

Prosjekt Allmennmedisin 2020 er en bred utredning av faget allmennmedisin og av allmennlegetjenesten i et tidsperspektiv frem til 2020, iverksatt av Legeforeningen i 2008 etter initiativ fra Norsk forening for allmennmedisin og Allmennlegeforeningen. Målet er å lage et helsepolitisk veiviserdokument som Legeforeningens organisasjonsledd kan slutte seg til. Utposten formidler sentrale temaområder i utredningen, som skal sluttbehandles på Legeforeningens landsstyremøte våren 2009.

Prosjekt Allmennmedisin 2020 – Arbeidsgruppe utdanning

AV HANS HØVIK

Som ledd i prosjektet Allmennmedisin 2020 ble det nedsatt en arbeidsgruppe som fikk som mandat å ta for seg hele utdanningsløpet i allmennmedisin og drøfte hvordan det kan sikres at allmennleger har de kunnskaper, ferdigheter og holdninger som arbeidet som allmennlege krever. Arbeidsgruppen skulle drøfte struktur, innhold, og krav i utdanningen, og ta for seg faglig struktur rundt utdanningsstillinger, eller hjemler med definerte utdanningsløp. Arbeidsgruppen la fram sin rapport med anbefalinger og konklusjoner 1. juni 2008. Arbeidsgruppen besto av Knut Eirik Eliassen, Maria Hellevik, Hans Høvik, Sverre Lundevall og Svein Steinert.

Hvilken kompetanse trenger allmennlegen i 2020?

Allmennmedisin er det medisinske fagområdet som skal ha en bred og generell kunnskap om alle sykdommer og helseplager som rammer befolkningen. Allmennlegen skal utøve åpen og uselektet praksis i førstelinjen, og skal ha kompetanse til å utrede og behandle alle typer helseproblemer fra banale helseproblemer til livstruende sykdom. Allmennlegen må ha oversikt over sin pasientpopulasjon, og skal se og behandle sine pasienter i et helhetssynsperspektiv med tanke på langvarig og kontinuerlig oppfølging av personer i alle aldersgrupper i deres familiære og sosiale kontekst.

Hvilke samfunnsendringer har betydning for allmennlegens kompetanse i fremtiden? Tidligere kunne allmennlegen arbeide mer alene på sitt kontor, men vi ser nå et økende krav til at allmennlegen skal være en svært sentral person i samhandlingen i helsetjenesten. Allmennlegen må ha kompetanse til å koordinere oppfølgingen av personer i primærhelsetjenesten, og må bruke mer av sin tid på samarbeide med andre deler av helse- og sosialtjenesten i kommunene. Allmennlegen må delta i tverrfaglig samarbeide



Hans Høvik

fastlege i Fyllingsdalen i Bergen.
Spesialist i allmennmedisin og samfunnsmedisin.
Leder av spesialitetskomiteen i allmennmedisin.
Veileder i allmennmedisin. Gift, 3 barn og en hund, glad i å være på fjellet, skulle gjerne hatt mere tid til det...

og kunne ha et faglig lederansvar i oppfølgingen av sine pasienter. Dette innebærer at allmennlegen deltar i ansvarsgrupper og i arbeidet med individuelle planer for sine pasienter.

Spesialisthelsetjenesten følger opp pasientene i kortere tid enn tidligere, og forventer at fastlegene og primærhelsetjenesten klarer å følge opp personer med stadig mer alvorlig sykdom og komplisert behandling enn tidligere. Dette krever at allmennlegen samarbeider tettere med spesialisthelsetjenesten og at allmennlegen må ha kompetanse i å vurdere hva som kan gjøres i primærhelsetjenesten, og hva som må henvises til spesialisthelsetjenesten.

Vi kan forvente en forbedring av elektronisk kommunikasjon i hele helsetjenesten i fremtiden, og allmennlegen må ha kompetanse til å utnytte dette på beste måte for sine pasienter. Pasientene vil også forvente god tilgjengelighet til allmennlegen, både for konsultasjon, telefonkonsultasjon og for elektronisk kommunikasjon. Allmennlegen vil i fremtiden i mye større grad bruke elektronisk kommunikasjon i forhold til henvisninger, epikriser, resepter, attester, sykmeldinger og samarbeide med annet helsepersonell. Allmennlegene trenger kunnskaper både i grunnleggende databruk og datasikkerhet, og opplæring i bruk av de programmene som brukes i helsetjenesten, samt kursing i

kunnskapssøking via internett, og bruk av nettsteder som Helsebiblioteket og andre databaser med kvalitetssikret medisinsk kunnskap.

Allmennlegen må ha kompetanse i:

- Diagnostikk og behandling av sykdom og helseplager
- Lege-pasientkommunikasjon
- Forebyggende helsearbeid, risikovurdering og risikointervensjon
- Praksisorganisering og kvalitetssikring
- Praktiske ferdigheter
- Prioritering i forhold til pasientenes behov og samfunnets ressurser
- Samarbeid med annet helsepersonell
- Ledelse og rollen som arbeidsgiver og næringsdrivende

Hvor mange allmennleger trenger vi?

Det er i dag ca 4000 fastleger i Norge. Manglende rekruttering gjennom flere år har medført et legeunderskudd i forhold til oppgavetilfanget på 2000 allmennleger. Vi vet at bare 56 prosent av fastlegene er 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.

De siste årene er det godkjent ca 150–200 spesialister i allmennmedisin per år. Arbeidsgruppen konkluderer med at utdanningskapasiteten i allmennmedisin sannsynligvis må tredobles slik at man på sikt kan utdanne 450–600 nye spesialister per år. Dette krever at man øker veiledningskapasiteten i allmennmedisin.

Rekruttering

Arbeidsgruppen har sett nærmere på problemene knyttet til manglende rekruttering i allmennmedisin. Fra 2001 har ca 400 årsverk per år gått til helseforetakene, og bare ca 40 årsverk per år til allmennlegetjenesten. Det må bli en radikal forbedring i rekrutteringen til allmennmedisin om man skal få flere hundre nye spesialister i allmennmedisin i nær framtid.

Det er i dag ikke mange ledige hjemler, og man kan hevde at kommunene ikke har opprettet nok fastlegehjemler. Ut fra arbeidsmengden til allmennlegene bør nok gjennomsnittlig listelengde gå ned i framtiden, og det må opprettes nye fastlegehjemler i alle kommuner.

Unge leger som skal velge spesialistutdanning er ofte i etableringsfasen når det gjelder familie og bolig, og vil være opptatt av faglig og økonomisk trygghet. Mange vegrer seg

for økonomiske investeringer og for å påta seg arbeidsgiveransvar og langvarige forpliktelser som fastlege og selvstendig næringsdrivende. Mange vil også ønske fleksible ordninger i forhold til arbeidstid og vaktbelastning, som kan gjøre det mulig å kombinere arbeid og familieliv på en bedre måte enn tidligere generasjoner.

Hva kan gjøres for å bedre rekrutteringen? Arbeidsgruppen mener at det bør opprettes utdanningsstillinger i allmennmedisin slik som i andre spesialiteter. Mange unge leger vil finne det attraktivt å gå inn i strukturerte utdanningsstillinger med god veiledning. Det er også ønskelig å ha fleksible ordninger: deltidsstillinger, delelister, og muligheten for å kombinere fastlegearbeid med forskning.

Turnustjenesten

I dag har universitetene hovedansvaret for grunnutdanningen, mens Helsedirektoratet, Statens autorisasjonskontor for helsepersonell, Fylkesmannens helseavdeling og Legeforeningen deler det operative ansvaret for turnustjenesten. Legeforeningen har hovedansvaret for spesialistutdanningen. Alle parter er i tillegg avhengig av et komplisert samarbeid med helseforetakene og kommunene for å skaffe tilstrekkelig antall praksisplasser. I en mer helhetlig modell bør universitetene og Legeforeningen etter vårt syn få et klarere ansvar for innhold og organisering av hele utdanningsløpet, med felles ansvar for godkjenning av praksisplasser og veiledere på alle nivåer.

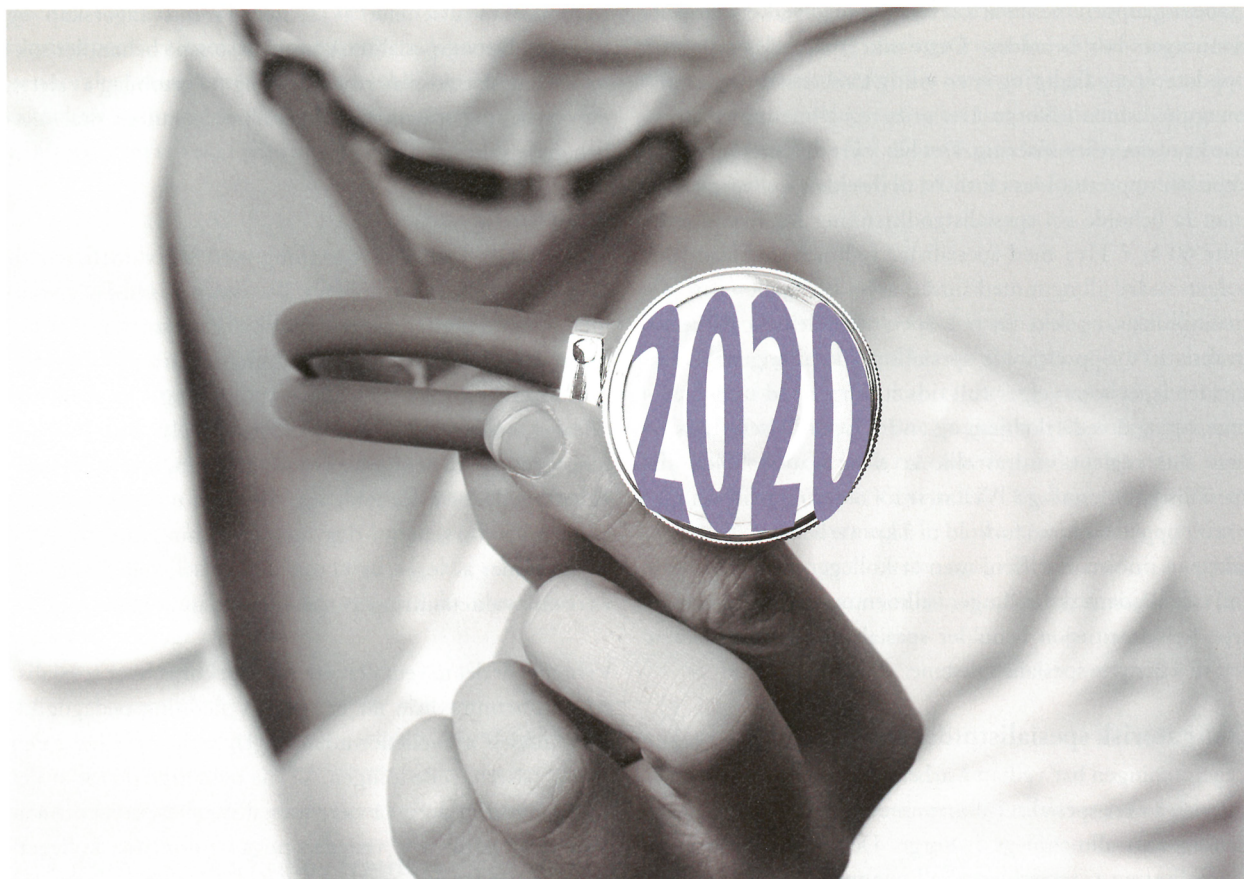
Omfang og kvalitet på veiledning og supervisjon spiller en viktig rolle for praktisk læring. Turnuslegene er mer fornøyd med veiledningen i allmennpraksis enn i sykehus, men det er store variasjoner mellom tjenestestedene. For å redusere forskjellene bør det utarbeides spesifikke krav for godkjenning av utdanningssteder og veiledere.

Seks måneders tjeneste i allmenn- og samfunnsmedisin bør være obligatorisk i all spesialistutdanning, blant annet fordi kunnskap om lokalsamfunn og kommunehelsetjeneste er nødvendig for å styrke samarbeidet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

Vår forslag er at man fortsatt har turnustjeneste, med tolv måneder på sykehus og seks måneder i primærhelsetjenesten. Dette er radikalt forskjellig fra Helsedirektoratets forslag våren 2008 om tre-årig obligatorisk veiledet tjeneste.

Spesialistutdanningen i allmennmedisin

Allmennmedisin ble egen medisinsk spesialitet fra 1985. Midt på 80-tallet ble dagens regelverk for spesialistutdanning utviklet og etablert. Det ble startet veiledningsgrupper i allmennmedisin og erfarne allmennleger tok veilederut-



ILLUSTRASJONSFOTO: OLARIU RADIAN-ALEXANDRU

danning og tok ansvar for å få i gang spesialistutdanningen. Legeforeningen har ansvaret for spesialistutdanningen, og bruker store ressurser på dette. Flere prinsipper for denne utdanningen har vært viktige:

- Allmennmedisin læres i allmennpraksis
- Distriktsvennlig spesialistutdanning med hovedvekt på veiledningsgrupper lokalt
- Hovedregelen er fire år i allmennpraksis og ett års sykehustjeneste
- Kurskrav med fire grunnkurs (130 timer), emnekurs (100 timer) og praksisbesøk (20 poeng). Praktiske ferdigheter er også obligatorisk.
- Valgfrie aktiviteter (150 poeng) som kan bestå av kurs, praksisbesøk, smågruppevirksomhet, besøk på poliklinikk og sykehus, veiledning og forelesninger, forskning og annet faglig og vitenskapelig arbeide.
- Krav om resertifisering hvert femte år.

Arbeidsgruppen har diskutert om det er aktuelt å korte ned utdanningstiden, og har konkludert med at vi bør beholde en utdanningstid på minst fem år. Enkelte andre land har kortere utdanningstid, f.eks. Nederland som har tre års utdanning etter grunnutdanningen. De har gruppeveiledning en dag i uken i de 3 årene spesialistutdanningen varer, og har en god og svært strukturert utdanning. Dette vil være umulig å gjennomføre i Norge med våre geografiske

avstander, og det ville være uheldig av distriktsmedisinske hensyn. Arbeidsgruppen mener at vi må legge vekt på at allmennmedisin er et modningsfag, som i hovedsak skal læres i allmennpraksis, og at erfaringen vi har til nå med den norske modellen er god.

Arbeidsgruppen diskuterte mulige endringer vedrørende sykehustjenesten, og foreslår at det opprettes egne stillinger ved sykehus for allmennleger som skal ha sykehustjeneste, gjerne med kortere perioder ved forskjellige avdelinger som til sammen utgjør ett år med variert tjeneste. Vi mottok forslag om at kravet om sykehustjeneste burde fjernes, men arbeidsgruppen anbefaler at det fortsatt skal være obligatorisk med ett års sykehustjeneste. Evaluering viser at sykehustjenesten vurderes som lærerik og verdifull. Det vil heller ikke bli akseptert at vi fjerner kravet om sideutdanning, som er et krav i alle spesialiteter.

Etterutdanning

Spesialister i allmennmedisin må gjennomføre etterutdanning og oppfylle krav til fornyet godkjenning hvert femte år. Dette kravet vedvarer så lenge man driver praksis, men ved resertifiseringsperiode påbegynt etter fylte 60 år halveres kravene til obligatoriske poeng og valgfrie poeng. Det må utføres minst ett års allmennmedisinsk tjeneste i åpen uselektert praksis gjennomsnittlig i fem-års perioden.

Arbeidsgruppen mener at kravene og regelverket i etterutdanningen bør beholdes. Dette sikrer at allmennlegene oppdaterer seg faglig, og er en viktig kvalitetssikring av allmennmedisin i Norge. Det er bare i allmennmedisin vi har krav om resertifisering. Det har vært diskutert om kravene bør opprettholdes i forhold til de eldste kollegene. Bør man få beholde sin spesialistgodkjenning for livstid etter fylte 60 år? Hva med spesialister i allmennmedisin som velger andre allmennmedisinske arbeidsområder enn allmennpraksis, og ikke får nok åpen og uselektert allmennpraksis til å opprettholde spesialistgodkjenningen? Dette gjelder leger som velger full tids stillinger ved universitetene, og også ved sykehjem og andre typer helseinstitusjoner. Bør reglene endres slik at disse kan beholde sin spesialistgodkjenning? Vi kan se for oss at resertifiseringskravet opprettholdes i forhold til å kunne benytte spesialisttakstene i normaltariffen, men at kolleger som arbeider i full tids akademiske stillinger i allmennmedisin eller annen type helseinstitusjon beholder spesialisttittelen, men uten rett til å benytte spesialisttakstene.

Obligatorisk spesialistutdanning?

Legeforeningen har vedtatt å arbeide for at det skal bli obligatorisk å være spesialist i allmennmedisin for å arbeide selvstendig som allmennlege i Norge. Dette vil innebære en normalisering av spesialiteten i allmennmedisin på linje med de øvrige spesialitetene. I forslaget står det også at det skal oppnevnes en fast veileder for legen under spesialisering i allmennmedisin og at veileder og utdanningskandidat sammen skal utarbeide en utdanningsplan for spesialiseringen.

Hvis dette blir vedtatt må det settes en dato for når de nye reglene trer i kraft, og alle som begynner som allmennleger / fastleger etter denne datoen må samtidig starte sin spesialistutdanning.

Hvilke følger får dette for spesialistutdanningen i allmennmedisin? Det får størst konsekvenser for kapasiteten i spesialistutdanningen i allmennmedisin, da det må bli en kraftig økning i antall veiledere i allmennmedisin, både individuelle veiledere og gruppeveiledere. Vi har et godt system å bygge på når det gjelder gruppeveiledere. Vi ser for oss at Legeforeningen og universitetene må samarbeide tettere enn før når det gjelder spesialistutdanningen og oppfølgingen av veilederkorpsen.

Det må utformes et regelverk for obligatorisk spesialistutdanning i allmennmedisin. Vi foreslår at spesialistgodkjenning må oppnås i løpet av ti år etter start av spesialistutdanningen. Dette forutsetter et system hvor man melder seg på til spesialistutdanning til Legeforeningen, og at man så får oppnevnt veileder.

Man bør få utsettelse av fristene ved svangerskap og sykdom. Det er spesialitetskomiteen som nå behandler søknader om utsettelse av resertifisering på grunnlag av dette, og vi synes det er naturlig at spesialitetskomiteen skal saksbehandle slike søknader i fremtiden.

Veiledning

Vi har ingen formalisert ordning med individuell veiledning i spesialistutdanningen i allmennmedisin. Da spesialiteten ble opprettet, ble det brukt store ressurser på å få i gang den gruppebaserte veiledningsordningen som har vært svært sentral i vår spesialistutdanning. Vi mener at tiden er moden for at man i tillegg til deltagelse i veiledningsgruppe i to år i spesialistutdanningen, bør ha en individuell veileder å forholde seg til i hele utdanningstiden. Unge leger forventer i dag mer veiledning enn tidligere generasjoner av leger, og vi tror individuell veiledning kan være en kvalitetssikring av spesialistutdanningen.

Vi mener at det må etableres et veilederkorps hvor spesialister i allmennmedisin får et kurs i veiledningspedagogikk etter modell av veilederutdanningen vi har fra før i den gruppebaserte veiledningen. Vi må også arbeide for at det blir en naturlig del av å være spesialist i allmennmedisin at man også påtar seg veilederoppgaver for nye kolleger. Legeforeningen må etablere en godkjenningsordning for veiledere i allmennmedisin.

Arbeidsgruppen mener at utdanningskandidatene skal melde seg på til spesialistutdanning i allmennmedisin, ved å melde dette til Legeforeningen. Kandidatene får så oppnevnt en veileder, og skal sammen med veileder utarbeide en plan for spesialistutdanningen.

Utdanningsstillinger i allmennmedisin?

Legeforeningen opprettet en arbeidsgruppe som utredet utdanningsstillinger i allmennmedisin i 2000 under ledelse av Svein Steinert.

Målsettingen var at utdanningsstillinger i allmennmedisin skulle bli en realitet snarest mulig, i første omgang som en prøveordning. Arbeidsgruppen mener 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 foreslå utdanningsstillinger som gjør det mulig for unge kolleger å begynne som allmennlege 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.

Utdanningslegen (ALiS) bør ha én praksisveileder mens hun/han er i utdanningsstillingen. Praksisveileder skal være spesialist i allmennmedisin, ha veilederutdanning og/eller -erfaring, og forplikter seg til å følge et program for videreutvikling av veiledere. Utdanningslegen bør ha jevnlig tilbud om strukturert direkte veiledning under konsultasjonen. I tillegg bør hun/han ha jevnlig veiledning ansikt til ansikt med praksisveileder, der forskjellige sider ved allmennmedisinsk virksomhet gjennomgås etter en nærmere bestemt plan. Praksisveileder bør vanligvis være tilgjengelig for klinisk veiledning når behovet oppstår i det daglige arbeidet. Dessuten bør utdanningslegen ha avsatt tid til faglig fordypning.

Utdanningslegen arbeider på fast lønn i kommunal stilling eller som selvstendig næringsdrivende. Avlønningen (og syke/pensjonsrettigheter) bør være minst like god som det som tilbys assistentleger på sykehus (inkludert de tilleggene som assistentlegene får). Kommunen bør stille bolig og barnehageplass til disposisjon på linje med hva som tilbys på sykehus.

Steinert-utvalget foreslo at det i første omgang burde startes en prøveordning med f.eks. 200 utdanningsstillinger. Arbeidsgruppen vil foreslå at dette tallet kan brukes som et foreløpig måltall. Man kan tenke seg at ordningen med utdanningsstillinger i første omgang starter som et prosjekt i de deler av landet hvor rekrutteringssvikten er størst, som i Nord-Norge og på Vestlandet. Det kan godt hende at rekrutteringsbehovet også er så stort at man bør opprette utdanningsstillinger i byene også etter hvert for å oppnå målene om minst 400–500 nye allmennleger per år om fem til ti år.

Evt. spørsmål og kommentarer kan rettes til: hans.hovik@dalen.no

- **Børn – vores fælles fremtid**
- **Voksne med komplekse sygdomme – vores dårlige samvittighed**
- **Ældre medborgere – vores fælles historie.**

Kom til Nordisk Kongres for Almenmedicinere i København – maj 2009

Tilmeldingerne til Nordisk Kongres for Almenmedicinere er i fuld gang. Planlægningen af kongressen har stået på i et par år, og det tegner rigtig godt. Titlen for det videnskabelige program er «The future role of general practice – managing multiple agendas».

De videnskabelige emner er bl.a. forebyggelse, behandling af kronisk syge, komplekse helbredsproblemer, praksis som en integreret del af sundhedsvæsenet og emnet børn. Se programmet og flere detaljer på www.gp2009cph.com.

Lige fra begyndelsen har Den Videnskabelige Komite sat sig det mål, at I som deltagere skal tilbydes et fagligt bredt program af høj kvalitet og originalitet. Allerede nu står det klart, at vi på kongressen vil være i stand til at præsentere en bred vifte af videnskabelige bidrag inden for alle kongressens fem temaer.

Over 25 symposier, talrige workshops, posters og free standing papers vil give jer aktuel opdatering på nordisk almen medicinsk forskning, uddannelse og kvalitetsudvikling. Fire spændende key-note speakers er inviteret til at kickstarte dagene: Martin Marshall, England - Barbara Starfield, USA – Linn Getz, Norge/Island – Mikkel Vass, Danmark.

Med børn som vores fælles fremtid, voksne med komplekse sygdomme som vores dårlige samvittighed, og ældre medborgere som vores fælles historie sender vi en særlig opfordring til jer, der arbejder inden for disse tre områder.

Tilmeld jer nu! Brug hjemmesiden www.gp2009cph.com. Det er vigtigt at holde fast i det nordiske samarbejde. Aktiver jeres nordiske netværk, og benyt kongressen som et forum for vidensdeling, nordisk inspiration og som et springbræt til nye fælles nordiske projekter og netværksdannelser!

Vel mødt i København i maj!

Henrik Sângren, Medlem af den Videnskabelige Komité, og Kirsten Talbro Lاراignou, kongresleder