



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**

Til
Lokalforeninger
Fagmedisinske foreninger
Spesialforeninger
Yrkesforeninger
Spesialitetskomiteer
Spesialitetsrådet

Deres ref.:

Vår ref.: 09/175

Dato: 20.01. 2009

Landsstyresak – Forslag om endrede spesialistregler i indremedisin

Utredningen om spesialistutdanningen av leger 2007 og tilhørende høringsuttalelser ble fremlagt for sentralstyret 21.8. 2008 (Sak 3.40-07/142).

Sentralstyret fattet slikt vedtak:

Norsk indremedisinsk forening og spesialitetskomiteen i indremedisin bes i samarbeid å fremme forslag om endrede spesialistregler og endret målbeskrivelse for spesialiteten indremedisin. Sentralstyret forutsetter opprettholdelse av hovedspesialiteten indremedisin og de eksisterende grenspesialiteter.

Spesialiteten indremedisin

Diskusjonene innen fagområdet *indremedisin* ble antatt for eksempel å gjelde kardiologiske kunnskaper/vaktsituasjonen. Dette berører først og fremt prosedyrelistene. I tillegg måtte kravene til den kliniske tjenesten i spesialistreglene vurderes endret.

Foreningen og komiteen ble anmodet, med utgangspunkt i de momenter som fremgår av Utredning om spesialistutdanning av leger 2007, vurdere hvilke endringer som er påkrevd i:

- spesialistregler
- målbeskrivelse

Eventuelt også vurdere endringer i

- prosedyrelister
- kursprogram

Spesialitetskomiteen i indremedisin og Norsk indremedisinsk forening hadde lagt frem sitt forslag til rapport til Utredning om spesialistutdanningen av leger 2007, og da arbeidet var

fullført februar 2008 ble dette sendt på høring til alle Legeforeningens organer som del av den store Utredningen.

Spesialiteten i indremedisin – Utdrag for Utredning om spesialistutdanningen av leger 2007

I forbindelse med utredningsarbeidet og i tråd med den begrunnelse og innstilling foreningen og spesialitetskomiteen hadde foreslått, anbefalte prosjektgruppen følgende:

➤ Sakset fra Utredning om spesialistutdanningen av leger 2007

Det er ingen tvil om at de indremedisinske fag står overfor store utfordringer i årene som kommer. Dette gjelder både hovedspesialiteten indremedisin så vel som de åtte grenspesialitetene. De viktigste faktorer som influerer de kommende utfordringer, kan oppsummeres med:

- En dramatisk demografisk endring i vår befolkning med en kommende eldrebølge vi i dag bare aner konturene av.*
- En sannsynlig økende kompleksitet når det gjelder den enkelte pasient i retning av polymorbiditet og polyfarmasi.*
- Et kommende stort antall innleggelser og økt press på de indremedisinske avdelinger. Allerede i dag er disse avdelinger preget av at de aller fleste innleggelser i sykehus skjer som "øyeblikkelig hjelp", den elektive virksomheten er egentlig forsvinnende liten.*
- En økende grad av kunnskap hos fastlegene, der man i dag håndterer flere tilstander som tidligere ble håndtert av indremedisinere.*
- En endring i vår sykehusstruktur i retning av mer spesialiserte sykehus, der funksjonsfordeling gjør at mange sykehus har et helt annet totalt tilbud enn det vi kjenner fra tidligere.*
- En ikke ubetydelig del av helt spesialiserte sykehus, der man innen sitt eget felt kan oppnå stor grad av ekspertise – men som savner mulighet for å håndtere pasienter som enten er svært syke, eller som har andre lidelser.*
- En rask teknologisk utvikling innen mange felt av indremedisinen med fokus på rask teknisk intervensjon. Det mest dramatiske eksempel på dette er den overveldende plass perkutan intervensjon har fått ved akutt hjertesykdom.*
- En økende grad av ønske fra pasientene om å komme til spesialist innen "sitt" fagfelt.*
- En økende fremvekst av dedikerte poliklinikker med åpen tilgang der pasienten ofte kun møter spesialtrente sykepleiere. Eksempler på dette er poliklinikker som behandler pasienter med hjertesvikt-, astma-, diabetes- og IBD (inflammatorisk tarmsykdom).*

Prosjektgruppen har diskutert behovet for det som kan betegnes indremedisinen av "den gamle skolen". Med dette forstår vi vanligvis klinikere som behersket en rekke emner innen indremedisin, og som håndterte en rekke tilstander. Det ses sjeldent henvisninger fra fastleger til brede indremedisinske utredninger. Denne utviklingen ses over hele landet. På den annen side kan man nok hevde at kvaliteten på henvisninger er variabel, og i mange tilfeller ikke tilstrekkelig fokusert. Dette fenomenet gjør at enhver kliniker må inneha kunnskap om indremedisinske lidelser, også utenfor sitt eget begrensede fagfelt. Det er udiskutabelt at det dominerende volum av henvisninger innen sykehusvesenet, skjer til grenspesialiserte poliklinikker.

Mens den elektive, polikliniske virksomheten domineres av grenspesialiserte, fokuserte problemstillinger er det samme ikke i samme grad tilfeller med innleggelser i sykehus som altså i stor grad skjer som "øyeblikkelig hjelp". En stor del av disse innleggelser skjer på grunn av mistanke om hjertesykdom, dette utgjør vanligvis minst halvparten av innleggelsene. De fleste som legges inn i sykehus har nok et begrenset panorama av sykdommer. Dette er blant annet belyst i utredninger utført innen de regionale helseforetak:

- ° *Akutt hjertesykdom inkludert akutt forverring av koronar hjertesykdom eller hjertesvikt. De aller siste årene har man sett at en stor del av disse pasientene sendes videre til regionsykehus eller andre store sykehus, der man kan utføre rask angiografisk intervensjon.*
- ° *Akutt cerebrovaskulær sykdom. Innen dette fagområdet har ikke den akutte intervensjon fått samme plass, men er under rask utvikling.*
- ° *Akutte funksjonssvekkelser hos eldre – ofte forårsaket av akutte infeksjoner som lungebetennelser og urinveisinfeksjoner. Noen av disse pasienter sokner naturlig til geriatrien, men de aller fleste tas hånd om i de medisinske avdelinger.*
- ° *Forverring av kroniske lungesykdommer med respirasjonssvikt. Få av disse pasienter egner seg for videresending til mer avanserte sykehus.*
- ° *Akutte infeksjonssykdommer, blant annet innen lunge- og urinveier.*

Et element som i stor grad influerer kravet til legene, er at det er et meget stort spenn på størrelse av landets sykehus. Det er kun de aller største sykehus som har et grenspesialisert vaktssystem. Ved de fleste andre sykehus ivaretas bakvaktfunksjonene av overleger som oftest har forskjellige grenspesialiteter i bunnen.

Slik prosjektgruppen ser det, kan kravet til indremedisin i fremtiden formuleres som tredelt:

1. *Et krav til å ha en generell vaktkompetanse, slik at situasjoner som ikke kan vente til relevant grenspesialist er til stede neste virkedag likevel håndteres med en fornuftig og tilstrekkelig grad av kompetanse.*
2. *Et krav til en visst nivå av generell indremedisinsk kunnskap, slik at man har innsikt i medisinske lidelser som hører til andre grenspesialiteter enn sin egen. Dette er viktig for å kunne legge opp adekvate utredningsopplegg og for å kunne konsultere de rette kolleger ved uavklarte tilstander. Dette kravet vil også innbefatte en innsikt i medisinerings av vanlige indremedisinske sykdommer som hjertesvikt, diabetes og hypertensjon for å nevne noen få.*
3. *Et krav til at man kjenner til de vanligste behandlingsalgoritmer, slik at tid ikke unødvendig går til spille. Et åpenbart eksempel på dette siste kan være akutt PCI ved hjerteinfarkt. Dette kravet vil altså innbefatte en sorteringsrolle i vaktssammenheng.*

Disse kravene fordrer et visst minimum av felles kunnskap og erfaring. I Norge holdes dette oppe av en hovedspesialitet i indremedisin. De fleste med denne spesialiteten vil i våre dager velge en videre utdanning innen grenspesialiteter. Systemet med hoved- og grenspesialiteter er som kjent ikke helt særegent for Norge – det er nylig innført i Sverige mens Danmark for få år siden avvirket systemet.

*Innen europeisk og amerikansk helsepolitikk diskuteres dette stadig. Den europeiske foreningen European Federation for Internal Medicine (EFIM) og den amerikanske American College of Physicians har begge poengtert behovet for basiskunnskap hos alle indremedisinere. EFIM har nylig utarbeidet retningslinjer for hva man opplever som "core competencies" innen indremedisin. Langt på vei samsvarer det med vår målbeskrivelse for utdanning i indremedisin, og er publisert nylig i *European Journal of Internal Medicine*.*

Det anses som svært viktig at indremedisinen i årene som kommer har økt fokus på adekvat og rask behandling, på lavest mulig omsorgsnivå. Det er en rekke lidelser som meget vel kan håndteres adekvat ved lokalsykehus og endatil små lokalsykehus. Vi vet at pasientene oftest vil behandles nær sitt hjemsted. Samtidig må enhver vakthavende innen indremedisin kunne sortere pasienter raskt og adekvat, til behandling på et høyere omsorgsnivå. Vi mener at det har vært for lite fokus innen vårt sykehusvesen på å ha den nødvendige kompetansen til å håndtere ofte kompliserte, sammensatte problemstillinger.

Vi mener – og støtter oss her til internasjonale anbefalinger – at utdanningen innen indremedisin også i fremtiden må ha en nødvendig bredde og lengde. Dagens ordning med en hovedspesialitet innen indremedisin, og med grenspesialiteter under denne, er hensiktsmessig og ønskelig. Selv om det skal føres prosedyrelister under utdanningen, er det imidlertid lite kontroll med den enkeltes ferdigheter. Dette burde vært innskjerpet.

Prosjektgruppens forslag til videre arbeid:

Spesialitetskomiteen i indremedisin og Norsk indremedisinsk forening må omarbeide spesialitetsreglene i indremedisin, slik at spesialistene i indremedisin også i fremtiden får vaktkompetanse i indremedisin og breddekompetanse i faget.

Det videre arbeidet med forslag til endrede spesialistregler i indremedisin

For å følge opp sentralstyrets vedtak av 21. august 2008 ble styret i Norsk indremedisinsk forening og spesialitetskomiteen i indremedisin invitert til et felles møte med sekretariatet 27. oktober 2008. Etter dette møtet har det vært nær kontakt mellom sekretariatet og lederen i spesialitetskomiteen, Hans Olav Fadnes, og lederen i Norsk indremedisinsk forening, Knut Lundin, for å komme frem til et felles forslag om endrede spesialistregler. Det ble enighet om at det skal fremmes et felles forslag som både bygger på sentralstyrets vedtak av 21. august 2008 og den beslutning som ble tatt av Helse- og omsorgsdepartementet av 9. september 2005 om at utdanningstiden i indremedisin og kirurgi med grenspesialiteter skal reduseres fra 7 til 6 ½ år.

En ser det også som naturlig at spesialistreglene i indremedisin samkjøres med forslag til endrede spesialistregler i generell kirurgi, slik det i alle år har fungert.

Pålegg 2005 fra Helse- og omsorgsdepartementet om å redusere utdanningstiden fra 7 til 6 ½ for spesialistutdanning i indremedisin og kirurgi med grenspesialiteter

Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording (NR) hadde i 2005 anbefalt overfor Helse- og omsorgsdepartementet at utdanningstiden for spesialistutdanning i indremedisin og kirurgi med grenspesialiteter skal reduseres fra 7 til 6 ½ år.

Departementet besluttet i brev av 9. september 2005 at utdanningstiden i indremedisin og kirurgi, med grenspesialitet, skulle reduseres fra 7 til 6 ½ år, og Departementet hadde bedt NR i samråd med Den norske lægeforening utarbeide konkrete forslag til endringer i spesialistreglene i de berørte spesialiteter. Det måtte således gjøres et arbeid med å endre spesialistreglene slik at det skulle være mulig å bli spesialist i hhv indremedisin, generell kirurgi, samt i en grenspesialitet, på 6 ½ år.

Legeforeningen anmodet ved brev av 23. september 2005 de berørte spesialitetskomiteer om å begynne arbeidet med å justere spesialistreglene i tråd med Departementet beslutning.

På bakgrunn av dette arbeidet ble saken fremmet for sentralstyret i møte 15. mars 2006 og ble vedtatt oversendt Nasjonalt råd for spesialistutdanningen av leger og legefördeling til avgjørelse. HOD har ennå ikke tatt stilling til forslagene.

Forslag til endrede spesialistregler i indremedisin desember 2008

Legeforeningens sekretariat har imidlertid blitt enig med Norsk indremedisinsk forening og spesialitetskomiteen i indremedisin at man skal fremme forslag om å endre spesialistreglene i indremedisin i henhold til Helse- og omsorgsdepartementets oppfordring av september 2005 (se tilsvarende forslag om endrede spesialistregler i generell kirurgi).

Det fremmes således forslag om å endre spesialistreglene i indremedisin ved å kreve:

6 års tjeneste ved godkjent utdanningsinstitusjon i indremedisin, alternativt 3 ½ års tjeneste ved godkjent utdanningsinstitusjon i indremedisin med tillegg av 2 ½ års godkjent tjeneste i grenspesialisering. Av dette kan inntil ½ år av den indremedisinske tjenesten erstattes av forskningstjeneste, tjeneste i relevante spesialiteter eller tjeneste i helseadministrativ/samfunnsmedisinsk legestilling eller i allmenmedisin.

For å bli grenspesialist må man ha ytterligere ½ år grenspesialisert tjeneste etter kombinasjonsmodellen.

Krav til 18 måneders gruppe I-tjeneste opprettholdes (Generelle spesialistregler § 9).

Merknaden til reglenes punkt 1 foreslås endret slik:

Ved seksjonerte avdelinger må tjenesten utføres etter godkjent rotasjonsordning. Hvis hele tjenesten er utført ved seksjonert avdeling, skal man ha tjenestegjort ved følgende seksjoner: seksjon for hjertesykdommer (inkl. 3 måneder ved hjerteovervåkningsavdeling), seksjon for fordøyelsessykdommer og seksjon for lungesykdommer. Hvis minst 2 år av tjenesten er utført ved en generell indremedisinsk avdeling, faller ovenfornevnte krav bort. Gruppe I-tjenesten skal avtjenes ved minst 2 seksjoner (minimum 6 måneder ved den enkelte grenspesialitet) og etter utdanningsprogram godkjent av spesialitetskomiteen.

Tellende tjeneste for én indremedisinsk grenspesialitet kan benyttes for inntil 2 ½ år av utdanningen.

Det kreves deltakelse i generell vaktordning for minst 3 år av utdanningen og herunder for minimum 1 år av gruppe I-tjenesten

Som det fremgår av merknad til punkt 1 opprettholdes kravet om at gruppe I-tjenesten må være avtjent ved minst 2 seksjoner.

Merknad til punkt 1.a. pkt. 1. som gjelder det halve år i forskning, foreslås endret slik at Nordisk medisinsk doktorgrad (Ph.d) eller tilsvarende kan telle med ½ år. Det samme forhold kommer inn under pkt. 3 der fullført forskerlinje under cand.med.studiet i Norge kan telle med ½ år.

Merknad til punkt 1.b. foreslås å få slik ordlyd:

Med tjeneste i relevante spesialiteter menes anestesi- og intensivmedisin, barnesykdommer, fysikalsk medisin og rehabilitering, fødselshjelp og kvinnesykdommer, generell kirurgi (med grenspesialitetene), hudsykdommer, nevrologi, psykiatri, radiologi, revmatologi, onkologi, yrkesmedisin, øre-nese-halssykdommer og øyesykdommer, laboratorium for allergologi, hormon/ isotoplaboratorium, immunologi og transfusjonsmedisin, klinisk farmakologi, medisinsk biokjemi, klinisk nevrofysiologi, medisinsk genetikk, mikrobiologi, nevrokjemi, nukleærmedisin, patologi/anatomi, respirasjonsfysiologi, vevstypelaboratorium.

Vedlagt følger forslag til endrede spesialistregler i indremedisin i sin helhet.

Krav til prosedyreliste, målbeskrivelse, kurskrav

Disse tre dokumentene trenger ikke landsstyrebehandling, men bør imidlertid være ferdig utarbeidet innen mars 2009, slik at sentralstyret kan se disse som del av endringen og i sammenheng med sin innstilling overfor landsstyret i juni 2009.

Konsekvenser for spesialistreglene i grenspesialitetene

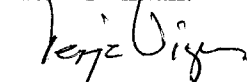
Konsekvensene for grenspesialitetene av de foreslåtte endringer i hovedspesialiteten (inntil 2 ½ år grenspesialisering kan inkluderes) må også fremgå av spesialistreglene i den enkelte grenspesialitet. Disse endringene blir imidlertid de samme som allerede er fremmet for HOD i 2006.

Som ledd i forberedelse av saken for landsstyret 2009 vedtok sentralstyret i møte 19.01.2009 å sende forslaget på høring til lokalforeninger, fagmedisinske foreninger, spesialforeninger, yrkesforeninger, spesialitetskomiteer og spesialitetsrådet med uttalefrist så snart som mulig og senest *innen fredag 13. mars 2009*.

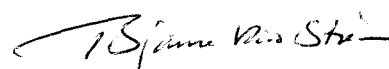
Det bes om uttalelse til forslag om endrede spesialistregler i indremedisin og som konsekvens også forslag om endrede spesialistregler i de 8 grenspesialitetene.

Den norske legeforenings sentralstyre

Etter fullmakt



Terje Vigen
generalsekretær



Bjarne Riis Strøm
fagdirektør

Saksbehandler: Einar Skoglund
Telefon: 23 10 91 25