

# Lokalbaserte tjenester og samhandling med kommunen

Delrapport II fra arbeidsgruppe  
Helse Sør-Øst RHF  
Delprosjekt 3 Hovedstadsprosessen  
Juni 2008

<b>1. SAMMENDRAG</b> .....	<b>1</b>
Prinsipper for utdanning .....	1
Prinsipper for forskning.....	1
Prinsipper for breddekompetanse.....	2
Prinsipper for samhandling og samhandlingskompetanse.....	2
Prinsipper for akuttmottak og akuttmedisinsk kompetanse.....	3
Laveste effektive kompetansenivå.....	3
Prinsipper for fagutvikling.....	3
<b>2. INTRODUKSJON</b> .....	<b>5</b>
2.1.    INNLEDNING.....	5
2.1.1.    Gruppas sammensetning og arbeidsform .....	5
2.2.    RAMMEBETINGELSER FOR ARBEIDET.....	6
2.2.1.    Nasjonal politikk og regelverk.....	6
2.3.    PLAN FOR OMSTILLING OG UTVIKLING I HELSE SØR-ØST .....	7
2.3.1.    Forskningsstrategi for Helse Sør-Øst.....	7
2.3.2.    Styresak 038/2008.....	8
2.3.3.    Universitetssykehusstruktur og -funksjoner.....	9
<b>3. GRUPPAS VURDERINGER OG ANBEFALINGER</b> .....	<b>9</b>
3.1.    LOKALSYKEHUSENES ROLLE INNEN UTDANNING OG FORSKNING.....	9
3.1.1.    Utdanning.....	10
3.1.2.    Forskning.....	11
3.1.3.    Prinsipper – utdanning og forskning ved lokalsykehus.....	11
3.1.3.1.    Utdanning.....	11
3.1.3.2.    Forskning.....	12
3.2.    KOMPETANSE OG FAGUTVIKLING.....	12
3.2.1.    Breddekompetanse og samhandlingskompetanse .....	13
3.2.1.1.    Breddekompetanse.....	13
3.2.1.2.    Samhandlingskompetanse .....	15
3.2.2.    Akuttmottak og akuttmedisinsk kompetanse.....	15
3.2.2.1.    Akuttmedisinsk kompetanse.....	15
3.2.2.2.    Kvalitet i akuttmottakene .....	17
3.2.3.    Prinsipper – kompetanse og fagutvikling.....	17
3.2.3.1.    Breddekompetanse.....	18
3.2.3.2.    Samhandling og samhandlingskompetanse.....	18
3.2.3.3.    Akuttmottak og akuttmedisinsk kompetanse.....	19
3.2.3.4.    Laveste effektive kompetansenivå .....	19
3.2.3.5.    Fagutvikling.....	19

# 1. Sammendrag

Arbeidsgruppa som ble nedsatt av Helse Sør-Øst i Hovedstadsprosessens første fase for å utrede innholdet i lokalbaserte tjenester og samhandling med kommunen, beskriver i denne andre delrapporten sine anbefalinger i forhold til følgende punkt i gruppas mandat:

- Hvilke tiltak er nødvendig for å styrke forskningen og sikre riktig og oppdatert kompetanse og god fagutvikling hos medarbeiderne, som understøtter utviklingen av både av lokalbaserte og områdebaserte sykehusfunksjoner av høy kvalitet?.

Nedenfor gjengis de prinsipper gruppa har formulert.

## **Prinsipper for utdanning**

- Lokalsykehusene må ha en sentral rolle i grunnutdanningen av helsepersonell, i nært samarbeid med universitetssykehusene. Undervisning ved lokalsykehus forutsettes lagt opp i tråd med nasjonale faglige standarder og i samråd med Universitetet i Oslo
- Universitetsressurser til undervisning må benyttes også ved lokalsykehus når og i den grad universitetets undervisningsoppgaver og forpliktelser legges til lokalsykehus (uten egen universitetsfunksjon).
- Avtalespesialister skal være en del av utdanningsløpet for legespesialister.
- Det må etableres forpliktende avtaler mellom høgskoler/universitet og Helse Sør-Øst som sikrer hensiktsmessig bevegelse mellom de ulike sykehusnivåene som en del av utdanningsløpet.
- Utdanningskapasiteten for ulike grunn- og spesialistutdanninger/spesialiseringer må fastsettes med utgangspunkt i behovsanalyser.
- Helseforetakene må organiseres på en slik måte at de også som utdanningssted for helsepersonell bidrar til å møte de store befolkningsgruppens behov for helsetjenester.
- Helseforetakene må bidra kunnskapsmessig til å gjøre primærhelse/legetjenesten i best mulig stand til å behandle pasientene i nærmiljøet.
- Utdanningsinstitusjoner og helseforetakene må søke å etablere en felles forståelse av utdanningsbehov og god standard. Helseforetakene må sikre gode praksisplasser med nødvendig oppfølging og nok tid og rom for gode læringssituasjoner. Veiledning av studenter og elever må prioriteres i arbeids-/turnusplaner og gode rollemodeller identifiseres og motiveres for veiledningsoppgaver (blant annet ved økonomisk kompensasjon). Utdanningsinstitusjonene må sikre at utdanningsplaner er innrettet for å møte helsetjenestene behov for kompetanse (blant annet ved økt fokus på brukermedvirkning, helhetlige behandlingsforløp, pasientsikkerhet, tverrfaglig samarbeid, sykdom hos eldre mv.)
- Helseforetakene må gi rom for faglig utvikling og selvstendig arbeid og være attraktive arbeidsplasser som evner å rekruttere til helsefaglige utdanninger.

## **Prinsipper for forskning**

- Det skal være klinisk forskning av høy kvalitet ved lokalsykehus, jfr. styrets vedtak i sak 050-2008 "Forskningsstrategi for Helse Sør-Øst".

- Forskning ved lokalsykehus må utvikles ved etablering av forskningsnettverk/forpliktende samarbeid med tunge forskningsinstitusjoner/forskningsmiljøene på område- og regionsykehus.
- Kvalitet og etikk i forskning må ivaretas gjennom tydelige ansvarslinjer for forskning i alle helseforetak samt formelle veilederfunksjoner og tilknytning av enkeltforskere til allerede etablerte forskningsmiljøer.
- Det må legges til rette for at ansatte innen alle relevante yrkesgrupper kan drive med forskning. Dette gjøres ved bla. å opprette kliniske stillinger der deler av arbeidstiden er avsatt til forskning knyttet til høgskole- og/eller universitetsmiljø.
- Forskningsmidler må styres mot områder der det er behov for ny/oppdatert kunnskap og kompetanse.

### **Prinsipper for breddekompetanse**

- For å møte behovet for breddekompetanse, må det satses målrettet på slik utdanning. Det må foregå en omprioritering fra spisskompetanse til breddekompetanse.
- Det bør utredes nærmere hvordan man gjennom grunn- og videreutdanningene for leger og sykepleiere best kan etablere den breddekompetanse og akuttmedisinsk kompetanse som det er behov for i helsetjenesten. Det må herunder legges til rette for at lokalsykehus kan inngå som praksissted i deler av utdanningstiden for flere medisinske spesialiteter.
- Det må etableres akuttgeriatriisk sengeenhet ved alle sykehus med lokalsykehusfunksjon. Det må bygges opp kompetente tverrfaglige team for å møte utfordringene til denne pasientgruppen. Akuttgeriatriisk metodikk benyttes. Geriatriisk fagkompetanse er viktig.
- Det må etableres sengeenhet for ortopediske geriatriiske pasienter (lavenergifrakturer) ved sykehus som behandler denne pasientgruppen. Det bygges opp kompetente tverrfaglige team for å møte utfordringene til denne pasientgruppen. Geriatriisk kompetanse er viktig.
- Det må opprettes spesialiststillinger i generell indremedisin både ved lokalsykehus og ved områdesykehus.
- Helse Sør-Øst og de øvrige regionale helseforetak må, i tråd med krav i oppdragsdokumentet de senere år, bidra til etablering av flere utdanningsstillinger i geriatri.
- Tjeneste ved sykehjem må, i tråd med tidligere vedtak i Helse- og omsorgsdepartementet, snarlig gjøres tellende i legespesialistutdanningen. Slik tjeneste bør gjøres attraktiv ved for eksempel å etablere delte stillinger med tjeneste både i sykehus og sykehjem både for leger i spesialistutdanning og for spesialister.
- Det må være slagenheter ved alle lokalsykehus
- Organiseringen må tilpasses lokale forhold

### **Prinsipper for samhandling og samhandlingskompetanse**

- Tverrfaglig arbeid og kunnskap om hverandres kompetanse, rolle og bidrag til pasientens behandling må understøttes gjennom teoretisk undervisning og organisering av praksisplasser. Dette gjelder også mellom forvaltningsnivåene.
- For å skape synergi og bidra til helhetlige pasientforløp bør det søkes etablert løsninger der sykehusspesialister bidrar inn i pasientbehandling i primærhelsetjenesten. Dette er

spesielt aktuelt for forsterkede korttidsavdelinger/korttidsavdelinger i sykehjem. Faglig ansvar bør ligge i akuttgeriatrisk sengeenhet.

- Samhandling må baseres på klare ansvarsforhold skissert gjennom inngåtte avtaler.
- Ved lokalsykehus må det være stillinger for både leger og sykepleiere med ansvar for samhandling.
- Gjensidig hospitering mellom lokalsykehus og kommunehelsetjenesten, herunder fastlegene, og mellom lokalsykehus og mer spesialiserte sykehus må etableres for å skape nødvendig kunnskap for samhandling.
- Det må etableres formelle samhandlingsarenaer for kunnskapsformidling mellom fastleger avtalespesialister og lokalsykehus.
- Forskning og innovasjon på samhandlingsfeltet bør stimuleres ved bruk av insentiver.

### **Prinsipper for akuttmottak og akuttmedisinsk kompetanse**

- Organiseringen må sikre at de relevante spesialistene er tilgjengelig for vaktteamene i akuttmottakene:
  - Vakthavende leger i utdanningsstilling for de fagene som mottar en betydelig andel ø. hjelp bør ha sitt arbeidssted i akuttmottaket
  - Fag som mottar en betydelig pasientstrøm ø. hjelp bør søke å plassere en egnet produksjonsenhet i eller i nærhet av akuttmottaket, for å sikre nær og god tilgjengelighet også av overlegekompetanse (synergi). Produksjonsenheten tilpasses fag og pasientstrøm. Eksempler er brystsmerteenhet, overvåkningsenhet, akuttpoliklinikker for forskjellige fagområder. Observasjonspost kan være egnet, men kan også føre til fragmentering av pasientforløp og må vurderes konkret opp mot de øvrige lokale forhold for best å nå målet
- Det må etableres en kultur som bidrar til en lav terskel for å etterspørre nødvendig kompetanse (bestillerkompetanse) og sikres et leverandøransvar for denne
- Det må etableres et system for dokumentasjon og virksomhetsregistrering ved akuttmottak
- Fastlegenes akuttmedisinske kunnskap må styrkes gjennom deres videre- og etterutdanning.
- De prehospitale tjenester må styrkes. Paramedicsfaget må videreutvikles, telemedisinske løsninger må utvikles og tas i bruk i de prehospitale tjenestene, og disse tjenestene må ha en faglig forankring ved akuttmedisinske miljøer ved sykehus

### **Laveste effektive kompetansenivå**

- Det må legges till rette for kortere formelle spesialistutdanninger innen helsefag for å løse definerte oppgaver, for eksempel for operasjonsassistenter.

### **Prinsipper for fagutvikling**

- Fagutvikling er en kontinuerlig prosess som krever særlig ledelsesfokus. Det må legges til rette for fagutvikling både på system- og individnivå.
- Kvalitetsforbedring og fagutvikling på områder som er særskilt viktige prioriteres.

- Det lages kompetanseplaner for alle ansatte. Disse nyttes for å utvikle eget personell og for målrettet å understøtte utvikling på områder der en ikke har nødvendig kompetanse for å sikre god behandling av høy kvalitet.
- Det bør opprettes egne stillinger med hovedansvar for å sikre fagutvikling og kvalitetsforbedring nært pasientene.

## 2. Introduksjon

### 2.1. Innledning

Arbeidsgruppa som her leverer sin annen delrapport, ble oppnevnt at Helse Sør-Øst i januar 2008, som følge av styrets vedtak i sak 68/2007, Samlet program for utvikling og omstilling av Helse Sør-Øst, i desember 2007. Gruppas har utredet problemstillinger knyttet til organisering av somatiske lokalbaserte funksjoner og samhandling med kommunene. Det vises til delrapport I, som ble levert i mars 2008. Her fremgår gruppas samlede mandat, arbeidet frem til første delrapport ble levert og gruppas anbefalinger knyttet til de deler av mandatet som ble behandlet før påske.

Gruppa fikk på oppstartsmøtet i januar anledning til å utsette ett punkt i mandatet til etter styremøtet i april. Dette punktet i mandatet, som besvares i denne andre delrapporten, lyder:

- Hvilke tiltak er nødvendig for å styrke forskningen og sikre riktig og oppdatert kompetanse og god fagutvikling hos medarbeiderne, som understøtter utviklingen av både av lokalbaserte og områdebaserte sykehusfunksjoner av høy kvalitet?

Styret i Helse Sør-Øst tok på styremøtet 16.-17. april, i sak 038/2008, stilling til overordnede prinsipper for den fremtidige organiseringen av spesialisthelsetjenestene i helseregionen. Dette vedtaket legger føringer for de vurderinger og anbefalinger gruppa her presenterer (se senere avsnitt om dette).

#### 2.1.1. Gruppas sammensetning og arbeidsform

Endre Sandvik, direktør ved Legevakten i Oslo har ledet arbeidsgruppa. Maren Skaset, prosjektleder i Helse Sør-Øst, har vært gruppas sekretær.

Medlemmer av gruppa: Lena Gjevert klinikkisjef Aker universitetssykehus HF, Arne Lie stabssjef Akershus universitetssykehus HF, Torkel Rud avtalespesialist, Kjell A. Dalby avtalespesialist, Ivar Dahl ass. direktør Blefjell sykehus HF, Jacob Mosvold sjeflege Diakonhjemmet sykehus AS, Vegard Høgli medisinsk fagsjef Helse Sør-Øst RHF, John Martinsen brukerutvalget Helse Sør-Øst RHF, Signe Ramberg brukerutvalget Helse Sør-Øst RHF, Asger Bentzen KTV, Bjørn W. Knudsen, KTV Fagforbundet Helse Sør-Øst RHF, Kirsten Brubakk KTV Sykepleierforbundet Helse Sør-Øst RHF, Terje Keyn KTV Akademikerne Helse Sør-Øst RHF, Siri Cathrine Rølland KTV San Helse Sør-Øst RHF, Tommy Johansen konsernverneombud Helse Sør-Øst RHF, Pål Lorentzen Rådmann Eidsvoll kommune, Ingerd Saasen Backe rådgiver KS, Bjørn Holm viseadm. direktør/sjeflege Lovisenberg Diakonale Sykehus, Peter Martin medisinsk fagsjef Oslo kommune, Solveig Nyhamar pleie og omsorgssjef Oslo kommune, Finn Bovim bydelsoverlege Oslo kommune, Katja Urwitz Iversen fagsjef Ringerike sykehus HF, Ole Tjomsland medisinsk fagdirektør Sykehuset Asker og Bærum HF, Einar Husebye klinikkisjef Sykehuset Buskerud, Morten Bækkevar avd. overlege Sykehuset i Vestfold HF, Grethe G. Fossum divisjonsdirektør Sykehuset Innlandet HF, Grunde Grimsrud seksjonsleder Sykehuset Telemark HF, Per G. Weydahl divisjonsdirektør Sykehuset Østfold HF, Per Kristian Hyldmo klinikkisjef Sørlandet sykehus HF og Just Ebbesen divisjonsdirektør Ullevål universitetssykehus HF.

Gruppa har hatt ett møte 23. april 2008 for å diskutere den delen av mandatet som inngår i denne delrapporten. På møtet møtte spesialrådgiver Halvor Gude for Ole Tjomsland, kommuneoverlege i Sandefjord Ole Henrik Augestad for Ingerd Saasen Backe, FoU-direktør

Inger Holen for Per Kristian Hyldmo, forskningsdirektør Stein Vaaler for Arne Lie, prosjektleder Gunn Karin Slaaen Rørvik for Ivar Dahl og Per Gerlyng for Bjørn Holm.

Møtet ble innledet med tre foredrag:

- Registrering av alvorlighetsgrad ved akutt innleggelse v/ overlege Anette Høyen Ranhoff Diakonhjemmet sykehus
- Hvordan sikre riktig og oppdatert kompetanse og god fagutvikling hos legene, herunder breddekompetanse. v/Hege Gjessing, Yngre legers forening
- Hvordan sikre riktig og oppdatert kompetanse og god fagutvikling hos sykepleierne. v/Mette Dønåsen, fagsjef i Norsk sykepleierforbund

Rapporten er skrevet med utgangspunkt innspill fra gruppearbeidene i møtet, skriftlige innspill fra gruppemedlemmer og innspill fra medlemmer på utkast til sluttrapport II.

## **2.2. Rammebetingelser for arbeidet**

### **2.2.1. Nasjonal politikk og regelverk**

I følge lov om spesialisthelsetjenester er utdanning av helsepersonell og forskning to av sykehusene lovpålagte oppgaver. Av loven fremgår det videre at de regionale helseforetakene skal sørge for at behovet for undervisning og opplæring av helsefaglige elever, lærlinger, studenter, turnuskandidater og spesialister dekkes innen helseregionen. Sykehusene har også plikt til skal gi kommunehelsetjenesten råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevd for at kommunehelsetjenesten skal kunne løse sine oppgaver (§6-3).

Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten innebærer at den/de ansvarlige for virksomheten blant annet skal sørge for at arbeidstakerne har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor det aktuelle fagfeltet.

Universitetene og høyskolene er i stor grad autonome, og er gitt det faglige, økonomiske og administrative ansvaret for utdanningene de tilbyr. Universitetene fastsetter selv det faglige innholdet i utdanningene. I høyskolesektoren er den faglige friheten begrenset for utdanninger med nasjonale rammeplaner.

Videreutdanning er formalisert tilleggstudanning ved fagskoler, høyskoler eller universiteter. Betegnelsen etterutdanning benyttes om annen utdanning som bidrar til arbeidsrelatert kompetanseutvikling.

Spesialistutdanningene for leger, tannleger og optikere er i ulik grad, praksisbaserte videreutdanninger, som leder til offentlig spesialistgodkjenning. I tillegg har flere yrkesorganisasjoner etablert egne "spesialistutdanninger" og godkjenningsordninger. Både videreutdanning og etterutdanning er ledd i personellens kompetanseutvikling, og gjennomføres som regel som et tiltak i et arbeidsgiver-/ arbeidstakerforhold.

Myndighetene har et overordnet ansvar for å dimensjonere enkelte av utdanningene for å bidra til å sikre tilstrekkelig og kompetent personell i helsetjenesten. Den enkelte virksomhet må imidlertid møte kompetansebehovet med et bredt spekter av tiltak. Virksomhetenes evne til målrealisering vil avhenge av i hvilken grad virksomheten klarer å rekruttere, disponere, forvalte og utvikle kompetansen gjennom videreutdanning og etterutdanning.

Når det gjelder legers spesialistutdanning har Helse- og omsorgsdepartementet det overordnede ansvaret, og fastsetter både spesialitetsstruktur og spesialitetsregler. Legeforeningen har tradisjonelt hatt, og har fortsatt, en sentral rolle i

legespesialistutdanningen. I 1999 ble Nasjonalt Råd for spesialistutdanning av leger og legefording etablert, som ledd i å styrke den statlige styringen med spesialistutdanningen og legefordingen. Nasjonalt Råd gir råd både til Sosial- og helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet i spørsmål knyttet til spesialistutdanningen og legefording.

*Alt i alt* innebærer dette at når det gjelder utdanning ligger hovedansvaret for den teoretiske delen av denne på utdanningsinstitusjonene. Helsetjenesten er imidlertid en viktig praksisarena for personellet både i grunn- og videreutdanningene, og helsetjenesten har et ansvar for å bidra til opprettholde og utvikle kompetansen hos egne ansatte.

## **2.3. Plan for omstilling og utvikling i Helse Sør-Øst**

### **2.3.1. Forskningsstrategi for Helse Sør-Øst**

Å styrke forskningsinnsatsen var et viktig mål ved sammenslåingen av Helse Sør-Øst. Forskning er ett av fem innsatsområder i Utvikling og omstillingsprogrammet i Helse Sør-Øst RHF, på lik linje med Hovedstadsprosessen. Det nye sammenslåtte forskningsutvalget i Helse Sør-Øst har utarbeidet et utkast til felles forskningsstrategi for Helse Sør-Øst RHF 2008-2011. Viktige forslag her, med relevans for lokalsykehusgruppa, er:

- Universitetssykehusene innen regionen skal ha et særskilt ansvar for basal- og translasjonsforskning og teknologisk avansert forskning, samt forskerutdanning. Andre sykehus bør primært utvikle forskning med utgangspunkt i pasientnære kliniske problemstillinger, epidemiologiske prosjekter og helsetjenesteforskning, inklusive forskningsmessig utnyttelse av behandlingskvalitetsregistre.
- Det etableres et krav i driftsavtalen (oppdragsdokumentet) mellom RHF og det enkelte HF om bruk av minst 1 % av basisbudsjettet til forskning ved ikke-universitetssykehus, samt en økning ved universitetssykehus, slik at andelen av budsjettet til forskning skal være høyere enn i 2007. Opptrappingen til målet om 1 % av basisbudsjettet til forskning ved ikke-universitetssykehus er en betydelig styrking av forskningsaktiviteten perifert og må gjennomføres innenfor en realistisk tidsramme over flere år. Nærmere anbefalinger av basisrammefinansieringen ved universitetssykehusene avventer utredningen av universitetssykehusstruktur og -funksjon. Det bør være et langsiktig mål at 5 % av driftsbudsjettet i regionen benyttes til forskning og innovasjon.
- Helse Sør-Øst RHF skal legge til rette for ansettelse av forskningskompetente medarbeidere fra universiteter, høyskoler og andre institusjoner i bistillinger ved ikke-universitetssykehus, og tilsvarende arbeide for at forskningskompetente ansatte ved ikke-universitetssykehus kan få mulighet til å få bistillinger ved universiteter og høyskoler. Ordningen med eksternt finansierte professorater ved ikke-universitetssykehus må opprettholdes. Det er en nødvendig forutsetning for å få velfungerende forskningsnettverk i regionen, og for å skaffe kvalifiserte og formelt godkjente hovedveiledere for doktorgradsstudenter ved ikke-universitetssykehus.

Utkastet til forskningsstrategi har vært ute på høring med frist 10. april 2008.<sup>1</sup> I høringen kom det frem at det er bred enighet om at strategiens ambisjon om å legge til rette for forskning ved alle helseforetak og den erklærte langsiktige mål om at 5 % av driftsbudsjettet i regionen

---

<sup>1</sup> se: [http://www.helse-sorost.no/modules/module\\_123/proxy.asp?D=2&C=15&I=682](http://www.helse-sorost.no/modules/module_123/proxy.asp?D=2&C=15&I=682)

skal benyttes til forskning og innovasjon<sup>2</sup> Det var også positiv reaksjon på fagspesifikke forskningsnettverk og regional forskningsstøttefunksjon. Det er i høringsrunden blitt påpekt at det er behov for å avklare forholdet til høgskoledrevet forskning.

Endelig forslag til forskningsstrategi ble lagt frem styret i Helse Sør-Øst på møtet 22. mai 2008. Styret fattet blant annet følgende vedtak:<sup>3</sup>

- Styret godkjenner foreliggende utkast som forskningsstrategi for Helse Sør-Øst for perioden 2008-2011. Det presiseres at Ressursinnsatsen til forskning skal styrkes over tid og 5 % av driftsbudsjettet er et langsiktig mål for ressursbruk til forskning og innovasjon og utviklingsarbeid knyttet til forskning og innovasjon. Tempoet i økningen vil være avhengig av den generelle budsjettsituasjonen i Helse Sør-Øst RHF. Finansiering av forskning skal skje innenfor tilgjengelige budsjetttrammer. Eventuelle eksterne midler vil komme i tillegg. Målene for ressursinnsatsen til forskning er satt eksklusiv ekstern finansiering. En nærmere redegjørelse for forskningsfinansieringen for 2009 legges fram på neste styremøte.
- Styret legger til grunn at det legges til rette for forskning av høy kvalitet ved alle helseforetak.
- Styret legger til grunn at det regionale forskningsutvalget utarbeider konkrete handlingsplaner som ledd i implementeringen av forskningsstrategien. Handlingsplanen legges frem for styret i oktober 2008.

### **2.3.2. Styresak 038/2008**

På styremøtet 16-17. april, ved behandling av sak 038/2008, Omstillingsprogrammet – innsatsområde 1, Hovedstadsprosessen, fattet styret et omfattende vedtak. Vedtaket innebærer at sykehusområder legges til grunn for den videre utviklingen av spesialisthelsetjenesten i Helse Sør-Øst. Spesialisthelsetjenesten innenfor et sykehusområde skal organiseres slik at tjenestene differensieres i lokalbaserte og spesialiserte tjenester. Normalt skal et sykehusområde dekke 80-90% av befolkningens behov for tjenester. Videre angir styrevedtaket bl.a. følgende målbilde:

- Klar rollefordeling/differensiering mellom sykehus
- Laveste effektive omsorgsnivå (LEON)
- Lokalsykehus skal ha tilbud til flertallet av pasientene
- Akutfunksjoner for kirurgi/ortopedi og spesialiserte tjenester samles normalt ett sted
- Spesialiserte funksjoner lokaliseres ut fra optimalt pasientvolum og faglige avhengigheter
- Regionale funksjoner kun ett sted i regionen, faglige avhengigheter ivaretaes
- Overkapasitet må reelt taes ned, både i form av arealer og bemanning
- Samordning av somatikk, rus og psykisk helsevern
- Ressursfordeling sykehus-DPS 50/50 og realisasjon av bygningsmasse innen psykisk helsevern
- Styret samhandling med kommunene

Det vises for øvrig til styrets vedtak.

---

<sup>2</sup> Utkast til forskningsstrategi for Helse Sør-ØstRHF. Sammendrag av høringsuttalelser. Øystein Krüger, forskningssjef Helse Sør-Øst RHF. Foredrag på konferansen "Forskning i Helse Sør-Øst - ny strategi og organisering", 15. april 2008.

<sup>3</sup> Saksdokumenter og vedtatt forskningsstrategi finnes på følgende nettside:  
[http://www.helse-sorost.no/modules/module\\_123/proxy.asp?D=2&C=15&I=841](http://www.helse-sorost.no/modules/module_123/proxy.asp?D=2&C=15&I=841)

Målbildet vedtaket gir for utvikling av tjenesten i Helse Sør-Øst, legges til grunn for arbeidsgruppas anbefalinger. Vedtaket tilsier omstillinger i hele foretaksgruppen i Helse Sør-Øst, men spesielt i sykehusområdet Sentrum. Utviklingen vil innebære endringer i samhandlingen og arbeidsdelingen innad i og mellom sykehus, og mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Dette stiller krav til tilpasninger i kompetansen hos de ansatte.

### **2.3.3. Universitetssykehusstruktur og -funksjoner**

Som del av Hovedstadsprosessen er det nedsatt en arbeidsgruppe som utreder universitetssykehusstruktur og -funksjoner i hovedstadsområdet. Målet med arbeidet er å optimalisere universitetsfunksjonene (forskning og undervisning) i helseforetakene i Helse Sør-Øst RHF. I mandatet inngår å vurdere mulighetene for samling av forskning i helseforetakene i hovedstadsområdet for å oppnå et samlet sett sterkere universitetssykehusmiljø og for å oppnå synergieffekter og effektivisering. Arbeidsgruppa skal blant annet vurdere muligheten for å utvikle ett universitetssykehus i regionen, eventuelt supplert med sykehus med definerte universitetsfunksjoner. Gruppa skal også utrede fordeler og ulemper ved etablering av undervisningssykehus med bred pasienttilgang og mindre forskningsinfrastruktur. Arbeidsgruppa skal levere sin rapport til Samarbeidsorganet innen slutten av mai 2008.

Et poeng i relasjon til gruppas arbeid er at det er universitetet, og i siste instans Kunnskapsdepartementet, som tildeler sykehusene status som universitetssykehus. Et universitetssykehus er et sykehus som har undervisning av medisinske studenter som en definert hovedoppgave. Begrepet "undervisningssykehus" finnes i dag ikke i fakultetets vokabular.<sup>4</sup>

## **3. Gruppas vurderinger og anbefalinger**

### **3.1. Lokalsykehusenes rolle innen utdanning og forskning**

Lokalsykehusene skal i følge styrevedtak 038/2008 betjene flertallet av pasientene i sykehusets opptaksområde. Pasienter med de vanligste lidelsene skal kunne behandles her. Dette er pasientgrupper det er viktig for studenter å møte, og dette er pasientgrupper det er viktig at det drives forskning i forhold til. I tillegg vil lokalsykehusene være viktige samhandlingsarenaer i forhold til førstelinjetjenesten. Også samhandling er det viktig at studenter lærer om, og det er viktig at det utvikles mer forskningsbasert kunnskap om temaet. Alle dagens universitetssykehus i Helse Sør-Øst har lokalsykehusfunksjoner, men omfanget av dette vil trolig endre seg som følge av hovedstadsprosessen. Når man i tillegg legger til grunn at det overordnede målet for Hovedstadsprosessen er at pasientenes behov skal være førende for struktur av og innhold i tjenestene, tilsier dette at lokalsykehus bør ha en sentral rolle innenfor grunnutdanning av helsepersonell og at de bør delta i spesialistutdanningen av leger. I tillegg bør det finne sted forskning, blant annet klinisk forskning, ved lokalsykehus. Det siste understøttes av at forskning er lovpålagte oppgave for sykehusene. Ettersom medisinerstudentutdanning og forskning i hovedsak foregår ved universitetssykehusene, er det imidlertid ikke gitt at det vil være slik.

Med dette som bakteppe er viktige spørsmål i relasjon til utdanning og forskning:

---

<sup>4</sup> Hovedstadsprosessen sett fra Det medisinske fakultet. Dekanus Finn Wisløff. Foredrag på konferansen "Forskning i Helse Sør-Øst - ny strategi og organisering", 15. april 2008.

- Hvordan må utdanning av helsepersonell og forskning organiseres for at personellet skal utvikle kompetanse i samsvar med befolkningens og pasientens behov?
- Hvilken rolle bør lokalsykehusene ha som praksisarena i utdanning av helsepersonell?
- Hvilken rolle bør lokalsykehusene ha innen forskning?
- Hvordan få til god samhandling mellom Universitetet og lokalsykehusene innen forskning og utdanning?

### 3.1.1. Utdanning

Arbeidsgruppa legger til grunn at lokalsykehus må ha en sentral rolle i grunnutdanningen av helsepersonell. Hvordan dette konkret skal gjøres, om det for eksempel skal etableres undervisningssykehus, vil være opp til arbeidsgruppa som utreder universitetsstruktur og universitetsfunksjoner å utrede. Arbeidsgruppa mener imidlertid at man, når det gjelder akademiske stillinger, må vurdere å bruke de samme virkemidlene som i forhold til kliniske stillinger, for å sikre kvalitet i undervisningen. Dvs. at man kan vurdere bruk av hospitering og rotasjon mellom sykehusene for universitetsansatte, evt. kan forskningskompetente medarbeidere fra universiteter, høyskoler og andre institusjoner ha bistillinger ved ikke-universitetssykehus, og forskningskompetente ansatte ved ikke-universitetssykehus ha bistillinger ved universiteter og høyskoler.

Arbeidsgruppa legger også til grunn at lokalsykehus bør inngå som praksissted i deler av utdanningstiden for flere medisinske spesialiteter. Dette kan være et viktig tiltak for å styrke breddekompetansen.

Gitt målet om at pasientenes behov skal være førende for struktur av og innhold i tjenestene, mener arbeidsgruppa at det må arbeides for at utdanningskapasiteten for både grunn- og spesialistutdanninger/spesialiseringer må fastsettes med utgangspunkt i behovsanalyser. Det må være pasientenes behov for tjenester, og ikke personellens ønsker og interesser, som styrer både innhold i og kapasitet innenfor ulike utdanninger. Videre må sykehus/helseforetak organiseres på en slik måte at de også som utdanningssted for helsepersonell bidrar til å møte de store befolkningsgruppens behov for helsetjenester.

For å oppnå dette må blant annet utdanningsinstitusjoner og helseforetak/helsetjenesten søke å etablere en felles forståelse av utdanningsbehov og av hva som er god kvalitet i utdanningene. Helseforetakene må på sin side sikre gode praksisplasser med nødvendig oppfølging og nok tid og rom for gode læringssituasjoner. Veiledning av studenter og elever må prioriteres i arbeids-/turnusplaner og gode rollemodeller identifiseres og motiveres for veiledningsoppgaver (blant annet ved økonomisk kompensasjon). Utdanningsinstitusjonene må sikre at utdanningsplaner er innrettet for å møte helsetjenestenes behov for kompetanse (blant annet ved økt fokus på brukermedvirkning, helhetlige behandlingsforløp, pasientsikkerhet, tverrfaglig samarbeid, sykdom hos eldre mv.)

Funksjonsdelingen som det legges opp til innenfor Helse Sør-Øst vil innebære at studenter og leger under spesialisering trolig må ha tjeneste flere steder for å fullføre sin utdanning. For å tilrettelegge for effektive utdanningsløp vil det da være nødvendig at høyskoler/universitet og helseregionen samarbeider, og ikke minst at helseforetakene innenfor Helse Sør-Øst samarbeider, for å sikre en hensiktsmessig bevegelse mellom de ulike sykehusnivåene som en del av utdanningsløpet. For å få til dette bør det etableres forpliktende avtaler. I tillegg til fastlagte utdanningsløp, vil et aktuelt tiltak være å lage utdanningsløp som gir både forsknings- og spesialistkompetanse. Dersom man gjør dette på fagområder det er ønskelig å styrke, og gjør det på en måte som virker attraktivt på nyutdannede leger, sykepleiere og evt.

andre (bl.a. fysioterapeuter), vil dette kunne være et viktig tiltak både for å styrke fagområder og rekruttering til lokalsykehus.

At helseforetakene ivaretar sin oppgave som utdanningsinstitusjoner og sikrer gode praksisplasser i tråd med behovene, og bidrar til gode og effektive utdanningsløp, er viktig for at de skal være attraktive arbeidsplasser, og evner å rekruttere til helsefaglige utdanninger også i tider der det vil være kamp om arbeidskraften. I tillegg kreves det at de verdsetter sine ansatte, gi rom for faglig utvikling og selvstendig arbeid og etablere et godt arbeidsmiljø.

### **3.1.2. Forskning**

Forskning er en lovpålagt oppgave for alle sykehus. Forskning på lokalsykehus vil være viktig for å bidra til at det etableres ny kunnskap om de pasientgrupper og problemstillinger som lokalsykehusene skal innrette sin virksomhet mot. Dette gjelder blant annet de vanligste lidelsene og samhandling med kommunehelsetjenesten. Videre vil forskning ved lokalsykehusene være viktig for å understøtte styret i Helse Sør-Øst sitt vedtak om at det skal stilles samme kvalitetskrav til tjenestene ved lokalsykehus som til annen spesialisthelsetjeneste. Dette kan oppnås ved å tilrettelegge for forskning ved lokalsykehusene. I tillegg til at forskningen er viktig i seg selv, vil forskning kunne styrke rekrutteringen, bidra til oppbygging av stabile og attraktive fagmiljø, til en mer forskningsbasert praksis og ha en positiv effekt på kvalitetsforbedringsarbeidet. Dette vil i siste ende øke lokalsykehusenes status og hindre et B-sykehusstempel.

På lik linje med kvalitetskravet til den medisinske behandlingen på lokalsykehus, må det stilles de samme kvalitetskrav til forskning ved lokalsykehus, som til forskning i andre deler av spesialisthelsetjenesten. Dette krever tydelige ansvarsforhold for forskning og spesiell tilrettelegging, ettersom lokalsykehusene ikke tradisjonelt har mange akademiske stillinger og sterke forskningsmiljøer. Dette kan blant annet løses, som skissert i utkastet til forskningsstrategi, ved at forskningskompetente medarbeidere fra universiteter, høyskoler og andre institusjoner har bistillinger ved ikke-universitetssykehus, og ved at forskningskompetente ansatte ved ikke-universitetssykehus kan få mulighet til å få bistillinger ved universiteter og høyskoler, samt ved videreføring av ordningen med eksternt finansierte professorater ved ikke-universitetssykehus.

Kvalitet i forskningen på lokalsykehus må sikres gjennom etablering av forpliktende samarbeid med regionsykehusets forskningsmiljøer, andre relevante tunge forskningsinstitusjoner (forskningsnettverk) og eventuelt ved etablering av en regional forskningsstøtteenhet. Spesielt må man ha fokus på forskningsetiske problemstillinger.

Arbeidsgruppa mener at det må legges til rette for at ansatte innen alle relevante yrkesgrupper kan drive med forskning. Det betyr at det må legges til rette for både helsefaglig og medisinsk forskning. For lokalsykehus vil det være viktig å etablere gode samhandlingsarena med høyskolene, som ofte er lokalisert i nærheten av lokalsykehusene. Forskningsmidlene må styres mot områder der det er behov for ny/oppdatert kunnskap og kompetanse.

### **3.1.3. Prinsipper – utdanning og forskning ved lokalsykehus**

#### **3.1.3.1. Utdanning**

- Lokalsykehusene må ha en sentral rolle i grunnutdanningen av helsepersonell, i nært samarbeid med universitetssykehusene. Undervisning ved lokalsykehus forutsettes lagt opp i tråd med nasjonale faglige standarder og i samråd med Universitetet i Oslo

- Universitetsressurser til undervisning må benyttes også ved lokalsykehus når og i den grad universitetets undervisningsoppgaver og forpliktelser legges til lokalsykehus (uten egen universitetsfunksjon).
- Avtalespesialister skal være en del utdanningsløpet for legespesialister.
- Det må etableres forpliktende avtaler mellom høgskoler/universitet og Helse Sør-Øst som sikrer hensiktsmessig bevegelse mellom de ulike sykehusnivåene som en del av utdanningsløpet.
- Utdanningskapasiteten for ulike grunn- og spesialistutdanninger/spesialiseringer må fastsettes med utgangspunkt i behovsanalyser.
- Helseforetakene må organiseres på en slik måte at de også som utdanningssted for helsepersonell bidrar til å møte de store befolkningsgruppens behov for helsetjenester.
- Helseforetakene må bidra kunnskapsmessig til å gjøre primærhelse/legetjenesten i best mulig stand til å behandle pasientene i nærmiljøet.
- Utdanningsinstitusjoner og helseforetakene må søke å etablere en felles forståelse av utdanningsbehov og god standard. Helseforetakene må sikre gode praksisplasser med nødvendig oppfølging og nok tid og rom for gode lærings situasjoner. Veiledning av studenter og elever må prioriteres i arbeids-/turnusplaner og gode rollemodeller identifiseres og motiveres for veiledningsoppgaver (blant annet ved økonomisk kompensasjon). Utdanningsinstitusjonene må sikre at utdanningsplaner er innrettet for å møte helsetjenestene behov for kompetanse (blant annet ved økt fokus på brukermedvirkning, helhetlige behandlingsforløp, pasientsikkerhet, tverrfaglig samarbeid, sykdom hos eldre mv.)
- Helseforetakene må gi rom for faglig utvikling og selvstendig arbeid og være attraktive arbeidsplasser som evner å rekruttere til helsefaglige utdanninger.

### **3.1.3.2. Forskning**

- Det skal være klinisk forskning av høy kvalitet ved lokalsykehus, jfr. styrets vedtak i sak 050-2008 "Forskningsstrategi for Helse Sør-Øst".
- Forskning ved lokalsykehus må utvikles ved etablering av forskningsnettverk/forpliktende samarbeid med tunge forskningsinstitusjoner/forskningsmiljøene på område- og regionsykehus.
- Kvalitet og etikk i forskning må ivaretas gjennom tydelige ansvarlinjer for forskning i alle helseforetak samt formelle veilederfunksjoner og tilknytning av enkeltforskere til allerede etablerte forskningsmiljøer.
- Det må legges til rette for at ansatte innen alle relevante yrkesgrupper kan drive med forskning. Dette gjøres ved bla. å opprette kliniske stillinger der deler av arbeidstiden er avsatt til forskning knyttet til høgskole- og/eller universitetsmiljø.
- Forskningsmidler må styres mot områder der det er behov for ny/oppdatert kunnskap og kompetanse.

## **3.2. Kompetanse og fagutvikling**

Omstillinger stiller krav til kompetanse- og fagutvikling. Det gjelder særlig når omstillingene har som mål å bidra til nye former for samhandling og arbeidsdeling, slik styrevedtaket i

Helse Sør-Øst søker. Omfanget av omstillinger som forventes, og hva som vil være de gode løsningene lokalt, vil imidlertid variere avhengig av geografi og demografi og andre lokale forhold. Det innebærer at hvilken kompetanse som er nødvendig, og hvilke kompetanse- og fagutviklingstiltak som kreves, vil variere mellom sykehusområder og helseforetak. Å sikre riktig og oppdatert kompetanse hos ansatte er et lederansvar. Ledere må definere hvilken kompetanse som trengs, og avklare samsvaret mellom behovet og hva som finnes. For å lukke et eventuelt gap mellom behovet og eksisterende kompetanse, er et aktuelt tiltak å etablere kompetanseplaner for alle ansatte.

### **3.2.1. Breddekompetanse og samhandlingskompetanse**

En stor andel av pasientene ved et lokalsykehus vil ha kroniske og sammensatte lidelser. For å sikre disse pasientene helhetlige tjenester, vil det være behov for personell med bred kompetanse og kompetanse om samhandling med førstelinjen og øvrige deler av spesialisthelsetjenesten. Dette er typer kompetanse som i dag ikke eksisterer i tilstrekkelig grad. Slik kompetanse er ikke bare et resultat av det enkelte helsepersonells kompetanse, men må også sikres gjennom organiseringen av tjenestene. Sentrale spørsmål er derfor:

- Hvilke organisasjonskompetanse bør lokalsykehusene utvikle for å gi pasienter med sammensatte lidelser et helhetlig og breddekompetent tilbud?
- Hvilke tiltak må settes inn for at lokalsykehusene skal få tilstrekkelig breddekompetanse på individnivå, teamnivå og organisatorisk nivå?
- Antall geriater og geriatriske sykepleiere er liten, mens behovet for slik kompetanse øker. Hvilke stimuleringsiltak må settes inn for å motivere helsepersonell til å søke geriatrisk kompetanse og helsetjenesten til å etablere tilstrekkelig antall utdanningsstillinger?
- Samhandlingskompetanse er viktig både opp mot mer spesialiserte sykehus og mot fastleger og kommunehelsetjeneste. Hva er de viktigste områder som må utvikles for å etablere slik kompetanse?

#### **3.2.1.1. Breddekompetanse**

Det er ikke bare i Norge man i dag er opptatt av behovet for mer breddekompetanse. Internasjonalt er det i dag en økende bekymring for at befolkningens behov for sykehustjenester ikke tas godt nok hånd om i et stadig mer spesialisert helsevesen.<sup>5,6,7</sup> Flere steder vurderes tiltak for å styrke breddekompetansen, og da spesielt hos legene, som er den faggruppen der den største oppsplittingen og spesialiseringen av faget har funnet sted. Tiltakene er i hovedsak av to typer: tiltak for å styrke breddekompetansen i eksisterende (lege)utdanninger og etablering av nye spesialiteter for å oppnå det samme. I USA debatteres å revitalisere generell indremedisin, mens det i mange europeiske land diskuteres å gjeninnføre en veldefinert felles grunnutdanning under legers spesialisering innen medisinske og kirurgiske fag (common trunk). I England er større endringer i organiseringen av legenes spesialistutdanning underveis.

---

<sup>5</sup> Lundin, K. E. A. og T. Glomsaker: Ny svensk spesialitetsstruktur, Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 1594

<sup>6</sup> Weinberger SE, Smith LG, Collier VU. Position paper: Redesigning training for internal medicine. Ann Intern Med 2006; 144: under trykking. E-publisert 6.4.2006.

<sup>7</sup> Bauer W, Schumm-Draeger PM, Koebberling J et al. Political issues in internal medicine in Europe. A position paper. Eur J Intern Med 2005; 16: 214 - 7.

I Sverige (som i Danmark og flere andre land i Europa) har man lenge hatt en spesialitetsstruktur med kun det som i Norge kaller hovedspesialiteter. Fra 1.7.2006 innførte Sverige et nytt spesialistutdanningssystem. Den nye strukturen er bygd opp med basisspesialiteter, grenspesialiteter og tilleggsspesialiteter. Begrunnelsen skal være en erkjennelse av at en økende grad av høyspesialisering har ført til et behov for spesialister med bredere kompetanse og med interesse for, og muligheter til, å ta hånd om komplekse og sammensatte kliniske problemstillinger.<sup>8</sup>

I Norge har man, trolig bedre enn i andre land, bevart noe breddekompetanse. Antallet spesialiteter er færre enn i mange land, og man har bevart generell kirurgi og indremedisin som hovedspesialiteter og basis for videre grenspesialisering. På tross av dette er det en bekymring for at kompetansen blir smalere, blant annet fordi flere arbeider i stillinger der de ikke opprettholder sin breddekompetanse. Dette gjelder både kirurger og indremedisinere. Når det gjelder indremedisinen, som vil være kjerneaktiviteten ved et lokalsykehus, var det i 2004, i følge Nasjonalt råd for spesialistutdanning, dobbelt så mange grenspesialister som indremedisinere uten grenspesialitet, og det var dobbelt så mange grenspesialiserte sykesenger som generelle senger i landets indremedisinske avdelinger.<sup>9</sup> Spørsmålet er om dette er i samsvar med behovet i befolkningen.

Legeforeningen fremhever behovet for breddekompetanse i sin rapport om lokalsykehus fra 2006.<sup>10</sup> Foreningen mener man de senere årene i for stor grad har vektlagt spisskompetansen på bekostning av breddekompetansen. I rapporten defineres breddekompetanse slik:

*”Med breddekompetanse forstås evnen til å vurdere helheten ut fra et bredt faglig perspektiv, og den kunnskap, kompetanse og teknologi som kreves for å ivareta pasienter med uavklarte og sammensatte problemstillinger.”*

Legeforeningen omtaler breddekompetanse på *individnivå* (leger med kompetanse og erfaring i å se helhet og utrede bredt, evne og mulighet til å møte pasienter med uavklarte og sammensatte problemer på en helhetlig måte), på *avdelingsnivå* (avdeling med uselektert inntak som møter pasientene med en bred tilnærming), og på *sykehusnivå* (som foreningen mener i stor grad handler om organisering av mottak og pasientflyt, som sikrer ivaretagelse av pasienter med uavklarte lidelser).

Geriatri er en av grenspesialitetene innenfor indremedisin. Til forskjell fra de fleste andre grenspesialiteter, er dette en breddekompetansebasert grenspesialitet. Det er imidlertid få geriater. Av over 1900 indremedisinere i Norge, er det bare ca. 130 geriater. Dette har lenge vært oppfattet som et problem, gitt veksten i antallet eldre som vil komme. For å øke antall geriater, er det i oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene de siste årene stilt krav om at de i forbindelse med fordeling av nye legestillinger skal være særlig oppmerksomme på situasjonen innen indremedisin (særlig geriatri). I oppdragsbrevene for 2007 er de regionale helseforetakene også gitt i oppdrag å utarbeide en regional plan for spesialisthelsetjenester for eldre, som blant annet skal beskrive tiltak for rekruttering av nøkkelpersonell, herunder geriater. For å bedre helsetjenestetilbudet til eldre mennesker har det også de senere årene vært arbeidet med å styrke fagområdet alders-/sykehjemsmedisin. Helse- og omsorgsdepartementet sluttet seg i 2005 til forslag fra Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger om at sykehjemstjeneste under bestemte vilkår skal kunne telle for inntil 6 måneder av spesialistutdanningen innen indremedisin og geriatri og som valgfri utdanning for

---

<sup>8</sup> Lundin, K. E. A. og T. Glomsaker: Ny svensk spesialitetsstruktur, Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 1594

<sup>9</sup> Indremedisinske grenspesialiteter er blodsykdommer, endokrinologi, fordøyelsessykdommer, geriatri, hjertesykdommer, infeksjonssykdommer, lungesykdommer og nyresykdommer.

<sup>10</sup> Lokalsykehusenes fremtidige rolle, av Den norske lægeforening 2006.

øvrige medisinske spesialiteter. Forslaget har foreløpig ikke blitt gjennomført på grunn av problemer med å godkjenne sykehjemmene som utdanningsinstitusjoner, gitt dagens regelverk.

Fordi den formelle spesialiseringen innenfor de fleste andre helsefaglige fagfeltene er mindre omfattende enn innenfor medisinen, er trolig problemet med manglende breddekompetanse mindre for disse faggruppene. Også disse gruppenes kompetanse vil imidlertid trolig være preget av dagens organisering av helsetjenesten, med vekt på spesialisering i stedet for bredde, og av at høyest prestisje har vært knyttet til spisskompetansen.

### **3.2.1.2. Samhandlingskompetanse**

Spesialiseringen i helsetjenesten har økt behovet for team- og samhandlingskompetanse. Team- og samarbeid, både innenfor en avdeling/et helseforetak, men også på tvers av enheter og nivåer, vil være særlig viktig for å etablere helhetlige tjenester til pasienter med kroniske og sammensatte lidelser, og derfor ved lokalsykehusene. Etablering og bruk av riktig sammensatte team er også ett av flere viktige tiltak for å sikre breddekompetanse.

Helsepersonellens utdanninger har ikke i tilstrekkelig grad tatt inn over seg at kvalitet i dagens helsetjeneste i økende grad forutsetter god samhandling mellom flere aktører, og ikke bare god fagspesifikk kompetanse hos den enkelte. Team- og samhandlingskompetanse er en egen form for kompetanse, som blant annet forutsetter kompetanse om de man skal samarbeide med, dvs. om deres kompetanse og roller, og om hvordan helsetjenesten fungerer som system. Slik kompetanse må understøttes både gjennom teoretisk undervisning og ved organisering av praksisplasser. Dette gjelder også på tvers av forvaltningsnivåene.

## **3.2.2. Akuttmottak og akuttmedisinsk kompetanse**

De akuttmedisinske tjenestene innen kirurgi/ortopedi og spesialiserte funksjoner skal, i følge styrevedtaket 17. april, sentraliseres innen et sykehusområde. Samtidig er det viktig med tilstrekkelig akuttmedisinsk kompetanse ved lokalsykehusene. Sentrale spørsmål angående akuttmedisinsk kompetanse er dermed:

- Hvilke tiltak må settes inn for å opprettholde god nok akuttmedisinsk kompetanse ved lokalsykehusene?
- Mange land har spesialitet innen akuttmedisin både hos sykepleiere og leger. Er dette en vei å gå for Norge også, og hvilken hovedrolle skulle en slik spesialitet ha?
- Prehospital medisin utgjør en viktig rolle i den akuttmedisinske kjeden. Hvilke tiltak må settes inn for å bedre denne tjenesten, og hvilke helsepersonell skal inngå i tjenesten?

### **3.2.2.1. Akuttmedisinsk kompetanse**

Behovet for å styrke den akuttmedisinske kompetansen både hos ambulanspersonell, allmennleger og sykehusspesialister drøftes internasjonalt. (Dette er også tatt opp i Norge, blant annet i Traumerapporten<sup>11</sup>). Dette henger sammen med at antallet akuttinnleggelses øker, og det synes å være en erkjennelse av at det generelt ikke er tilstrekkelig kompetanse på dette området. Videre henger diskusjonen sammen med at det også i andre land, jamfør

---

<sup>11</sup> Traumesystem i Norge. Forslag til organisering av behandlingen av alvorlig skadde pasienter. Innstilling fra en arbeidsgruppe nedsatt av RHFene. 18. desember 2006/ Organisering av behandlingen av alvorlig skadde pasienter – Traumesystem. Rapport fra arbeidsgruppe nedsatt av RHF-ene, inkludert vurdering etter høringsrunde 09. oktober 2007.

Helsetilsynets funn i Norge, er faglige problemer knyttet til akuttmottak. Det påpekes ujevn kompetanse hos personalet, bemannings- og rekrutteringsproblemer (tøft arbeid med mye belastning på kveld og natt) osv. Det diskuteres både etablering av nye spesialiteter og samt andre tiltak for å styrke helsepersonellens kompetanse.

Spesialiteten "Accident & Emergency Medicine" (A&E-medicine) finnes i en rekke land, blant annet i England. I England har man i tillegg de siste årene vurdert å etablere en ny spesialitet, eller et eget fagområde i akuttmedisin, som skal bygge på indremedisin.

Ved gjennomgang av spesialitetsstrukturen i Sverige nylig ble det etablert en spesialitet i "akutsjukvård". Dette er den ene av to tilleggsspesialiteter (disse kommer i tillegg til basis- og grenspesialiteter), noe som innebærer at leger med ulike spesialiteter (som kirurgi, indremedisin, anestesi eller annet) kan legge akuttmedisin "oppå" sin tidligere spesialitet. I det nye systemet vil det legges opp integrerte løp, slik at det for eksempel vil bli mulig å bli dobbeltspesialist i indremedisin og akutsjukvård i løpet av 7 år (5+2).

I Danmark arbeides det også med å etablere et eget fagområde for akuttmedisin. Ideen er at utdanningen skal gi et felles kjernekompetanseområde, men at det samtidig skal være rom lokale/regionale forskjeller. Utgangspunktet er arbeidsområde i referansemodellen for felles akuttmottak (FAME), med et særlig fokus på arbeid i mottakelsesområdet (med oppgaver i forhold til primær triage, ressursallokering, primærvurdering og primærbehandling, samt livreddende og stabiliserende behandling).

Felles kjernekompetanseområder i den danske utdanningen vil være:

- Mottakelse av den akutte pasient (triage, vurdering av behandlingsbehov og planlegging av videre forløp, disponering av pasienter og personale)
- Teamledelse, herunder vurdering av behov for å tilkalle assistanse fra spesialteam og fagpersoner forøvrig
- Primær diagnostikk og primær behandling av den akutt syke pasient
- Ferdigbehandling av pasienter innenfor kvalitetsstandarder for pasientforløp
- Samarbeid, kommunikasjon, undervisning, veiledning og feedback, kvalitetsutvikling, dataregistrering i FAME
- Kommunikasjon og samarbeid med prehospitaltjenester og andre ledd i behandlingskjeden

Kompetansen vil ellers variere, avhengig både av forhold hos den enkelte spesialist (for eksempel annen spesialitet) og i det lokale FAME. Det er tenkt at dette skal være en etterutdanning som tas under ansettelse i FAME (2 år). I utdanningen vil inngå workshops med fokus på teamtrening, studieopphold ved utenlandsk akuttmottakelser og supplerende teoretisk utdanning.

Også i Norge er diskusjonen om akuttmedisin som spesialitet begynt. Det pågår nå, i regi av de regionale helseforetakene, et utredningsarbeid i forhold til behovet for en slik spesialitet. Denne utredningen er initiert først og fremst som følge av problemene med å sikre bemanning og god akuttmedisinsk kompetanse ved små sykehus i distriktene.

Legeforeningen har for tiden på intern høring en utredning om spesialistutdanningen for leger. Et forslag i utredningen er formalisering av kompetanseområder bygger på tre eller flere eksisterende spesialiteter i tillegg til spesialitetene.<sup>12</sup> Utredningen vektlegger at etablering av

---

<sup>12</sup> T. Janbu: Fra presidenten: Spesialistutdanningen - ny utredning, Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128:855

kompetanseområder vil bedre helsetilbudet til store pasientgrupper ved at man sikrer en bred faglig kvalitet innen fagfelt som ikke er dekket av én spesialitet. Det gir i tillegg fellesskap og møteplasser for legene som arbeider i fagfeltet, og det vil stimulere til faglig utvikling, både nasjonalt og internasjonalt. Som eksempler på kompetanseområder er nevnt akuttmedisin, allergologi, palliativ medisin, hjerneslag, endovaskulær kirurgi og idrettsmedisin og alders- og sykehjemsmedisin.

### **3.2.2.2. Kvalitet i akuttmottakene**

Kvalitet i akuttmedisinske behandlingsskjeder og i akuttmottak handler ikke bare om kompetanse hos den enkelte ansatte, men også om organisering.

Helsetilsynet har nylig lagt frem sine konklusjoner etter et landsomfattende tilsyn med akuttmottak i den somatiske spesialisthelsetjenesten.<sup>13</sup> Helsetilsynets hovedkonklusjon er at mangelfull styring og ledelse preger hverdagen i akuttmottakene, noe som til tider gir uforsvarlig pasientbehandling. Helsetilsynet trekker frem følgende faktorer som sentrale for å sikre faglig forsvarlig virksomhet:

- At pasientene blir observert og fulgt opp mens de venter, dvs. at det er et forsvarlig system for å prioritere pasientene, slik at hensiktsmessige tiltak blir satt i gang i tide.
- At personal- og kompetanseressursene styres slik at personellet har relevant kompetanse. Hvis nye leger med varierende kompetanse og erfaring er første lege som møter pasienten, må virksomheten sikre kompetansen ved systematisk opplæring i oppgaver og rutiner i akuttmottaket, og ved å ha fleksible og robuste ordninger med lav terskel for å tilkalle mer erfarne leger. Det må også være klart for alle hvem som skal tilkalle ekstra og nødvendig personell ved aktivitetstopper og hverdagskriser.
- Ledelsen må ha oversikt over driften i akuttmottakene (benytte aktivitetstall og systematiske oversikter over pasientstrømmer og ventetider) og gjøre systematiske risikovurderinger for å sikre forsvarlig planlegging og styring av medisinskfaglig og sykepleiefaglig bemanning i akuttmottaket og for å avdekke kritiske trinn i arbeidsprosessene og oppgaveløsningen, i pasientflyt og behandlingsforløp.
- Velfungerende avviksbehandlingssystem.

Helsetilsynet fant mangler ved alle disse forholdene. Alt i alt er tilsynet vurdering at det er for mye tilfeldigheter og ad hoc løsninger snarere enn systematisk styring.

Nasjonale helsemyndigheters oppfølging av funnene i tilsynsrapporten kan føre til nye nasjonale krav. Blant annet er det allerede, i forbindelse med foretaksmøter i mars, blitt lagt til grunn at de regionale helseforetakene må iverksette systematiske tiltak for å få bedre styring, ledelse og drift av akuttmottakene.

### **3.2.3. Prinsipper – kompetanse og fagutvikling**

Mål: Organiseringen må sørge for at alle pasienter har tilgang til den beste tilgjengelige kompetanse for sitt behov i sykehusområdet, dvs. rett kompetanse til rett tid og på rett sted. Utdanning og organisering må understøtte at pasienten til enhver tid møter personell med riktig kompetansenivå i forhold til sine behov (laveste effektive kompetansenivå).

---

<sup>13</sup> "MENS VI VENTER ..." – forsvarlig pasientbehandling i akuttmottakene? Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2007 med forsvarlighet og kvalitet i akuttmottak i somatisk spesialisthelsetjeneste. Rapport fra Helsetilsynet 2/2008, Februar 2008

### **3.2.3.1. Breddekompetanse**

- For å møte behovet for breddekompetanse, må det satses målrettet på slik utdanning. Det må foregå en omprioritering fra spisskompetanse til breddekompetanse.
- Det bør utredes nærmere hvordan man gjennom grunn- og videreutdanningene for leger og sykepleiere best kan etablere den breddekompetanse og akuttmedisinsk kompetanse som det er behov for i helsetjenesten. Det må herunder legges til rette for at lokalsykehus kan inngå som praksissted i deler av utdanningstiden for flere medisinske spesialiteter.
- Det må etableres akuttgeriatriisk sengeenhet ved alle sykehus med lokalsykehusfunksjon. Det må bygges opp kompetente tverrfaglige team for å møte utfordringene til denne pasientgruppen. Akuttgeriatriisk metodikk benyttes. Geriatriisk fagkompetanse er viktig.
- Det må etableres sengeenhet for ortopediske geriatriiske pasienter (lavenergifrakturer) ved sykehus som behandler denne pasientgruppen. Det bygges opp kompetente tverrfaglige team for å møte utfordringene til denne pasientgruppen. Geriatriisk kompetanse er viktig.
- Det må opprettes spesialiststillinger i generell indremedisin både ved lokalsykehus og ved områdesykehus.
- Helse Sør-Øst og de øvrige regionale helseforetak må, i tråd med krav i oppdragsdokumentet de senere år, bidra til etablering av flere utdanningsstillinger i geriatri.
- Tjeneste ved sykehjem må, i tråd med tidligere vedtak i Helse- og omsorgsdepartementet, snarlig gjøres tellende i legespesialistutdanningen. Slik tjeneste bør gjøres attraktiv ved for eksempel å etablere delte stillinger med tjeneste både i sykehus og sykehjem både for leger i spesialistutdanning og for spesialister.
- Det må være slagenheter ved alle lokalsykehus
- Organiseringen må tilpasses lokale forhold

Det vises for øvrig til gruppas anbefalinger i delrapport I, blant annet i avsnitt 3.1.1.3

### **3.2.3.2. Samhandling og samhandlingskompetanse**

- Tverrfaglig arbeid og kunnskap om hverandres kompetanse, rolle og bidrag til pasientens behandling må understøttes gjennom teoretisk undervisning og organisering av praksisplasser. Dette gjelder også mellom forvaltningsnivåene.
- For å skape synergi og bidra til helhetlige pasientforløp bør det søkes etablert løsninger der sykehusspesialister bidrar inn i pasientbehandling i primærhelsetjenesten. Dette er spesielt aktuelt for forsterkede korttidsavdelinger/korttidsavdelinger i sykehjem. Faglig ansvar bør ligge i akuttgeriatriisk sengeenhet.
- Samhandling må baseres på klare ansvarsforhold skissert gjennom inngåtte avtaler.
- Ved lokalsykehus må det være stillinger for både leger og sykepleiere med ansvar for samhandling.
- Gjensidig hospitering mellom lokalsykehus og kommunehelsetjenesten, herunder fastlegene, og mellom lokalsykehus og mer spesialiserte sykehus må etableres for å skape nødvendig kunnskap for samhandling.
- Det må etableres formelle samhandlingsarenaer for kunnskapsformidling mellom fastleger avtalespesialister og lokalsykehus.
- Forskning og innovasjon på samhandlingsfeltet bør stimuleres ved bruk av insentiver.

### **3.2.3.3. Akuttmottak og akuttmedisinsk kompetanse**

- Organiseringen må sikre at de relevante spesialistene er tilgjengelig for vaktteamene i akuttmottakene:
  - Vakthavende lege i utdanningsstilling for de fagene som mottar en betydelig andel ø. hjelp bør ha sitt arbeidssted i akuttmottaket
  - Fag som mottar en betydelig pasientstrøm ø. hjelp bør søke å plassere en egnet produksjonsenhet i eller i nærhet av akuttmottaket, for å sikre nær og god tilgjengelighet også av overlegekompetanse (synergi). Produksjonsenheten tilpasses fag og pasientstrøm. Eksempler er brystsmerteenhet, overvåkningsenhet, akuttpoliklinikker for forskjellige fagområder. Observasjonspost kan være egnet, men kan også føre til fragmentering av pasientforløp og må vurderes konkret opp mot de øvrige lokale forhold for best å nå målet
- Det må etableres en kultur som bidrar til en lav terskel for å etterspørre nødvendig kompetanse (bestillerkompetanse) og sikres et leverandøransvar for denne.
- Det må etableres et system for dokumentasjon og virksomhetsregistrering ved akuttmottak
- Fastlegenes akuttmedisinske kunnskap må styrkes gjennom deres videre- og etterutdanning.
- De prehospitale tjenester må styrkes. Paramedicsfaget må videreutvikles, telemedisinske løsninger må utvikles og tas i bruk i de prehospitale tjenestene, og disse tjenestene må ha en faglig forankring ved akuttmedisinske miljøer ved sykehus

### **3.2.3.4. Laveste effektive kompetansenivå**

- Det må legges till rette for kortere formelle spesialistutdanninger innen helsefag for å løse definerte oppgaver, for eksempel for operasjonsassistenter.

### **3.2.3.5. Fagutvikling**

- Fagutvikling er en kontinuerlig prosess som krever særlig ledelsesfokus. Det må legges til rette for fagutvikling både på system- og individnivå.
- Kvalitetsforbedring og fagutvikling på områder som er særskilt viktige prioriteres.
- Det lages kompetanseplaner for alle ansatte. Disse nyttes for å utvikle eget personell og for målrettet å understøtte utvikling på områder der en ikke har nødvendig kompetanse for å sikre god behandling av høy kvalitet.
- Det bør opprettes egne stillinger med hovedansvar for å sikre fagutvikling og kvalitetsforbedring nært pasientene.