

STYRESAK

GÅR TIL: Styremedlemmer
FØRETAK: Helse Vest RHF

DATO: 08.10.2014
SAKSHANDSAMAR: Hilde Christiansen og Baard-Christian Schem
SAKA GJELD: **Høyring «legers spesialitetsstruktur og veileder akuttmottak»**

ARKIVSAK: 2014/573
STYRESAK: 101/2014

STYREMØTE: 23.10. 2014

FORSLAG TIL VEDTAK

- 1 Styret gir støtte til forslaget om omgjerung av greinspesialitet til hovudspesialitet for utdanning av legespesialistar, men vil understreke at omgjerung frå grein- til hovudspesialitetar vil få konsekvensar for spesialiststrukturen på Vestlandet. Styret legg til grunn at det bør vere felles kunnskapsgrunnlag for organisatoriske og økonomiske konsekvensar før forslag til vedtak blir fatta. Styret vil tilrå å vente med endeleg vedtak, og sjå dette i samanheng med nasjonal helse- og sjukehusplan.
- 2 Styret ser det ikkje som hensiktsmessig at turnustenesta blir ein del av spesialiseringa.
- 3 Styret ser positivt på at universiteta vil vere meir delaktige i den framtidige spesialiseringa for legespesialistar. Styret er av den oppfatning at hovudansvaret for dei faglege undervisningsoppgåvene blir lagt til spesialisthelsetenesta som ei særskild regional oppgåve. Ny organisering og arbeidsdeling av rolla til universiteta må greiast meir ut med omsyn til kostnader, ansvar og nytte.

Oppsummering

Helsedirektoratet har sendt på høyring endeleg forslag til «legers spesialitetsstruktur og veileder akuttmottak». Høyringsfristen var satt til 10. oktober 2014. Vi har fått ny frist for vår høyring til etter styremøte 23. oktober 2014.

Grunnlaget for høyringa er omfattande:

- Høyringsbrev
- Høyringsutkast
- Konsekvensutgreiing
- Nasjonale rettleiar for organisering og drift av somatiske akuttmottak
- SISAM – rapport om spesialiststruktur og innhald i samfunns- og allmenmedisin

Helsedirektoratet har med utgangspunkt i utvalde helseføretak gjennomført ei avgrensa konsekvensvurdering. I vår region er det gjennomført møte mellom Helsedirektoratet ved hjelp av eksternt konsulentfirma som har hatt oppdraget. Gjennomgangen blei gjort ved Helse Bergen og Helse Fonna. Føretaksgruppa Helse Vest har i prosjektmøta peika på utfordringar som er nemnt i høyringsuttalen. Arbeidet blei delt opp i ulike grupper som ein i innspurten av arbeidet har forsøkt å samla alle delområda til ein heilskap. Arbeidet som Helsedirektoratet har gjennomført, har i liten grad tatt opp i seg innspel som er gitt undervegs, og det er såleis få endringar frå det første forslaget som Helsedirektoratet la fram sommaren 2013.

I høyringsbrevet ba Helsedirektoratet både om ein generell høyringsuttale samt at dei stilte ein del konkrete spørsmål. Desse spørsmåla blei sendt til HF-a. Svare er samanstilt i eit eige vedlegg, og er eit godt grunnlag for denne høyringsuttalen. Det vert med dette lagt fram ein felles høyringsuttale for heileføretaksgruppa. Denne tek i hovudsak utgangspunkt i spesialistutdanninga i spesialisthelsetenesta.

Helseføretaka har gitt høyringsdokumenta mykje merksemd, utan at vi med det grunnlaget som ligg føre klarer å ha den fulle oversikt over konsekvensane av forslaga. For fleire av forslaga til endringar, meiner vi det ikkje er etablert eit godt nok kunnskapsgrunnlag som er tilstrekkeleg faktabasert. Forslaga vil, slik vi vurderer det, i første omgang føre til ein sterkare sentralisering/funksjonsfordeling av oppgåver frå små sjukehus til mellomstore sjukehus, og deretter truleg ein ytterlegare sentralisering/funksjonsfordeling frå mellomstore sjukehus til store sjukehus. Dersom dette er rett, er det viktig at dei økonomiske, organisatoriske og politiske konsekvensane blir sett i samanheng med arbeidet med den nasjonale helse- og sjukehusplanen.

Fakta

I brev av 4. mai 2011 fekk Helsedirektoratet i oppdrag frå Helse- og omsorgsdepartementet å utarbeide forslag til ny spesialiststruktur for legar. Forslaget skulle ta høgde for faktiske oppgåver i dag og i framtida, både i spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta, samt demografisk utvikling, medisinsk fagleg utvikling og tenesteutvikling som t.d. Samhandlingsreforma.

Eit første utkast blei sendt på høyring juni 2013, men høyringa blei sett på vent på grunn av omfattande innvendingar frå fleire instansar, mellom anna frå helseføretaka og Spekter. Det blei peika på at forslaget hadde store organisatoriske og økonomiske konsekvensar som ikkje var tilstrekkeleg gjort greie for.

Hausten 2013 fekk Helsedirektoratet presisert oppdraget og blei vidare bedt om å utgreie forslaget om ein eigen spesialitet for akuttmottak på bakgrunn av innspel som var komne. Det presiserte oppdraget førte til ei tydelegare organisering og nye initiativ i prosessen med oppnemning av arbeidsgrupper for helseføretak, universitet, brukarorganisasjonar og Legeforeininga. Helsedirektoratet si prosjektgruppe har gjennomført møte med leiinga i Helse Bergen og Helse Fonna.

Samla sett skulle Helsedirektoratet etablere eit kunnskapsgrunnlag for å vurdere forslaga i forhold til små, mellomstore og store sjukehus. Helse Bergen og Helse Fonna har i tråd med føresetnadene gitt innspel på dei tema som var diskuterte i gjennomgangen med Helsedirektoratet.

Mål og innhald i høyringsutkastet

I utgreiinga har Helsedirektoratet teke utgangspunkt i det overordna målet for spesialistutdanninga om å sikre innbyggjarane og pasientane ei kvalitativ og kvantitativ optimal diagnostisering, god behandling og oppfølging, god pasientsikkerhet samt hensiktsmessig drift av helsetenesta. I tillegg til å imøtekomme framtidige behov har det vore eit mål med gjennomgangen å gi ei vurdering av korleis spesialistutdanninga kan styrkast, og kome med forslag til tydeleg rolle- og ansvarsfordeling. Følgjande delmål er formulert for utgreiinga:

- *«Å etablere en spesialitetsstruktur som er fremtidsrettet og møter fremtidens behov og tar opp i seg de endrede demografiske forutsetninger og den medisinskfaglige utviklingen, teknologisk utvikling, samhandlingsreformen, og endringer i pasient- og legerollen.*
- *Å oppnå kvalitet i helsetjenesten innebærer at helsepersonellet har rett kompetanse. Dette sikres ved at innholdet i utdanningen er oppdatert og har et adekvat innhold i henhold til pasientenes behov, samt at den enkeltes kompetanse oppdateres jevnlig.*
- *Å sørge for at spesialistutdanningen kvalitetssikres, både på individnivå og på systemnivå, samt å tilrettelegge for gode og effektive utdanningsløp.*
- *Å sørge for at vi har de riktige spesialitetene, og med et innhold som er i tråd med pasientenes behov.*
- *Å sørge for en spesialitetsstruktur som understøtter en organisering som ivaretar gode pasientforløp og god samhandling.*
- *Å etablere en spesialitetsstruktur som motvirker tendensen til en stadig sterkere spissing på bekostning av breddekompetanse, med påfølgende oppsplitting og fragmentering av tjenestene.»*
(s. 14)

I høyringsutkastet foreslår Helsedirektoratet mellom anna ny spesialiststruktur, betra og meir effektiv spesialistutdanning, ny spesialitet knytt til mottak, samt ryddigare oppgåvedeling.

Høyringsutkastet kjem med forslag om ein spesialiststruktur som skal ta omsyn til behov for både bredde- og djupnekompetanse. Her vert alle greinspesialitetar innan kirurgi og indremedisin gjort om til hovudspesialitetar, som skal styrke brei kompetanse og er i tråd med utviklinga i andre land. Det er eit mål å harmonisere med EU sitt spesialistdirektiv.

Helsedirektoratet har for spesialistutdanninga forslag om ein tredelt modell der dei ulike delane byggjer på kvarandre. Dette skal vera ei forbetring og effektivisering av utdanninga og inneheld kompetansetesting av læringsmål og utbytte samt klare krav til praksisrettleiing og obligatoriske rettleiarutdanning. :

Spesialistutdanning del 1: Denne delen starter etter grunnutdanninga. Det er 18 månaders teneste, 12 månadar på sjukehus og 6 månadar i kommunehelsetesta. Dette er ein felles kompetanseplattform, men med fire alternative: Kirurgi, indremedisin og psykiatri, i ulike kombinasjonar

Spesialistutdanning del 2: Denne delen omfattar felles kompetanseplattform for grupper av fag. Det gjeld indremedisinske fag, kirurgiske fag og psykiatri/rus- og avhengigheitsmedisin. Dei andre faga vil ikkje ha felles kompetanseplattform, men ein kan eventuelt ta moduler frå del 2 når ein tar del 3.

Spesialistutdanning del 3: Denne delen er den spesialitetsspesifikke utdanninga. Innhald, form og omfang av del 3 vil variere mellom ulike spesialiteter. Sikring av spesialistkompetanse for vakt i eige fag vil vere sentralt, men for dei indremedisinske spesialitetane vil også vedlikehald og utvikling av vaktkompetanse i generell indremedisin vere nødvendig.

Målet med denne modellen er m.a. å auke fleksibiliteten ved felles modular for å ivareta behovet for breiare kompetanse. Det inngår i forslaget at turnustenesta blir lagt inn i spesialiseringssløpet som del av effektiviseringa, og det er foreslått at turnustenesta i spesialisthelsetenesta skal kortast frå eit år til 6 månadar. I gjennomgangen med fagmiljøa er det ikkje støtte for å korte ned tida for turnustenesta og heller ikkje at denne blir lagt som del av spesialiseringssløpet. Omgjering av greinspesialitetar til hovudspesialitetar skal korte ned tida det tar for å bli ferdig spesialist. Spesialistane skal i tråd med forslaget ha obligatorisk etterutdanning.

Med bakgrunn i Riksrevisjonens undersøking og Helsetilsynets rapport frå 2007, peikar rettleiaren som inngår i høyringsgrunnlaget på mangel på heilskapleg leing og mangel på kompetanse i dette fagfeltet. Rettleiaren gir råd om organisatoriske grep for å sikre heilskapleg leing, rett kompetanse, samt prosedyrar for heilskaplege pasientforløp og kontinuerleg aktivitetsregistrering for kvalitet. Det er òg i sjølve høyringsutkastet foreslått ny spesialitet i mottaksmedisin som skal ha særskild fokus på arbeid og klinisk leiarskap. Spesialiteten vil kunne nyttast både i akuttmottaka, utgreiing, korttidspostar, overvakingsposter (ikkje-kardiologi), generelle indremedisinske avdelingar og poliklinikkar. I tillegg vil kompetansen passe dei utvida oppgåvene kommunane har fått gjennom Samhandlingsreforma.

Når det gjeld oppgåvedeling foreslår Helsedirektoratet at ansvaret for den overordna styringa med spesialistutdanninga vert lagt til Helsedirektoratet på delegasjon frå HOD, med eit sentralt nasjonalt

råd for legespesialistsutdanning med faglege spesialitetsråd for alle spesialitetar. Legeforeininga vil framleis vere ein vesentleg aktør, men vil ikkje ha ei sjølvstendig rolle. I forslaget får universiteta meir ansvar for teoretisk opplæring samt å sikre god pedagogikk. Dette skal bidra til klarare ansvarsdeling mellom myndigheiter, universiteta, tenesta og Legeforeininga.

Kommentarar

Før vi går inn på dei einskilte spørsmåla vil vi gjere merksam på at utgreiinga har hatt lite fokus på psykisk helsevern og rusområdet. Vi har derfor i samarbeid med helseføretaka forsøkt å få fram viktige perspektiv for desse fagområda som underlag til høyringsuttalen for føretaksgruppa Helse Vest.

Helsedirektoratet ba som tidlegare nemnt om konkrete innspel, og desse spørsmåla blei sendt til HF-a. Svara er samanstilt i eit eige vedlegg, og dei er eit grunnlag for denne høyringsuttalen.

Spesialistutdanning

Som ledd i effektiviseringa blir valfri teneste tatt ut, forskning blir meritterande for spesialisering i allmennmedisin og samfunnsmedisin. Føretaksgruppa i Helse Vest har over tid satsa strategisk på å auke forskinga. Mykje av forskinga blir til gjennom spesialistutdanninga. Det er grunn til å peika på at omfanget av forskning kan gå ned om ein skal forstå forslaget slik at det ikkje skal gis rom for avbrot for forskning gjennom spesialistutdanninga. Vi meiner at det skal vera mogleg å prioritere forskning til tross for ønsket om rask veg gjennom spesialistutdanninga. Det er elles lite i forslaget som peiker på forskning som del av ein av dei lovpålagde hovudoppgåvene for føretaka.

I forslaget går det fram at turnustenesta vert korta ned og at den inngår som del av spesialistutdanninga. Dette bør vurderast nærare før ein tar endeleg stilling til spørsmålet.

Det er viktig at det er samsvar mellom behov i verksemda for fagutvikling og det tilbodet som utdanningsinstitusjonane/universiteta har. I denne samanheng gjeld det kvaliteten på spesialistutdanninga, rettleiingskursa og den obligatoriske etterutdanninga. Spesialistråda skal definere omfang og innhald i spesialistutdanninga. Korleis spesialistråda skal etablerast er i forslaget tatt ut av det organisatoriske systemansvaret/linjeansvaret. Det er formulert slik at det er fagmiljøa sjølve som skal nominera deltakarar. Vi meiner det må vere RHF/helseføretaka som må utnemne deltakarar til spesialistråda. Når oppgåver frå Legeforeininga skal overførast til nasjonale spesialistråd, er det viktig å gjere dette på tenleg måte slik at dei ansvarlege for tenestene i størst mogleg grad kan medverke slik at spesialistutdanninga er i tråd med utdanningsbehovet. Av erfaring er det krevjande, nærast umogleg å utøva eit organisatorisk systemansvar og linjeansvar når deler av ansvaret blir lagt utanfor linja i føretaka. Helse Vest vil tilrå at ansvaret for fagkursar blir lagt til spesialisthelsetenesta, og at universiteta får ansvar for pedagogisk tilrettelegging og rettleiingskompetanse.

Berre ein tredjedel av legar i spesialisering får i dag den rettleiinga og supervisjonen dei har krav på i tråd med utgreiinga frå helsedirektoratet. Vi meiner at ein heller bør organisere rettleiinga og supervisjonen slik det er meint, enn å dele ansvaret mellom universiteta og sjukehusa. Dei aller fleste ressursane som kan gi rettleiing og supervisjon er tilsette i helseføretaka. Det er også slik det er i dag.

Det er i høyringsutkastet gode forslag til å styrka kunnskap og ferdigheit for dei som skal gi rettleiing. Høyringsforslaget inneber overføring av ansvar til universiteta. Vi meiner konkret at helseføretaka må ha det fulle og heile ansvaret, føretaka må samarbeide med universiteta og «bestille» kompetansetiltak frå universiteta. Dette vil gi klare rammer for ansvar og økonomi.

Vi meiner det er klokt at det blir etablert konkrete læringsmål som må nåast for å få å bli godkjent som spesialist. Vi legg til grunn at helseføretaka vil ha ei viktig oppgåve med å kvalitetssikra spesialitutdanning del 1. Det er viktig at ein tidleg formaliserer kva konsekvensar som følgjer av at ein turnuslege ikkje tilfredsstillar læringsmåla etter turnusperioden. Det same gjeld for så vidt del to og tre, men vi meiner utøving av arbeidsgjevrolla må vere aktiv og at dei som ikkje når læringsmåla må vere førebudde på at dei ikkje tilfredsstillar føresetnadene for tilsettingsforholdet i helseføretaket. For turnuslegar som ikkje er kvalifisert for vidare klinisk teneste må dette få konsekvensar. Vi tilrår at Helsedirektoratet klargjer korleis ein vil handtere dei tilfella der turnuslegar ikkje er kvalifisert for vidare klinisk teneste. Dette må vere klarlagt for alle parter. Dette synes ikkje å vere tilstrekkeleg synleggjort i høyringsforslaget.

Forslaget om at det i praksisopplæringa skal leggjast sterkare vekt på læringsmål og læringsutbytte og at det skal innførast kompetansetesting som følgjer fasane i utdanninga støttast. Det er ynskjeleg at universiteta bidrar i metodisk utforming av testane, men vi meiner at gjennomføringa og faginnhald ikkje må takast ut av den kliniske verksemda i helseføretaka.

Helse Vest har lagt til rette for desse premissane i Kompetanseportalen, Læringsportalen og ved våre simulering/ferdigheitssentre. Vi er med andre ord godt førebudde på endringane dette vil føre med seg.

Rekruttering

Høg vaktbelastning for vaktberande spesialister kan gjera rekrutteringa meir krevjande på sikt. For små og mellomstore sjukehus kan ein ende opp i svært hyppig vaktbelastning som igjen vil føre til at rekrutteringa til faget stoppar opp på desse sjukehusa. På same måte kan bortfall av deler av tenestetilbodet i mindre sjukehus ha betyding for rekrutteringa. På den andre sida kan det bygge opp om rekruttering til små og mellomstore sjukehus at ein får utdanna legespesialistar til dei oppgåvene som skal utførast på sjukehuset, og at dei då blir verande på det sjukehuset dei har fått utdanninga. Dersom ein legg til grunn at kvart av helseføretaka må klare å utdanna dei spesialistane dei har behov for sjølv, og at dette er rekrutteringsfremjande, kan det for små og mellomstore sjukehus vere eit fortrinn.

Spesielt for psykisk helsevern og rus

Spesialiteten vaksenpsykiatri er ein av dei største spesialitetane. I avsnittet Spesialitetene vaksenpsykiatri, barne- og ungdomspsykiatri og rus- og avhengighetsmedisin, blir den nye spesialiteten rus- og avhengighetsmedisin gitt omtale på over 1 side, mens verken spesialiteten vaksenpsykiatri eller barne- og ungdomspsykiatri blir nemnd. Det er svært uklart korleis spesialistutdanninga i vaksenpsykiatri og barne- og ungdomspsykiatri skal gjennomførast, utover det som er generelt omtalt i dei innleiande kapitla.

Det er nødvendig at det blir tydelegare korleis spesialiteten i psykiatri er planlagt gjennomført, eventuelt med relasjonen til ny revidert spesialistutdanning frå spesialistkomiteen frå Norsk Psykiatri

Foreining. Dersom det som i tidlegare utkast til spesialiststruktur er planlagt felles kompetansemøddular mellom spesialitetane voksenpsykiatri, barne- og ungdomspsykiatri og rus og avhengighetsmedisin bør dette takast inn i forslaget. Vidare bør det avklarast om teneste innan dei tre omtalte spesialitetane vil vera teljande og gå til frådrag for anna teneste i hovudspesialitet, og om dette i tilfelle vil bli obligatorisk slik det er i noverande ordning er for barne- og ungdomspsykiatri. Ein obligatorisk teneste i barne- og ungdomspsykiatri, eller i rus og avhengighetsmedisin for spesialiteten voksenpsykiatri, kan føre til «flaskehalsar» i utdanninga. Årsaka til dette er at spesialitetane er svært ulike i tal stillingar.

Etter dei nye reglane for spesialistutdanning innan psykiatri kan eit år av spesialistløpet erstattast av forskning, medisinsk spesialitet, teneste i helseadministrativ/samfunnsmedisinsk legestilling eller i allmenntmedisin. Slik vi forstår det skal denne valfrie tenesta ut. Den valfrie tenesta har gitt bredde kompetanse og forskingskompetanse. Konsekvensane av å ta dette ut bør klargjerast.

Generelt gjeld det at rettleiing innan spesialiteten voksenspsykiatri har ein svært sentral plass i utdanninga. Rettleiinga er obligatorisk og består av klinisk rettleiing kvar veke ved spesialist i same eining, samt psykoterapi rettleiing kvar veke som strekker seg over minimum 3 år. Rettleiing i spesialiteten psykiatri er vurdert å vera nødvendig i eit fag som i så stor grad baserer seg på relasjon til pasientane. Det bør spesifiserast i høyringsutkastet korleis denne rettleiinga er planlagt gjennomført, og i kor stor grad ein ser for seg at dette er rettleiing som skal overførast til universiteta. Dersom det er slik at universiteta skal overta dette, er det viktig å peika på at ressursane som kan gjennomføra dette trass alt er i helseføretaka og ikkje hjå universiteta.

Som for dei andre spesialitetane er det effektivitets gevinstar dersom ein får betre struktur på utdanningsløpet og at spesialitet kan oppnåast raskare enn i dag. Psykiatri er eit typisk modningsfag, der kurs er i e-læring i liten grad vil bidra til å effektivisera utdanninga.

Organisering av spesialisthelsetenesta

Vi meiner at høyringsforslaget vil gripa inn i organiseringa av helseføretaka/sjukehusstrukturen. Med utgangspunkt i innspela vi har fått gjennom høyringsarbeidet vil vi peike på følgjande utfordringar og konsekvensar:

- Helseføretaka vil måtte utdanne spesialister som kan ta oppgåvene på det sjukehuset/helseføretaket dei har tilsetting ved. Etter den foreslåtte modellen ser vi det vanskeleg å ha same utdanning for spesialister uavhengig av storleik og kompleksitet på sjukehusa og pasientbehandlinga i sjukehusa. Det vil vere krevjande fagleg å komme frå eit «smalt» fagmiljø på eit stort sjukehus, til eit mindre sjukehus som er avhengig av breiddekompetanse. Fagmiljøa i føretaksgruppa Helse Vest gir tydeleg uttrykk for at dersom forslaget blir vedtatt og gjennomført, vil det føre til ytterlegare sentralisering av funksjonar, særleg innan dei kirurgiske faga.
- Endringa frå greinspesialitet til hovudspesialitet innan dei indremedisinske faga inneber betydelege utfordringar for små og mellomstore sjukehus. Utviklinga dei siste tiåra av meir grein spesialisering har ført til behov for å styrka bredde kompetanse, spesielt for mindre og små sjukehus med få spesialistar/vaktlag. Det er store pasientgrupper med mange og samansette lidningar «ingen» har eit heilskapleg fagleg ansvar for. Endringa frå grein- til hovudspesialitetar innan indremedisinske fag passer betre for store sjukehus.
- Dei minste sjukehusa må særleg ha fokus på å etablere tilbod som er i takt med behova for å bygge opp om- og å ta i vare behovet for bredde kompetanse.

- Innan akuttkirurgisk beredskap legg forslaget til grunn at gastrokirurgi skal vere vaktbærande spesialitet for akuttkirurgisk beredskap. Forslaget inneber at vi må auke tal gastrokirurgar, samstundes som meir vakt vil føre til lågare pasientkontakt på dagtid, som igjen vil bety at ein vil delta i færre mengde operasjonar på dagtid. Fagmiljøa er uroa for at dette over tid vil føre til at det blir for lite elektiv kirurgi, som er grunnlaget for å vere vaktkompetent operatør ved akuttmottaka. Det er ikkje lagt fram tiltak for å motverke dette. Ei anna sannsynleg konsekvens vil vera at berre større sjukehus med tilstrekkeleg befolkningsgrunnlag vil klare å oppretthalda den kirurgiske akuttfunksjonen. Mindre sjukehuseiningar vil ikkje ha moglegheit til å oppretthalda kirurgisk akuttbereidskap i tråd med føresetnadene i forslaget. Det vil igjen kunne føre til sentralisering av funksjonar, som kan gi endringar i sjukehusstruktur og auke transport av akutt sjuke pasientar.
- Helse Vest vil etter det som no er foreslått, måtte ta eit felles ansvar og initiativ for å systematisere utdanninga for heile føretaksgruppa der ein legg til rette for å utdanna, vidareutvikla og behalda spesialistane der dei skal utføre sine oppgåver.

Akuttmottak

Konsekvensane med å etablere ein eigen spesialitet innan akuttmedisin vil, kanskje med unntak av dei største sjukehusa, truleg krevje fleire stillingar innafor indremedisin som heilhet, og som igjen vil føre til dyrare drift.

Økonomiske konsekvensar

Høyringsdokumenta legg til grunn at det vil vere eit konstant tal legar.

- Etter vårt syn vil det krevje fleire legar for å gjennomføre endringane
- Det er vanskeleg å forstå at ein kan ha ein netto økonomisk gevinst slik utgreiinga peiker på, utan at ein skal redusere talet legar. Føretaka i Helse Vest har ikkje klart å finne dekning for dei økonomiske gevinstane det er peika på i forslaget
- Forslaget peiker på at ein får kortare utdanningsløp, med tydelegare kunnskaps- og ferdigheitsmål på kortare tid enn nå. Føretaka i Helse Vest har vanskar med å forstå korleis ein skal klare å utdanne spesialistar på kortare tid med mindre vakt og mengdetrening slik forslaget peiker på.
- Legar i spesialisering skal ikkje gå vakt i modul ein, og avgrensa vakt i modul to. Dette inneber at det må vere nokre andre legar som skal dekke opp for denne endringa med dei økonomiske og organisatoriske konsekvensane dette har.
- Legar i spesialisering skal delta i vakt i modul tre saman med kompetente overlegar. Fagmiljøa i Helse Vest har understreka at legar i spesialisering etter ei tid i helseføretaka er nokre av dei mest vaktkompetente som føretaka kan sette inn i vaktoppgåver
- Fleire overlegar i vakt aukar kostnadene
- Forslaget vil trekke legeressursar ut frå pasientbehandlinga, rettleiing og supervisjon. Dette vil krevja auke legeressursar og gjennom det auka kostnader.
- Helsedirektoratet har lagt til grunn at forslaga kan gjennomførast innanfor gjeldande avtaleverk (eksisterande normer og avtaler vedkommande arbeidstid og permisjonar mv) og innan eksisterande budsjetttrammer. Dette bygger på føresetnader om forventa innsparing nasjonalt med 747 millionar kroner per år i lønn til legar i spesialisering og 205 millionar kroner per år i reduserte behandlingstkostnader som følgje av meir effektiv behandling når forslaga til endringar er gjennomført. Helsedirektoratet peikar sjølv på høg risiko for at dette ikkje blir realisert. I tillegg vil konsentrasjonen av opplæringsstida aleine føre til at det manglar opp mot 264 årsverk til pasientbehandling per år fram til reforma får full effekt i 2022-2023.

Oppfølging av høyringsutkastet

Helsedirektoratet har skissert ei rekkje konsekvensar av ny spesialiststruktur. Vi meiner det er viktig at vi også gjennom høyringsutkastet stiller spørsmål ved om konsekvensane er tilstrekkeleg utgreia og dokumentert. Ikkje minst er det nå avtalt i tariffoppgjøret mellom Spekter og Den Norske Legeforeining at nye legespesialistar frå og med 1. juli 2015 skal ha fast tilsetning. Dette legg mange føringar for korleis ein kan gjennomføra strukturerte, planlagde utdanningsløp på tvers av sjukehus/helseføretaka i føretaksgruppa Helse Vest. Det er viktig at ein tar omsyn til føresetnadene som er ein del av tariffavtalen. For spesialitetar der det krev samhandling mellom dei fire RHF-a og underliggande helseføretak, er det lite som går fram om korleis ein har tenkt at dette skal gjennomførast. Det er grunn til å peika på at høyringsforslaget i kombinasjon av fast tilsetning for legar i spesialisering kan føre til «proppar», og at det blir opphoping for delar av utdanningsløpa der ein er avhengig av utdanningskapasitet på ulike sjukehus.

Oppsummerande kommentarar

Nasjonal helse- og sjukehusplan vil truleg legge viktige premissar som spesialiststrukturen må tilpassa seg.

Føretaksgruppa Helse Vest støttar forslaga om ei styrking av kvaliteten i spesialistutdanninga for legar. Vi har satsa betydeleg ressursar på å utvikla støtte for både rettleiarar, supervisjon, leiarrolle og for legar i spesialisering. Løysinga vil bli tatt i bruk innan årsskiftet 2014/2015. Vi er samde i at det har vore for lite fokus på det organisatoriske systemansvaret for gjennomføring av effektive og målretta spesialistutdanning for legar. Legar i spesialisering er ein føresetnad for god drift ved sjukehusa. Det er difor viktig at rolle og ansvar ikkje blir svekka samtidig som ein styrker supervisjon og oppfølging. Vi meiner det er rett å understøtte klare og tydelege læringsmål, enten dei er formulerte slik det har vore fram til i dag, eller om det blir ei anna form og struktur med tydelege læringsmål slik det ligg i forslaget. Dette gjeld også for turnuslegar der helseføretaka må ta eit ansvar for å sikra at dei som gjennomfører turnustenesta er kompetente til vidare klinisk teneste. Dette blir endå viktigare når nye legar i spesialisering får fast tilsetning frå seinast 1. juli 2015.

Høyringsutkastet som føreligg inneheld gode svar med omsyn til kvalitetsforbetring i spesialiseringsløpet. Vi støttar den prinsipielle inndelinga i tre delar med moglegheit for fleksibilitet.

I forslaga til kvalitetsforbetring av rettleiinga, supervisjon og opplæring ligg det til grunn at ein skal basere seg på eksisterande normer og avtaler vedkommande arbeidstid, permisjonar mv. Vi er kjend med at Spekter vil gi eigen uttale til høyringsforslaget. Det er viktig at ein ser dette i ein heilskapleg samheng mellom organisatorisk systemansvar for legespesialistutdanninga og kva partane har lagt til grunn i tariffavtalen. Styret vil bli førelagt høyringsuttalen frå Spekter.

Helsedirektoratet har lagt til grunn at det ikkje vil få vesentlege økonomiske konsekvensar. Det er ikkje realistisk slik vi har understreka tidlegare.

Det er positivt at universiteta vil vere meir delaktige i spesialiseringa, men vi finn det lite hensiktsmessig å flytte ut oppgåver som i dag er integrert i den kliniske verksemda. Universiteta bør styrke sin metodekompetanse og rettleiing innan området. Fagleg opplæring bør leggjast til spesialisthelsetenesta som integrert del av praksis og utdanning. Det er behov for å vurdere kostnadsreducerande tiltak ved betre koordinering av opplæringsprogram og samarbeid mellom

helseføretaka og universiteta i opplæringa innanfor de ulike spesialitetane. Dersom det faglege ansvaret likevel blir lagt til universiteta, må det etablerast tydelig bestillar rolle der spesialisthelsetenesta si styring av innhald er sikra og at dei økonomiske konsekvensane er avklart.

Vidare planlegging må basere seg på pasientgrunnlag og tilgjengeleg personell og kompetanse. Allereie i dag er pasientgrunnlaget på einskilde område kritisk lågt for å ha eit robust behandlings- og utgreiingstilbod til pasientane og eit tilfredsstillande læringsmiljø. I høyringsutkastet blir det vist til at forslaget om å gjere om frå grein- til hovudspesialiteter er i tråd med utviklinga i andre land, til dømes i Sverige, Tyskland og Hellas. Vi er kjende med at dette har vore ein trend som er i ferd med å snu, til dømes i Danmark og England. Dette burde ein ha gått nærare gjennom for å lære av.

Det er positive effektar ved fleire av tiltaka som vi har forsøkt å trekke fram, samstundes som det er mange usikkerheits element kring konsekvensane av forslaget. Vi meiner det vil vera tenleg å utreda fleire av tiltaka ytterlegare og sjå desse i samheng med Nasjonal helse- og sjukehusplan.

Vedlegg

1. Helsedirektoratets høyringsbrev av 18. juni 2014 – vedlegg
2. Framtidas legespesialister – høyringsutkast - <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/fremtidens-legespesialister-en-gjennomgang-av-legers-spesialitetsstruktur-og-innhold/Sider/default.aspx>
3. Framtidas legespesialistar – konsekvensutgreiing - <http://www.helsedirektoratet.no/finn/Sider/results-finn.aspx?k=Fremtidens%20legespesialister%20-%20konsekvensutredning>
4. Nasjonale rettleiar for organisering og drift av somatiske akuttmottak – <http://www.helsedirektoratet.no/Om/hoyringar/Documents/Spesialistutdanning-%20og%20struktur/Nasjonal%20veileder%20for%20organisering%20og%20drift%20av%20somatiske%20akuttmottak.pdf>
5. SISAM – rapport om spesialiststruktur og innhald i samfunns- og allmenntmedisin - <http://www.helsedirektoratet.no/Om/hoyringar/Documents/Spesialistutdanning-%20og%20struktur/SISAM-%20Spesialitetsstruktur%20i%20samfunns-%20og%20allmenntmedisin.pdf>
6. Felles omforent internt notat om innspel til høyring. Refleksjonar frå helseføretaka – dei ulike spørsmåla frå Helsedirektoratet