



Kommunaldirektørens sak

Kommunaldirektørens sak nr.: 67/2016

Vår ref. (saksnr.): 201604236-9

Vedtaksdato: 18.11.2016

Arkivkode: 200

OSLO KOMMUNES HØRINGSSVAR - KRAV OM AT LEGER I DEN KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN ER SPESIALISTER I ALLMENNMEDISIN ELLER UNDER SPESIALISERING

Sammendrag:

Oslo kommune er enig i at det er ønskelig at leger i primærhelsetjenesten i størst mulig grad er spesialister eller i spesialisering. Vi støtter forslaget om at spesialister i allmennmedisin som ikke re-certifiserer seg beholder specialisttittelen, men mister spesialistrefusjon.

Forslaget er bygget på gode intensjoner, men vi mener det er for lite gjennomarbeidet og vil være vanskelig å etterleve spesielt i store kommuner med behov for variert medisinsk faglig kompetanse. Forslagene kan medføre betydelige hindringer for en god utvikling av kommunenes tjenester. Dette gjelder for leger i kommunale stillinger utenom fastlegepraksis. Forslaget slik det fremstår vil kunne få store konsekvenser som kan gi motsatt effekt av det man ønsker, i tillegg til at rekrutteringsutfordringene blir enda større enn i dag.

Det ville bli nødvendig å opprette og administrere et høyt antall fastlegestillinger med fastlønn for å sikre utdanningskapasitet. Dette vil medføre høye kostnader og en betydelig overkapasitet. De kommunale legestillingene utenfor fastlegepraksis kan bli midlertidige utdanningsstillinger for leger med kort erfaring, som deretter går over i allmennpraksis. Dette er verken kommunene eller innbyggerne tjent med.

Viktige avklaringer savnes når det gjelder vilkår og praktisk implementering av kravet. Dette vanskeliggjøres ytterligere ved at legers spesialisering er midt i en stor endringsprosess og at kravet påvirker reglene for EU-leger og refusjonsrett.

Oslo kommune ber derfor Helse og omsorgsdepartementet vurdere om kravene til spesialiteten i allmennmedisin kan utformes slik at det støtter opp rundt en faglig styrking av kommunale legetjenester som KAD, legevakt og sykehjem, ikke bare av legearbeid i fastlegepraksis. Dette kan for eksempel løses ved å opprette egne spesialiteter i sykehjemsmedisin og akuttmedisin, eller gjennom en tredeling av spesialiteten allmennmedisin, hvor læringsmål og kurs i del 1 er like for alle leger, og hvor to års tjeneste kan utføres enten som fastlege, ved sykehjem, KAD eller legevakt, og at legen i del 3 velger å "spesialisere" seg enten som legevakt-/KAD-, sykehjems- eller fastlege-spesialist. Deretter foreslås to års tjeneste ved «sin» spesialitet. I denne modellen kan retten til å ta spesialisttakster som fastlege knyttes kun til det å være «fastlege-spesialist», mens «sykehjems-spesialisten» ikke kan ta disse takstene.

Forskriftskravet om at alle leger i den kommunale helse- og omsorgstjenester skal være spesialister i allmenntmedisin støttes når det gjelder leger som er fastleger som hovedstilling. Leger i andre kommunale kliniske stillinger, for Oslos vedkommende nesten 30% av alle kliniske stillinger, vil virke mot sin hensikt med dagens spesialistregler og gi faglig svakere tjenester med store rekrutterings og kompetanseutfordringer. Kravet til spesialitet i allmenntmedisin vil være av stor betydning for forskriften og må være helt annerledes og mer differensiert før det bør gjøres gjeldende. Et krav om spesialisering i hele kommunehelsetjenesten må ivareta hele kommunehelsetjenestens behov. Det gjør ikke det foreliggende forslaget.

Saksfremstilling:

Helse og omsorgsdepartementet har sendt på høring et notat med forslag om å forskriftsfeste at alle leger som tilknyttes kommunen etter 01.01.2017 skal være spesialister i allmenntmedisin, eller under spesialisering. Kravet omfatter alle leger som arbeider kurativt i kommunale helse- og omsorgstjenester. Det foreslås en overgangsordning for leger som har en kommunal stilling eller en fastlegehjemmel per 31.12.2016. Byrådsavdeling for eldre, helse og sosiale tjenester avgir administrativt høringsvar for Oslo kommune.

Begrunnelsen for kravet formuleres slik: «Stadig mer komplekse helse- og omsorgstjenester skal ytes i kommunene. Pasienter og brukere har sammensatte behov. Et krav om spesialisering vil bidra til ytterligere faglig medisinsk- bredde- og dybdekompetanse som det er behov for i kommunen.»

Oslo kommune har 523 fastleger med privat driftsavtale med kommunen. 62 % av fastlegene er ferdige spesialister. Et fåtall fastleger er fast ansatt i bydelene. Ca. 200 fastleger vil dermed trenge spesialisering i allmenntmedisin.

Oslo kommune har i tillegg omtrent 200 fast ansatte leger som utfører kurativt legearbeid ved sykehjem, helsehus, KAD, migrasjonshelsetjeneste og allmenntlegevakt. Ca. 20 av 200 er spesialister i allmenntmedisin, mens flere har andre, relevante spesialiteter. Eksempelvis er 22 % av 78 fast ansatte leger på sykehjem godkjente spesialister hvorav fem i allmenntmedisin, seks i indremedisin, i geriatri, én i nevrologi, to i kirurgi, én i ortopedi, og én er spesialist i fysikalsk medisin.

Spesialistregler for leger er for tiden under revisjon, og forslag til endrede regler for spesialisering i allmenntmedisin har foreløpig ikke kommet på høring. Signalene vi har mottatt så langt tilsier likevel at det ikke er planlagt omfattende endringer. Dette høringssvaret baserer seg derfor på at kravene for å bli spesialist i allmenntmedisin også etter 1.1.2017 i hovedsak vil være like dagens krav, samtidig som vi vil peke på og foreslå endringer for å møte dagens behov for kvalifisert medisinsk kompetanse i kommunale helse og omsorgstjenester. Per i dag er tjenestekravene for å bli spesialist i allmenntmedisin at legen må ha fire års tjeneste fra allmenntmedisinsk arbeid. Minst to år må være i uselektert allmenntpraksis, inntil to år som lege ved sykehjem eller kommunal akutt døgnenhet kan godkjennes som tellende, fra juli 2016. Ett års tjeneste må i tillegg avtjenes i relevant avdeling eller poliklinikk i spesialisthelsetjenesten.

De viktigste konsekvensene ved krav om at alle leger i kommunale helse og omsorgstjenester skal være spesialister eller under spesialisering i allmenntmedisin er:

1) Fastleger

Kravet om at alle leger som arbeider som fastleger skal være i spesialisering er fra kommunens side gjennomførbar. Kravet om 1 års tjeneste i institusjonshelsetjeneste som i dag er sykehusavdeling eller annen godkjent helseinstitusjon er i dag en flaskehals og bidrar til at spesialiseringen i allmennmedisin er utfordrende for mange leger. Her vil det være nødvendig med en mye sterkere forpliktelse til at spesialisthelsetjenesten oppretter utdanningsstillinger basert på det faktiske behovet for å sikre raskere og mer effektive spesialiseringssløp.

2) Andre allmennmedisinske stillinger

Risikoen er høy for at noen kommunale tjenester vil få leger med lavere kompetanse enn i dag. Leger får maksimalt to års tellende tjeneste utenfor allmennpraksis. Unge leger som begynner i kommunale stillinger vil måtte søke seg over i allmennpraksis eller sykehus på et tidspunkt i karrieren når det er viktig for kommunen å beholde dem. Disse unge legene utgjør hovedtyngden av staben flere steder i kommunen. Effekten kan bli et betydelig tap av kompetent medisinsk faglig kompetanse med enda større turnover enn i dag. Nesten 30 % av alle leger i allmennmedisinsk arbeid i Oslos virksomheter arbeider i hovedstilling med andre allmennmedisinske oppgaver enn uselektert fastlegepraksis. Av disse vil ca. 180 av 200 leger trenge spesialisering. Med fastleger som selvstendige næringsdrivende vil det i praksis bety at det ikke er mulig å lage et løp som sikrer alle kommunens leger spesialisering.

3) Rekruttering

Vi frykter at rekruttering til andre allmennmedisinske stillinger vil bli enda vanskeligere enn i dag med større turnover. Allerede i dag har tjenestene opptil 50 % turnover årlig blant leger. Det er vår erfaring at leger som går over i allmennpraksis og sykehus svært sjelden kommer tilbake til kommunale stillinger. Økt turnover vil være alvorlig for virksomheten både økonomisk i form av økte utgifter til opplæring og, mer alvorlig, for muligheten til å tilby kvalitativt gode tjenester. Rekruttering til fastlegehjemler i Oslo er god. Et nytt krav forventes ikke å påvirke dette.

4) Kommunens forpliktelser for utdanning

Oslo kommune vil få en betydelig oppgave med å tilrettelegge for utdanningsløp. Løpene må gjennomføres på tvers av stillinger og virksomheter/bydeler i kommunen, i fastlegepraksis og i sykehus. Det vil bli krevende å administrere. Kanskje må man også vurdere nye organisatoriske løsninger på tvers av virksomheter. Det er vanskelig å se at dette i det hele tatt er mulig med de rammebetingelser som gjelder for fastlegeordningen med fastleger som selvstendig næringsdrivende.

5) Økonomiske konsekvenser dersom kommunen forpliktes

Vi har ikke beregnet de økonomiske konsekvensene, men ser følgende elementer:

- a. Opprettelse av tilstrekkelig antall utdanningsstillinger til at 180 leger i faste stillinger kan arbeide i uselektert allmennpraksis vil være den største barrieren både strukturelt og praktisk. Oslo kommune har tilstrekkelig god dekning av fastleger med ca. 30.000 ledige listeplasser. 180 ekstra stillinger er det ikke behov for og det vil være en ren utgiftspost i tillegg til at slike lister vil være preget av gjennomtrekk hos legene.
- b. Koordineringsfunksjon – opprettelse av og vedlikehold av utdanningsløp.

Dersom turnover øker fordi leger slutter etter 2 år i kommunal stilling vil opplæringskostnader øke og kompetanse gå tapt.

- c. Dersom man lykkes med å beholde/rekruttere flere spesialister vil lønnsutgiftene over tid øke i samsvar med kompetansehevingen. Det argumenteres i forslaget for at legene vil tjene inn utdanningen gjennom økte takster i normaltariiffen. Det gjelder ikke leger i andre stillinger enn fastlege og legevakt.

6) Kommunens forpliktelser som arbeidsgiver

Dette er ikke beskrevet i tilstrekkelig grad, men vil ha svært stor betydning for kommunen både økonomisk og logistisk. Vil det være tilstrekkelig å gi permisjon uten lønn hvis vedkommende finner seg et vikariat i allmennpraksis, eller er det forventet at kommunene må opprette et visst antall nye fastlegestillinger, som kommunale ALIS stillinger for å sørge for at legene som er under spesialisering i allmennmedisin hele tiden har tjeneste som vil være tellende i spesialisering i alle de fire årene som må avtjenes i kommunehelsetjenesten?

Dette vil i alle fall klart få en stor økonomisk konsekvens for kommunen. I tillegg vil det gi lav kontinuitet for pasienter som står på slike lister, og fare for utilstrekkelig læring grunnet få pasienter på listene.

7. Forholdet til veiledet tjeneste og godkjenning som allmennlege med trygderefusjon er ikke tilstrekkelig avklart.

Dette gjelder både norske legers mulighet til å arbeide i EØS-land og leger fra EØS land som ønsker å arbeide i Norge. Leger i hele EØS får nå allmennlegebevis som gjør det mulig å forflytte seg mellom landene. Blir denne godkjenningen avvirket i Norge, og hvordan skal leger som ønsker å arbeide i utlandet da dokumentere sine rettigheter? Vil leger med godkjenning fra andre land få mulighet til å arbeide i Norge uten å være i spesialistutdanning, altså med lavere krav enn leger som har fått sin opplæring i Norge?

8. Forslag om å endre «Forskrift om veiledet teneste» til også å inkludere KAD og andre kliniske stillinger i primærhelsetjenesten.

I dag kan veiledet tjeneste gjennomføres ved fastlegekontor, legevakt, som lege i forsvaret eller i spesialisering i sykehus, men ikke i KAD eller andre kliniske stillinger i primærhelsetjenesten. I mange slike stillinger kan veiledning la seg gjennomføre av spesialister/EU-leger på lik linje som i spesialisthelsetjenesten, legevakt eller i forsvaret. KAD i Oslo er organisert med flere leger i fulltidsstillinger der mange er i spesialisering. Legene arbeider i tillegg på legevakt, men det utgjør mindre enn 60 % av arbeidstiden. Utover dette oppfyller tjenesten kravene til veiledning i allmennmedisin, med blant annet spesialister i allmennmedisin og EU-leger som veiledere. Flere leger har vært under strukturert veiledning mot EU-lege, men vil ikke få denne godkjent slik forskriften foreligger i dag. Det er derfor ønskelig at forskriften endres slik at spesialistløpene ikke blir forsinket.

9. I videre arbeid med ny spesialistutdanning er det svært viktig at regler som erstatter Forskrift om veiledet tjeneste også tar hensyn til dette. KAD er i mange kommuner samlokalisert med legevakt og arbeid begge steder gir gode synergieffekter. EVASAM-rapporten viste at større KAD-avdelinger samlokalisert med legevakt har gitt størst reduksjon i innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Denne organiseringen bør regelverket understøtte.

Kommunens vurdering av forslaget

1. Kommunen trenger flere typer kompetanse enn fastlegekompetanse

Høringen definerer kompetansebehovet med utgangspunkt i forvaltningsnivå i stedet for i pasientenes behov i den enkelte tjeneste. Dette er en uheldig måte å utvikle tjenester på. Som en kuriositet kan vi nevne overgrepsmottakene, som er helseforetakenes sørge for-ansvar, men som drives av kommuner noen steder og helseforetak andre steder. Kompetansekravene bør avhenge av pasientenes behov, og ikke av hvem som organiserer tjenesten.

Allmenntmedisinen ligger som en basis i de fleste kommunale tjenester, men det er mange forskjellige oppgaver med betydelig variasjon i kompetansebehov som akuttmedisin, seksualovergrep, migrasjonshelse, geriatri og rusmedisin. Noen tjenester utføres i team, der legene gjerne kan ha litt forskjellig bakgrunn. Slik kan man supplere kompetansen med spesialister innen f.eks. geriatri, psykiatri, rus/avhengighets-medisin, gynekologi, rettsmedisin, pediatri, indremedisin og så videre. Blandet kompetanse kan heve tjenesten som helhet betydelig. Dette har kommunen god erfaring med bl.a. fra legevakten. Man kan eventuelt vurdere om spesialister fra andre relevante fagområder skal avkreves en mindre omfattende opplæring i allmenntmedisinsk arbeidsmetode enn det fulle spesialiseringsløpet. Samhandlingsreformens økte forventninger til kommunen underbygger en slik tankegang.

2. Innholdet i spesialiteten i allmenntmedisin er i for stor grad en fastlegespesialitet

Spesialiteten dekker i for liten grad kompetansebehovet i primærhelsetjenesten totalt sett. Spesialiseringreglene er under revisjon. Vi har sett foreløpige utkast som tilsier at spesialiteten også i fremtiden kan bli for ensidig basert på fastlegepraksis.

- a. Spesialiteten bør åpnes opp i større grad ved å synliggjøre kompetansebehov fra andre deler av kommunehelsetjenesten og åpne for tellende tjeneste i slike stillinger i større grad. Det bør vurderes om spesialistutdanningen bør omdefineres til en spesialitet i primærmedisin med en felles basisutdanning og deretter flere alternative løp. Basisutdanningen kunne være et krav til spesialister med annen relevant bakgrunn som skal arbeide i allmennthelsetjenesten.
- b. Kravet som foreslås understøtter en gammel modell med delte stillinger fastlege/kommunal bistilling og vanskeliggjør andre løsninger. En slik løsning kan ikke dekke alle behovene i Oslo kommune eller andre store kommuner. Store kommuner med komplekse helse- og omsorgstjenester vil med dette kravet risikere å yte dårligere i stedet for bedre legetjenester.

3. Rammene for spesialistutdanningen og kravet til å være i spesialisering er ikke klare

Hva vil det si å være i utdanning? Må man registrere seg, kreves det en viss progresjon? Vil man ha en begrenset tidsperiode til rådighet, og hva skjer hvis denne grensen ikke overholdes? Erfaringsmessig er det vanskelig å få gjennomført sykehusåret. Vil slik forsinkelse kunne medføre et (midlertidig) yrkesforbud som er utenfor kommunens kontroll? Hvilke arbeidsrettslige konsekvenser har eventuelt det? Hvilke krav vil det nye innholdet i spesialiseringen innebære når det gjelder behov for rotasjon mellom forskjellige stillinger i henholdsvis kommune- og spesialisthelsetjenesten? Slike beslutninger er ikke tatt og vil slå tungt inn i kommunens arbeid og organisering av

tjenestene. Konsekvensene av et krav om spesialistutdanning kan ikke vurderes endelig før endringene i legers spesialistutdanning er avklart.

Vedtakskompetanse:

Bystyret har delegert til byrådet å avgi høringsuttalelser på kommunens vegne, jf. sak 218 av 30.05.2001. Byrådet har delegert til byråden å avgi høringsuttalelse dersom saken ikke er av prinsipiell betydning, jf. sak 1360 av 03.07.2001. Byråden har delegert til kommunaldirektøren å avgi høringsuttalelse på samme vilkår, jf. byrådets sak 4/2008. kommunaldirektøren avgir Oslo kommunes høringsuttalelse

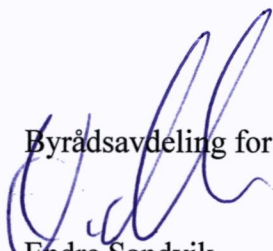
Vedtak:

Oslo kommune støtter forslaget om at spesialister i allmenntidrett som ikke re-sertifiserer seg beholder spesialisttittelen, men mister spesialistrefusjon.

Kommunen støtter forslaget om at leger med hovedstilling som fastleger, skal være spesialister i allmenntidrett eller under spesialisering.

Leger i andre kommunale allmenntidrettsstillinger som sykehjemsleger, legevakt og KAD bør ikke omfattes av kravet med dagens spesialistregler. Dette vil svekke tjenester med behov for høy kompetanse, god rekruttering og stabilitet. Det advarer vi sterkt mot.

Byrådsavdeling for eldre, helse og sosiale tjenester



Endre Sandvik
kommunaldirektør