



Høring – Helsedirektoratets utredning og konsekvensvurdering om fremtidig spesialitetsstruktur for leger

Oppland legeförening har behandlet ovennevnte høring i styremøte 10.09.14.

Vi har følgende innspill:

Endring til hovedspesialiteter – opprettelse av Spesialitet i mottaks- og indremedisin:

Diskusjonen om opprettelse av egen spesialitet for mottak har inkludert forslag knyttet opp mot akuttmedisin eller opp mot det som er nært knyttet til indremedisinen, kalt Mottaks og Indremedisin (MIM). Oppland legeförening mener at en evt. opprettelse av egen spesialitet for mottak bør være i form av Spesialitet for mottaks- og indremedisin.

Imidlertid er vi bekymrede for om oppdelingen i ni ulike indremedisinske hovedspesialiteter gir god fleksibilitet faglig og driftsmessig. Videre knyttes bekymring til hvordan spesialistene vil oppleve sin identitet. Det må ikke bli slik at bare de som har spesialiteten MIM kan jobbe generelt og allsidig. Alle må utvise vilje til å løse de store generelle oppgavene. Erfaringene fra Regionsykehus, som er godt kjent med gren- og kvist-virksomhet, peker mot dysfunksjonelle pasienttilbud og kostbar drift, dette er urovekkende. Utredningen gir ikke overbevisende eller fyllestgjørende svar på at ovennevnte løses ved å opprette MIM.

Veiledning/ klarere læringsmål:

Vi støtter ideen om at det settes klarere læringsmål opp for spesialiseringstiden. Videre at det fokuseres på bedring av veiledning. Om det skisserte opplegget for «utdanning» av veiledere er egnet synes høyst usikkert. Korte kurs vil neppe være en garanti for utviklingen av gode veiledere.

Del 1 i spesialistutdanningen:

Oppland legeförening er imot at del 1 reduseres til 1 år, dvs ½ år på sykehus og ½ år i kommunen. Vi er dermed imot alternativ 2.

(Kommenteres ytterligere under punktet om spesialitetene allmenn- og samfunnsmedisin).

Del 2 i spesialistutdanningen:

Det legges opp til at del 2 gjennomgående skal være «bærebjelken», det som gjør at man avanserer fra LIS lege – til LIS-lege med vakkompetanse. I praksis betyr det at man skal ha «kommet så langt» at man mestrer det som tidligere var det generelle i spesialiteten.

Oppland legeforening deler bekymringen knyttet til om det er realistisk å korte ned tiden og samtidig oppnå ovennevnte. Det å korte ned tiden vil måtte gi seg utslag i «tapt»/ mindre erfaring. Hvis vi som eksempel bruker spesialiteten Indremedisin tar det i dag inntil 3 år mer å bli både indremedisiner og grenspesialist – enn det det legges opp til i ny modell. Det må bety at den nye modellen vil gi spesialister som enten blir dårligere i indremedisin eller i grenfaget. Dette taler klart imot en reduksjon av utdanningstiden.

Samme bekymring gjelder kirurgi. Igjen gjelder bekymringen: for kort del 2. For kort tid til å bli generalist.

Samtidig må kommenteres at Oppland legeforening støtter at Gastrokirurgen får oppgaven som generell kirurg.

Spesialitetsstruktur- og innhold i samfunns- og allmenntmedisin:

Oppland legeforening mener at det i utkast til ny spesialitetsstruktur for allmennleger uttrykkes gode intensjoner, men vi mener det også er svake sider ved utredningen. Generelt bærer høringen preg av manglende kunnskap i faktabeskrivelsen av dagens situasjon.

Vi vil på det sterkeste advare mot en forkorting av del 1 i spesialistutdanningen (tidligere turnus). Vi er imot at sykehustjenesten skal forkortes til 6 mdr. med etterfølgende tjeneste i allmennpraksis. Dette kan ses på som en gevinst for sykehusene, men vi tror det motsatte vil være tilfelle for pasienten som møter denne legen på legevakt ute i kommunen.

Vi vil påpeke det paradoksale i dette forslaget når man samtidig leser høringens situasjonsbeskrivelse av legevakt i Vedlegg 1 7.3: " ...høykompetente leger som raskt triagerer og om nødvendig sender pasienten til rett sted i spesialisthelsetjenesten"...

og videre at forkorting av del 1 kan medføre at kandidatene "gjennomgående vil kjenne seg mer faglig utrygge i tjenesten", og at det "kommer an på kapasiteten i oppfølgingen i fastlegepraksis og legevakt"

Vi støtter de vurderingene som kommer frem i Konsekvensutredningen, Vedlegg 2, på disse punktene.

En forkorting av del 1 vil medføre at kandidaten som skal ha legevakt vil være halvparten så erfaren i møte med akutte tilstander/pasienter. Vi mener at det ikke er kapasitet til mer veiledning eller flere bakvakter innenfor dagens fastlegeordning. Det er ikke mulig å korte ned del 1 og samtidig opprettholde eller øke kvaliteten i allmennlegetjenesten rundt om i landets kommuner, der ca. 20% av legevakt utføres av turnuskandidater.

Vi antar at tiltaket ikke vil gagne rekrutteringen til allmenntmedisinen.

Vi er også imot at deltagelse i legevakt skal være et obligatorisk krav ved resertifisering i spesialiteten i allmenmedisin.

Kapp, 15.09.14

Vennlig hilsen

Inger Kragh Nyhus
Leder Oppland legeforening