



Oslo kommune
Byrådsavdeling for eldre, helse og arbeid

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Dato: 20.06.2018

Deres ref:
18/1339

Vår ref (saksnr):
201802602-19

Saksbeh:
Johan Torper, 23461588

Arkivkode:
200

**OSLO KOMMUNES HØRINGSSVAR - REGULERING AV SPESIALISTUTDANNING I
ALLMENNMEDISIN, SAMFUNNSMEDISIN OG ARBEIDSMEDISIN I
SPESIALISTFORSKRIFTEN**

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har sendt saken til høring. Høringsnotatet gjelder organiseringen og reguleringen av spesialistutdanningens tredje del for spesialistutdanning i allmennmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin (ASA). For kommunen er det først og fremst allmennmedisin og samfunnsmedisin som er relevante.

Jeg vil avgi høringsuttalelse for Oslo kommune.

Sammendrag

For Oslo kommune er det spesialitetene innen allmennmedisin og samfunnsmedisin som er relevante. Kommunen vil derfor begrense seg til å kommentere disse.

Reguleringen omfatter alle leger i klinisk arbeid for kommunen, herunder 523 fastleger og ca. 200 ansatte leger. De ansatte utenom fastlegeordningen arbeider primært på legevakt, sykehjem, i Velferdsetaten eller på KAD. Oslo kommune har i tillegg totalt ansatt ca. 25 leger i samfunnsmedisinske stillinger.

Det er allerede fra 1.3.2017 forskriftsfestet at alle leger med allmennmedisinske oppgaver må være spesialister i allmennmedisin eller under spesialisering.

Kommunen har et sørge-for ansvar for utdanningen. Å oppfylle kravene vil være krevende, spesielt for leger som ikke arbeider som fastleger, da et av kravene sier at til sammen tre år av spesialistutdanningen må skje utenfor kommunale institusjoner, hhv. to år i fastlegepraksis og et år på sykehus. Dette utfordrer kontinuitet, kompetanse og rekruttering til disse stillingene. For alle andre spesialiteter legges det vekt på oppnåelse av læringsmål, ikke tjenestetid på ulike tjenestesteder. Dette prinsippet bør gjelde også for ASA spesialitetene.

Kun en brøkdel av de reelle kostnadene er finansiert. Oslo kommune er positivt innstilt til et økt kommunalt ansvar for spesialiseringene i ASA-spesialitetene, men mener denne oppgaven vil kreve betydelig mer ressurser, både økonomisk og administrativt, enn det departementet så langt har beskrevet. Hvis denne oppgaven skal resultere i høyere kvalitet på legetjenesten i primærhelsetjenesten, er det viktig at den ikke underfinansieres grovt fra oppstart, men understøttes fra statlig hold slik at kvaliteten på pasientarbeidet økes, ikke reduseres. En underfinansiering av og undervurdering av hva kravene krever av kommunene vil lett kunne føre til at tiltaket svekker kommunehelsetjenesten, fører til legeflukt fra kommunene og allmennhelsetjenesten i stedet for å styrke tjenesten. Helseministeren må begynne å lytte til kommunenes samstemte bekymringer i stedet for å etablere en ordning som svekker primærhelsetjenesten og allmennlegetjenesten. Gode og robuste primærhelsetjenester er forutsetningen for effektive og gode helse- og omsorgstjenester på alle nivåer.

Forslagene til forskriftsendringer

§ 2. Spesialistutdanningen for leger

Det foreslås i høringsnotatet at minst to år av spesialistutdanningen i allmennmedisin skal gjennomføres i åpen, uselektert allmennpraksis. Her forskriftsfestes både tid og sted for tjenesten. Dette står i sterk kontrast til de andre legespesialitetene hvor krav til sted og tid er fjernet og erstattet med læringsmål. Arbeid i fastlegepraksis er nødvendig for å gjennomføre flere av læringsmålene, men vi anbefaler at oppnåelsen av læringsmålene skal være styrende og ikke antall år den enkelte arbeider i åpen uselektert praksis. I Oslo og andre større kommuner er det store kompetansemiljøer i allmennmedisin utenfor fastlegepraksisene, som for eksempel på sykehjem, legevakt, KAD og helsehus. Ved gjennomgang av læringsmålene som er knyttet opp mot åpen uselektert praksis, ser vi at mange kan oppnås på disse stedene. Fokus på oppnåelse av læringsmål fremfor tjenestetid vil kunne forenkle gjennomføringen av spesialiseringene og spisse den allmennmedisinske kompetansen det er behov for i kommunen.

Et krav om minst to års tjeneste i allmennpraksis setter rekruttering, kontinuitet og kvalitet for legetjenester utenom allmennpraksis i fare. Det berører ca. 30 % av alle leger i allmennmedisinske stillinger i Oslo (200 av ca. 720). Hvis Departementet oppfatter læringsmålene for spesialiteten allmennmedisin som for vage, bør det heller arbeides mer med en tydeliggjøring av disse.

§ 3. Helsedirektoratet

Det foreslås bl.a.: *For å bidra til enhetlig spesialistutdanning innen allmennmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin kan direktoratet blant annet gi anbefalinger om utarbeidelse av og innhold i utdanningsvirksomhetenes utdanningsplaner.*

Forslaget støttes spesielt vedrørende utarbeidelse av utdanningsplaner. Anbefalingene bør samtidig ikke være bindende av hensyn til at kommuner og tjenester er svært ulikt utformet på dette området.

§ 4. De regionale helseforetakene.

Forslaget i §4 om at det regionale helseforetaket «skal også legge til rette for» at LIS i ASA kan få nødvendig praktisk tjeneste i spesialisthelsetjenesten er ikke tilstrekkelig. *Formuleringen i*

§4 bør endres til «skal også sørge for». Departementet bør sikre at helseforetakene om nødvendig, dvs. for å forhindre at dette blir en flaskehals i utdanningen av ASA spesialister, pålegges å opprette et bestemt antall stillinger etter å ha samrådd seg med kommunene og Legeforeningen om behovet i regionen. En presisering av sørge-for ansvaret vil også likestille krav til kommune og HF, og bidra til nedfellelse av viktige prinsipper for likeverd mellom tjenestenivåene, og på den måten forsterke prinsippene i samhandlingsreformen.

§ 5. Kommunen

I forslaget heter det bl.a.: Kommunen har for utdanningens første del ansvar for utdanningen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter § 17.

Kommunen har for spesialistutdanningen i allmennmedisin ansvar for å legge til rette for utdanningen av spesialister. Dette innebærer blant annet å bidra til

- a) at spesialistutdanningen gjennomføres i åpen uselektert allmennpraksis og kommunale stillinger der det ytes tjenester i medhold av helse- og omsorgstjenesteloven, slik at det blir nødvendig tilgang på spesialister i allmennmedisin*
- b) helhetlige utdanningsløp på tvers av kommuner, private aktører, andre aktuelle aktører og læringsarenaer i spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder også på tvers av ulike læringsarenaer i kommunen der det ytes tjenester i medhold av helse- og omsorgstjenesteloven*

I praksis er det ikke mulig for kommunen fullt ut å ivareta dette ansvaret slik det legges opp til. Eksempelvis gjelder dette leger i spesialisering i allmennmedisin utenfor fastlegepraksis. Det er med dagens ordning ikke mulig å tilby disse stillinger i åpen, uselektert allmennpraksis for kommunen bl.a. fordi fastlegene selv kan tildele vikar. Ledige vikariater som er tellende må lyses ut. For å kunne utarbeide individuelle utdanningsplaner, vil det være behov for en koordinering som omfatter styringsrett også over stillinger i åpen uselektert allmennpraksis.

§ 6. Legeforeningen

I forslaget bes legeforeningen om å gi faglige råd i saker om spesialistutdanning og godkjenning. Det som derimot savnes, er at det ikke etterspørres hvilke krav kommunen mener bør stilles til ASA spesialister.

§ 7. Lege i spesialisering

Oslo kommune støtter at lege i spesialisering (LIS) har ansvaret for egen læring. Vi mener i tillegg at LIS selv også må ha et større ansvar for utdanningsplanen, fordi det ikke er mulig for kommunen alene å tilrettelegge fullt ut for hele utdanningen, se §5.

§ 14. Fullføring av utdanningens første del etter fravær.

I 6. ledd heter det:

Har legen rett til å bli ansatt i en kommune som sykehuset eller helseforetaket samarbeider med, jf. § 13 bokstav b, og legen har hatt fravær fra en stilling i sykehuset eller helseforetaket, skal legen tilbys en ledig stilling i en av kommunene som sykehuset eller helseforetaket samarbeider med. Kommunene skal avtale hvem av dem som skal tilby legen en ledig stilling.

Helsedirektoratet kan i samråd med Fylkesmannen pålegge en av kommunene å tilby en stilling.

Teksten er utydelig og kan lett misforstås. Leger i spesialistutdanningens første del (LIS 1-tidligere turnuslege) har ikke rett til stilling i kommunen før tjenesten og læringsmålene i spesialisthelsetjenesten er gjennomført og oppfylt. Dette kommer ikke tydelig frem.

§ 16. Tilskudd til kommunene

Paragrafen omfatter tilskudd til kommunene for utdanningens første del (tidligere turnusordning). Vi vil kort påpeke at tilskuddet ikke på noen måte dekker kommunens utgifter som anslås til å være 5-600 000 kroner årlig per pålagte stilling. Oslo er pålagt å tilby 23 stillinger.

§ 17. Ansvar for utdanningen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten i utdanningens første del

Paragrafen omhandler kommunenes forpliktelser for LIS 1. I punkt c vises det til at kommunen er forpliktet til å oppnevne veileder. Det kan med fordel klargjøres at dette er hjemlet i forskrift om fastlegeordning § 12.

Videre heter det bl.a.: *Kommunen kan inngå avtaler med fastlegekontorer for gjennomføring av praktisk tjeneste i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.*

For det første beskriver dette kommunens utfordring med å tilby utdanningsstillinger for LIS 1. Fastleger er ikke forpliktet til å motta LIS 1 samtidig som kommunen pålegges å opprette stillinger for LIS 1. Kommunen har dermed ikke nødvendig hjemmel for å sørge for å inngå avtale med fastleger og etterkomme pålegget som kommunen får. I tillegg fører dette til en meget uheldig forhandlingssituasjon om kompensasjon til fastlegene for å delta i ordningen.

§ 25. utdanningsvirksomhetenes ansvar for utdanningsløpet til en enkelte lege

Til oppnevning av veileder:

Ved spesialistutdanning ved godkjent utdanningsvirksomheter skal veilederen som oppnevnes etter første ledd bokstav d, være ansatt i en godkjent utdanningsvirksomhet. Tilsvarende gjelder ikke ved spesialistutdanning tilknyttet registrerte utdanningsvirksomheter.

Oslo kommune mener at kravet om at veileder skal være spesialist i utdanningens andre og tredje del bør innføres på et senere tidspunkt når det er utdannet flere spesialister. Eksempelvis er et stort flertall av kommunens 200 fast ansatte leger i ulike allmennmedisinske stillinger ikke spesialister. Det vil ikke være hensiktsmessig å utpeke fastleger som ikke arbeider ved tjenestestedene, f.eks. sykehjem, legevakt eller KAD, som veileder. Det vil vi måtte gjøre for å oppfylle et krav om at veileder må være spesialist i dag.

§ 26. Vurdering og dokumentasjon av oppnådde læringsmål

Paragrafen omtaler utdanningsvirksomhetens ansvar for vurdering av oppnådde læringsmål. Oppgaven er ny for kommunen og omfattende. Vi vil omtale dette under økonomiske og administrative konsekvenser.

§ 29. Spesialistgodkjenning

Det er tidvis et problem at behandlingstiden for søknad om spesialistgodkjenning er lang (mange måneder). Når søknader godkjennes benyttes vedtaksdato. Lang saksbehandling slår uheldig ut særlig for spesialister i allmennmedisin, både selvstendig næringsdrivende og kommuner med fast ansatte leger, som først har rett til økte inntekter når godkjenning foreligger.

Det bør derfor presiseres i forskriften at spesialistgodkjenningen skal dateres til det tidspunktet all nødvendig dokumentasjon er fremlagt for direktoratet, uavhengig av myndighetenes interne saksbehandlingstid. Dette handler om at lang saksbehandlingstid ikke skal gå utover lønn og annen inntekt for den enkelte.

Vurderinger knyttet til dagens spesialistutdanning

Det henvises til vårt innspill til § 2 og om at det bør være fokus på oppnåelse av læringsmål fremfor tjenestetid i ulike aktuelle tjenestesteder, spesielt åpen uselektert allmennpraksis versus KAD, sykehjem, legevakt med mer.

Legevakten i Oslo har vært i særstilling og er godkjent som åpen, uselektert allmennpraksis fordi oppgavespennet er større enn i mindre legevakter. Kombinasjonen legevakt 50%/ fastlege 50% godkjennes nå som 100% tjeneste i åpen uselektert praksis. Denne godkjenningen forutsettes videreført i den nye ordningen. Dette er avgjørende og viktig for å kunne utdanne og beholde spesialister i allmennmedisin på legevakten.

Samkjøring av veiledningsgruppe og praksisarbeid

Det har tidligere vært et krav at minst et år i veiledningsgruppen i allmennmedisin skulle tas samtidig som tjeneste i åpen, uselektert fastlegepraksis. Høringsnotatet sier ikke noe om dette kravet vil bli videreført. I lys av krav om individuell veiledning, ber Oslos kommune om at et slikt krav til samtidighet ikke videreføres. Det er allerede en stor logistisk utfordring i store kommuner å få etablert gode systemer for tjeneste i fastlegepraksis for leger ansatt i andre kommunale helsetjenester.

Etterutdanning i allmennmedisin

Det foreslås at spesialister i allmennmedisin må gjennomføre en etterutdanning hvert femte år for å ha rett til å utløse spesialisttakst fra folketrygden. Etterutdanningen foreslås å bestå av minimum ett års arbeid i åpen uselektert praksis i løpet av de fem årene, samt gjennomføring av særlige utdanningsaktiviteter.

En ordning hvor fast ansatte leger som deltar i legevaktsarbeid, spesielt ansatte på kommunale allmennlegevakter, skal ut av legevaktsdriften for å arbeide i åpen uselektert praksis hvert femte år vil være både utfordrende og faglig uhensiktsmessig. Tjenesten ved Legevakten i Oslo har til nå vært godkjent som åpen uselektert praksis i forbindelse med resertifisering. Denne godkjenningen forutsettes videreført i den nye ordningen. Dette er avgjørende for å kunne beholde fast ansatte spesialister i allmennmedisin på legevakten som igjen er med på å sikre god kompetanse og kvalitet gjennom kontinuitet i storbylegevakter. Det sikrer samtidig at kommunen kompenseres for økte lønnsutgifter til spesialister gjennom bruk av spesialisttakstene.

Unntak fra kravene om spesialistkompetanse

Det er gjort unntak for at andre spesialister kan arbeide i primærhelsetjenesten forutsatt at de skal jobbe utenfor fastlegeordningen. Dette er det viktig å opprettholde. I en tid med økt behov for kompetanse i primærhelsetjenesten i forbindelse med oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenestene, kan kommunen ha behov også for spesialister med annen bakgrunn enn allmennmedisin. Dette kan gjelde sykehjem, KAD, helsehus, legevakt og overgrepsmottak.

Spesialistutdanningen i samfunnsmedisin

Regulering av allmennmedisinsk spesialisering er i sitt omfang, blant annet i forhold til antall spesialister som årlig skal gjennom et spesialiseringsforløp, forståelig nok dominerende innholdsmessig i dokumentet. Vi ser også at det i hovedsak er betraktningene omkring regulering av den allmennmedisinske spesialiteten som kan gjenfinnes i de konkrete endringsforslag til spesialistforskriften. Dette medfører imidlertid at reguleringen av de to øvrige spesialiteter fremstår noe uklar. Særlig savnes beskrivelser til mengde, varighet og organisering av den individuelle veiledning og gjennomføring av praktisk tjeneste i spesialisthelsetjenesten.

Vi ønsker å gjøre oppmerksom på følgende vedr. veiledning i samfunnsmedisin: Innledningsvis beskrives det at det stilles krav til individuell veiledning i alle ASA-spesialitetene.

Dette er i tråd med Helsedirektoratets anbefaling i rapportens kapittel 4.2.2:

Alle LIS i ASA-spesialisering bør få regelmessig individuell veiledning og gruppeveiledning.

Veilederne bør være spesialister i faget og ha gjennomgått veilederutvikling tilpasset ny

Spesialistutdanning. Endringsforslagene til forskriftens § 2 gjenspeiler imidlertid ikke dette.

Derimot presiseres det i kapittel 8 om økonomiske og administrative konsekvenser:

Veiledningen i denne spesialiteten vil skje i de ordinære prosessene for veiledning og

kvalitetssikring i denne type virksomheter, som ikke gir begrunnelse for egne midler.

I tillegg står det at klinisk arbeid ikke inngår i spesialiseringen. Det siste er ikke korrekt da oppnåelse av enkelte læringsmål i samfunnsmedisin også vil kreve klinisk tjeneste.

En systematisert veiledning vil også kunne bidra til rekruttering. I dag er mange samfunnsmedisinere uten faglig nettverk i sine stillinger, og jeg mener derfor at en sikkerhet for kontinuerlig oppfølging, vil stimulere både til økt rekruttering og kvalitet.

Det bør være krav om at veileder skal være spesialist i samfunnsmedisin. Samtidig bør det være mulig å søke dispensasjon i de tilfellene der det ikke er mulig. Det er ikke angitt noe om hyppighet av individuell veiledning. Det foreslås at denne bør være en time i måneden. Det bør vurderes om det som hovedregel bør være minst 50 % samfunnsmedisinsk innhold i en stilling, for at den skal godkjennes som tellende.

Økonomiske og administrative konsekvenser

Økonomisk forutsetter HOD at utgifter til utdanning dekkes av eksisterende ordninger.

Kostnadene for innføring av de nye forskriftskravene beskrevet i høringsskrivet, er betydelig underfinansiert. De eksakte konsekvensene kan ikke beregnes nå. Administrativt vil bydelene

og etatene få et sørge- for ansvar. Dette er et eget tema i trepartsamarbeidet mellom KS inkludert Oslo kommune, Legeforeningen og HOD om fastlegeordningen, herunder spesialistutdanningen. Oslo kommune har gjort foreløpige overslag knyttet til forslaget til regulering.

Notatet: Veiledning av 1000 leger årlig, foreslått avsatt 23 mill. kroner:

- Vi anser at anslaget på 1000 leger i spesialisering (side 43) er altfor lavt og at økonomiske konsekvenser bør belyses med et mer realistisk anslag på antall leger og en beskrivelse av hvordan dette skal finansieres. Helsedirektoratet oppgir for 2017, at Norge har 4759 fastleger, hvorav 38,3 % eller 1823 ikke er spesialister.
- Behovet for flere leger i spesialistutdanning vil øke i årene som kommer fordi:
 - Høy gjennomsnittsalder blant fastleger skaper behov for rekruttering. Flere av disse antas å trenge veiledning i kommende år. 32,4% av fastlegene er 55 år eller eldre, dvs. 1542 leger.
 - Nye leger rekrutteres inn, og øker antallet fastleger
- Avskalling: Svært mange fastleger vurderer å slutte som fastleger.
- Stadig nye oppgaver for kommunene og et langt mer omfattende sørge-for ansvar krever ytterligere årsverk i ordningen.
- Spesialistkravet krever flere årsverk både fordi veileder og den som veiledes må avsette tid. Stadig flere fastleger blir fast ansatt, 13,5% per 31.12.2017 mot 6,6% 30.09.2017. Tendensen er med andre ord raskt økende. Det vil fordyre ordningen for kommunene kraftig, se eksempelvis beregning under der Oslo kommune beregner kostnad for fast ansatte turnusleger.

Oslo kommunes vurdering: Veiledning av 2000 fastleger til årlig kostnad 150mill. kr.

- Den individuelle veilederen skal, i tillegg til å gjennomføre i gjennomsnitt 1 times veiledning hver 2. uke i 5 år med kandidaten, også ha ansvaret for å godkjenne læringsmålene etter hvert som de oppfylles. Dette er omfattende og det er ikke lagt inn ressurser til å avlønn dette.
- Tid til forberedelser, etterarbeid og godkjenning av læringsmålene er meget byråkratisk og detaljert tilsvarer minimum samme tid som medgått tid til aktiv veiledning.
- Oppsummert er da et forsiktig behov for 1 time per uke for 2000 leger. Da er ikke behovet for ekstra ressurser knyttet til at veileder og LIS tas ut av arbeid.
- Dette alene vil utgjøre minimum 100 mill. årlig og sannsynligvis øke de neste årene.
- Ordningen medfører opplagt nye oppgaver for kommunene, herunder utarbeidelse av individuelle planer for 2000 leger, administrasjon og tilrettelegging godkjenning av svært mange læringsmål i tillegg til tjenesten som tidligere. Kostnad: Anslagsvis 50 mill. kr.

Tilskudd til kommuner for å dekke utgifter til LIS 1 (tidligere turnus)

- Enkelte bydeler har foretatt beregninger om reell kostnad. Oslo kommune anslår at ordningen i dag er underfinansiert med ca. 6-700 000 kr. årlig per årsverk. På landsbasis utgjør det med anslagsvis 460 leger at ordningen er underfinansiert med 280-320 mill.

Med hilsen

Tone Tellevik Dahl
byråd

Godkjent elektronisk