

Spesialitetsrådets seminar 14.–15.5. 2002

Spesialitetsrådet i Den norske lægeforening har avholdt det årlige seminaret om spesialistutdanningen. Forskning og videre- og etterutdanningen sett i forhold til eierskapsreformen var sentrale temaer.

Ragna Valen, avdelingsjef i Norges Forskningsråd, område Medisin og helse, viste til at Norge sammenliknet med de andre nordiske landene har de laveste utgiftene til forskning og utvikling innen medisin og helse både i forhold til innbyggertall og bruttonasjonalprodukt.

– Forskere ved sykehusene gir uttrykk for at det går stadig mer tid til administrasjon og undervisning på bekostning av forskningen. Vitenskapelige publikasjoner er gått ned i forhold til andre land, gjennomslagskraften for norsk forskning er blitt dårligere, og det er en dramatisk svikt i rekrutteringen av medisinerne til forskning, sa Valen. – Klinisk forskning må styrkes for å oppnå best mulig pasienttilbud, forebygging og behandlingsresultat. Det må etableres effektiv ressursbruk, bedre styring og finansieringsmekanismer som ivaretar forskningen og det må kreves forskningskompetanse ved tilsetting i alle ledende kliniske stillinger ved sykehusene, sa hun.

Nye veier for å integrere forskning i klinikk

Tidligere direktør ved St. Olavs Hospital, Valborg Sund, tok opp spesialisthelsetjenestelovens krav til sykehusene i forhold til diagnostikk og behandling, undervisning, forskning og opplæring av pasienter og pårørende (1). Gjennom loven synliggjøres forskningens og undervisningens plass i sykehusene.

– Det er mange gode grunner til at et lite land som Norge skal forske. Forskning bidrar til å gi befolkningen nye og kvalitativt gode behandlingstilbud og er en viktig kilde til næringsutvikling og verdiskaping. Klinisk forskning vil gi sykehusene akademisk status og derved kunne trekke til seg motiverte og godt kvalifiserte medarbeidere som igjen fremmer kontinuitet, hever kvaliteten på behandlingstilbudet og virker kostnads effektivt på sikt, sa hun.

Forskerlinjen ved de medisinske fakulteter

Dekanus Stein Evensen ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo orienterte om forskerlinjene ved de medisinske fakultetene. Forskerlinjene er utviklet i henhold til den profil og styrke som ligger i det enkelte fakultet og vil gi bedre rekruttering til miljøene og nasjonalt virke kompetanse- og kvalitetsfremmende. Forskningstrening gir også spesialist- og overlegekompetanse tid-

ligere, idet forskningstjeneste godkjennes med inntil ett år av spesialistutdanningen.

Forskning utenfor universitetssykehusene

Medisinsk direktør ved Helgelandssykehusene, Fred Mürer, orienterte om forskning ved sykehus utenom universitetssykehusene. Forskningen skal forankres i de tilhørende universitetsmiljøene som har hovedansvaret og de enkelte helseforetakene må selv tilrettelegge og bidra i denne virksomheten.

– Status for klinisk forskning i Norge gir grunnlag for en viss bekymring. Fokus på forskning vurderes derfor som et viktig strategisk utviklingstiltak for helsetjenesten i årene fremover. I Helse Nord vil gode systemer for klinisk forskningsvirksomhet i vesentlig grad bidra til rekruttering og stabilisering av nøkkelkompetanse. Helse Nord ønsker å utvikle klinisk forskning av høy kvalitet som et regionalt virkemiddel i så måte, sa Mürer.

– Det er nødvendig med et nært samarbeid mellom universitet og helseforetak. Komerisielle aktører må ikke få for stor innvirkning på hvilken klinisk forskning som skal drives i Norge. Offentlig helsetjeneste må derfor prioritere forskningsprosjekt ut fra den begrunnelse at de er faglige, viktige og interessante, påpekte Mürer.

Kompetanseutvikling og forskning i spesialisthelsetjenesten

Viseadministrerende direktør i Helse Øst, Bente Mikkelsen, tok opp mål i helse reformen som bedre kvalitet på tjenestene, likeverdig tilbud og god tilgjengelighet, bedre effektivitet, større valgfrihet og ressursutnyttelse.

– Spesialistutdanningen er en svært viktig kompetansehevende virksomhet i norske sykehus med ringvirkninger utover den enkelte utdanningskandidat. Spesialistutdanningen må verdsettes slik at den kan komme inn i det enkelte foretaks budsjett, og det må settes en pris på alle aktiviteter i forhold til de lovbestemte oppgavene fordi det er vanskelig å prioritere en oppgave dersom den ikke får en målbar verdi, sa hun.

– All virksomhet skal være kunnskapsbasert, og det skal være utviklet kvalitetsindikatorer for virksomheten. Ledelsen for de enkelte helseforetak må forstå betydningen av kompetanseutvikling og forskning. Utfordringen vil være å få til en kobling på et strategisk overordnet mål mellom prioriteringer med svært kostnadskrevede behandlingsmetoder basert på kunnskap som inkluderer forskning og utvikling, sa hun.

– Spørsmålene er hva som er god strategi for dette, hvem som er samarbeidspartnere og hvordan man skal få til et system koblet opp mot rapportering og finansiering. De

strategiske planer blir et viktig redskap i det kommende arbeidet, sa Bente Mikkelsen.

Behov for å tilby en bedre spesialistutdanning

Spesialisthelsetjenesteloven krever at eier sørger for at ansatt helsepersonell gis den opplæring, etterutdanning og videreutdanning som er påkrevet for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig.

Klinikkjef Jon Haffner ved Kirurgisk avdeling, Sykehuset Buskerud i Drammen påpekte at det må være de fagansvarlige som skal definere hva som er forsvarlig.

– Det vil bli økt konkurranse om oppgaver og pasienter, og sykehusene blir pålagt å bli bedre for å øke sine konkurransefortrinn og skaffe flere pasienter. Det må bli en bedre arbeidsfordeling innbyrdes der en fordeler oppgaver på en hensiktsmessig og god måte. For spesialistutdanningen må det samme gjelde; hva kan vi gi fra oss, hva kan andre gjøre bedre enn oss? Det vil bli økt konkurranse om personell og det er den største motivasjonen for å drive spesialistutdanning. God utdanning i avdelingen bedrer rekrutteringen av spesialister, sa Haffner.

Med den nye reformen er det klart at det nå er én eier som har ansvaret for hele driften inkludert spesialistutdanningen. Haffner advarte mot en oppdeling av dette ansvaret fra staten til regionene og derfra til helseforetakene. – Det er behov for en nasjonal strategi der det tas et felles ansvar for spesialistutdanningen. Det er store kostnader forbundet med opplæring av personell. Gevinsten ved spesialistutdanningen er at en kan lage en skreddersydd spesialistutdanning for dyktige kandidater, sa Haffner.

Videre- og etterutdanning i Helse Nord

– Da vi startet arbeidet i Helse Nord, så vi at videre- og etterutdanning ville bli et viktig virkemiddel for oss. Vi har en desentralisert struktur på sykehusinstitusjonene våre og mange små og til dels sårbare institusjoner. Det første vi tenkte på, var at vi må lage levedyktige enheter som også er faglig levedyktige, dvs. at de må kunne overleve et stramt spesialistlegemarked og hvert helseforetak må ha et ressurs sykehus som rekrutterer godt. Til en viss grad har vi greid det, men det er åpenbart at vi fremdeles har svært sårbare helseforetak i regionen, sa styreleder Olav Helge Førde i Helse Nord RHF. – Vår sjans er å få til et konstruktivt samarbeid mellom institusjoner, helseforetak, aktører og ikke minst mellom nivåer. Det blir avgjørende viktig å få et godt samarbeid med primærhelsetjenesten, sa han.

– Vi må få til god rekruttering og stabilisering av nøkkelpersonell, ellers så greier vi ikke dette. Vi har imidlertid et fortrinn, nemlig et oppgående helsenett. Nordnorsk hel-

senett er i front og det fungerer. Vi har også et telemedisinsk senter og en tradisjon for å prøve å kompensere avstandene med videokonferanser og undervisning over nettet, slik at vi kan bygge dette inn også i videre- og etterutdanning, sa Førde. – Vi må prøve å legge opp til et fullt utdanningsløp i nord. Attraktive fagnettverk sees på som et konkurransefortrinn som vi er nødt til å gå videre med, men rammevilkårene er ikke veldig optimistiske når det gjelder hva vi kan sette av til denne type ting uten øremerking. Vi trenger en evaluerende kultur og selvsagt også et nettbasert etterutdanningstilbud. Vi greier ikke å kompensere for avstandene på annen måte, sa han.

– Jeg ser for meg at det vi egentlig trenger er en nasjonal dugnad på dette området ved at vi legger til rette for en annen type spesialistutdanning enn det vi har sett. Mye går an bare en er villig til å heve blikket, men vi trenger bidrag fra alle gode krefter, sa Førde.

Leif-pilot

Legeforeningen la i 1997 frem forslag til et prosjekt om legers etterutdanning i fremtiden. Prosjektet bygde på prinsipper om at etterutdanningen må være en kontinuerlig

prosess basert på et individuelt etterutdanningsprogram. Etablering av etterutdanningsplaner vil også effektivisere virksomheten til den enkelte lege og ha betydning for planleggingen av avdelingens aktiviteter.

Allmennpraktiserende lege Frank R. Andersen har gjort et nærmere utredningsarbeid (Leif-pilot) (2) om en mer formalisert etterutdanning der Rana sykehus, Kirurgisk klinikk, Aker universitetssykehus og øyeblikkene i Telemark har deltatt. Det har vært fokusert på utarbeiding, gjennomføring og evaluering av etterutdanningsplanene. Resultatene fra pilotprosjektet viser at leger driver en meget utstrakt og variert etterutdanningsaktivitet.

Finansieringen av etterutdanningen skjer i dag fra mange, ofte tilfeldige, kilder. Dersom det skal etableres en formalisert dokumenterbar etterutdanning, må det legges til rette for en langt mer påregnelig finansiering.

Det antas at det er mulig med vesentlige innsparinger ved effektivisering på grunn av bedre planlegging og koordinering. Dersom etterutdanningen skal fullfinansieres av staten/arbeidsgiverne, vil det være nødvendig med friske midler i størrelsesorden 100–150 millioner kroner.

Et sentralt punkt har vært evalueringen av etterutdanningen. Evalueringen av den enkelte leges etterutdanning skulle gjøres av annen legespesialist innen samme spesialitet, men ikke ved samme legesenter. Kollegabasert evaluering oppfattes fortsatt som den klart beste metode for vurdering av etterutdanningsaktiviteten, men det er nødvendig å foreta en grundig gjennomgåelse av denne prosessen ved utarbeiding av veltilpasset veiledningsmateriell.

Gjennomføringen av Leif-pilot viser at dette systemet for etablering av en formalisert dokumenterbar etterutdanning, kan settes ut i full skala med noen endringer som hovedsakelig knytter seg til prosessen med den kollegabaserte evalueringen.

Inger Johanne Øien

Avdeling for spesialistutdanning

Litteratur

1. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. 2. juli 1999 nr. 61.
2. Andersen FR. Leif-pilot. Metode for gjennomføring av en formalisert, dokumenterbar etterutdanning. Sluttrapport. Oslo: Forskningsinstituttet, Den norske lægeforening, 2002.

spesialistutdanningen spesialistutdanningenspe

Utvidet godkjenning for Radiumhospitalet i anesthesiologi

I tråd med Legeforeningens anbefaling har Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling vedtatt at Det Norske Radiumhospitalet, anesthesiavdelingen godkjennes som utdanningsinstitusjon i gruppe II for inntil 2 ½ år av utdanningen i relasjon til spesialistreglene i anesthesiologi.

Vedtaket gjelder fra 15.3. 2002.

Ingunn Muus Vågeskar
Avdeling for spesialistutdanning

Aarseth til forvaltningen

Hans Petter Aarseth som gikk av som president i Legeforeningen ved årsskiftet, er blitt som avdelingsdirektør for 40 ansatte i avdeling for spesialisthelsetjenester i Sosial- og helsedirektoratet. Avdelingen er underlagt tjenestedivisjonen som ledes av Bjørn Guldvog.

Å fremme kvalitet og tilgjengelighet i helsetjenesten og arbeide med pasientrettigheter er blant de viktigste oppgavene Aarseth fremhever i sin nye stilling.

– Som avdelingsdirektør får jeg en fin mulighet til å videreføre engasjementet jeg har hatt på disse områdene da jeg var president i Legeforeningen. Det var en viktig grunn til at jeg ble interessert i stillingen, sier han. Han synes ikke det er problematisk at det bare er et halvt år siden han gikk av som president i Legeforeningen.

– Jeg er svært klar over at jeg har andre plikter og at lojaliteten går andre steder i denne jobben, sier den ferske avdelingsdirektøren.

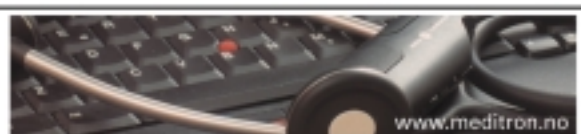
Aarseth er spesialist i nyresykdommer og var avdelingsoverlege ved nyreavdelingen ved Ullevål sykehus før han ble valgt til president i Legeforeningen i 1996. Han er den første som har sittet tre perioder i presidentstolen. Det siste halvåret har Aarseth vært forhandlingsleder for Akademikerne Kommune.

– Stine Nesje, Nettredaksjonen

NYHET!

Hør, visualiser og dokumenter funnene dine

The Meditron Analyzer EKG



Tel. 22 07 85 00