

Møtedato: 27. november 2024
Vår ref.:
2024/348-9

Saksbehandler:
Tollåli, Mentzoni-Einarsen

Dato:
20.11.2024

Styresak 145-2024

Breddekompetanse

Forslag til vedtak

Styret i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Styret tar anbefalingene i rapporten «*Breddekompetanse i indremedisin og kirurgi – viktige veivalg*» til orientering.
2. Styret slutter seg til ei oppfølging av anbefalingene i rapporten, der man blant annet vurderer etablering og/eller styrking av generelle indremedisinske og kirurgiske enheter, at det blir etablert et innledende felles arbeid mellom de regionale helseforetakene med formål å etablere maler som kan tas i bruk i helseforetakene, og at de regionale helseforetakene og Helsedirektoratet bør samarbeide om en bred gjennomgang av læringsmål i de indremedisinske og kirurgiske spesialitetene.

Bodø, 20. november 2024

Marit Lind
administrerende direktør

Formål

Likelydende styresak legges frem for styrene i de regionale helseforetakene.

Dei regionale helseforetaka vart i oppdragsdokumentet for 2024 gitt følgjande oppdrag:

Helse xxxx skal utarbeide oversikt over framtidig behov for legespesialistar sett i lys av fagleg utvikling, oppgåvedeling og avgang i tenesta, jf. Også oppdrag i 2023 om å utarbeide nasjonale oversikter for personellområdet. På dette grunnlaget skal Helse Vest RHF vurdere behovet for å opprette LiS-stillingar i breiddespesialitetane generell medisin og generell kirurgi. Vurderingane av framtidig behov for legespesialistar skal bli sende til Helse- og omsorgsdepartementet innan 1. oktober 2024.

AD-møtet besluttet i sitt møte januar 2024 fordeling av oppdrag som blir gitt til dei fire regionale helseforetaka. I tråd med fordeling av oppgåver, har Helse Vest tatt ansvar for gjennomføring av oppdraget.

Oppdraget er todelt:

- A. *Vurdering av det framtidige behovet for spesialistar i breiddespesialitetane generell indremedisin og kirurgi. Det bør samtidig vurderast om det er andre tiltak som også er aktuelle for å styrkje breiddekompetanse innanfor indremedisin og kirurgi. Kva vegval som blir gjorde vil ha mykje å seie for framskrivingar av behov under punkt B.*
- B. *Det skal utarbeidast oversikt over framtidig behov for legespesialistar i helseforetaka. Dette er ei forlenging av oppdraget som vart gitt for 2023. Ny oversikt og modell vil føreligge i løpet av november 2024.*

Forventningar til leveranse i oppdraget – «Breddekompetanse»:

- *Vurdering av behov for, og eventuelle konsekvensar av, ei auka satsing på utdanning av spesialistar innan breiddespesialitetane generell indremedisin og generell kirurgi*
- *Forslag til andre tiltak som kan vere aktuelle for å styrkje breiddekompetanse innanfor indremedisin og kirurgi på kort og lang sikt.*

Beslutningsgrunnlag

Dei siste åra har ein sett ei utvikling med at stadig færre legar har tilstrekkeleg breiddekompetanse innan dei indremedisinske og kirurgiske fagfelt. Dagens utvikling ser ut til å i løpet av få år føre oss inn i ein situasjon der store, mellomstore og små sjukehus over heile landet vil få mangel på overlegar som har breiddekompetanse i indremedisin og kirurgi. Dette vil få negative konsekvensar for mellom anna:

- **Kvaliteten på pasientbehandlinga**
Spesielt for pasientar med uavklarte tilstandar og pasientar med fleire samtidige tilstandar som burde handterast med fokus på «pasientens beste» snarare enn optimal behandling av kvar enkelt diagnose.
- **Effektiviteten og robustheita for helseforetaka**
Ein trend med aukande spisskompetanse på kostnad av breiddekompetanse for overlegane vil gi høg risiko for ineffektiv handtering av mange pasientar og høg risiko for at mange helseforetak vil mangle kompetanse innan enkelte fagområde.
- **Fungerande vaktordningar og organisering av sjukehusa**
Om utviklinga held fram er det venta at mange sjukehus kan få vanskar med å ha fungerande vaktordningar for overlegar innan indremedisin og kirurgi og at dette raskt kan gi behov for endringar i lokalsjukehusstrukturen.

Årsakene til at breiddekompetanse er fortrengd til fordel for spisskompetanse er mange og komplekse, men inkluderer mellom anna utilsikta effektar av dei store endringane i spesialistutdanninga for legar som vart innførte i 2017, den manglande strategiske merksemda til helseføretaka på å utdanne for-, og bevare breiddekompetansen, den manglande opplevinga til legane av tryggleik rundt eigen breiddekompetanse og dei aukande forventningane befolkninga har til spisskompetanse.

Det hastar med å gjere kraftfulle grep.

Rapporten har tre hovudtilrådingar:

1. Helseføretaka bør få i oppdrag om å vurdere endringar i organisering og faginnndeling i sjukehusa. Dette vil mellom anna innebere følgjande:
 - a. Etablering eller styrking av generelle indremedisinske og kirurgiske einingar i sjukehusa og overføring av oppgåver til desse einingane. Dette vil vere spesielt viktig ved dei største sjukehusa. Desse einingane må organiserast med fokus på breiddekompetanse, vurdering av «heile pasienten» og handtering av dei vanlege tilstandane og legane med spesialisering innan generell indremedisin og kirurgi må ha det daglege ansvaret for pasientbehandlinga
 - b. Opprette stillingar og tydeleg karriereveg for spesialistar med spesialitet innan generell indremedisin eller kirurgi
 - c. Styrking av dei akademiske fagmiljøa innan breiddekompetanse
2. Helseføretaka bør få oppdrag om å styrkje breiddekompetansen innan indremedisin og kirurgi innanfor dagens utdanningsløp. Dette omfattar tiltak som:
 - a. Betre strukturering av utdanningsløpa for legar i spesialisering i indremedisin og kirurgi i helseføretaka
 - b. Betre kompetansevurdering i spesialistutdanninga
 - c. Styrke kompetansevurdering av breiddekompetanse for overlegar med særleg vekt på vaktkompetanse
For helseføretak med generell indremedisinsk eller kirurgisk overlegevakt må det etablerast kompetanseplanar for å bevare og styrkje vaktkompetansen
 - d. Strukturering, samordning og tilrettelegging av utdanningsløp for å bli dobbelspesialist (eksempelvis indremedisin og nyresjukdommar)
3. RHF-a og Helsedirektoratet bør få oppdrag om og samarbeide om ein brei gjennomgang av læringsmål i dei indremedisinske og kirurgiske spesialitetane. Dette vil mellom anna innebere følgjande:
 - a. Gjennomgang av læringsmål i fellesdelen av utdanningsløpa for indremedisin og kirurgi
 - b. Grundig gjennomgang av læringsmål i den spesialiserte delen av utdanninga for spesialitetane generell indremedisin og generell kirurgi
 - c. Grundig gjennomgang av læringsmåla i dei nye hovudspesialitetane innanfor dei indremedisinske og kirurgiske fagfelta
 - d. Vurdere moglegheiter for strukturelle endringar i spesialitetsstrukturen for å leggje til rette for at legane oftast vart spesialist innan generell indremedisin eller kirurgi før det vart gitt moglegheit for vidare spesialisering eller fordjuping i dei nye hovudspesialitetane

Det blei bedt om å vurdere behovet for spesialistar innan generell indremedisin og generell kirurgi i helseføretaka. Rapporten legg særleg vekt på at det bør utdannast betydeleg fleire spesialistar innan generell indremedisin eller kirurgi og at talet på spesialistar innan generell indremedisin og kirurgi bør ha eit mykje større volum. Grunnlaget for dette er at det ikkje kan forventast auke i talet på spesialistar totalt sett og ein slik auke vil måtte skje ved overføring av ressursar og oppgåver frå dei spesialiserte einingane/fagfelta i sjukehusa.

Det vil likevel vere nødvendig å behalde eit stort tal spesialistar for hovudspesialitetane, men behovet vil avhenge av framtidig organisering av sjukehusa, i kva grad ein klarer å styrke breiddekompetansen innan indremedisin og kirurgi for alle spesialistar innan desse faga og innretninga på spesialitetane.

I arbeidet er det ikkje vurdert alle organisatoriske og økonomiske konsekvensar av forslaga til tiltak som blir beskrive i denne rapporten grundig. Det vil truleg vil bli langt meir kostbart og ha langt høgare risiko å la dagens utvikling halde fram og det tilråd *ein tydeleg, konsistent og modig satsing på breiddekompetanse og at det snarast blir sett i verk tiltak i tråd med tilrådingane i rapporten.*

Andre fakta som er beskrive i rapporten og som kan løftast fram

Fram til 2013 var det eit system med stram nasjonal styring av talet på legestillingar i sjukehusa. Dette systemet vart endra i 2013 og helseføretaka fekk då høve til å opprette nye legestillingar ved prioriterte behov som del av dei ordinære budsjettprosessane. Dette var ein føresetnad dei regionale helseføretaka forplikta seg til. Fleire sjukehus rapporterer no om at talet på Lis-stillingar (lege i spesialisering) no i større grad er dimensjonert for å dekkje behovet for å ha nok legar i vakt, og ikkje dimensjonert i tråd med utdanningsbehov for framtidig behov for fagleg kapasitet.

Etter etablering av ny ordning for spesialistutdanning vart spesialiteten akutt- og mottaksmedisin oppretta. Denne spesialiteten har innretning mot breiddekompetanse og handtering/avklaring av pasientar i akuttmottak og mange sjukehus har satsa på denne spesialiteten, medan andre sjukehus har vurdert at denne kompetansen kan dekkjast av spesialistar i indremedisin.

Tilsvarande har mange sjukehus etablert geriatriske avdelingar for å handtere eldre pasientar med mange og samtidige tilstandar, medan geriatriske avdelingar ved andre sjukehus i det mest vesentlege har innretning mot pasientar med funksjonsfall og/eller kognitive vanskar.

Rapporten peikar særleg på at desse to spesialitetane ikkje åleine dekkjer behovet for breiddekompetanse og gode pasientforløp i indremedisin som er beskriven i rapporten.

Innan kirurgi har mange på tilsvarande måte peika på gastrokirurgi som faget som har mest breiddekompetanse og som kan dekke behovet, gastrokirurgi-faget har likevel også bevega seg i ei retning med stor «spissing», og spesialistar i gastrokirurgi kan heller ikkje seiast å dekkje behovet for breiddekompetanse og gode pasientforløp innan kirurgi i sjukehusa.

Forankring av arbeidet

Undervegs i arbeidet er retning, tiltak med meir presentert til:

- Felles møte med dei regionale fagdirektørane og PO direktørane
- Referansegruppa

Tilbakemeldingane er at rapporten gir ein god beskriving av kva utfordringar spesialisthelsetenesta står overfor og at det hastar med å sette i verk tiltak.

Rapporten er og lagt fram for behandling i det nasjonale AD møtet (AD-møtesak 105-2024) og følgande blei referatført:

«Breddekompetanse i indremedisin og kirurgi – rapport fra arbeidsgruppe

Rapporten «Breddekompetanse i indremedisin og kirurgi – viktige veivalg» blir i saka lagt fram for tilslutning. Rapporten er utarbeidd av ei arbeidsgruppe nedsatt av AD-møtet 12.02.2024 og har vore leia av Helse Vest RHF. Ein ber AD-møtet ta stilling til vidare forankring i helseføretaka, samt vurdere om rapporten skal leggest fram for styra i dei regionale helseføretaka.

Innspel frå KTV/KVO:

Arbeidet har vært gjennomført på en grundig måte med god involvering. KTV støtter tilrådingane i rapporten.

Frå behandlinga i AD-møtet:

Det kan bli utfordrande å overføre ressursar frå dei spesialiserte fagfelta, særleg på mindre sjukehus. Dette er i liten grad synleggjort i rapporten.

Konklusjon:

1. AD-ane i RHF-a sluttar seg til anbefalingane i rapporten «Breddekompetanse i indremedisin og kirurgi – viktige veivalg»
2. AD-ane ber om at rapporten blir oversendt med følgebrev til HOD, med atterhald om styra si behandling. I årleg melding føreset ein at det blir vist til rapport.
3. AD-ane i RHF-a legg til grunn at rapporten blir lagt fram for styra i dei regionale helseføretaka. Helse Vest RHF utarbeider felles styresak. Utkast til styresak vil bli sendt av Helse Vest RHF for gjennomsyn og innspel frå dei øvrige AD-ar.

Medbestemmelse

Rapport breddekompetanse var sak i samarbeidsmøte med de konserntillitsvalgte og konsernverneombud i Helse Nord RHF 12. november 2024 og de tok rapporten til orientering.

Brukermedvirkning

Rapport breddekompetanse ble behandlet i det AU-Regionale brukerutvalget i Helse Nord RHF, den 11. november 2024. RBU gir sin fulle støtte til gjennomføringen slik det er skissert i rapporten, men reiser spørsmål til hvorfor det ikke har vært med brukerrepresentant i arbeidet. Vedlegg 2

Administrerende direktørs vurdering

I tråd med konklusjonane frå AD-møtet blir rapporten lagt fram for styra i dei regionale helseføretaka.

Dei utfordringane spesialisthelsetenesta nå står overfor, og som vil forsterka seg, føreset at dei regionale helseføretaka etablerer tiltak i tråd med rapporten. Det vil vere nødvendig med ein kombinasjon av nasjonalt, regionalt og lokalt arbeid for å få nødvendige effektar.

Følgjande tilnærming blir føreslått:

- RHF-a vil følgje opp forslaga beskrive i hovudanbefaling 1 i kvar av regionane og saman med helseføretaka vurdere etablering og/eller styrking av generelle indremedisinske og kirurgiske einingar.
- RHF-a følgjer opp forslaga beskrive i hovudanbefaling 2 med eit innleiande felles arbeid mellom dei fire RHF-a, (interregionalt arbeid), med føremål å etablere malar som kan takast i bruk i helseføretaka. Når malane er klar må arbeidet følgast opp i regionane.
- RHF-a følgjer opp forslaga beskrive i hovudanbefaling 3 i dialog med Helsedirektoratet og Legeforeningen. RHF-a vil også opprette dialog med Helse- og omsorgsdepartementet om denne hovudanbefalinga.

Vedlegg

1. Rapport breddekompetanse
2. Innspill fra RBU



Foto: Richard Larssen

Breddekompetanse i indremedisin og kirurgi – viktige veivalg

Mål: Breddekompetanse innen indremedisin og kirurgi må styrkes for å sørge for god pasientbehandling og robust bemanning i landets sykehus

Sammendrag

På bakgrunn av oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet til RHF'ene ble det nedsatt en interregional arbeidsgruppe under ledelse av Helse Vest RHF som skulle vurdere det fremtidige behovet for spesialister i indremedisin og generell kirurgi og tiltak som kunne være aktuelle for å styrke breddekompetanse innen indremedisin og kirurgi på kort og lang sikt.

De siste årene har man sett en utvikling med at stadig færre leger har tilstrekkelig breddekompetanse innen de indremedisinske og kirurgiske fagfelt. Dagens utvikling ser ut til å i løpet av få år bringe oss inn i en situasjon der store, mellomstore og små sykehus over hele landet vil få mangel på overleger som innehar breddekompetanse i indremedisin og kirurgi. Dette vil få negative konsekvenser for blant annet:

- Kvaliteten på pasientbehandlingen. Spesielt for pasienter med uavklarte tilstander og pasienter med flere samtidige tilstander som burde håndteres med fokus på «pasientens beste» snarere enn optimal behandling av hver enkelt diagnose.
- Effektiviteten og robustheten for helseforetakene. En trend med økende spisskompetanse på bekostning av breddekompetanse for overlegene vil gi høy risiko for ineffektiv håndtering av et stort antall pasienter og høy risiko for at mange helseforetak vil mangle kompetanse innen enkelte fagområder.
- Fungerende vaktordninger og organisering av sykehusene. Om utviklingen fortsetter er det ventet at mange sykehus kan få vansker med å ha fungerende vaktordninger for overleger innen indremedisin og kirurgi og at dette raskt kan gi behov for endringer i lokalsykehusstrukturen.

Årsakene til at breddekompetanse har blitt fortrenget til fordel for spisskompetanse er mange og komplekse, men inkluderer blant annet utilsiktede effekter av de store endringene i spesialistutdanningen for leger som ble innført i 2017, helseforetakenes manglende strategiske oppmerksomhet på å utdanne for, og bevare breddekompetansen, legenes manglende opplevelse av trygghet rundt egen breddekompetanse og befolkningens økende forventninger til spisskompetanse.

Arbeidsgruppen mener at det haster med å gjøre kraftfulle grep og har tre hovedanbefalinger:

1. Helseforetakene bør få oppdrag om å vurdere endringer i organisering og faginndeling i sykehusene. Dette vil blant annet innebære følgende:
 - a. Etablering eller styrking av generelle indremedisinske og kirurgiske enheter i sykehusene og overføring av oppgaver til disse enhetene. Dette vil være spesielt viktig ved de største sykehusene. Disse enhetene må organiseres med fokus på breddekompetanse, vurdering av «hele pasienten» og håndtering av de vanlige tilstandene og leger med spesialisering innen indremedisin og generell kirurgi må ha det daglige ansvaret for pasientbehandlingen.
 - b. Opprette stillinger og tydelig karrierevei for spesialister med spesialitet innen indremedisin eller generell kirurgi
 - c. Styrking av de akademiske fagmiljøene innen breddekompetanse
2. Helseforetakene bør få oppdrag om å styrke breddekompetansen innen indremedisin og kirurgi innenfor dagens utdanningsløp. Dette omfatter tiltak som:
 - a. Bedre strukturering av utdanningsløpene for leger i spesialisering i indremedisin og kirurgi i helseforetakene
 - b. Bedre kompetansevurdering i spesialistutdanningen

- c. Styrke kompetansevurdering av breddekompetanse for overleger med særlig vekt på vaktkompetanse.
For helseforetak med indremedisinsk eller generell kirurgisk overlegevakt må det etableres kompetanseplaner for å bevare og styrke vaktkompetansen.
 - d. Strukturering, samordning og tilrettelegging av utdanningsløp for å bli dobbelspesialist (eksempelvis indremedisin og nyresykdommer)
3. RHF'ene og Helsedirektoratet bør få oppdrag om og samarbeide om en bred gjennomgang av læringsmål i de indremedisinske og kirurgiske spesialiteter. Dette vil blant annet innebære følgende:
 - a. Gjennomgang av læringsmål i fellesdelen av utdanningsløpene for indremedisin og kirurgi
 - b. Grundig gjennomgang av læringsmål i den spesialiserte delen av utdanningen for spesialitetene indremedisin og generell kirurgi
 - c. Grundig gjennomgang av læringsmålene i de nye hovedspesialitetene innenfor de indremedisinske og kirurgiske fagfelt
 - d. Vurdere muligheter for strukturelle endringer i spesialitetsstrukturen for å legge til rette for at legene oftest ble spesialist innen indremedisin eller generell kirurgi før det ble gitt mulighet for videre spesialisering eller fordypning i de nye hovedspesialitetene.

Arbeidsgruppen var bedt om å vurdere behovet for spesialister innen indremedisin og generell kirurgi i helseforetakene. Arbeidsgruppen mener at det bør utdannes betydelig flere spesialister innen indremedisin eller generell kirurgi og at antall spesialister innen indremedisin og generell kirurgi bør ha et betydelig større volum. Da det ikke kan forventes økning i antall spesialister totalt sett vil en slik økning måtte skje ved overføring av ressurser og oppgaver fra de spesialiserte enhetene/fagfeltene i sykehusene. Det vil imidlertid være nødvendig å beholde et betydelig antall spesialister innen de øvrige hovedspesialitetene, men behovet vil avhenge av fremtidig organisering av sykehusene, i hvilken grad man klarer å styrke breddekompetansen innen indremedisin og kirurgi for alle spesialister innen disse fagene og innretningen på spesialitetene.

Arbeidsgruppen har ikke vurdert grundig alle organisatoriske og økonomiske konsekvenser av forslagene til tiltak som beskrives i denne rapporten. Arbeidsgruppen mener at det trolig vil bli langt mer kostbart og ha langt høyere risiko å la dagens utvikling fortsette og anbefaler en tydelig, konsistent og modig satsning på breddekompetanse og at det snarest settes i verk tiltak i tråd med anbefalingene i rapporten.

Helse Vest RHF takker for oppdraget og takker deltagerne for konstruktiv deltagelse i et viktig arbeid for spesialisthelsetjenesten.

Innholdsfortegnelse

Innhold

Sammendrag	1
Definisjoner på begreper benyttet i teksten	4
Beskrivelse av mandat og arbeidet i arbeidsgruppen	5
Innledning.....	7
Behovene som skal dekkes med breddekompetanse	10
Hvorfor er breddekompetansen fortrent de siste årene?	14
Beskrivelse av relevant ekstra kunnskapsgrunnlag.....	18
Erfaringer fra Canada med generell indremedisin	18
Rapport fra Norsk kirurgisk forening	19
Hva kan stimulere til ønsket og nødvendig endring?	20
Hovedanbefaling 1 – Etablering av generelle indremedisinske og kirurgiske enheter i sykehusene – spesielt ved de største sykehusene.....	22
Hovedanbefaling 2 - Tiltak for å styrke dagens utdanningsløp innen breddekompetanse	23
Hovedanbefaling 3 – Større revisjon av utdanningsløpene og læringsmål.....	25
OPPSUMMERENDE DISKUSJON.....	27
Referansegruppe	29
Referanser	29

Definisjoner på begreper benyttet i teksten

- Spesialitet: De ulike spesialitetene er definert av Helse- og omsorgsdepartementet i *Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften)*.
 - Hovedspesialitet: I ny ordning for spesialistutdanning fra 2017 er alle spesialiteter hovedspesialiteter
 - Nye hovedspesialiteter: Alle spesialiteter som ved ny ordning for spesialistutdanning fra 2017 ble omgjort fra grenspesialiteter til hovedspesialiteter.
 - Innen indremedisin er dette: hjertesykdommer, nyresykdommer, fordøyelsessykdommer, blodsykdommer, endokrinologi, geriatri, infeksjonssykdommer og lungesykdommer. I tillegg ble akutt- og mottaksmedisin opprettet som spesialitet innen indremedisin.
 - Innen kirurgi er dette: gastroenterologisk kirurgi, karkirurgi, barnekirurgi, bryst- og endokrinkirurgi, urologi, thoraxkirurgi
- LIS – leger i spesialisering.
- LIS utdanning. LIS utdanningen innen de indremedisinske og kirurgiske fagfelt består av en fellesdel (del2) og en spesialisert del (del3), i dagligtale ofte omtalt som LIS2 og LIS3. LIS utdanningen omfatter praktisk tjeneste, teoretisk undervisning og andre læringsaktiviteter. For spesialistgodkjenning kreves blant annet oppfyllelse av læringsmål i fellesdel og spesialisert del av utdanningene. Ansettelse skal skje som lege i spesialisering for en bestemt spesialitet.
- Vaktordning. Alle sykehus som har ansvar for pasientbehandling utenom ordinær arbeidstid, må ha fungerende vaktordninger for leger og annet nødvendig støttepersonell. Dette kan organiseres ulikt, men det må være tydelig hvilken overlege på vakt som har ansvar for hvilke tilstander og enkeltpasienter.
- Helseforetak brukes om helseforetakene eid av de regionale helseforetakene og favner også de private ideelle sykehus med langvarig driftsavtale.

Beskrivelse av mandat og arbeidet i arbeidsgruppen

Mandat

Mandatet for arbeidsgruppen ble godkjent i interregionalt AD-møte februar 2024 og følgende tekst beskriver mandatet slik det ble godkjent:

De regionale helseforetakene ble i oppdragsdokumentet for 2024 gitt følgende oppdrag:

Helse XXX RHF skal utarbeide oversikt over framtidig behov for legespesialister sett i lys av faglig utvikling, oppgavedeling og avgang i tjenesten, jf. Også oppdrag i 2023 om å utarbeide nasjonale oversikter for personellområdet. På dette grunnlaget skal Helse XXX RHF vurdere behovet for å opprette LIS-stillinger i breddespesialitetene generell medisin og generell kirurgi. Vurderingene av framtidig behov for legespesialister skal bli sendt til Helse- og omsorgsdepartementet innen 1. oktober 2024.

Helse Vest RHF fikk ansvar for å lede arbeidet. Oppdraget er todelt:

- A. Det skal utarbeides oversikt over framtidig behov for legespesialister i helseforetakene. Dette er en forlengelse av oppdraget som ble gitt for 2023. Dette oppdraget har vært koordinert av Helse Vest RHF under ledelse av MOT direktør Hilde Christiansen.
- B. Vurdering av det framtidige behovet for spesialister i breddespesialitetene indremedisin og generell kirurgi. Det bør samtidig vurderes om det er andre tiltak som også er aktuelle for å styrke breddekompetanse innenfor indremedisin og kirurgi. Hvilke veivalg som gjøres vil ha stor betydning for framskrivninger av behov under punkt A.

Mandatet for denne arbeidsgruppen vil besvare del B av oppdraget. Resultatet fra dette arbeidet vil ligge til grunn for justering av framskrivningsmodellen beskrevet under del A.

Forventet leveranse fra arbeidsgruppen

Forventet leveranse fra arbeidsgruppen er følgende:

- Vurdering av behov for, og eventuelle konsekvenser av, en økt satsning på utdanning av spesialister innen breddespesialitetene indremedisin og generell kirurgi
- Forslag til andre tiltak som kan være aktuelle for å styrke breddekompetanse innenfor indremedisin og kirurgi på kort og lang sikt.

Eksempler på momenter som kan inngå i diskusjonen:

- Bør det foreslås større endringer i spesialistutdanningen for leger for å styrke spesialisering i indremedisin og generell kirurgi samtidig som man blir spesialist i en av de indremedisinske eller kirurgiske hovedspesialitetene?

- Hvilke spesialiteter kan inngå i generelle vaktordninger?
- Hvilke kvalifikasjonskrav må eventuelt utarbeides/stilles for leger med annen spesialistutdanning enn generell indremedisin/kirurgi?
- Bør det utdannes flere spesialister i generell indremedisin og kirurgi?
- Bør andre spesialiteter som har store krav til generell kompetanse ha sentrale roller/inngå i vaktlaget og ha vaktansvar for akuttfunksjoner i indremedisin og kirurgi, (eksempelvis akutt og mottaksmedisin, geriatri, gastrokirurgi)?
- Er det mulig å gjøre tiltak/presiseringer innenfor dagens ordning som kan bidra til en robust løsning?
- Beskrive konsekvenser ved mulige endringer eller justeringer av vaktordninger basert på de ulike alternativene som foreslås.

Følgende arbeidsgruppe ble utpekt:

Rolle/stilling	Namn	Representerer
Fagdirektør (leder av arbeidsgruppe)	Bjørn Egil Vikse	Helse Vest RHF
Direktør medarbeider, organisasjon og teknologi	Hilde Christiansen	Helse Vest RHF
Spesialrådgiver	Kristine Kloster-Jensen	Helse Vest RHF
Leder RegUt Vest – nasjonalt koordineringsansvar generell kirurgi	Rolf Espen Falk Christiansen	Reg-Ut Helse Vest
Utdanningskoordinerende overlege RegUt Sør-Øst – nasjonalt koordineringsansvar indremedisin	Kari Kjeldstadli	Reg-Ut Helse Sør-Øst
Overlege kirurgi. Leder regionalt og interregionalt utdanningsråd kirurgi	Jørgen Valeur	Helse Fonna HF
Utdanningssjef	Ruben Angell	Helse Midt-Norge RHF
Klinikkssjef kirurgisk klinikk	Torbjørn Dahl	St. Olavs Hospital HF
Seksjonsleder somatikk	Synøve Kalstad	Helse Nord RHF
Overlege indremedisin	Kristina Barbara Slåtsve	Nordlandssykehuset HF
Overlege/spesialrådgiver	Tonje Tvinnereim	Helse Sør-Øst RHF
Overlege indremedisin	Maria Seferowicz	Lovisenberg diakonale sykehus
Konserntillitsvalgt	Marie Skontorp	Helse Vest RHF
Konserntillitsvalgt	Christian Grimsgaard	Helse Sør-Øst RHF

Arbeidet ble gjennomført med heldagsmøte 3. april, 31. mai, 20. juni og 27. august 2024. Det ble gjennomført Teams-møte 13. mai der tema var dialog med ansvarlige for generell indremedisin utdanning i Canada. Det ble avholdt møte med referansegruppen 23. august 2024. Det har vært arbeidet mellom møtene med kommunikasjon per e-post. Frist for sluttleveranse er satt til 1. september 2024.

Innledning

Det har pågått en utvikling over tid som vil bringe oss inn i en situasjon der sykehus over hele landet vil få mangel på overleger som innehar breddekompetanse i indremedisin og kirurgi i løpet av svært få år. For noen sykehus er dette allerede en vesentlig utfordring.

Konsekvensen av dette vil bli at man ved mange av landets sykehus vil være i situasjon med for få medarbeidere til å dekke vaktordningene slik de fungerer i dag, spesielt ved de mindre sykehusene, men også ved store sykehus.

Dette er en trend som man har sett også i flere andre land i Europa og for flere andre spesialiteter. Sykehusene har behov for at medarbeiderne har generell breddekompetanse for å være i stand til å ivareta et stadig økende antall pasienter med komplekse og sammensatte lidelser.

En slik utvikling må så raskt som mulig imøtegås med tiltak som kan redusere risikoen slik at man kan unngå å havne i en situasjon der de fleste sykehusene ikke vil ha velfungerende vaktordninger eller at dagens utvikling ytterligere forsterker seg. Ved større og mellomstore sykehus vil man få økt fragmentering av pasientbehandlingen, med uforholdsmessig mye bruk av tid og kapasitet på avklaringer mellom ulike spesialiteter. Eksempler på negative konsekvenser som allerede er et faktum, men som vil forsterke seg er:

1. Betydelig økning i internhenvisninger som reduserer viktig faglig kapasitet til utredning og behandling av andre pasienter. «Alle venter på respons fra andre».
2. Betydelig økning i å vente på tilsyn/nærmere avklaring, i stedet for kvalifiserte faglige beslutninger og iverksettelse av utredning og behandling
3. Samlet kan de to første punktene bidra til at legene får mindre tid til å utrede og behandle egne pasienter og bruker mer tid på å gjøre vurderinger av andres pasienter.
4. Økt risiko for feilbehandling ved at tilstander utenfor spesialistens spisskompetanse ikke blir håndtert, eller at det velges behandling ut fra vurdering av enkeltspesialister istedenfor hva som ville være best ut fra totalvurdering for pasienten (eksempelvis dokumentert i UKOM rapport «Spesialiseringens pris – samhandling ved uavklarte tilstander»).
5. Mangel på helhetlig tilnærming vil også medføre dårligere grunnlag for kloke valg og vurderinger rundt behandling og utredning, inklusiv begrensninger til beste for pasienten. Breddespesialister har gode forutsetninger for å kunne gjøre gode helhetsvurderinger til beste for pasient og ressursbruk.
6. Pasienter kan oppleve å bli sendt fra spesialist til spesialist for avklaring. Dette medfører ofte mange polikliniske konsultasjoner eller innleggelser for avklaring av tilstander som burde vurderes i et helhetsperspektiv. Dette vil gi økt utredningstid og bruk av døgnkapasitet.
7. Svekket samhandling med primærhelsetjenesten

Alle landets sykehus har gjennom hele døgnet alle dager i året behov for velfungerende vaktordninger med trygge og kompetente leger som kan ivareta pasienter med uklare og flere samtidige tilstander. Dette bidrar til helhetlig og effektiv pasientbehandling. Behovet for breddekompetanse vil være spesielt viktig i tilfelle av krise/krig da det vil være helt nødvendig at helsepersonellet kan fungere i ulike roller.

Ved universitetssykehus har man i stor grad etablert vaktordninger der hver enkelt spesialitet har etablert egen overlegevakt. Ved flere større sykehus har oppdeling av tidligere robuste felles vaktlag medført etablering av flere nye mindre vaktlag. Dette har tiltatt etter ny spesialistutdanning ble etablert. Flere av disse vaktlagene har vist seg å være vanskelige å bemanne 24/7/365. Ved små og mellomstore sykehus er en avhengig av at overlegene deler på deltagelse i vakt innenfor indremedisin og kirurgi/bløtdelskirurgi.

Tilsvarende oppdeling i nye vaktlag har vært mer avgrenset i de mindre sykehusene, men utfordringen med redusert kapasitet for indremedisin og generell kirurgi er til stede, også ved svært mange av landets små og mellomstore sykehus. For å opprettholde generelle vaktlag innen indremedisin og kirurgi er en avhengig av et tilstrekkelig antall leger som behersker breddekompetanse og som kan håndtere «hele pasienten» ved utredning og behandling. Utviklingen de senere årene har vist at antall leger som behersker breddekompetanse har falt betydelig de siste årene og det antas at denne trenden vil gå raskere og raskere for hvert år som går.

Dette vil redusere kvalitet på pasientbehandlingen og forsterke utfordringene med å ha tilstrekkelig bemanning og raskt kunne påvirke lokalsykehusstrukturen. Det kan være spørsmål om tid før flere lokalsykehus ikke kan opprettholde en forsvarlig stabil drift 24/7/365.

Utviklingen med gradvis svekkelse av breddekompetanse til fordel for økt spisskompetanse har gått gradvis over mange år og har til dels vært drevet av en betydelig faglig utvikling. Utviklingen har medført at et økende antall sengeposter og poliklinikker gradvis har gått fra å være bemannet av leger med breddekompetanse til å bli bemannet av leger med spisskompetanse. Utviklingen har forsterket seg betydelig som følge av reformen av spesialistutdanningen som ble innført i 2017/2019, som hadde to hovedelementer:

1. Innføring av læringsmål som grunnlag for godkjenning av utdanning.
2. Omlegging fra at indremedisin og kirurgi var hovedspesialiteter og at man hadde mange underliggende grenspesialiteter til at alle spesialiteter ble egne hovedspesialiteter.

Før overgangen til ny spesialistutdanning måtte man være spesialist i indremedisin/kirurgi for å kunne bli spesialist i en av grenspesialitetene, (indremedisin: hjertesykdommer, nyresykdommer, fordøyelsesykdommer, blodsykdommer, endokrinologi, geriatri, infeksjonssykdommer og lungesykdommer), (kirurgi: gastroenterologisk kirurgi, karkirurgi, barnekirurgi, bryst- og endokrinkirurgi, urologi, thoraxkirurgi). Etter overgangen til ny spesialiststruktur ble alle grenspesialitetene omgjort til hovedspesialiteter. Det ble samtidig valgt å beholde indremedisin og generell kirurgi som hovedspesialiteter. I tillegg ble ny spesialitet for Akutt- og mottaksmedisin opprettet, som har hovedfokus på aktiviteten i akuttmottak som forutsetter breddekompetanse. Etter en prosess der det ikke var planlagt for egen spesialitet for generell kirurgi, ble det likevel vedtatt at det skulle være en egen spesialitet for generell kirurgi ([lenke](#)) og læringsmål for denne spesialiteten ble derfor etablert etter de andre spesialitetene.

For spesialitetene i indremedisin og kirurgi ble spesialistutdanningen delt i to, en generell del (del2) og en spesialisert del (del3). Det ble ikke etablert rekkefølgekrav for generell og spesialisert del av utdanningene (tema blir diskutert senere i rapporten).

Den nye spesialistutdanningen er omfattende. Det har vært gjennomført et betydelig arbeid i helseforetakene for å operasjonalisere endringene, arbeidsgruppen er enig i at dette arbeidet må forsterkes fremover. For diskusjonen i denne saken er det viktig å minne om den generelle strukturen:



Figur hentet fra: Rundskriv I-2/2019 fra Helse- og omsorgsdepartementet – Spesialisthelsetjenesten med kommentarer.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/296adc05dbee4ae1a1e015cbea31701e/ny-versjon-2023-av-rundskriv-i-2-2019-spesialistforskriften-med-kommentarer.pdf>

Oppdatert informasjon om spesialistutdanningen finnes på

<https://www.spesialisthelsetjenesten.no/lis/>

Ved innføring av ny spesialistutdanning for leger ble det påpekt at endringen med omgjøring alle grenspesialiteter til hovedspesialiteter ville medføre høy risiko for at det ville etablere seg langt flere nye vaktlag. Det ble påpekt at ny spesialistutdanning var en utdanningsreform, ikke en organisasjonsreform. Erfaringen så langt er at det siste likevel har skjedd. Denne utviklingen utfordrer alle landets sykehus. Selv på store sykehus blir vaktlag per hovedspesialitet små, med de utfordringer det gir for gode arbeidsplaner, vaktbelastning og for pasientbehandlingen (se beskrivelse av eksempler i teksten over, side 7).

Før innføring av ny spesialitetsstruktur ble det diskutert om man ville oppnå generell vaktkompetanse for indremedisin og kirurgi ved fullføring av generell del av utdanningen. Det ble konkludert med et ja, men det var noe uklart i hvilken grad vaktkompetanse etter fullført generell del av utdanningen betød at man ble vaktkompetent for generell overlegevakt i disse spesialitetene. I tillegg er det et faktum at det ikke ble formalisert vaktkompetanse som et av læringsmålene i generell del av utdanningen eller at vaktjeneste ble lagt inn som krav i spesialistutdanningen.

Frem til 2013 hadde man også hatt et system med stram nasjonal styring av antall legestillinger i sykehusene. Dette systemet ble endret i 2013 og helseforetakene fikk da mulighet til å opprette nye legestillinger ved prioriterte behov som del av de ordinære budsjettprosessene. Dette var en forutsetning de regionale helseforetakene forpliktet seg til.

Flere sykehus rapporterer nå om at antall LIS-stillinger (lege i spesialisering) nå i større grad er dimensjonert for å dekke behovet for å ha nok leger i vakt, og ikke dimensjonert i tråd med utdanningsbehov for framtidig behov for faglig kapasitet.

Etter etablering av ny ordning for spesialistutdanning ble spesialiteten akutt- og mottaksmedisin opprettet. Denne spesialiteten har innretning mot breddekompetanse og håndtering/avklaring av pasienter i akuttmottak og inngår som en av hovedspesialitetene som forutsetter gjennomføring av fellesdelen av de indremedisinske læringsmål. Mange sykehus har satset på denne spesialiteten, mens andre sykehus har vurdert at denne kompetansen kan dekkes av spesialister i indremedisin.

Tilsvarende har mange sykehus etablert geriatriske avdelinger for å håndtere eldre pasienter med mange og samtidige tilstander, mens geriatriske avdelinger ved andre sykehus i det vesentligste har innretning mot pasienter med funksjonsfall og/eller kognitive vansker. Arbeidsgruppen vurderer at disse to spesialitetene ikke alene dekker behovet for breddekompetanse og gode pasientforløp i indremedisin som er beskrevet i rapporten.

Innen kirurgi har mange på tilsvarende måte pekt på gastrokirurgi som faget som innehar mest breddekompetanse og som dekke behovet, gastrokirurgi-faget har imidlertid også beveget seg i en retning med betydelig spissing, og spesialister i gastrokirurgi kan heller ikke sies å dekke behovet for breddekompetanse og gode pasientforløp innen kirurgi i sykehusene.

Behovene som skal dekkes med breddekompetanse

Breddekompetanse kan dekke mange ulike behov. Generelt kan breddekompetanse og spisskompetanse representere to ytterpunkter der man ved breddekompetanse behersker en stor faglig bredde, men har avgrenset dybdekunnskap/ferdigheter for noen områder; mens man ved spisskompetanse behersker en vesentlig spissere del av medisinen og har betydelig dybdekunnskap og ferdigheter innen et bestemt avgrenset område.

Det er imidlertid ikke nødvendigvis noe motsetningsforhold i å ha både tilstrekkelig grad av bredde- og spisskompetanse, men det fordrer at spesialisthelsetjenesten er tydelige på hva som menes med breddekompetanse da ingen kan forventes å vite alt om alt. Et rimelig nivå på dette kan være at helseforetakene legger til rette for at overleger i noen grad bevarer breddekompetansen som var del av fellesdelen av utdanningen (både del1 og del2), dette vil forutsette klare forventninger til at helseforetakene utvikler tiltak i tråd med spesialisthelsetjenestelovens §3.10, med samspill og medvirkning fra overlegene og de øvrige delene av virksomhetene.

Norge er et langstrakt land, en lang kystlinje, store geografiske avstander med mange små og mellomstore sykehus. Omtrent halvparten av norske akuttisykehus har et befolkningsgrunnlag på 50.000 innbyggere eller mindre (2/3 deler av norske akuttisykehus har et befolkningsgrunnlag under 100 000), (kapittel 12, Nasjonal helse- og sykehusplan 2016-2019 - [lenke](#)).

Som beskrevet over er breddekompetanse en forutsetning for god drift av alle sykehus, men spesielt for alle landets små og mellomstore sykehus. Det er et mål at en skal desentralisere

det en kan, og sentralisere det en må, samtidig som helsetjenesten skal behandle pasientene på lavest effektive omsorgsnivå.

På samme måte som pasienter bør gis et tilbud i primærhelsetjenesten istedenfor spesialisthelsetjenesten om mulig, er det også et viktig prinsipp at pasienter som kan få behandling nær hjemmet på sitt lokalsykehus bør kunne få dette istedenfor på et større sykehus langt fra hjemmet. Dette kan beskrives som LEON-prinsippet – lavest effektive omsorgsnivå – og forutsetter ofte breddekompetanse hos leger og sykepleiere, i tillegg til gode rutiner for samhandling med videre (referanse St. meld nr 9, 1974-1975 – Sykehusutbygging mv. i et regionalisert helsevesen).

Leger med breddekompetanse er helt sentralt for å ha fungerende vaktordninger ved mellomstore og små sykehus. Ved de store sykehusene kan behovet for vaktberedskap løses gjennom etablering av mindre brede vaktlag/vaktlinjer, men også der er breddekompetanse viktig for å sikre mest mulig effektive pasientforløp og for å unngå økning i antall vaktlag/vaktlinjer. Denne oppdelingen ved universitetsklinikkene trekker også til seg flere LIS leger og gjør rekrutteringen til de mindre sykehusene ekstra vanskelig. Det vil ikke være bærekraftig, verken på kort eller lang sikt, å opprettholde eller etablere enda flere vaktlag/vaktlinjer for å dekke en organisatorisk oppdeling med et høyspesialisert fokus. Andelen lokalsykehusfunksjoner ved de store sykehusene utgjør den klart største delen av driften. Å bygge faglig kapasitet for alle spissfunksjoner vil igjen bidra til ineffektiv utredning og behandling for en stor andel av pasientene ved disse sykehusene (se beskrivelse side 7).

En strategisk satsing på breddekompetanse vil etter arbeidsgruppens vurdering være et av de viktigste tiltakene som kan bidra til å sikre en fremtidig bærekraftig spesialisthelsetjeneste der pasienter med flere samtidige tilstander kan få en helhetlig utredning og behandling. Den demografiske utviklingen vil medføre at antall pasienter med flere samtidige tilstander øker, men det er også grunn til å bekymre seg for at vanlige livsstilssykdommer kan bli mer vanlig i ung alder. Det alminnelige vil kreve mer av sykehusene med en gradvis økning av pasienter med flere samtidige og «vanlige tilstander».

For å definere breddekompetanse mener arbeidsgruppen at man må ta utgangspunktet i behovene for breddekompetanse:

- Bemanne vakt. Helseforetakene må kunne bemanne vaktordninger på overlege/spesialist-nivå ved alle landets akutt-sykehus 24/7/365. For arbeidsgruppen er det særlig lagt vekt på behov innen indremedisin og kirurgi, men behovene er også relevant for andre fagfelt.
- Utrede og behandle pasienter med uklare/flere tilstander. Mange pasienter har flere samtidige tilstander som må håndteres i sammenheng. Ofte har pasientene uklare symptomer/sykdomsbilder der breddekompetanse er nødvendig for utredning, diagnostikk og behandling. Det vanligste er det vanligste.

Dette er spesielt viktig innen indremedisin, men også for kirurgi vil det være behov for å ha tilstrekkelig breddekompetanse for å kunne diagnostisere pasienter med

uklare symptombilder og for å håndtere pasienter med uventede funn eller komplikasjoner under operasjon.

En høy andel av pasientene *som behandles i alle* landets sykehus har samtidig flere vanlige tilstander der kompetanse til å vurdere og behandle alle pasientens tilstander i en helhet er svært viktig, for pasientene og for den samlede ressursbruken. Dette innebærer også kompetanse til å prioritere mellom ulike tilstander pasienten har, og å sette behandlingsbegrensninger ved sammensatte tilstander.

Dersom pasienter med vanlige tilstander skal utredes og behandles av spesialister/vaktlinjer uten breddekompetanse vil dette føre til en ytterligere økning i antall internhenvisninger, mye ekstra dialog og forespørsler mellom spesialitetene, noe som igjen vil gi en mer intens og travel arbeidssituasjon for legene både på dagtid og kveld/natt/helg og forsterke situasjonen med at «alle venter på andre».

- Effektiv pasientbehandling. En trend med økende spisskompetanse på bekostning av breddekompetanse vil gi høy risiko for sub-optimal pasientbehandling og ineffektiv håndtering av et betydelig antall pasienter (se beskrivelse side 7). Store universitetssykehus er også lokalsykehus for sitt opptaksområde og lokalsykehusfunksjonene for disse sykehusene utgjør hovedaktiviteten. Dette er ikke en god utnyttelse av helsetjenestens ressurser, ei heller god pasientbehandling. Strategisk oppmerksomhet på breddekompetanse i sykehusene vil også legge til rette for bedre samhandling med fastlegene og trolig bidra til mer effektive pasientforløp mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.
- Robust- og fleksibel bemanning. Helseforetakene må ha legebemanning som er robust, fleksibel og som kan legge til rette for balanserte arbeidsplaner. Dersom alle sykehus skal ha tilstrekkelig antall overleger i alle ulike spesialiteter for å dekke tilstrekkelig faglig vaktkapasitet, vil det ikke være et tilstrekkelig antall overleger i Norge. Det er derfor helt sentralt at et tilstrekkelig antall overleger har bred kompetanse og kan yte spesialisthelsetjenester til pasienter med vanlige tilstander. Det vil redusere sårbarheten betydelig også for avvikling av utdanningspermisjoner/forskning, ferie, høytid eller sykdom og redusere behovet for å benytte innleie av leger.
- Håndtering av egne pasienter. Alle leger i helseforetakene som har oppfølgingsansvar av pasienter *må* beherske tilstrekkelig bredde for å kunne håndtere nyoppstått akutt tilstand og håndtering av vanlige tilstander for de pasienter en har ansvar for. Alle leger har tilegnet seg slik kompetanse gjennom grunnutdanning og LIS1 tjeneste.

Det må gis rom for å håndtere bredde uten at det skal forventes konferering med leger med spisskompetanse. Eksempelvis må alle leger kunne håndtere initial håndtering av egne pasienter med vanlige tilstander som lungebetennelse eller diabetes og ha kunnskap nok til å vite når man bør konferere med spesialist.

Det kan for eksempel ikke være forventet at man er lungelege for å vurdere en KOLS-pasient eller endokrinolog for å dosere insulin.

- Faglig eierskap. Få leger eller fagmiljø har tatt et aktivt eierskap til utvikling av breddekompetanse for indremedisin og kirurgi. Et slikt aktivt eierskap vil innebære å ta ansvar for fagutvikling, opplæring, forskning og annen anerkjennelse av breddekompetanse (eksempelvis fremsnakk). For å styrke breddekompetansen vil det være sentralt at det gis mulighet for å ta slikt eierskap.

Behovene i indremedisin og kirurgi er noe ulike. Flere av kulepunktene som er beskrevet over er viktigere for indremedisin. *Første kulepunkt er imidlertid sannsynligvis enda viktigere for kirurgi* der det vil være sentralt å definere hvilken kompetanse/ferdigheter og hvilke prosedyrer som er nødvendig/må beherskes for å ivareta døgnberedskap for det kirurgiske fagfeltet og hvordan dette best kan organiseres og vedlikeholdes.

For å løse utfordringene for kirurgi er det trolig nødvendig med større endringer som en kan anta at det kan være krevende å bli enige om. Norsk kirurgisk forening har nylig publisert egen rapport om dette, se side 15-16 for omtale av denne rapporten.

Etter innføring av ny spesialistutdanning ble tidligere grenspesialiteter omgjort til hovedspesialiteter og flere av disse legene deltar ikke lenger i generell kirurgisk/bløtdelskirurgisk vakt. Dette har ført til svekket faglig kapasitet til å delta i vaktordningene som presser vaktlagene, konsentrerer vakt deltakelse til færre medarbeidere, som igjen øker den samlede belastning for vaktbærende fag.

Hvorfor er breddekompetansen fortrenget de siste årene?

Utviklingen over en del år med særlig oppmerksomhet på spisskompetanse og en svekking av kompetansen innen indremedisin og generell kirurgi har flere årsaker. Det er viktig å identifisere disse for å kunne utarbeide treffsikre modifierende tiltak som kan «ta tilbake» generell breddekompetanse som en viktig, anerkjent og prioritert kompetanse.

Arbeidsgruppen har pekt på følgende årsaker:

➤ **Regulatoriske rammer for spesialistutdanning**

- De regulatoriske rammene er slik at man ved spesialistutdanning i to hovedspesialiteter (eksempelvis indremedisin og nyremedisin) vil være i utdanning i ytterligere minst 3/4 år etter endt utdanning i en hovedspesialitet. Dette kravet følger av tilpasning til EU-regelverket. En fravikelse av dette med etablering av nasjonal ordning (uten harmonisering med EU regelverket) er ikke etablert.
- Spesialistutdanning av leger i Norge er kompetansebasert, med forskriftsfestede læringsmål. Ansvar for kompetansevurdering er lagt til helseforetakene, som skal legge til rette for faglig forsvarlige spesialistutdanningsløp og garantere at spesialistkompetanse er oppnådd før læringsmål godkjennes.

➤ **Helseforetakenes utdanningsplaner for indremedisin og generell kirurgi**

- Mange har påpekt at helseforetakenes utdanningsplaner, eller mangel på disse, for fellesdelen av utdanningene i indremedisin og kirurgi i liten grad er tilstrekkelig innrettet mot at LIS legene først skal utvikle tilstrekkelig breddeferdigheter for å dekke kravene i fellesdelen av utdanningen først for deretter å gå videre i utdanningsløpet og dekke den spesialiserte delen av utdanningen.
- Arbeidsgruppen har fått tilbakemelding om at nyansatte LIS leger i flere sykehus i vesentlig grad får opplæring begrenset til læringsmålene i den spesialiserte delen av utdanningen. Dette fører til at det ikke gis anledning til å lære den breddekompetansen som er nødvendig for å dekke læringsmålene i fellesdelen. Dette fører til at *det reelt sett ikke oppnås vaktkompetanse*. Der dette skjer, er det forståelig at legene opplever mindre trygghet på vakt.
- Spesialistutdanning i to hovedspesialiteter krever dokumentasjon og godkjenning av langt flere læringsmål som ofte er ganske like (spesialistutdanning i indremedisin har per nå 153 felles læringsmål i fellesdelen og 104 læringsmål i den spesialiserte delen, og spesialistutdanning i generell kirurgi har per nå 59 felles læringsmål i fellesdelen og 173 læringsmål i den spesialiserte delen).
- Praktisering av kompetansevurdering er i mange enheter ikke god nok. Arbeidsgruppen stiller spørsmål om det faktisk blir gjort en god nok underveis-vurdering av om legene har/får tilstrekkelig kompetanse. Gode strukturerte tiltak for oppfølging, veiledning og underveis evaluering bør uansett komme raskt på plass for alle leger i spesialisering, der dette ennå ikke er en integrert del av LIS utdanningen.
- Mange virker å ha oppfattet at minstetid på 5 år totalt for generell og spesialisert del er en norm for utdanningstid. Dette har i mange sykehus

bidratt til at fellesdelen av utdanningene i mange sykehus er forventet gjennomført på kortere tid enn hva som var tiltenkt (3 år for indremedisin og 2 år for kirurgi).

- Det er i nåværende ordning for spesialistutdanning ikke krav om deltagelse i vaktordning under utdannelsen, dette var et krav i tidligere ordning for spesialistutdanning. Dette kunne vært lagt inn som del av utdanningsplanene.

➤ **Formalisering av breddekompetanse**

- En av forutsetningene for den nye spesialiststrukturen var at LIS leger skulle være vaktkompetent etter gjennomført fellesdel av utdanningsløpet. Det ble aldri formalisert, men har like fullt vært en forutsetning for ny spesialistutdanning. Konsekvensen er at leger uttrykker usikkerhet om egen kompetanse til å gå vakt som forutsetter breddekompetanse når denne kompetansen ikke er formalisert.

Tidligere var ikke dette et tilsvarende problem da overlegene var spesialist i indremedisin eller kirurgi før videre spiss spesialisering. Fullført fellesdel av utdanningen, spesielt innen kirurgi, er nå ikke tilstrekkelig for å være vaktkompetent som legespesialist og overlege i bakvakt.

- For leger som har formell godkjenning som spesialist i indremedisin eller kirurgi vil dette fungere som et kompetansebevis når legene håndterer tilstander som ligger noe utenfor pasientgruppen den enkelte håndterer til daglig. Leger utdannet i ny ordning har ikke et kompetansebevis og enkelte stiller spørsmål ved hvilken posisjon man vil være i om man skulle gjøre en feilvurdering for en pasient med tilstand som ikke inngår i feltet der man har fullført spesialistutdanningen. Denne utrykgheten kan ikke oversees.
- Det opplyses at leger opplever en psykologisk barriere mot å håndtere tilstander som ligger utenfor det man håndterer til daglig. Vedlikehold av breddekompetanse krever god organisering av den daglige driften i tillegg til innsats av den enkelte lege. Arbeidsgruppen får opplyst at mange leger opplever at det ikke er systematisk tilrettelagt for dette i den daglige driften.
- Flere tilstander er svært komplekse, vanskelige å behandle og krever mye oppmerksomhet og størst mulig volum. Dette kan være vanskelig å kombinere med vedlikehold av breddekompetanse. Faglig utvikling har ført til stort kunnskapsvolum som har gjort det mer krevende å holde seg oppdatert.

➤ **«Frykten for å gjøre feil», eller trygghet rundt egen kompetanse i vakt sammenheng.**

- Leger er mer bekymret i dag enn tidligere og frykter mer og mer å gjøre feil. Dette begrunnes med flere forhold, blant annet frykt for spredning av negative omtale på sosiale medier og internett og konsekvenser av myndigheters gjennomgang av hendelser der det er spisskompetente som vurderer om det kunne vært andre tiltak/vurderinger som kunne vært gjort. Arbeidsgruppens forslag er at det må etableres faglige rammer som bidrar til faglig trygghet og opplevelse av å ha «god nok kompetanse».
- Leger som praktiserer innen en stor bredde av medisinen vil oftere være i situasjoner hvor man håndterer problemstillinger som er i randsonen av egen

spisskompetanse. Eksempelvis kan man være spesialist i blodsykdommer, men delta i indremedisinsk vakt der man må håndtere pasienter med hjertesykdom, nyresykdom etc.

Det opplyses at leger kjenner på en frykt for at media, befolkning eller også egne kollegaer stiller spørsmål ved om man hadde tilstrekkelig kompetanse til å håndtere den aktuelle problemstillingen.

- Kontroller/klager til statsforvalter og helsetilsynet er blitt mer vanlig. Det kan komme kritikk eller forbedringsforslag etter gjennomgang fra disse instansene. Det opplyses at leger opplever at dette i mange tilfeller oppleves som etterpåklokskap av krevende avgjørelser som er tatt i akutte/pressete situasjoner. Det er en utfordring at det ofte er overleger med særlig spisskompetanse på den aktuelle problemstillingen som vurderer klagesaker og at man dermed måles mot «superspesialistens» gullstandard. Selv om antall saker per år der enkeltleger får kritikk for de faglige vurderingene eller tiltakene som ble gjort er få, opplyses det at mange leger, (spesielt yngre leger), er bekymret for konsekvensene det eventuelt kan få.

➤ **Økende forventninger til spisskompetanse**

- På tross av at *breddekompetanse hos behandler ofte gir en bedre pasientbehandling gjennom en bedre helhetsforståelse av pasientens behov* er det hos pasient og pårørende høye forventninger om at ansvarlig overlege har spisskompetanse innenfor det som oppfattes som den aktuelle sykdommen. På denne måten oppstår et misforhold mellom det pasienten ofte trenger og det pasienten tror han/hun ønsker. En lege med breddekompetanse vil i større grad gi et overblikk over hva som kan gi den beste helhetsbehandlingen for pasienten. Det vil spare pasienten for innleggelse og raskere avklaring og behandling. Hvordan og på hvilken måte en kan løfte, styrke og synliggjøre at dette er høy kvalitet, vil være helt avgjørende for å løfte anseelsen til breddekompetanse.
- Også blant helsepersonellet er dette viktige diskusjonstema. Det er nå for mange situasjoner vanlig at helsepersonellet selv uttaler: «vi må vente til spesialisten på det aktuelle kommer....», «jeg er ikke spesialist på dette, så». En nedgradering av breddekompetanse i den daglige talen, påvirker og forsterker i stor grad utviklingen.

➤ **Lav prioritering av breddekompetanse ved ansettelser i helseforetakene**

- Helseforetakene har de siste årene økt den polikliniske aktiviteten betydelig. Det kan ofte være mest effektivt og med høy faglig kvalitet når dette dekkes av hver enkelt spesialitet, (selv om det for pasienten kan medføre flere konsultasjoner enn om pasienten fikk konsultasjon hos breddespesialist). Dette hensynet veier ofte tungt ved utlysning av nye stillinger og ved planlegging og organisering av den daglige driften.
- Helseforetakene ønsker å beholde og utvikle funksjoner som krever spisskompetanse og for dette kreves et minimum antall spesialister innen de enkelte spesialitetene. Hvilket minimumsantall som kreves vil variere og vil avhenge av blant annet geografiske forhold, demografisk utvikling, behov,

aktivitetsvolum, regionale eller lokale samarbeidsavtaler med andre sykehus og kritikalitet for drift, for å nevne noe. Uansett hvordan og på hvilken måte en vurderer dette er det en kilde til vekst/behov for leger.

- **Høy vaktbelastning og høy intensitet på vakt kan bidra til at flere overleger vegrer seg for å delta i vaktarbeid**
 - Helseforetakene må ha fungerende vaktlag som dekker indremedisin og kirurgi. Mange overleger opplever at vaktarbeidet er faglig svært interessant og nyttig, gir høy mening når det mestres, mens andre opplever det som mindre faglig interessant.
 - Deltagelse i disse vaktlagene innebærer pliktig arbeidstid på kveld, natt, helg og høytid, noe mange helst kunne tenke seg å unngå.
 - Totalt antall overleger i en enhet er oftest ganske konstant. Dersom det er flere leger som ikke deltar i vakt, vil det bli færre leger å fordele vaktarbeidet på, vaktbelastningen vil bli lagt til færre leger, med de konsekvenser det medfører. Blant annet vil høy vaktbelastning ofte forsterke utfordringene med å beholde, utvikle og rekruttere LIS-leger.

- **Lav anseelse for breddespesialitetene**
 - Både i befolkningen og mellom leger har det generelt vært mer ansett å være svært spisskompetent enn å ha stor breddekompetanse. Dette har vært forsterket av at det har vært utlyst svært få overlegestillinger med spesifikke krav om breddekompetanse.
 - Mange av universitetssykehusene har hatt lite fokus på fagutvikling innen de generelle spesialitetene. Mange av universitetssykehusene har også inntil nylig i liten grad anerkjent nytten av egne avdelinger med fokus på indremedisin og generell kirurgi.
 - Mange leger og sykehus rapporterer at få leger/fagmiljø har tatt eierskap til fellesdelene av utdanningene i indremedisin og kirurgi.

Beskrivelse av relevant ekstra kunnskapsgrunnlag

Trenden med svekkelse av breddekompetanse er en trend som man også ser i flere andre vestlige land og for flere andre spesialiteter. Arbeidsgruppen har ikke hatt mulighet for å gjennomføre en grundig gjennomgang av kunnskapsgrunnlag fra litteraturen og gjennomgang av praksis i mange land. Arbeidsgruppen har imidlertid i rapporten beskrevet et kunnskapsgrunnlag for indremedisin i Canada og en rapport fra Norsk kirurgisk forening. Arbeidsgruppen har også blitt gjort kjent med en masteroppgave om breddekompetanse innen gynekologi feltet som konkluderer med at legene vil utdannes som generalister (se referanselisten).

Erfaringer fra Canada med generell indremedisin

Arbeidsgruppen inviterte med bakgrunn i artikkelen «The evolution of General Internal Medicine in Canada: international implications» til møte med forfatterne av artikkelen fra Canada. På tross av at Canada har et annet utdannings og opplæringsystem enn Norge hadde de opplevd lignende utvikling som i Norge med tanke på fragmentering av spesialiteten indremedisin i mange småspesialiteter, samtidig som generell indremedisin ikke ble anerkjent som en spesialitet. For 15 år siden ble man klar over et behov for å utdanne spesialister med stor breddekompetanse som kan ivareta de komplekse multimorbide pasientene som årlig øker i antall.

Spesialiteten generell indremedisin ble derfor etablert som egen spesialitet med godkjenning i Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. Utviklingen av utdannelsen har deretter vært en pågående prosess der man har tilstrebet å finne balansen mellom hvor mye som skal dekkes av den generelle spesialiteten vs. hva som skal overlates til subspecialitetene.

I Canada formidlet kandidatene i generell indremedisin til utdannelseskomiteen at de ikke følte seg trygge i rollen som indremedisiner når de var ferdige spesialister etter 4 år. Dette førte til at man endret utdanningen slik at den nå inneholder 2 ekstra år hvor man blant annet kan legge til rette for tilpasninger i spesialiseringen til de lokale forhold på det aktuelle sykehuset, for eksempel ved å legge til ekstra gynekologi og obstetikk dersom man skal være i et område der man må ta ansvar for dette.

Kirurgien har aldri vært fragmentert på samme måten i Canada. Alle blir generelle kirurger og deretter kan man fordype seg i spesielle deler av kirurgien.

Et viktig læringsmoment fra dette møtet var at en styrket utdanning av generelle indremedisinere hadde gjort denne spesialiteten til en svært populær spesialitet hvor legene opplevde stor grad av mestring.

Rapport fra Norsk kirurgisk forening

På årsmøtet til Norsk kirurgisk forening 26.10.2023 ble det besluttet å nedsette en arbeidsgruppe for å definere og utbedre skillet mellom generell kirurgi, gastroenterologisk kirurgi, og de øvrige kirurgiske spesialiteter. Rapporten ble godkjent av styret i Norsk kirurgisk forening 23.05.2024 og gir et viktig bidrag til utfordringsbildet og mulige tiltak ([lenke](#)).

Rapporten har følgende overordnede oppsummering:

- *Det er og vil bli et stort behov for kirurger med generell vaktkompetanse*
- *Dagens spesialistregler i generell kirurgi og gastroenterologisk kirurgi har mange like læringsmål*
- *Det utdannes for mange LIS i gastroenterologisk kirurgi i forhold til operasjonsvolumet som behøves for å bli selvstendig kirurg og i forhold til fremtidens behov for spesialiserte gastrokirurger.*
- *Det utdannes for få LIS i generell kirurgi for å dekke fremtidens behov for generell vaktkompetanse*
- *Vaktarbeid er lite insentivert med dagens lønnsmodell og misforholdet mellom arbeidsbelastning, ansvar og utdanning vs lønn bidrar til status-tap for vaktbærende spesialiteter.*

Rapporten beskriver også arbeidsgruppens forslag:

- *Generell kirurgi er den eneste spesialiteten i fremtiden med generell vaktkompetanse*
- *Etablere tydelig skille mellom generell kirurgi og gastroenterologisk kirurgi*
- *Bredt elektivt basisrepertoar i generell kirurgi*
- *Behov for revisjon av læringsmål i generell kirurgi og gastroenterologisk kirurgi og innføring av fordypningsområder med høyere kompetansekrav*
- *Nasjonale læringsmålplaner med forskriftsfesting av prosedyrer og kurs-utdanning.*
- *Obligatorisk å tilby spesialisering i generell kirurgi ved alle sjukehus*
- *Styrking av den nasjonale LIS-utdanning*
- *Betre tilrettelegging av rotasjoner i generell kirurgi-utdanningen*
- *Styrking av kvalitetsregistre*
- *Overlege-stillinger for spesialister i generell kirurgi*
- *Reduksjon av LIS-vaktlinjer*

Hva kan stimulere til ønsket og nødvendig endring?

For å bryte trenden med svekkelse av breddekompetanse til fordel for spisskompetanse kan det være nyttig å vurdere hvilke insentiver som kan stimulere til styrket breddekompetanse. Arbeidsgruppen har kort beskrevet disse som vist nedenfor, disse må virke i en sammenheng for at målet kan nås:

- Fra et faglig perspektiv
 - Variasjon – ønske om å jobbe med ulike tilstander/pasientgrupper
 - Spennende – og ofte fokus på pasienter med akutte eller uavklarte tilstander
 - Tydeliggjøre spesialitetens egenart med å være «spesialist» på å se hele pasienten – snarere enn hvert organ for seg
 - Faglig interessant – gi mulighet for utvikling
 - Mulighet for forskning og faglig fordypning
 - Inngå i et faglig fellesskap – nettverk, (i egen region og mellom regionene)

- Fra et pasientperspektiv
 - Ønske om at tilstander blir sett i et helhetsperspektiv
 - Ønske om helhetlig tilnærming med oppmerksomhet på den samlede helsetilstand snarere enn på hver enkelt diagnose for seg
 - Ønske om at flere sykdommer blir ivaretatt samtidig
 - Ønske om å unngå unødvendige undersøkelser og behandling
 - Ønske om at uklare og komplekse tilstander blir ivaretatt i et helhetsperspektiv slik at man ikke opplever 'å falle mellom alle stoler'

- Organisatoriske insentiver og bærekraftig spesialisthelsetjeneste
 - Prioritering av stillinger som krever breddekompetanse, (kan medføre at andre spesialiteter må vike i antall/omfang)
 - Unngå mot-insentiver: Det beste må ikke bli det godes fiende – hva er godt nok – må defineres i et tilsynsperspektiv og organisatorisk ramme som fremmer breddekompetanseperspektivet
 - Leger med breddekompetanse kan vurdere flere tilstander samtidig i et helhetsperspektiv og slik redusere behov for vurdering hos en rekke ulike grenspesialister.
 - Dersom flere leger kan dele på deltagelse i bredere vaktlag vil dette også ha potensiale for økonomiske effekter for helseforetakene og mer tilstedeværelse av overleger på dagtid.

- Insentiver for den enkelte leges arbeidshverdag
 - Mulighet for poliklinikk og dagarbeid som krever breddekompetanse (ikke bare vakt)
 - Mulighet for å følge pasienter over tid
 - Når en er på vakt vil legen være den viktigste pasienten kan møte i akkurat den situasjon pasienten er i, «de uvurderlige lege/pasient møtene».
 - Varierte og meningsfylte arbeidsoppgaver
 - Viktig bidragsyter til utdanning av gode breddespesialister og studenter

- Økonomiske insentiver
 - Breddekompetanse og/eller deltagelse i generell medisinsk/kirurgisk vakt kan vurderes som særlig viktig i avtaler mellom partene.

Arbeidsgruppens anbefalinger til tiltak

Med bakgrunn i de foregående vurderingene arbeidsgruppen har gjort, er det enighet om at det er et sterkt behov for å styrke breddekompetansen raskt og med tiltak som kan løses på ulike nivå, med og uten endringer i regulatoriske bestemmelser. Forslag til tiltak har tatt utgangspunkt i målet, årsakene til utviklingen og de beskrevne insentivene arbeidsgruppen er enige om som mål til for å få til nødvendig endring.

Arbeidsgruppen foreslår tre hovedanbefalinger som hver består av flere mulige tiltak. For noen av hovedanbefalingene er det også flere samtidige tiltak som mål til. Disse hovedanbefalingene og tiltakene bør sees i en sammenheng. Det vil trolig være nødvendig å arbeide med flere samtidig. De tre hovedanbefalingene beskrives mer grundig i teksten under, men kan oppsummeres som følger:

1) **Endringer i organisering og faginndeling i sykehusene.**

Dette innebærer re-organisering av deler av sykehusdriften, spesielt ved de største sykehusene. Dette vil blant annet innebære følgende:

- a) Etablering eller styrking av generelle indremedisinske og kirurgiske avdelinger i sykehusene og overføring av oppgaver til disse avdelingene. Større gjennomgang av organisering av døgntilrettelagt og poliklinisk pasientbehandling med etablering av større enheter som er organisert med fokus på breddekompetanse, vurdering av «hele pasienten» og de vanlige tilstandene. Nødvendige organisatoriske endringer kan skje over noe tid, men i kombinasjon med punktene over kan dette bidra til å forsterke muligheten til å nå målet.
- b) Opprette stillinger og tydelig karrierevei for spesialister med spesialisitet innen indremedisin eller generell kirurgi, med samtidig reduksjon i antall stillinger for spesialister i de nye hovedspesialitetene. Det skal ikke være vekst utover det som er en bærekraftig utvikling, det må gjøres omdisponering og prioritering.
- c) Styrking av de akademiske fagmiljøene innen breddekompetanse.

2) **Tiltak for å styrke breddekompetanse i dagens utdanningsløp.** Det viktigste her vil være å styrke breddekompetanse innen indremedisin og kirurgi innenfor dagens utdanningsløp og uten at det kreves endringer i regulatoriske rammer for LIS utdanningen. Dette vil blant annet innebære følgende:

- a. Bedre strukturering av fellesdelen av utdanningsløpene for indremedisin og kirurgi. Det skal legges særlig vekt på fellesdelen av utdanningsløpet før oppstart av den spesialiserte delen av utdanningsløpet. Dette kan gjennomføres med tydelige, gjensidig forpliktende og strukturerte utdanningsplaner i helseforetakene. Det må være krav om deltagelse i vakt under spesialistutdanningen.
- b. Bedre kompetansevurdering i spesialistutdanningen.
- c. Styrke breddekompetanse for overleger, med særlig vekt på vaktkompetanse. For deltagelse i generell overlegevakt kan det for eksempel være krav om gjennomført fellesdel og spesialisert del av utdanningsløpet i tillegg til deltagelse i avdelingens kompetanseplan for overlegevakt. Det må stilles tydelige kompetansekrav.

Kompetansevurdering av legene må være satt i system (f.eks. ved bruk av standardiserte kompetansevurderingsverktøy).

- d. Strukturering, samordning og tilrettelegging av utdanningsløp for å bli dobbelspesialist (eksempelvis indremedisin og nyresykdommer).

3) **Større revisjon av læringsmålene i indremedisinske og kirurgiske spesialiteter.**

Hensikten bør være å gjøre en ny full gjennomgang av hva spesialisthelsetjenesten i Norge har behov for- og utdanne spesialister i tråd med behovet. Dette vil blant annet innebære følgende:

- a) Gjennomgang av læringsmål i fellesdelen av utdanningsløpene for indremedisin og kirurgi med sikte på å beskrive nødvendig breddekompetanse som er nødvendig for alle som blir spesialist innenfor en av de nye hovedspesialitetene. Her kreves grundigere gjennomgang for kirurgi enn for indremedisin.
- b) Grundig gjennomgang av læringsmål i den spesialiserte delen av utdanningen for hovedspesialitetene indremedisin og generell kirurgi.
- c) På bakgrunn av dette gjennomføre en grundig gjennomgang av læringsmålene i de nye hovedspesialitetene for å sikre harmonisering i tråd med tjenestens og pasientenes behov (for eksempel i tråd med anbefalingene fra Norsk kirurgisk forening).
- d) Vurdere muligheter for strukturelle endringer i spesialitetsstrukturen for å legge til rette for at det vanlige ble at alle ble spesialist innen indremedisin eller generell kirurgi og at det ble gitt mulighet for videre spesialisering eller fordypning i de nye hovedspesialitetene. Dette kunne vært gjennomført gjennom endring av de regulatoriske rammer, men kan også gjennomføres ved endringer av forutsetninger ved ansettelse og tydelige karriereplaner uten endring av de regulatoriske rammer.

De ulike hovedanbefalingene kan gjennomføres i ulik hastighet. Flere av underpunktene i hovedanbefaling 2 vil kunne gjennomføres relativt raskt, mens hovedanbefaling 3 vil kreve et grundig forberedende arbeid som bør avgrenses i tid før gjennomføring. Hovedanbefaling 1 vil måtte skje gradvis, men det er allerede vanlig med slike enheter ved mange av landets sykehus, og det viktigste vil være strategisk oppmerksomhet og en styrking av dette over tid.

Hovedanbefaling 1 – Etablering av generelle indremedisinske og kirurgiske enheter i sykehusene – spesielt ved de største sykehusene

Denne anbefalingen tar utgangspunkt i at det samtidig gjøres en større re-organisering av driften ved de indremedisinske og kirurgiske avdelingene i sykehusene med etablering/re-organisering av enheter der bredde spesialister har ansvaret. Ved de mindre sykehusene er de fleste avdelinger organisert på denne måten, men enhetene blir i dag typisk mer og mer spesialisert ved økende sykehusstørrelse. De største sykehusene har dog ofte organisert egne korttidsposter/observasjonsposter som bemannes av leger med breddekompetanse og der mange ulike pasientgrupper vil få behandling.

For å gjøre slike avdelinger mer attraktive burde det imidlertid gjøres en re-organisering av disse avdelingene slik at de ble organisert med både sengepost og poliklinikk, ved at sengeposten fikk ansvar for hele innleggelsen (og ikke bare de første døgnene) og at avdelingen fikk hovedansvar for håndtering av endel vanlige tilstander. Pasienter som vil ha særlig nytte av slik organisering er pasienter med flere samtidige tilstander som krever mer enn det fastlegene kan ventes å håndtere, men der det samtidig ikke er behov for spisskompetanse. Eksempler på dette kunne være pasienter som har flere samtidige vanlige tilstander som diabetes, hjerte-kar sykdom og klinisk forverring som tilsier behov for oppfølging i spesialisthelsetjenesten istedenfor hos fastlege. Tilnærmingen ville forutsette endringer i tråd med hovedanbefaling 2 og 3.

Denne hovedanbefalingen kunne tenkes gjennomført på to ulike måter, enten med en stor initial endring og større omorganisering i sykehusene, eller med en gradvis re-organisering. En forutsetning for at slike enheter kan være effektive og drives med høy kvalitet er at spesialister innen breddespesialitetene indremedisin og kirurgi får et hovedansvar og at alle som arbeider i slike enheter forventes å ha en bred tilnærming til utredning og behandling av pasientene. De aller fleste sykehus har i dag trolig spesialister med tilstrekkelig breddekompetanse til å etablere slike enheter, men videre oppbygging vil kreve strategisk oppmerksomhet i helseforetakene. Erfaringer fra enkelte sykehus er at det kan være vanskelig å rekruttere til slike avdelinger og at oppbygging av slike enheter med tilsvarende reduksjon av mer spesialiserte avdelinger vil kreve grundige prosesser i helseforetakene. Arbeidsgruppen mener derfor at slike avdelinger bør bygges opp gradvis.

Hovedanbefaling 1 vil gi grunnlag for sterke fagmiljøer innen breddespesialitetene. Et økende antall eldre pasienter tilsier også at det er behov for enheter/sengeposter som kan håndtere pasienter med mange samtidige tilstander. Tilnærmingen vil dermed være fremtidsrettet.

[Hovedanbefaling 2 - Tiltak for å styrke dagens utdanningsløp innen breddekompetanse](#)
Denne hovedanbefalingen tar utgangspunkt i at det raskt kan gjøres tiltak for å styrke dagens utdanningsløp, etablering av rutiner for kompetansevurdering for generell vaktkompetanse og regelmessig arbeid på annen seksjon/avdeling. For denne første delen bør det settes ambisiøse forventninger til tid for gjennomføring. Denne hovedanbefalingen kan gjennomføres uten endring av regulatoriske bestemmelser.

En revisjon av læringsmålene for indremedisin og generell kirurgi må gjennomføres. Som del av denne revisjonen må det være oppmerksomhet på og krav til å tilpasse læringsmålene til andre spesialiteter (de nye hovedspesialitetene) og det faktiske behovet i sykehusene. Det bør også arbeides for å samordne og tilrettelegge for utdanningsløp for å kunne bli dobbelspesialist (eksempelvis indremedisin og nyresykdommer).

Styrking av dagens utdanningsløp kan gjøres ved at det skal være fokus på fellesdelen av utdanningen før oppstart i den spesialiserte delen, det kan gis sterkere nasjonale retningslinjer i sykehusene for hvordan fellesdelen av utdanningene skal planlegges og gjennomføres og kompetansevurdering kan styrkes ytterligere.

Disse tiltakene kan gjennomføres som en del av det organisatoriske systemansvaret, selvsagt basert på tilslutning og medvirkning. Det bør trolig også være særlig oppmerksomhet på den første delen av spesialistutdanningen for raskest mulig å gjøre LIS legene trygge på vakt. Det ville være viktig med klare krav til helseforetakene om gjennomføring fra de regionale helseforetakene. Det bør samtidig arbeides for at flere leger under fellesdelen av utdanningene arbeider ved generelle enheter i større sykehus eller mellomstore/mindre samarbeidende sykehus.

Etablering av rutiner for kompetansevurdering for generell vaktkompetanse ville kunne innebære at overlegene måtte oppnå spesifikke krav for å kunne delta i generell vakt. En slik veileder ville være veiledende, og for det enkelte sykehus ville man uavhengig av aktuelt sykdomspanorama kunne åpne for lokal tilpasning i tråd med lokale behov. Ett eksempel kan være at overleger innen indremedisin ved noen sykehus skal håndtere nevrologi og barn, mens det for de fleste sykehusene ikke vil være behov for disse kompetansekravene. En konkret kompetansevurdering bør gjøres så enkel som mulig og primært bestå i fullført fellesdel av utdanningen (eller tilsvarende om det er gjennomført i andre land mm), fullført spesialisert del av utdanningen innen en av de indremedisinske eller kirurgiske spesialitetene og etablert kompetanseplan.

Sykehusets kompetanseplan kunne bestå av deltagelse på avdelingens internundervisning (rettet både mot fellesdel og spesialisert del av utdanningen), deltagelse i sykehusets vaktordning og regelmessig arbeid/hospitering på dagtid på avdelinger/sengeposter som er viktige for vaktkompetanse, (eksempelvis tjeneste på intensiv-avdeling eller medisinsk/kirurgisk overvåkning). De aller fleste av disse tiltakene er innenfor det organisatoriske systemansvaret. Krav til gjennomføring kan være i oppdragsdokument fra de regionale helseforetakene til det enkelte helseforetak og det vil være nødvendig å holde oversikt over dette på lik linje med annen formell kompetanse.

For å redusere sårbarheten for legebemanningen og bidra til å redusere unødvendig intensitet og vaktbelastning er det i mange avdelinger praksis at ulike legespesialiteter regelmessig arbeider ved annen seksjon/avdeling. Man kan for eksempel være spesialist i infeksjonsmedisin, men regelmessig ha diabetespoliklinikk. En økt bruk av slike modeller for ferdige spesialister vil redusere sårbarhet ved fravær (eksempelvis på grunn av sykdom, skade, ferie, utdanningspermisjon med videre) og gi større grad av variasjon i arbeidshverdagen for legene.

Det er grunn til å tro at regelverket som krever 3¼ år ekstra utdanning for å oppnå dobbelspesialitet innen en breddespesialitet + en annen spesialitet har en motvirkende effekt mot at leger velger denne karriereveien. Behovet for å ha dobbelspesialitet vil være mindre om det var etablert gode rutiner for kompetansevurdering for overleger for generell vakt. For legene kan selve prosessen med å sende læringsmål til godkjenning legges bedre til rette ved at det er vurdering av læringsmål uten at legene nødvendigvis må markere alle læringsaktiviteter som gjennomført en gang tidligere, en gang til, (ofte er det en del overlapp mot andre læringsmålsplaner).

Fordeler med denne hovedanbefalingen er at tiltakene kan iverksettes raskt og helseforetakene vil ikke være avhengige av et omfattende nasjonalt regulatorisk arbeid med endring av læringsmålene i de ulike spesialitetene. Mange av tiltakene kan gjennomføres i helseforetakene uten at det er behov for større endringer i den daglige driften.

Det er også grunn til å forvente at tiltakene vil kunne ha betydelig positiv effekt på breddekompetanse, spesielt innen indremedisinske fag. For at denne hovedanbefalingen skal være like nyttig for kirurgiske spesialiteter vil det trolig også måtte gjøres en større revisjon av læringsmålene innen generell kirurgi.

Hovedanbefaling 3 – Større revisjon av utdanningsløpene og læringsmål

Denne hovedanbefalingen tar utgangspunkt i en omfattende endring i læringsmålene for indremedisin og kirurgi. Det må både gjøres en grundig gjennomgang og revisjon av læringsmålene for fellesdelen av utdanningene (spesielt innen kirurgi), den spesialiserte delen av utdanningene innen indremedisin og generell kirurgi og en tilpasning av læringsmålene for de nye hovedspesialitetene. En slik endring må ta utgangspunkt i behovene i sykehusene. Rapporten fra Norsk kirurgisk forening beskriver hvordan dette kunne gjøres for de kirurgiske spesialiteter. Denne rapporten er imidlertid basert på en relativt avgrenset arbeidsgruppe og et arbeid som dette bør gjennomføres med bred involvering fra sykehusene, legeföreningen og ledes av RHF-ene på oppdrag fra Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet har for 2024 fått oppdrag om å «gjennomgå læringsmål i relevante spesialiteter og videreutvikle spesialitetsstrukturen for å innrette spesialiseringen av leger mot pasientenes og tjenestens behov, herunder for breddekompetanse» og dette arbeidet har startet. Hovedanbefaling 3 kan sees i sammenheng med dette oppdraget, men RHF'ene mener at sykehusenes behov og organisering er så viktige i et slikt arbeid at det burde ledes av RHF'ene.

Det er beskrevet flere steder i rapporten hvor sentralt det er at spesialister innen de indremedisinske og kirurgiske spesialitetene har tilstrekkelig breddekompetanse. Arbeidsgruppen vurderer at læringsmålene i fellesdelen av utdanningen for de indremedisinske spesialiteter i stor grad er dekkende for hvordan breddekompetanse kan defineres for ferdige spesialister. Arbeidsgruppen vurderer imidlertid at læringsmålene i fellesdelen for de kirurgiske spesialiteter ikke er dekkende for hvordan breddekompetanse kan defineres for ferdige spesialister. Dette kan ha flere ulike årsaker. Blant annet forventes alle spesialister innen de indremedisinske spesialiteter å kunne delta i indremedisinsk vakt, mens dette er omdiskutert innen de kirurgiske spesialiteter. Innenfor det kirurgiske fagfeltet utgjør også gastrokirurgi en sentral del av kompetansen som kreves på vakt, og denne kompetansen kreves ofte på ganske høyt nivå og det kan være vanskelig å lage gode systemer for at alle spesialister innen de kirurgiske fagfelt kan inneha denne kompetansen. For de kirurgiske spesialiteter må det derfor gjøres en grundig vurdering av behovene for justering i fellesdelen av utdanningene.

Arbeidet med revisjon av læringsmålene for den spesialiserte delen av utdanningene for indremedisin og generell kirurgi må avgrense breddespesialitetene mot de andre spesialitetene. Dette vil være viktig for å redusere unødvendig dublering av læringsmål og for å tydeligere definere arbeidsoppgaver for breddespesialitetene.

Som beskrevet av Norsk kirurgisk forening er det en ganske stor del av aktiviteten med høyt volum der man som breddespesialist kan ha betydelig faglig bredde og gi svært viktige bidrag til pasientbehandlingen.

Dette vil også være tilsvarende for indremedisin der de vanlige tilstander som diabetes, KOLS, mild-moderat hjerte eller nyresvikt for eksempel kan håndteres av breddespesialist og ikke krever endokrinolog, lungelege etc. Læringsmålene for indremedisin vil også ha stor nytte av en større spissing mot hva de generelle indremedisinerne skal være spesielt gode på, dagens læringsmål definerer en utdanning der spesialistene skal kunne «mer av alt».

Denne tilnærmingen vil også kreve en endring i hvilke spesialiteter sykehusene skal beholde, utvikle, rekruttere og gi et karriereløp for. Det vil være helt sentralt at det opprettes attraktive stillinger for spesialister i indremedisin og generell kirurgi.

En annen tilnærming kan være å ta tilbake spesialitetsstrukturen som eksisterte før 2019 for indremedisin og kirurgi som hovedspesialiteter og øvrige spesialiteter som grenspesialiteter. Dette kunne være mulig å kombinere med dagens utdanningsstruktur med læringsmål, men ville sikre at alle indremedisinske og kirurgiske leger var formelt godkjent innenfor indremedisin og kirurgi. Dette ville imidlertid kreve omfattende endringer i spesialitetsstrukturen og læringsmålene.

Hovedanbefaling 3 vil ta utgangspunkt i tjenestens behov og vil medføre formelle endringer i spesialiststrukturen som vil ha varige effekter. Denne hovedanbefalingen vil medføre at langt flere leger får formell sertifisering innen breddespesialitetene indremedisin og kirurgi. Den vil også trolig medføre et faglig løft for breddespesialitetene da de må gis rom for å definere spesialiteten i 'landskapet' med de andre spesialitetene.

Anbefalingen som foreslås vil ha betydelig potensial til å få ut mest mulig varige og bærekraftige effekter av en satsning på breddekompetanse innen indremedisin og kirurgi.

OPPSUMMERENDE DISKUSJON

Arbeidsgruppen mener at vi de siste årene har sett en utvikling med at stadig færre leger har tilstrekkelig breddekompetanse innen de indremedisinske og kirurgiske fagfelt. Utviklingen, om den fortsetter, vil i løpet av få år bringe oss inn i en situasjon der store, mellomstore og små sykehus over hele landet vil få mangel på overleger som innehar breddekompetanse i indremedisin og kirurgi. Dette vil få negative konsekvenser for blant annet kvaliteten på pasientbehandlingen, effektiviteten og robustheten for helseforetakene og fungerende vaktordninger og organisering av sykehusene.

Arbeidsgruppen har ikke vurdert grundig alle organisatoriske og økonomiske konsekvenser av forslagene til tiltak som beskrives i denne rapporten. Arbeidsgruppen mener imidlertid at et nullalternativ (å la dagens utvikling fortsette) ikke er bærekraftig og vil bli langt mer kostbart, krevende og ha langt høyere risiko enn en tydelig, konsistent og modig satsning på breddekompetanse innen indremedisin og kirurgi, så raskt som mulig.

Arbeidsgruppen er enige i anbefalingene og at en tydelig satsning på breddekompetanse vil bidra til å gi bedre pasientbehandling for pasienter med flere vanlige tilstander, at det vil være langt mer effektivt og robust for sykehusene og gi spesialistene mer varierte og interessante arbeidsdager. Anbefalingene er i tråd med anbefalinger i Nasjonal helse og samhandlingsplan 2024-2027.

Arbeidsgruppen har foreslått tre hovedanbefalinger i tillegg til at arbeidsgruppen peker på ulike insentiver som kunne bidra til styrket breddekompetanse. De enkelte hovedanbefalinger kan gjennomføres hver for seg, men arbeidsgruppen foreslår at alle tiltak gjennomføres så raskt som mulig. Gjennomføring av de ulike hovedanbefalingene vil imidlertid ta ulik tid. Hovedanbefaling 1 er trolig en forutsetning for at en satsning på breddekompetanse vil lykkes og denne anbefalingen kan startes raskt i de aller fleste sykehus, men vil kreve ulike prosesser i ulike sykehus. Hovedanbefaling 2 kan gjennomføres raskt og kan startes så snart det tas beslutning om dette. Hovedanbefaling 3 vil kreve mer tid, men helsedirektoratet har fått oppdrag om, og har startet, på dette arbeidet. For arbeidsgruppen er det viktig å påpeke at å legge til rette for dobbelspesialitet ikke alene vil være en løsning som kan løse utfordringen.

Arbeidsgruppen mener at det bør utdannes flere spesialister innen indremedisin og generell kirurgi og at antall spesialister innen indremedisin og generell kirurgi bør ha et betydelig større volum, trolig på linje med de tidligere største grenspesialitetene. Norsk kirurgisk forening har pekt på en retning der antall spesialister i generell kirurgi bør økes betydelig, og at det dermed må være betydelig færre spesialister i de kirurgiske grenspesialiteter enn hva utviklingen i dag tilsier.

Arbeidsgruppen mener at det både for indremedisin og kirurgi vil være nødvendig å beholde et betydelig antall spesialister innen de nye hovedspesialitetene, men at endelig volum vil avhenge av fremtidig organisering av sykehusene, i hvilken grad man klarer å styrke breddekompetansen innen indremedisin og kirurgi for alle spesialister innen disse fagene og innretningen på spesialitetene. Det vil uansett være helt sentralt at alle spesialister innen de indremedisinske og kirurgiske fag som praktiserer utenfor de store universitetssykehusene må inneha breddekompetanse og kunne delta i indremedisinsk og generell kirurgisk vakt.

Dette må ivaretas gjennom deltagelse i avdelingenes kompetanseprogram, som for eksempel deltagelse i internundervisning, hospitering på aktuelle avdelinger/aktiviteter og deltagelse i vakt. Det vil være viktig for de regionale helseforetakene å forberede fremtidig dimensjonering av disse spesialitetene.

Referansegruppe

- Birkhaug, Ida Camilla Monn, Helse Møre- og Romsdal
- Håvard Steen St. Olav Hospital
- Anne Marthe Foshaug Jenssen, Universitetssykehuset Nord-Norge
- Runa Marie Andreassen, Universitetssykehuset Nord-Norge
- Trine Holmvåg, Helse Nord
- Anne Mette Njåstad, Oslo universitetssykehus
- Torhild Veen, Helse Stavanger
- Svein Joar Auglænd Jenssen, Helse Stavanger
- Borghild Aakra, Helse Fonna

Referanser

J Gen Intern Med 32(5):576–81 “The Evolution of General Internal Medicine (GIM) in Canada: International Implications” Sharon E. Card, Heather D. Clark, Michelle Elizov, and Narmin Kassam

Rapport fra Norsk kirurgisk forening sin arbeidsgruppe om generellkirurgiens rolle. Publisert i Kirurgen 27.mai 2024.

Masteroppgave Hallvard Fjelltun ved Nord universitet. Vil legene i spesialisering bli de generalistene sykehusene trenger? Levert 18.06.2024

I møte i Regionalt brukerutvalg 7. november 2024 ble det vedtatt følgende i RBU-sak 90-2024 Breddekompetanse i indremedisin og kirurgi:

- 1. Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF ber AU RBU om å ferdigstille innspillet til rapporten Breddekompetanse i indremedisin og kirurgi innen 13. november 2024.*

Vedtak:

- 1. Arbeidsutvalget til Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF (AU RBU) følgende innspill til rapporten Breddekompetanse i indremedisin og kirurgi:*
 - a. Manglende brukermedvirkning er en svakhet ved rapporten. Brukermedvirkere må involveres i det videre arbeidet og i implementeringsfasen.*
 - b. AU RBU er urolig for at de risikoene som endret pasientadferd kan utgjøre, ikke har fått bred nok belysning i arbeidet. Om pasientene mister tillit til at tilbudet de kan få i spesialisthelsetjenesten, vil det være en sterk driver til at de mest resurssterke pasientene velger tilbud utenfor det offentlige. Det vil tappe spesialisthelsetjenesten for kompetent arbeidskraft, påvirke mulighetene til å gi utdanning i sykehusene og utarme pasienttilbudet i det offentlige helsevesenet.*
 - c. AU RBU støtter rapportens hovedfunns om å styrke breddekompetansen og ser at det kan være en fordel for pasienter å ha færre behandlere å forholde seg til, som ser mer helhetlig på pasientenes sammensatte behov.*
 - d. AU RBU mener det er viktig å ha et særlig fokus på de ressursvake pasientene i det videre arbeidet, at disse pasientene følges opp på en god måte og får medvirke i egen behandling.*
 - e. AU RBU mener at god kommunikasjon til pasienter og pårørende om endringene og betydningen dette vil få for behandlingen vil være viktig i det videre arbeidet. Kommunikasjon må tilpasses ulike grupper med hensyn til f.eks. språk.*