørge for tilstrekkelig legedekning for å oppfylle kravene som påligger kommunene i fastlegeforskriften og annet regelverk.

Komiteen bemerker at fastlegene har fått flere oppgaver de siste årene som følge av samhandlingsreformen, samtidig som det er økende krav til attester fra ulike instanser. Det er grunn til å se på hvilke oppgaver som skal tillegges fastlegene og om noen oppgaver kan utgå eller overføres til andre yrkesgrupper.

Komiteen ser frem til evaluering av forsøksprosjekt med primærhelseteam. Det er grunn til å tro at gode primærhelseteam vil kunne bedre kvaliteten på tilbudet til en del pasientgrupper, blant annet ved bedre oppfølging av kronikere.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet anser det imidlertid for mindre sannsynlig at primærhelseteam vil føre til en reduksjon i arbeidsmengden til fastlegene, og det vil således ha liten innvirkning på rekrutteringsbehovet.

Komiteen mener at det er både et statlig og kommunalt ansvar å legge til rette for rekruttering av fastleger, og at slikt arbeid må gjenspeiles gjennom både utdanning og lokale insentiver.

Komiteen er videre enig med forslagsstillerne i at utdanningsstillinger kan være et godt virkemiddel for å rekruttere flere leger til allmenne medisinen. Komiteen merker seg at det pågår to prosjekter med utdanningsstillinger i allmenne medisinen som regjeringen gir sin støtte til.

Komiteen mener forslagsstillerne tar opp viktige spørsmål knyttet til betydningen av grunnutdanningen i medisin for rekruttering til primærhelsetjenesten. Utdanningen må gjøre studentene forberedt på arbeidsoppgaver og arbeidsmetoder i dagens og fremtidens helse- og omsorgstjenester, og komiteen merker seg at Kunnskapsdepartementet har sendt på høring forslag til nytt styringssystem for de helse- og sosialfaglige grunnutdanningene, samt forslag til forskrift om felles rammeplan for disse utdanningene.

Komiteen mener at Norge har en meget god primærmedisinsk tjeneste for befolkningen. Det skyldes en god fastlegeordning og at Norge er ett av få land som har en egen spesialitet for allmenne medisin som sikrer etterutdanning og kvalitet i tjenesten. Allmenneleger er de eneste legespesialistene som må fornye spesialiteten hvert femte år. Det er behov for å justere fastlegeordningen slik at den er tilpasset nye krav til samhandling og koordinering. Komiteen viser til Legeforeningen som fremhever at medisinstudenter møter allmenne medisin svært sent i studiet, og at hele 50 prosent av norske medisinstudenter utdannes i utlandet, hvor allmenne medisin som fag er gjennomgående lite prioritert. Det er viktig at allmenne medisin styrkes med mer undervisning og lengre praksisperioder. Det obligatoriske sykehusåret under spesialistutdanningen er også en utfordring for rekruttering. Legeforeningen påpeker at det er nødvendig med mer fleksibilitet i gjennomføringen av sykehusåret, for å sikre mer forutsigbare arbeidsforhold og for å bevare unge leger på vei inn i allmenne medisinen. Norsk medisinstudentforening mener at de største utfordringene de opplever med fastlegeordningen er små fagmiljøer og mye arbeid som gir lite tilbake. De mener at skal pasientene i fremtiden møtes nærmere hjemmet, må studentene møte pasientene hos fastlege, sykehjem, helsestasjoner og legevakt. Det forutsetter en lovhjemmel av primærhelsetjenestens plikt til å sørge for undervisning og opplæring av studenter, slik det er hjemlet i spesialisthelsetjenesteloven. Finansiering må også følge med og styrke veiledningskompetansen. Norsk medisinstudentforening viser til at sykehusene får 500–600 millioner kroner i utdanningsmidler, og at det er lite rapportering på hva disse midlene brukes til. Flere utdanningssteder prøver ut satellittordninger for å gi studentene erfaring med distriktmedisin. Det må forskes og satses mer på tverrprofesjonelt samarbeid. Nasjonalt senter for distriktmedisin (NSDM) mener at fastleger må få kompensasjon for tapt arbeidstjeneste for å undervise medisinstudenter, noe sykehusleger ikke trenger.

Både internasjonal forskning og nasjonale erfaringer tilsier at kommuner og tjenester utenfor de store tettstedene trenger bevisst tilrettelegging for å re-

kruttere og beholde leger. En undersøkelse fra NSDM fra 2014 viser at hver femte kommune under 20 000 innbyggere mangler fastlege eller legevaktslege og løser det med hyppige vikarstafetter. I kommuner med mellom 2 000 og 3 000 innbyggere er gjennomsnittlig listelengde for fasteleger på 915, reelt er tallet på 800, da det er ledige plasser på åpne lister. I kommuner med over en times reisevei til sykehus er gjennomsnittlig listestørrelse på 781, mens Oslo har de lengste listene i landet. NSDM påpeker at det ikke er 0-lister som bør etableres for å skape rom for flere fastleger, men nye lister med pasienter som er rekruttert fra etablerte fastlegers lister.

Komiteen viser til at Legeforeningen mener at utdanningsstillinger for allmennleger er nøkkelen til å styrke rekrutteringen av flere fastleger i fremtiden. Kompleksiteten i primærhelsetjenesten har vært økende som følge av samhandlingsreformen og den medisinske utviklingen. For at unge leger skal være trygge og gode forvaltere av portvokterrollen, er det nødvendig med god veiledning i et faglig fellesskap. Kommunene har også et stort ansvar for å tilpasse økonomiske rammevilkår og sikre fleksibilitet, slik at flere nyutdannede velger fastlegeyrket. Rekrutteringsstillinger på fast lønn vil gjøre overgangen lettere for mange. Det må initieres flere nasjonale forsøk med utdanningsstillinger for allmennleger. Prosjektet ALIS-Vest er et godt eksempel på en slik pilot, der flere vestlandskommuner samarbeider om tilrettelegging for nyansatte leger med god veiledning og praksis både i distriktskommune og by.

Norsk medisinstudentforening er bekymret for at turnusordningen først og fremst rekrutterer til sykehus, og mener det er nødvendig å se på endringer slik at kommunehelsetjeneste sidestilles med sykehus. NSDM viser til at mange små kommuner har erfart at turnusleger velger vekk kommuner de har inngått avtale med til fordel for stillinger de får via Resttorget. De foreslår derfor at det innføres en lengre karanteneordning, for å hindre at det skal være så enkelt for leger å bryte avtaler og gi kommuner større forutsigbarhet.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet viser til at Legeforeningen påpeker at listelengden for fastleger må reduseres. Da fastlegeordningen ble innført i 2005, var 1 500 pasienter beregnet til å være et årsverk. Ved utgangen av 2016 var det 4 746 lister med gjennomsnitt på 1 111 innbyggere per liste. Disse medlemmer merker seg at Legeforeningen mener det er riktig at fastleger gis ansvar for nye medisinske oppgaver og koordinering på vegne av pasienten. NSDM viser til at den økende arbeidsbyrden til fastleger gjør at de ikke har kapasitet til å ta sine tilpliktede legevakter på toppen av ful-

le arbeidsdager. De mener at samlet arbeidsbyrde på dagtid og i legevakt må ligge til grunn når antallet fastleger i en kommune beregnes. Ytterligere sentralisering av legevakter er ikke svaret på arbeidsbelastningen som legevakt representerer for dagens fastleger. NSMN foreslår også bevisst bruk av kvotering fra distriktskommuner.

Praksiskonsulentordningen i Vestre Viken og en rekke enkeltstående fastleger har også sendt gode høringsinnspill, og blant annet pekt på behov for justering av takster og honorering.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen fremme sak om hvordan man kan sikre god rekruttering av leger til primærhelsetjenesten fremover. Saken må blant annet omhandle hvordan man kan sikre at primærhelsetjeneste skal inkluderes i medisinstudiet i fremtiden, samt opprettelse av flere utdanningsstillinger for leger i spesialisering i allmenntilleggsmedisin.»

Komiteen mener det er behov for en evaluering av fastlegeordningen. Komiteen vil særlig understreke de utfordringene en har ved at en så stor andel av norske medisinstudenter studerer i utlandet. I Helsedirektoratets statusrapport om turnus for leger (IS 2403–01/2016) blir det sagt at om denne utviklingen fortsetter, vil det om få år være flere medisinstudenter i utlandet enn i Norge. Komiteen vil derfor understreke at med denne bakgrunnen vil behovet for utdanningsstillinger øke, for å sikre at Norge utdanner egne leger, og at det rekrutteres til alle delene i helsevesenet, også fastleger.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet viser til at det i den sittende regjeringens regjeringserklæring heter at regjeringen vil «[u]tarbeide en handlingsplan om tilgjengelighet, kvalitet og kompetanse i fastlegjetjenesten».

Disse medlemmer viser videre til Senterpartiets representantforslag om tiltak for å styrke det akuttmedisinske tilbudet utenfor sykehus, inkludert legevakt og ambulanse (Dokument 8:34 S (2016–2017), jf. Innst. 244 S (2016–2017)). Senterpartiet og Kristelig Folkeparti foreslo i behandlingen av denne saken at det på bakgrunn av Akuttutvalgets rapport (NOU 2015:17) skal fremlegges en handlingsplan for tilgjengelighet, kvalitet og kompetanse i fastlegjetjenesten og utredes en ordning med fastlønn og utvidet bruk av faste stillinger i legevakt, og at legevakt blir en del av regulert arbeidstid. Forslagene fikk i tillegg Sosialistisk Venstreparti og Miljøpartiet De Grønnes støtte.

Disse medlemmer viser til at manglende rekruttering av fastleger og samtidig sentralisering av det akuttmedisinske tilbudet i kommuner og helseforetak er viktige deler av en trend hvor folkets helse-tjeneste blir stadig mer sentralisert. Det er helt grunnleggende velferdstilbud som sentraliseres, og disse medlemmer mener utviklingen ikke kan fortsette. Parallelt med sentraliseringen som særlig rammer distriktene, er det for få fastleger også i befolkningstette områder, og mange steder er det svært lange fastlegelister. Disse medlemmer viser til at det er kommet flere forslag til hvordan situasjonen kan bedres, blant annet egen distriktstakst. Disse medlemmer mener slike forslag må vurderes. Disse medlemmer er enig med Legeforeningen som mener dagens grense på 2 500 pasienter per fastlege er for høy og at det må innføres mindre listelengde.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, mener det haster å få tiltak på plass. I Aftenposten 8. mai 2017 skriver fylkeslegen i Sogn og Fjordane at Helse-Norge ser annerledes ut i Sogn og Fjordane enn det gjør i byene, at det alltid har vært vanskelig å rekruttere fastleger, men at nå står hele systemet i fare for å bryte sammen. Flertallet deler bekymringen over at det er få søkere til fastlegejobber mange steder, og at det av søkerne er for få som tilfredsstillende kompetansekrav til selvstendig legearbeid. Flertallet mener at dersom det er politisk vilje, er det mulig å gjøre noe med dette. Fylkeslegen viser til at utdanning lokalt gjør at flere blir værende. Han peker på at av 240 ukers legestudier, pågår undervisning utenfor universitetet i bare 25 uker. Fylkeslegen uttrykker:

«Vi må utdanne legene der dei trengst. Vi blir sjuke der vi bur, ikkje på universitetssjukehusa.»

Flertallet vil påpeke at fastlegeordningen og kvaliteten i legevakt henger nøye sammen. I Akuttutvalgets rapport påpekes det at legevakten er det svakeste leddet i den akuttmedisinske kjeden i Norge. Skal det gjøres noe med dette, må det være vilje til å se på arbeidsforholdene for fastleger. Fylkeslegen i

Sogn og Fjordane peker på at da samhandlingsreformen ble innført, ble det forespeilet flere fastlegestillinger, det ble også lagt flere oppgaver til kommunene, og dermed til fastlegene. Denne utviklingen er forsterket i årene etter. Etter fem år med fastlegeordningen hadde legetallet økt i sykehus med 18 prosent, antallet fastleger i landet med 12 prosent og i Sogn og Fjordane med 6 prosent. Arbeidsbelastningen har med andre ord blitt større. Flertallet mener det må gjøres nødvendige endringer i arbeidsforholdene for leger, og det må tas høyde for endringer i legestanden, der unge leger i etableringsfasen trenger rammer rundt arbeidslivet som er forenlig med familieliv.

Forslag fra mindretall

Forslag fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet:

Forslag 1

Stortinget ber regjeringen fremme sak om hvordan man kan sikre god rekruttering av leger til primærhelsetjenesten fremover. Saken må blant annet omhandle hvordan man kan sikre at primærhelsetjeneste skal inkluderes i medisinstudiet i fremtiden, samt opprettelse av flere utdanningsstillinger for leger i spesialisering i allmennmedisin.

Komiteens tilråding

Komiteen har for øvrig ingen merknader, viser til representantforslaget og rår Stortinget til å gjøre følgende

forslag:

Dokument 8:92 S (2016–2017) – om Representantforslag fra stortingsrepresentantene Torgeir Micaelsen, Tove Karoline Knutsen, Ruth Grung, Ingvild Kjerkol og Freddy de Ruiten om rekruttering av fastleger – vedlegges protokollen.

Oslo, i helse- og omsorgskomiteen, den 8. juni 2017

Kari Kjønås Kjos

leder

Sveinung Stensland

ordfører

VEDLEGG**Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet ved statsråd Bent Høie til helse- og omsorgs-komiteen, datert 5. mai 2017****Dokument 8:92 S (2016-2017) - Representantforslag om rekruttering av fastleger - Stortingsrepresentantene Torgeir Micaelsen, Tove Karoline Knutsen, Ruth Grung, Ingvild Kjerkol og Freddy de Ruiten**

Jeg viser til representantforslag om rekruttering av fastleger, Dokument 8:92 S (2016-2017), fra Stortingsrepresentantene Torgeir Micaelsen, Tove Karoline Knutsen, Ruth Grung, Ingvild Kjerkol og Freddy de Ruiten, og helse- og omsorgskomiteens forespørsel om en uttalelse fra statsråden til forslaget.

Representantene har fremmet følgende forslag:

"Stortinget ber regjeringen fremme en sak om hvordan man kan sikre god rekruttering av leger til primærhelsetjenesten fremover. Saken må blant annet omhandle hvordan man kan sikre at primærhelsetjenesten skal inkluderes i medisinstudiet i fremtiden, samt opprettelsen av flere utdanningsstillinger for leger i spesialisering i allmennmedisin."

I Norge brukes det mye ressurser på å sikre befolkningen gode helse- og omsorgstjenester. Det skal vi fortsette med. Vi har en meget god primærhelsetjeneste, som bemannes av personer med høy faglig kompetanse og yrkesstolthet. For at denne tjenesten skal forbli et godt tjenestetilbud fremover er det avgjørende med fornying.

Utfordringsbildet for den kommunale helse- og omsorgstjenesten er utfyllende beskrevet i Primærhelsetjenestemeldingen (Meld. St. 26 (2014-2015)). I meldingen har Regjeringen beskrevet en lang rekke tiltak for å løse utfordringene. Utfordringsbildet og forslagene til en nødvendig videreutvikling har Stortinget sluttet seg til i Innst. 40 S (2014-2015). Regjeringen jobber nå med å følge opp de tiltakene som er foreslått i meldingen. Flere av tiltakene er allerede gjennomført. Kompetansekrav til leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, som trådte i kraft 1. mars, er ett eksempel. Dette kompetansetiltaket vil styrke kvaliteten i tjenestetilbudet.

Norge har en generell høy dekning av de fleste helsepersonellgrupper sammenlignet med de andre nordiske landene. Det gir et godt utgangspunkt for fremtiden. Blant annet har Norge en god fastlegedekning med relativt få innbyggere per fastlege sammenliknet med andre land. Fastlegestatistikken viser at vi har lyktes med å rekruttere flere fastleger enn det befolkningsveksten krever. Statistikken over legeårsværk i kommunen viser at det også utenfor fastlege-

ordningen har vært en økning. Det er jeg tilfreds med. Samtidig registrerer jeg tegn som kan indikere at rekrutteringen til fastlegeyrket er under press. Helseinspektoratet følger utviklingen nøye både gjennom kvartalsvis rapporteringer og årlige analyser.

Staten sitter på en rekke virkemidler som kan bidra til å legge forholdene til rette for bedret rekruttering, men til slutt er det kommunene som må ta de nødvendige beslutningene. Leger i primærhelsetjenesten utfører oppgaver på vegne av kommunene. Det er kommunene som må sørge for tilstrekkelig ledelse og planlegging for å oppfylle kravene som påligger kommunen i fastlegeforskriften og i annet relevant regelverk. Dette er en av grunnene til at jeg har brukt mye plass i Primærhelsetjenestemeldingen på å beskrive viktigheten av ledelse og planleggingskompetanse i kommunen, inkludert forståelse i bruken av helseanalyser som styringsverktøy. Revisjon av forskrift om internkontroll var et bevisst grep fra min side for å øke oppmerksomheten rundt spørsmål om ledelse og planlegging med mer. En kommune som leder og planlegger godt, vil stå bedre rustet til å håndtere eventuelle utfordringer knyttet til rekruttering. Jeg minner samtidig om at rekruttering av leger til visse deler av landet dessverre ikke er en utfordring av ny dato. Den utfordringen har vært der over tid. Den samme utfordringen gjelder også for annet personell med høy kompetanse.

Det er, som komiteen er kjent med, mange forhold som påvirker rekruttering av leger i primærhelsetjenesten. Samtidig kan vi ikke se på rekruttering av leger atskilt fra annet personell. Som jeg har omtalt i Prop. 28 S (2016-2017) planlegger jeg å gjennomføre en pilot med primærhelseteam. Dette mener jeg er en helt nødvendig og faglig riktig vei å gå fremover. Det er viktig med et tilstrekkelig antall leger, men mye av det arbeidet som i dag utføres av fastleger kan utføres like godt eller bedre av sykepleiere. Ved å legge til rette for økte ressurser knyttet til en fastlegepraksis, vil oppgaver som i dag enten ikke utføres, eller som utføres i for liten grad, bli bedre ivaretatt. En eventuell overgang til primærhelseteam er en omfattende endring. Det er derfor jeg først vil gjennomføre en pilot som skal evalueres. Dette vil nødvendigvis ta tid. I påvente av resultater herfra har regjeringen iverksatt flere tiltak som vil bidra til å sikre god rekruttering til primærhelsetjenesten.

Jeg har besluttet igjen å etablere en tilskuddsordning for rekruttering av fastleger og kompetansehevede tiltak i allmennlegetjenesten. En nesten tilsva-

rende tilskuddsordning ble avvirket i 2016 på grunn av få søkere og lite avsetning for midlene. Nå er det igjen mulig for kommuner å søke om midler til rekruttering av fastleger og tiltak for å heve kvaliteten og kompetansen allmennlegetjenesten.

Representantene tar opp at det er behov for utdanningsstillinger i allmennmedisin i kommunene for å gi en økonomisk tryggere oppstartsperiode for leger som ønsker å spesialisere seg i allmennmedisin enn det som ofte er tilfellet for selvstendig næringsdrivende fastleger. Jeg er enig med representantene i at utdanningsstillinger kan være et godt virkemiddel blant annet for å rekruttere flere leger til allmennmedisinen. Trygge arbeidsforhold er viktig for unge leger av flere grunner. Det er nok riktig at et spesialiseringssløp innen spesialisthelsetjenesten har fastere rammer enn det de fleste kommuner i dag kan tilby.

Det pågår to prosjekter med utdanningsstillinger i allmennmedisin som regjeringen gir sin støtte til. Det ene prosjektet, Utdanningsstillinger i allmennmedisin, ble startet i 2012 og er inne i sitt siste år nå i 2017 før det skal evalueres. Formålet er å bidra til å styrke rekrutteringen til og stabiliteten i allmennlegetjenesten i distriktene og å få erfaringer om hva som bidrar til å motivere og stimulere leger og øke kommunenes evne til å legge til rette for et fullstendig utdanningsløp for leger som ønsker å bli spesialister i allmennmedisin. Prosjektet er ikke forbeholdt spesielle kommuner eller landsdeler, men er likevel relativt distriktsrettet. Spesialisering kan ses som et virkemiddel for å nå målet om bedret rekruttering og stabilitet.

Totalt 25 kommuner og 88 leger har deltatt i prosjektet. 15 kommuner har vært med siden starten. Prosjektet er også gjenstand for evaluering underveis. Det har vært avsatt rundt 5 mill. kroner årlig til prosjektet, totalt rundt 30 mill. kroner til og med 2017. I gjennomsnitt bruker en lege over åtte år på å gjennomføre spesialiseringen i allmennmedisin. Størstedelen av legene i prosjektet vil være ferdige spesialister først om flere år. Tilbakemeldingene fra kommunene er imidlertid at tilskuddet/tilrettelegging for spesialistutdanning i betydelig grad virker stabiliserende på legedekningen, spesielt i de minste kommunene og i kommuner som over tid har hatt rekrutteringsutfordringer. I noen kommuner har tilbud om spesialistutdanning vært helt avgjørende for at leger har blitt i sine stillinger.

I forbindelse med omgrupperingsproposisjonen høsten 2016 ble det besluttet å satse på ytterligere ett prosjekt med allmennleger i spesialisering (ALIS), utdanningsstillinger i primærhelsetjenesten, ALIS-VEST-prosjektet. I likhet med førstnevnte prosjekt er også et av formålene med ALIS-VEST-prosjektet å bedre rekrutteringen av allmennleger. Samtidig har dette prosjektet, som ledes av Bergen kommune og er

avgrenset til kommuner i Hordaland og Sogn og Fjordane, et stort og viktig fokus på utvikling av breddekompetanse hos allmennleger. Det er ønskelig å sikre et godt faglig innhold i spesialistutdanningen og sikre rekruttering både til fastlegehjemler og til andre allmennmedisinske oppgaver i kommunene. Dette har stor relevans for samhandlingsreformen og kommunenes evne til å håndtere mer komplekse problemstillinger i fremtiden. Prosjektet er ytterligere aktualisert etter at ny forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten trådte i kraft 1. mars. Oppstart av prosjektet er planlagt 1. september. Det er budsjettet med en kostnad på rundt 0,5 mill. kroner per år per lege i spesialisering.

Mens det i prosjektet Utdanningsstillinger i allmennmedisin ble åpnet for flere driftsformer blant allmennlegene, vil kun fastlønte utdanningsstillinger være aktuelt i ALIS-VEST-prosjektet. En sentral føring for prosjektet er å tilstrebe større likhet i vilkår for leger i spesialisering i spesialisthelsetjenesten (LIS) og allmennleger i spesialisering (ALIS). Bakgrunnen for at det ble åpnet for flere driftsformer i det første prosjektet, var et ønske om også å få erfaringer med hvordan selvstendig næringsdrivende fastleger kunne stimuleres til å spesialisere seg. Dette vil vi få vite mer om når Helsedirektoratet leverer sin evalueringsrapport neste år.

Innføringen av krav til spesialitet i allmennmedisin eller at legen skal være under spesialisering fra 1. mars innebærer et større ansvar for kommunen for å legge til rette for, og følge med på, at dens ansatte og avtaleparter gjennomfører spesialiseringen de påbegynner. Dette innebærer også å legge til rette for at legene får mulighet til å delta i nødvendige læringsaktiviteter som spesialiseringen forutsetter. En flaskehals i gjennomføringen av spesialistutdanningen i allmennmedisin er sykehus-/institusjonsåret. I ALIS-VEST-prosjektet tilstrebes at kommunen som arbeidsgiver utvikler god dialog med regionalt helseforetak for å legge til rette for forutsigbarhet rundt og gjennomføring av sykehusåret. Prosjektet vil også forsøke å få til en utvekslingsordning med leger i spesialisering i sykehus slik at sykehusleger får bedre kjennskap til kommunal helse- og omsorgstjeneste.

Representantene tar opp viktige spørsmål knyttet til grunnutdanningen i medisin sin betydning for rekruttering til primærhelsetjenesten. Utdanningen må gjøre studentene forberedt på arbeidsoppgavene og arbeidsmetoder i dagens og fremtidens helse- og omsorgstjenester. Kunnskapsdepartementet har derfor sendt på høring forslag til nytt styringssystem for de helse- og sosialfaglige grunnutdanningene, samt forslag til forskrift om felles rammeplan for disse utdanningene. Høringsfristen var 21. april. Målet med forskriften og nytt styringssystem er å sikre at sektor-

myndigheter, utdanningene og tjenestene det utdannes til, får økt innflytelse på det faglige innholdet i utdanningene. Videre skal forskriften sikre at utdanningsinstitusjonene tilbyr praksisnære og forskningsbaserte helse- og sosialfaglige grunnutdanninger av høy faglig kvalitet og relevans.

§ 3 i forskriften omhandler ansvarsfordelingen mellom utdanningsinstitusjonene og praksisstedet. Praksisdelen av utdanningen er en viktig læringsarena i helse- og sosialfagene. Kvaliteten i praksisstudiene, og hvordan de virker sammen med undervisningen ved lærestedene, er avgjørende for den samlede studiekvaliteten. For å sikre at praksisundervisningen blir relevant og kvalitativt god, er det nødvendig med et nært samarbeid mellom utdanningsinstitusjonen og praksisstedet.

Det følger av lov om universiteter og høyskoler at de høyere utdanningsinstitusjonene har ansvaret for kvaliteten i alle deler av studiene, også praksisdelen. Etter helse- og omsorgstjenesteloven § 8-1 har kommunen en plikt til å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell, herunder videre- og etterutdanning. Bestemmelsen er en videreføring av kommunehelsetjenesteloven § 6-1.

I Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet er det pekt på at studenter i de helse- og sosialfaglige utdanningene har for lite og for dårlig praksis i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det varsles i meldingen at Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet vil samarbeide om mulig styrket lovfesting av kommunens ansvar for å sørge for praksis.

Jeg mener de ovenstående gir komiteen et godt bilde over ulike tiltak som tilrettelegger for bedre rekruttering av leger til primærhelsetjenesten, og et godt grunnlag for å diskutere det aktuelle representantforslaget. For ordensskyld nevner jeg at representantenes kommentarer knyttet til kommunalt pasient og brukerregister og ikrafttredelse av fastlegeforskriften § 29 vil bli fulgt opp på egnet vis.

