



Fremtidens legespesialister

Konsekvensutredning av forslag til ny spesialitetsstruktur for leger

Publikasjonens tittel: Fremtidens legespesialister.
Konsekvensutredning av forslag til ny spesialitetsstruktur for leger.

Utgitt: 06/2014

Publikasjonssnummer: IS-2180

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling sykehustjenester
Postadresse: Pb. 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no

Heftet kan bestilles hos: Helsedirektoratet
v/ Trykksaksekspedisjonen
e-post: trykksak@helsedir.no
Tlf.: 24 16 33 68
Faks: 24 16 33 69
Ved bestilling, oppgi publikasjonsnummer: IS-2180

Forsidefoto:
Trykk og design: Andvord Grafisk AS

Helsedirektoratet står som ansvarlig for rapporten.
Agenda Kaupang AS og SINTEF Teknologi og samfunn har vært bidragsytere.

Innhold

Sammendrag	6
Målene med forslag til ny spesialitetsstruktur	6
Basisalternativet	7
Konsekvenser av forslagene for pasientene	7
Konsekvenser av forslaget for sykehus og helseforetakene	8
Konsekvenser for universitetene	10
Implementeringskostnader	11
De største kostnadene og gevinstene	11
Konsekvensutredning av forslag om ny spesialitetsstruktur	12
1 BAKGRUNN	13
1.1 Oppdragene fra Helse- og omsorgsdepartementet	13
1.2 Tidligere utredninger om emnet	13
1.3 Målbildet	14
2. DE ULIKE TILTAKENE SOM FORESLÅS OG HVA SOM ØNSKES OPPNÅDD	15
2.1 En tredelt spesialitetsstruktur	15
2.2 Egen spesialitet i mottaks- og indremedisin	16
2.3 Omgjøring av grenspesialiteter til hovedspesialiteter	17
2.4 Innføring av felles kompetansemoduler for alle spesialiteter	17
2.5 Avvikling av gruppeføringen (gruppe 1 og 2-tjeneste)	18
2.6 Avvikling av valgfri tjeneste	18
2.7 Avvikling av ordningen med at forskning er tellende i spesialistutdanningen	18
2.8 Forbedring av utdanningsløpet	18
2.9 Obligatorisk etterutdanning	19
2.10 Endret ansvars- og oppgavedeling	19

3	OM KONSEKVENNS-UTREDNINGEN	21
3.1	Mandatet	21
3.2	Organiseringen av konsekvensutredningen	21
3.3	Oppbyggingen av rapporten	26
4	BASISALTERNATIVET	27
4.1	Noen relevante utviklingstrekk for spesialitetsstrukturen	27
4.2	Pasientenes erfaringer	29
4.3	Nåværende spesialitetsstruktur sett i et fremtidsperspektiv	34
4.4	Kostnadene ved spesialistutdanningen uten de foreslåtte tiltakene	36
4.5	Kvaliteten på spesialistutdanningen uten de foreslåtte tiltakene	41
4.6	Oppsummert status uten de foreslåtte tiltakene	42
5	KONSEKVENSER FOR PASIENTENE	43
5.1	Generelt om konsekvenser for pasientene	43
5.2	Konsekvenser av styrket breddekompetanse	43
5.3	Konsekvenser av fellesmodul i kommunikasjon	44
5.4	Samlet vurdering for pasientene	45
6	KONSEKVENSER FOR SYKEHUSENE	46
6.1	Hvilke tiltak utredes?	46
6.2	Konsekvenser av etablering av egen spesialitet i mottaks- og indremedisin	47
6.3	Konsekvenser av omgjøring av grenspesialiteter til hovedspesialiteter	55
6.4	Konsekvenser av at gastroenterologiske kirurger blir vaktbærende innen kirurgi	58
6.5	Implementering av spesialistutdanningens del 1-3	61
6.6	Konsekvenser av innføring av felles kompetansemoduler for alle spesialiteter	64
6.7	Konsekvenser av avvikling av annen valgfri relevant tjeneste	65
6.8	Konsekvenser av at forskningen ikke lenger blir tellende i de fleste spesialiteter	65

6.9	Konsekvenser av avvikling av gruppeføringen	66
6.10	Konsekvenser av innføring av obligatorisk etterutdanning	66
6.11	Konsekvenser av forbedring av spesialistutdanningsløpet	66
6.13	Driftsmessige og organisatoriske konsekvenser for foretakene	71
6.14	Konsekvenser for funksjonsfordeling og sykehusstruktur	72
6.15	Økonomiske konsekvenser for foretakene	73
6.16	Samlet vurdering av konsekvenser for helseforetakene	74
7	KONSEKVENSER FOR UNIVERSITETENE	75
7.1	Universitetenes nye oppgaver	75
7.2	Modell 1: Forskningsmodellen	75
7.3	Modell 2: Oppdragsmodellen	87
7.4	Modell 3: Nasjonalt senter-modellen	88
7.5	En samlet vurdering av de tre modellene	89
8	KONSEKVENSER FOR HELSEDIREKTORATET	91
8.1	Konsekvenser av ny ansvars- og oppgavefordeling	91
8.2	Detaljutredning og planlegging av implementering	92
8.3	Samlet vurdering av konsekvenser for Helsedirektoratet	92
9	RISIKO- OG SÅRBARHETSANALYSE	93
10	SAMLET VURDERING AV KONSEKVENSER	95
10.1	Metodiske vurderinger	95
10.2	Hvilke tiltak vil medføre størst kostnader?	95
10.3	Hvilke tiltak har størst gevinster?	96
10.4	Driftsmessige og organisatoriske konsekvenser	96
10.5	Kostnads- og gevinstutvikling 2015-2025	97
	Vedlegg: Arbeidsgruppens sammensetning	99

Sammendrag

Målene med forslag til ny spesialitetsstruktur

Målbildet for forslaget til ny spesialitetsstruktur er:

- Å etablere en spesialitetsstruktur som møter fremtidens behov og tar opp i seg endrede demografiske forutsetninger og medisinskfaglig utvikling, teknologisk utvikling, samhandlingsreformen, og endringer i pasient- og legerollen.
- Å oppnå høyere kvalitet i helsetjenesten ved 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 en kompetanse som er i tråd med pasientenes og samfunnets 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.

Det foreliggende forslaget er utarbeidet på bakgrunn av en analyse av fremtidige behov slik det har fremkommet ved å se på utvikling i pasientrollen, sykdomsutvikling, demografisk utvikling, medisinske og teknologisk utvikling, og hensiktsmessig organisering av helse-tjenesten.

Forslaget innehar en fleksibilitet som legger til rette for supplering av kompetanse som fremtidens legespesialister vil måtte inneha for å fungere godt i rollen som lege. Forslaget inneholder videre en rekke tiltak som skal forbedre og effektivisere utdanningen, basert på moderne pedagogikk med fokus på etterprøvbart læringsutbytte.

Internasjonale utviklingstrekk har dannet en ramme for tenkningen, særlig de utviklingstrekkene som har vært resultat av lignende analyser.

Basisalternativet

I en konsekvensutredning skal konsekvensene av de foreslåtte tiltakene sammenholdes med situasjonen frem i tid dersom tiltakene ikke blir gjennomført. Dette betegnes basisalternativet.

I basisalternativet beskrives utfordringene med dagens spesialitetsstruktur:

- Oppsplittingen av fagene som i mange tilfeller medfører silotenkning og manglende helhetstenkning. Dette medfører at pasientene ofte ikke møter riktig og/eller bred nok kompetanse i spesialisthelsetjenesten
- Med årene vil det bli et økende innslag av eldre med flere kroniske sykdommer og sammensatte sykdomsbilder. Da vil behovet for å balansere spissing av kompetansen med å styrke breddekompetanse bli sentralt. Uten tiltak for å møte disse utfordringene, vil det sannsynligvis utvikle seg et økende gap mellom den gitte helsehjelp og pasientens faktiske behov. Flere pasienter vil være i feil spesialitet, og antall uønskede hendelser vil trolig øke
- Det rekrutteres stadig flere leger fra utlandet med ganske ulik grunnutdanning sammenliknet med den norske. Det blir da viktig at det legges inn både en større grad av standardisering og kvalitetssikring i spesialistutdanningen for å sikre pasientene likeverdige tjenester
- Innholdet i hver spesialitet blir stadig mer omfattende. Sammen med mangel på tydelige og etterprøvbare læringsmål, samt dårlig logistikk, vil spesialistutdanningen med all sannsynlighet ta enda lengre tid. Dette utgjør en potensiell stor kostnad for helseforetakene og ulemper for den enkelte LIS.

Konsekvenser av forslagene for pasientene

Arbeidsgruppen fra pasient- og brukerorganisasjonene har kommet med denne vurderingen av forslaget:

«En samlet arbeidsgruppe mener at de skisserte tiltakene knyttet til ny spesialitet i mottaks- og indremedisin sammen med de foreslåtte fellesmodulene vil bedre kvaliteten i spesialisthelsetjenesten ved å redusere antall feilbehandlinger og skader og bedre pasientopplevelsen. Arbeidsgruppen er positiv til ny spesialitetsstruktur og vil understreke at læringsmålene og testing av oppnådde mål må være det bærende prinsipp. En eventuell ambisjon om nedkorting av tiden det tar å gjennomføre spesialistutdanningen må komme i annen rekke.»

Konsekvenser av forslaget for sykehus og helseforetakene

Helsedirektoratet vurderer at mange av tiltakene vil ha gunstige virkninger for sykehusene: Flere av tiltakene er rettet inn mot å få bedre kvalitet i utdanningen gjennom læringsmål som definerer læringsutbytte, samt kompetansetesting etter hvert del i spesialiseringsløpet. Leger i spesialisering vil også raskere kunne bli ferdige spesialister. Et godt tilrettelagt og effektivt utdanningsløp tyder også på å være god økonomi. Sykehusene får dyktigere og tryggere spesialister raskere.

Omgjøringen fra gren- til hovedspesialiteter har av enkelte blitt oppfattet som en spissing. Det er her viktig å presisere at denne omleggingen ikke inneholder noen form for innsnevring av fagområdene. Det medisinskfaglige innholdet vil være som i dag, men med tydeligere læringsmål. Tvert i mot mener Helsedirektoratet at flere av tiltakene utgjør en styrking av breddekompetansen:

- innføring av felles kompetanseplattformer for de indremedisinske og kirurgiske spesialiteter
- innføring av felles kompetansemoduler for alle spesialitetene, samt
- en egen breddespesialitet som er definert ut fra analyser av pasientenes behov.

Disse forslagene er etter direktoratets vurdering både i tråd med pasientenes behov og med behovet for å opprettholde og sikre gode helsetjenester også ved små og mellomstore sykehus.

Det er usikkerhet knyttet til at gastroenterologiske kirurger blir vaktbærende innen de kirurgiske fag, unntatt ortopedisk kirurgi. Noen av de mindre sykehusene har gitt uttrykk for økt behov for gastroenterologiske kirurger som følge av dette. Helsedirektoratet har forståelse for denne bekymringen, men peker på at den faglige utvikling innen kirurgisk teknikk vil gjøre det svært vanskelig å ha et system der flere kirurgiske spesialiteter faktisk kan ha generell vaktkompetanse. Samtidig understrekes det at implementeringen av ny ordning vil ta mange år slik at det vil være god tid til å planlegge og gjennomføre nødvendige omlegginger.

Den nye spesialiteten i mottaks- og indremedisin vil kunne nyttes på ulike måter. I konsekvensvurderinger er fire ulike modeller for bruk av denne beskrevet, og de fleste sykehus har uttrykt interesse for å ta en slik spesialitet i bruk, om enn på forskjellig måte. Det vil også være opptil det enkelte sykehus å vurdere om de finner det hensiktsmessig å etterspørre leger med den nye spesialiteten.

Ut fra en totalvurdering konkluderer Helsedirektoratet med at konsekvensene av de foreslåtte endringer er positive, særlig for pasientene, men også for sykehusene. Den største usikkerheten er knyttet til hvordan kirurgisk akuttberedskap ved mindre sykehus

vil påvirkes på lang sikt. Det må også tas høyde for at geografiske og andre forhold kan nødvendiggjøre lokale tilpasninger av kompetanser.

Det er viktig å fremheve at den foreslåtte spesialitetsstrukturen med forbedret spesialistutdanning er en kvalitetsreform. Tiltakene er primært rettet inn mot å bedre kvalitet og pasientsikkerhet, men vil samtidig klart styrke utdanningsfunksjonen ved sykehusene.

Konsekvenser for organiseringen av sykehusene

Helsetjenesten er under stadig endring og omlegging. Forslagene i ny spesialitetsstruktur vil i seg selv ikke nødvendigvis medføre store konsekvenser for organiseringen av sykehusene, men flere av de foreslåtte tiltakene kan understøtte ønskede og nødvendige organisatoriske omlegginger.

- Etableringen av en ny breddespesialitet i mottaks- og indremedisin vil understøtte den pågående tendens til å opprette generelle indremedisinske enheter, både sengeposter, poliklinikker og korttidsposter/observasjonsposter.
- Større grad av to-delt sykehusorganisering; en del som tar hånd om øyeblikkelig hjelp-pasienter, og en del som har den elektive behandlingen. Denne tenkningen kan videreutvikles hvis pasientens behov skal være i sentrum. Også i et samhandlingsperspektiv vil pasienter med flere kroniske sykdommer kunne dra nytte av at det er ett kontaktpunkt mellom fastlege/kommune og spesialisthelsetjenesten. Et slikt kontaktpunkt må nødvendigvis først og fremst ha breddekompetanse.
- I Nasjonal helse og sykehusplan skal pasientens behov settes i sentrum. Gjennom de tiltak som er foreslått i rapporten legges det til rette for at sykehuseier til enhver tid kan velge den funksjonsfordeling og organisering som faglige vurderinger og hensiktsmessig drift tilsier.
- Den foreslåtte spesialitetsstrukturen både kan understøtte og motvirke den sentraliseringstendensen som har pågått i mange år. Når det gjelder pasienter med indremedisinske symptomer og sykdommer, vil de med ny spesialitetsstruktur møte en langt bredere og mer helhetlig kompetanse, også på store sykehus.
- At gastroenterologiske kirurger blir vaktbærende kan i noen grad påskynde den sentralisering som har vært ønsket, og som har funnet sted de senere årene. Det blir avgjørende at læringsmålene i del 2 blir utformet slik at kirurgiske pasienter møter god vurderingskompetanse og kan få utført nødvendige kirurgiske inngrep av kirurger som har rett kompetanse.

Konsekvenser for universitetene

- Helsedirektoratet har i denne konsekvensutredningen lansert tre modeller for universitetenes bistand til gjennomføring av undervisning av LIS. Alle modellene ivaretar målsettingen om en nasjonal spesialistutdanning. Av samme grunn er det ikke presentert modeller som innebærer at ansvaret for spesialistutdanningen kan desentraliseres til helseregioner eller universitetssykehus. En slik desentralisering ville etter Helsedirektoratets vurdering med all sannsynlighet føre til parallelle oppbygginger og dermed mer kostnadskrevende løsninger. Ikke minst vil det lett bli utilsiktede forskjeller i innhold og opplegg.
- Avhengig av valg av modellene 1-3 (beskrevet i kapittel 7) vil de samlede oppgavene i forbindelse med spesialistutdanning av leger ikke øke vesentlig i forhold til i dag, så lenge det holdes fast ved at spesialistutdanningen skal være nasjonal og tilbudene ikke dubleres. Det er viktig å poengtere at omfanget av de teoretiske kursene og administrasjon i forbindelse med disse vil forbli på samme nivå som i dag. Det er det samme antall leger som skal ha spesialistutdanning som i dag. Behovet for kurslokaler og undervisere anses følgelig heller ikke å øke. Etter Helsedirektoratets vurdering innebærer dette i all hovedsak en flytting av eksisterende ressurser.
- Meraktiviteten knyttet til de tre ovennevnte oppgavene må selvsagt finansieres. Forskjellen mellom dagens og ny ordning utgjøres av tre nye oppgaver: etablering av de langsgående felles kompetansemodulene, styrket veiledning og dertil en obligatorisk veilederutdanning, samt innføring av kompetansetesting av LIS etter del 1,2 og 3.
- Når det gjelder økt bruk av ferdighetslaboratorier og simulortrening, er dette fasiliteter som etter direktoratets vurdering uansett vil måtte utvikles. Det vil likevel være nyttig å foreta en gjennomgang og avklaring av videre oppbygging, finansiering og drift av disse nasjonalt, slik at fasilitetene kan utnyttes best mulig.
- For å få en mest mulig helhetlig og nasjonal veilederutdanning som også ses i sammenheng med grunnutdanningen i medisin, anbefaler Helsedirektoratet modell 1, eventuelt modell 3. Dette er den arbeids- og oppgavedelingen som er beskrevet i rapporten om ny spesialitetsstruktur og innebærer at universitetene får ansvar for utvikling og gjennomføring av de obligatoriske teorikursene, veilederutdanning og pedagogisk kvalitetssikring av ferdighetslaboratorier og simuleringsopplegg. Det innebærer også at de innehar oppgaven med kompetansetesting. Denne modellen er også konsekvensutredet med størst detaljeringsgrad, og det vises her til en egen konsekvensutredning fra arbeidsgruppen «Universitetenes konsekvensutredning for spesialistutdanning av leger», NTNU juni 2014. Modell 3 innebærer at kursadministrasjonen samles ett sted og at universitetene gjennom spesialitetsrådene får en kvalitetssikringsfunksjon i teoriundervisningen, men at de øvrige oppgavene er som beskrevet i modell 1.

Implementeringskostnader

Å innføre de foreslåtte tiltakene vil nødvendigvis måtte kreve en innsats. Universitetene vil få den største arbeidsbyrden i implementeringen, mens det vil måtte beregnes ekstra innsats også fra helseforetakene og fra Helsedirektoratet.

For universitetene blir den største oppgaven å bygge opp tilbud på nødvendige teoretiske kurs og å etablere utdanningsadministrative systemer og ledelse av dette.

For helseforetakene blir det avgjørende at det gjøres en innsats særlig for å bedre logistikken i utdanningsløpet slik at gevinsten ved et mer effektivt løp kan realiseres. Det foreslås derfor et stimuleringsstilskudd til helseforetakene for å engasjere utdanningsansvarlige som kan være pådrivere for utdanning av legespesialister i sykehusene.

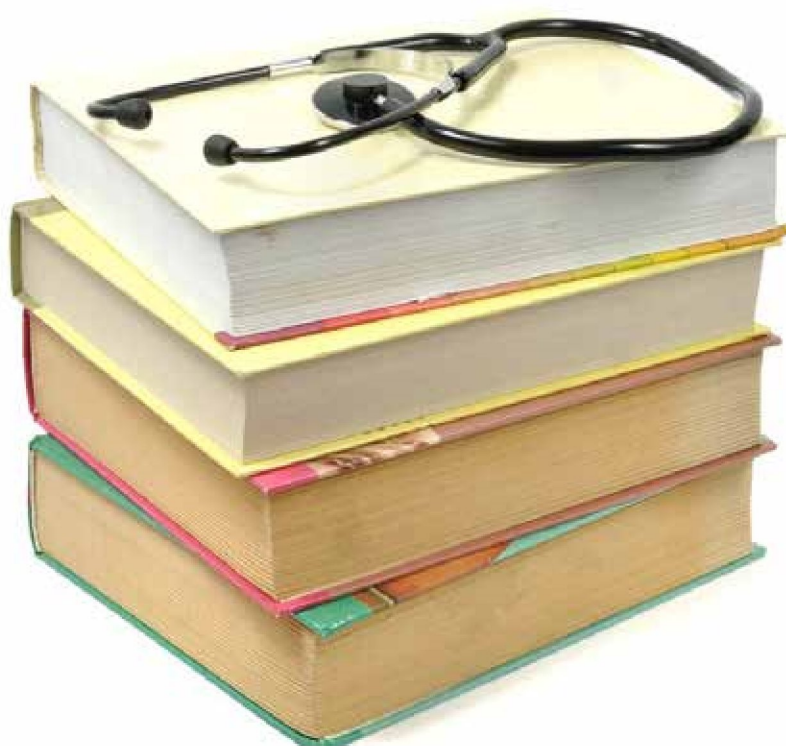
De største kostnadene og gevinstene

Den største gevinsten for sykehusene ser ut til å være nedkorting av spesialistutdanningen som en følge av flere av de foreslåtte tiltakene.

Den økte satsingen på veiledning, vil sammen med innføring av de obligatoriske fellesmodulene koste ca 31 mill. kr pr år gitt at den beskrevne modellen med foreslått omfang velges.

Dersom behovet for gastroenterologiske kirurger økes uten at sykehusene reduserer stillinger i andre kirurgiske spesialiteter, vil det ha en kostnadsside. På den annen side er det et stort behov for kompetanse som kan dekkes av gastroenterologiske kirurger og kan av den grunn være en nødvendig kvalitetsforbedring. Tilpasningen vil også skje over mange år, noe som gir rom for gradvise budsjetttilpasninger.

Konsekvensutredning av forslag om ny spesialitetsstruktur



1 BAKGRUNN

1.1 Oppdragene fra Helse- og omsorgsdepartementet

Helsedirektoratet fikk i brev av 4.5.2011 fra Helse- og omsorgsdepartementet i oppdrag å foreta en gjennomgang av spesialitetsstruktur for leger med tanke på at den skal gjenspeile framtidige behov for spesialistkompetanse hos leger.

I oppdragsbrevet heter det: «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)».

Arbeidet med gjennomgangen skulle munne ut i følgende leveranser:

- Forslag til en spesialitetsstruktur for leger som gjenspeiler kommunenes og helseforetakenes faktiske og framtidige oppgaver, og som tar inn i seg nye og endrede kompetansebehov som følge av utvikling av helsetjenesten og samhandlingsreformen, medisinskfaglig og teknologisk utvikling, samt demografiske endringer
- Vurdering av innholdet i legers spesialistutdanning
- Vurdering av logistikken i utdanningsløpet
- Vurdering av om det skal bli tydeligere fokus på læringsmål i stedet for krav om varighet på enkelte utdanningssteder
- Vurdering av om det bør innføres eksamener eller annen form for kompetansetesting
- Vurdering av om det skal innføres resertifisering for andre spesialiteter enn allmenntidmedisin.

I tillegg skulle Helsedirektoratet bistå Helse- og omsorgsdepartementet med modell for organisering av spesialistutdanningen for leger med tanke på å oppnå en ryddigere rolle- og ansvarsfordeling mellom myndigheter, arbeidsgivere, universitetene og Legeforeningen.

1.2 Tidligere utredninger om emnet

For å fremskaffe et bilde av fremtidens behov, utarbeidet Helsedirektoratet i analysen «*Behovet for spesialisert kompetanse i helsetjenesten. En status-, trend- og behovsanalyse fram mot 2030*».

På bakgrunn av denne igangsatte Helsedirektoratet en omfattende prosess for å få innspill til hvordan en ny spesialitetsstruktur burde utformes.

Proessen omfattet:

- a) en analyse av hvilke faktorer som påvirker behovet for endringer i spesialistutdanningen,
- b) en analyse av hvilke konsekvenser denne utviklingen vil få for behovet for endringer i spesialitetsstruktur og -innhold.

Dette arbeidet resulterte i et forslag til hovedretning og rammer for en framtidig spesialist-utdanning for leger i rapporten «*Fremtidens spesialister. En gjennomgang av legers spesialitetsstruktur og -innhold*» (februar 2012).

Utredningen ble gjennomført i prosesser med helseforetakene, universitetene, pasientforeninger, Legeforeningen, KS og Spekter. Norsk Psykologforening og Norsk Sykepleierforbund var delaktige i arbeidet.

Forslaget om ny spesialitetsstruktur ble levert Helse- og omsorgsdepartementet den 20. juni 2013.

1.3 Målbildet

De overordnede målene for direktoratets utredning er å få en høyere kvalitet i diagnostisering, behandling, oppfølging og samhandling om pasientene. I dette ligger det implisitt at hensynet til pasientsikkerhet står sentralt i arbeidet.

Delmålene avledet av de overordnende målene er følgende:

- 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 og samfunnets 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.
- 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.

Det er altså helsetjenestens fremtidige behov slik det har fremkommet ved å se på utvikling i pasientrollen, sykdomsutvikling, demografisk utvikling, medisinske fag, teknologi og organisering av helsetjenesten som har vært førende for konklusjonene. Direktoratet legger videre vekt på en fleksibel spesialitetsstruktur, da raske endringer påvirker kompetansebehovene.

I tillegg innebærer forslaget en fleksibilitet som legger til rette for supplering av kompetanse som fremtidens legespesialister vil måtte inneha for å fungere optimalt i sin rolle. Det er videre lagt vekt på en forbedret og effektivisert utdanning, basert på moderne pedagogikk med fokus på etterprøvbart læringsutbytte.

Internasjonale utviklingstrekk har dannet en ramme for tenkningen, særlig de utviklingstrekkene som har vært resultat av lignende analyser.

2. DE ULIKE TILTAKENE SOM FORESLÅS OG HVA SOM ØNSKES OPPNÅDD

I dette kapitlet gis det en kortfattet beskrivelse av de foreslåtte tiltakene og hva som ønskes oppnådd. Dette bør ses i sammenheng med målbildet for ny spesialitetsstruktur slik det ble beskrevet i forrige kapittel.

Det gjøres oppmerksom på at den reviderte versjon av rapporten om legers spesialitetsstruktur og -innhold (juni 2014) til dels er noe utdypet for bedre å forklare tiltakene, til dels har noen av tiltakene blitt justert basert på innspill i prosessen.

I det følgende er dette hensyntatt og de tiltak som her beskrives er de som er justert og som legges til grunn i konsekvensutredningen.

2.1 En tredelt spesialitetsstruktur

Den foreslåtte modellen er tredelt og disse delene skal i hovedsak bygge på hverandre.

2.1.1 Spesialistutdanningens del 1

Denne delen starter etter endt grunnutdanning og består av 18 måneders tjeneste, 12 måneder på sykehus og 6 måneder i kommunehelsetjenesten. Dette er en felles kompetanseplattform for alle spesialitetene. I denne kan det legges opp til fire alternative løp ved ulike kombinasjoner av kirurgi, indremedisin og psykiatri/rus- og avhengighetsmedisin. Det foreslås at inntil 6 måneder av del 1 tidsmessig kan telle i den senere spesialistutdanningen. I den reviderte rapporten diskuteres om del 1 kan kortes ned med 6 måneder.

Spesialiseringens del 1 vil i hovedsak bygge på klinisk praksis der læringsmålene nås gjennom arbeid som lege under veiledning. I tillegg kommer et visst omfang av obligatoriske kurs.

I høringsutkastet presenteres også et alternativ 2 der del 1 nedkortes til ett år, dvs ½ år i primærhelsetjenesten og ½ år i sykehus. Høringsuttalelsene vil være viktige for om også dette bør konsekvensutredes.

2.1.2 Spesialistutdanningens del 2

For kirurgiske og indremedisinske fag utgjøres del 2 av en felles faglig kompetanseplattform. Varigheten stipuleres til 3 år for de indremedisinske og mellom 1-3 år for de kirurgiske spesialitetene. For de kirurgiske spesialitetene vil det være såpass store forskjeller i behovet for felles kompetanseplattform at denne bør differensieres både etter hvilke oppgaver spesialistene skal utføre og det vaktbehovet sykehusene har. Eksempelvis vil gastroenterologiske kirurger ha større behov for generell kompetanse fordi da de skal ha ansvar for kirurgisk beredskap. Hvor stor del 2 vil være for de forskjellige kirurgiske spesialitetene må avgjøres etter en gjennomgang av læringsmålene.

Etter gjennomgått del 2, vil kirurger og indremedisinere ha vaktkompetanse i den forstand at de da skal kunne vurdere sykdomstilstander og videresende til rett sted. Innen indremedisin skal man i tillegg kunne behandle de pasientene som skal håndteres i selve akuttmottaket, og derved ikke må overtas av leger i spesialistvakt.

I forslaget til ny spesialitetsstruktur og - innhold (juni 13) foreslo Helsedirektoratet at del 2 med 2 år i felles kompetanseplattform innen kirurgi skulle føre frem til vaktkompetanse. I den etterfølgende diskusjon har spørsmålet om denne vaktkompetansen blitt gjenstand for diskusjon og spørsmål.

I den reviderte rapporten (juni 2014) er kirurgisk vaktkompetanse gitt et annet kompetanseinnhold. Det legges nå til grunn at bare spesialister i gastroenterologisk kirurgi kan ha vaktansvar. Kirurger med gjennomført del 2 kan bare ha en kompetanse som setter dem i stand til å vurdere om en pasient som innlegges som øyeblikkelig hjelp trenger operativt inngrep, eller om pasienten kan observeres. Dette har som konsekvens at bare sykehus som er store nok til å ha et gastroenterologisk kirurgisk vaktlag kan ha akuttmottak for kirurgiske pasienter.

De øvrige spesialitetene vil som regel ikke ha felles kompetanseplattform med andre spesialiteter, men kan eventuelt ta moduler fra del 2 i indremedisin eller kirurgi dersom slik tjeneste er en obligatorisk del av deres spesialistutdanning.

2.1.3 Spesialistutdanningens del 3

Dette er den spesialitetsspesifikke utdanningen. I del 3 vil både tjenestens innhold og teoretiske kurs være rettet inn mot det unike for hver enkelt spesialitet.

Del 3 forutsetter at del 1 og eventuelt del 2 er gjennomført. Innhold, form og omfang vil variere mellom ulike spesialiteter.

Del 3 innen indremedisinske og kirurgiske fag vil i hovedsak erverves i spesialiserte sykehusenheter, men det legges også vekt på at den ervervede breddekompetanse fra del 2 skal beholdes og videreutvikles. Læringsmålene vil for øvrig være bestemmende for hvilke sykehus/enheter legen må ha tjeneste i. Leger i del 3 vil i mesteparten av tiden delta i sykehusets generelle vaktordning i akuttmottak, både for å sikre at det er god kompetanse i mottaket, men også fordi dette vil være en fortsatt viktig læringsarena for dem. Del 3 skal i tillegg sikre at den ferdige spesialist kan ha vaktansvar innen egen spesialitet.

2.2 Egen spesialitet i mottaks- og indremedisin

Direktoratets hovedgrep, slik det fremgår av utredningen, har vært å etablere en modell for spesialitetsstruktur som både ivaretar behov for breddekompetanse og spisskompetanse. Selv om utviklingen går i retning av mer spesialisering, krever både pasientenes behov og sykehusstrukturen i Norge at breddekompetanse ivaretas og styrkes. Direktoratet framholder at dette er viktig både for den store gruppen pasienter i sykehus med flere og sammensatte sykdommer og for å ivareta de behovene som små og mellomstore sykehus har. Videre pekes det på behovet for å sikre gode, helhetlige forløp både innen spesialisthelsetjenesten og mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

Forslaget om innføring av ny spesialitet i mottaks- og indremedisin er et sentralt punkt i forslaget. Den nye spesialiteten bygger på ide indremedisinske spesialiteters felles kompetanseplattform, og vil ha en unik del 3, dvs totalt minimum 6.5 års utdanning.

I den reviderte rapport (juni 2014) er det diskutert hvilke kompetanse som er særlig viktig i et norsk akuttmottak der et flertall av pasientene er indremedisinske, og ofte med sammensatte problemstillinger, inklusiv multifarmasi. Siden man også legger vekt på å ha spesialiteter som er tilpasset EUs spesialitetsstruktur, er det konkludert med at vi bør ha en spesialitet basert på generell indremedisin, med tillegg av noe som vil bli definert som mer spesifikk «mottakskompetanse».

En særdeles viktig kompetanse som bør være til stede (eller nokså umiddelbar tilgjengelig) for akuttmottaket, er vurderingskompetanse, som kan skilles fra behandlingskompetanse. Vurderingskompetansen innebærer å vurdere følgende: Trenger pasienten innleggelse? Trenger pasienten annen spesialisert kompetanse? Kan dette vente til neste dag i eget sykehus, eller må pasienten sendes umiddelbart til annet sykehus der denne kompetanse finnes? God vurderingskompetanse vil også føre til at pasienter som ikke trenger innleggelse, kan dra hjem eller få behandling i akuttmottaket, eventuelt henvises til videre oppfølging hos fastlegen.

I tillegg skal denne spesialiteten ha større omfang av noen av temaene i de felles kompetansemodulene (jfr kap 2.4). Det gjelder ledelse og organisering, samhandling og samt pasientlogistikk.

Dette er alle kompetanser som den nye spesialiteten i mottaks- og indremedisin vil inneholde.

2.3 Omgjøring av grenspesialiteter til hovedspesialiteter

Det foreslås at alle indremedisinske og kirurgiske grenspesialiteter omgjøres til hovedspesialiteter. Dette bør ses i sammenheng med at det foreslås å etablere en egen bredde-spesialitet 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 de problemstillingene som pasientene i akuttmottakene i hovedsak kommer med, dvs pasientens behov. Det begrunnes videre med de utfordringene som akuttmottakene har. Disse utfordringene er kort omtalt i forrige avsnitt og grundigere omtalt i rapporten om forslag til ny spesialitetsstruktur og -innhold.

2.4 Innføring av felles kompetansemoduler for alle spesialiteter

Forslaget innebærer også at det innføres felles obligatoriske kompetansemoduler for alle spesialiteter gjennom hele spesialiseringsløpet. Disse modulene omfatter kompetanser som er nødvendig for å fungere optimalt i legerollen som behandler og medspiller i fellesskapet. Dette inkluderer kommunikasjon, etikk, systemforståelse, kvalitetsarbeid, lover, forskningsforståelse og kunnskapshåndtering, organisasjonsutvikling og ledelse, samt samhandlingskompetanse.

Tiltaket er begrunnet i at gjennomgangen av utfordringsbildet viste at det vil være et økende behov for disse kompetanser i morgendagens helsetjeneste.

Fellesmodulene bør innpasses gjennom spesialiseringsløpets utvikling, og relevansen skal understøttes av legens erfaringer i klinikken. Det vil bli tatt i bruk ulike metodikk for kompetanseutvikling i de felles kompetansemodulene. Felles for metodene vil være erfaringsbasert læring med trening, refleksjon og innhenting av kunnskap for å belyse praksis. Arenaer for læring kan være supervisjon, veiledning, ledelsesforankrede reelle forbedringsprosjekter og kurs.

2.5 Avvikling av gruppeføringen (gruppe 1 og 2-tjeneste)

Det foreslås at gruppeføringen avvikles. Dette må sees i sammenheng med at det i stedet er sykehusavdelingenes mulighet for at leger i spesialisering når de fastsatte læringsmålene som skal avgjøre hvor tjenesten skal tas. Dermed vil tjenestested, og varighet av tjenesten, reguleres av spesialitetens læringsmål, hvilke pasienter sykehusene behandler og hvor avansert/spesialisert behandlingen er.

2.6 Avvikling av valgfri tjeneste

I forslaget legges det opp til at annen valgfri tjeneste ikke lenger skal telle i spesialistutdanningen.

Målet med dette er å strømlinjeforme spesialistutdanningen slik at det som vil telle er det som bidrar til å nå læringsmålene for den aktuelle spesialistutdanningen. Dette er også et virkemiddel for å standardisere spesialiseringen slik at de ferdige spesialistene har en mest mulig sammenlignbar og nasjonal spesialistutdanning.

2.7 Avvikling av ordningen med at forskning er tellende i spesialistutdanningen

Det er i dag mulighet til å få godkjent inntil ett år forskningstjeneste som del av spesialistutdanningen. Unntaket er de indremedisinske og kirurgiske fag hvor opptil et halvt år forskningstjeneste godkjennes. Dette ble i sin tid innført for styrke den kliniske forskning, og ikke for å fremme spesialistutdanningen per se. I dag har den kliniske forskning helt andre muligheter, og spesialiseringsløpet bør begrenses til det som er nødvendig ut fra de læringsmål som skal nås.

2.8 Forbedring av utdanningsløpet

I forslaget i ny spesialitetsstruktur ligger det også flere tiltak som er rettet mot å bedre selve spesialistutdanningen og utdanningsløpet.

2.8.1 Bedre logistikk i utdanningsløpet

Dagens spesialistutdanning er preget av en god del ventetid og andre forhold som gjør logistikken for dårlig. Det foreslås et mer strømlinjeformet løp der det inngås forpliktende avtaler om nødvendig tjeneste, teoretiske kurs og andre utdanningselementer. Forslaget om styrket veiledningskompetanse som beskrevet nedenfor er antatt å høyne kvaliteten på veilederens rolle i planlegging og oppfølging av utdanningsforløpet til den enkelte LIS.

2.8.2 Styrket veiledning gjennom obligatorisk veilederutdanning

Det foreslås at alle LIS mot slutten av utdanningsforløpet gjennomfører et obligatorisk veiledningskurs for å utvikle læringskultur og fremme kontinuerlig faglig utvikling individuelt og i avdelingen.

Ferdig utdannede spesialister vil med dette kurset være trent til å gå inn som veiledere og gjennomføre supervisjon på en mer profesjonell måte. I tillegg foreslås at hvert helseforetak utdanner et visst antall overleger i et «Train-The-Trainers»-opplegg (TTT). Disse vil ha ansvar for faglig oppfølging av veilederne i sin enhet og kunne delta som rådgivere i

veiledningskursene. Det foreslås at større andel av veiledningen gjennomføres som gruppeveiledning, noe som gir bedre vilkår for kompetanseheving på områder som kommunikasjon, etikk osv. Videre foreslås å revidere krav til innhold i veiledningen for å tydeliggjøre ansvar og roller.

Gjennom å styrke kvaliteten på veiledningen er det antatt at veiledning får økt status i sykehuset og på den måten bidra til at normen etter hvert oppfylles.

2.8.3 Sikring av oppdatert kompetanse hos supervisør

Supervisjon har hovedfokus på klinisk praksis. Ved innføring av obligatorisk etterutdanning vil det sikres at supervisør har oppdatert medisinskfaglige kompetanse. I tillegg vil veilederutdanningen i slutten av LIS-løpet også styrke evne til supervisjon.

2.8.4 Større bruk av moderne pedagogiske verktøy

Det legges opp til en modernisering av spesialistutdanning ved innføring av e-læringsmoduler, ferdighetstrening og simulatoretrening. Det legges også opp til elektroniske kompetansetester for hver spesialitet etter at sentrale moduler er gjennomført.

2.9 Obligatorisk etterutdanning

Det foreslås i den nye strukturen at det skal være en plan for den enkelte spesialists etterutdanning, utarbeidet i fellesskap mellom legen og arbeidsgiver, samt at det skal være etterprøvbart at slik utdanning har funnet sted. Det obligatoriske element er sikring av formell kompetanse, men for den enkelte kan utdanningsprogrammet også få preg av videreutdanning der ny formell kompetanse oppnås.

Hensikten er at den enkelte spesialist skal ha den kompetanse som er nødvendig for å kunne utføre de oppgavene de får. Går man i vakt, blir vaktkompetanse også en del av det som bør vedlikeholdes.

2.10 Endret ansvars- og oppgavedeling

Forslaget omfatter en tydeliggjøring av roller med tilhørende endringer i oppgave- og ansvarsdeling mellom Legeforeningen, arbeidsgiver/helseforetakene, universitetene og myndighetene.

For at myndighetene skal ivareta myndighetsrollen foreslåes en ny rådsstruktur med ett sentralt råd for overordnede og prinsipielle spørsmål, og ett råd for hver spesialitet som har som oppgave å gi oppdaterte faglige råd om spesialitetens innhold og læringsmål. Disse rådene vil bli det viktigste bindeledd mellom «faget» eller «profesjonen», universitetene og myndighetene.

Dette anses som avgjørende grep for å kunne implementere ny spesialitetsstruktur og ikke minst for å sikre at viktige oppgaver innen spesialistutdanning ivaretas av de som har ansvaret.

I rapporten om ny spesialitetsstruktur foreslås det at universitetene vil få ansvar for følgende oppgaver:

- Utvikling og gjennomføring av de obligatoriske teorikursene
- Veiledningsutdanning
- Pedagogisk kvalitetssikring av simulatoretrening og ferdighetstrening

- Utvikling av e-læringskurs
- Kompetansevurdering av leger i spesialisering
- Deltakelse i rådsstrukturen.

I den foreliggende konsekvensvurderingen presenteres i kapittel 7 to alternativer for oppgavefordeling mellom universitetene og andre aktører. De to siste alternativene er det ikke beregnet økonomiske konsekvenser av, men en pro et contra-vurdering.

Helseforetakene på sin side vil ikke få utvidete oppgaver, men det ligger en tydeliggjøring av eksisterende ansvar i det foreliggende forslaget.

3 OM KONSEKVENSN- UTREDNINGEN

3.1 Mandatet

Rapporten om legers spesialiststruktur og - innhold ble lagt frem for departementet i juni 2013. Som en oppfølging ønsket departementet å få gjennomført en utredning av de organisatoriske, driftsmessige og økonomiske konsekvensene av de tiltak rapporten foreslo, idet departementet i hovedtrekk sluttet seg til disse uten å gå inn på det enkelte tiltak. Departementet har bedt om at saken blir utredet videre med vekt på konsekvenser for:

- pasientene
- sykehusene og RHF (organisatoriske, driftsmessige og økonomiske)
- universitetene
- direktoratet.

Under andre punktet ble det bedt om at scenarier og utviklingstrekk for sykehusene beskrives, inklusive konsekvenser for sykehusstruktur og sykehus av ulik størrelse.

Det ble forutsatt at det gjennomføres en samlet høring av hele rapporten, inklusive konsekvensutredningen, og at innspill relatert til de foreslåtte tiltak og deres konsekvenser, innarbeides i et endelig forslag til departementet. Det legges derfor opp til en høring av en noe revidert rapport om legers spesialitetsstruktur og - innhold sammen med egen rapport om mulige konsekvenser, i tiden 18. juni - 15. oktober 2014.

3.2 Organiseringen av konsekvensutredningen

Konsekvensutredningen er gjennomført i samarbeid med pasientforeningene, RHFene, helseforetakene og universitetene. Det har i tillegg vært gjennomført jevnlig møter med Legeforeningen og Spekter, som har fungert som referansegrupper.

Konsekvensutredningen har vært organisert på følgende måte:

Styringsgruppe

Styringsgruppen har vært den samme som for hele spesialistprogrammet for å sikre god koordinering av de oppdragene som omhandler legers spesialistutdanning. Styringsgruppen består av divisjonsdirektører og avdelingsdirektører i berørte avdelinger i Helsedirektoratet og ledes av assisterende helsedirektør Cecilie Daae.

Prosjektgruppe

Det har vært etablert en intern prosjektgruppe i Helsedirektoratet som har planlagt og tilrettelagt arbeidet.

Arbeidsgrupper

Det ble opprettet fire arbeidsgrupper:

Arbeidsgruppe 1 har vurdert konsekvensene for *pasientene* med tanke på kvalitetene og tilgjengeligheten på tjenestene, samt eventuelle konsekvenser for pasientsikkerhet.

Arbeidsgruppe 2 har hatt som mandat å vurdere de driftsmessige, organisatoriske og økonomiske konsekvensene for *sykehusene/helseforetakene*. Arbeidsgruppen har bestått av deltakere utpekt av de regionale helseforetakene (RHF) og har bestått både av ledere av kliniske enheter med driftsansvar, fagdirektører og HR-direktører ved RHF-ene, samt sentrale utdanningsansvarlige ved sykehus. Universitetene har vært representert med to deltakere i denne gruppen.

Arbeidsgruppe 3 har vurdert de administrative og økonomiske konsekvensene for *universitetene*. Gruppen har bestått av administrativ og faglig ledelse ved de Medisinske fakultetene ved de fire universitetene, to deltakere fra helseforetakene som har deltatt arbeidsgruppe 2, samt en representant fra Helsedirektoratet.

Arbeidsgruppe 4 utgjøres av gruppen som har utredet *spesialitet knyttet til behovene i akuttmottak*. Denne har også utredet konsekvenser av eget forslag.

Arbeidsgruppe 5 har vurdert konsekvensene av administrativ, organisatorisk og økonomisk art for *Helsedirektoratet*.

En oversikt over deltakerne i arbeidsgruppene gis i vedlegg.

Referansegrupper: For å sikre god involvering, og for få et bredere tilfang av vurderinger inn i arbeidet, har det vært egne møter med Spekter og Legeforeningen der disse har en rådgivende rolle, dvs som referansegrupper. Legeforeningen har fått et særskilt oppdrag med å spille inn vurdering av konsekvenser for leger i spesialisering og for overleger.

Fagdirektørmøtene ved RHF har fungert som en referansegruppe og er jevnlig forelagt statusbeskrivelser og problemstillinger for innspill og diskusjon.

I tillegg er det avholdt jevnlige møter mellom Helsedirektoratet og en referansegruppe bestående av dekanene ved de fire universitetene.

Referansegruppene har vært sentrale i arbeidet med å spille inn problemstillinger til arbeidsgruppene og vurdere problemstillinger som har fremkommet i arbeidsgruppene.

Det er lagt vekt på å ha dialog med de administrerende direktørene (AD) ved foretakene, og Helsedirektoratet har presentert arbeidet både i nasjonal direktørsamling, og i regionale direktørmøter.

Sist, men ikke minst har direktoratet foretatt besøk ved to små sykehus, tre mellomstore og fire store sykehus. I denne konsekvensutredningen er små sykehus definert som under 50 000 innbyggere i opptaksområdet, mellomstore som 50 000 - 150 000 innbyggere og store sykehus over 150 000 innbyggere.

Tabell 3.1. Oversikt over besøkte sykehus

	Sykehus	Opptaksområde
Små	Finnmarkssykehuset Kirkenes	30 000
	Helgelandssykehuset Mo i Rana	33 300
Mellomstore	Vestre Viken, Ringerike sykehus	75 000
	Helse Fonna, Haugesund sjukehus	100 000
	SI- Gjøvik sykehus	105 000
Store	Sykehuset Østfold, Fredrikstad	280 000
	St Olavs Hospital	280 000
	Helse Bergen, Haukeland sykehus	475 000
	Oslo universitetssykehus	480 000

Siktemålet med disse møtene var å få informasjon om drift og organisering, blant annet om vaktordninger og bemanning i akuttmottakene. En del av møtene var også viet å få innspill fra sykehusene og foretakene på hvorvidt og eventuelt hvordan forslagene i ny spesialitetsstruktur kan innpasses i ulike sykehus.

Parallelt med konsekvensutredningen har Helsedirektoratet utredet behovet for etablering av en ny spesialitet knyttet til akuttmottakene. En egen arbeidsgruppe (arbeidsgruppe 4) har utredet dette og resultatet fra dette er beskrevet i rapporten «Fremtidens spesialister. Forslag til ny spesialitetsstruktur og -innhold leger. Høringsutkast» fra juni 2014.

Samme arbeidsgruppe har foretatt en konsekvensvurdering av det forslaget de har kommet med og dette er tatt inn i denne konsekvensutredningen.

Innspillene fra alle arbeidsgruppene og referansegruppene har vært førende både for arbeidet og for konklusjonene. Blant annet er det mottatt skriftlige innspill fra RHFene i arbeidet. Disse er besvart ved å sette RHFenes innspill på dagsorden på de etterfølgende møtene i arbeidsgruppen for helseforetakene, slik de er blitt gjennomgått og diskutert. I løpet av arbeidet har Helsedirektoratet måttet foreta en samlet vurdering av ulike innspill og hensyn. Det er viktig å presisere at konklusjonene i konsekvensutredningen står for Helsedirektoratets regning.

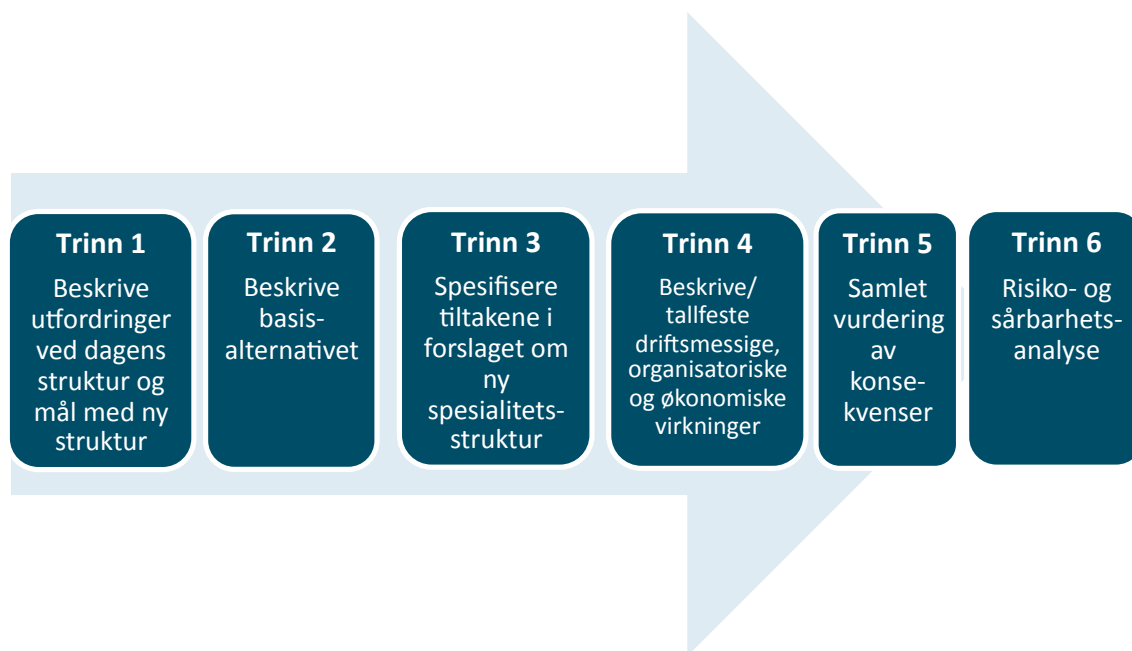
Den foreliggende konsekvensutredningen er utarbeidet av Helsedirektoratet med bistand fra Agenda Kaupang AS og SINTEF Teknologi og samfunn.

3.2.1 Modell for konsekvensutredning

Konsekvensutredningen er søkt gjennomført i tråd med alminnelige prinsipper for utredning av økonomiske/administrative konsekvenser. Virkningene av de foreslåtte tiltakene er målt mot basialternativet som er situasjonen i dag, og omfatter i tillegg den forventede utviklingen på området dersom det ikke settes i verk tiltak på området. Basialternativet vil kunne bli resultatet dersom tiltak ikke iverksettes, og er således en beskrivelse av "ikke å gjøre noe" innenfor den aktuelle analyseperioden.

Trinnene i konsekvensutredningen har vært følgende:

Figur 3.1 Trinnene i konsekvensutredningen



3.2.2 Metodisk tilnærming

Forslaget om ny spesialitetsstruktur og - innhold for leger inneholder en rekke tiltak. De vil hver for seg kunne ha store, små eller ingen konsekvenser. Samspillet mellom tiltakene er komplekst. Noen tiltak vil trekke sammen, mens andre tiltak kan ha innbyrdes motsatte effekter. Det mest utfordrende i en slik konsekvensutredning er at helseforetakene er svært ulike både i størrelse og organisering, slik at tiltakene vil kunne slå svært forskjellig ut.

Flere av tiltakene har nær sammenheng med hverandre og bør vurderes under ett. Disse utgjør en «tiltaks pakke» og vurderes her samlet. Dette står noe i motsetning til den ideelle konsekvensutredningen der man vurderer ett og ett tiltak, for så å vurdere helheten. Her er det imidlertid de samlede konsekvensene for pasienter, sykehusene og universitetene som er viktig.

Det er likevel viktig å kunne skille ut enkelt tiltak som vil forårsake høye kostander og vurdere disse særskilt. Dette vil kunne la seg gjøre innen den valgte tilnærmingen, der hvor det er aktuelt.

3.2.3 Datagrunnlag

Kartlegging og analyse av konsekvenser for helseforetakene og sykehusene er gjort i samråd med anbefalinger fra arbeidsgruppe 2 og er basert på data og vurderinger hentet inn fra sykehus av ulik størrelse.

I henhold til inndelingen i sykehusstørrelse, har ett lite, fire mellomstore og fire store sykehus gjort sine vurderinger:

Tabell 3.2 Oversikt over sykehus som har vurdert flere av de foreslåtte tiltakene

	Sykehus	Opptaksområde
Små	Helgelandssykehuset Mo i Rana	33 300
Mellomstore	Vestre Viken, Ringerike sykehus	75 000
	Helse Nord-Trøndelag, Levanger sykehus	95 000
	Helse Fonna, Haugesund sjukehus	100 000
	UNN, Tromsø	124 000
Store	Sykehuset Østfold, Fredrikstad	283 000
	St Olavs Hospital	340 000
	Helse Bergen, Haukeland sykehus	475 000
	Oslo universitetssykehus	480 000

Med bakgrunn i disse dataene er konsekvensene forsøkt skalert opp til nasjonalt nivå, der hvor dette har vært meningsfullt og mulig.

I vurderingen av konsekvenser av innføring av spesialitet tilknyttet akuttmottak ble sykehus som var representert i arbeidsgruppen valgt ut. Dette var to små, fire mellomstore og fire store sykehus:

Tabell 3.3. Oversikt over sykehus som har vurdert konsekvenser av ny breddespesialitet

	Sykehus	Opptaksområde
Små	Helse Førde, avd Lærdal	20 000
	Helgelandssykehuset Mo i Rana	33 300
Mellomstore	Vestre Viken, Ringerike sykehus	75 000
	Nordlandssykehuset, Bodø	72 000
	SI- Gjøvik sykehus	105 000
Store	Sykehuset Østfold, Fredrikstad	283 000
	St Olavs Hospital	340 000
	Helse Bergen, Haukeland sykehus	475 000
	Oslo universitetssykehus	480 000

Som det går frem er utvalget sykehus noe forskjellig i vurderingen av konsekvensene.

Grunnen til at vi brukte ulike sykehus, var særlig to:

- Arbeidsgruppen som utredet behovet for ny spesialitet knyttet til mottak vurderte konsekvenser av eget forslag ettersom de satt med førstehåndskjennskap til forslaget. Her ble utvalget sykehus gjort i arbeidsgruppen.
- For å unngå for stor belastning på deltakerne i dette arbeidet, ble de øvrige tiltakene i rapporten vurdert av arbeidsgruppen som vurderer konsekvenser for sykehusene.

Det er videre innhentet data fra følgende databaser:

- Norsk pasientregister (NPR)
- Legestillingsregisteret
- Norsk pasientskadeerstatning (NPE)

- Helsedirektoratets egen kartlegging av akuttmottakene fra januar 2014
- Offentlige utredninger
- Annen litteratur og publikasjoner angitt som referanser.

I tillegg har helseforetakene foretatt en rekke kvalitative beskrivelser av konsekvenser for eget sykehus som inngår i utredningen.

3.3 Oppbyggingen av rapporten

I kapittel 2 ble det gitt en kort beskrivelse av de foreslåtte tiltakene og hva som ønskes oppnådd.

Basisalternativet, dvs beskrivelse av dagens situasjon slik det vil utvikle seg om ikke tiltakene implementeres, vil beskrives i kapittel 4.

Dernest følger kapitlene som omhandler konsekvensene av de foreslåtte tiltakene for henholdsvis pasientene (kapittel 5), sykehusene (kapittel 6), universitetene (kapittel 7), og for Helsedirektoratet (kapittel 8).

I kapittel 9 gis en risiko- og sårbarhetsanalyse av de foreslåtte tiltakene.

Avslutningsvis gis en samlet vurdering av konsekvenser henholdsvis for pasientene, leger i spesialisering og overleger, helseforetakene, universitetene og for Helsedirektoratet (kapittel 10). Her gis også en oversikt over en antatt utvikling for gevinstrealisering.

4 BASISALTERNATIVET

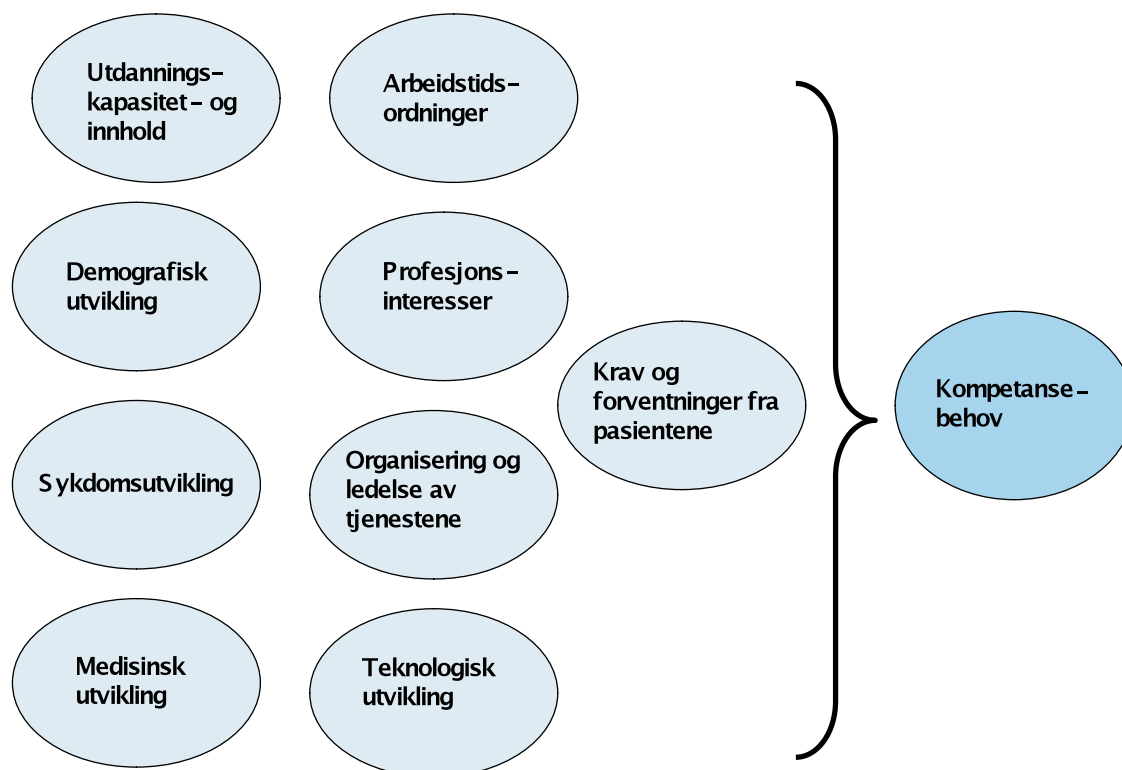
Basisalternativet utgjør en beskrivelse av fremtidens situasjon slik det vil utvikle seg dersom ingen tiltak blir iverksatt. Basisalternativet beskriver derfor følgende forhold:

- Utviklingstrekk som antas å påvirke behovet for endringer i spesialisetsstrukturen
- Hvilke utfordringer disse utviklingstrekkene vil medføre uten de foreslåtte endringer i spesialisetsstrukturen

4.1 Noen relevante utviklingstrekk for spesialisetsstrukturen

4.1.1 Demografiske endringer

I Helsedirektoratets rapport «Behovet for spesialisert kompetanse i helsetjenesten. En status-, trend- og behovsanalyse fram mot 2030» beskrives hvordan ulike faktorer vil endre kompetansebehovene framover. I denne er flere faktorer omtalt:

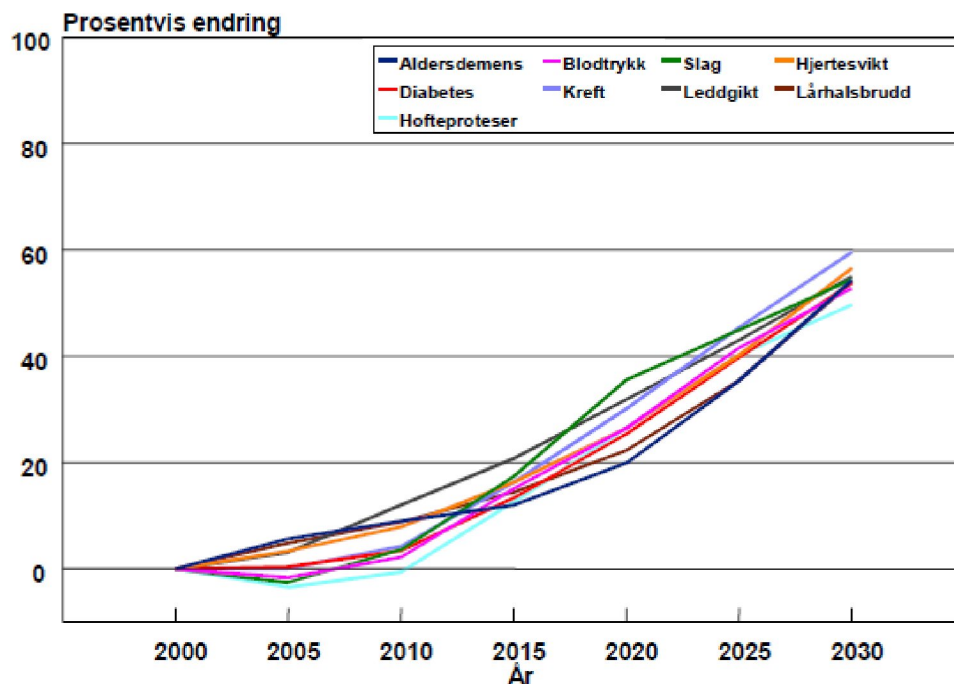


Figur 4.1 Faktorer som påvirker kompetansebehovene i helsesektoren

En av de viktigste faktorene er de demografiske endringene med en sterk økning i antall eldre: Befolkningen over 67 år vil øke med 64 % fram mot 2030. Andel eldre over 80 år vil øke med 56 %. Denne utviklingen fortsetter utover 2030. I tillegg vil forsørgerbyrden forverres, noe som gir både økt etterspørsel etter helsetjenester og redusert tilgang på arbeidskraft.

4.1.2 Sykdomsutvikling

Det forventes følgelig en sterk økning i aldersrelaterte lidelser i befolkningen. Neste figur viser en prognose over utviklingen av de vanligste lidelsene blant eldre.



Figur 4.2 Forventet sykdomsutvikling 200-2030

Figuren viser en forventet økning på 50-60 % for flere aldersrelaterte lidelser: høyt blodtrykk, hjerneslag, hjertesvikt, diabetes, kreft, leddgikt, lårhalsbrudd og hofteslitasje/ artrose. Sansetap og underernæring er også svært hyppig forekommende i de eldste aldersgruppene. Det forventes også en økning i aldersrelaterte psykiske lidelser som depresjon, samt i demenssykdommer. Mange av disse aldersrelaterte lidelser vil opptre hos samme individ og multisykdom/multimorbiditet/sammensatte lidelser blir derfor langt mer vanlig.

Dette medfører et økt behov for breddekompetanse, både i akuttmottakene, men også i sykehus generelt. God diagnostisk kompetanse av pasienter med sammensatte sykdommer blir noe av det viktigste kompetansebehovet fremover.

4.1.3 Teknologisk og medisinskfaglig utvikling

Den teknologiske utvikling vil medføre endringer i tjenesteprofilen. De nye minimalt invasive teknikkene gjør at pasientene vil få enda kortere sykehusopphold enn i dag. Blant annet har innføring av skopi (artroskopi, lapraskopi og endoskopi) ført til at en lang rekke sykdommer som før krevde innleggelse i sykehus, nå kan behandles poliklinisk. Innføringen av utblokkning av trange blodårer har eksempelvis gjort en rekke hjerte- og karkirurgiske operasjoner overflødige, fordi de fleste av disse pasientene nå kan behandles som dagpasienter.

I løpet av det kommende tiåret vil det meste av sykehusbehandlingen gjennomføres som dagbehandling eller kortidsopphold. Dette stiller nye krav til oppfølging og samhandling

med kommunehelsetjenesten. Innføring av ny teknologi vil også åpne for langt større grad av hjemmebehandling. For eksempel kan radiografer per i dag - ved bruk av mobilt røntgen-utstyr - reise hjem til pasienten og utføre de nødvendige undersøkelser i hjemmet. Dermed skånes pasienten for transport og opphold på sykehus. Sensorer kan gjøre at pasienten slipper å dra til sykehus for oppfølging, men kan via kommunikasjonsteknologi få veiledning i hjemmesituasjonen. Det er heller ikke utenkelig at pasienter snart kan ta blodprøver hjemme ved hjelp av ny teknologi, og dermed bli spart for å måtte reise til sykehus.

Den teknologiske utviklingen sammen med medisinskfaglig utvikling, vil også i fremtiden medføre behov for mer spesialisert kompetanse. Det har vært en økende spesialiseringstendens de siste årene. Med stadig raskere medisinskfaglig utvikling og innføring av stadig nye behandlingsformer, er det liten grunn til å tro at dette vil endres. Uten korrigerende tiltak vil en slik spissing av kompetansen medføre ytterligere siloeffekt med enda større mangel på breddekompetanse. Gapet mellom en stadig mer spesialisert helsetjeneste på den ene side, og en eldre befolkning med mer sammensatte og komplekse sykdommer på den annen side, vil bli større.

4.1.4 Nye organisasjonsformer og økt krav til samhandling

Samhandlingsreformen innebærer både en «venstreforskyvning» og større krav til samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.

Helsetjenesten stiller også stadig større krav til organisering og ledelse. Teamorganisering blir viktigere i fremtiden og en god del av utfordringene i helsesektoren skyldes mangler ved organisering og ledelse. Helsetilsynets rapport fra 2007 fra tilsynet av akuttmottakene avdekket nettopp slike forhold.

4.1.5 Endringer i pasient og -legerollen

En viktig endring som vil påvirke behovet for spesialistkompetanse er endringer i pasientrollen.

Behovet for god kompetanse i kommunikasjon kommer til å øke både som følge av dette og som følge av det vi vet om mangler i kommunikasjon i dag.

Dermed må også legerollen fylles med kompetanse for å møte utfordringene. Dette innebærer et behov for å styrke kompetansen innen flere områder: kommunikasjon, etikk, samhandling, organisasjon og ledelse, forskningsforståelse og kunnskapshåndtering, lover, kvalitetsforbedring, samt systemforståelse.

4.2 Pasientenes erfaringer

Spesialisthelsetjenestens kjerneverdier er utformet med utgangspunkt i pasientens behov. Verdiene er formulert som følger:

- Kvalitet i prosess og resultat
- Trygghet for tilgjengelighet og omsorg
- Respekt i møte med pasienten.

Rapporter fra institusjoner som overvåker helsetjenesten viser med all tydelighet at kjerneverdiene ikke på langt nær etterlevs.

Av alle tiltakene foreslått i rapporten om ny spesialitetsstruktur har arbeidsgruppen bestående av representanter for pasient- og brukerorganisasjonene og pasientombudene utpekt *styrket medisinsk kompetanse* og da spesielt *breddekompetanse i mottak* og styrket

ikke-medisinsk kompetanse, blant annet *kommunikasjonsferdigheter* som spesielt viktige områder for forbedring. Utgangspunktet for dette er hovedrapportens beskrivelse av utviklingstrekk i de kommende år kombinert med dokumenterte årsaker til svikt i pasientbehandlingen.

Vi vil i det følgende gjengi dokumentasjon fremskaffet av arbeidsgruppen knyttet til dagens situasjon når det gjelder svikt som følge av manglende breddekompetanse i mottak eller dårlig kommunikasjon.

For å beskrive dagens situasjon har vi hentet informasjon fra Helsetilsynet, Norsk Pasient-skadeerstatning (NPE), Pasient- og brukerombudene og Pasoppundersøkelsen.

Statens helsetilsyn skal varsles ved alvorlige og uventede hendelser (Varselordningen, § 3- - 3a i spesialisthelsetjenesteloven). En stor andel av varselsakene blir oversendt fylkesmannen for vurdering av forsvarlighet etter lovkrav om forsvarlig helsehjelp. I 2013 ble 176 av i alt 399 innmeldte saker oversendt fylkesmannen.¹

En sak hentet fra fylkesmannen kan bidra til å belyse situasjonen:

«Mann på 62 år. Ble hentet hjemme av ambulanse kl 05.40 med store smerter i nedre del av mage og rygg. Ved ankomst legevakt var han klam og blek med et blodtrykk på 100/65 og en puls på 120. Han har ikke feber og laboratorieprøve viser ingen infeksjonstegn(CRP), men er øm i lysken når han blir undersøkt. Det tas et EGK som sendes sykehuset, det viser nylig oppståtte forandringer. Han legges derfor inn på sykehus via legevakt og blir undersøkt av turnuslege. Han har da akutte smerter i lysken. Tester som gjennomføres fremprovoserer sterke smerter i veikryggen. Det tas nytt EKG som viser hurtig artrieflimmer (forkammerflimmer) med frekvens på 150. Pasienten ble lagt på telemetri(hjerteovervåkning) men overført ortopedisk sengepost, ikke intensiv avdeling.

Pasienten fikk blodtrykksfall mens han lå på ortopedisk sengepost. Han fikk plutselig et illebefinnende og mistet bevisstheten. Det kunne ikke kjøpes puls og han døde kort tid etter dette. Obduksjonsrapporten viser at pasienten døde av sprukken utposing på hovedpulsåre. Pasienten hadde en stor 15x11 cm stor utposning på hovedpulsåren under avgang til nyrearteriene. Utposningen var sprukket og medført blødning i bakre bukvegg.

Fylkesmannen konkluderer som tilsynsmyndighet med at pasienten hadde en diagnostisk uavklart tilstand da han var i akuttmottaket. God faglig standard hadde vært å undersøke pasienten med tanke på vurdering av hvilke lidelser/diagnoser som kan fremkalle aktuelle symptomer og funn før han ble lagt på ortopedisk sengepost. Fylkesmannen finner også at pasienten burde vært undersøkt eller vurdert av en lege med mer erfaring i å vurdere og å undersøke pasienter med magesmerter. Det at en slik pasient ikke ble undersøkt og vurdert, for eksempel av vakthavende mellom- eller bakvakt ved kirurgisk avdeling, før han ble lagt på ortopedisk sengepost, finner Fylkesmannen ikke er i tråd med god praksis. Fylkesmannen konkluderer med at sykehuset rutiner for å undersøke og vurdere pasienter som er i akuttmottaket ikke var i tråd med faglig god standard. Avviket er av en slik karakter at det betegnes som brudd på kravet til faglig forsvarlig helsehjelp.»

1. Rapport fra helsetilsynet 3/2014: Svikt i samhandling, kommunikasjon og kompetanse i alvorlige hendelser...kunne dette skjedd oss?, s 58

I denne saken, som i følge Helsetilsynets rapport langt fra er unik, konkluderes det altså med at manglende kompetanse i mottak gjorde at pasienten ble feilvurdert og feilsendt inn i sykehuset og at nødvendig livreddende behandling derfor ikke ble gitt.

Pasient- og brukerombudene får meldt inn saker fra pasienter og pårørende. Ombudene har ikke «Akuttmottak» som en del av sitt offisielle kodeverk. En del kontor merker saker med akuttmottak i merknader eller i tittel samt nevner akuttmottak i en oppsummerende avslutning av saken. For disse kontorene er det oppsummert at til sammen 44 % av problemstillingene for mottak som meldes inn til Pasient- og brukerombudene er knyttet til forhold som kan skyldes manglende medisinsk kompetanse i mottaket (19 % pasientskade og komplikasjon, 15 % forsinkelse i behandling/tjenesteyting og 10 % diagnoseproblematikk). For andre saker ser sviktende logistikk, kommunikasjon og/eller ledelse ut til å spille en vesentlig rolle.

Figur 4.3 Årsaker til kontakt med Pasient- og brukerombudene



(N=42 saker m. 48 problemstillinger)

Kilde: POBO statistikk, Pasient- og brukerombudet notat 13.3.14

Vi gjengir nedenfor noen av de konkrete historiene som skjuler seg bak tallene:

- Pasient ble sendt til akuttmottaket pga. smerter. Ble sendt hjem med smertestillende. Etter 4 mnd. ble det oppdaget kreft relatert til smertene.
- Pasient ble tatt i mot av en lege som vurderte tilstanden til å være obstipasjon. Etter 3 dager ble det avklart at blindtarmen hadde sprukket og pasienten var nær ved å dø.
- Pasient med sterke magesmerter dro til legevakten. Fikk lett smertestillende. Tok senere kontakt med fastlege som ga pasienten beskjed om å dra til akuttmottaket. Ble avvist på akuttmottaket og henvist til nærmeste legevakt. Nærmeste legevakt avviste pasienten da pasienten er bosatt i en annen kommune. Legevakt i hjemkommune sørget for akutt innleggelse. Sprukken blindtarm.

Tall fra Pasient- og brukerombudene viser at antall saker øker år for år og antall saker knyttet til akuttkjeden økte med 14 % fra 2009 til 2011. Uansett årsak til denne økningen

er det viktig å få ned antall klager gjennom bedre kvalitet på tjenesten. Uten tiltak er det grunn til å tro at veksten vil fortsette.

Tabell 4.1 Akuttmottak, antall saker mottatt av pasientombudet over tid²

Hele landet	2009	2010	2011
Akutt/AMK/amb	181	216	205
Akuttmottak	122	147	150
Totalt ant saker	13 687	14 870	15 842

Rett til informasjon og medvirkning når det ytes helsehjelp, er sentrale pasient- og brukerrettigheter som er nedfelt i pasient- og brukerrettighetsloven, jfr kapittel 3. Både når det gjelder medvirkningsretten og retten til informasjon, skal denne være tilpasset den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Det betyr at helsepersonell skal vurdere pasientens individuelle forhold, informasjonen skal gis på en hensynsfull måte og de har også hovedansvaret for at pasienten har forstått innholdet i informasjonen og betydningen av opplysningene.

For å sikre at disse viktige og sentrale pasientrettighetene blir ivaretatt, er det helt nødvendig at det er høy kommunikasjonskompetanse hos helsepersonell. Dette gjelder særlig for legene som har det medisinskfaglige ansvaret for pasienten, og som skal påse at pasienten har tilstrekkelig kunnskap til å kunne samtykke til den helsehjelpen som skal gis og delta aktivt i egen behandling.

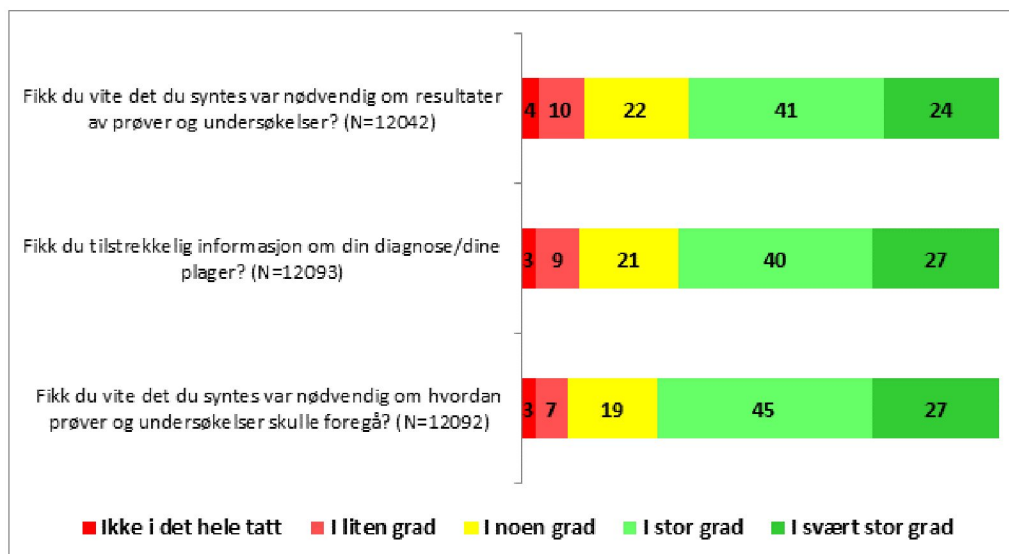
Mange pasienter opplever i dag stor usikkerhet rundt egen helsetilstand og utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten. De knytter dette ofte til mangelfull informasjon, lite forståelig informasjon og liten eller ingen dialog og kommunikasjon med ansvarlig lege.

Tall fra Pasoppundersøkelsen for året 2012³ viser at en andel på 33 % av pasientene opplevde at de "ikke i det hele tatt", "i liten grad" eller "i noen grad" fikk tilstrekkelig informasjon om egne diagnoser og plager. Tilsvarende rapporterte 36 % av pasientene at de fikk ingen eller begrenset informasjon om resultater av prøver og undersøkelser og 29 % at de ikke eller i begrenset grad fikk vite det de syntes var nødvendig om hvordan prøver og undersøkelser skulle foregå.

2. Pasientombudet/NSD

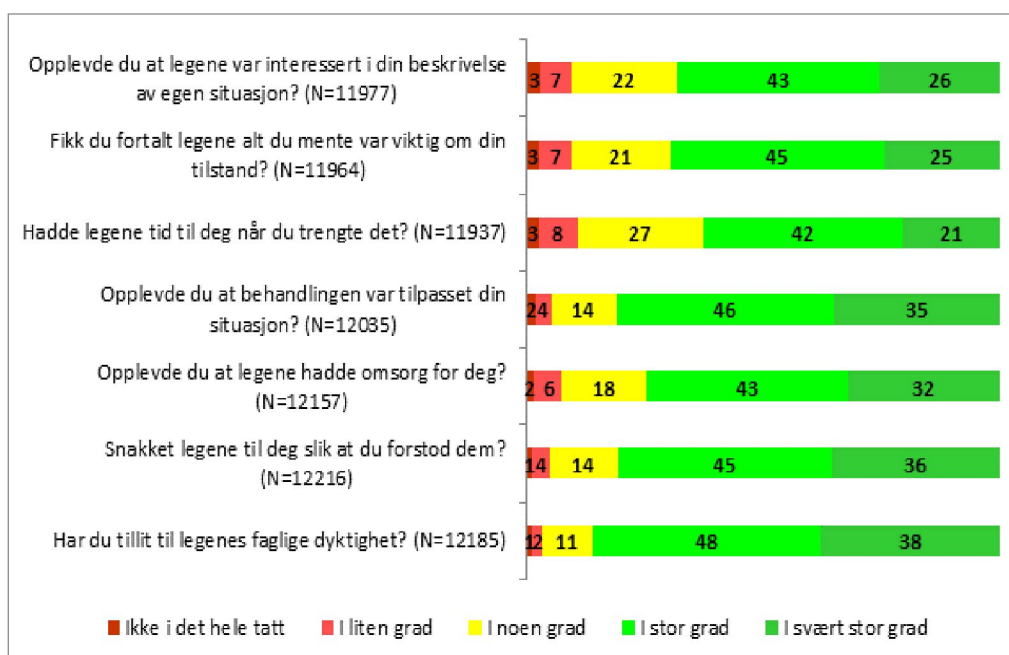
3. PasOpp rapport Nr 1-2013

Figur 4.4 Nasjonale resultater på indikatoren informasjon. Enkeltspørsmål. Prosentandeler som har svart i de ulike svarkategoriene. Tallene er vektet⁴



Når det gjelder legene spesielt viser tallene at en andel på 19 % av de innlagte pasientene opplevde at legene "ikke i det hele tatt", "i liten grad" eller "i noen grad" snakket slik at pasientene forstod dem. 31 % av pasientene svarte at de "ikke i det hele tatt", "i liten grad" eller "i noen grad" fikk fortalt legene det de mente var viktig om sin egen tilstand, mens 32 % opplevde at legene var mindre interessert i pasientenes beskrivelse av egen situasjon. En andel på 26 % av de innlagte pasientene i 2012 opplevde at legene "ikke i det hele tatt", "i liten grad" eller "i noen grad" hadde omsorg for dem, mens 38 % erfarte at legene ikke eller i begrenset grad hadde tid til dem når de trengte det.

Figur 4.5 Pasientenes erfaringer med legetjenesten. Svarfordeling angitt i prosent. Tallene er vektet⁵



4. PasOpp rapport Nr 1-2013

5. Pasopp 2013

Hvis vi ser på faktiske konsekvenser for pasientbehandlingen viser tall fra NPE 2012-2013 at 4% av alle saker med medhold ang diagnose og behandling skyldes kommunikasjonssvikt som hovedårsak. I langt flere tilfeller er svikt i kommunikasjon en medvirkende årsak til feilbehandling. Svikten kan skyldes dårlig kommunikasjon mellom enheter, mangelfull informasjon til pasienten eller at behandler ikke har evnet å innhente viktig informasjon fra pasienten.

For eksempel har følgende saker fra hendelser i akuttmottak gitt erstatning: ⁶

- Kommunikasjonssvikt ved flytting til annet sykehus – skulle vært på intensivavdelingen – dødsfall
- For dårlig informasjon fra sykehus til fastlege om tolkning av PSA etter prostatakreft – spredning
- Behandling med blodfortynnende burde vært avsluttet før fjerning av polypyper – stor blødning
- Urinveisinfeksjoner etter operasjon for inkontinens – burde fått opplæring i blæretømming mye tidligere
- Nevrologiske utfall og smerter etter ryggprolapsoperasjon – ikke informert om å ta kontakt ved lammelse

Utbetalinger fra NPE var i 2013 totalt på 946 mill kr.

Dokumentasjonen ovenfor viser at det ligger et betydelig potensiale for bedret kvalitet i pasientbehandlingen ved å styrke kommunikasjonsferdighetene hos spesialistene.

Når det gjelder samhandling avdekker Pasoppundersøkelsen fra 2013 et stort forbedringspotensiale, spesielt på indikatorene kommunikasjon ved utskrivelse og i samarbeidet mellom nivåene. I undersøkelsen går det frem at 52 % av pasientene mener at de "ikke i det hele tatt", "i liten grad" eller "i noen grad" ble informert om hvilke plager de kunne regne med å få i tiden etter utskriving. 49 % av pasientene mener at de "ikke i det hele tatt", "i liten grad" eller "i noen grad" fikk informasjon om hva de kunne gjøre ved eventuelle tilbakefall og 40 % av pasientene opplevde "ikke i det hele tatt", "i liten grad" eller "i noen grad" at sykehuset samarbeidet bra med fastlegen om det de var innlagt for.

Uten tiltak for å styrke kommunikasjonsferdighetene hos spesialistene, er det grunn til å anta at klagesaker knyttet til svikt i kommunikasjon vil øke i tiden fremover.

4.3 Nåværende spesialitetsstruktur sett i et fremtidsperspektiv

4.3.1 Akuttmottakenes kompetansebehov fremover

Norske akuttmottak er organisert på svært ulike måter. Dette er redegjort for i rapporten om spesialitetsstruktur. Stikkordene er at de fleste akuttmottakene i dag er organisert under anestesivdelinger, kun unntaksvis under medisinske avdelinger. Med tanke på at hovedparten, dvs 60-70 % av pasientene i akuttmottak, har indremedisinske problem-

6. Kilde NPE 2012-13

stillinger, synes dette mer å være resultat av tradisjon heller enn en tenkning om hvor og hvordan pasientens behov best ivaretas. Videre er som oftest driftsansvaret ivaretatt av en sykepleier, mens det medisinskfaglige ansvaret ivaretas av anestesivdelingen. Dette medvirker til utydelig ledelse slik det er påpekt i tilsynsrapporten fra 2007.

Det gjøres i dag svært mye utviklingsarbeid i akuttmottakene, og det pågår en dreining fra å organisere mottakene som sykepleieledete enheter der legene kun går i vakter og pasienter legges inn i ledige senger, til å organisere akuttmottakene under medisinske avdelinger med egne utredningsenger (observasjonssenger og korttidsposter) og der leger ansettes fast. Dette er løsninger som er egnet for større sykehus, mens mellomstore og små sykehus må styrke ledelse og bedre organiseringen på andre måter. Uten dette vil det neppe oppnås store forbedringer i pasientbehandlingen, da dagens grenspesialister i indremedisin og kirurgi raskt mister sin generelle kompetanse. Denne beholdes hvis de går i hyppige vakter og fortsetter å håndtere uselekterte pasienter, men det er ingen kvalitetssikring rundt at overleger som går i vakt har en realkompetanse som opprettholdes. Heller ikke er det systemer for at spesialistene får faglig oppdatert kunnskap utover sin egen spesialitet.

Uten å innføre en spesialitet som kan bidra til å ha en helhetlig ledelse for mottaket, vil virksomheten fortsette som en fragmentert enhet, uten et tydelig totalansvar for drift, organisering og pasientbehandling.

Disse forholdene, sammen med tendensen til økende spesialisering, vil etter Helse- direktoratets vurdering medføre økt risiko for feildiagnostisering og feilbehandling av pasienter som ankommer norske akuttmottak.

4.3.2 Grenspesialiteter innen medisin og kirurgi

Da dagens struktur med grenspesialiteter innen medisin og kirurgi ble besluttet, var sykehusene ganske annerledes enn i dag. Spesialitetsstrukturen var tilpasset sykehusstrukturen med indremedisinske og kirurgiske storavdelinger der legene arbeidet i et faglig fellesskap, og med felles vaktordninger. Spesialitetene generell indremedisin og generell kirurgi ble ervervet etter 6 års tjeneste i en slik storavdeling, og grenspesialisering ble oppnådd etter ytterligere to års tjeneste i spesialiserte seksjoner. I dag finnes slike medisinske og kirurgiske storavdelinger bare i små og mindre middelstore sykehus. De større sykehusene har seksjoner der grenspesialistene i hovedsak har sine oppgaver rettet mot seksjonenes inneliggende og polikliniske pasienter. For indremedisinen sin del, og etter hvert også i større grad for kirurgiske fag, ser vi en sterk dreining av virksomheten fra døgnbehandling til dagbehandling eller poliklinisk behandling. Denne utviklingen har bidratt til at den felles faglige aktiviteten stort sett begrenser seg til det som skjer på vakt i akuttmottakene, mens den elektive pasientbehandling finner sted i seksjonerte og spesifikke fagmiljøer.

Et annet utviklingstrekk er at medisinen både blir mer og mer spesialisert, men også mer omfattende. De er ikke lenger mulig for en lege å beherske alt innen egen spesialitet, langt mindre både å beherske generalistkompetanse og spisskompetanse. Fra flere spesialiteter kommer det krav om grenspesialisering, og i noen grenspesialiteter kommer krav om ytterligere subspecialisering.

Dagens system forutsetter at grenspesialistkompetanse bygger på generell spesialistkompetanse. Som nevnt foran var det tidligere en realisme i dette kravet, basert på 6+2 års tjeneste. I et ønske om å effektivisere spesialistutdanningen har dette kravet blitt utvannet. I dag blir man generell spesialist og grenspesialist på totalt 6,5 år, hvorav 2 ½ år kan avtjenes i grenspesialiteter og inntil et halvt år kan erstattes med forskning eller annen relevant klinisk tjeneste. Mens kravet til grenspesialiseringen er ganske godt definert, fremstår det som mer usikkert om den generelle kompetansen som erverves har samme grad av kvalitetssikring.

Den medisinskfaglige utviklingen tilsier at dagens grenspesialiteter fortsatt kommer til å vokse i omfang, ikke minst ettersom medisinsk kunnskap og teknologi åpner for helt nye behandlingsmuligheter. Mye tyder på at grenspesialitetene innen de indremedisinske og kirurgiske fag allerede er så store at det er vanskelig for en LIS å beherske hele fagområdet.

En fortsettelse av dagens struktur, vil etter all sannsynlighet medføre at det ikke blir mulig å bli god på hele fagområdet i spesialiteten. At det i dag er tjenestetid og antall gjennomførte prosedyrer som avgjør om man blir godkjent, vil forsterke at det vokser frem større ulikheter enn i dag, avhengig av hvor man har hatt tjeneste. Ved manglende kompetansetesting vil man heller ikke kunne vite med sikkerhet hva en ferdig spesialist har av kompetanse.

4.4 Kostnadene ved spesialistutdanningen uten de foreslåtte tiltakene

4.4.1 Om kostnadsberegningsmodellen

Kostnadene til spesialistutdanning er vanskelig å anslå. Noen kostnader er relativt enkle å definere og anslå, mens en stor del er indirekte og skjulte, blant annet tiden som benyttes av overleger til supervisjon.

I studier som ser på kostnader benyttes ofte ulike tilnærminger og målemetoder. I denne konsekvensutredningen legges til grunn en kostnadskonstruksjonsmodell for helsepersonell som benyttes både i Canada og i USA. Modellen ble introdusert av det amerikanske National Academy og Science (1976). Denne modellen er benyttet i en masteroppgave fra 2007⁷ for å beregne kostnader til spesialistutdanning av leger i Helse Midt-Norge. Det har ikke vært mulig å bringe til veie andre norske studier som beskriver kostnadsbilder ved spesialistutdanning av leger så vidt detaljert, dvs som spesifiserer kostnadene for hver enkelt opplæringsaktivitet og på dette grunnlaget anslår de totalt opplæringskostnadene for utdanning av legespesialister.

Denne kostnadsberegningsmodellen gjør et skarpt skille mellom den tid LISer under opplæring, dvs direkte og indirekte gjør krav på spesialistressurser og den tid LIS gjør selvstendig arbeid. I konsekvensutredning sammenlignes derved kostnadene ved ny ordning med dagens kostnader slik de vil utvikle seg om ingen av tiltakene blir gjennomført.

Ved bruk av den canadisk/amerikanske kostnadsberegningsmodellen presenteres her anslag for kostnadene ved gjennomføring av dagens spesialistutdanning, utført av Agenda Kaupang.

I kapittel 6.11.3 gis det et tilsvarende anslag for kostnadene ved spesialistutdanningen i et mer effektivt spesialiseringssløp. Budsjettmessige konsekvenser av omleggingen beskrives i samme kapittel.

4.4.2 Hva består kostnadene av?

Kostnadene ved dagens spesialistutdanning vil være avhengige av flere forhold:

- Lengden på spesialistutdanningen
- Strukturen på spesialistutdanningen, dvs. hvor målrettet spesialistutdanningen er i forhold til læringsmålene

7. Utdanning av legespesialister i Helse Midt-Norge. Kostnader og kvalitet. Masteroppgave ved Institutt for helseledelse og helseøkonomi. Jon Arve Hollekim og Kåre Edvard Danielsen. Mai 2007.

- Hvor godt strukturert er utdanningsløpet uten ventetider for å få nødvendig tjeneste, permisjoner etc.
- Hvor god veiledning og supervisjon gis
- Hvor lett er det å få utført nødvendige prosedyrer.

Kostnadene ved utdanning av legespesialister blir i denne modellen gruppert etter opplæringskostnader og behandlingskostnader:

Opplæringskostnader er knyttet til etterfølgende aktiviteter og kan relativt enkelt beregnes:

- Teoretiske eksterne kurs, gjennomsnitt 240 timer for dagens hovedspesialiteter og 120 timer for grenspesialitetene. Dette gir i gjennomsnitt 201 timer pr spesialitet.
- Internundervisning: To timer pr uke
- Individuell supervisjon der kompetanse overføres fra erfaren lege til en lege i spesialisering
- Veiledning: Hver utdanningskandidat har krav om minst én time individuell veiledning pr måned
- Fordypning: Fire timer pr uke
- Krav om 10 fraværsdager med lønn pr år til spesialisering.

I modellberegningene er det faktisk brukt tid og ikke normert tid som er lagt til grunn for beregningene.

I *behandlingskostnadene* inngår merkostnadene ved å bruke assistentlegene til å utføre selvstendige behandlingsoppgaver – kun under generell supervisjon. Dette vil normalt medføre økt prosedyretid med bemanningskonsekvenser og økning i andre direkte kostnader, så som økt bruk av laboratorier og røntgen og økt bruk av annet støttepersonell.

4.3.2 Anslag for kostnadene ved dagens spesialistutdanning

I den nevnte undersøkelsen gjennomført av Hollekim og Danielsen⁸, basert på samme kostnadsberegningsmodell, viste det seg at de årlige kostnadene pr lege i spesialisering i gjennomsnitt beløp seg til ca. 493 000 kr i 2006. Av disse utgjorde de årlige opplæringskostnadene i gjennomsnitt 318 000 kr (mellom 290 000 -350 000 kr) og behandlingskostnadene i gjennomsnitt 175 000 kr pr årsverk.

8. Utdanning av legespesialister i Helse Midt-Norge. Kostnader og kvalitet. Masteroppgave ved Institutt for helseledelse og helseøkonomi. Jon Arve Hollekim og Kåre Edvard Danielsen. Mai 2007.

Opplæringskostnadene på 318 000 kr pr år besto av følgende kostnadselementer:

Tabell 4.2 Kostnader ved dagens spesialistutdanning. 2006.

Kostnadselement	Kroner
Utdanningsprogram	4 527
Veiledning	15 112
Fordypning	28 041
Internundervisning	29 943
Supervisjon	204 749
Kursvirksomhet	36 362
Sum	318 735

Kostnader til supervisjon utgjorde dermed godt over 60 % av de årlige opplæringskostnadene pr kandidat pr år. Foretakenes fraværskostnader i forbindelse med kurs ble anslått til ca. 36 000 kr eller i underkant av 12 % av de samlede opplæringskostnadene.

I denne kostnadsberegningen er det forutsatt at både opplæringskostnadene og behandlingkostnadene har samme omfang i dag som i 2006. Justert for lønns- og prisvekst for perioden 2006-2013 utgjorde opplæringskostnadene i 2013 415 000 kr pr år pr LIS og behandlingkostnadene 228 000 kr pr år pr LIS, dvs til sammen 643 000 kr pr år pr LIS. Med totalt 4 870 leger i spesialisering gir dette en årlig kostnad på 3 131 mill. kroner.

Ved å summere opp opplæringskostnadene og behandlingkostnadene til foretaksnivå kom den samme undersøkelsen fram til at disse kostnadene utgjorde ca. 2,7 % av foretakenes totalkostnader, der opplæringskostnadene alene utgjorde ca. 1,8 %. Dersom man antar at Helse Midt-Norge som denne undersøkelsen ble utført i, ikke skiller seg særlig ut fra andre helseregioner, kan dette brukes til å aggregere kostandbildet til landsbasis: Spesialisthelse-tjenesten hadde i 2012 samlede driftsutgifter i størrelsesorden 116 mrd. kroner. Dette skulle dermed tilsi at helseforetakene i 2012 hadde utgifter i størrelsesorden 3 132 mill. kroner eller 3 236 kr omregnet til 2013-tall til gjennomføring av spesialistutdanningen, altså til opplæringskostnader og behandlingkostnader. Dette rimer godt med de beregningene som er presentert ovenfor der kostnadene for spesialistutdanningen er estimert med utgangspunkt i enhetskostnadene for opplæring.

Når vi senere skal undersøke hvilke endringer i kostnadsbildet som vil inntreffe som følge av at spesialistutdanningen kortes ned med 1 ½ år, har det vært nødvendig å etablere et samlet bilde av lønn til leger i spesialisering utover de lønnsutgiftene som inngår i opplæringsaktivitetene. I den samme undersøkelsen som referert til ovenfor, kom man fram til at 24 % av samlet arbeidstid for assistentleger gikk med til opplæring.

I beregning av lønnsutgifter for leger i spesialisering har vi tatt utgangspunkt i gjennomsnittlig lønn for LIS C. Pr november 2013 hadde LIS C en gjennomsnittlig totallønn på 796 517 kr⁹, eksklusiv sosiale utgifter bygd opp på følgende måte:

Tabell 4.3 Gjennomsnittlig totallønn for LIS C. 2013.

Kostnader	Kroner
Fast lønn	608 191
UTA	111 153
Total lønn	796 517

Fastlønn består av minimumslønn, faste kollektive tillegg i basislønn, faste individuelle tillegg i basislønn samt doktorgradstillegg. Disse elementene danner basislønn. Fast lønn består i tillegg også av faste individuelle tillegg utenfor basislønn, godtgjørelse for ambulerende tjenester, samt andre tillegg. UTA er godtgjørelse for utvidet arbeidstid. Denne innebærer at årsverket utvides, men er i prinsippet midlertidig.

Andre lønns-elementer som inngår i totallønn er:

- Vaktlønn: Består av godtgjørelse for vakt, hjemmevakt, lørdags- og søndagsavtaler, helg/høytidstillegg og kvelds/natttillegg
- Diverse tillegg: Består av kompensasjonstillegg, tillegg i totallønnsavtaler, samt godtgjørelse produktivitetsavtaler.

Overtid er ikke regnet inn i totallønn.

Medregnet sosiale utgifter utgjorde de samlede lønnsutgiftene pr LIS C 1 092 025 kr pr november 2013. I sosiale utgifter inngår arbeidsgiveravgift med 14,1 % og pensjonskostnader med 23 %. Under forutsetning av at tid til opplæring legger beslag på 24 % av LISenes arbeidstid vil lønnsutgiftene til spesialister i utdanning, fratrukket utgifter til opplæring der lønnsutgifter er inkludert, utgjøre 4 041 710 kr pr år.

De samlede årlige kostnadene knyttet til opplæring og lønn til leger i spesialisering i dagens modell beløper seg dermed til anslagsvis 7 173 mill. kroner når vi legger gjennomsnittsberegningene presentert ovenfor til grunn, jfr. tabell 4.4.

Tabell 4.4 Årlige kostnader ved dagens spesialistutdanning, inklusiv lønnskostnader

	Kostnadsanslag - basert på gjennomsnittsberegninger	Opplærings og behandlingskostnader	
		Minus 20 prosent	Pluss 20 prosent
Opplærings- og behandlingskostnader	3 131 410	2 505 128	3 757 692
Lønnskostnader	4 041 710	4 041 710	4 041 710
Sum	7 173 120	6 546 838	7 799 402

9. Kilde: Spekter

Vurdering av beregningene

Det vil alltid være en del usikkerhet knyttet til denne type beregninger. Man er blant annet avhengig av at respondentene har vært i stand til å skille opplæringstid fra behandlingstid. Dette skillet er ikke alltid like skarpt. Men selv med en del usikkerhet knyttet til grunnlaget som metoden og utregningene bygger på, mener Helsedirektoratet at de etterfølgende beregningene gir et tilstrekkelig godt anslag for kostnadene ved dagens spesialistutdanning. For å synliggjøre at det er usikkerhet knyttet til anslagene er det også presentert anslag der kostnadene avviker +/- 20 prosent fra tallmateriale basert på gjennomsnittsberegninger.

4.4.3 Legenes tidsbruk til oppgaver i Legeforeningens regi

De nåværende 45 spesialitetskomitéene har oppgaver knyttet til spesialistutdanningen. Spesialitetskomitéene har en del oppgaver som leger deltar i henhold til eksisterende tariffavtale:

- Deltakelse i spesialitetskomitéer
- Forberedelse og gjennomføring av tilsynsbesøk ved utdanningsavdelinger
- Oppsummering av tilsynsbesøk i CERUS-rapporter.

Dette er kostnader som helseforetakene i dagens ordning «betaler» for ved at leger deltar i dette i sin arbeidstid. Dermed belastes denne virksomheten helseforetakenes budsjetter selv om omfanget ikke lar seg beregne eksakt.

Med ny oppgavefordeling vil Helsedirektoratet overta en del av disse oppgavene som spesialitetskomitéene i dag har. Hvis vi tar utgangspunktet at hver spesialitetskomité i gjennomsnitt har 5 deltakere som deltar på 4 møter pr år, medgår det 1 350 dagsverk totalt for alle spesialitetene til dette. Det er da lagt til grunn at det medgår 1,5 dagsverk til forberedelse, møtedeltakelse og etterarbeid hver gang komitéene møtes. Her er det store variasjoner mellom komitéene, men vi har ikke vært i stand til å få data på dette.

1 350 dagsverk utgjør ca 6 årsverk á ca 1 386 871 kr (gjennomsnittlig overlegelønn, inklusiv sosiale kostnader)¹⁰, tilsammen vel 8,3 mill. kr pr år. Å beregne kun 1,5 dagsverk til dette anses imidlertid som beskjedent, slik at de faktiske kostnadene nok er større enn dette.

4.4.4 Tilskudd til spesialistutdanning

Det finnes i dag flere tilskuddsordninger til gjennomføring av obligatoriske kurs. Vi har ingen fullstendig oversikt over dette. Eksempelvis gis det årlige tilskudd til private tilbydere for å utvikle og holde kurs. Fra Helsedirektoratet gis det totalt vel 18 mill kr pr år direkte tilskudd til kursvirksomhet kun innen spesialistutdanning i psykiatri. Hvorvidt det gis tilskudd til andre legespesialiseringer, er ukjent.

Det er usikkert hvor mye av dette beløpet som går til obligatoriske kurs. Dersom vi anslår at det utgjør ca halvparten, får man ca 9 mill. kr i tilskudd til denne spesialiteten.

¹⁰. Gjennomsnittlig overlegelønn, jfr kap 6.11.1

4.5 Kvaliteten på spesialistutdanningen uten de foreslåtte tiltakene

Kvaliteten på dagens spesialisering er vanskelig å anslå og beskrive sikkert. I det følgende beskrives noen av de konsekvensene som er avledet av dagens utfordringer i utdanningen.

4.5.1 Kostnader ved dårlig logistikk og dagens lengde på utdanningen

Dagens spesialisering er preget av både ventetid på nødvendig tjeneste og til dels bruk av LISenes arbeidstid til oppgaver som over tid ikke gir økt læringsutbytte. Selv om denne tiden brukes til nyttige oppgaver, brukes det også mye tid på journalskriving eller utførelse av prosedyrer på områder man enten allerede behersker eller på områder man aldri vil få bruk for.

Ved å effektivisere løpet gjennom bedre logistikk, vil leger i spesialisering raskere oppnå høyere kompetanse og bli ferdige spesialister som kan gjøre en kvalitativt bedre utførelse av arbeidet.

4.5.2 Mangler ved veiledningen

Flere utredninger har pekt på at leger i spesialisering ikke får den veiledningen de har krav på.

Normann Birkeli¹¹ utførte en undersøkelse blant samtlige LIS. Av de som svarte var det kun 36 % som oppga at det var satt av tid til veiledningssamtaler i tjenesteplanen. Videre var det kun 32 % som oppga at de «omtrent hver måned» eller «ukentlig» hadde veiledningssamtaler.

Konklusjonen i denne undersøkelsen er at «det er et betydelig forbedringspotensiale for praktisering av veiledning i spesialistutdanningen».

I en annen undersøkelse rapporterte 18 av 54 ass leger rapporterte at de ikke hadde fått veiledning¹².

Når Legeforeningen rapporterer at deres veiledningskurs har liten søkning, underbygger dette antakelsen om at veiledning ikke blir tatt tilstrekkelig på alvor. Det er også mange som ikke følger den normerte veiledningen på minst 1 gang pr måned.

4.5.3 Lite fleksible løsninger

Den teoretiske del av spesialistutdanningen er fortsatt preget av tradisjonell kursvirksomhet som både gjør at LIS og sykehusene må innrette sin virksomhet etter tidspunktene for disse. Ved sykehusavdelinger kan flere LIS være borte fra arbeidet for å gå på kurs samtidig eller de må vente fordi kursene er fulltegnet. Dette utgjør en rigiditet som både kan gå utover den enkelte LIS og produksjonen og drift. I tillegg må den enkelte LIS ta kursene når de tilbys, og ikke når de passer inn i utdanningsløpet.

4.5.4 Manglende kvalitetssikring

Det er i dag ingen kvalitetssikring i form av nasjonale kompetansetester etter ferdig cand med. Det er derfor grunn til å tro at det er variasjoner i kompetanse hos LIS og senere overleger, avhengig av hvor man har hatt tjeneste. Dette kan potensielt gi ulikheter i vurdering og behandling hos pasientene.

11. Cecilie Normann Birkeli: Kvalitet koster. Om spenningen mellom spesialistutdanning for leger og produksjon av helsetjenester. Masteroppgave i helsevitenskap, NTNU. 2013.

12. Hollekim og Danielsen: «Utdanning av legespesialister i Helse Midt-Norge». Masteroppgave 2007.

Det er heller ingen etterutdanning som kvalitetssikrer at den enkelte spesialist utvikler seg faglig i henhold til kunnskapsbasert praksis.

4.6 Oppsummert status uten de foreslåtte tiltakene

Uendret spesialitetsstruktur

En av de store utfordringene med dagens spesialitetsstruktur er at oppsplittingen av fagene i noen tilfeller medfører silotenkning og manglende helhetstenkning. Dette går i første rekke utover pasientene som ikke møter bred nok kompetanse under oppholdet i spesialisthelsetjenesten.

Med økende innslag av sammensatte sykdommer, vil behovet for å balansere spissing av kompetansen med å styrke breddekompetanse bli sentralt. Uten tiltak for å møte disse utfordringene, vil det sannsynligvis utvikle seg et økende gap mellom helsetjenesten og pasientens behov. Antall uønskede hendelser vil trolig øke og pasientens behov for tjenester vil ikke bli godt nok ivarettatt.

Uten slik inngripen, vil helsesektoren kunne bli enda mer fragmentert, samhandlingen bli dårligere og pasientene vil i større grad kunne bli kasteballer i et uoversiktlig system.

Uendret spesialistutdanning

Med flere leger som rekrutteres fra utlandet med ganske ulik grunnutdanning enn den norske, blir det av stor betydning av det legges inn både en større grad av standardisering og kvalitetssikring. Pasientene skal ha likeverdige tjenester uansett hvor de henvender seg i landet, og da er det avgjørende at den generelle del av spesialistutdanningen er så lik som mulig og kvalitetssikret. Hvis ikke, vil forskjellene i helsetilbudet kunne øke betraktelig.

Med stadig mer omfattende innhold i hver spesialitet og mangel på tydelige og etterprøvbare læringsmål, samt dårlig logistikk, vil spesialistutdanningen med all sannsynlighet ta enda lengre tid. Dette utgjør en potensiell kostnad for helseforetakene av stort omfang, noe som blir omtalt i kapittel 6.11.

At det i dag ikke er noen systematisk kvalitetssikring av spesialisters kompetanse, vurderes som mangelfullt. Innen andre virksomheter hvor hensynet til liv og helse står sentralt, er det som oftest innført sertifiseringsordninger eller andre kvalitetssikringer.

Uten større grad av formalisert kvalitetssikring, sammen med økt rekruttering fra utlandet, vil ulikhetene i helsetilbudet sannsynligvis øke, noe som står i motsetning til de sentrale verdier som helsetjenesten bygger på.

5 KONSEKVENSER FOR PASIENTENE

5.1 Generelt om konsekvenser for pasientene

De foreslåtte endringene i ny spesialitetsstruktur og -utdanning for leger er ment å skulle styrke etterlevelse av kjerneverdiene. Alle tiltak har til hensikt å forbedre kvaliteten i pasientbehandlingen og pasienten skal i enda større grad enn før få møte en spesialist med et samlet sett av kunnskap, holdninger og ferdigheter som fremmer trygghet og respekt for den enkelte pasient.

Arbeidsgruppen som har vurdert konsekvenser for pasientene av forslagene har kommet med følgende felles uttalelse:

«En samlet arbeidsgruppe mener at de skisserte tiltakene knyttet til ny spesialitet i mottaks- og indremedisin sammen med de foreslåtte fellesmodulene vil bedre kvaliteten i spesialisthelsetjenesten ved å redusere antall feilbehandlinger og skader og bedre pasientopplevelsen. Arbeidsgruppen er positiv til ny spesialitetsstruktur og vil understreke at læringsmålene og testing av oppnådde mål må være det bærende prinsipp. En eventuell ambisjon om nedkorting av tiden det tar å gjennomføre spesialistutdanningen må komme i annen rekke.»

5.2 Konsekvenser av styrket breddekompetanse

Styrket spesialistkompetanse generelt og breddekompetanse spesielt er målet med flere av tiltakene i forslaget til ny spesialitetsstruktur. Ikke minst mener vi at et bedre strukturert spesialiseringsforløp, økt vekt på breddekompetanse i de medisinske og kirurgiske spesialitetene, samt etablering av en egen spesialitet i mottaks- og indremedisin vil gi styrket medisinsk kompetanse tilpasset de behov pasientene i akuttmottakene har. I tillegg til medisinsk breddekompetanse viser sakene som dokumenterer svikt i pasientbehandling et stort behov for styrket kompetanse i fagområder som ledelse, etikk, logistikk og samhandling. Dette behovet vil bli dekket gjennom de foreslåtte felles kompetansemodulene på disse områdene for alle spesialiteter, foruten en ekstra styrking i del 3 for den nye mottaks- og indremedisineren.

I Statusrapport for prosjektet "Kompetanse i front" Medisinsk avdeling, SI-Gjøvik, 10. januar 2014, fremgår det at økt tilstedeværelse av overleger i akuttmottak har gitt gode resultater. I første fase av prosjektet ble det etter referering foreslått vesentlig endring i enten diagnostikk, behandling eller begge hos hele 49 % av pasientene. I tredje fase av prosjektet viser tallene at overlege har avdekket feil på medisinkurver hos 21 % av de refererte pasientene, tentativ diagnose endret hos 20 %, utredning endret hos 30 % og behandling endret hos 31 % av pasientene. Dette er forbedringer som er oppnådd gjennom å la overlege se over alle tentative diagnoser og vurderinger som turnuskandidatene har gjort. Løsningen Gjøvik sykehus har valgt kan være spesielt anvendbar for mellomstore sykehus med tilsvarende kompetanseprofil og vaktstruktur som Gjøvik. Ordningen bidrar til at spesialistene opprettholder sin generelle kompetanse. For andre sykehus vil det passe bedre å bruke den foreslåtte mottaks- og indremedisinske spesialiteten til å ivareta breddekompetansen i akuttmottak, eller en kombinasjon av de to løsningene.

En mottaks- og indremedisiner vil ha kompetanse spesialdesignet for førstehånds sortering og vurdering og diagnostisering av pasienter, og i tillegg være spesialist i samhandling, ledelse og logistikk. Sakene referert i dette kapitlet viser at svikt i akuttmottak ikke minst oppstår som følge av manglende samhandling mellom legevakt/fastlege og sykehus og mellom personer og enheter internt i sykehuset.

Med særlig kompetanse innen diagnostisering, vil pasientene i langt større grad kunne diagnostiseres riktig ved første konsultasjon. Med mer presis diagnose, vil pasientforløpet bli både kortere og lettere for pasientene. Flere pasienter enn i dag vil kunne snus i mottak eller bli henvist til videre oppfølging av sin fastlege. Ved Haukeland universitetssykehus ble det stipulert at man kan unngå 30 % av innleggelse dersom pasienten diagnostiseres riktig ved ankomst. Sykehusinnleggelse utgjør i seg selv en risiko og kan sette pasienten tilbake på flere måter. For eksempel viser resultatene fra Nasjonal Journalundersøkelse 2011 at ved 16 prosent av pasientoppholdene oppstod det minst en skade og ved 9 prosent av pasientoppholdene oppstod det minst en skade som førte til forlenget sykehusopphold eller alvorligere konsekvenser.¹³ For de aktuelle pasientene vil det derfor være av stor betydning å unngå innleggelse hvis mulig.

5.3 Konsekvenser av fellesmodul i kommunikasjon

En rekke studier viser at god kommunikasjon med pasienten har effekt på behandlingsresultatet. I en protokoll for evaluering av arbeidet med å forbedre kommunikasjon med pasientene på Sykehuset Lillebælt i Danmark er forskning på betydningen av kommunikasjon oppsummert som følger:¹⁴

“Kommunikationen mellem patient og sundhedspersonalet har således vist sig at have væsentlig indflydelse på patienternes oplevelser og udbytte af pleje og behandling.

Patienter, der oplever at blive lyttet til, som får mulighed for at stille spørgsmål, og som oplever, at der bliver responderet på deres følelser, har generelt større udbytte af pleje og behandling. Det gælder eksempelvis i forhold til smerte reduktion, til stabilisering af blodtryk og blodsukker, reduktion af stress og compliance med behandlingen. Derudover har man kunnet påvise en reduktion i antallet af patientklager.

Tilsvarende har utilstrækkelig og uhensigtsmæssig kommunikation vist sig at være medvirkende til en stor andel af de patientklager, der indberettes. Ifølge det danske patientklagenævn klager patienterne i mange tilfælde over fejlbehandling, men med manglende information eller lignende som underpunkt i forhold til behandlingsforløbet.

De temaer, der går igen i disse klager, er utilstrækkelig information, patienternes følelse af at blive ignoreret, at de oplever, at deres synspunkter og forklaringer blive nedvurderet, og at de ikke føler sig forstået.”

13. Rapport fra pasientsikkerhetskampanjen 2013.
Rapport for Nasjonal Journalundersøkelse med Global Trigger Tool 2011
(21.03.2013)

14. Klar tale med patienten
implementering og evaluering af SLB's kommunikationsprogram ved hjælp af RE-AIM modellen, protokol 17. januar 2011

5.4 Samlet vurdering for pasientene

Analysen ovenfor viser at potensialet for å utvikle spesialisthelsetjenesten mer i tråd med pasientenes behov i årene fremover er stort. Saker fra akuttmottak avdekker behov for å styrke breddekompetansen, og både i akuttmottakene, i sykehusavdelingene og i samhandlingen mellom nivåene opplever pasientene at kommunikasjonen ikke er god nok. Styrket breddekompetanse i medisinske og kirurgiske fag og de foreslåtte felleskompetansemodulene må forventes å bedre situasjonen. For at tiltakene samlet sett skal få full effekt, er man imidlertid avhengig av at foretakene tar i bruk de mulighetene som disse tiltakene gir.

6 KONSEKVENSER FOR SYKEHUSENE

6.1 Hvilke tiltak utredes?

I løpet av møtene med foretakene ble flere tiltak valgt ut som spesielt viktige for helseforetakene og sykehusene i konsekvensutredningen. Disse er omtalt og utredet i dette kapitlet. Vurderingene er basert på innspill fra sykehus, samt fra besøksrunden som ble gjennomført i forbindelse med konsekvensvurderingen. Helsedirektoratet har på denne bakgrunn konkludert med at ikke samtlige av endringsforslagene trenger å konsekvensutredes, men de tiltak som blir oppfattet å ha konsekvenser slik det er fremkommet gjennom prosessen i utredningsarbeidet høsten 2013 - våren 2014.

De aktuelle tiltakene som utredes er derfor følgende:

- Opprettelse av en egen spesialitet i mottaks- og indremedisin
- Omgjøring av gren- til hovedspesialiteter
- Implementering av en tredelt spesialistutdanningen
- Innføring av felles obligatoriske kompetansemoduler innen kommunikasjon, etikk, kvalitetsarbeid, samhandling, m.m.
- Avvikling av tellende valgfri tjeneste
- Forskning ikke lenger blir tellende i spesialistutdanningen
- Avvikling av gruppeføringen
- Innføring av obligatorisk etterutdanning
- Forbedring av spesialistutdanningen i form av økt vekt på veiledning og kompetansetesting
- Ny ansvars- og oppgavefordeling.

Noen av tiltakene hører som tidligere nevnt sammen og vil derfor bli vurdert samlet.

6.2 Konsekvenser av etablering av egen spesialitet i mottaks- og indremedisin

Sintef har på bakgrunn av materiale fra et utvalg case-sykehus beregnet konsekvenser av innføring av ny spesialitet i de respektive sykehusene.

Forutsetninger i analysen er at den nye spesialiteten skal:

- Utgjøre en ny hovedspesialitet basert på generell indremedisin med spesiell vekt diagnostisering av de vanligste sykdommene innen hjerte-, lunge- og gastromedisin
- Ha kompetanse til også å vurdere utvalgte pasientgrupper som innlegges i andre avdelinger, særlig kirurgi, nevrologi, gynekologi og pediatri
- Beherske nødvendige, livreddende prosedyrer
- Ha hovedansvar for akuttmottak, inklusiv diagnostisering og "triagering"
- Ha ansvar for pasientens forløp gjennom spesialisthelsetjenesten og mot primærhelsetjenesten
- Følge opp elektive pasienter med stor komorbiditet i korttidspost, poliklinikk, dagbehandling
- Ha ansvar for en generell medisinsk post knyttet til akuttmottak – dvs obs-post.

Det forutsettes at pasienter med uklare og sammensatte problemstillinger skilles fra traumepasienter og andre som er avklart ved ankomst (for eksempel ortopedisk pasienter) og som i mottaket går direkte til intensiv, kirurgi og kardiologi.

6.2.1 Utvalget av case-sykehus

Følgende 4 utvalgte sykehus er gjennomgått¹⁵ for å avklare behovet for og bruken av MIM i sykehus av ulike størrelse:

Tabell 6.1 Utvalg av sykehus med størrelse på opptaksområde, antall pasienter per år i akuttmottak og tilknyttede sengeplasser

Helseforetak	Opptaksområde	Størrelse	Antall pasienter/år i akuttmottak	Observasjons-plasser	Korttids-post	Utrednings-post
Haukeland universitets-sykehus	475 000	Stort	40-45 000	5	20	43
Nordlands-sykehuset, Bodø	75 000	Mellom-stort	7 000 innleggelse 3 500 øhj pol	11	0	0
Sykehuset Innlandet, Gjøvik	100 000	Mellom-stort	12 000 innleggelse 7 000 skadepol.	0	0	0
Helgelandssykehuset, Mo i Rana	33 500	Lite		1	0	0

15. Det er ikke oppgitt aktivitetsdata for Mo i Rana

Sykehusene er kategorisert som stort, mellomstort og lite ut i fra befolkningsgrunnlag. Disse casesykehusene er ulikt organisert og har forskjellig aktivitet, men kan være representative for andre sykehus på samme størrelse. Det vil imidlertid være en forskjell tjenestetilbud og organisering for sykehus der det er høy spesialiseringsgrad og lavt befolkningsgrunnlag og samtidig lange avstander til andre sykehus slik som sykehuset i Bodø sammenlignet med tilsvarende mellomstort sykehus i Gjøvik.

6.2.2 Grunnlaget for casestudiene

SINTEF har med utgangspunkt i informasjon tilsendt fra Helsedirektoratet satt opp et tenkt forslag til vaktplaner med og uten mottaks- og indremedisinsk spesialitet (MIM) i vakt-systemet for et lite sykehus, et middels stort sykehus og et stort sykehus. Disse er over- sendt til kontaktpersoner for casesykehusene, og SINTEF har intervjuet disse om hvordan en slik vaktplan kan passe inn i sykehusene og hvordan innføring av MIM vil kunne påvirke bemanningsbehovet knyttet til vaktberedskap i akuttmottak.

Modellene viser antall personer som inngår i de ulike vaktlinjene og hvor mye omregnet arbeidstid dette utgjør. For å illustrere helheten og den faglige sammenhengen en MIM inngår i er det også vist hvilke andre vaktlag som man forventer å finne knyttet til beredskap i akuttmottak. Dette er en illustrasjon og ikke spesifikt kommentert eller endret etter samtale med representanter for casesykehusene.

Alle vaktplanene viser hvordan MIM inngår i en tilstedevakt-ordning sammen med turnus- lege og LIS. Det er vist ulike grader av vaktbelastning (aktiv tjeneste i akuttmottak, tilstede på sykehuset med tilkalling eller hjemmevakt med tilkalling). Dette gir grunnlag for å beregne arbeidstidskonsekvenser og dermed bemanningskonsekvenser av innføringen av MIM sett i forhold til en løsning uten MIM.

En ren 24/7 primærbemanning av MIM vil gi som konsekvens et bemanningsbehov på 8-10 stillinger. I notat og referater fra Helsedirektoratet er det presisert at dette må tilpasses virksomhetens størrelse, bemanning og kompleksitet. Det vil derfor være forskjell i ressursbehov og organisering i store, mellomstore og små sykehus.

Nedenfor er vist et eksempel på en vaktplan for et lite sykehus med MIM i primærvakt.

Prinsippøsning for beredskap/vaktsystem for leger lite sykehus med MIM												
	Antall	Aktiv beredskap		Hvilende vakt på sykehuset		Hjemmevakt		Timer/uke	Vakt omregnet til stillinger	Antatt antall stillinger uten MIM	Antatt antall stillinger med MIM	Kommentar
		Timer	Dager	Timer	Dager	Timer	Dager					
Primærvakt												
MIM i primærvakt	1	12	7					84	2,4	0	6	6 spesialister MIM
	1					12	7	21	0,6			
								105	3,0			
Turnuskandidat medisin	1	8	7					56	1,6	10	10	Redusert vaktarbeid
Turnuskandidat kirurgi	1	24	7					168	4,7			
Sum primærvakt								329	9,3			
Sekundærvakt												
LIS medisin	1	12	5					60	1,7	6	6	Redusert vaktarbeid
LIS medisin	1	0	2					0	0,0			
LIS medisin	1					12	5	15	0,4			
LIS medisin	1					24	2	12	0,3			
								87	2,5			
LIS kirugi	1	12	5					60	1,7	6	6	
LIS kirugi	1	4	2					8	0,2			
LIS kirugi	1					12	5	15	0,4			
LIS kirugi	1					20	2	10	0,3			
								93	2,6			
LIS ortopedi	1	12	5					60	1,7	6	6	
LIS ortopedi	1	4	2					8	0,2			
LIS ortopedi	1					12	5	15	0,4			
LIS ortopedi	1					20	2	10	0,3			
								93	2,6			
Sum sekundærvakt								273	7,7			
Tertiærvakt												
Indremedisinsk spesialist	1	8	5					40	1,1	6	6	
Indremedisinsk spesialist	1	0	2					0	0,0			
Indremedisinsk spesialist	1					16	5	20	0,6			
Indremedisinsk spesialist	1					24	2	12	0,3			
								72	2,0			
Kirurgisk spesialist	1	8	5					40	1,1			
Kirurgisk spesialist	1	0	2					0	0,0	6	6	
Kirurgisk spesialist	1					16	5	20	0,6			
Kirurgisk spesialist	1					24	2	12	0,3			
								72	2,0			
Spesialist ortopedi	1	8	5					40	1,1	6	6	
Spesialist ortopedi	1	0	2					0	0,0			
Spesialist ortopedi	1					16	5	20	0,6			
Spesialist ortopedi	1					24	2	12	0,3			
								72	2,0			
Spesialist anestesialogi	1	8	5					40	1,1	4	4	
Spesialist anestesialogi	1	0	2					0	0,0			
Spesialist anestesialogi	1					16	5	20	0,6			
Spesialist anestesialogi	1					24	2	12	0,3			
								72	2,0			
Spesialist radiologi	1	8	5					40	1,1	4	4	
Spesialist radiologi	1	0	2					0	0,0			
Spesialist radiologi	1					16	5	20	0,6			
Spesialist radiologi	1					24	2	12	0,3			
								72	2,0			
Sum tertiærvakt								360	10,1			
Anne spesialistvakt												
<i>Gynekologi</i>												
Spesialist	1	8	5					40	1,1	4	4	
Spesialist	1	0	2					0	0,0			
Spesialist	1					16	5	20	0,6			
Spesialist	1					24	2	12	0,3			
								72	2,0			
Sum								1034	29,1	58	64	

Forutsetninger:

MIM går 12 t aktiv vakt og 12 t hjemmevakt

Kandidat går i kontinuerlig forvakt i akuttmottak for medisin og kirurgi, 1 kand på tilstede 24 timer på hvert fag

LIS for ortopedi, kirurgi og medisin går sekundærvakt og kan tilkalles til akuttmottak

Spesialist for medisin, kirurgi, ortopedi, anestesesi og radiologi går tertiærvakt

Egen spesialistvakt for gynekologi

Redusert bemanning i vakt med 0,6 stillinger

Økt antall stillinger med 6

6.2.3 Helgelandssykehuset Mo i Rana

Roller og bemanning

Primærvakt dekkes i dag av 1 turnuslege med 12 timer aktiv og 12 timer hvilende vakt (planlagt økt til 2). LIS leger dekker sekundærvakt og kan i fremtiden eventuelt inngå i spesialistvakt etter å ha gjennomført del 2 av spesialistutdanningen. Sykehuset har ikke spesialist i tilstedevakt og det antas heller ikke å være aktuelt å ha MIM i vakt 24/7. I et lite sykehus som Mo i Rana vil MIM være en ressurs på lik linje som de øvrige indremedisinske spesialistene, men med særskilt faglig ansvar for virksomheten i akuttmottaket. Man må påregne at MIM er en del til stede i akuttmottaket og MIM vil ha systemansvaret i akuttmottaket. Det anslås behov for 1 stilling til MIM. Denne bemanningsøkningen vil kunne gi en kvalitetsforbedring i akuttmottaket.

Med dagens ordning kan man bruke dagens indremedisinere til de samme oppgavene som MIM og MIM vil inngå i vaktssystemet sammen med andre spesialister (tertiærvakt). Med MIM vil man eventuelt kunne redusere arbeidstid/overtid for de øvrige spesialistene (tertiærvakt) noe. Man har i dag 6 stillinger for spesialister i indremedisin og MIM vil inngå i denne staben.

Utviklingsarbeid som pågår

Det arbeides med innføring av triagering med RETTS og formalisering av lederstruktur. Mo i Rana har 1-2 obs senger i dag som er lite brukt. Dagens bemanning for turnusleger og LIS vil ikke endres som følge av innføring av MIM.

Oppsummering Mo i Rana

Figur 6.1 Konsekvensvurdering av innføring av MIM i små sykehus

Konsekvensberegninger innføring av MIM, Case små sykehus																								
Helgelandssykehus	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Dagens vaktssystem akuttmottak																								
Primærvakt indremedisin																								
1 turnuslege i mottak																								
Sekundærvakt, indremedisin																								
1 LIS i akuttmottak																								
1 LIS i bakvakt hjemme																								
Tertiærvakt medisin																								
1 overlege (MIM/Indremedisiner) til stede på sykehuset																								
1 overlege i bakvakt i hjemmet, helg																								
1 overlege i bakvakt hjemme																								

Figuren over viser bemanningen tilknyttet akuttmottak, spesielt med fokus på indremedisinske tjenester.

Det forutsettes at dagens primærvaktssystem ikke endres og at MIM inngår i spesialistvakt/tertiærvakt sammen med andre indremedisinske spesialister. Innføring av MIM vil gi behov for å øke bemanning med 1 stilling til spesialist (MIM) for å gi mulighet til å følge opp samhandling, kvalitet og pasientforløp, men det vil også frigjøre mer av de andre overlegens tid til f eks økt poliklinisk virksomhet.

6.2.4 Nordlandssykehuset Bodø

Roller og bemanning

I et middels stort sykehus som Bodø vil MIM kunne inngå i tilstedevakt i akuttmottaket med aktiv tjeneste fra 1000-2200 og hjemnevakt resten av døgnet. Det er lav aktivitet på natt og ikke behov for MIM i vakt, men Bodø har enheter slik som medisinsk overvåking, obs post og akuttmottak der den nye spesialiteten kan ha ansvar. De bør være tilstede i akutt-

mottaket i den travleste tida og ellers ha hvilende vakt på natt. Hvor mange stillinger som kreves for å dekke andre oppgaver og få etablert en god nok vaktordning som kan sikre rekruttering er uklart, men det antas at det er behov for minimum 3- stillinger.

Det er i dag en spesialist i vakt for all indremedisin. Ved innføring av MIM kan det gi mulighet for seksjonering i vakt, slik at man kan frigjøre tid for kardiologisk vakt.

Primærvakt i akuttmottak består i dag av 2 turnusleger på dagtid, dette kan evt. reduseres med 1 som vil gi en innsparing på ca. 2 stillinger avhengig av stor andel som er aktiv tjeneste. Det er mulig å spare ca. 0,5 stilling for LIS i vakt med en ny ordning, og man kan også få redusert overtidsbruk for LIS som nå er høy. En reduksjon i antall turnusleger vil få en konsekvens i antall tilgjengelige stillinger for turnusleger som alt i dag er betydelig mindre enn behovet. Dette må sees i sammenheng med en mulig reduksjon i antall stillinger i del 1.

Det er i dag spesialist på vakt i alle avdelinger og det antas at dette vil fortsette. Bodø er et middels stort sykehus med relativt høyt spesialiseringsnivå, noe som begrunnes i store avstander. Med MIM i front og vakt kan man for noen av de øvrige indremedisinske spesialitetene kunne gå fra aktiv til hvilende vakt tidligere på kvelden, noe som vil gi innsparinger. Hver time som konverteres fra aktiv til hvilende tjeneste utgjør 0,25 timer arbeidstid.

Innføring av MIM har ikke betydning for øvrige fagområder. Avhengig av hvor mye det kan kuttes i overtid og redusert vaktbelastning for indremedisinske spesialister så vil innføring av MIM kompenseres med reduksjon i andre stillinger/lønnskostnader.

Oppsummering Bodø sykehus

Innføring av MIM med primærvakt i akuttmottak vil altså kunne kreve en økt bemanning på 3-4 stillinger for MIM, men det antas at dette i noen grad kan kompenseres med en viss reduksjon i stillinger og arbeidstid for øvrige legegrupper knyttet til akuttmottak og indremedisinsk fagområder. Økningen i bemanning (2-3 stillinger totalt) vil gi en kvalitetsforbedring.

6.2.5 Sykehuset Innlandet - Gjøvik

Roller og bemanningsbehov

I dag har man medisinske og kirurgiske turnusleger og LIS i akuttmottaket og man har spesialister som kan tilkalles ved behov. MIM i vaktsystemet kan ikke erstatte disse. Ved sykehuset er det også vakthavende indremedisiner til stede i mottak 6 timer på hverdag. Det er viktig med økt tilgang til kompetanse (teamvurderinger) i helger. Innføring av MIM kan gå på bekostning av andre spesialister. Dette anses å gå ut over faglig bredde, poliklinikk og utdanningskapasiteten.

Det er sykehusets oppfatning at de ikke har behov for MIM som går i vakt, men MIM kan ha ansvar for organisering av akuttmottaket. De anslår behovet til 1 stilling med ansvar for utvikling av rutiner, opplæring, organisering mv. Sykehuset tror ikke innføring av MIM vil utgjøre noen forskjell når det gjelder utvikling av samhandlingsløsninger. Dette er godt tilrettelagt i dag.

MIM kan arbeide i akuttpoliklinikk, men vil trolig utføre samme oppgaver som dagens spesialister utfører.

Utviklingsarbeid som pågår

Sykehuset i Gjøvik arbeider med utviklingsoppgaver som innebærer at man med dagens bemanning og vaktsystemer kan utføre det samme som med MIM.

Dette omfatter program for kvalifisering av spesialister for å løse oppgaver i akuttmottak (fast track, ruting av pasienter til riktig adresse, organisering for utvidet tilstedeværelse,

organisering av obs-enhet mv.) Det arbeides også med å få spesialist tilstede hele døgnet med 2 spesialister tilgjengelig. Det vil gå ut over kapasitet på poliklinikken og tid til utdanning.

Det er behov for å øke antall spesialistlinjer innenfor indremedisin spesielt på dagtid. Den generelle indremedisinske kompetansen kan bygges ut basert på dette. Det satses på å utvikle teamarbeid knyttet til poliklinikk, avdelingsarbeidet, opplæring oa.

De medisinske sengepostene er i dag i utgangspunktet generelle som reduserer behovet for observasjonsenhet. På større sykehus er det større behov for å bygge opp observasjonsenhet med generelle medisinske sengeposter.

Oppsummering Sykehuset Innlandet- Gjøvik

MIM i vakt vil ikke erstatte stillinger i sykehuset. Kan redusere vaktarbeidet (overtid) for LIS og spesialist men vil ikke redusere antall stillinger.

Det man ønsker å oppnå kan løses med utvikling av dagens løsning.

Behov for 1 stilling for MIM som ansvarlig for akuttmottak og utvikling av organisasjon, rutiner og daglig drift.

6.2.6 Helse Bergen- Haukeland universitetssykehus

Roller og bemanningsbehov

I den nye mottaksklinikken kan MIM gå i aktiv tilstedevakt sammen med turnusleger og LIS. Dette forutsetter at MIM har en utvidet kompetanse ut over indremedisinske fag som inkluderer kirurgi. Med en slik kompetanse vil MIM passe godt til den planlagte løsningen for mottaksklinikken

MIM kan ha rolle i front og ansvar for diagnostisering. Dette krever kompetanse både i indremedisinske og kirurgiske fag for å avklare om pasientene kan behandles og snues i akuttmottaket, overføres til korttidspost for nærmere utredning eller overføres til en spesialavdeling i sykehuset. Det vil ikke skje kirurgisk behandling i akuttmottaket og det er ikke etablert kirurgisk akuttpoliklinikk. Det inngår heller ikke i planene for mottaksklinikken.

MIM vil i tillegg til vaktarbeid ha sine oppgaver i korttidspost og utredningspostene og vil ikke inngå i en generell indremedisinsk poliklinikk. En del utredning og behandling i korttidsposten vil i praksis være poliklinisk (pasientene forlater sykehuset uten innleggelse/døgnopphold), men oppfølging/kontroll vil skje i den ordinære poliklinikken.

MIM med aktiv vakt 24/7 krever ca. 10 stillinger. Stillingen har i tillegg et systemansvar og avdelingsansvar for korttidspost og utredningsposter og det er samlet behov for 15-20 stillinger. Innføring av MIM påvirker ikke ansvar og oppgaver for andre spesialister og kommer derfor i tillegg.

I en tenkt vaktplan for HUS kan innføring av MIM i front 24/7 redusere behovet for turnus- og LIS i vakt når det er tatt hensyn til den samlede kapasiteten man har behov for. Dette må sees i forhold til sykehusets forpliktelser når det gjelder tilbud om utdanningsstillinger, som vi bli redusert. MIM i front vil også redusere behovet for tertiærvakt og utrykning på vakt for indremedisinske spesialister. Dette vil også kunne redusere lønnskostnadene.

Turnusleger og LIS i vakt i akuttmottak vil måtte opprettholdes som i dag men arbeidsoppgavene kan endres noe.

Utviklingsarbeid som pågår

HUS arbeider med innføring av en mottaksklinikk som tar i mot akuttprosienter for triagering, diagnostikk og behandling. I tillegg til mottaksfunksjonen vil avdelingen ha 1 korttidspost og 2 utredningsposter. Det planlegges med tverrfaglig kompetanse i mottaksklinikken (medisin, kirurgi, geriatri, psykiatri). I korttidsposten skjer det diagnostikk, behandling, observasjon og utskriving. Det planlegges kort liggetid (3-4 pasienter i døgnet per seng).

Det skal være spesialist i primærvakta og noen vil ha fast tilknytning til mottaksklinikk mens andre roterer på spesialavdelinger, men har vaktansvar. I tillegg skal det være LIS og turnuslege. Det forutsettes at etableringen av den nye mottaksklinikken ikke gir økt bemanning (0-sumsspill) men det legges til grunn at bedre og raskere avklaring og færre innleggelse reduserer den samlede ressursbruken.

6.2.7 Oppsummering av Sintefs beregninger

Haukeland sykehus (stort) og Nordlandssykehuset i Bodø (middels) antar at MIM som tilstedevakt i akuttmottak kan gjennomføres, og Nordlandssykehuset antar at en slik løsning fører til en begrenset bemanningsøkning (2-3 stillinger). Nordlandssykehuset vil kun ha MIM på dag/kveld og med ansvar for akuttmottak, observasjonspost og arbeid i medisinsk overvåking. Haukeland har et betydelig større akuttmottak med observasjonspost og korttidspost og i tillegg diagnostikkenhet, noe som gir grunnlag for MIM-bemanning 24/7, dvs 8-10 nye stillinger. Haukeland viser til at innføring av MIM er en kvalitetsøkning av tilbudet og at det i utgangspunktet ikke gir reduksjon i bemanningen.

Sykehuset i Gjøvik (middels) og sykehuset i Mo i Rana (lite) ser ikke behov for å etablere en vaktordning med MIM i primærvakt. Bakgrunnen er ulik og Gjøvik mener at de kan oppnå den samme kvalitetsforbedring og flytting av kompetanse i front med dagens bemanning. Det er ønskelig med 1 stilling for MIM som har et systemansvar. Gjøvik er imidlertid et sykehus med høyere aktivitet enn Nordlandssykehuset, Bodø men oppfatningen av behovet og hvilke konsekvenser det får for bemanningen.

For Mo i Rana og Gjøvik som vil ha en MIM stilling som inngår i den totale indremedisinske vaktberedskapen vil det i hovedsak være turnusleger og LIS som er i front, men som har en dedikert person som har system og kvalitetsoppfølgingsansvar for akuttmottaket. Nordlandssykehuset, Bodø viser en modell der MIM blir mer til stede i akuttmottaket.

Innføring av en ny legespesialitet for mottaks- og indremedisin gir for alle sykehus en økning i bemanning. For sykehusene i Mo i Rana og på Gjøvik tilsvarer det 1 stilling, mens for Bodø vil det muligens kunne være mulig å redusere på andre stillinger slik at det ikke nødvendigvis blir en nettoøkning.

6.2.8 Helsedirektoratets vurdering av de antatte konsekvensene

Konsekvensen av innføringen av en slik ny spesialitet vil være forskjellige for de ulike sykehusene. De ovenstående beregningene er basert på noe ulike modeller med ulik bruk av den foreslåtte spesialiteten og ønsker om økning i bemanning med ny spesialitet. Det er viktig å tilføye at de beregninger som er gjort av Sintef kun inkluderer økte kostnader ved å ansette flere leger totalt. Det er ikke beregnet hva de reduserte kostnadene til andre vaktlag vil bety av gevinster, selv om flere sykehus har antydnet at en reduksjon i vaktlag kan være en mulig konsekvens.

Helsedirektoratet ønsker i dette avsnittet å tydeliggjøre at det kan velges ulike modeller for bruk av mottaks- og indremedisinere. Fra Sykehuset Mo i Rana har vi fått skissert disse fire alternativer for vaktkompetanse i akuttmottak:

- 1) Mottaks- og indremedisiner i primærvakt
- 2) Mottaks- og indremedisiner i primærvakt sammen med vaktkompetente LIS og vaktkompetente spesialister i indremedisin
- 3) LIS del 1 og uerfarne LIS del 2 i primærvakt og mottaks- og indremedisiner i bakvakt (øvrige medisinske hovedspesialiteter ikke vaktkompetente)
- 4) LIS del 1 og uerfarne LIS del 2 i primærvakt og mottaks- og indremedisiner i bakvakt, sammen med øvrige medisinske hovedspesialiteter og LIS som er ferdige med del 2.

Basert på vurderingene fra Mo i Rana og sykehuset i Lærdal er det uhensiktsmessig å implementere alternativene 1, 2 og 3 i små sykehus. For sykehus på denne størrelsen vil alternativ 1 kreve 10-12 mottaks- og indremedisinere i en vaktturnus. Grove anslag tilsier behovet for en dobling av antall spesialiststillinger ved alternativ 1 og 2, og en sterk økning i alternativ 3. Dette vil medføre at akuttmottak må nedlegges og sentraliseres, men selv med ett akuttmottak på Helgeland, vil en slik vaktordning medføre lav utnyttelsesgrad.

Alternativ 4 derimot anses som en videreutvikling og styrking av dagens ordning uten at det vil gi behov for flere stillinger totalt sett.

Sykehuset Mo i Rana gir denne beskrivelsen av hvordan dette kan innpasses:

«Dette er en videreutvikling av dagens ordning, og vil være den ordningen som er best tilpasset sykehusets oppgaver og gir den beste nyttiggjørelsen av kompetansen til både overleger og LIS-leger, samt læringseffekt for LIS-leger. Kompetanse i akuttmottaket vil kunne bedres ved at også LIS-legene i starten på del 2 inngår i primærvakt. Mottaks- og indremedisinere inngår i bakvaktsjiktet sammen med indremedisinske LIS-leger ferdig med del 2 og vaktkompetente spesialister i øvrige medisinske hovedspesialiteter. Bakvakt vil kunne være tilgjengelig til stede på sykehuset til for eksempel kl 23. dette alternativet vil ikke automatisk før til behov for bemanningsøkning»

Sykehuset vurderer også en spesialitet i mottaks- og indremedisin med det angitte innhold som et godt supplement til dagens kompetanse på poliklinikkene og på indremedisinsk sengepost, som ikke er seksjonert.

De mindre av de mellomstore sykehusene bør ha de fleste av de indremedisinske hovedspesialiteter som i hovedsak skal opprettholde sin generelle kompetanse og delta i generell vakt. I tillegg kan de med fordel ha 1-2 av den nye spesialiteten med ansvar for mottaksprosedyrer og pasienter som ikke passer inn hos de andre spesialistene, dvs generell indremedisinsk poliklinikk.

De større av de mellomstore sykehusene bør sannsynligvis ha akuttmottak med obs-senger og korttidsposter bemannet med den nye spesialiteten, og generell indremedisinsk poliklinikk med diagnostisk senter. Disse sykehusene kan neppe erstatte noen av de indremedisinske spesialister med den nye spesialiteten, men den kan bidra til at de i større grad kan konsentrere seg om egne pasienter, med mer tid til blant annet poliklinikk. Ved vekst i antall legestillinger, som vil fortsette uavhengig av spesialitetsstruktur, kan den nye spesialiteten prioriteres dersom sykehuset finner det formålstjenlig.

De store sykehusene vurderer alle den nye breddespesialiteten som velegnet i flere funksjoner. De er blitt svært spesialiserte og anser det som viktig at breddekompetansen ivaretas i mottak slik at pasientene raskt og sømløst kan videresendes til riktig spesialiserte avdeling.

Flere av de store sykehusene mener innføring av en ny breddespesialitet vil kunne få konsekvenser for organiseringen av akuttmottaket. De største og mest spesialiserte

sykehusene bør etter deres vurdering ha generelle sengeposter. Det er flere som erfarer at det er vanskelig å rekruttere leger med riktig kompetanse til generelle indremedisinske poster. Mottaks- og indremedisinere anses å passe godt inn i generelle enheter.

OUS skriver om dette:

«Med spesialiteten MIM (mottaks- og indremedisin) vil OUS kunne ha egne dag- og obs-poster som driftes av MIM legene. Det vil kunne være en fordel for pasienter med vanlige/sammensatte indremedisinske problemstillinger. Denne organiseringen vil kunne gjøre det lettere å rekruttere leger til denne spesialiteten, samt bidra til en viktig læringsarena for spesialistutdanningen i indremedisin del 2».

Den foreslåtte spesialitetsstruktur gir med andre ord gode muligheter for å tilpasse kompetanse til akuttmottak i små, middelstore og store sykehus, inkludert små sykehus uten kirurgisk akuttfunksjon.

Forslaget om en spesialitet i mottaks- og indremedisin har ikke som formål å dekke behovet for all kompetanse de forskjellige sykehus må ha i beredskap gjennom døgnet, men er innrettet først og fremst mot den aktiviteten som finner sted i selve akuttmottaket, og da som supplement til den kompetanse LIS i vakt bidrar med. Det enkelte sykehus må selv gjøre en kritisk gjennomgang av hvilken annen spesialistkompetanse som må være tilgjengelig utenom arbeidstid hos dem. Dette vil blant annet avhenge av hvor mye som legges inn i det som er definert som vaktkompetanse etter del 2 i henholdsvis indremedisin og kirurgi.

Den antatt viktigste konsekvensen av å ta i bruk den nye mottaks- og indremedisinske spesialiteten, er imidlertid at pasienter raskere blir diagnostisert riktig og videresendt dit hvor man kan få best oppfølging. Dette vil med all sannsynlighet føre til redusert antall innleggelser, mer målrettet pasientforløp med adekvat og kvalitativ god behandling. En slik god førstehåndsvurdering i akuttmottaket av leger med stor breddekompetanse vil i noen grad både kunne redusere behovet for innleggelser og behovet for spesialisert vakt i eget sykehus. Ikke minst vil pasienter slippe å bli kasteballer mellom akuttmottak, seksjonerte sengeposter og førstelinjen, slik tilfellet er i dag i altfor stor grad. Denne gevinsten er det heller ikke regnet på, men bør klart tas med i vurderingen.

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet pågår det et parallelt arbeid med å utarbeide en veileder for drift og organisering av akuttmottak. Det pågår også et arbeid med å utarbeide Nasjonal helse- og sykehusplan. Disse arbeidene vil gi føringer for hvordan akuttfunksjonene skal fordeles og lokaliseres.

6.3 Konsekvenser av omgjøring av grenspesialiteter til hovedspesialiteter

6.3.1 En utdyping av forslaget

Som redegjort for i kapittel 2.3 foreslås de nåværende indremedisinske og kirurgiske grenspesialiteter omgjort til hovedspesialiteter. Dette må ses i sammenheng med at det foreslås en ny breddespesialitet i mottaks- og indremedisin, samt at gastroenterologisk kirurgi tar opp i seg noe av det generelle og blir vaktbærende spesialitet innen kirurgi, ved siden av ortopedisk kirurgi.

Som redegjort for i hovedrapporten erstattes det som i dag ligger i generell indremedisin og generell kirurgi med at breddekompetansen økes ved å ha en felles faglig kompetanseplattform for grupper av spesialiteter, etablere en egen breddespesialitet i indremedisin, og å legge tilstrekkelig tilleggskompetanse inn i den gastroenterologiske kirurgispesialiteten.

Før konsekvensene beskrives, er det viktig å presisere at dette innebærer en viss, men ikke stor forskjell fra innholdet i dagens struktur. I det følgende redegjøres det for likheter og forskjeller:

De indremedisinske og kirurgiske grenspesialitetene har i dag netto 3 års indremedisin eller kirurgi som grunnlag for den generelle spesialiteten, med tillegg for tiden til grenspesialisering. Det er ingen rekkefølgebestemmelser. I den nye ordningen er det en felles faglig kompetanseplattform som senere spesialisering skal bygge på. For de indremedisinske spesialiteter foreslås denne å ha samme varighet som er til rådighet for dagens generelle indremedisin (3 år). For de kirurgiske spesialiteter foreslås en varierende lengde på del 2. For enkelte spesialiteter, som eksempelvis gastroenterologisk kirurgi, vil den generelle delen fortsatt måtte bli 3 år. Det er i første rekke de spesialiteter som i dag utfører en rekke prosedyrer som de senere ikke får bruk for, og som ikke går i vakter ved mindre/mellomstore sykehus, som kan korte ned del 2. Noen av spesialitetene kan muligens korte ned til ett år. Målet med del 2 vil fortsatt være at den skal føre frem til det som nå blir definert som vaktkompetanse. For de kirurgiske spesialiteter betyr dette førstevurderingskompetanse, ikke behandlingskompetanse.

Det er imidlertid to vesentlige forskjeller mellom nåværende ordning og den foreslåtte nye strukturen: Inkludert i den nye del 2 er de såkalte felles kompetansemodulene innen kommunikasjon, ledelse og organisasjon, samhandling etc, som har et begrenset omfang. Den andre hovedforskjellen er at etter gjennomført del 2 vil det stilles krav om kompetanse-testing. Det vil i praksis bety at oppnådd kompetanse i del 2 blir mer standardisert og lik over hele landet. Hvis de nye læringsmålene skal oppfylles innebærer det at tjeneste i større grad må avtjenes i generelle enheter enn i dagens ordning, noe som også vil gi en større likhet i resultatet av spesialiseringen, dvs kompetansen etter fullført del 2.

Den foreslåtte struktur med felles kompetanseplattform med henholdsvis definert minimum 3 års tjeneste i enhet med generelt pasientgrunnlag, samt deltagelse i vakt i akuttmottak gjennom store deler av, eller hele del 3, vil bidra til at den godkjente spesialist, uavhengig av type hovedspesialitet, vil ha en kvalitetssikret breddekompetanse på godkjenningstidspunktet.

På toppen av del 2, tas så del 3 som har et innhold som tilsvarer eller er større enn dagens grenspesialiteter. I tråd med utviklingen i andre land, vil disse betegnes som hovedspesialiteter.

6.3.2 Økt press mot spesialisering og silotenkning?

Konsekvensene av denne endringen har medført en viss frykt for at det kan resultere i et press mot en større grad av spesialisering og spissing. Større spesialisering vil ofte fremtvinge krav fra fagmiljøene om egne organisatoriske enheter. Denne tenkningen har preget sykehusene interne organisering og har medført behov for egne vaktlag.

Det ligger ikke i forslaget at de nye hovedspesialitetene skal være «spissere», dvs mer spesialiserte enn dagens grenspesialiteter innen indremedisin og kirurgi. Læringsmålene for ferdige spesialister i samtlige fag vil trolig bli omtrent som nå, men med annerledes formulerte læringsmål som er etterprøvbare og som egner seg for kompetansetesting. Det ligger heller ikke i forslaget at dagens sub- og kvistspesialiteter skal formaliseres som nye grener, men på enkelte fagområder kan det være aktuelt å formalisere nasjonale kompetanseområder som påbygninger.

Det er for øvrig viktig å bemerke at det ikke er noen allmenngyldig sannhet at hver spesialitet skal ha sin egen organisasjonsenhet. At inndelingen i legespesialiteter bestemmer organisasjonsinndeling, synes å være basert på tradisjon mer enn av hensyn til pasientenes behov. Det finnes i dag flere eksempler på at ulike spesialister er organisert i samme avdeling. Hvis det er mange spesialister innen et fagområde, er det ofte nødvendig med egne enheter, særlig hvis det er etablert egne sengeposter og poliklinikker. Det bør likevel være pasientgrunnet og hensynet til gode og helhetlige tjenestetilbud som avgjør organisering, og det er sykehusledelsen som ut fra en helhetsvurdering må beslutte hvilke organisering som er mest hensiktsmessig. Det er grunn til å tro at teamorganisering og forløpsorganisering i fremtiden vil bli mer formalisert, også i sykehus. I slike team vil komplementær kompetanse være et bærende prinsipp, også ulike spesialister. Hvordan mer spisset kompetanse, som vil måtte komme, skal passes inn i en hensiktsmessig organisering, vil alltid være en utfordring.

Selv om endringene ikke er store, er det likevel grunn til å se nærmere på hvordan dette kan slå ut. I en slik vurdering, har Helsedirektoratet valgt å legge stor vekt på sykehusenes egne vurderinger av mulige konsekvenser:

Sykehusene egne vurderinger av hvordan omgjøring fra gren til hovedspesialitet vil slå ut er noe forskjellig: De store sykehusene er allerede så seksjonerte at de nye hovedspesialitetene innen kirurgi og indremedisin alt har sine egne enheter, og en omgjøring får liten eller ingen betydning for dem.

De mindre og mellomstore sykehus uttrykker noe mer bekymring. Den går først og fremst på at når en lege utdannes innen en hovedspesialitet, og ikke en grenspesialitet med en generell spesialitet i bunn, vil det medføre at de har mindre generell kompetanse. Denne bekymring gjør seg særlig gjeldende for de indremedisinske spesialiteter. Helsedirektoratet er av den oppfatning at det vil være sykehusets organisering, og ikke om kardiologen innehar en hovedspesialitet eller grenspesialitet, som avgjør hvordan spesialistens generelle kompetanse bevares og utvikles. Det vises her til at ved godkjenningstidspunktet vil de nye spesialister ha en bedre kvalitetssikret generell kompetanse enn dagens generelle indremedisiner har. I de små og mellomstore sykehus må de fleste overleger delta i en mer generelt preget vaktordning, og arbeidsgiver må sikre at den generelle kompetansen er adekvat for denne oppgaven. Den obligatoriske etterutdanning er et grep som vil kunne bidra til dette.

Det har vært uttrykt bekymring for om omgjøring av gren- til hovedspesialiteter vil medføre økt krav om nye gren- og subspecialiteter. Helsedirektoratet mener dette er en ubegrunnet frykt. For det første fordi det er slike krav allerede i mange spesialiteter, så det vil ikke bli noe nytt. Men viktigere vil det være at spesialistene på de store sykehusene (og det er der krav om gren-/sub-spesialisering materialiserer seg) får anledning til å konsentrere seg om sin egen spesialitet vil egen spesialistkompetanse bli bedre, mestringen blir bedre, og behovet for formell spissing av kompetanse kan heller bli mindre.

6.3.3 Stimulans til å organisere etter pasientens behov

Det er en utfordring i dagens store sykehus at pasienter legges i de senger som er ledige, og ikke i en enhet som har særlig kompetanse for å møte pasientens behov. Derfor får en del pasienter ikke den oppfølging de faktisk trenger, med risiko for feildiagnostisering og feilbehandling som konsekvens. Denne utfordringen har akuttmedisinstjenestene hatt over lang tid, til tross for at alle indremedisinere og kirurger er generalister i bunn. Dette er en viktig grunn til at Helsedirektoratet foreslår en egen breddespesialitet, mottaks- og indremedisin. Pasienter med sammensatte helseproblemer og sykdommer bør møtes av en slik breddespesialist. Med tilrettelagt organisering vil spesialistenes «siloe» i større grad kunne konsentrere seg om sine egne tilhørende pasienter, og i de store sykehusene vil spesialistene da arbeide som hovedspesialister, og ikke som grenspesialister. Med dette

grepet vil omgjøring fra gren- til hovedspesialiteter legge til rette for at sykehusene kan organiseres slik pasientenes behov tilsier.

6.3.4 Organisasjonelle konsekvenser

Omgjøringen fra gren- til hovedspesialiteter vil neppe ha organisatoriske konsekvenser. I de større sykehusene er allerede organiseringen tilpasset de forskjellige grenspesialitetene. I de mindre sykehusene vil de nye hovedspesialitetene fortsette å arbeide slik dagens grenspesialister gjør. Spesielle forhold gjør seg gjeldende for de kirurgiske fag, jfr diskusjonen ovenfor. Dette har i første rekke sammenheng med fagets utvikling, ikke om spesialitetene er gren- eller hovedspesialiteter. Kirurgisk beredskap vil uansett være utfordrende i den norske sykehusstrukturen.

6.3.5 Tilpasset etter- og videreutdanning

Forslaget til ny spesialitetsstruktur legger opp til at det kun er hovedspesialiteter som skal ha offentlig godkjenning. Ytterligere spesialisering (videreutdanning) må bli opp til det enkelte foretak og den enkelte lege å vurdere i forhold til arbeidsoppgavene. Her vil det være store forskjeller mellom sykehus, både etter hvilke funksjoner de har og hvilke arbeidsoppgaver den enkelte spesialist har. Omgjøring av gren- til hovedspesialitet medfører at den enkelte leges utdanningsprogram kan tilpasses de faktiske oppgaver. I dagens system legger man til grunn at alle har en generell spesialitet i bunn, selv om svært mange neppe tilfredsstillende kravene til denne kompetansen. I den foreslåtte ordningen legges det til grunn at man beholder og utvikler kompetanse innen sin «gren». De som også skal bevare den generelle kompetansen de hadde på godkjenningstidspunktet må kunne dokumentere gjennom arbeid og etterutdanning at de faktisk har bevart den.

6.3.6 Alternativer mulig?

Flere har tatt til orde for at man kan innføre delvis omgjøring til hovedspesialiteter, dvs for eksempel kun for kardiologi. Å etablere en hovedspesialitet i mottaks- og indremedisin vil vanskeligjøres hvis grenspesialitetene i flere av de andre fagområdene skal beholdes. Det ser ut som de fleste mener at enten bør alle omgjøres eller ingen. De som mener at omgjøring fra gren- til hovedspesialiteter kan gjøres delvis, mener det primært er kardiologi, lungemedisin og mottaks- og indremedisin som bør ha status som hovedspesialiteter. De minste spesialitetene som endokrinologi, hematologi og infeksjonsmedisin blir nevnt som spesialiteter som kan forbli grenspesialiteter.

Andre er uenige i dette og peker på at det «kan lett føre til at spesialister innen hovedspesialitetene definerer seg ut av breddekompetansen, og overlater dette ansvaret til spesialister i de gjenværende grenspesialitetene, som har generell spesialitet i bunnen».

6.4 Konsekvenser av at gastroenterologiske kirurger blir vaktbærende innen kirurgi

En bekymring er knyttet til økt vaktbelastning for overleger. Det resonneres her med at hvis kun gastroenterologiske kirurger vil ha nødvendig vaktkompetanse og overleger skal gå i mer fremskutt vakt, vil dette gi store problemer med å rekruttere og beholde gastroenterologiske kirurger ved små og mellomstore sykehus. Det er derfor viktig at de sykehus som har kirurgisk akuttinntak også har et antall LIS med tilstrekkelig kompetanse til å ha fremskutt vaktansvar, med gastroenterologisk kirurg i spesialistvakt.

Det må derfor kartlegges hvor de forskjellige kirurgiske spesialiteter skal finnes, hvilke og hvor stor del av del 3 som LIS kan ta ved det enkelte sykehus, og hvordan sykehusets organisering kan sikre nødvendig utdanningskapasitet for del 2 og del 3.

Det er i dag en stor utfordring i at legekompentansen er svært ujevnt fordelt. De minste sykehus har relativt sett mange turnusstillinger, uerfarne LIS og få spesialister. De store sykehusene har relativt færre turnusleger, stort sett erfarne LIS (dvs mer enn 3-4 års erfaring) og mange spesialister.

For de minste sykehusene ville det utgjøre en stor forskjell hvis man kunne ha færre turnusleger, og i stedet ha LIS som kan stå i samme stilling noen tid. Drøftingen av lengden på sykehustjenesten i del 1 må sees også i lys av dette.

De små sykehusene har som nevnt lenge slitt for å beholde sine akuttmottak, særlig akuttkirurgisk beredskap. Omgjøring fra gren- til hovedspesialiteter innen kirurgi kan i noen tilfelle forsere den allerede pågående utviklingen.

Et kompensierende tiltak kan være å etablere en akuttkirurgisk vaktkompetanse på toppen av andre kirurgiske spesialiteter. Dette konseptet har i seg noen utfordringer. Gastroenterologiske problemstillinger utgjør 80 % av det akutte, og gastroenterologiske kirurger vil kunne håndtere det store volumet av disse pasientene. I tillegg må det legges inn noen læringsmål for denne spesialiteten som gir dem kompetanse til nødvendig livreddende førstehjelpskirurgi for noen andre, definerte lidelser. Hvis en annen kirurgisk spesialitet skal ha akuttkirurgisk vaktkompetanse, vil det måtte være å beherske livreddende kirurgi, og ikke å ferdigbehandle pasienter. Dette reiser spørsmål om det kan være to typer akuttkirurgisk beredskap: I en type sykehus der man kan gi livreddende førstehjelpskirurgi, for deretter sende pasienten til et annet sykehus. I et annet, basert på gastroenterologisk kirurgi, kan det store volum av akuttkirurgiske pasienter ferdigbehandles.

En annen utfordring knyttes til hvilke kirurgiske spesialiteter de minste sykehus vil ha i fremtiden. Det hevdes at bare urologi (i tillegg til ortopedisk kirurgi og gastroenterologisk kirurgi), vil ha et tilstrekkelig volum i disse sykehusene. Samtidig er urologi en spesialitet som i mindre grad enn andre spesialiteter vil ha behov for en omfattende felles kirurgisk kompetanseplattform. Å få akuttkirurgisk vaktkompetanse på toppen av denne spesialiteten vil derfor være krevende.

I vurderinger av konsekvenser ved de forskjellige foreslåtte tiltak må det også tas med i betraktning at det tar 8-10 år før en eventuell ny spesialitetsstruktur slår inn i drift og organisering av sykehusene. Frem til da, og kanskje i ytterligere år, vil sykehusene kunne basere seg på å bruke kirurgspesialister basert på dagens spesialitetsstruktur.

Det rapporteres allerede om rekrutteringsmangel på gastroenterologiske kirurger ved små sykehus. Ved at den nye spesialitetsstrukturen legger opp til at kirurger kan ha tilstrekkelig vurderingskompetanse etter del 2 vil dette avhjelpe denne situasjonen noe. Dermed kan de små sykehusene opprettholde en viss kirurgisk akuttberedskap. Pasienter med abdominale symptomer vil bli vurdert, de med enkleste sykdommer vil kunne bli behandlet, mens de med alvorlige symptomer og pasienter som potensielt behøver mer komplekse kirurgiske inngrep blir vurdert og deretter videresendt til rett sted. Hva som skal kunne behandles av en kirurg etter del 2 helt konkret må besluttes når læringsmålene utformes. Mulige eksempler kan være konservativ bruddbehandling av enkle frakturer og luksasjoner, appendectomi, drenering av abcesser, sårbehandling, suprapubisk/ uretekater ved urinretensjon og thoraxdren ved pneumothorax.

Innen de kirurgiske fagene er det svært ulikt behov for å ha gjennomført utdanning innen generell kirurgi. For noen av spesialitetene er det viktig å få konsentrere seg om å utvikle operative ferdigheter innen egen spesialitet så raskt som mulig. Det gjelder urologi,

karkirurgi og bryst- endokrinkirurgi. At samtlige kirurgiske spesialiteter skal beherske tilstrekkelig generell kirurgi og derved være vaktkompetent anses som uhensiktsmessig, og det er grunn til å tro at vaktkompetansen ikke opprettholdes på en tilstrekkelig god måte for de «smaleste» spesialitetene. Mesteparten av akutt bløtdelskirurgi er gastroenterologisk kirurgi. Det vil være mer hensiktsmessig at disse kirurgene tilegner seg den tilleggskompetanse som er nødvendig for å ha generell kirurgisk vakt, enn at alle de andre kirurgene skal ha tilstrekkelig gastroenterologisk kompetanse for å kunne ha vakt. Ut fra hensynet til kvalitet og pasientsikkerhet anses dette som riktig.

På bakgrunn av dette bør det pekes på noen mulige konsekvenser for de mindre sykehusene knyttet til antall kirurger. For å ha et vaktlag av gastrokirurger må det være minst 4-6 -stillinger. Samtidig ønsker ikke sykehusene og bytte ut sin urolog, sin karkirurg eller sin bryst- endokrinkirurg med flere gastroenterologiske kirurger. De vil gjerne ha begge deler. Det er også en utfordring at mye av den gastroenterologiske kirurgien har blitt sentralisert. Behovet for, og ønsket om, å ha mange kirurger ved et mindre sykehus kan derfor fort komme i konflikt med hvilke arbeidsoppgaver som faktisk finnes ved sykehuset.

De mindre sykehusene som har vurdert konsekvensen av omgjøring fra gren- til hovedspesialiteter, har blant annet bemerket at konsekvensene vil være svært avhengig av hvilke krav som vil stilles til fremskutt kompetanse i akuttmottak. Videre vil det være avhengig av om del 2 i de nye indremedisinske hovedspesialitetene, inkludert mottaks- og indremedisin gir vaktkompetanse svarende til det som i dag defineres som overlegevaktkompetanse i generell indremedisin. Det vises her til kapittel 6.2.2 der det skisseres 4 modeller for vaktberedskap. Ved valg av modell 4, med vaktberegning av kompetente LIS og overleger med forskjellige hovedspesialiteter vil ikke vaktbelastningen bli større enn i dag.

For de mellomstore sykehusene er situasjonen annerledes. Disse er såpass seksjonerte og spissede at et slikt krav ikke vil ha noen betydning. OUS har vurdert behovet for en styrking av generell gastroenterologisk kirurgisk avdeling som følge av at del 1 og 2 i kirurgi skal foregå der.

For de mellomstore sykehusene som i dag har flere av de nåværende kirurgiske grenspesialiteter i vakt (urologi, karkirurgi), vil dette måtte bety et mindre behov for urologer og karkirurger og et økt behov for gastroenterologiske kirurger. Dette vil være i tråd med pasientenes behov.

Ringerike sykehus, med 80 000 innbyggere, har eksempelvis beregnet et behov for to flere gastroenterologiske kirurger ved denne omgjøringen. Dette er en vurdering som anses rimelig, men vil være helt avhengig av pasientgrunlaget.

Samtidig ble det i foregående avsnitt vurdert som sannsynlig med et noe mindre press på seksjonerte enheter ved innføring av en breddespesialitet i mottak og etablering av generelle indremedisinske enheter. Dette anses som en sannsynlig konsekvens. Hvor stor effekt dette vil ha på behovet for de øvrige indremedisinske spesialitetene er vanskelig å si, men det er logisk å tenke seg en viss vridning i behovet for spesialister, fra det spisse til det generelle innen indremedisin og fra de øvrige spesialitetene innen kirurgi til gastrokirurgi.

Det har framkommet en bekymring for manglende rekruttering til gastroenterologisk kirurgi. Helsedirektoratet ser her et behov for å rette oppmerksomheten mot å stimulere til den dreiningen som er omtalt ovenfor. Ved et økt behov for gastroenterologiske kirurger i sykehusene kan det også være nærliggende å se på arbeidsdelingen mellom de indremedisinske spesialister i fordøyelsessykdommer og de gastroenterologiske kirurger. Endoskopiske tarmundersøkelser og behandlinger beherskes av begge spesialiteter. Vi har et stort behov for en kraftig økning av denne kapasiteten, da ventetidene for undersøkelse er alt for lange. Også ved en eventuell bredding av screening for tykktarmskreft vil det genereres et stort behov for skopikkompetanse.

Basert på de prosesser vi har hatt er Helsedirektoratet av den oppfatning at disse problemstillingene ikke oppstår som en konsekvens av foreslått omgjøring av gren til hovedspesialiteter innen kirurgi. Det er tvert i mot spesialiseringen innen de kirurgiske fagene som både skaper disse utfordringene, og som også er grunnlaget for endringsforslaget. Selv innen en spesialitet går utviklingen i retning av at den enkelte kirurg konsentrerer seg om noen av spesialitetens inngrep. Ved de største sykehus er det alt egne beredskapsordninger for kirurger som behersker øvre eller nedre del av abdomen.

Det kan være vanskelig å si eksakt hvilke konsekvenser som følger av en valgt spesialitetsstruktur, og hvilke som følger av den faglige utviklingen. De endringsforslag som er satt frem er ment å møte morgendagens utfordringer, og disse blir ikke borte om man lar være å gjøre endringer. Det har vært en betydelig økning i antall leger ved våre helseforetak gjennom alle år. Med den utdanningskapasitet som planlegges vil denne økningen fortsette. Mer effektiv, og kortere spesialistutdanning vil bidra til at vi får relativt flere spesialister. Hvis den fremtidige økning i antall spesialister styres inn mot de spesialiteter det er størst behov for, vil ikke endringene i seg selv nødvendigvis påføre økte utgifter til nye stillinger. Det bør her være hensynet til pasientens behov som styrer utviklingen i antall spesialiteter og fordelingen mellom dem.

6.5 Implementering av spesialistutdanningens del 1-3

Et vesentlig spørsmål er hvilke sykehus som kan gi leger utdanning i de ulike delene (del 1-3) den nødvendige tjenesten for å oppnå læringsmålene i de respektive delene. Så lenge læringsmålene ikke er utformet, er dette selvsagt vanskelig å si sikkert. Som omtalt ovenfor vil også organiseringen av den kirurgiske aktivitet ha stor betydning for hvor det er mulig å få de forskjellige elementer av den kirurgiske utdanning.

Et hovedprinsipp i omleggingen er imidlertid at leger i spesialisering i del 1 og 2 i størst mulig grad skal arbeide og delta i vakt i generelle enheter slik at de får bredest mulig erfaringsgrunnlag. En premiss i dette er at gruppeføringen avvikles og at spesialistutdanningen skjer der hvor læringsmålene kan oppfylles.

Samtlige sykehus mener at de kan gi fullgodt tilbud i spesialistutdanningens del 1. Dette har således ingen konsekvenser for sykehusene. Ved store sykehus blir det vurdert som mest formålstjenlig å ha en hovedvekt av LIS i del 2 og særlig del 3.

Ved mellomstore sykehus anser man at det er mulig å gi LIS nødvendig tjeneste både i del 1 og 2, samt deler av del 3 i noen av/mange av hovedspesialitetene.

De mindre sykehusene ser for seg at de kan gi nødvendig tjeneste i del 1 og del 2, og evt mindre del av del tre avhengig av oppgaver de har.

Dette kan bety noe for fordelingen av LIS mellom sykehus av ulik størrelse. Det blir her viktig å utarbeide avtaler både mellom sykehus av ulik størrelse og mellom LIS og sykehusene som kan bidra til et godt og planlagt løp.

6.5.1 Gjennomføring av del 1

I forslaget fremlegges to alternativer for del 1 som vil ha noe ulike konsekvenser.

I alternativ 1 foreslås det at del 1 skal utgjøre halvannet år av den normerte minimum utdanningstid på 6-6.5 år. Den tidligere turnustjenesten er i dette alternativet foreslått videreført som en felles del 1 for alle spesialiteter, med et halvt år i kommunehelsetjenesten og til sammen ett år i sykehus. Sykehustjenesten er foreslått å bestå av 6 måneders

obligatorisk tjeneste i kirurgi og indremedisin pluss 6 måneders valgbare innen 2 av fagene kirurgi, indremedisin eller psykiatri.

Alternativ 2:

Det er underveis reist spørsmål om hvorvidt alternativ 1 er hensiktsmessig bruk av ett år i sykehus, på bekostning av mer tid til den mer fagspesifikke del av spesialiseringen. Et alternativ vil være å redusere sykehustjenesten med ½ år slik at del 1 til sammen utgjør ett år, med ½ år i kommunehelsetjenesten og ½ år i sykehus. Hvis tiden i del 1 kortes ned, kan et halvt år sykehustjeneste legges til enten del 2 eller del 3, noe som gir en større læringsmulighet i valgt fagområde/spesialitet. Det antas at det også er lettere for arbeidsgiver å utnytte legens arbeidskraft når han/hun er i et lengre forløp, enn det er å utnytte legens arbeidskraft i et tremåneders ansettelsesforhold. Den praktiske konsekvens vil være at det fortsatt må åpnes for fastsatt antall del 1 stillinger, men samlet vil det i sykehusene til en hver tid være bare halvparten så mange i leger i del 1, den andre halvparten av disse leger vil være i del 2 eller 3.

En vurdering av dette må baseres på hva som skal være de allmenne (for alle spesialiteter) læringsmål i denne tjenesten, og om disse eventuelt kan læres i et godt strukturert halvt års tjeneste i sykehus, for det vesentlige innrettet mot akuttmottak av indremedisinske og kirurgiske pasienter.

Del 1 av spesialistutdanningen har som mål å sette legen i stand til å gjennomføre en tilstrekkelig vurdering av pasienter, og iverksette de tiltak som må gjøres umiddelbart for å redde liv eller unngå prognosetap. Det er også et mål at den nyutdannede legen skal sosialiseres inn i legerollen og kunne forstå de forskjellige deler av helsetjenesten og sammenhengen mellom dem. Det har vært antatt at den nyutdannede lege trenger ett år i sykehus før halvåret i kommunehelsetjenesten, hvor de av mange grunner må basere seg på å arbeide mer selvstendig. Kortet dette ned til 6 måneder vil det kunne få konsekvenser for hvordan arbeidet i kommunehalvåret organiseres. Men det er allerede i dag slik at turnuslege i sykehus og kommunehelsetjeneste ikke har vakt uten bakvakt.

I prosjektet som vurderer den allmenmedisinske spesialitet foreslås at det skal være krav om ett år sykehustjeneste inklusive de valgbare moduler i del 1. Om disse valgbare moduler tas ut av del 1, vil de kunne erstattes av mer tid i del 2.

6.5.2 Gjennomføring av del 2

Gjennomføringen av del 2 vil være ulike for de indremedisinske og kirurgiske spesialitetene og også mellom de kirurgiske spesialitetene.

Blant de *indremedisinske spesialitetene* legges det stor vekt på at indremedisin i sin natur er generell. Noen vil ha fordel av å kunne starte en rask trening i spesifikke prosedyrer, men de fleste vil ha behov for å utvikle og bevare en mer generell tilnærming til pasienten. De fleste øyeblikkelig- hjelp- innleggelser har indremedisinske problemstillinger, og de fleste av disse kan håndteres tilfredsstillende av en lege med god breddekompetanse, slik som foreslås oppnådd etter gjennomført del 2 av spesialiseringen. Noen trenger mer spesialisert øyeblikkelig hjelp, og disse må da behandles i sykehus som har slik kompetanse i beredskap. Mange av disse vil være pasienter med akutt koronarsykdom.

Gjennomføringen av del 2 i indremedisin vil kunne skje ved sykehus i alle størrelser, knyttet til deres lokalsykehusfunksjon og en hensiktsmessig organisering for å ivareta denne funksjonen.

Når det gjelder de *kirurgiske spesialitetene*, er flere av disse langt mindre generelle i sin natur.

Ved å differensiere lengden på del 2 for kirurgene fra 1-3 år, kan implementeringen tilpasses sykehusenes muligheter og behov. For gastroenterologiske kirurger, som skal være vaktbærende, er det rimelig at de har en lang del 3, her foreslått som 3 år. For andre spesialiteter som har oppgaver som er mer spesialitetsspesifikke og ikke forutsettes delta i generelle vaktlag, er det mindre behov for generell kompetanse. Eksempelvis vil urologer raskere bli ferdige og bli bedre på det de skal ha som oppgaver dersom de ikke trenger å gjennomføre så mange prosedyrer fra de andre kirurgiske områdene som i dag.

I dag er det flere steder andre enn gastroenterologiske kirurger som deltar i en generell kirurgisk vaktordning. Det er grunn til å tro at dette ikke er fremtidsrettet. En ny spesialitetsstruktur, og nytt innhold, må ta disse forhold betraktning.

Det må likevel legges til grunn at det må være en kirurgisk tilstedevakt i akuttmottak dersom kirurgiske pasienter skal mottas. Hvem skal så dette være, i tillegg til eventuell del 1/del 2-lege? Det er nærliggende å tenke at LIS i del 3 i de øvrige kirurgiske hovedspesialiteter (omgjort fra dagens gren) deltar i en slik fremskutt vakt. Spørsmålet blir da hvor lang, og hvilket innhold del 2 skal ha for å gi dem tilstrekkelig kompetanse, forutsatt at det er gastroenterologisk kirurgisk spesialistvakt tilgjengelig. I denne sammenheng er det også relevant å trekke inn spørsmålet om lengden på del 1.

I små og mindre mellomstore sykehus som likevel må sende fra seg pasienter som har behov for umiddelbar spesialisert behandling, bør leger med gjennomført del 2 i indremedisin og eventuelt kirurgi, sammen med anestesilege i vakt ha tilstrekkelig kompetanse til å ha vaktansvar, som foreslått i rapporten. Med dette menes at legene kan ha et ansvar for å kunne vurdere, og om nødvendig, håndtere hendelser som opptrer på vakttid. Dette innebærer at legen behersker nødvendige livreddende prosedyrer og kan diagnostisere og behandle en rekke tilstander. Det må defineres hvilke tilstander som skal kunne håndteres, og hvilke kompetanse (læringsmål) som dermed må innehas. I tillegg skal vedkommende kunne vurdere om det umiddelbart (før neste ordinære arbeidsdag) er behov for mer spesialisert kompetanse. I noen (de større) sykehus vil denne kompetanse finnes i egne spesialistvakter. Ved andre (de mindre) sykehus må pasienten sendes videre. I stor grad vil også denne vurderingen gjøres prehospitalt av innleggende lege eller av ambulanspersonell i samarbeid med AMK.

Hvilken kompetanse som skal bygges inn i del 2, og hvordan tjenesten kan innrettes for å nå de definerte læringsmål må avgjøres i arbeidet der spesialitetenes innhold/læringsmål skal defineres.

6.5.3 Gjennomføring av del 3

Spesialistutdanningens del 3 er unik for hver spesialitet. Det er i denne delen at de kirurgiske og indremedisinske spesialiteter skal ha tjeneste og teoretisk påfyll som resulterer i gode spesialister.

Denne vil måtte tas i sykehusenheter som har et pasientgrunnlag til å gi tilstrekkelig erfaring med diagnostisering, behandling og oppfølging av de aktuelle sykdommene. For de vanligste sykdommene kan dette oppnås til en viss grad ved små og mellomstore sykehus, men for store deler av del 3, bør denne nok tas ved større sykehus. Her er det oppfyllelse av læringsmålene som vil avgjøre hvor dette kan tas.

Spesialistkompetanse viser til den kompetansen en lege har fått etter fullført del 3. Hvilken spesialistkompetanse som skal være i beredskap på det enkelte sykehus, og hvor «nær» den skal være må konkret besluttes ved det enkelte sykehus basert på hvilke behov som kan forventes å oppstå med en viss hyppighet. Her kan det være snakk om tilstedevakt, hjemmevakt eller en avtalt beredskapsordning. I denne vurderingen må det også tas hensyn til realismen i å kunne flytte en pasient til annet sykehus.

De ulike sykehusene vil måtte finne sin egnede vaktstruktur avhengig av sykehusstørrelse og funksjon/oppgaver. Det kan også være nødvendig ved enkelte sykehus å vurdere om den vaktkompetanse som her defineres er tilstrekkelig for å sikre livreddende behandling der det ikke er egen spesialistvakt (for eksempel gastroenterologisk kirurgisk vakt) og der transport av pasienter forutsetter stabiliserende behandling. I så fall må det sikres at slik kompetanse oppnås og vedlikeholdes. Det kan altså være nødvendig, basert på lokale forhold, å spesifisere en utvidet vaktkompetanse i forhold til det som ligger i gjennomgått del 2.

Det legges videre til grunn at det må forventes at sykehus som tar i mot ø-hjelps- innleggelse har tilgjengelig lege som minst har denne definerte vaktkompetansen. «Tilgjengelig» vil si at slik legen må kunne møte i mottak med en frist som fastsettes i det enkelte sykehus, basert på en risiko/sårbarhetsanalyse. Det foreslås at begrepet bakvakt brukes der det er en mindre erfaren lege som eventuelt først tilser pasienten, med lege med vaktkompetanse tilgjengelig for relativt umiddelbar bistand. For andre vaktordninger bak dette foreslås å bruke betegnelsen spesialistvakt. Dette vil være tilsvarende de ordninger som finnes mange steder i dag: Turnus/uerfaren LIS i front, erfaren LIS tilgjengelig, og spesialister i beredskap 24/7.

6.6 Konsekvenser av innføring av felles kompetansemoduler for alle spesialiteter

Det har vært liten dissens om viktigheten av å innføre obligatoriske kompetansemoduler innen etikk, kommunikasjon, ledelse og organisering, kvalitetsarbeid, kunnskapshåndtering og samhandling. Både styrket kunnskap, bevissthet rundt holdninger og trening av ferdigheter innenfor disse områdene vil bidra til at legene kan være konstruktive medspillere i utvikling av tjenesten. I Storbritannia kom satsing på utvikling av kunnskap, holdninger og ferdigheter knyttet til ledelse i utdanningen av leger etter en erkjennelse av negative effekter ved at leger følte seg fremmedgjorte i beslutningsprosesser. Betydningen av legers engasjement i endrings- og utviklingsprosesser er erfart av mange for eksempel ved fusjoner, pasientsikkerhetsarbeid og ved innføring av nye teknologiske løsninger.

Videre er det viktig for kvalitetsutviklingen at leger i spesialisering får god kompetanse i å finne relevant forskningslitteratur, forstå og kritisk lese forskningsrapporter, vurdere den kliniske nytten, og eventuelt implementere ny forskningsbasert kunnskap i egen praksis på en kvalitetssikret måte.

Det må tas i bruk ulike metodikk for kompetanseutvikling i de felles kompetansemodulene. Felles for metodene vil være erfaringsbasert læring med trening, refleksjon og innhenting av kunnskap for å belyse praksis. Synergien mellom de ulike temaene er stor. For eksempel vil trening i kommunikasjon være viktig både i kvalitetsarbeid og ved samhandling. Arenaer for læring kan være supervisjon, veiledning, ledelsesforankrede reelle forbedringsprosjekter, e-læringskurs etc.

Det gjenstår mye arbeid med detaljutforming av fellesmodulene før nøyaktige kostnader og innsparinger kan beregnes. Kostnader av styrket veiledning og supervisjon omtales annet sted i denne rapporten, men det må også påregnes noen egne kurs i de foreslåtte modulene. Hvis vi antar at den obligatoriske kursporteføljen utvides med 30 kurstimer fra 150 i snitt til 180, vil dette utgjøre ekstra kostnader på 69,3 mill. kr i løpet av utdanningstiden¹⁶. Dette vil da være netto økt satsing på fellesmodulene. I tillegg kommer eventuell revisjon eller erstatning av andre lignende kurs som holdes i dag. Her kreves en gjennomgang for

16. Beregningsgrunnlag: Gjennomsnittlig timelønn for LIS: 344 kr, antall LIS nasjonalt: 4870, i tillegg inkludert 38 % sosiale kostnader.

å få oversikt over hvilke kurs som tilbys til hvem i dag og i hvilken grad innholdet i disse er i tråd med fellesmodulene.

Gevinsten ved å innføre moduler for å bedre kompetansen innen disse områdene vil først tas ut gjennom bedre kommunikasjon med pasient, større kvalitet i tjenestene (kunnskaps- håndtering) og bedre organisering og ledelse av tjenestene. Alle disse forholdene berører erkjente svakheter i dagens sykehus og økt kompetanse innen disse områdene vil trolig ha god effekt.

6.7 Konsekvenser av avvikling av annen valgfri relevant tjeneste

Valgfri tjeneste kan i dag telle med 6-12 måneder i forskjellige spesialiteter.

Avvikling av annen valgfri tjeneste kan gi mindre bredde i spesialistutdanningen og mindre frihet for den enkelte til å velge fagområder av interesse. På den annen side hevder mange at det er for liten tid til å lære det spesialitetsspesifikke i løpet av spesialistutdanningen. I en avveining av disse kryssende hensyn vil ønsket om et effektivt og kvalitetssikret utdanningsløp underbygge det foreliggende forslag.

6.8 Konsekvenser av at forskningen ikke lenger blir tellende i de fleste spesialiteter

Det er flere grunner til at forskning foreslås ikke lenger å være tellende i spesialistutdanningen for de fleste spesialiteter.

Forskning har de senere årene blitt styrket ved at helseforetakene har blitt tilført egne midler til forskning. Lovmessig er forskning forankret som en av helseforetakenes oppgaver.

Det er flere motforestillinger til ikke lenger å la forskningen være tellende i spesialistutdanningen:

En av de mest sentrale er at forskning som sådan kan bli skadelidende. En annen motforestilling er at forskning stimulerer til god kvalitet i kliniske fagmiljøer og at dette kan gå utover tjenestekvalitet. En tredje motforestilling er at de som velger forskerlinjen fra 2. året i grunnutdanningen ikke lenger får den uttellingen som de har hatt tidligere. En uheldig konsekvens kan være at de unge legene som har tatt forskerlinjen, og kanskje står midt oppi forskningsprosjekter, og må legge disse på hyllen for å få en spesialistutdanning. Dermed kan det føre til at unge leger ikke får mulighet for å starte en forskerutdanning før etter at de er ferdig spesialister.

På den annen side stiller leger som har forskningskompetanse sterkere i forhold til ansettelse i overlegestilling ved universitetssykehus enn leger uten forskningskompetanse.

I forslaget ligger det imidlertid også tiltak som skal sikre at alle spesialister har det nødvendige grunnlag for å finne, forstå og anvende forskningsresultater.

Det innebærer at den generelle forskningsforståelsen økes fra dagens nivå. I rapporten presiseres også at det bør legges godt til rette for dobbeltløp der de som ønsker det kan få spesialistutdanning og forskerutdanning/videreføre forskning i fastsatte strukturer. Som et kompensatorisk tiltak bør de regionale foretak og universitetene anmodes om å utvikle slike dobbeltløp, og det bør utlyses et visst antall stillinger som har denne muligheten i seg.

Endelig vil universitetene i større grad enn i dagens ordning, sikre at spesialistutdanningen blir forskningsbasert, særlig hvis den anbefalte modellen, forskningsmodell (kapittel 7) velges. I denne vil en viss andel av underviserne også ha avsatt stillingsressurs til forskning innen fagområdet.

6.9 Konsekvenser av avvikling av gruppeføringen

Når det foreslås at gruppeføringen avvikles, vil det ha små konsekvenser for selve spesialistutdanningen. I det nye forslaget vil det være læringsmålene for den enkelte spesialitet som vil avgjøre hvor tjenesten skal tas. Forutsatt at læringsmålene ikke endrer, men tydeliggjør innholdet i spesialistutdanningen, vil tjenesten måtte tas der hvor læringsmålene kan oppnås. Det vil imidlertid ikke bli krav om totalt 1 ½ år ved gruppe I. Læringsmålene kan nås ved kortere, tilrettelagte opphold som bidrar til at LIS sjeldnere må flytte for å få tjenesten.

En konsekvens av avvikling av gruppeføring er at helseforetakene ikke lenger trenger å søke om gruppe I og II-tjeneste og at Legeforeningen og Helsedirektoratet ikke lenger trenger å bruke ressurser på denne vurderingen.

Legeforeningen bruker mest ressurser på dette i og med at de vurderer utdanningsavdelingene ved årlige besøk for dette formålet. Helseforetakene på sin side bruker også tid på å søke og å dokumentere hvilke gruppe de tilhører, særlig gruppe 1 -sykehusene. Vi anslår at det brukes tid på dette ved hvert sykehus. Samtidig vil det også i framtidig ordning måtte rapporteres fra utdanningsavdelinger, slik at det vurderes som at det ikke medfører særlige besparelser ved avvikling av gruppeføringen.

6.10 Konsekvenser av innføring av obligatorisk etterutdanning

Hva som skal ligge i den obligatoriske etterutdanningen er ennå ikke detaljutformet.

Spesialister har i dag avtalefestet rett til 4 måneders permisjon med lønn pr 5. år, samt regelmessige permisjoner for å delta i kurs/kongresser etc. Spesialistene deltar også ofte i den internundervisningen som etableres for leger i spesialisering.

Det må vurderes hvilken etterutdanning som kan formaliseres innen disse rammer. Der arbeidsgiver vektlegger videreutdanning av hensyn til de oppgaver som skal utføres kan det være aktuelt å ha utvidete rammer.

6.11 Konsekvenser av forbedring av spesialistutdanningsløpet

6.11.1 Konsekvenser av å styrke veiledningen

Detaljutformingen av hvordan veilederkompetansen skal styrkes gjenstår. I samråd med representanter fra arbeidsgruppen for universitetene er det kommet frem til en skisse som kan danne et grunnlag for kostnadsberegning for sykehusene ved styrket veiledning. Det presiseres at dette må ses som et regneeksempel og at det kan komme endringer i omfang og opplegg når dette skal detaljutføres.

17. Tre dager = 22,5 timer

18. Beregningsgrunnlag: Gj.snitt overlegelønn: 1 386 871, antall timer pr år 1950 (inkl. ferie), antall overleger 100, antall timer på kurs 37,5,

Regneeksempel:

Det foreslås innføring av et nytt tre dagers veiledningskurs for LIS i slutten av utdanningsløpet. Videre foreslås et Train-The-Trainers-kurs for 100 overleger på to dager, med en treårig oppfølging på en dag pr år. I en overgangsfase må overleger delta på veiledningskurset sammen med LIS for å få opp kvaliteten på veiledningen raskest mulig.

Fordi vi må regne med en gradvis innføring av veiledningskurs, kan vi forutsette at merkostnader for å ha overleger på kurs vil balanseres mot færre antall gjennomførte kurs de første årene. Kostnad målt i tapt arbeidsinnsats ved obligatorisk veiledningskurs for LIS vil være 61,3 mill. kr samlet gjennom utdanningsløpet, dvs 9,4 mill. kr pr år:

Det er her tatt utgangspunkt i LIS C lønn som pr november 2013 utgjorde 1 092 025 kr, medregnet 38 % sosiale kostnader. Fordelt på 1 950 timer pr årsverk som definert i SSBs lønnsstatistikk, gir dette en timelønn for LIS C på 560 kr. Timelønnen multipliseres med antall timer på kurs (22,5) og totalt antall LIS, dvs 4870. Det forutsettes at tapt arbeidsinnsats erstattes med 1:1. Ved vikarinleie må eventuelle ekstrakostnader knyttet til dette påberegnes. Reisekostnader er ikke tatt med, da det ikke er data om andel av kurs som holdes lokalt og sentralt.

Kostnadene ved Train-The-Trainers-kurs vil være betydelig mindre, anslagsvis 2,7 mill kr over en fireårs periode, dvs 0,7 mill kr pr år . Det er her regnet med de samme tall og forutsetninger som ovenfor, men med en gjennomsnittlig overlegelønn på 1 386 871 kr, dvs 711 kr pr time. Antall involverte overleger vil være 100 og timetallet pr uke 37,5. I tillegg kommer arbeid som faglig ansvarlig for veiledningens kvalitet i egen klinikk. Til dette arbeidet beregnes ett månedsverk pr TTT pr år, dvs 150 timer, som gir en årlig utgift på 10,7 mill. kr pr år. Over en periode på 6,5 år gir dette en utgift på 69,6 mill. kr. Hva dette månedsverket skal brukes til, må utformes i mer detalj. Delvis vil det være bidrag på LIS veiledningskurs, og delvis oppfølging av veilederne i egen enhet og pådriver for implementering av veiledning. Dette gir følgende:

Tabell 6.2 Kostnader pr år til veilederutdanning og fellesmoduler. Mill kr.

Tiltak	Kostnad pr år (mill kr)
LIS overlege kurs	0,7
Obligatorisk veilederkurs	9,4
Veiledning	10,7
Fellesmodulene	10,7
Sum	31,5

For å få økt kvalitet på veiledningen er det altså til sammen beregnet en merkostnad for foretakene på 133 mill kr. Fordelt på et 6,5-årig utdanningsløp for grunnkurs og arbeid som faglig ansvarlig, og fordelt på TTT-kurs hvert 4. år, utgjør dette 20,8 mill kr pr år.

Innføring av obligatorisk veilederkurs for alle LIS mener vi vil bidra til å oppnå en læringskultur som fremmer faglig utvikling både individuelt og i avdelingen. Videre kan veiledningskompetanse nyttiggjøres i supervisjon som alle overleger utfører. Dersom man legger beregningene fra kapittel 4.3.2 til grunn, dvs en antakelse om at kostnadene til supervisjon utgjør 60 % av de årlige opplæringskostnadene, vil man kunne få relativt mye kvalitetsforbedring pr krone ved å styrke supervisjon.

Som redegjort for i kapittel 4.5.2 tyder undersøkelser på at leger i spesialisering ikke får den veiledningen de har krav på etter gjeldende avtaler. Vårt forslag legger ikke opp til økt veiledningstid for den enkelte LIS, men at normen følges. Det må antas at normert

veiledning er inkludert i sykehusenes budsjetter og at vårt forslag ikke utløser ekstra kostnader til dette. Det kan antas at styrket veiledningskompetanse vil øke anseelsen til veiledning og derfor bidra til at sykehusene kommer opp på normert norm.

Når det gjelder innholdet i veiledningen tenker vi at en viktig veilederoppgave fortsatt vil være å bidra til et strukturert utdanningsforløp for LIS. Med styrket kompetanse i veiledning antar vi at oppfølgingen av LIS blir bedre enn i dag. I tillegg vil en rydding av ansvarsforhold mellom veileder og større vekt på gruppeveiledning kunne gi bedre tid og/eller anledning til å inkludere tema fra fellesmodulene i veiledningen.

I forslaget ligger det ikke at veiledningen skal gis til leger innen samme spesialitet, men heller leger som har kommet like langt i spesialiseringssløpet. Dermed vil foretakene stå friere til å sette sammen grupper og veilede eksempelvis tema innen fellesmodulene for LIS på tvers av avdelinger. Små sykehus vil dermed kunne nøye seg med samme forholdstall overlege/LIS som de store.

6.11.2 Konsekvenser av større bruk av moderne pedagogiske verktøy

For helseforetakene vil bruken av mer moderne pedagogiske verktøy både ha en utgiftsside og en gevinst.

Mer bruk av e-læring

Kostnadene ved å bygge opp e-læringsmoduler innen de obligatoriske teorikursene, er kostnader som i dette forslaget legges på universitetene. Hvis helseforetakene ønsker å utvikle e-læringsmoduler utover dette, faller det utenom dette forslaget.

Å utvikle e-læringskurs vil koste en del. Samtidig antas det at dette vil være en utvikling som ville kommet uansett, man da muligens noe senere.

For helseforetakene vil større bruk av e-læring representere en gevinst i form av fleksibilitet i gjennomføringen av spesialistutdanningen. Både den enkelte LIS og sykehusene vil kunne tilpasse når e-læringsmodulene tas, den enkelte LIS i henhold til hvor i utdanningsløpet man er og i noen grad til driftshensyn. Slik sett kan man unngå at flere LIS er borte på kurs i de periodene med mest pasienter, og dermed unngå både ventetid, strykninger og økonomisk tap. Det er ikke regnet på denne gevinsten. Samtidig vil det nok ofte være slik at når LIS er borte må overleger overta og derved blir kostnadene ekstra store.

Økt bruk av simulatortrening og ferdighetslaboratorier

Det finnes i dag flere simulatorsentre og ferdighetslaboratorier ved helseforetakene. I tillegg finnes det slike ved de medisinske fakultetene ved universitetene.

Å bygge, drifte og videreutvikle simulatorer og ferdighetslaboratorier er relativt kostnadskreven, særlig i oppstartsfasen. Det anses som viktig at det lages en samlet plan for denne utviklingen slik at de fire universitetene og helseforetakene samarbeider om drift og utvikling. Det anses mest hensiktsmessig at universitetene får et særlig ansvar for å sikre pedagogikken. For å redusere kostnadene bør det også gjøres en viss arbeidsfordeling slik at ikke alle regioner utvikler samme tilbud på alle områder.

Konsekvensen av bruk av simulatortrening anses utelukkende som positive. Trening foregår ikke på pasienter, men på dukker, med den risikoreduksjon det innebærer. Den enkelte LIS kan få tilstrekkelig trening raskere og for sykehuset medfører dette at LIS raskere kan bli dyktig og utføre flere oppgaver i tjenesten, sannsynligvis også med bedre resultater.

Dette er gevinster som er vanskelig å beregne, men som er viktig å ta med i betraktningene.

6.11.3 Kostnadsvirkninger av et mer effektivt løp

Det er som tidligere presisert vanskelig å anslå hva et mer effektivt utdanningsløp vil ha av gevinster og kostnader. Det presenteres her et regneeksempel som Agenda Kaupang As har

utført, basert de samme premissene som ble brukt ved beregning av dagens kostnader i kapittel 4.3.

Regneeksempel:

Som beregnet i kapittel 4.3 var de årlige kostnader til spesialistutdanning av leger i 2013 stipulert til ca 7,2 mrd kroner.

Med en effektivisering av spesialistutdanningen med en gjennomsnittlig nedkorting på 1 ½ år vil det bli færre leger i spesialisering til enhver tid, dvs 900 færre til enhver tid. Dette innebærer selvsagt ikke at færre leger får utdanningsstillinger enn i dag; det vil fortsatt bli 950 stillinger i del 1.

Basert på samme kostnadsberegningsmodell som brukt tidligere vil de økonomiske konsekvensene av dette være:

- Reduserte lønnsutgifter til LIS som følge av at det blir 900 færre leger i spesialisering til enhver tid
- Reduserte behandlingstkostnader (merkostnadene ved å bruke LIS til å utføre selvstendige behandlingsoppgaver blir redusert)
- Økte lønnsutgifter som oppstår ved at leger i spesialisering går over i stilling som overlegestilling eller tilsvarende på et tidligere tidspunkt.

Det er her forutsatt at det ikke skjer vesentlige endringer i omfanget av opplæringen som leger i spesialisering skal ha. Leger i spesialisering skal i den nye modellen få samme mengde opplæring som i dag, men fordelt på en kortere opplæringsperiode. Dette betyr at opplæringskostnadene i liten grad vil være påvirket av at spesialistutdanningen blir kortet ned med 1 ½ år. Virkningen av et kortere utdanningsløp vil være at LISene må bruke en større andel av sin arbeidstid til opplæring pr år i spesialiseringsløpet. Konsekvensen er at tid til pasientbehandling og andre oppgaver kan bli redusert i denne perioden, men tap av tid til pasientbehandling blir «tatt igjen» på et senere tidspunkt på grunn av et kortere spesialiseringsløp. Opplæringskostnadene vil imidlertid kunne påvirkes av at det tas i bruk andre modeller og pedagogiske metoder i spesialiseringsløpet.

I beregning av reduserte lønnsutgifter ved at det på et gitt tidspunkt vil være færre leger i spesialisering, har vi lagt gjennomsnittlige lønnskostnader for LIS C i 2013 til grunn for beregningene. Av tabellen nedenfor ser vi at dette til sammen utgjør reduserte lønnsutgifter i størrelsesorden 747 mill. kroner pr år.

Som nevnt i kapittel 4.3 er de årlige behandlingstkostnadene i gjennomsnitt om lag kr 175 000 pr utdanningskandidat. Omregnet til 2013-kroner utgjør dette 228 428 kr pr kandidat. Den årlige innsparingen i behandlingstkostnader beløper seg dermed til om lag 205 mill. kroner pr år.

Nedkorting av utdanningsløpet for leger i spesialisering har som effekt at ferdigutdannede spesialister vil gå over i overlegestillinger på et tidligere tidspunkt enn i dag. Overgang fra LIS C til overlege innebærer en forholdsvis stor lønnsvekst. Lønnsforskjellen mellom overleger som nylig hadde blitt overleger (som var LIS C i november 2012 og overlege i november 2013) utgjorde om lag 150 000 kr inkl. sosiale utgifter pr november 2013. Til sammen utgjør dette økte lønnsutgifter i størrelsesorden 135 mill. kroner.

Kostnadsvirkningene av et kortere utdanningsløp kan derfor oppsummeres slik som vist i neste tabell.

Tabell 6.3 Endrede kostnader ved spesialistutdanningen ved et kortere løp. 2013-kroner.

	1.000 kroner
Reduksjon lønnsutgifter - færre LIS-stillinger	-746 928
Reduserte behandlingskostnader	-205 200
Økte lønnsutgifter	135 000
Netto virkning	-817 128

Formålet med beregningene vist i kapittel 4.3 og i dette kapitlet har vært å gi et bilde av kostnadene ved spesialistutdanningen i dag, og hvordan disse påvirkes ved innføring av et kortere spesialisingsløp. Som det fremgår av tabell 6.2 ovenfor, viser beregningene at spesialistutdanningen kan gjennomføres innenfor en lavere kostnadsramme enn i dag, her beregnet til om lag 817 mill. kroner pr år. Det er naturlig nok noe usikkerhet knyttet til dette anslaget.

Reduserte kostnader til gjennomføring av spesialistutdanningen innebærer imidlertid ikke at helseforetakenes budsjettammer kan reduseres med tilsvarende beløp. Det vil være like mange leger tilsatt i helseforetakene etter omleggingen som før. Forholdstallet mellom LISer og overleger blir imidlertid endret, fordi antall overleger i helseforetakene øker. De budsjettmessige konsekvensene for helseforetakene vil dermed etter Helsedirektoratets vurdering være økte lønnsutgifter ved tidligere opprykk til overlegestillinger enn tidligere og reduserte behandlingsutgifter. Med utgangspunkt i beregningen omtalt ovenfor vil de budsjettmessige virkningene være slik som vist i tabell 6.3 nedenfor.

Tabell 6.4 Årlige budsjettmessige virkninger

	1.000 kroner
Reduserte behandlingskostnader	-205 200
Økte lønnsutgifter, overlege på tidligere tidspunkt	135 000
Netto virkning	-70 200

Dette betyr at omleggingen etter all sannsynlighet kan gjennomføres innenfor gjeldende budsjettammer. Beregningene i tabell 6.3 indikerer at omleggingen kan gjennomføres innenfor en lavere budsjettamme enn i dag, her anslått til 70 mill. kroner.

I tillegg kommer de kvalitative gevinstene ved omleggingen som er omtalt andre steder i denne utredningen.

Man vil imidlertid ikke kunne få full effekt av omleggingen før etter noen år. I en overgangsfase vil det være leger i spesialisering etter både gammel og ny ordning. Dersom ny spesialistutdanning innføres fra 1.1.2016 vil man ha først ha full effekt av omleggingen f.o.m 2023. Det er først på dette tidspunktet at det bare vil være LISer etter nytt opplegg i spesialisingsløpet.

Det er her viktig nok en gang å poengtere at det er nok stor usikkerhet knyttet til disse anslagene, men analysene viser at effekten av et kortere utdanningsløp kan være betydelige.

6.12 Konsekvenser for helseforetakene av endringer i ansvars- og oppgavedeling

Arbeidsgiver har i dag blant annet følgende oppgaver knyttet til spesialistutdanningen:

- Leger i utdanning skal være ansatt ved helseforetakene
- Opprette, og bruke et tilstrekkelig antall utdanningsstillinger innen hver spesialitet
- Sørge for tilstrekkelig antall utdanningsavdelinger, og sikre at spesialiseringen ved disse kan gjennomføres i henhold til krav
- Organisere arbeidet slik at leger i spesialisering får optimal læring gjennom det praktiske arbeid, inkludert nødvendig tjeneste ved andre enheter
- Sikre at det er godkjente veiledere, og at veiledningen gjennomføres
- Ha systemer for å sikre evaluering av den enkelte slik at attestasjon kan utferdiges
- Rapportere på utdanningsaktivitet og oppnådde læringsmål
- Sikre nødvendig etter- og videreutdanning for egne spesialister.

Den nye rolle- og ansvarsfordeling innebærer ingen endringer i helseforetakenes oppgaver. Oppgavene blir som før, men tydeliggjort blant annet ved en tydeligere avgrensning mot universitetet og en sterkere myndighetsrolle på bekostning av legeföreningens rolle.

En viktig forskjell vil være at helseforetakene inngår i samarbeidsrelasjoner til både universitetene om den obligatoriske delen av spesialistutdanningen og til Helsedirektoratet via spesialitetsrådene om innholdet i utdanningen. RHFene får den samme rollen med tilhørende oppgaver som før med å overvåke situasjonen regionalt og sørge for nok spesialister i sine regioner.

Ved at myndighetene overtar oppgaver som Legeföreningen I dag utfører, vil det måtte utformes avtaler mellom Helsedirektoratet og helseforetakene om bruk av leger til dette formålet. Dette vil medføre en større forutsigbarhet for helseforetakene når det gjelder legers tidsbruk i råd og utvalg som gjelder spesialistutdanning. Det vil etter all sannsynlighet også medføre mindre tidsbruk i og med at tilsynsaktiviteter kun vil foretas der hvor det er grunn til bekymring på bakgrunn av data om kvalitet og gjennomføringsevne.

En forutsetning for dette er at det utvikles et hensiktsmessig verktøy for registrering av gjennomførte kurs og tjeneste for leger i spesialisering.

6.13 Driftsmessige og organisatoriske konsekvenser for foretakene

Forslagene til ny spesialitetsstruktur vil i seg selv ikke nødvendigvis ha store konsekvenser for organiseringen av sykehusene. Likevel er det flere av de foreslåtte tiltakene som understøtter ønskede og nødvendige organisatoriske omlegginger.

6.13.1 Understøtter etablering av generelle enheter

Som nevnt tidligere vil hensynet til pasientenes behov, og hensynet til det planlagte utdanningsløp, betinge at generelle enheter får en mer fremtredende plass i sykehusorganiseringen, på bekostning av store spesialiserte enheter. I mange sykehus planlegges nå egne enheter som skal ha et mer helhetlig ansvar for øyeblikkelig hjelp innleggelses, og

da også med det formål å kunne diagnostisere og ferdigbehandle en vesentlig andel av disse pasientene.

Etableringen av en ny breddespesialitet i mottaks- og indremedisin vil understøtte en opprettelse av generelle indremedisinske enheter, både sengeposter, poliklinikker og korttidsposter/observasjonsposter. Dette er imidlertid allerede et utviklingstrekk som trolig vil fortsette uavhengig av det foreliggende forslaget. Blant annet Haukeland universitets-sykehus, Sykehuset Østfold, Universitetssykehuset i Tromsø er i ferd med å planlegge slike enheter. De mindre sykehusene har allerede generelle indremedisinske avdelinger, og her vil de foreslåtte endringene få små organisatoriske konsekvenser. Disse vil kunne ta i bruk denne spesialiteten eller ikke.

6.13.2 Større grad av to-delt sykehusorganisering

Ved det nye Akuttsykehuset i Herlev (København) er det et mål at 75 % av pasientene som mottas ikke skal videre inn i sykehusets mer spesialiserte funksjoner. Tilsvarende tenkning legges til grunn for etablering av akuttmottak i flere større norske sykehus. Dette betyr at sykehusorganiseringen blir mer todelt: en del som tar hånd om øyeblikkelig hjelp- pasienter, og en del som har den elektive behandlingen.

Denne tenkningen kan videreutvikles hvis pasientens behov skal være i sentrum. Det er underforstått at noen av de pasientene som i første omgang tas hånd om i «ø-hjelps-sykehuset» umiddelbart, eller etter tilstrekkelig avklaring, skal overføres til mer spesialiserte enheter. Det kan også vurderes om det bør være en motsatt løype for pasienter som har mottatt spesialisert behandling, men som har mer sammensatte og kroniske problemstillinger. De vil med fordel kunne overføres til en enhet med mer generell breddekompetanse. Også i et samhandlingsperspektiv vil pasienter med flere kroniske sykdommer kunne dra nytte av at det er ett kontaktpunkt mellom fastlege/kommune og spesialisthelse-tjenesten. Et slikt kontaktpunkt må nødvendigvis først og fremst ha breddekompetanse.

6.14 Konsekvenser for funksjonsfordeling og sykehusstruktur

Forslag om ny spesialitetsstruktur skal sees i sammenheng med departementets arbeid med Nasjonal helse og sykehusplan. En rød tråd i dette arbeidet, og også i arbeidet med ny spesialitetsstruktur, er at pasientens behov skal settes i sentrum. Da er det naturlig at det også vil være nødvendig å se på sykehusstrukturen og organiseringen av tjenestene i dette lys. Gjennom de tiltak som så langt er foreslått i rapporten legges det til rette for at sykehus-eier til enhver tid kan velge den funksjonsfordeling og organisering som faglige vurderinger og hensiktsmessig drift tilsier.

Pasientenes behov tilsier imidlertid i økende grad at det bør være enheter som har ansvar for pasienter med sammensatte problemer. Både indremedisinske og kirurgiske pasienter kan ha slike behov.

Helsedirektoratet har vurdert eventuelle konsekvenser for sykehusstruktur og ser at den foreslåtte spesialitetsstrukturen både kan understøtte og motvirke sentraliserings-tendensen. Når det gjelder pasienter med indremedisinske symptomer og sykdommer, vil de møte en langt bredere og mer bedre helhetlig kompetanse, også på små sykehus med de foreslåtte tiltakene. Når det gjelder kirurgi, har det over lang tid vært en sterk tendens til reduksjon i antall sykehus med akuttkirurgisk beredskap. At gastroenterologiske kirurger blir vaktbærende kan i noen grad medvirke til ytterligere sentralisering, men her blir det avgjørende at læringsmålene i del 2 blir utformet slik at pasienter møter god vurderings-kompetanse og kan få utført kirurgiske inngrep av kirurger som har rett kompetanse.

6.15 Økonomiske konsekvenser for foretakene

6.15.1 De største kostnadene og gevinstene

Den største gevinsten for sykehusene ser ut til å være nedkorting av spesialistutdanningen som en følge av flere av de foreslåtte tiltakene. Denne er ifølge den mest utbredte kostnadsberegningsmodellen anslått til å bli ca 70 mill. kr årlig, men Helse- direktoratet tolker disse beregningene med stor varsomhet. Det er usannsynlig at dette er en gevinst som lar seg realisere i og med at disse kostnadene for en stor del er skjulte og at implementeringen av ny struktur betinger en innsats fra helseforetakene, særlig for å få til bedre logistikk og styrket veiledning.

Den økte satsingen på veiledning, vil sammen med innføring av de obligatoriske fellesmodulene vil koste 31,5 mill. kr gitt at den beskrevne modellen med foreslått omfang velges.

Behovet for flere gastroenterologiske kirurger uten å ta bort stillinger for andre kirurgiske spesialiteter har en kostnadsside. På den annen side er det et stort behov for kompetanse som kan dekkes av gastroenterologiske kirurger. Tilpasningen vil også skje over mange år, noe som gir mulighet for en gradvis omstilling.

6.15.2 Implementeringskostnader

Å innføre det foreslåtte tiltakene vil nødvendigvis måtte kreve en innsats. Universitetene vil få den største arbeidsbyrden i implementeringen, mens det vil måtte beregnes ekstra innsats også fra helseforetakene og fra Helsedirektoratet.

For universitetene blir den største oppgaven å få til oppbyggingen av de teoretiske kursene og etablere utdanningsadministrative systemer og ledelse av dette. Dette er det tatt høyde for i universitetenes konsekvensutredning og kostnadsberegningene her skal dekkes denne innsatsen.

For helseforetakene blir det avgjørende at det gjøres en innsats særlig for å bedre logistikken i utdanningsløpet slik at gevinsten ved et mereeffektivt løp kan realiseres. Helsedirektoratet vil derfor foreslå at det gis stimuleringstilskudd til helseforetakene for å engasjere utdanningsansvarlige ved sykehusene som kan være pådrivere for utdanning av legespesialister. Deres oppgaver vil være:

- Å designe gode utdanningsløp for spesialister i de ulike fag på eget sykehus
- Å inngå avtaler med andre sykehus for å få til gode og smidige overganger mellom del 1, 2 og 3
- Å sikre at leger i spesialisering får ta de obligatoriske kursene på tidspunkter hvor det er nyttig i spesialiseringen og at de får gjennomført kompetansetesting
- Å ha kontakt med universitetene om utvikling og drift av ferdighetslaboratorier og simulatorentrening på et generelt nivå, dvs organisering og drift av slike.

Størrelsen på stimuleringstilskuddet vil måtte fases inn etter en iverksettingsplan med ca 10 millioner som årlig beløp i en periode frem til 2022.

6.16 Samlet vurdering av konsekvenser for helseforetakene

For helseforetakene vurderer Helsedirektoratet det slik at flere av tiltakene vil ha gunstige virkninger. Flere av tiltakene er rettet inn mot å få bedre kvalitet i utdanningen gjennom læringsmål som definerer læringsutbytte, samt kompetansetesting etter hvert del i spesialisingsløpet. Leger i spesialisering vil også raskere kunne bli ferdige spesialister, noe som regneeksemplet i kapittel 6.11 indikerer også er god økonomi. Fordelingen mellom LIS og spesialister blir endret slik at sykehusene totalt sett får dyktigere og tryggere spesialister raskere.

Omgjøringen fra gren- til hovedspesialiteter har av enkelte blitt oppfattet som en spissing. Det er her viktig å presisere at denne omleggingen ikke inneholder noen form for inn-snevring av fagområdene. Det medisinskfaglige innholdet vil være som i dag, men med tydeligere læringsmål. Tvert i mot mener Helsedirektoratet at flere av tiltakene utgjør en styrking av breddekompetansen: innføring av felles kompetanseplattformer i indremedisin og kirurgi, innføring av felles kompetansemoduler for alle spesialitetene, samt en egen breddespesialitet som er designet ut fra analyser av pasientenes behov. Dette er noe som etter direktoratets vurdering både er i tråd med pasientenes behov og med behovet for å opprettholde gode helsetjenester også ved små og mellomstore sykehus.

Det er usikkerhet knyttet til at gastroenterologiske kirurger blir vaktbærende for de kirurgiske spesialitetene, unntatt ortopedisk kirurgi. Noen av de mindre sykehusene har gitt uttrykk for økt behov for gastroenterologiske kirurger som følge av dette. Helsedirektoratet har forståelse for denne bekymringen, men ser samtidig at implementeringen av ny ordning vil ta såpass mange år at det vil være mulig med omlegginger og tilpasninger innen den tid. Som nevnt i vil de enkelte sykehusene måtte finne sin vaktstruktur avhengig av funksjon/oppgaver. For noen sykehus kan dette innebære å vurdere om vaktkompetansen etter del 2 er tilstrekkelig for å sikre livreddende behandling hvis det ikke er egen spesialistvakt (for eksempel gastroenterologisk kirurgisk vakt). Da kan det være nødvendig, avhengig av geografi og lokale forhold, å spesifisere en utvidet vaktkompetanse i forhold til det som ligger i gjennomgått del 2.

Den viktigste føringen for forslaget er at spesialitetene og deres kompetanse og oppgaver er i tråd med pasientenes behov.

Helsedirektoratet legger derfor til grunn at sykehus som tar i mot ø-hjelps- pasienter har tilgjengelig lege som minst har denne definerte kompetansen i del 2, dvs at slik lege må kunne møte i mottak med en frist som fastsettes i det enkelte sykehus, basert på en risiko/sårbarhetsanalyse.

Den nye spesialiteten i mottaks- og indremedisin vil kunne nyttes på ulike måter. I konsekvensvurderinger er fire ulike modeller for bruk av denne beskrevet, og de fleste sykehus har uttrykt for interesse for å ta en slik spesialitet i bruk. Den skal ikke erstatte LIS i akutt-mottakene, men ha mer overordnede oppgaver og eventuelt inngå i vaktordninger basert på leger med generell kompetanse. Totalt sett vurderer Helsedirektoratet konsekvensene som positive. Den største usikkerheten er knyttet til hvordan kirurgisk akuttberedskap ved mindre sykehus vil påvirkes, men her bør det kunne finnes overgangsordninger eller lokalt tilpassede ordninger for å sikre nødvendig vaktkompetanse.

Slik Helsedirektoratet vurderer konsekvensene, er det aller viktigste å fremheve at den foreslåtte spesialitetsstrukturen med forbedret spesialistutdanning er en kvalitetsreform. Tiltakene er primært rettet inn mot å bedre kvalitet og pasientsikkerhet, men vil samtidig klart styrke utdanningsfunksjonen ved sykehusene.

7 KONSEKVENSER FOR UNIVERSITETENE

7.1 Universitetenes nye oppgaver

I forslaget til ny oppgavefordeling rapporten fra Helsedirektoratet er det ønsket at universitetene skal ha en større og tydeligere rolle i spesialistutdanning av leger.

Universitetenes hovedoppgaver for spesialistutdanning av leger kan i henhold til forslaget deles inn i seks hovedområder:

- Utvikling og gjennomføring av obligatoriske teorikurs
- Utvikling og gjennomføring av veilederutdanning
- Utvikling av e-læringskurs
- Kompetansevurdering av leger i spesialisering
- Pedagogisk kvalitetssikring av simulator- og ferdighetstrening
- Deltakelse i rådsstrukturen.

I dette kapittelet beskrives primært konsekvenser av det foreslåtte forslaget slik det er beskrevet i rapport om forslag til ny spesialitetsstruktur. I tillegg lanseres to alternative modeller med en noe annen oppgavefordeling og dermed andre konsekvenser. Disse er ikke utredet på samme detaljingsnivå, men er ment som alternativer som kan detalj-utredes senere dersom alternativ 1 ikke får gjennomslag. Det er imidlertid foretatt pro et contra-vurderinger av de to siste modellene, samt en grov kostnadsberegning av ett av de to alternative modellene.

Det skisseres i neste avsnittet tre modeller for oppgavefordeling mellom universitetene og andre aktører i spesialistutdanningen:

- 1) Forskningsmodellen
- 2) Oppdragsmodellen
- 3) Nasjonalt sentermodellen.

7.2 Modell 1: Forskningsmodellen

7.2.1 Beskrivelse av modell 1

Denne modellen innebærer at de fire universitetene får ansvaret for å gjennomføre de oppgavene som er beskrevet i Helsedirektoratets rapport «Forslag til ny spesialitetsstruktur og -innhold for leger», juni 2014:

- Utvikling og gjennomføring av obligatoriske teorikurs
- Utvikling og gjennomføring av veilederutdanning
- Utvikling av e-læringskurs
- Pedagogisk kvalitetssikring av simulator- og ferdighetstrening
- Kompetansevurdering av leger i spesialisering
- Deltakelse i rådsstrukturen.

I forskningsmodellen vil disse oppgavene utføres innen de ordninger som gjelder utdanning ved universitetene. En forutsetning for at universitetene skal kunne påta seg oppgaven med å undervise, er at undervisningsaktiviteten skal være forskningsbasert.

- Utdanningen skal være akademisk og det innebærer at underviserne skal ha 50 % stillingsressurs til forskning.

Det ligger i Universitets- og høyskoleloven at utdanning ved universitetene skal være akademisk og forskningsbasert, og det er stilt krav til undervisernes vitenskapelige kompetanse. Universitetene på sin side har felles rammebetingelser om at utdanning ved disse institusjonene skal være forskningsbasert.

For at utdanning skal være forskningsbasert og bygge på vitenskapelig kunnskap, verdier og holdninger, stiller universitetene krav til egen undervisning. Det kreves at den gjøres av vitenskapelig personell som har egen forskningskompetanse, og vitenskapelig innsikt i feltet som undervises. Det kreves også at underviserne har pedagogisk kursing og oppfølging, og at undervisningen er underlagt et kvalitetssystem hvor evaluering og utviklingsarbeid er ivaretatt.

Med den samme begrunnelsen er det stilt krav til sammensetning av underviserstaben ved høyere utdanning, hvor minimumsandelen av førstekompetente og professorkompetente undervisere er spesifisert for hvert utdanningsnivå.

Dette betyr i korthet at studieforskriften § 7-3 oppfylles ved at «minst 50 % av årsverkene knyttet til studiet skal utgjøres av tilsatte i hovedstilling ved institusjonen».

- Undervisere er tilsatt ved universitetet.

Gruppen av undervisere i den obligatoriske teoriutdanning vil være sammensatt. I denne modellen er undervisere ansatt ved universitetene, i full eller deltids stilling, men det er også naturlig og nødvendig at noen undervisere er ansatt i full stilling utenfor universitetene, slik som i helseforetak, kommunehelsetjenesten eller privat virksomhet. Disse vil kunne engasjeres som timelærere. I denne modellen kan eksempelvis ca 30 % av undervisningen vil gis av lærere med adekvat faglig og vitenskapelig kompetanse engasjert som timelærere, mens resten vil undervises av universitetstilsatte.

- Kobling til grunnutdanningen.

I denne modellen vil de samme universitetslærerne kunne undervise både på grunnutdanning i medisin og for leger i spesialisering.

7.2.2 Konsekvenser av at universitetene skal utvikle og gjennomføre de obligatoriske teorikursene

I forslag til ny spesialitetsstruktur for leger skal utdanningen være kompetansebasert. Det innebærer at teorikursene skal bidra til at leger i spesialisering (LiS) oppnår den beskrevne kompetansen for sin spesialitet. Spesialitetsrådene skal beskrive kompetansen en ferdigutdannet spesialist skal ha. Kompetansen bør beskrives i form av læringsutbytte med den kunnskap, de ferdigheter og holdninger eller generell kompetanse den ferdige spesialist innehar (betegnes som læringsmål i rapporten for øvrig).

Spesialitetsrådene skal utarbeide beskrivelser av læringsutbytte på et overordnet nivå, og universitetene, som den som gir undervisningen, vil på bakgrunn av dette utarbeide læringsutbyttebeskrivelser og kursbeskrivelser på et detaljeringsnivå som vanlig for sin undervisning. Disse behandles deretter i spesialitetsrådene som spiller tilbake endringsønsker og -forslag, og gjør den endelige godkjenningen. Da må både innholdet (læringsutbyttet), samt pedagogisk metode og vurderingsform legges frem og godkjennes.

Det blir viktig at alle kurs som tilbys bidrar til at LiS oppnår det beskrevne læringsutbyttet. Dette bør vurderes ved for eksempel kursprøver. Universitetene skal i etterkant av kurs rapportere hvem som har fått godkjent kurset til Helsedirektoratet og helseforetak, og på aggregert nivå bidra med informasjon til monitorering og kvalitetssikring av kursaktiviteten.

Kursene må være lagt opp slik at de i fremmer effektiv læring hos LiSene. Det bør legges stor vekt på aktiviserende undervisningsmetoder basert på universitetspedagogisk kompetanse, og mindre vekt på rene forelesningsbaserte kurs. E-læring bør tas i bruk der det er hensiktsmessig, se eget delkapittel.

Helsedirektoratet har anslått at gjennomsnittlig antall kurstimer for en spesialitet vil ligge på omkring 200 timer.

Det er viktig at det arrangeres tilstrekkelig antall kurs med god kvalitet og med hensiktsmessig frekvens slik at utdanningsløpet for hver LiS blir mest mulig effektiv. Størrelse og hyppighet på kursene bør bestemmes av behov, og avklares av spesialistrådene i dialog med universitetene.

En full vitenskapelig stilling (100 %) har som undervisningskapasitet: 1695 timer/år x 45 % undervisningstid = 763 undervisningstimer/år. Forelesninger vektet vanligvis med 4, slik at en time forelesning telles som 4 timer undervisning inkludert for- og etterarbeid. Vurderingsavvikling og andre undervisningsformer enn forelesninger vil kunne ha en lavere forberedelsesfaktor, men vil ofte kreve flere undervisere samtidig.

7.2.3 Kostnader til utvikling og gjennomføring av de teoretiske obligatoriske kursene

Siden omfanget og undervisningsmetode i kursvirksomheten i ny spesialistutdanning ikke er kjent, er det ønskelig å ha metoder for kostnadsberegning som er skalerbare etter omfanget av oppgavene. Universitetene må ha full kostnadsdekning for nye oppgaver, og det er behov for å ha metoder som omfatter både direkte kostnader og indirekte kostnader.

Vi har sett på tre ulike skalerbare metoder for kostnadsberegning av kursvirksomheten: Metode 1, dvs NTNUs normerte timesatser, metode 2, dvs KDs finansieringsmodell og metode 3, dvs UiOs beregning av kostnader.

Metode 1, NTNUs normerte timesatser, bygger på normerte timetall for vitenskapelig ansattes tidsbruk på undervisning i medisinstudiet (cand.med), som blir benyttet i NTNUs interne inntektsfordelingsmodell (IFM). Tenkningen er basert på kostnader til universitetenes vanlige utdanninger, med mellom annet lite behov for ekstra kurs- og utdanningsledelse. Modellen forutsetter at 30 t undervisning svarer til 1 studiepoeng.

Det er lagt inn at 30 % av undervisningen gis av timelønnede lærere. Det er lagt inn en stilling for administrasjon ved hvert fakultet og et anslag for reise og oppholdsutgifter for tilreisende undervisere. Areal kostnader er ikke lagt inn.

I metode 2 benyttes Kunnskapsdepartementets (KD) bevilgningssatser for finansiering av medisinstudium, basert på studiepoeng.

Metode 3, utgjøres av UiOs beregning av kostnader for kurs ved en modell basert på lønnskostnader til undervisning og kursledelse med påslag av 40 % for indirekte kostnader. Det er lagt inn 30 % timelønnede undervisere og dekning for reise og opphold. Kursledelse er lagt inn basert på kursets varighet vektet med 2,5. Det er ikke lagt inn studieadministrasjon eller utgifter til kursarealer.

I tillegg er det samlet inn regnskapstall fra Legeforeningens kursvirksomhet for 2013 ved de lokale Kontor for legers videre- og etterutdanning knyttet til universitetene.

Omfang av kurs er i alle metodene basert på tall fra Legeforeningen. For Universitetet i Bergen var det kun oppgitt totaltall og detaljene vi trengte forelå ikke. Bergen arrangerer flere kurs enn NTNU. Vi justerte derfor tallene for Bergen opp svarende til at Bergen har arrangert ca 1,5 så mye kurs som i Trondheim.

I tabellen nedenfor har vi satt inn justerte tall for Bergen. Dette er kostnadsberegning kun for teoretiske kurs knyttet til spesialistutdanning av leger for 2013 registrert i Legeforening som kurs holdt ved de respektive universitetene. Det antas at kursvirksomheten blir redusert i en ny spesialistutdanning. Kursene er i stor grad forelesningsbasert, noen hadde kursprøver, andre var kun oppmøtebasert. Noen av kursdeltakerne tok kurset som del i etterutdanning. Omfanget av dette er ikke kjent, men dette kan også bli behov for framover.

Planen er at kursomfanget for hver enkelt LiS skal reduseres. Sannsynligvis vil derfor kursomfanget bli noe lavere for alle fakultetene. Rene teoretiske kurs bør etter hvert avløses av e-læring og egenlæring og med kompetansetest for å se at ønsket kompetanse er oppnådd. Det blir da mindre behov for rene forelesningsbaserte kurs, og kompetansetester kan bli mer aktuelt. De kursene som skal gjennomføres med samlinger bør legges opp slik at LiSene får mulighet til å trene på ønsket kompetanse, få individuell tilbakemelding og mulighet for refleksjon. Slike kurs krever økt kontakttid og flere lærerressurser. Hvordan dette totalt vil slå ut på ressursbehov er avhengig av hvilket læringsutbytte som beskrives for hver enkelt spesialitet.

Det er ulike metoder (beregningsmodeller) for å finne frem til kostnader ved at universitetene får flere oppgaver knyttet til spesialistutdanningen:

Tabell 7.1. Fire ulike metoder for kostnadsberegning for universitetene ved å gi kurs i spesialistutdanning for lege. 2013

	Legeforeningens regnskap	Metode 1 NTNUs normerte timesatser	Metode 2 KDs finans. modell	Metode 3 UiOs kostnads-beregning
UiO	12 735 559	13 199 066	20 169 630	31 453 792
NTNU	5 809 722	7 338 466	7 716 735	11 702 928
UiB	7 258 391	11 007 699	11 575 102	17 554 392
UiT	1 862 016	3 838 768	3 450 720	6 414 768
Totalt	27 665 688	40 383 999	42 912 187	62 027 697
Kursledelse vektet 2,5		26 218 150		
Kursadministrasjon		4 880 092		7 668 716
Ny totalsum		71 482 241		69 696 413

Som forventet viser de tre skalerbare metodene høyere kostnader enn regnskapet fra Legeforeningens kursvirksomheten i 2013.

Vurdering av metode 2, basert på KDs finansieringsmodell

Denne metodens største svakhet er at den ikke er en kostnadsmodell i den forstand at vi kan dekomponere hva satsene består av. Den eneste veiledning fra KDs side er at satsene (A-F) skal gjenspeile et fags undervisnings- og utstyrsintensitet. KD benytter satsene for å belønne studiepoengproduksjon og tallfeste hva en fullfinansiert studieplass er. Det er enighet i arbeidsgruppen om at studiepoengproduksjon ikke er aktuelt for spesialistutdanning av leger. Denne metoden forkastes derfor. Resultatene av metode 1 og 2 avviker ikke mye fra hverandre verken for NTNU eller UiO eller for alle de fire fakultetene samlet. Det samme gjelder UiOs mer direkte kostnadsberegning. Dette anses som en styrke for de metodene som er presentert.

Når det legges inn de samme elementene av kursledelse og kursadministrasjon i metode 1 og metode 3, blir summene mer lik hverandre. Eventuell leie av kurslokaler er ikke lagt inn. Legeforeningens regnskap oppgir totalt ca kr 1 mill for leie av lokaler i 2013.

Det synes som både metode 1 og metode 3 gir et rimelig godt bilde av universitetenes framtidige kostnader ved å tilby kurs for leger i spesialisering. Dette kan benyttes for kurs gitt til LiS og til veiledere for LiS. Begge metodene kan skaleres etter omfang av kurs. Metode 3 er enklest å benytte da den er basert på timeomfang av kursene uten omregning til studiepoeng. Arbeidsgruppen anbefaler metode 3.

7.2.4 Konsekvenser av kursoppgaver i felles kompetansemoduler

Fellesmodulene er ikke ferdig beskrevet ennå. Det kan være aktuelt at universitetene får noen oppgaver knyttet til de nye fellesmodulene. Dette kan være kurs for LiSene på linje med andre spesialistutdanningskurs, eller kurs for veiledere. Dette kan være hensiktsmessig for at undervisningen kan bygge videre på den kompetansen LiSene har fra grunnutdanningen. Samtidig må utdanningen ivareta LiSer med varierende utgangskompetanse, avhengig av hvor de har grunnutdanning fra.

7.2.5 Konsekvenser av at universitetene skal etablere og drive veilederutdanning

Universitetene skal bidra med pedagogisk kompetanse til utdanne veiledere for LiS ved helseforetakene og i kommunehelsetjenesten etter den modell som velges. Den formelle veiledningen av LiS og supervisjon i den daglige kliniske aktiviteten ved helseforetakene, bør styrkes ved at flest mulig av veilederne og overlegene som bidrar med supervisjon får

økt veiledningskompetanse. Økt kvalitet og effektivitet i veiledning og supervisjon er et viktig punkt for å øke kvalitet og effektivitet i spesialistutdanningen. For å styrke denne aktiviteten er det hensiktsmessig å bygge opp kompetanse og kapasitet i hver region og ved hvert universitet, men ut fra felles læringsmål.

7.2.6 Konsekvenser av oppgaver med utvikling av e-læringstilbud

Spesialistutdanningen er i sin natur både geografisk og tidsmessig spredd. Den egner seg derfor spesielt godt for de asynkrone, distribuerte læringsformene som kan implementeres ved hjelp av e-læring. Ulike modeller kan tenkes og kombineres avhengig av stoffet som skal undervises, eksempelvis:

- selvstendige, asynkrone e-læringsprogram for selvstudium
- nettbaserte samarbeidsomgivelser (virtuelle klasserom) som skaper rom for LiS-LiS og lærer-LiS- interaksjon, både synkron og asynkron
- blandet undervisning med fysiske samlinger i begynnelsen og slutten og nettbasert studium i midten eller omvendt.

Teoretiske kurs og teoristoff til praktiske kurs kan med fordel gjennomføres med større eller mindre innslag av e-læring. Det vil være en vesentlig investering å lage kurs, men når de først er laget, vil de kunne gi betydelige tidsmessige innsparinger både for LiS og lærere. Dessuten vil det fordi denne læringsformen reduserer reise- og oppholdskostnader og redusere fravær, bety betydelige innsparinger for arbeidsgivere. Spesialistrådene må avgjøre hvor mye av de tradisjonelle kursene som skal erstattes og suppleres med e-læringskurs.

Det anbefales at omfanget av slike e-læringskurs er begrenset i begynnelsen, og at omfanget utvides i takt med at man vinner faglig og pedagogisk erfaring med de kursene som er startet.

Kostnaden for en e-læringsapplikasjon kan variere fra 50.000,- kr til kr 1-2 mill kr, avhengig av ambisjonsnivå og omfang. Størparten av innsatsen er arbeidskraft med noe innleie av f.eks. manusforfattere og skuespillere. De tekniske utgiftene er i sammenligning små. Et normalanslag for en e-læringsapplikasjon er ca kr 250.000/time e-læring. I tillegg må det påregnes noen kostnader til revisjon av innholdet med 1-2 års mellomrom.

I tråd med framveksten av et internasjonalt utdanningsmarked, finnes det også et bredt, internasjonalt utvalg av e-læringstilbud, fra applikasjoner levert av kommersielle aktører til gratistilbud fra utdanningsinstitusjoner. Det må vurderes hvordan slike tilbud kan erstatte og supplere egenutvikling. En annen mulighet er å gå inn i ulike internasjonale e-læringskonsortier sammen med andre universitet for både å dele ideer og kostnader i e-læringsutvikling.

7.2.7 Konsekvenser av oppgaver med kvalitetssikringsfunksjon for simulatorentrening og ferdighetstrening

En egen arbeidsgruppe har vurdert status for simulator- og ferdighetssentre i Norge, samt utarbeidet modeller for hvordan disse kan bygges opp lokalt og regionalt og hvordan en kan få en samordning nasjonalt eventuelt internasjonalt av de mest kompliserte prosedyrene. Gruppen var satt sammen med representanter fra alle de fire medisinske fakultetene, hvor alle hadde kombinerte stillinger mellom universitet og helseforetak, samt representant fra Helse Sør-Øst.

Arbeidsgruppa konkluderte med at bruk av simulatorer, ferdighetslaboratorier og simuleringssentre vil få økende betydning i spesialistutdanningen og legers videre- og

etterutdanning, ikke bare som et supplement, men også fordi læringsutbyttet øker. Simuleringssettene i Norge driver stort sett tverrfaglig teamtrening og i noen grad akuttmedisinsk ferdighetstrening og intervensjonsfag. Organisering av både ferdighetstrening og simulering bør samordnes med et regionalt senter knyttet til universitetssykehuset og noen mindre sentre ved lokale HF. Eierskapet bør være i fellesskap med Universitetssykehus, RHF og universitet. Ferdighetssentre med avanserte simulatorer er i liten grad etablert i Norge på tross av både vitenskapelig evidens og anbefalinger. Disse sentrene vil være kostbare å drifte, men vil ha en betydelig kvalitetseffekt for helse-tjenesten. Bortsett fra generelle betraktninger har gruppen hatt lite underlag for å estimere behov og kostnad. Sannsynligvis kan en stor del av ferdigheter og holdninger læres i standardiserte og systematiske scenarier utenfor de kliniske arealer som et supplement til den kliniske treningen.

Arbeidsgruppa har forsøkt å høre fagmiljøenes planer for bruk av ferdighetstrening og simulering i spesialistutdanningen. Det var vanskelig å få konkrete planer for omfanget, slik at de fikk ikke grunnlag for å beregne kostnader. Dette tyder på at fagmiljøene som jobber med spesialistutdanning bør utfordres på å ta i bruk disse pedagogiske metodene.

Foreløpig har ikke universitetene finansiering til simulering og ferdighetsaktivitet for spesialistutdanningen, verken til areal, utstyr, drift eller ansatte med nødvendig kompetanse. Universitetenes arbeidsgruppe på området anbefalte å etablere dette som felles aktivitet mellom universitet, universitetssykehus og regionalt helseforetak.

For å komme videre på dette området, anbefales det å etablere ei bredere sammensatt gruppe til å utvikle en nasjonal strategi på dette området for å samle kompetanse, investeringer og drift og avklare nasjonal arbeidsdeling der det er hensiktsmessig. For spesialistutdanning av leger bør det arbeides videre med en utredning av framtidig bruk av simulering og ferdighetstrening. Universitetene bør vurdere og avklare hvordan arbeidsdelingen skal være når det gjelder utvikling og gjennomføring av kurs for legers spesialistutdanning på områder der det er hensiktsmessig å ha arbeidsdeling.

Dette arbeidet berører imidlertid både grunnutdanning, samt videre- og etterutdanning av helsepersonell generelt og spesialistutdanning av leger spesielt.

7.2.8 Konsekvenser av utvidete oppgaver med kompetansevurdering

Universitetene har lang erfaring med vurdering av kompetanse med forskjellige former for prøver og eksamener. Kursprøver har også vært det vanlige ved teorikurs som del av spesialistutdanningen. I en ny struktur for spesialistutdanningen forutsettes det at universitetene tilpasser vurderingsformene nøye til det forventede læringsutbyttet, og benytter et spektrum av forskjellige vurderingsformer for å oppnå dette. Vurderingsformene kan inkludere både teoretiske prøver, praktiske prøver, stasjons-baserte tester (OSCE eller modifisert OSCE), observasjon og vurdering i praksis og underveispøver. Helsedirektoratet ønsker at universitetene skal spille en rolle i kompetanse-testing av LIS også på områder hvor universitetene ikke har hatt ansvar for læringsmål og undervisning. Dette ser universitetene som en komplisert, men nødvendig oppgave.

Det er beskrevet at tilsvarende kompetanse skal testes med nasjonalt standardiserte vurderingsopplegg. Det mest nærliggende her er å utvikle nasjonale prøver og nasjonale standarder for vurderingsopplegg. Dette vil kreve nasjonalt samarbeid og eventuelt et nasjonalt organ for kompetansevurdering. Dette bør utredes nærmere.

I første omgang vil det være aktuelt å utvikle vurdering på slutten av modul 1, 2 og 3. Det er viktig å komme raskt i gang med planlegging av dette for å ha testene klare når det blir behov. Noe av kompetansetestingen kan gjøres ved *“nettbaserte løsninger for kompetanse-testing”*. Digital kompetansetesting kan enkelt brukes til å teste teoretisk kunnskap og teoretiske resonnementer, men er dårligere til mer sammensatte kompetanser og ikke

brukbare til å teste andre typer kompetanse, slik som ferdigheter og samhandlingskompetanse.

Eksamen er både den endelige dokumentasjonen av kunnskapene studenten har tilegnet seg og sertifisering av studenten som yrkesutøver. Analyser har vist at tradisjonelle eksamener har lav reliabilitet og lav validitet. Nye eksamensformer med bredere, mer strukturert og relevant testing er derfor under utvikling.

IT har vært henimot nødvendig for å implementere denne nye eksamenspedagogikken. Det viktigste grunnelementet er flervalgsspørsmål, som rettes automatisk. Dette, sammen med web-basert sensurering, reduserer sensurarbeidet vesentlig. I tillegg forenkler IT logistikken rundt eksamen. Det vil være spesielt verdifullt i den distribuerte spesialistutdanningen hvor man ved hjelp av IT kan administrere hele eksamensavviklingen sentralt, men samtidig variere fleksibelt mellom sentralt holdte prøver, lokale, kontrollerte prøver og hjemmeeksamen.

Det tekniske arbeidet med å sette opp og avvikle en digital eksamen vil ha en kostnad på ca kr 10.000, nesten uansett hvor mange deltakere det er.

Universitetene vil måtte utforme rapporter fra kompetansetesting på aggregert nivå monitorering og forbedring av spesialistutdanningen nasjonalt.

7.2.9 Konsekvenser av deltakelse i rådsstrukturen

Det nasjonale rådet

Universitetene skal være representert i det nasjonale rådet for å sikre mest mulig lik utvikling av spesialistutdanningen nasjonalt.

Representasjon fra universitetene bør være på overordnet nivå med en representant som har et overordnet ansvar for spesialistutdanninga ved sitt universitet.

Det er ikke avklart møtefrekvens eller arbeidsomfang i rådet. Det vil sannsynligvis være behov for flere møter i semesteret, spesielt i oppbyggingsfasen av ny struktur for spesialistutdanningen.

Spesialitetsrådene

Universitetene skal være representert i spesialitetsrådene.

Det er ikke anslått arbeidsmengde i spesialitetsrådene. Det er forventet at det i oppstarten av ny utdanningsstruktur vil være omfattende, slik at det må settes av rimelig med tid til oppgaven.

Det er viktig at fakultetenes arbeid med kurs for spesialistutdanningene blir godt forankret i rådene. Det vil derfor være nyttig med gjennomgående representasjon.

Sekretariatene bør ha noe studieadministrativ kompetanse for å bidra til at utdanningen planlegges og gjennomføres i henhold til pedagogiske anbefalinger og lover og regelverk.

7.2.10 Behov for styring, ledelse og administrasjon

Når universitetene skal ha ansvar for innhold, undervisningsform og kvalitetssikring av teoretisk undervisning, blir utdanningsledelse viktig for å sikre kvalitet og sammenheng i undervisningen. Universitetene har etablerte systemer og rutiner for undervisningsledelse, og det er naturlig å følge de samme rutinene for denne typen undervisning. Dette vil sikre utvikling, planlegging og administrasjon av utdanningen internt på universitetene.

Tilsvarende vil gjelde for administrasjon av undervisningen. Studieadministrative rutiner som allerede finnes og er velfungerende bør brukes også til administrasjon av kursundervisning i spesialistutdanningen og av kvalitetssikring av kursene.

Hvert universitet bør etablere ett eget programstyre/programutvalg eller tilsvarende ledelsesfunksjon for spesialistutdanningene ved sitt universitet. Dette organet må ha god kontakt med det nasjonale rådet og med fagmiljøene som bidrar med spesialistutdanning.

Det er viktig at det utvikles en arbeidsdeling mellom de ulike fakultetene som er hensiktsmessig med tanke på kompetanse på de ulike fakultetene, historikk, behov for kurs. For noen store spesialiteter vil det være behov for at alle universitetene bidrar med flere kurs, mens det for andre spesialiteter vil være hensiktsmessig å fordele oppgaver for kurs mellom fakultetene.

Det er vesentlig å komme fram til administrative styringssystemer som gjør samarbeid og kommunikasjon mellom aktørene i denne utdanningen så enkel og sikker som mulig.

7.2.11 Monitorering av kursvirksomheten

Universitetene vil bidra med informasjon for monitorering av kursvirksomheten et dertil egnet verktøy. Det kan rapporteres på påmelding, deltakelse, gjennomføringsgrad, tidsbruk, frafall og bestått.

7.2.12 Konsekvenser for infrastruktur

I denne modellen legges det inn at universitetene har behov for ny infrastruktur i forbindelse med valg av universitetsmodellen. Med det store omfanget på kursvirksomhet for leger under spesialisering vil arealer være en viktig innsatsfaktor.

Det har vært ønskelig å få en oversikt over hvor stor andel av undervisningen for leger under spesialisering som foregår i lokalene ved universitetene og i universitetssykehusene/andre helseforetak og hvor stor andel som foregår i leide eksterne lokaler. For å få en slik oversikt er Legeforeningens kurskatalog for 2014 (april-desember) blitt brukt som grunnlag. Den er imidlertid ikke fullstendig i forhold til i hvilke lokaler kursene skal holdes, selv om kursene er plassert geografisk. Vi får derfor kun et anslag på hvor stor andel av kursene som arrangeres i «egne» lokaler og hvor stor andel som arrangeres i eksterne leide lokaler.

Kurskatalogen organiserer kursene etter kursarrangør, og dette følges også her. Ved Universitetet i Oslo viser katalogen at i underkant av 70 % av kursene ble foretatt i «egne» lokaler, ved Universitetet i Bergen og ved Universitetet i Trondheim ble i overkant av 70 % av kursene foretatt i «egne» lokaler og alle kursene (100 %) ved Universitetet i Tromsø ble foretatt i egne lokaler. For kursene hvor legeforeningen er arrangør ble de aller fleste holdt i leide lokaler, kun rundt 20 % ble holdt i helseforetak eller universitet.

7.2.13 Konsekvenser for arealbehov

Med det store omfanget på kursvirksomhet for leger under spesialisering vil arealer være en viktig innsatsfaktor. Det er stor etterspørsel etter undervisningsarealer på universitetene. Undervisnings- og kursarealer skal dekke behov for timeplanfestet grunnutdanning, ph.d.-utdanning, spesialistutdanning, samt andre seminarer og konferanser. I tillegg finnes det også avtaler med eksterne partnere om leie av lokaler. Prioritering og forrang av undervisningsvirksomhet foregår etter et åpent system. Konferanser kan booke lokaler lang tid i forveien, ellers er det timeplanfestet grunnutdanning som har forrang før annen undervisning. Andre aktiviteter legges derfor ofte til perioder hvor det er lite undervisning i grunnstudiene.

Det har vært ønskelig å få en oversikt over hvor stor andel av undervisningen for LiS som foregår i lokalene ved universitetene og i universitetssykehusene/andre helseforetak og hvor stor andel som foregår i leide eksterne lokaler. For å få en slik oversikt er Legeforeningens kurskatalog for 2014 (april-desember) blitt brukt som grunnlag. Den er imidlertid ikke fullstendig i forhold til i hvilke lokaler kursene skal holdes, selv om kursene

er plassert geografisk. Vi får derfor kun et anslag på hvor stor andel av kursene som arrangeres i «egne» lokaler og hvor stor andel som arrangeres i eksterne leide lokaler.

For kurs knyttet til Universitetet i Oslo viser katalogen at i underkant av 70 % av kursene ble foretatt i «egne» lokaler, for kurs knyttet til Universitetet i Bergen og til NTNU ble i overkant av 70 % av kursene foretatt i «egne» lokaler og alle kursene (100 %) knyttet til Universitetet i Tromsø ble foretatt i egne lokaler. Noen kurs er knyttet kun til Legeforeningen. De aller fleste av disse ble holdt i leide lokaler, kun rundt 20 % ble holdt i universitets- eller helseforetakslokaler.

Dette tyder på at det vil være vanskelig å avvikle alle kurs i egne lokaler. Det kan løses ved å holde kurs i leide lokaler eller vurdere utvidelse av universitetenes lokaler.

7.2.14 Utviklingsperiode

For å komme godt i gang med planer, utvikling og koordinering av den nye spesialistutdanningen for leger, vil det være behov for ekstra ressurser ved universitetene. Utredningsarbeidet så langt har synliggjort at det er behov for ansatte med avsatt tid til denne aktiviteten. Det anbefales at det ved valg av modell 1 forskningsmodellen gis mulighet for engasjement i administrativ stilling og en halv vitenskapelig stilling ved hvert universitet så snart det er avklart at universitetene skal ha en ny rolle i spesialistutdanningen. Disse stillingene kan avvikles når utviklingsperioden er avsluttet.

7.2.15 Samlet kostnadsoverslag ved valg av modell 1- forskningsmodellen

Universitetene i modell 1 få flere nye oppgaver med en ny spesialistutdanning av leger. Teoretiske kurs skal holdes med universitetene som ansvarlig instans, og med universitetsansatte som hovedstammen av underviserne. Vi regner med at pedagogiske metoder som skal utvikles dels vil måtte være spesialtilpasset for spesialistutdanningen, og e-læringsmodulene må være laget for formålet. Tilsvarende vil gjelde for testing av kompetanse. Da synes det klart at universitetene vil ha et betydelig behov for ressurser ut over dagens situasjon. Arbeidet som er skissert vil kreve både vitenskapelig og administrativt personell, samt ressurser til timelønnet kompetanse, i tillegg vil det bli noe infrastrukturkostnader.

Omfang og innhold av universitetenes bidrag til ny spesialistutdanning er ikke avklart. Dette gjelder både kursvirksomhet, kompetansetesting, utvikling av e-læringstilbud og universitetenes bidrag i ferdighetstrening og simulering. Dette gjør at det er vanskelig å beregne kostnader. Historiske tall er vanskelig å bygge på, da de ikke synliggjør alle kostnadssider ved aktiviteten.

I tabell 7.2 gis en samlet oversikt over totalkostnadene ved valg av modell 1 forskningsmodellen.

Tabell 7.2 Beregning av kostnader for universitetenes alle identifiserte oppgaver i ny spesialistutdanning av leger. Trinnvis utregning.

	Modell 1 NTNUs normerte timesatser	Modell 3 UiOs Kostnads-beregning	Modell 3b UiOs modell med 30% innleie på postdok lønn
UiO	13 199 066	31 453 792	29 064 528
NTNU	7 338 466	11 702 928	10 814 214
UiB	11 007 699	17 554 392	16 221 321
UiT	3 838 768	6 414 768	5 927 634
Totalt¹⁹	40 383 999	67 125 880	62 027 697
Kursledelse vektet 2,5	26 218 150		
Kursadministrasjon	4 880 092	7 668 716	7 668 716
Ny mellomsum	71 482 241	74 794 596	69 696 413
Veilederutvikling	7 387 952	12 600 000	7 387 952
Bistillinger 280.000,-	12 600 000	7 387 952	12 600 000
Felles kompetansemoduler	4 800 000	4 800 000	4 800 000
E-læringstilbud	5 000 000	5 000 000	5 000 000
Kompetansevurdering, del 1	20 000 000	20 000 000	20 000 000
Simulering og ferdighetstrening	2 820 204	2 820 204	2 820 204
Infrastruktur	2 000 000	2 000 000	2 000 000
Utdanningsledelse	5 680 204	5 680 204	5 680 204
Totalt, årlige kostnader	126 950 397	130 262 752	125 164 569
Utviklingsfase	5 680 204	5 680 204	5 680 204

I det følgende vises grunnlaget for beregning av kostnadene ovenfor:

Kursledelse vektet 2,5: Anslått antall kurstimer 6055 nasjonalt ved oppjustering av Bergens tall. Vekting 2,5, beregnet timekostnad l.tr. 80 er kr 1 732,- (50 % forskning i stillingen).

Kursadministrasjon: I modell 1 ligger det en administrativ ressurs til kursarbeid inne. Vi har beregnet at det vil være behov for følgende administrative ressurser ved hvert fakultet: UiO: 5, NTNU: 2, UiB: 3, UiT: 1. Beregnet kostnad ett årsverk administrativ ressurs: kr 697 156,-.

Veilederutvikling: Kurs for LiS ligger i teorikursene for LiS. Tilsetting av en professor i medisinsk veiledning ved hvert fakultet; 1 410 102,- kr. Totalt 5 640 408,- kr. 20 % bistilling ved alle sykehusene; ca 280.000 kr pr stilling (HSØ: 18, HM: 8, HV: 9, HN, 10); til sammen kr 12,6 mill. Kurs for veiledere skissert 100 overleger 2 dager med 1 dags oppfølging årlig i tre år. Til sammen 100 overleger på kurs i 5 dager årlig. Bør deles opp med ca 25 deltakere pr kurs. 5 dagers kurs tilsvarer ca 38 timer kurs. 4 kurs blir 152 timer kursing til 11 497,- kr pr time (Oslos modell) blir 1 747 544,- kr.

19. Inntekter ved kursavgifter er ikke tatt med i beregningene

Felles kompetansemoduler: Eventuelt kursing av LiS går inn i teorikursberegningene. Kursing av veiledere i de ulike faglige områdene krever kapasitetsoppbygging ved universitetene. I tillegg kommer kursing med ukjent omfang. Anslått 50 % stilling ved hvert universitet og ca 170 kurstimer i året.

e-læringstilbud: Kostnad er beregnet til ca kr 250 000 pr e-læringstime i tillegg kommer utvikling av applikasjon med kostnad fra 50 000,- kr til kr 1-2 mill. Dette er et grovt anslag og er avhengig av omfang.

Kompetansevurdering Del 1: 715 kandidater med samme læringsmål. Testing av ca 120 stk om gangen i OSCE til gir et grovt anslag på ca 3,45 kr mill pr gang.

Simulator-ferdighetstrening, pedagogikk: 50 % stilling, på hvert fakultet.

Infrastruktur: Noe kursareal og IT-infrastruktur. Anslått til 2 mill kr til sammen. (Dette er muligens underdimensjonert, spesielt ved utbygging av simulering/ferdighetstrening)

Utdanningsledelse: 50 % professorat og 100 % rådgiver, på hvert fakultet. 705 052 kr + kr 715 000 kr = kr 1 420 051 kr for hvert fakultet, dvs 5 680 204,- kr for alle fire universitetene.

Utviklingsfase: 50 % professorat og 100 % rådgiver, på hvert fakultet. Dette gir 705 052 kr + 715 000 kr = 1 420 051 kr for hvert fakultet, dvs 5 680 204,- kr for alle fire.

I metode 3 er det ikke lagt inn 30 % timelærere. Alle undervisere er beregnet å ha forskningstid. I metode 3b er dette lagt inn at 30 % av kurslærerne får post dok-lønn, uten forskningstid. Metode 1 og metode 3b likner derfor mest på hverandre, og kommer ut med ganske lik sum. Metode 2 er forkastet.

Avhengig av valg av beregningsmetode vil kostnadene til universitetene ved valg av modell 1 forskningsmodellen ligge på *ca 125 mill kr årlig*. Til fratrekk kommer inntekter fra kursavgifter.

7.2.16 Pro et contra ved modell 1 - forskningsmodellen

Universitetene har gjennom prosessen uttrykt ønske og vilje om å bidra i spesialistutdanning av leger. Slik de ser det, er dette også forankret i Lov om universiteter og høyskoler § 1-3 (Institusjonenes virksomhet) som sier følgende i punkt i):

*"Universiteter og høyskolen skal arbeide for å fremme lovens formål ved å ...
(punkt i) - tilby etter- og videreutdanning innenfor institusjonenes virkeområde."*

En klar fordel ved å legge større ansvar til universitetene er at grunnutdanning og spesialistutdanning av leger lettere kan ses i sammenheng. Det vises i denne sammenheng også til universitetenes egen utredning av konsekvenser av overtakelse av de ovennevnte oppgavene.

En annen klar fordel ved modell 1 er at undervisningen sikres en forskningsmessig forankring ved at de som undervisere også har høy akademisk kompetanse innen sine fagområder. Dermed styrkes både fagfeltet og forskningen i spesialiteten. Ikke minst vil dette bidra til at LIS stimuleres til å utføre egen forskning.

Spesialistutdanning er en ny oppgave for universitetene som krever at universitetene øker bemanningen ved å ansette flere i vitenskapelige stillinger. Størrelsen på dette behovet må vurderes ut fra omfanget av universitetenes oppgaver i spesialistutdanningene, hvor stor andel av denne undervisningen som skal gis av universitetslærere, og hvor mye som skal gis av innleide undervisere. For å ivareta kravet om forskningsbasert utdanning, må de som ansettes ved universitetet ha forskningsplikt og - rett med like mye tid avsatt til forskning

og undervisning. Dette kan anses som en ulempe ved at en stor del av utgiftene går til forskningsfinansiering.

7.3 Modell 2: Oppdragsmodellen

7.3.1 Beskrivelse av modellen

En alternativ modell er at all obligatorisk teoriundervisning skjer på oppdrag fra spesialitetsrådet til de aktuelle underviserne via universitetene. Universitetenes oppgaver vil i denne modellen begrense seg til å være kvalitetssikrere i dette arbeidet. Universitetene vil da stå for utvelgelse og kontakt mot sykehusene som engasjeres til å undervise innen sine fagområder. Dette bør fortrinnsvis være overleger med professorkompetanse. På enkelte fagområder bør det trolig innhetens kompetanse internasjonalt.

De øvrige oppgavene vil fortsatt legges til universitetene:

- Bidra i utviklingen av obligatoriske teorikurs, men ikke gjennomføringen
- Bidra i utviklingen av veilederutdanning, men ikke gjennomføringen
- Bidra med pedagogisk kvalitetssikring av e-læringskurs
- Pedagogisk kvalitetssikring av simulator- og ferdighetstrening
- Utvikle tester for kompetansevurdering og gjennomføre kompetansevurdering av leger i spesialisering
- Deltakelse i rådsstrukturen.

7.3.2 Pro et contra ved modell 2 -oppdragsmodellen

I denne modellen vil det ikke måtte tilsettes vitenskapelig personale ved universitetene, men det vil måtte bygges opp kapasitet til en faglig og pedagogisk kvalitetssikring av spesialistutdanningen, samt ressurser til å administrere spesialistutdanningen.

Fordelene med denne modellen er i første rekke av økonomisk art ved at det ikke tilsettes fast ansatte ved universitetene hvorav 50 % av tiden skal være forskning. Dette innebærer at kostnadene til kursholdere i denne modellen vil omtrentlig halveres.

Modellen innebærer at hovedarenaen for gjennomføringen av kurs flyttes fra universitetet og dermed ikke har noen arealmessige konsekvenser for universitetene. Dette betyr nødvendigvis ikke at utgiftene til kurslokaler blir mindre. Det er mulig å anta at noe av kursvirksomheten kan skje i sykehusenes lokaler, men det er ofte vel så knapt om egnede kurslokaler der som på universitetet. Alternativet blir da å leie lokaler på markedet, noe som kan bli dyrt. Uansett vil dette ikke bety at behovet for lokaler øker nevneverdig i forhold til dagens behov.

En stor ulempe ved oppdragsmodellen er at den ikke sikrer en kunnskapsbasert spesialistutdanning i og med at størstedelen av underviserne ikke vil være tilknyttet universitetene.

7.4 Modell 3: Nasjonalt senter-modellen

7.4.1 Beskrivelse av modellen

Det kan tenkes en tredje modell for å administrere spesialistutdanningen av leger nasjonalt ved å etablere et eget nasjonalt senter for spesialistutdanning med følgende oppgaver:

- Engasjere undervisere fra helseforetakene til å delta spesialistutdanningen, både som forelesere og faglig kompetanse i utvikling av nye pedagogiske undervisningsformer
- Finne egnede kurslokaler i samarbeid med helseforetakene
- Administrere informasjon om planlagte og avholdte kurs.

Undervisere vil her engasjeres fra sykehusene etter anbefaling fra spesialitetsrådene.

Et slikt senter vil primært ha administrative oppgaver og kan eksempelvis knyttes til det foreslåtte sekretariatet i Helsedirektoratet som skal drifte rådsstrukturen. Dette vil være naturlig for å sikre tett kobling til fagmiljøene i spesialitetsrådene.

7.4.2 Kostnader ved valg av modell 3- nasjonalt sentermodellen

De samlede kostnader ved nasjonalt sentermodellen vil se slik ut:

Tabell 7.3 Beregning av kostnader for universitetenes de identifiserte oppgaver i ny spesialistutdanning av leger ved modell 3- nasjonalt sentermodellen

	Kostnader til universitetene etter modell 3
Veilederutvikling	7 387 952
Bistillinger 280.000,-	12 600 000
Felles kompetansemoduler	4 800 000
E-læringstilbud	5 000 000
Kompetansevurdering, del 1	20 000 000
Simulering og ferdighetstrening	2 820 204
Totalt, årlige kostnader	52 608 156
Utviklingsfase	5 680 204

Kostnader til stillinger ved universitetene og kursledelse faller i denne modellen bort. I Modell 3 vil undervisere honoreres direkte fra det nasjonale senteret. Det legges da til grunn av kostnadene til undervisningshonorar langt på vei vil kompenseres for gjennom kursavgiftene. Utviklingskostnadene for universitetene vil også reduseres, selv om det her er lagt inn noe på dette.

Veilederutvikling, gjennomføring av kurs i veiledning, utviklings av e-læringstilbud, gjennomføring av kompetansevurdering og pedagogisk bistand i utvikling av simulatorferdighetstrening blir som i modell 1.

Totalt sett blir universitetenes utgifter i denne modellen ca kr 35 mill kr årlig.

Ved valg av modell 3 vil det derimot legges inn kostnader til administrasjon av obligatorisk teoriundervisning, se kapittel 8.1.

7.4.3 Pro et contra ved modell 3 - nasjonalt senter modellen

I denne modellen vil universitetene få redusert sine oppgaver betraktelig, men vil fortsatt ha viktige oppgaver i spesialistutdanningen:

- Bidra i utviklingen av obligatoriske teorikurs, men ikke ha hovedansvar for innholdet og heller ikke ha ansvar for gjennomføring
- Bidra i utviklingen av veilederutdanning, men ikke ha hovedansvar for innholdet og heller ikke ha ansvar for gjennomføring
- Bidra i utviklingen av moderne pedagogiske læringsformer som e-læring, god pedagogikk i ferdighetstrening og god veiledningspedagogikk
- Utvikle tester for kompetansevurdering og gjennomføre kompetansevurdering av leger i spesialisering
- Deltakelse i rådsstrukturen.

Denne modellen vil i enda større grad enn de øvrige modellene ivareta behovet for en nasjonal spesialistutdanning ved at en sentral instans forestår all administrasjon, koordinering og oppfølging av kursvirksomheten. Dette vil sannsynligvis gi noen stordriftsfordeler. Spesialitetsrådene vil i denne modellen måtte stå for den faglige kvalitetssikringen, mens universitetene vil måtte stå for den pedagogiske kvalitetssikringen.

En økonomisk fordel ved denne modellen er at det ikke vil inkludere kostnader til forskning. Den vil imidlertid medføre behov for å bygge opp en kursadministrasjon.

7.5 En samlet vurdering av de tre modellene

Helsedirektoratet har i denne konsekvensutredningen lansert tre modeller for gjennomføring av undervisning av LIS med bistand fra universitetene. Alle de tre modellene ivaretar målsettingen om en nasjonal spesialistutdanning. Av samme grunn er det ikke presentert modeller som innebærer at ansvaret for spesialistutdanningen kan desentraliseres til helseregioner eller universitetssykehus. En slik desentralisering ville etter Helse- direktoratets vurdering med all sannsynlighet føre til parallelle oppbygginger og dermed mer kostnadskrevenne løsninger. Ikke minst vil det lett bli utilsiktede forskjeller i innhold og opplegg.

Avhengig av valg av de tre modellene 1-3, vil de samlede oppgavene i forbindelse med spesialistutdanning av leger ikke øke vesentlig i forhold til i dag, så lenge det holdes fast ved at spesialistutdanningen skal være nasjonal og tilbudene ikke dubleres.

Det er viktig å poengtere at omfanget av de teoretiske kursene og administrasjon i forbindelse med disse vil forbli på samme nivå som i dag. Det er det samme antall LIS som skal ha spesialistutdanning som i dag. Behovet for kurslokaler og undervisere anses følgelig heller ikke å øke.

Det er viktig å poengtere at my av denne aktiviteten som her er kostnadsberegnet allerede finner sted. Når det gjelder de teoretiske kursene, er disse langt på veg selvfinansierende i dag, ved hjelp av kursavgifter. Avhengig av valgt modell, bør disse tilfalle den instans som skal utvikle og gjennomføre kursene.

Etter Helsedirektoratets vurdering innebærer dette i all hovedsak en flytting av eksisterende ressurser. Meraktiviteten knyttet til de tre ovennevnte oppgavene må selvsagt finansieres.

Forskjellen mellom dagens og ny ordning og utgjøres av tre nye oppgaver: etablering av de langsgående felles kompetansemodulene, styrket veiledning og dertil en obligatorisk veilederutdanning, samt innføring av kompetansetesting av spesialister etter del 1,2 og 3.

Når det gjelder økt bruk av ferdighetslaboratorier og simulatortrening, er dette fasiliteter som etter direktoratets vurdering uansett vil måtte utvikles. Det vil likevel være nyttig å foreta en gjennomgang og avklaring av videre oppbygging, finansiering og drift av disse nasjonalt, slik at fasilitetene kan utnyttes best mulig.

For å få en mest mulig helhetlig og nasjonal veilederutdanning som også ses i sammenheng med grunnutdanningen i medisin, anbefaler Helsedirektoratet modell 1. Denne er også konsekvensutredet med størst detaljeringsgrad, og det vises her til en egen konsekvensutredning fra arbeidsgruppen, «Universitetenes konsekvensutredning for spesialistutdanning av leger», NTNU juni 2014. Dersom det viser seg at dette forslaget ikke får gjennomslag, anbefales modell 3 - nasjonalt sentermodellen, som både er kostnadseffektiv og sikrer en nasjonalt og kvalitetsmessig god spesialistutdanning.

I alle tre modellene ligger det imidlertid forslag om at universitetene skal styrke sin rolle og få nye oppgaver, om enn i ulik grad. Felles for de tre modellene er at universitetene skal ha følgende oppgaver:

- Ha en pedagogisk kvalitetssikringsfunksjon ved utvikling av tilbud om simulatortrening og ferdighetstrening
- Ha en pedagogisk kvalitetssikringsfunksjon i utvikling av tilbud om e-læring
- Utvikle og gjennomføre kompetansetesting
- Deltakelse i rådsstrukturen.

Det innebærer at kostnadene til dette vil påløpe for alle de tre modellene.

8 KONSEKVENSER FOR HELSEDIREKTORATET

8.1 Konsekvenser av ny ansvars- og oppgavefordeling

Den foreslåtte ansvars- og oppgavefordelingen utgjør en tydeliggjøring av roller ved at delegering av myndighetens oppgaver med spesialistutdanning opphører. Dette har vært tatt opp i en rekke utredninger over en årrekke.

Når myndighetene skal utføre oppgaver knyttet til myndighetsstyringen, får dette noen økonomiske konsekvenser for Helsedirektoratet.

Oppbygging og drifting av rådsstrukturen vil måtte kreve en viss styrking av direktoratet. Det bør her legges opp til en kostnadseffektiv drift. Det vil likevel være behov for etablering av en ansvarsenhet.

Arbeidet med å lede og koordinere utviklingen av myndighetsoppgavene vil kreve en ledelses- og koordineringsansvarlig. Direktoratet trenger å ha både indremedisinsk og kirurgisk kompetanse i arbeidet med å lede oppbyggingen og driftingen av spesialitetsråd innen de aktuelle områdene. Det anslås tilstrekkelig med ½ stilling innen hver, dvs totalt 1 stilling. Det beregnes også ressurser til arbeidet med de øvrige spesialitetsrådene. Videre vil ledelse og koordinering av utvikling av fellesmoduler vil kreve noe ressurser. Den kanskje største økningen bør imidlertid være ren administrativ støtte for spesialitetsrådene, dvs møteinnkallinger, referatskriving, booking av møterom, arkivering og dokumentstyring.

Tabell 8 Oversikt over kompetansebehovet i Helsedirektoratet

Kompetanse	Stillingsressurs
Kirurgi (etablere og drifte spesialitetsråd innen kirurgiske fag)	50 %
Indremedisin (etablere og drifte spesialitetsråd innen indremedisin)	50 %
Legeressurs (etablere og drifte de øvrige spesialitetsrådene)	50 %
Seniorkonsulent fellesmoduler (etablere og drifte fellesmoduler)	100 %
Administrativ ressurs	250 %
Sum	500 %

I tillegg vil det påløpet kostnader til møtevirksomhet, reiser og opphold.

Som for helseforetakene og universitetene vil oppstartskostnadene for Helsedirektoratet bli større enn driftskostnadene overtid. Overtid vil direktoratet kunne ta ut gevinster både i forenkling av spesialistgodkjenning og godkjenning av utdanningsinstitusjoner.

Med en gjennomsnittlig lønnskostnad på kr 800 000, inkl arbeidsgiveravgift og overhead, innebærer dette en kostnad på 4,5 mil kr. Leie av møtelokaler stipuleres til kr 1 000 000 pr år. Totalt sett gir dette et ressursbehov på 5,5 mill kr.

Resten av kostnadene vil kunne tas av interne midler.

Gevinsten vil i første rekke kunne tas ut i helseforetakene ved at arbeidsmengden i disse rådene vil være noe mindre i og med at tilsynsbesøk flyttes over til myndighetene. Dessuten vil det legges opp til utstrakt bruk av videomøter og elektronisk kontakt der hvor det anses hensiktsmessig.

Ved bedre systemer og verktøy for dokumentasjon og monitorering av den enkelte LIS med resultater fra kompetansetester, ferdighetstrening og gjennomførte e-læringsmoduler, vil også spesialistgodkjenning kunne forenkles betraktelig. Dette vil frigjøre en del årsverk i Helsedirektoratet, men denne gevinsten vil kunne tas ut først etter noen år. Et grovt anslag tilsier et gevinstpotensiale på 3 stillinger, eller ca kr 2,4 mill, inkl overhead og sosiale kostnader.

Dersom modell 3 (opprettelse av et nasjonalt senter for spesialistutdanning) velges (jfr kap 7), vil det måtte beregnes kostnader til kursadministrasjon av de obligatoriske teoretiske kursene.

Det anslås at dette vil kunne la seg gjennomføre ved hjelp av 5 ekstra stillinger a 1,2 mill kr, det vil si totalt *6 mill kr*.

Dersom Legeforeningen satser for undervisere brukes, vil det si at kurshonorarene vil beløpe seg til *ca 27 665 mill kr*, jfr kap 7. Disse bør da administreres av et slikt senter. Helsedirektoratet anslår at kursinntektene langt på vei vil kompensere for disse utgiftene. I følge Legeforeningen går i tillegg ca 1 mill kr med til leie av kurslokaler.

8.2 Detaljutredning og planlegging av implementering

I og med at det foreliggende forslag til spesialitetsstruktur og -innhold er et rammeutkast, vil det måtte foretas en detaljutredning av flere sider ved forslaget før en iverksetting. Dette vil delvis kunne dekkes innen allerede budsjetterte rammer.

Etter at vedtak om implementering er fattet, vil det måtte foretas en detaljert planlegging av implementeringen i samarbeid med alle involverte aktører.

8.3 Samlet vurdering av konsekvenser for Helsedirektoratet

Dersom universitetene skal overta de oppgaver som ligger i forslag til ny spesialitetsstruktur med drifting av ny rådsstruktur vil kostnadene for Helsedirektoratet til dette beløpe seg til 5,5 mill kr pr år. Gevinsten for direktoratet vil anslås å kunne tas ut først om noen år slik at nettoøkningen på sikt blir 3,1 mill kr.

Når det gjelder oppgavedelingen med universitetene (kap 7) vil et eventuelt valg av modell 3 - nasjonalt senter for spesialistutdanning innebære at det vil medgå ressurser til å administrere den teoretiske kursvirksomheten. Her er det beregnet at det vil medgå 6 mill kr til dette.

Til kurshonorar vil det i følge legeforeningen medgå ca 27 mill kr årlig, men direktoratet vurderer kursinntektene som såpass store at dette langt på veg vil oppveie utgiftene.

Det anslås at utgiftene til innleie av forelesere vil veies opp mot kursinntekter, slik at nettokostnadene for valg av denne modellen blir *6 mill kr*.

På grunn av gradvis implementering av del 1-3, betyr innfasingen at valg av modell 3 gir en årlig kostnad på anslagsvis *ca 10 mill kr*, såfremt kursinntektene dekker utgifter til undervisere.

9 RISIKO- OG SÅRBARHETSANALYSE

De viktigste risiki er sammenstilt på neste side med en vurdering av sannsynlighet, alvorlighetsgrad og konsekvens.

Den største risikoen er slik Helsedirektoratet har vurdert det er sannsynligheten for at forslaget om styrket veiledning ikke blir fulgt opp. Det foreslås derfor et stimulerings-tilskudd til sykehusene som kan understøtte styrkingen ved at det opprettes midlertidige engasjementer som kan ta et ansvar for å implementere tiltakene. I tillegg bør det planlegges en nettverksorganisering som sørger for at veiledning gjennom train-the-trainers følges opp og implementeres.

En annen alvorlig risiko er at helseforetakene ikke makter å lage en så god logistikk som det legges opp til i forslaget. Den ovennevnte stillingsressursen er ment som et kompensatorisk tiltak også for dette.

Det vurderes også som en risiko at universitetene ikke blir i stand til å bygge opp sitt tilbud av kurs og kompetansetester, samt inneha de pedagogiske kvalitetssikringsoppgavene de er tiltenkt. Det er derfor også viktig at universitetene får en styrking som muliggjør en vellykket implementering.

Når det gjelder risiko for øvrig, ser Helsedirektoratet at en beslutning om at gastrokirurgi som vaktbærende spesialitet, kan bety at flere mindre sykehus vil både få problemer med å opprettholde nåværende akuttberedskap innen kirurgi og at det kan oppstå større rekrutteringsproblemer innen denne spesialiteten enn det er i dag. Det blir derfor viktig å stimulere til utdanning av flere spesialister innen faget.

Risikoregister			Lav = 0-5	Medium = 6-12	Høy = 13-25		
Risiko- element #*	Detaljert beskrivelse	Ansvar	Sann- synlig- het (A)*	Inn- virkning (B)*	Alvorlig- hets- grad	Score (A*B)	Tiltak
1	Helseforetakene får problemer med å oppnå bedre logistikk i utdanningsløpet	Linjeledere i sykehus	4	5	Høy	20	Det bør utarbeides planer for hver LIS. Valgfri tjeneste avskaffes. Forskning ikke lenger tellende. Krav til implementering i oppdragsbrev som følges opp av myndighetene. Stimuleringsstilskudd til helseforetakene
3	Forslaget om økt veiledning følges ikke opp		4	5	Høy	20	Det rapporteres på veiledning både fra den enkelte LIS og veileder med ansvar for dette. Stimuleringsstilskudd som nevnt ovenfor
4	Gastrokirurgi blir vaktbærende - rekrutteringsproblemer og vansker med å opprettholde akuttkirurgisk beredskap ved enkelte sykehus	RHF/HF	3	5	Høy	15	Krav til kompetanse og organisering av akuttmottak bør være førende for dette
5	Universitetene klarer ikke å bygge opp kurs-tilbud i takt med implementeringen	Universitetene	4	4	Høy	16	Ressurstilførsel til universitetene. Tydelige bestillinger fra spesialitetsrådene
6	Endret organisering av mottak og håndtering av pasienter med generelle indremed tilstander blir ikke fulgt opp	Linjeledere i sykehus	3	4	Medium	12	Sykehusene bør gradvis omorganisere akuttmottakene og avdelingsstrukturen slik at pasienter med generelle indremedisinske problemstillinger som kan håndteres og behandles på en observasjonsavdeling/ intermediaeravdeling også håndteres og behandles der
7	Økt bruk av simulator- og ferdighetstrening, samt større bruk av e-læring kan bli vanskelig å utvikle i takt med behovet og bestillingene	Universitetene	4	3	Medium	12	Kan implementeres gradvis. Samarbeidsmodell mellom helseforetak og universiteter utredes. Utvikle en arbeidsfordeling som er ressurseffektiv og som forhindrer dobbeltarbeid

10 SAMLET VURDERING AV KONSEKVENSER

10.1 Metodiske vurderinger

Den foreliggende konsekvensutredningen gjør ikke krav på å inneholde nøyaktige kostnader og gevinster for samtlige tiltak eller for totalen. Det vil by på store metodiske problemer å beregne gevinster av behandlingskvalitet og pasientsikkerhet av de foreslåtte tiltakene. Det er likevel Helsedirektoratets vurdering at rapporten gir et såpass omtrentelig bilde av konsekvensene at det gir grunnlag for beslutning om videre arbeid med detaljutredning og implementering av ny spesialitetsstruktur.

Etter direktoratets vurdering vil forsøk på ytterligere kvantifisering av kostnader og gevinster gi marginal nytte: På grunn av komplekse årsakssammenhenger mellom tiltak og konsekvens og vanskeligheter med å kvantifisere de kvalitative konsekvensene, vil det neppe la seg gjennomføre. Ikke minst på grunn av forskjeller mellom de sykehusene som skal implementere tiltakene, har de kvalitative vurderingene som her er gjort av pasienten, sykehusene selv og universitetene en langt større verdi.

10.2 Hvilke tiltak vil medføre størst kostnader?

De kostnadsberegningene som her er gjort, tyder det på at noen av tiltakene vil medføre kostnader å implementere.

I forslaget ligger at universitetene overtar oppgaver fra Legeforeningen både når det gjelder administrasjon av spesialistutdanningen, gjennomføringen av obligatoriske teoretiske kurs, samt veiledningskurs. Administrasjon og oppfølging av den enkelte LIS og veilederutdanning foreslås styrket og det vil her kunne påløpe noen ekstra kostnader. Når det gjelder selve gjennomføringen av de teoretiske kursene er formålet med overføring av oppgavene til universitetet å gjøre innholdet i kursene mer standardisert slik at alle landets spesialister innenfor en gitt spesialitet har den samme basiskunnskapen.

Helsedirektoratet har vurdert dette dithen at det ikke vil generere ekstra kostnader totalt sett at universitetene får flere oppgaver, med unntak av de nye oppgavene som foreslås: de felles kompetansemodulene, styrket veiledning og kompetansetesting. Utover disse oppgavene vil det langt på veg bli tale om en omfordeling av midler. Hvordan denne omfordelingen kan skje er ennå ikke ferdig utredet. Universitetene har imidlertid regnet på hvor stor kostnad avvikling av de teoretiske kursene vil ha for dem, og dette kan danne utgangspunkt for videre arbeid med riktig fordeling av midler mellom universitetene, foretakene og legeforeningen.

Her er det viktig å understreke at de fleste kurs i spesialistutdanning av leger i dag er selvfinansierende gjennom kursavgiftene, og inntektene gjennom kursvirksomhet bør tilfalle kursholdere og arrangør.

En gruppe tiltak som vil ha kostnader er den økte satsingen på veiledning, som sammen med innføring av de obligatoriske fellesmodulene anslås til å koste om lag ca 31,5 mill kr pr. år.

Det er videre klart at implementeringen vil måtte trenge noe tilførsel av ressurser for å sikre en god implementering, særlig ute i sykehusene. Det foreslås et stimuleringskudd på 10 mill til dette.

10.3 Hvilke tiltak har størst gevinster?

Den største gevinsten ved de foreslåtte tiltakene vil komme pasientene til gode i form av tryggere tjenester, bedre kvalitet på tjenestene og bedre kommunikasjon mellom lege og pasient.

Det er flere av de foreslåtte tiltakene som vil gi særlige gevinster. Mange av disse vil komme i form av at intensjonene om bedre kvalitet og økt pasientsikkerhet oppfylles. Med et forbedret utdanningsløp med klart definert læringsutbytte i del 1-3 for alle spesialiteter med påfølgende kompetansetesting, samt innføring av de nye kompetansemodulene for alle LIS i tillegg til styrket veiledning, vil legene tidligere både bli faglig gode og trygge i sin rolle. Bedre kommunikasjon og samhandling, økt kompetanse innen etikk, ledelse, organisering og systemforståelse vil gi viktige kvalitative gevinster. Ved at alle leger får basiskompetanse i kunnskapshåndtering og forskningsforståelse, økes muligheten for å gi faglig gode tjenester til pasientene. Til sammen vil disse tiltakene kunne gi betydelige kvalitative og kvantitative gevinster.

Ved å styrke akuttmottakene med solid vurderings- og diagnostiseringskompetanse, er det direktoratets vurdering at dette først og fremst vil komme pasientene til gode i form av mer presis diagnostisering, færre sykehusinnleggelses, mer korrekte henvisninger til viderebehandling og bedre pasientlogistikk. Hva dette vil si i kroner og øre er vanskelig å anslå, men bare dagens kostnader til utbetalinger gjennom NPE antyder at økt kvalitet og pasientsikkerhet også er god økonomi. Det vises her til pasientforeningenes vurderinger om betydningen av en slik spesialitet spesielt utviklet for å håndtere denne arenaen.

Det er også beregnet en økonomisk gevinst av den planlagte effektivisering av spesialistutdanningen der det tas sikte på en forkorting med 1,5 år. Regneeksempelet antyder at det er mye å spare på å effektivisere logistikken i spesialistutdanningen. På grunn av usikkerheten knyttet til dette og ikke minst på grunn av at dette er innsparinger som sykehusene kan ta ut fra sine budsjetter, er det viktig å kun tolke denne beregning i kapittel 11.6 som et uttrykk for at det er gevinster knyttet til å effektivisere utdanningsløpet. Det er imidlertid viktig å poengtere at dette ikke er gevinster som kan tas ut i form av mindre bevilgninger. Omleggingen vil samlet sett kreve stor innsats fra sykehusene, da særlig implementering av bedre veiledning og forbedring av logistikk i utdanningsløpet.

Det blir av avgjørende betydning at det sikres en god implementering i sykehusene, og Helsedirektoratet anbefaler et tidsavgrenset stimuleringskudd til helseforetakene slik at de bedre settes i stand til å oppnå dette.

10.4 Driftsmessige og organisatoriske konsekvenser

Den viktigste organisatoriske og driftsmessige konsekvensen for sykehusene vil være dreiningen mot behovet for generelle enheter, også i store sykehus.

Ved de største sykehusene vil forslagene understøtte en utvikling mot i større grad å organisere akuttmottakene under indremedisinske overbygninger. Forslaget vil videre understøtte opprettelse av observasjonsposter og utredningsenheter i tilknytning til akuttmottakene.

Det er her viktig å understreke at det være opp til sykehusene å organisere sin virksomhet, herunder akuttmottakene, som de best synes ivaretar hensynet til pasientbehandling og drift.

Endelig er det viktig å se eventuelle driftsmessige og organisatoriske endringer i et langtidsperspektiv. Den nye spesialitetsstrukturen vil implementeres gradvis, først del 1 og felles kompetansemoduler, deretter del 2 og endelig del 3. Utvikling og implementering vil ta 6-8 år og de eventuelle organisatoriske og driftsmessige tilpasningene som helseforetakene ser nødvendige vil det dermed være en rimelig planleggingstid til.

10.5 Kostnads- og gevinstutvikling 2015-2025

Rent generelt på at gevinstene er større enn kostnadene. Her vil direktoratet påpeke at det i svært liten grad er regnet på gevinster, men at målet med omleggingen nettopp er å heve kvalitet og pasientsikkerhet og at disse gevinstene metodisk sett er vanskelig å kvantifisere.

I figur 10.1 er kostnads- og gevinstutviklingen illustrert slik den antas å bli. Som figuren viser vil gevinsten bli høyere enn kostnadene fra ca 2020, da effekten av LIS etter ny ordning begynner å bli synlige.

Figur 10.1 Antatt utvikling av kostnader og gevinster



Det er uten tvil behov for oppstartsmidler i en fase hvor gevinstene ennå ikke lar seg realisere. Det anslås at ved oppstart i 2015 vil de første LIS være ferdigutdannet etter ny modell i 2021-22.

I denne perioden skal det bygges opp strukturer som kan utvikle og iverksette ny ordning. De største gevinstene vil først tas ut når utdanningsløpet blir kortere og effekten av høyere kompetanse slår inn på kvaliteten på vurdering, diagnostisering, behandling og oppfølging, samt kommunikasjon. Det anslås at dette gradvis vil skje fra 2016, men først nå et nivå hvor de overskrider kostnadene i ca 2020.

I motsetning til kostnadene som vil avta etter ca 2018, vil gevinstene øke fra ca 2016 og utover.

Samlet sett vil de økonomiske konsekvensene av forslaget etter de foreliggende beregninger og vurderinger gi ganske større gevinster enn kostnadene, særlig på sikt da det er grunn til å anta at gevinstene av forbedringstiltakene vil gi resultater.

Vedlegg: Arbeidsgruppenes sammensetning

Arbeidsgruppe 1 – konsekvenser for pasienter

- Anne-Lene Egeland, Pasient- og brukerombudet
- Arnfinn Aarnes, Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon
- Bjørn Moen, Regionalt brukerutvalg Helse Sør-Øst
- Bjørn S. Hojem, Regionalt brukerutvalg Helse Midt-Norge
- Guro Birkeland, Norsk Pasientforening
- Pål Berger, Regionalt brukerutvalg Helse Vest.
- Werner Johansen, Regionalt brukerutvalg Helse Nord
- Heidi Stien (leder av arbeidsgruppen)

Arbeidsgruppe 2 – konsekvenser for helseforetakene (tittel og arbeidssted kommer)

- Alf Henrik Andreassen, fagdirektør, Helse Bergen HF
- Anne Beate Andersgaard, fagdirektør Helse Sør-Øst, RHF
- Anne Biering, HR-direktør Helse Sør-Øst RHF
- Anne Kristine Fagerheim, fagsjef, Nordlandssykehuset
- Baard Christian Schem, fagdirektør, Helse Vest RHF
- Birger Henning Endreseth, klinikkjef, St Olavs Hospital
- Egil Sandvik, HR-rådgiver, St Olavs Hospital
- Einar Bugge, fagsjef, UNN
- Eiliv Brenna, klinikkjef Medisin, St Olavs Hospital
- Elisabeth Søyland, utdanningsleder, OUS
- Erna Harboe, overlege, Stavanger universitetssykehus
- Fred Mürer, fagsjef, Helgelandssykehuset
- Frode Vartdal, dekan Medisinsk fakultet, UiO
- Gunvor Ånestad, programdirektør, Helse Sør-Øst
- Halfdan Aass, fagdirektør, Vestre Viken HF
- Hans Johan Breidablikk, fagdirektør, Helse Førde
- Hans Ole Siljehaug, direktør helsefag, Helse Midt-Norge RHF
- Hans Olav Fadnes, seksjonsoverlege, Stord sjukehus, Helse Fonna
- Helge Haarstad, medisinsk fagsjef, St Olavs Hospital
- Helle Kristine Schøyen, avdelingssjef, Helse Bergen
- Hilde Christiansen, HR direktør, Helse Vest, RHF
- Kjell Vikenes, avdelingssjef, Helse Bergen
- Knut Langeland, HR direktør, Helse Nord RHF
- Lars Vasli, klinikkjef, Lovisenberg Diakonale sykehus
- Lasse Gøransson, Seksjonsoverlege Med avd, SUS
- Lisbeth Rustad, avdelingsdirektør Helse Bergen
- Odd Jarle Veddeng, fagdirektør, Helse Møre og Romsdal
- Paul Georg Skogen, fagdirektør, Helse Nord-Trøndelag
- Randi Brendberg, fagdirektør Helse Nord RHF
- Randi Tellemand Storeng, utdanningsleder, Med fak, NTNU
- Silje Paulsen, HR-rådgiver, Helse Midt RHF
- Stig Slørdahl, dekan Medisinsk fakultet, NTNU
- Sveinung Aune, HR-direktør, Helse Midt, RHF
- Tobias Bøggild-Povlsen, ass HR-direktør Helse Sør-Øst RHF
- Irene Sørås, seniorrådgiver Helsedirektoratet (leder av arbeidsgruppen)

Arbeidsgruppe 3 - universitetene

- Arnfinn Sunnsfjord, dekan, Helsevitenskapelig fakultet, UiT
- Elin Skog, seksjonssjef utdanningstjenester, Helsevitenskapelig fakultet, UiT
- Arne Tjølsen, visedekan, Det medisinsk-odontologiske fakultet, UiB
- Linn Aarvik, seniorkonsulent, Det medisinsk-odontologiske fakultet, UiB
- Frode Vartdal, dekan, Det medisinske fakultet, UiO
- Mette Groseth-Langballe, seksjonssjef økonomiseksjonen, Det medisinske fakultet, UiO
- Irene Sørås, prosjektleder, Helsedirektoratet
- Anne Kristine Fagerheim, fagsjef, Nordlandssykehuset
- Helge Hårstad, medisinsk fagsjef, St Olavs Hospital
- Elisabeth Søyland, utdanningsleder, OuS
- Tore Romundstad, seksjonssjef studieseksjonen, Det medisinske fakultet, NTNU
- Andreas Slettebak Wangen, controller, Økonomiavdelingen, NTNU
- Hilde Grimstad, prodekan utdanning, Det medisinske fakultet, NTNU (leder arbeidsgruppen).

Arbeidsgruppe 4 Spesialitet i akuttmottak

- Anne Taule, klinikkssjef Mottaksklinikken, Haukeland sykehus
- Dag Jacobsen, OUS
- Erna Harboe, avdelingsoverlege SUS
- Fred A Mürer, fagsjef Helgelandssykehuset
- Hans Johan Breidablikk, fagdirektør Helse Førde
- Nezar Raouf, overlege SØ-HF
- Sindre Mellesmo, St Olavs Hospital
- Terje Tollåli, fagsjef Nordlandssykehuset
- Øystein Stubhaug, Gjøvik sykehus
- Yngve Mikkelsen, Ahus
- Hans Petter Aarseth, Helsedirektoratet (leder av arbeidsgruppen)



Helsedirektoratet

Postadresse: Pb. 7000

St. Olavs plass, 0130 Oslo

Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01

E-post: postmottak@helsedir.no

www.helsedirektoratet.no