



MØTEBOK

Høyring - krav om at legar i den kommunale helse- og omsorgstenesta er spesialistar i allmenntmedisin eller under spesialisering

Utval sak	Utval	Møtedato
51/16	Utval for Oppvekst og omsorg	25.10.2016
61/16	Kommunestyret	16.11.2016

Bakgrunn:

Helse- og omsorgsdepartementet har sendt på høyring ny forskrift og endringar i eksisterande forskrift, med framlegg om at alle legar som arbeider i den kommunale helse- og omsorgstenesta skal vera spesialistar i allmenntmedisin eller under slik spesialisering. Målet er å auka kvaliteten i helse- og omsorgstenesta ved å heva kompetansen hjå allmenntlegane.

Dokumenta i saka er å finna via www.regjeringen.no/id2509718. Høyringsfristen er 23.11.2016.

Spesialistutdanning i allmenntmedisin har vore sidan byrjinga på 80-talet. Det vert hevda at no er om lag 80% av dei 4500 fastlegane spesialistar eller inne i slik spesialisering.

I gjennomsnitt brukar ein lege over 8 år på å gjennomføra spesialiseringa. Det er 4 hovudkategoriar av utdanningsaktivitet:

- 4 års arbeid på heiltid i allmenntpraksis
- Eitt år institusjonsteneste –«sjukehusåret»
- 2-årig utdanningsprogram i rettleiingsgruppe med andre legar i spesialisering, leia av spesialist som har godkjend rettleiarutdanning
- Ei samling andre utdanningsaktivitetar som dels er obligatoriske og dels valfrie

Det er den einaste legespesialiteten som har krav til etterutdanning og resertifisering. Spesialisten må dokumentera ei etterutdanning kvart 5. år i form av praksis og utdanningsaktivitet som utgjer kring 300 timar, dels obligatorisk, dels valfrie område/emne. Ein del av dette (3 månader) kan vera sjukehussteneste.

Utdanninga er, som for andre legespesialitetar, praksisnær ved at utdanninga går føre seg i ordinære legestillingar. Legar i spesialisering er ein viktig ressurs for å dekkja folk sin trong for legetenester.

I høyringsnotatet er det ikkje tilrådd endringar i innhaldet i utdanninga. Dette vil koma i eit eige framlegg seinare og koma på eiga høyring.

Det er alt no i forskrift sett liknande krav til kompetanse hjå legar som skal ta del i legevakt. Desse krava er gjeldande fullt ut frå 1.mai 2018. Kommunane må syta for bakvakt for dei som ikkje fyller krava og desse bakvaktene må fylla kompetansekrava.

Auken i talet på spesialistar i allmenntmedisin har flata ut og p.g.a. auke i nye fastlegar dei siste åra, har prosentdelen falle.

Framlegget til ny forskrift har og bakgrunn i EU sitt yrkeskvalifikasjonsdirektiv der det vert stilla minstekrav til utdanninga av allmennlegar som skal arbeida med oppgåver som skal refunderast av nasjonale trygdeordningar. Allmennlegebevis er dokumentasjon som sikrar tilgang til deltaking i yrkeslivet på lik line med legar med tilsvarande bevis frå landet der vedkomande søker arbeid. Eit krav om spesialisering i allmenntilleggsmedisin gjer at Norge set høgare krav enn det direktivet set som minstekrav.

Departementet hevdar at det er grunn til å tru at legar berre gjennom grunnutdanninga, ikkje får den kompetansen som er naudsynt for å sikra tilstrekkeleg kvalitet i dei mange deltenestene som kommunale legar er forventa og pliktige til å ta del i. Spesialistar i allmenntilleggsmedisin vil kontinuerleg etterutdanna seg som del av resertifiseringa. Dette vil og gjelda for legar med allmennlegebevis frå andre land.

Nytt krav til kompetanse må vegast opp mot i kva grad kommunane kan sikra tilstrekkeleg bemanning i tenesta. Det vert difor tilrådd unntak frå kravet for legar i vikariat på inntil 2 mnd. og for legar som tek del i legevakt utanom anna ordinært arbeid. I tillegg er det tilrådd ei overgangsordning for legar som alt har ei stilling eller fastlegeavtale eller som er i ferd med å fullføra rettleia teneste etter tidlegare ordning.

Det vert i tillegg arbeidd med endringar i spesialistutdanninga for legar generelt (sjukehuslegar og spesialisthelsetenesta) og desse arbeida må vurderast inn i ein samanheng, m.a. med tanke på kapasitet i utdanningsverksemd og tilgang på utdanningsstillingar.

Det er ikkje oppretta eigne utdanningsstillingar for allmennlegar i spesialisering. I dette tilfellet vert det ei særskilt utfordring knytt til sjukehusåret.

Vurdering:

Rådmannen meiner det er positivt at det blir lagt opp til kvalitetsheving i dei kommunale helsetenestene, men meiner framlegget om krav til spesialisering som allmennlege vil vera ressurskrevjande. Rådmannen saknar ei kost-nytteverdering av framlegget, og ei utgreiing av kva andre tiltak som kan auka kvaliteten i legetenesta. Det er til dømes tidlegare kome framlegg om opparbeiding av helseteam av ulike profesjonar, noko som kan gje tilsvarande kvalitetsheving utan tilsvarande utfordringar.

Rådmannen vil difor på noverande tidspunkt ikkje tilrå at Fitjar kommune støttar framlegget.

Kravet vil gje kommunane store rekrutteringsutfordringar, særskilt for faste legeheimlar, men òg for legevikarar.

Det er positivt at departementet vil byggja på den eksisterande fastlegeordninga, som har fungert godt og vore eit føredøme som fleire andre land har vist interesse for. Dersom ein vel å innføra kravet, må det leggjast opp på ein måte som er tilpassa kommunane og legane sine utfordringar, og kostnadane som er knytt til endringa må vera fullfinansiert. Ein må særskilt leggja vekt på følgjande punkt:

Det vil vera viktig at framlegget legg til rette for at kommunane kan gå inn i eit forpliktande tilbod om tilrettelegging for vidare- og etterutdanning som rekruttering til allmenntilleggsmedisinsk arbeid. Opplegget må vera konkurransedyktig med ordningane for «sjukehusspesialistar» og vera forpliktande med bindingstider eller tidsavgrensing for alle partar. Slik ordninga er no, er det krevjande for legane, både økonomisk og praktisk å gå inn i ein vidareutdanningsplan. Dette gjeld særleg legar som nyleg har etablert seg i allmenntilleggsmedisinsk praksis. Regelverket må difor endrast betydeleg.

Fastlegeordninga har privat næringsdrift som hovudprinsipp for organisering med opning for fastløna tilsetjing av fastlegar som unntak. Finansieringa er for ein stor del avhengig av pasientretta verksemd. Utgiftene er stort sett dei same om legen er til stades for slik verksemd, eller er borte av ulike grunnar. Vidare- og etterutdanning vil vera kostnadskrevjande for legen og kommunen og dette må kompensast fullt ut.

Det vil vera trong for vikarar for å halda oppe den pasientretta verksemda. Det må såleis ikkje setjast for stramme grenser for kor lenge ein lege kan vera vikar med rett til refusjon frå trygdeordninga. Departementet tilrår unntak for kortare vikariat på inntil 2 månader. Dette verkar svært kort. I samband med sjukehusåret i spesialiseringa er det trong for vikar for legen i eitt år, noko som samla gjer det naudsynt med fleire legar i fastlegeordninga i Norge.

Tilgang på vikarar er avgrensa, og med framlegget vil dette forsterkast. Vikarane kan setja krav i ein slik konkurransesituasjon og ofte må dei skaffast gjennom byrå. Dette er kostnadsdrivande og må kompensrast ved innføring av krava. Kommunar med legemangel vil ha betre kvalitet i tenesta om ein lege står i eit lengre vikariat enn om ein har fleire legar i korte vikariat. Det er eit paradoks at ordninga legg opp til mange, korte vikariat i staden for lengre vikariat, og endringa kan difor føra til ei mindre føreseieleg teneste for pasientane.

Kommunar med legemangel må ofte nytta vikarlegar, og ein kan difor få ei todeling av tenestene mellom kommunar med faste legar med spesialisering og kommunar som over lengre tid må nytta legar utan spesialisering i skiftande vikariat.

Mellom anna for å auka tilgangen på vikarlegar, bør legar i anna spesialisering kunna få godkjent arbeid i allmennpraksis som kompetansegrunnlag med praksis i eitt år. Desse har i utgangspunktet ikkje allmennlegebevis og må koma inn under unntaksavgjerdene. Rådmannen rår difor til at unntaket gjeld vikariat på inntil 1 år.

Rådmannen ser ikkje grunngeving for at korttidsvikarar treng ei form for «karantene», men må kunna skifta over til ei anna personliste utan opphald. Det er fyrst og fremst stadige skifte av vikarar som gjer at tilbodet vert opplevd som kvalitativt dårleg av dei som soknar til den aktuelle lista.

Det må definerast tydeleg kva det vil sei å vera «under spesialisering». I småkommunar og perifere strom kan det vera vanskeleg å ta del i utdanningsprogram leia av spesialist som har godkjend rettleiarutdanning. Departementet opnar for permanente unntak bygd på geografi. I slike tilfelle bør heller Fylkesmannen kunna godkjenna ei lokal ordning som stettar denne delen av programmet.

Dei spesialitetane som har mest tverrfagleg samarbeid med helse og omsorgspersonell i kommunane, i behandling og oppfølging kring pasienten, bør i alle fall ha dette som kompetansegivande.

Framlegg til vedtak/tilråding:

Fitjar kommune visar til rådmannen sin vurdering og går imot å innføra krav om spesialisering i allmennmedisin for legar i den kommunale helse- og omsorgstenesta.

Dersom ein vel å innføra kravet, vil Fitjar kommune peika på følgjande føresetnader:

- Det må leggjast til rette for at kommunane kan tilby forpliktande utdanningslaup som kan forventast å auka rekrutteringa til allmennmedisin.
- Unntaksavgjerdene må gjelda vikariat på inntil 1 år.
- Kommunane og legane må kompensrast for kostnadane som er knytt til kravet.
- Det må leggjast til rette for betre tilgang på vikarar og ordningar som gjer at vikariat i kommunane vert kompetansegivande for ulike legespesialitetar.

Behandling i Utval for Oppvekst og omsorg - 25.10.2016:

Saka vart sendt på iPad til utvalsmedlemene før møtet.

Ass. rådmann Andreas Moe Larsen orienterte om saka. Han peika på at allereie tilsette ikkje vil verta berørt. Evt ny ordning vil gjelda frå 01.01.17.

Utval for oppvekst og omsorg rår kommunestyret til å gjera følgjande vedtak:

Tilråding til kommunestyret: (Samrøystes)

Fitjar kommune visar til rådmannen sin vurdering og går imot å innføra krav om spesialisering i allmenntmedisin for legar i den kommunale helse- og omsorgstenesta.

Dersom ein vel å innføra kravet, vil Fitjar kommune peika på følgjande føresetnader:

- Det må leggjast til rette for at kommunane kan tilby forpliktande utdanningslaup som kan forventast å auka rekrutteringa til allmenntmedisin.
- Unntaksavgjerdene må gjelda vikariat på inntil 1 år.
- Kommunane og legane må kompenseras for kostnadane som er knytt til kravet.
- Det må leggjast til rette for betre tilgang på vikarar og ordningar som gjer at vikariat i kommunane vert kompetansegivande for ulike legespesialitetar.

Behandling i Kommunestyret - 16.11.2016:**Vedtak: (Samrøystes)**

Som framlegg.

Atle Tornes
Rådmann

Saksframlegget er godkjent elektronisk og har derfor inga underskrift.