

Spesialitet i mottaks- og indremedisin

1. **Har den foreslåtte spesialiteten (i mottaks- og indremedisin) 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?**

Langsgående kompetansemoduler for alle spesialiteter

3. **Hvordan kan modulene utformes for å oppnå mest mulig læring i de temaene modulene omfatter?**

Det foreslås at disse modulene innfases i spesialiseringsløpet «der hvor det er mest relevant og knyttes nært opp til legenes erfaringer fra klinikken» (s.8). Videre foreslås det at disse skal starte allerede i del 1 (s.7). Dersom del 1 kortes ned er det vanskelig å se hvordan det skal kunne frigjøres tid til å påbegynne flere kurs av denne typen i del 1. Alternativet til å knytte det opp til kurs (i en eller annen form) kan være å gi sterkere føringer for innholdet i veiledningen. Mange av temaene som er foreslått i modulene vil være godt egnet til f.eks. gruppeveiledning – selvstendige sådan eller i kombinasjon med kurs. Utfordringen her vil bestå i finne gode måter å sikre/styre *innholdet* i veiledningen på. Helse Bergen har de siste årene gjennomført rutinemessig evaluering blant turnuslegene ved endt sykehustjenesten – disse viser at yrkesroller/yrkesetiske spørsmål sjelden eller aldri diskuteres i veiledningsmøtene.

Mange av temaene som er foreslått er av en slik karakter at det vil trolig være behov for å organisere opplæringen gjennomgående i LIS-løpet. Med dette menes at det ikke vil være tilstrekkelig med korte enkeltstående intervensjoner (kurs), men at temaene bør tas opp igjen regelmessig slik at de kan drøftes i lys av legenes erfaringer fra klinikken. Dette kan løses ved bruk av veiledningsgrupper el.l.

4. **Er det tema som savnes eller kan sløyfes?**

Styrking av veiledningen

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

Å styrke veiledningen av den enkelte LIS vurderes som et positivt grep. Herunder skisseres innføring av obligatorisk veilederutdanning for å styrke veiledningsfunksjonene som det viktigste tiltaket. Dette støttes. Det kan imidlertid stilles spørsmålstegn ved om planen for å gradvis bygge opp veilederkompetansen i sykehusene (gjennom først nasjonale kurs for erfarne leger/professorer og deretter gjennomføring av Train-The-Trainer-opplegg) er ambisiøs nok. Med denne modellen vil det ta lang tid før behovet for veilederkompetanse er tilstrekkelig dekket ute i sykehusene. Det er uklart hvorvidt det ligger i forslaget at samtlige veiledere skal skolerer formelt, eller om det vil utvikles overgangsordninger der erfarne veiledere kan få godkjent sin veilederkompetanse, f.eks. på bakgrunn av relevant dokumentasjon og erfaring. Det finnes i dag mange dyktige veiledere som bør kunne utnyttes til å spre «best practice».

Forslaget om å innføre obligatorisk veilederkurs for LIS i slutten av utdanningsløpet støttes. Det er imidlertid viktig at dette tilbys tidlig nok i løpet da mange erfarne LIS fungerer som veiledere for turnusleger (LIS i del 1).

Oppgaven med å utvikle og gjennomføre kurs for veiledere er foreslått lagt til universitetene. Dette fordrer at universitetene både har denne typen kompetanse samt kapasitet til å løse oppgaven. Mange av universitetene strever pr. i dag med å opprettholde tilbudet i universitetspedagogikk for sine egne ansatte, har lange ventelister og har ikke kapasitet til å utvikle egne fagspesifikke kurs for fakultetene. Det vil derfor kreve betydelig tilførsel av ressurser til universitetene/fakultetene for å kunne løse oppgaven med å utvikle og gjennomføre veilederkurs også for sykehusansatte. I tillegg er universitetene tillagt en lang rekke andre ressurskrevende oppgaver i forslaget som ansvar for undervisningen, kompetansetesting, kvalitetssikring m.m. som også tilsier tilførsel av stillinger¹.

Som understreket i forslaget for helsedirektoratets forslag (s.55) er «kurs» også her brukt i bred forstand.

Utover obligatorisk veilederopplæring foreslås det få grep for å bøte på de utfordringer en finner ved dagens varierende kvalitet på veiledningen (skissert på s. 51). En kan her tenke seg flere virkemidler som vil kunne bidra til å styrke veilederfunksjonen, bl.a:

- Rapportering og/eller sentrale føringer og krav: Pr. i dag er utdanningsutvalgenes rapportering til Legeforeningen om kvaliteten i spesialistutdanningene i hovedsak basert på kvantifiserbare størrelser. Det stilles krav om og klinikkene måles på *hvor ofte* og *hvor mye* veiledning som gis, men ingen krav stilles til selve kvaliteten, innholdet i, nytten eller læringseffekten av veiledningen.
- Deling av gode eksempler: Direktoratets rapport peker på at det finnes eksempler på meget god veiledning og god struktur på spesialistutdanningen. Disse bør spres, både innad i sykehusene og mellom sykehus.
- Styrking av supervisjonen: Dette er en essensiell del av utdanningsløpene hvor den kliniske hverdagen er læringsarena. Det foregår i dag liten kvalitetssikring av mester-svenn-ordningen. En viktig forutsetning for denne ordningen er naturligvis at mesteren er faglig oppdatert og kan fungere som et godt forbilde og rollemodell. Kultur for erfaringsdeling og et arbeidsmiljø preget av åpenhet, konstruktiv feedback og oppmuntring er i tillegg nødvendige forutsetninger for effektiv læring. Her har foretakene og den enkelte klinikleder et ansvar som bør tydeliggjøres.

For helseforetakene blir det viktig å finne ordninger der kompetanseheving av veiledere kan foregå uten for store praktiske og økonomiske konsekvenser for driften. Dersom det blir snakk om hele kursdager eller samlinger over flere dager er dette vanskeligere å tilpasse enn et opplegg som kan inngå i allerede etablerte strukturer/møtepunkter. F.eks. kunne en tenke seg ulike temaer tilknyttet veiledning belyst ved en serie arbeidsøkter på morgenmøter el.l.

¹ I andre europeiske land er det ikke uvanlige med større sentre som disponerer kompetanse innen «medical education» som f.eks. i Århus (Center for Medicinsk Uddannelse, 20 ansatte).

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

En forkortet del 1 (turnustjeneste) vil ha en rekke konsekvenser for foretakene. For de store høyspesialiserte sykehusene er det allerede i dag utfordrende å finne egnede læringsarenaer for turnusleger, dvs. som gir mengdetrening i de vanligste prosedyrene turnusforskriften viser til at det skal trenes på. Et forkortet turnusløp i sykehus vil medføre redusert tid til de basisoppgavene de nyutdannede trenger nettopp mengdetrening i. Trolig vil man da måtte legge større vekt på mottaks- og postarbeid. Det vil dessuten kreve en reorganisering av den disponible tiden, trolig i retning av en mer oppstykket turnustid. Dette anses som uheldig særlig fordi:

- 1) det gir mindre sammenhengende tid ved en enkelt avdeling
- 2) oppstykket tjenestetid gjør det vanskeligere å følge legens læring og med dette også fange opp skikkethet/egnethet

Flyttingen av autorisasjonspunktet for leger fra etter til før gjennomført turnustjeneste anses som et argument for at turnustiden *ikke* bør kortes ned. Skikkethetsvurdering skal være ivaretatt i grunnutdanningen, men det vil likevel være behov for skikkethetsvurderinger fortløpende gjennom LIS-løpet i tillegg.

Det har vært uttrykt bekymring for at en forkortet tjenestetid i sykehus vil medføre svekkelse av rekrutteringen til særlig psykiatrien. Det å ha turnusleger er en viktig rekrutteringsarena og med en 3 mnd. medisin + 3 mnd. kirurgi-modell vil færre trolig introduseres for psykiatrien.

Om læringsmålene kan nås under en slik ordning må selvfølgelig ses opp mot hvilke nye læringsmål som formuleres for del 1.

Alternativet med å la 6 måneder av sykehustjenesten være valgfri vil også gi store logistiske og organisatoriske utfordringer for foretakene. De samme utfordringene knyttet til oppstykket tjenestetid vil gjelde her. I tillegg ser vi at dersom en slik ordning skal være gjennomførbart bør valgfriheten være begrenset til at kandidatene søker på ulike på forhånd sammensatte pakker, f.eks. «6 mnd. medisin + 6 mnd. kirurgi», «3 mnd. medisin + 3 mnd. psykiatri + 6 mnd. kirurgi» el.l. Dette for å kunne planlegge driften hvor turnuslegene oppleves som en viktig arbeidsressurs for foretakene.

Det presiseres i forslaget fra Helsedirektoratet at det er viktig at del 1 er en reell påbegynnning av spesialistutdanningen. I dag gjennomfører mange (*hvor mange...?*)² turnustjeneste for deretter *ikke* å gå videre med spesialisering. For denne gruppen leger utgjør turnustjenesten en selvstendig læringsperiode som setter dem i stand til selvstendig arbeid som leger. Det er

² Finnes det tilgjengelige tall på hvor mange leger som spesialiserer seg og hvor mange som aldri gjør det?

viktig at del 1 i tillegg til å være en reell start på spesialisering også utgjør en selvstendig treningsperiode for de som ikke ønsker eller planlegger spesialisering.

Eksisterende turnusforskrift må uansett revideres.

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 mulige?**

Omgjøring fra gren- til hovedspesialiteter innen kirurgi og indremedisin

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

Konsekvensutredning av forslag til ny spesialitetsstruktur

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 allmennmedisin - SISAM

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

Veileder for organisering og drift av akuttmottakene

- 12. 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?**
- 13. Hvilken nytte kan foretakets ledelse ha av at det innføres fortløpende aktivitetsregistrering for akuttmottakene?**
- 14. Hvordan vil et tydelig medisinsk faglig ansvar for klinisk ledelse i akuttmottaket den enkelte virksomhetsdag påvirke organiseringen ved store eller små sykehus?**
- 15. Vil beskrivelsen av kompetansekrav for personell i akuttmottaket bidra til å sikre kvaliteten i tjenesten?**

Øvrige innspill

Forbedring av utdanningsløpet

Helsedirektoratet etterspør ikke eksplisitte tilbakemeldinger på de øvrige punktene som er forslått for å forbedre utdanningsløpet (kap. 9). Det er flere punkter her vi ønsker å kommentere:

- Omlegging av spesialistutdanningen fra å være innsatsbasert til læringsutbyttebasert: Dette grepet støttes. Vurderinger av hvorvidt læringsmålene er oppfylt vil dermed avgjøre spesialiseringens lengde for den enkelte LIS. Dette fordrer, som rapporten også understreker, et system som er egnet til å vurdere spesialistkandidatens kompetanse (kompetansetesting). Når spesialistutdanningen av leger fortsatt skal være praksisbasert, og klinisk tjeneste skal være hovedarenaen for spesialistutdanningen, må kompetansetesting reflektere dette. Det er et velkjent pedagogisk prinsipp at utdanning bør være «aligned» - dvs. at læringsmål, innholdet, lærings- og undervisningsformer og vurderingsformen bør stå i en logisk sammenheng til hverandre. Eksempelvis, hvis en LIS skal lære en spesifikk ferdighet (læringsmål), må lærings- og undervisningsformen innebære praktisk ferdighetstrening, og vurderingen må være knyttet til praktisk testing av denne ferdigheten. Når læringsutbytte skal vurderes må det med andre ord legges stor vekt på praktisk testing: Det er behov for god pedagogisk utnyttelse av ferdighetssentre til dette formål (både for å øve og for å teste). Videre vil det kreve godt utviklede vurderingskriterier som sikrer pålitelige og reelle målinger av praktiske ferdigheter og praktisk kompetanse. Videre vil det trolig være nødvendig med tett samarbeid mellom universitet og sykehus for å finne frem til gode øvings- og vurderingsarenaer.
- Moderne pedagogiske verktøy/e-læring: I forlengelse av resonnetet over – det kan stilles spørsmålsteget ved i hvor stor grad e-læring som lærings- og undervisningsform og elektronisk kompetansetesting er «aligned» med de ulike læringsmålene en ønsker at slik kursing skal bidra til. En bør derfor grundig vurdere hvorvidt e-læring og elektronisk kompetansetesting er egnede verktøy for ulike læringsmål. Denne vurderingen må skje på et faglig og pedagogisk grunnlag, ikke på grunnlag av hva som vurderes som økonomisk eller arbeidsbesparende.
- Konsekvenser av vurdering: i forslaget fra Helsedirektoratet sies det lite om hvordan man skal håndtere de LIS-kandidatene som eventuelt ikke når læringsmålene og dermed ikke består kompetansetestene. Det er behov for en grundig diskusjon rundt vurderingskriterier og hvordan disse skal anvendes. Vil det være ubegrenset hvor mange ganger en kan forsøke å «bestå» testene?

Rekruttering

I tidligere hørings- og konsekvensutredningsrunder har flere av fagmiljøene uttrykt bekymring for hvordan den nye LIS-strukturen vil påvirke rekrutteringen. Flere er engstelige for at det vil være vanskelig å rekruttere kandidater til de mindre fagene som fremstår som mindre strukturerte enn indremedisin, kirurgi og rus/psykiatri som vil ha en felles del 2 for grupper av fag. I disse fagene kan man velge spesialisering (del 3) senere og dette vil for mange være attraktivt da en kan utsette valget om fordypning.