

Møtedato: 2. oktober 2014
Arkivnr.:

Saksbeh/tlf:
Linn Gros, 75 51 29 00

Sted/Dato:
Bodø, 24.9.2014

Styresak 99-2014

Legers spesialitetsstruktur og organisering av akuttmottak - høring fra Helsedirektoratet

Sakspapirene var ettersendt.

Formål

Denne styresaken handler om Helse Nord RHF's svar til Helsedirektoratets høring om forslag til ny legespesialitetsstruktur og veileder om organisering av akuttmottak. Forslag til høringsuttalelse er vedlagt (vedlegg 1).

Helsedirektoratets høring

Forslaget til ny legespesialitetsstruktur og -utdanning er del av Helsedirektoratets oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet om organisering av spesialistutdanning og godkjenningsordninger for helsepersonell.

Helsedirektoratets høringsdokumenter består av:

1. Rapport: Fremtidens legespesialister. En gjennomgang av legers spesialitetsstruktur og innhold.
2. Rapport: Konsekvensutredning av forslag til ny spesialitetsstruktur for leger.
3. Rapport: Fremtidens legespesialister. Spesialitetsstruktur og -innhold i samfunns- og allmennmedisin.
4. Veileder for faglige og organisatoriske kvalitetskrav for somatiske akuttmottak.

Høringsfristen er satt 10. oktober 2014.

Beslutningsgrunnlag

Høringsforslaget kan få store konsekvenser for Helse Nord's sykehusstruktur, tjenestetilbud, økonomi, rekruttering og stabilisering av legespesialister. Av hensyn til omfanget vil saken konsentrere seg om de punktene i høringen som i størst grad har betydning for sykehusene i Helse Nord. Det innebærer at rapporten om spesialitetsstruktur og -innhold i samfunns- og allmennmedisin ikke omtales særskilt.

Arbeidets overordnede mål er å bedre kvaliteten i diagnostisering, behandling og oppfølging av pasientene, med god samhandling mellom nivåene og vekt på pasientsikkerhet. Forslaget har lagt til grunn samhandlingsreformens hovedretning, der kommunene har et tilbud til 90-95 % av pasientene. Den nye legespesialitetsstrukturen skal gjenspeile befolkningens fremtidige helsebehov og demografiske sammensetning frem mot 2030. Det forventes flere kronikere og flere personer med sammensatte lidelser, samt et økt behov for tilbud innen psykisk helsevern og rusmiddelavhengighet. De siste fagområdene er likevel viet svært begrenset oppmerksomhet i utredningen.

Fremskrivninger viser at gapet mellom befolkningens behov for helsehjelp og tilgangen til kvalifisert helsepersonell vil øke i tiden frem mot 2030.¹

Rapporten baserer tankegangen på at store sykehus i 2030 primært skal drive høyspesialisert behandling som krever avansert og kostbart utstyr som verken kan betjenes eller finansieres lokalt. Mindre sykehus skal tilby breddebehandling og dekke de vanligste tilstandene. I tillegg skal de kunne avklare, diagnostisere og stabilisere akutte tilstander. Forslaget legger vekt på økt kompetanse i front slik at pasienter med behov for akutt behandling får rask avklaring og diagnostikk.

Legenes spesialiseringsløp

Forslaget presenterer en tredelt, fleksibel modell for spesialitetsstruktur som skal ivareta behovet for både bredde- og spisskompetanse som erstatning for dagens spesialisering. Spesialiseringen bygges opp i kompetansemoduler med gjennomgående fellesmoduler innen blant annet kommunikasjon, kunnskapshåndtering, etikk, systemforståelse og lovverk.

Medisinskfaglig utvikling går i retning mot stadig sterkere spissing innen dagens grener. Dagens grenspesialiteter innen indremedisinske og kirurgiske fag foreslås derfor gjort om til hovedspesialiteter. Spesialiseringstiden kortes ned. Ny spesialitet opprettes i mottaks- og indremedisin (MIM), hvis faglig styrke skal være avklaring, triagering², stabilisering, diagnostisering og noe behandling.

Den nye ordningen harmoniserer med EUs spesialistdirektiv. Ordningen skal forbedre og effektivisere spesialiseringsløpet. Det blir innført kompetansetesting og læringsmål. Det skal stilles klare krav til praksisveiledning og obligatorisk veilederutdanning for alle legespesialister.

Klarere oppgavefordeling

Helsedirektoratets oppgaver utvides med et sentralt nasjonalt råd for legespesialistutdanning og faglige spesialitetstråd for alle spesialiteter. Ansvar for veilednings- og spesialiseringkursene overføres til universitetene og dagens gruppetjeneste avvikles.

Organisering av akuttmottak

Undersøkelse fra Riksrevisjonen og Helsetilsynets rapport fra 2007 påpeker at flere akuttmottak kan forbedre sine ansvarslinjer, organisering og bruk av kompetanse i front. Den nye veilederen gir tydelige føringer for organisering, myndighet og kompetanse. Dette vil bidra til å styrke kvaliteten i akuttmottakene.

¹ Helsemod 2012.

² Triagering: Betegnelsen *triage* benyttes ofte om systemer for systematisk hastegradsvurdering for å avgjøre i hvilken rekkefølge pasienter skal prioriteres og hvor raskt de vil trenge medisinsk behandling.

Forslagets strukturelle konsekvenser

Helsedirektoratets forslag legger til grunn at den akuttkirurgiske beredskapen skal bæres av gastrokirurger. Det begrunnes med at 80 % av all akutt bløtdelskirurgi er gastroenterologisk.³

En slik løsning vil kreve seks til åtte gastrokirurger pr. vaktlag, med tilhørende arbeidsoppgaver og befolkningsgrunnlag. Mindre sykehus vil få store utfordringer med å rekruttere og utdanne tilstrekkelig med gastrokirurger. Den foreslåtte vaktordningen innebærer en betydelig oppbemanning for de fleste sykehusene, noe som øker kostnadene. Med begrenset pasientgrunnlag blir det også lavere aktivitet pr. behandler, noe som vil gjøre det vanskelig å opprettholde kompetansen. Dette er en problemstilling som ikke fullt ut kan kompenseres for ved bruk av simulatortrening. Små sykehus kan derfor vanskelig etablere gastrokirurgiske vaktlag slik forslaget legger opp til, noe som på sikt føre til tap av akuttkirurgisk beredskap. Akuttkirurgisk beredskap påvirker sykehusets andre funksjoner, som muligheten til å opprettholde fødeavdeling med beredskap for keisersnitt. Slike endringer påvirker igjen pasientlogistikk og prehospitaltjenester. Helsedirektoratets forslag har derfor sentraliserende konsekvenser og forsterker den pågående sentraliseringen som følger av faglig utvikling.

Alternativer for å motvirke sentraliseringseffekten

Dersom akuttkirurgien ikke skal ivaretas ved ambulerings, er særlig to alternativer aktuelle. Det første alternativet er å utvide modul 2 for flere kirurgiske spesialiteter, som urologi, slik at denne gir kompetanse tilsvarende dagens generellkirurgi. Det andre alternativet er å etablere en akuttkirurgisk påbygning slik at andre kirurgiske spesialiteter blir vaktkompetente i mindre sykehus.

Rekruttering, stabilisering og arbeidsforhold

Forslaget innebærer høy vaktbelastning for vaktbærende spesialister, noe som kan gjøre rekruttering og stabilisering av spesialistgruppen mer krevende på sikt. Det er også av betydning for legen i et livsløpsperspektiv.

Endret tjenestetilbud i mindre sykehus virker inn på faglig innhold, noe som kan gjøre det mer krevende å rekruttere, beholde og utvikle legegruppen. Forslaget vil øke behovet for legespesialister, og det øker lønnskostnadene. Det kan forsterke allerede eksisterende rekrutteringsutfordringer.

Økonomiske konsekvenser

Helsedirektoratets beregninger tar ikke høyde for den faktiske kostnadsøkningen som følger av forslaget. Forslaget genererer blant annet økte lønnskostnader og økte kostnader knyttet til kjøp av spesialiseringkurs, etterutdanning og veilederopplæring. Ordningen forutsetter betydelige forvaltningsoppgaver for sykehusene knyttet til administrasjon av spesialiseringsløp og resertifisering. Beregninger fra Helse Sør-Øst har estimert de årlige merkostnadene til 500 mill kroner for deres region. Basert på samme logikk tilsvare det om lag 140 mill kroner årlig for Helse Nord.

³ En gastroenterolog er spesialist i fordøyelsessykdommer.

Medbestemmelse

Konserntillitsvalgte og konsernverneombud i Helse Nord RHF ble orientert om saken ad. *Legers spesialitetsstruktur og organisering av akuttmottak - høring* i samarbeidsmøte, den 9. september 2014, jf. sak 107-2014. Det ble også gitt informasjon om saken i samarbeidsmøtet 19. august 2014, jf. sak 91-2014, og det ble avholdt tematime 5. september 2014.

Brukermedvirkning

Legers spesialitetsstruktur og organisering av akuttmottak – høring fra Helsedirektoratet, informasjon ble behandlet i det Regionale brukerutvalget i Helse Nord RHF, den 10. september 2014, jf. RBU-sak 58-2014. Følgende vedtak ble fattet:

1. *Regionalt brukerutvalg tar informasjonen om Legers spesialitetsstruktur og organisering av akuttmottak – høring fra Helsedirektoratet til orientering.*
2. *Høringsuttalelsen behandles i arbeidsutvalget i det Regionale brukerutvalg 23. september 2014 - kl. 12.00.*
3. *Innspill fra Regionalt brukerutvalg tas med i det videre arbeid med høringsuttalelsen.*

Legers spesialitetsstruktur og organisering av akuttmottak - høring fra Helsedirektoratet ble behandlet i arbeidsutvalget i det Regionale brukerutvalg i Helse Nord RHF, den 23. september 2014, jf. RBU-AU-sak 11-2014. Følgende vedtak ble fattet:

1. *Arbeidsutvalget i det Regionale brukerutvalget gir sin tilslutning til utkast til høringsuttalelse ad. Legers spesialitetsstruktur og organisering av akuttmottak.*
2. *RBU-AU ber om at det desentraliserte tjenestetilbudet i Helse Nord sikres.*

Behandling i helseforetaksstyrene

Høringen styrebehandles/har vært styrebehandlet i helseforetakene som følger:

- Finnmarkssykehuset HF - 25. september 2014
- Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) - 17. september 2014
- Nordlandssykehuset HF - 19. september 2014
- Helgelandssykehuset HF - 23. september 2014

Helseforetakenes saksfremlegg for sine respektive styrer følger saken som utrykte vedlegg.

Helseforetakene støtter forslaget intensjoner og hovedretning med visse forbehold. Det er særlig skepsis til forslaget om å gjøre gastrokirurgi vaktbærende, ettersom en slik løsning er vanskelig å realisere i de mindre sykehusene.

Adm. direktørs vurdering

Helse Nord's viktigste mål i årene fremover er å sikre befolkningen likeverdige spesialisthelsetjenester av god kvalitet og med vekt på pasientsikkerhet.⁴

⁴ Helse Nord's kvalitetsstrategi (2011), jf stortingsmelding 10 (2012-2013) *God kvalitet – trygge tjenester*.

Helsedirektoratets forslag er en kvalitetsreform der den nye spesialiteten i mottaks- og indremedisin får en viktig funksjon, særlig i akuttmottak og i observasjonsposter. Hovedvekten av alle akutte tilfeller er av indremedisinsk art, og den nye spesialiteten kan anvendes i sykehus av ulik størrelse og organisering. Rask utredning og diagnostikk bidrar til god kvalitet og riktig ressursbruk.

Fremtidens helsetjeneste vil preges av et økt behov for helsetjenester, noe som øker gapet mellom tilgangen til, og behovet for helsepersonell. Det er derfor viktig å utvikle en bærekraftig struktur, der ressursene støtter prioriterte områder. Disse utfordringene reflekteres i forslaget, og adm. dir. gir derfor sin støtte til forslagens intensjon og hovedlinjer.

Få sykehus i Helse Nord kan bemanne et vaktlag av gastrokirurger slik Helsedirektoratet foreslår. På sikt kan forslaget derfor få betydelige konsekvenser for Helse Nord's lokalsykehusstruktur og muligheten til å opprettholde kirurgisk akuttberedskap. En endring i akuttkirurgisk funksjon har også konsekvenser for fødetilbudet og prehospitale tjenester. I tillegg vil en slik ordning gå på bekostning av andre kirurgiske spesialiteter, og dermed forsterke problemstillingen med at befolkningen pr. i dag har et større udekket behov for blant annet urologiske tjenester. Adm. direktør foreslår derfor at Helsedirektoratet vurderer å utvide modul 2 innen kirurgi slik at også andre kirurgiske spesialiteter, som urologi, kan inngå i akuttkirurgisk vaktordning.

Forslaget styrker kompetansen i kommunene i tråd med samhandlingsreformen. Pasientene skal ha et tilbud for de vanligste og mest utbredte lidelsene lokalt. Den faglige utviklingen, med stadig sterkere spissing, gjør det likevel utfordrende å etablere og opprettholde robuste fagmiljø innen alle fagområder. Det rammer særlig mindre sykehus og er en utvikling som forsterkes av Helsedirektoratets forslag. For å gi pasientene i Helse Nord et likeverdig behandlingstilbud av en kvalitet som følger nasjonale standarder og retningslinjer, må det bygges opp sterke fagmiljø med stabile ressurser.

Adm. direktør vurderer forslagens klare ansvarlinjer som riktig. For spesialisthelsetjenesten blir det svært viktig at de kliniske behovene reflekteres i tilbudte spesialiseringer, veiledningskurs og obligatoriske etterutdanninger. Ikke minst må det være samsvar mellom tjenestens behov og spesialitetsrådenes oppfatning av nødvendig kompetanse.

Selv om forslagens hovedlinjer vurderes som positive, må det bemerkes at utredningen har enkelte svakheter, særlig innen fagområdene psykisk helsevern og rusmiddelavhengighet. Barne- og ungdomspsykiatri er ikke omtalt i forslaget. Pasientsikkerhet burde inngå i de langsgående kompetansemodulene for alle spesialiteter. Utredningen gir ikke svar på hvordan det nye systemet skal fange opp endringer i behandlingsmetodikk som involverer flere spesialiteter. De økonomiske konsekvensene er ikke tilstrekkelig beregnet.

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

1. Styret i Helse Nord RHF vedtar høringsuttalelsen ad. *Legers spesialitetsstruktur og organisering av akuttmottak – høring fra Helsedirektoratet (ev. med de endringer som kommer frem under behandling av saken).*
2. Styret ber Helse- og omsorgsdepartementet om å sørge for at legenes spesialitetsstruktur og organiseringen av akuttmottak utformes på en måte som sikrer likeverdige spesialisthelsetjenester for befolkningen i Nord-Norge.
3. Styret ber videre om at fagområdene psykisk helsevern og rusmiddelavhengighet vies større oppmerksomhet i den endelige strukturen. I tillegg bør pasientsikkerhet inngå i de langsgående kompetansemodulene for alle spesialiteter.
4. De økonomiske konsekvensene av forslaget om legers spesialitetsstruktur og organisering av akuttmottak må beregnes tilstrekkelig.

Bodø, den 24. september 2014

Lars Vorland
Adm. direktør

Vedlegg:

1. Høringsuttalelse fra Helse Nord RHF til Helsedirektoratet - utkast
2. Oversendelsesbrevet fra Helsedirektoratet
3. Rapport: Fremtidens legespesialister. En gjennomgang av legers spesialitetsstruktur og -innhold
4. Rapport: Konsekvensutredning av forslag til ny spesialitetsstruktur for leger
5. Rapport: Fremtidens legespesialister. Spesialitetsstruktur og -innhold i samfunns- og allmennmedisin
6. Veileder for faglige og organisatoriske kvalitetskrav for somatiske akuttmottak

Vedlegg 2 til 6 er lagt ut på Helsedirektoratets nettsted - se her: [Høringsnotat - Legers spesialitetsstruktur og organisering av akuttmottak](#)

Utrykte vedlegg:

- Styresak fra Finnmarkssykehuset HF
- Styresak fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF
- Styresak fra Nordlandssykehuset HF
- Styresak fra Helgelandssykehuset HF

HØRINGSUTTALELSE - utkast

Legers spesialitetsstruktur og organisering av akuttmottak

Dette høringssvaret har vært grundig behandlet i Helse Nord og høringen har vært styrebehandlet i både Helse Nord styret og styrene i Helse Nord helseforetak. Helseforetakenes saksfremlegg ligger som vedlegg nr 2-6

Kort oppsummert gir helseforetakene støtte til forslaget intensjoner og hovedretning med visse forbehold. Det uttrykkes særlig skepsis mot å gjøre gastrokirurgi vaktbærende, da en slik vaktordning ikke lar seg gjennomføre i dagens sykehusstruktur.

Helse Nord styrets behandling

Høringsuttalelsen ble behandlet av styret i Helse Nord RHF i styremøte, den 2. oktober 2014: Styret fattet følgende vedtak:

.....
.....

Styrets vedtak settes inn etter styrets behandling, den 2. oktober 2014.

Medbestemmelse

Konserntillitsvalgte og konsernverneombud i Helse Nord RHF ble orientert om saken ad. *Legers spesialitetsstruktur og organisering av akuttmottak - høring* i samarbeidsmøte, den 9. september 2014, jf. sak 107-2014. Det ble også gitt informasjon om saken i samarbeidsmøtet 19. august 2014, jf. sak 91-2014, og det ble avholdt tematime 5. september 2014.

Brukermedvirkning

Legers spesialitetsstruktur og organisering av akuttmottak - høring fra Helsedirektoratet, informasjon ble behandlet i det Regionale brukerutvalget i Helse Nord RHF, den 10. september 2014, jf. RBU-sak 58-2014. Følgende vedtak ble fattet:

1. *Regionalt brukerutvalg tar informasjonen om Legers spesialitetsstruktur og organisering av akuttmottak - høring fra Helsedirektoratet til orientering.*
2. *Høringsuttalelsen behandles i arbeidsutvalget i det Regionale brukerutvalg 23. september 2014 - kl. 12.00.*
3. *Innspill fra Regionalt brukerutvalg tas med i det videre arbeid med høringsuttalelsen.*

Legers spesialitetsstruktur og organisering av akuttmottak - høring fra Helsedirektoratet ble behandlet i arbeidsutvalget i det Regionale brukerutvalg i Helse Nord RHF, den 23. september 2014, jf. RBU-AU-sak 11-2014. Følgende vedtak ble fattet:

1. *Arbeidsutvalget i det Regionale brukerutvalget gir sin tilslutning til utkast til høringsuttalelse ad. Legers spesialitetsstruktur og organisering av akuttmottak.*
2. *RBU-AU ber om at det desentraliserte tjenestetilbudet i Helse Nord sikres.*

Generelle betraktninger

Helse Nords viktigste mål i årene fremover er å sikre befolkningen likeverdige spesialisthelsetjenester av god kvalitet og med vekt på pasientsikkerhet.

Helsedirektoratets forslag oppfattes som en fremtidsrettet kvalitetsreform hvis intensjoner vi kan stille oss bak. Den nye spesialiteten i mottaks- og indremedisin kan bidra til raskere utredning og diagnostikk, og således økt kvalitet for pasientene. Fremtidig mangel på helsepersonell gjør det nødvendig å sikre pasientene rett kompetanse på rett plass.

Det er viktig at det finnes et lokalt tilbud til de vanligste og mest utbredte lidelsene. Samtidig erkjennes at den faglige utviklingen med stadig sterkere spissing gjør det utfordrende å etablere og opprettholde robuste fagmiljø innen alle fagområder. Det rammer særlig de mindre sykehusene og må veies opp mot hensynet til at pasientene i Helse Nord skal ha et likeverdig behandlingstilbud der kvaliteten følger nasjonale standarder og retningslinjer.

Forslaget vil forsterke den pågående sentraliseringen og funksjonsfordelingen. Forutsetningen om at akuttkirurgien skal ivaretas av gastrokirurger får store konsekvenser for Helse Nords sykehusstruktur dersom et slikt krav skal gjennomføres. Selv om det gis støtte til den faglige begrunnelsen, må det også tas i betraktning at et tap av akuttkirurgisk funksjon har konsekvenser for sykehusets øvrige tjenestetilbud. Her er særlig keisersnittberedskapen sentral. Det er derfor skissert noen alternative løsninger under spørsmål nr 9.

Helsedirektoratets spørsmål

Helse Nord RHF har følgende tilbakemelding på Helsedirektoratets spørsmål:

Spesialitet i mottaks- og indremedisin (MIM)

1. Har den foreslåtte spesialiteten en innretning som er tilpasset behovene i akuttmottaket, og i hvilken grad den kan være anvendelig i sykehus av forskjellig størrelse/organisering?
2. Vil det være behov for en slik spesialitet også for andre formål i det enkelte sykehus?

Helse Nords vurdering:

Helse Nord støtter forslaget til ny MIM-spesialitet og mener den styrker kompetansen i akuttmottakene. Større vekt på tidlig avklaring, diagnostisering og akutt behandling av indremedisinske problemstillinger i front vil bedre pasientforløpene og øke kvaliteten.

I Helse Nord ser en for seg at MIM vil brukes forskjellig i sykehus av ulike størrelser. Akuttmottakene har en overvekt av indremedisinske problemstillinger og MIM vil derfor ha rett kompetanse på rett sted for de fleste tilfeller. Samtidig bedres mulighetene for veiledning for LIS-leger og øvrige legeressurser i mottakene. Rask diagnostisering og avklaring er viktig for pasienten. Bedre pasientflyt gir raskere hjelp, optimaliserer ressursutnyttelsen og bedrer kvaliteten.

For regionens mindre sykehus er det neppe aktuelt å opprette observasjonsengeposter for avklaring og diagnostisering i akuttmottaket. Det vil heller ikke la seg gjøre å etablere et vaktlag basert på MIM. Oppfatningen er likevel at MIM kan få en viktig plass i organisasjonen knyttet til systemansvar i akuttmottak. De mindre sykehusene vil prioritere dekning innen øvrige indremedisinske hovedspesialiteter for å kunne tilby flere tjenester.

Helse Nord vurderer MIM i front og som ansvarlig spesialitet i akuttmottak som et godt bidrag til å etablere klare linjer i organisasjonen. Styrket frontkompetanse kan også ha positive ringvirkninger inn i sykehusets andre avdelinger.

Langsgående kompetansemoduler for alle spesialiteter

Om høringsinstansen er enig i forslaget om å innføre fellesmoduler, ønskes innspill på:

3. Hvordan kan modulene utformes for å oppnå mest mulig læring i de temaene modulene omfatter?
4. Er det tema som savnes eller kan sløyfes?

Helse Nord's vurdering:

Helse Nord støtter forslaget om å innføre fellesmoduler og å legge vekt på ferdigheter som kommunikasjon, informasjon, samhandling, kunnskapshåndtering mv. Pasientundersøkelser viser at dette er områder med stort forbedringspotensial og en bevisstgjøring gjennom spesialiseringssløpet vil understøtte den pasientsentrerte helsetjenestemodellen.

Pasientsikkerhet burde inngå som tema i de langsgående kompetansemodulene.

Styrking av veiledningen

Om høringsinstansen er enig i behovet, ønskes innspill på:

5. Anses det skisserte opplegget egnet og/eller er tilstrekkelig for å styrke veiledningen og gjerne forslag til alternative løsninger?

Helse Nord's vurdering:

Det er positivt at veilederkompetansen fremheves og styrkes. Universitetene må sikre at innholdet i de obligatoriske veilederkursene er i tråd med tjenestens behov og at kliniske ferdigheter forenes med akademiske.

Helse Nord oppfatter forslaget som uklart i forhold til roller og ansvarsfordeling mellom helseforetakene og universitetene. Det er ikke tydelig nok hvordan en tenker seg implementering av det nye systemet i overgangen mellom meritterende tjenestetid og læringsmål. Videre synes det ikke alltid klart om det snakkes om veiledning eller supervisjon.

Alternativ for del 1 i spesialistutdanningen

6. Er det nødvendig/hensiktsmessig å basere seg på ett års strukturert sykehustjeneste i del 1 alternativ 1, eller kan det være mer hensiktsmessig for det samlede spesialiseringssløpet å korte ned denne tjenesten ned til 6 måneders strukturert sykehustjeneste? Det forutsettes at læringsmålene som er felles for alle spesialiteter nås.

Helse Nord's vurdering:

Helse Nord mener at ordningen med 1 års sykehustjeneste bør beholdes. Dette begrunnes primært med hensynet til kommunene, men også fordi spesialiseringsløpet er en modningsprosess.

Gastrokirurgi - vaktbærende/vaktkompetanse

7. Kan gjennomført del 2 i henholdsvis de indremedisinske og de kirurgiske spesialiteter gi tilstrekkelig kompetanse til å foreta selvstendige førstevurderinger av pasienter innlagt i akuttmottaket?
8. Kan gjennomført del 2 i de indremedisinske spesialiteter gi tilstrekkelig kompetanse til å diagnostisere og behandle pasienter som ikke har behov for å overføres til annen spesialitet?
9. Er det hensiktsmessig å basere kirurgisk vaktkompetanse på gastroenterologisk kirurgi alene? Hvis ikke, hvilke andre løsninger kan være mulig?

Helse Nord's vurdering:

Modul 2 oppfattes som noe kort for å opparbeide tilstrekkelig erfaring og kompetanse til å diagnostisere og vurdere pasienter selvstendig innen så store og komplekse fagområder. LIS-legen bør derfor ha tilgang til spesialist i bakvakt for faglig støtte.

Indremedisinens modul 2 i forslaget vurderes som for kort til at LIS-ene får tilstrekkelig erfaring og kompetanse til å ha selvstendig behandlingsansvar i indremedisin.

Pasientene har ofte sammensatte medisinske problemstillinger som krever faglig modning og kompetanse innen flere av dagens grenspesialiteter. Vår vurdering er derfor at modul 2 innen indremedisin bør forlenges fra forslaget 2 år dersom LIS-legene skal settes i stand til å ha selvstendig vurderings- og behandlingsansvar.

I Helse Nord ser en for seg at svært få sykehus kan bemanne et vaktlag bestående av kun gastrokirurger. En slik ordning vil gå på bekostning av andre kirurgiske spesialiteter, og forsterke problemstillingen med at befolkningen per i dag har et større udekket behov for blant annet urologiske tjenester. Dersom modul 2 innen kirurgi utvides til å gi generell kompetanse til å håndtere de vanligste akuttkirurgiske problemstillingene kan også andre spesialiteter, som urologi, inngå i akuttkirurgisk vaktordning. Se for øvrig også under 11 b.

Omgjøring fra gren- til hovedspesialiteter innen kirurgi og indremedisin

10. Hvordan vurderes konsekvenser av denne omgjøringen slik de er beskrevet i konsekvensvurderingen?

Helse Nord's vurdering:

Helse Nord mener det generelt er positivt at spesialiseringsløpet effektiviseres og kvalitetssikres i henhold til forslaget. Det å gjøre om grenspesialiteter til hovedspesialiteter innen kirurgiske og indremedisinske fag, er i tråd med den medisinske fagutviklingen med økende kompleksitet og faglig spissing. Omgjøringen understøtter den faglige utviklingen med fokus på kvalitet og pasientsikkerhet.

Kortere spesialiseringssløp er positivt ved rekrutteringsutfordringer, men bidrar til å forsterke sentralisering. For mindre sykehus blir det krevende å opprettholde fagmiljø innen alle tidligere grener. Innen indremedisin kan den nye MIM-spesialiteten gi verdifull breddekompetanse. Innen kirurgiske grenspesialiteter vil omleggingen gjøre det krevende å holde akuttkirurgisk beredskap basert på kun gastrokirurger. Det får også konsekvenser for andre tjenestetilbud, da det blant annet blir vanskelig å opprettholde beredskap for keisersnitt uten akuttkirurgisk beredskap.

Konsekvensutredning av forslag til ny spesialitetsstruktur

11. Det er også ønskelig med innspill på vurderingene av økonomiske og organisatoriske konsekvenser av ny spesialitetsstruktur og -innhold leger

Helse Nord's vurdering:

Følgende forhold er for lite utredet:

a) Økonomiske konsekvenser

Helsedirektoratets beregninger av kostnader tar ikke tilstrekkelig hensyn til økte lønnskostnader, veiledning og supervisjon, mulig redusert pasientbehandling og reelle kostnader til kjøp av kompetanseheving fra universitetene. Det er heller ikke beregnet kostnader knyttet til etablering og forvaltning av LIS-legenes spesialiseringssløp. Dersom dette fører til endringer i Helse Nord's sykehusstruktur og tjenestetilbud, vil det påløpe store kostnader knyttet til pasientreiser og en eventuell utbygging av prehospitale tjenester. Forslaget tar heller ikke høyde for eventuelle omstillingskostnader som følge av endret organisering og endring i behandlingsskjeden som har ringvirkninger for de øvrige profesjonsgruppene i sykehusene. For eksempel kan det være hensiktsmessig at MIM for leger også ledsages av ny spesialisering for sykepleiere i akuttmottak og observasjonsposter.

b) Konsekvenser for Helse Nord's sykehusstruktur og tjenestetilbud

Forslaget kan på sikt få betydelige konsekvenser for Helse Nord's lokalsykehusstruktur og muligheten til å opprettholde kirurgisk akuttberedskap. Dersom akuttkirurgisk beredskap skal ivaretas av kun gastrokirurger, er det bare de store sykehusene som kan innfri kravet til aktivitet og bemanning. En endring i akuttkirurgiske funksjon vil også få konsekvenser for fødetilbudet og prehospitale tjenester. Se også vårt svar under pkt 7, 8, 9 og 10.

c) Utdanning

Det savnes en vurdering av konsekvenser endringen vil få for sykehusenes øvrige utdanningsoppgaver som praksisplass for andre profesjonsgrupper.

d) Psykisk helsevern

Høringsforslaget gir ikke svar på hvordan den nye spesialistutdanningen stiller seg til den nye spesialitetsordningen i psykiatri. Dagens psykiatrispesialisering har krav om en betydelig mengde klinisk veiledning, psykoterapiveiledning og tverrfaglig samarbeid. Ettersom relasjoner og personlig kontakt er av vesentlig betydning i behandlingen, stilles det krav til hvordan kompetansebyggingen av slike ferdigheter kan skje.

I Helse Nord skjer store deler av spesialiseringen ved distriktpspsykiatriske senter (DPS) der LIS-ene utgjør en sentral del av behandlingsskapasiteten. En omlegging av spesialiseringen i psykiatri har konsekvenser for muligheten til å bemanne og drifte DPS-ene i Helse Nord.

Forslaget omtaler ikke barne- og ungdomspsykiatri.

e) Pasientsikkerhet

Pasientsikkerhet bør være et tema i de langsgående kompetansemodulene.

f) Forskning

Forskning er en del av spesialisthelsetjenestens lovpålagte oppgaver og en integrert del av kunnskapsutviklingen. Det må sikres gode mekanismer for fortsatt å drive forskningsbasert kunnskapsutvikling i sykehusene.

g) Rekruttering og stabilisering av kompetanse

Høy vaktbelastning for vaktbærende spesialister kan gjøre rekruttering mer krevende på sikt og forsterke allerede eksisterende rekrutteringsutfordringer. Det gjelder særlig i de minste sykehusene med få spesialister. Det kan også virke negativt på stabiliteten og er av stor betydning for den enkelte i et livsløpsperspektiv.

Spesialitetsstruktur og innhold i samfunns- og allmenntilleggsmedisin – SISAM

12. Anses forslagene i SISAM-rapporten å styrke kompetansen i allmenn- og samfunnsmedisin i tilstrekkelig grad?

Helse Nord's vurdering:

Dersom samhandlingsreformen skal realiseres slik som beskrevet i høringens fremtidsbilde, er det nødvendig å styrke kompetansen og tjenestetilbudet i kommunene.

Veileder for organisering og drift av akuttmottakene

13. Hvordan vil en tydeligere organisatorisk plassering av akuttmottaket og et avklart medisinsk faglig ansvar for prosedyrer og rutiner bidra til å øke sikkerhet og kvalitet for virksomheten i mottaket?

14. Hvilken nytte kan foretakets ledelse ha av at det innføres fortløpende aktivitetsregistrering for akuttmottakene?

15. Hvordan vil et tydeligere medisinsk faglig ansvar for klinisk ledelse i akuttmottaket den enkelte virksomhetsdag påvirke organiseringen ved store eller små sykehus?

16. Vil beskrivelsen av kompetansekrav for personell i akuttmottaket bidra til å sikre kvaliteten i tjenesten?

Helse Nord's vurdering:

Helse Nord mener at en tydelig organisatorisk struktur vil bedre kvaliteten og pasientsikkerheten. Veilederen gir tydelige føringer for sykehusenes interne organisering ved å indikere at akuttmottakene administrativt bør være underlagt medisinsk klinikk.

Tydeligere medisinskfaglig ansvar for klinisk ledelse er avgjørende for å unngå forsinkelser og at pasientene må vente på avklaring fra ansvarlig lege. I tillegg er få akuttmottak dimensjonert for å ha mange pasienter samtidig, noe som skaper korridorpasienter. En tilgjengelig lege med beslutningsmyndighet for å avklare hvor pasienten skal videre inn i sykehuset på et tidligere tidspunkt vil øke pasientsikkerheten.

Aktivitetsregistrering vil blant annet gi et grunnlag for å utarbeide aktivitetsbaserte bemanningsplaner. Ved å styrke bemanningen når aktiviteten er høyest, reduseres risikoen for pasientskader som følge av manglende ressurs. Aktivitetsregistrering gir også verdifull informasjon om pasientstrømmer inn i sykehuset og til/fra det kommunale behandlingsapparatet.

Helse Nord støtter også en videreutdanning i akuttiskepleie, da vi tror en slik formell kompetanseheving vil virke både stabiliserende og kvalitetshevende.