

Breddekompetanse



Regional utdanningskonferanse



Bjørn Egil Vikse
Fagdirektør Helse Vest RHF

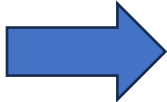


Bredde/generalist kompetanse

- Eksempel for indremedisin

- Følgende spesialiteter har felles læringsmål i indremedisin: hjerte, lunge, nyre, fordøyelse, hormon, infeksjon, geriatri, blod, akutt- og mottak, indremedisin
- Breddekompetanse: spesialister i indremedisin behersker hele bredden av faget og håndterer mange tilstander samtidig – spør om hjelp ved behov
- Spisskompetanse: Spesialister i hver enkelt spesialitet håndterer hver problemstilling for seg – henviser til andre spesialiteter ved behov
- Behovene kan være ulike på dagtid og vakttid

Historikk og utvikling

- Ulike endringer har medvirket
 - 2017/2019: Omlegging av spesialistutdanningen
 - ✓ Innføring av læringsmål
 - ✓ Omlegging fra at indremedisin og kirurgi var hovedspesialiteter og øvrige spesialiteter var grenspesialiteter til at alle spesialiteter ble hovedspesialiteter
 - 2013: Omlegging fra nasjonal styring av antall legestillinger i sykehusene ble avvirket mot at RHF-ene forpliktet seg til at helseforetakene kunne opprette legestillinger ved prioriterte behov som en del av budsjettprosess lokalt og regionalt
 - Medisinsk og teknologisk utvikling
-  Stadig færre leger har tilstrekkelig breddekompetanse innen indremedisin og kirurgi

Struktur for spesialistutdanning fra 2017/2019



Breddekompetanse i indremedisin og kirurgi

viktige veivalg

Interregional arbeidsgruppe 2024



Foto: Richard Larssen

HELSE  NORD

HELSE  MIDT-NORGE

HELSE  VEST

HELSE  SØR-ØST

Mangel på leger med breddekompetanse i indremedisin og kirurgi vil få negative konsekvenser for:

- 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.

Hvorfor er breddekompetansen fortrenget de siste årene?

- Regulatoriske rammer for spesialistutdanning.
 - Omlegging til hovedspesialiteter, krevende å bli dobbel-spesialist
- Helseforetakenes utdanningsplaner for generell indremedisin og generell kirurgi.
 - Utdanningsplanene er i liten grad rettet mot breddekompetanse
- Formalisering av breddekompetanse, spesielt på vakt.
 - Hva er det formelle kravet for å være vaktkompetent?
- «Frykten for å gjøre feil».
 - Tryggere å praktisere spiss-kompetanse enn breddekompetanse
- Økende forventninger til spisskompetanse.
 - Både hos pasienter og øvrig helsepersonell
- Lav prioritering av breddekompetanse ved ansettelser i helseforetakene
 - Få stillinger for overleger med spesialitet innen generell indremedisin/kirurgi
- Høy vaktbelastning og høy intensitet på vakt
 - Om mulig vil mange overleger ønske å slippe vakt

Litt mer om frykten for å gjøre feil

- «Frykten for å gjøre feil», eller trygghet rundt egen kompetanse i vaksammenheng.
 - Leger er mer bekymret i dag enn tidligere og frykter mer og mer å gjøre feil. Frykt for saker på sosiale medier/internett/tilsynssaker. Frykt for kritikk fra kollegaer
 - Hva er «god nok kompetanse»? Hadde jeg god nok kompetanse til å håndtere denne problemstillingen?
 - 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.
 - Kontroller/klager til statsforvalter og helsetilsynet er blitt mer vanlig. Mange er bekymret for at saker skal vurderes mot «superspesialistens» gullstandard, og ikke mot breddespesialistens kompetanse

Hva kan stimulere til ønsket og nødvendig endring?

- Fra et faglig perspektiv
 - Variasjon
 - Spennende
 - Være «spesialist» på å se hele pasienten – snarere enn hvert organ for seg
 - Mulighet for forskning og faglig fordypning
 - Inngå i et faglig fellesskap
- Fra et pasientperspektiv
 - Ønske om at tilstander blir sett i et helhetsperspektiv
 - 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
 - Unngå mot-insentiver: Det beste må ikke bli det godes fiende – hva er godt nok
 - 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
 - «de uvurderlige lege/pasient møtene».
 - 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.

Hovedanbefaling 1

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

Hovedanbefaling 2

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)

Hovedanbefaling 3

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.

Felles styresak i RHF-styra – forslag til vidare arbeid

- 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.

Hva med de andre yrkesgruppene?

- Behovet for breddekompetanse er minst like stort i de andre yrkesgruppene.
 - Sykepleiere, hjelpepleiere etc
- Mange har arbeidet ved kun få avdelinger og mangler gjerne innsikt i tilstander/behandling ved samarbeidende avdelinger
 - Oftest ingen krav om rotasjon for nytilsatte
- Påstand: mangel på breddekompetanse øker sjansen for at man er redd for å gjøre feil, og dermed trives dårligere enn optimalt
- Helsepersonellkommisjonen løftet frem breddekompetanse som viktig for å møte morgendagens utfordringer med mangel på personell

Hva med utdanningene?

- Mange nyutdannede opplever at det er spisskompetanse som er det optimale – ikke å være god på mye forskjellig (bredde)
 - «Akademisk fokus» vs «yrkesskole» - vi trenger begge
- Utdannes studentene til «virkeligheten» eller det ideelle?
 - Verken i sykehus eller i de kommunale institusjonene er tilstrekkelig ressurser til å gjøre alt optimalt – det må være fokus på godt nok
 - Fokus på det ideelle vil være til hinder for å søke breddekompetanse
- Opplæringsprogram for nyansatte/ansatte – trenger vi mer fokus her?

Hva sa han?

- Arbeidet med å styrke breddekompetanse innen indremedisin og kirurgi er startet
 - Spesialistutdanningene vil bli endret
 - Behov for større endringer av allerede eksisterende ordning
- Behovet for breddekompetanse er imidlertid generaliserbart til andre legegrupper og andre yrkesgrupper
 - Bærekraftig helsevesen med pasientens behov i fokus og minst mulig ressursbruk per pasient
 - Trygge medarbeidere som håndterer ulike tilstander
 - «Godt nok er godt nok»