

Etter liste

Deres ref.:  
Vår ref.: 14/6213-1  
Saksbehandler: Irene Sørås  
Dato: 18.06.2014

## Høring- legers spesialitetsstruktur og veileder akuttmottak

### Bakgrunn

Helsedirektoratet skal bidra i Helse- og omsorgsdepartementets (HOD) brede gjennomgang av organisering av spesialistutdanning og godkjenningsordninger for helsepersonell. På bakgrunn av dette har Helsedirektoratet fått flere oppdrag. Ett av oppdragene omfatter en gjennomgang og vurdering av eventuelle endringer i struktur og innhold i spesialistutdanning av leger, samt en konkretisering av fremtidige roller, ansvar og oppgaver på feltet (jfr presiseringsbrev 04.05.2011). I presiseringsbrevet heter det:

«Det skal foretas en gjennomgang av spesialitetsstruktur for leger med tanke på at den skal gjenspeile framtidige behov for spesialistkompetanse hos leger. Gjennomgangen av spesialistfeltet skal ta opp i seg hovedretningen som ligger til grunn i Samhandlingsreformen og ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og folkehelsearbeid (2011)».

Dette er nå utredet og resultatet av gjennomgangen foreligger i følgende rapporter som med dette sendes ut på høring:

- A) «Fremtidens legespesialister. En gjennomgang av legers spesialitetsstruktur og -innhold. IS-2079-2» som er en revidert versjon av utredningen om samme emne som kom i juni 2013. Til denne er det laget en egen konsekvensutredning: «Fremtidens legespesialister. Konsekvensutredning av forslag til ny spesialitetsstruktur for leger. IS-2180».
- B) «Fremtidens legespesialister. Spesialitetsstruktur- og innhold i samfunns- og allmenntjenestemedisin (SISAM-prosjektet). IS-2139».

I tillegg sendes «Veileder for faglige og organisatoriske kvalitetskrav for somatiske akuttmottak» ut på høring. Siktemålet er at alle disse utredningene ses i sammenheng.

Målet med disse forslagene er å bedre kvalitet og pasientsikkerheten og medvirke til å la pasientenes behov være førende.

*Det er ønskelig med en generell høring på samtlige utredninger.*

### Helsedirektoratet - Divisjon spesialisthelsetjenester

Avdeling sykehustjenester  
Irene Sørås, tlf.: 24163472

Postboks 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo • Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo • Tlf.: 810 20 050  
Faks: 24 16 30 01 • Org.nr.: 983 544 622 • postmottak@helsedir.no • www.helsedirektoratet.no

I det følgende beskrives de forslagene i de ovennevnte utredningene som spesielt ønskes kommentert.

Når det gjelder rapporten «Forslag til ny spesialitetsstruktur for «Fremtidens legespesialister. En gjennomgang av legers spesialitetsstruktur og –innhold. IS-2079-2» bes det spesielt om vurderinger av følgende:

### **Spesialitet i mottaks- og indremedisin**

Basert på hvilke behov det store flertall av pasienter i et norsk akuttmottak har, samt et økende og hittil forsømt behov for leger med god breddekompetanse, foreslås en ny spesialitet kalt mottaks- og indremedisin. Spesialiteten er en revitalisering av den tidligere generelle indremedisiner og er tilpasset EUs spesialitet indremedisin/generell indremedisin. I tillegg har spesialiteten en utvidet kompetanse innrettet også mot andre enn de rent indremedisinske problemer i et akuttmottak. Det legges til grunn at leger med denne spesialiteten ikke skal overta arbeidsoppgaver turnusleger og LIS har i akuttmottakene, men skal ha overordnet ansvar og eventuelt gå inn i vaktordninger for indremedisinere med generell kompetanse, samt også kunne ha ansvar for obsposter/korttidsposter/ generelle indremedisinske poster.

Vi ber om høringsinstansenes vurdering av følgende:

- ✓ *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?*
- ✓ *Vil det være behov for en slik spesialitet også for andre formål i det enkelte sykehus?*

### **Langsgående kompetansemoduler for alle spesialiteter**

Det har i arbeidet med rapporten og konsekvensutredningen vært få kritiske kommentarer til forslaget om å innføre fellesmoduler på noen utvalgte tema av generell viktighet for alle spesialister.

Om høringsinstansen er enig i behovet, ønsker vi innspill på følgende:

- ✓ *Hvordan kan modulene utformes for å oppnå mest mulig læring i de temaene modulene omfatter?*
- ✓ *Er det tema som savnes eller kan sløyfes?*

### **Styrking av veiledningen**

Det foreslås i rapporten å styrke veiledningen av den enkelte LIS. Et viktig virkemiddel som foreslås i rapporten er å styrke kompetansen til den enkelte veileder. I konsekvensutredningen skisseres en mulig modell for dette og kostnader knyttet til opplegget.

Om høringsinstansen er enig i behovet, ønsker vi innspill på følgende:

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

## **Alternativ for del 1 i spesialistutdanningen**

Turnustjenesten har vært en viktig trenings- og opplæringsarena for nyutdannede leger. Både utredningen av ny spesialitetsstruktur i sykehus, og SISAM-rapporten som dekker spesialistutdanning i allmenntidmedisin og samfunnsmedisin, hadde i utgangspunktet lagt til grunn en uendret lengde på turnus(del 1), dvs. 1 år på sykehus og et ½ år i kommunen. Det har i prosessen så langt ikke vært drøftet hvilke generelle læringsmål som skal dekkes i turnustjenesten, slik at dette faktisk blir en påbegynt spesialisering uavhengig av hvilke spesialiseringssløp legene velger å fortsette med. I arbeidsprosessen med hovedrapporten er det derfor kommet forslag om at det må kunne vurderes å redusere turnustjenestens lengde. Et alternativ er å beholde del 1 som 1 ½ år (alternativ 1) Alternativ 2 innebærer at del 1 reduseres til ett år totalt, dvs ½ år i sykehus og ½ år i kommunen. Ved en slik endring vil det kunne brukes mer tid til del 2 og/eller del 3, da det i enkelte fagområder er synspunkter på at det er for kort tid til å kunne oppnå læringsmålene som vil måtte komme for å bli spesialist. På den andre siden kan halvering av tjenestetiden i sykehus før perioden i kommunen føre til økt behov for veiledning i perioden med allmennpraksis. Nå er det allerede besluttet at det gis autorisasjon etter cand med, og det er besluttet at det skal være en felles første del for alle spesialister som skal godkjennes etter norske regler. Det er da en forutsetning at denne obligatoriske delen er en faktisk påbegynt spesialisering, og ikke et «skjult» tillegg til det medisinske studium. Læringsmålene som skal defineres for del 1 må ta utgangspunkt i dette, slik at både den kommunale tjenesten og sykehustjenesten gir læring som er ønskelig/nødvendig for alle spesialiteter, og som ikke er nådd gjennom grunnstudiet.

De norske legespesialitetene må kunne sammenliknes med de europeiske. Det er i dag få formelle krav til EU-spesialitetene, annet enn krav om tjenestetid i spesialiteten. Dette kravet varierer fra 3 til 5 år. I Norge er i dag krav til tjeneste mellom 5 - 6,5 år, etter gjennomført turnustjeneste. Når nå tidligere turnustjeneste skal inkluderes i spesialiseringssløpet foreslås at total minimum utdanningstid for norske spesialiteter skal være 6 – 6,5 år. I den sammenheng er det nødvendig å se grundig på hvordan den tilgjengelige tjenestetiden best kan fordeles mellom de forskjellige deler av spesialiseringssløpet for å optimalisere utdanningen og læringen.

Det bes om synspunkter på:

- ✓ *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 denne tjenesten ned til 6 måneders strukturert sykehustjeneste? Det forutsettes at læringsmålene som er felles for alle spesialiteter nås.*

## **Gastrokirurgi - vaktbærende/vaktkompetanse**

Det anbefales i rapporten at de forskjellige elementer/moduler i spesialiseringssløpene skal ha læringsmål som kan gi tilstrekkelig kompetanse til å ha funksjoner knyttet til vakt/beredskap. Det understrekes imidlertid at det er sykehuseier som, basert på forsvarlighet, må fastsette hvilken kompetanse det enkelte sykehus må ha i beredskap, samt hvor høy denne beredskap må være for de forskjellige kompetanser. Det følger av dette at det som beskrives i rapporten er generelle vurderinger av kompetansebehov.

Vaktkompetanse i akuttmottak beskriver den minimumskompetanse som må være umiddelbart tilgjengelig i et akuttmottak. Det skilles mellom indremedisinske pasienter (inkl neurologiske) og kirurgiske pasienter (inkl ortopediske).

Gjennomført del 2 i indremedisinske spesialiteter skal gi tilstrekkelig kompetanse til å vurdere innkomne pasienters behov for helsehjelp, gi nødvendig behandling inntil ansvaret for pasienten kan overtas av annen spesialist og viderehenvise pasienten til rett spesialitet. Det legges videre til grunn at de fleste indremedisinske pasienter som kommer til akuttmottaket ikke vil ha behov for mer spesialisert hjelp.

Gjennomført del 2 i de kirurgiske spesialiteter skal gi nødvendig kompetanse til å kunne vurdere om innkomne pasienter har behov for tilsyn av spesialist for eventuell akutt operativ behandling og kompetanse til å klargjøre pasienten for eventuell videre transport.

I tillegg til denne mottakskompetansen legges det til grunn at sykehus som har akuttmottak vanligvis også vil ha:

- Anestesilege som kan tilkalles
- Vaktordning for indremedisinsk spesialist med generell kompetanse
- Vaktordning for gastroenterologisk kirurg dersom det mottas kirurgiske pasienter
- Vaktordning for ortopedisk kirurg dersom det mottas ortopediske pasienter

Større sykehus må, som i dag, i tillegg ha andre spesialister i vakt, avhengig av hvilke pasienter sykehuset skal kunne behandle.

Det bes om synspunkter på:

- ✓ *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?*
- ✓ *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?*
- ✓ *Er det hensiktsmessig å basere kirurgisk vaktkompetanse på gastroenterologisk kirurgi alene? Hvis ikke, hvilke andre løsninger kan være mulige?*

### **Omgjøring fra gren- til hovedspesialiteter innen kirurgi og indremedisin**

Det foreslås at alle indremedisinske og kirurgiske grenspesialiteter omgjøres til hovedspesialiteter. Samtidig foreslåes en felles faglig kompetanseplattform for de indremedisinske og kirurgiske fag (del 2). For de indremedisinske fag er denne kompetanseplattformen ment å skulle sikre like god kompetanse som dagens generelle indremedisin. I tillegg skal LIS gjennomgå kompetansetesting også etter del 2, slik at det skjer en kvalitetssikring av oppnådd kompetanse.

Omgjøring fra gren- til hovedspesialiteter bør videre ses i sammenheng med at det foreslås å etablere en egen breddespesialitet som omtalt ovenfor i mottaks- og indremedisin. Det bør også ses i sammenheng med at gastroenterologisk kirurgi omgjøres til vaktbærende spesialitet for de kirurgiske fagene. Dette til sammen vil bidra til at akuttmottakene blir bemannet med bredere kompetanse dersom den nye spesialiteten tas i bruk. Samtidig vil de øvrige spesialistene i større grad kunne konsentrere seg i arbeidet med sine mer spissede oppgaver.

Denne kombinasjonen av tiltak er begrunnet i pasientenes behov, dvs de problemstillingene som pasientene i akuttmottakene i hovedsak kommer med. Det begrunnes videre med de utfordringene som akuttmottakene har. Disse utfordringene er omtalt i rapporten om forslag til ny spesialitetsstruktur og –innhold. Den offentlige spesialistgodkjenningen vil i ny struktur kun godkjenne hovedspesialitetene. Videreutdanning utover det må tilpasses det enkelte foretakets behov, alt etter hvilke oppgaver som skal utføres.

Det ønskes synspunkter på følgende:

- ✓ *Hvordan vurderes konsekvenser av denne omgjøringen slik de er beskrevet i konsekvensutredningen?*

### **Konsekvensutredning av forslag til ny spesialitetsstruktur**

Når det gjelder «Fremtidens legespesialister. Konsekvensutredning av forslag til ny spesialitetsstruktur for leger. IS-2180» presenteres her Helsedirektoratets vurderinger av konsekvenser av utvalgte tiltak i forslag til ny spesialitetsstruktur og spesialistutdanning. Utvelgelsen er blitt gjort i samarbeid med en arbeidsgruppe med deltakere fra RHF og HF som har ansett disse som sentrale. Hvis det er andre tiltak som har konsekvenser er Helsedirektoratet interessert både i hvilke tiltak det er og hvilke konsekvenser man anser som viktige.

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

### **Spesialitetsstruktur- og innhold i samfunns- og allmenntmedisin - SISAM**

For å sikre befolkningen jevn og høy medisinsk kompetanse i kommunehelsetjenesten, foreslår Helsedirektoratet at alle leger som arbeider med allmenn- og samfunnsmedisinske oppgaver skal spesialisere og etterutdanne seg. Arbeid med «andre allmenntmedisinske oppgaver» (legetjeneste i legevakt, sykehjem, helsestasjon, kommunal akutt døgnopphold, rehabilitering, skolehelsetjeneste, fengsel med mer) skal styrkes faglig og sidestilles faglig med fastlegepraksis og i kombinasjon med fastlegepraksis kunne føre frem til spesialiteten i allmenntmedisin. Legevaktarbeid står sentralt i allmenntmedisinen. For å sikre befolkningen jevn og god allmenntmedisinsk kompetanse i møtet med legevakten, foreslår Helsedirektoratet at alle allmenntleger må delta i kommunens legevaktordning for å resertifisere seg.

Helsedirektoratet foreslår at man skal oppheve kravet om to tjenestenivå for å bli spesialist i samfunnsmedisin. Man må videre arbeide minimum 50% samfunnsmedisinsk arbeid for å få tellende tjeneste.

- ✓ *Anses forslagene i SISAM-rapporten å styrke kompetansen i allmenn- og samfunnsmedisin i tilstrekkelig grad?*

### **Veileder for organisering og drift av akuttmottakene**

På bakgrunn av tidligere tilsynsrapporter og medieoppslag om problemer i akuttmottakene har Helse- og omsorgsdepartementet gitt Helsedirektoratet i oppdrag å etablere et kompetansenettverk for akuttmottakene og utarbeide en nasjonal veileder for organisering og drift av somatiske akuttmottak.

Veilederen beskriver en del av de organisatoriske og ledelsesmessige utfordringene knyttet til akuttmottakene. Et utkast til veileder har vært sendt til foreløpige kommentarer fra en rekke interessenter. En rekke av disse kommentarene er hensyntatt i veilederen. Helsedirektoratet ønsker innspill fra høringsinstansene på de tiltak som foreslås i veilederen:

- ✓ *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?*
- ✓ *Hvilken nytte kan foretakets ledelse ha av at det innføres fortløpende aktivitetsregistrering for akuttmottakene?*
- ✓ *Hvordan vil et tydelig medisinsk faglig ansvar for klinisk ledelse i akuttmottaket den enkelte virksomhetsdag påvirke organiseringen ved store eller små sykehus?*
- ✓ *Vil beskrivelsen av kompetansekrav for personell i akuttmottaket bidra til å sikre kvaliteten i tjenesten?*

### **Høringsfrist**

Fristen for å sende inn høringsuttalelser er **10. oktober 2014 kl 10.00**.

Høringsuttalelser på alle utredningene sendes elektronisk til Helsedirektoratet til [postmottak@helsedirektoratet.no](mailto:postmottak@helsedirektoratet.no).

### **Veien videre**

Helsedirektoratet vil på bakgrunn rapportene og denne høringen gi en endelig tilråding til Helse- og omsorgsdepartementet i november 2014.

Etter oppdrag fra departementet vil Helsedirektoratet starte videre utredning av enkeltelementer. Den endelige detaljplanleggingen vil først finne sted etter departementets beslutning.

Vennlig hilsen

Bjørn Guldvog e.f.  
direktør

Kristin Cordt-Hansen  
divisjonsdirektør

**Mottaker**

**Kontaktperson**

**Adresse**

**Post**

---

Etter liste