

## **Orienteringssak 52/10 – Strategi 2020**

### **Saksbehandler: Daniel Haga**

### **Tilgang på legehjemler i relasjon til Strategi 2020**

Dette notatet har til hensikt å utdype konsekvensene av at spesialisthelsetjenesten får en betydelig reduksjon i tilgangen på legehjemler i forhold til det vi har hatt tidligere, og konsekvensen av dette for den pågående strategiprosessen.

Selv om tilgangen på legehjemler er nasjonalt regulert, er det likevel eksempel på en situasjon som i strategiperioden vil gjelde flere yrkesgrupper og kompetanseområder. Kompetanse blir en mangelvare, og vil utfordre vår evne til å prioritere kompetanse til de store pasientgruppene og å utnytte den på en fleksibel og rasjonell måte.

#### **Tilgangen på leger er begrenset og regulert på nasjonalt nivå**

For å sikre en nasjonal rettferdig fordeling av legetjenester, har staten vedtatt å regulere tilgangen på nye legehjemler gjennom *Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling* (NR). Ansvarsområdet er hele helsetjenesten, det vil si både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Alle legestillinger skal ha et såkalt NR-nr, og det gjelder både overlegestillinger og utdanningsstillinger som del av spesialistutdanningen. En utdanningskandidat som ikke er tilsatt i en godkjent stilling, risikerer å ikke få godkjent sin spesialistutdanning.

Utdanningen av leger skjer i hovedsak ved universitetene i Norge, men mange velger å ta utdanning ved utenlandske universitet. Tallet på de som tar utdanning i utlandet varierer noe, og dette gjør det vanskelig å eksakt beregne tilgangen på leger, men prognosen som brukes nasjonalt er netto økning på 250 leger per år. Med netto tilgang menes etter at en har erstattet de som av ulike grunner slutter i stillinger som er regulert av ordningen. Med de klare prioriteringer som ligger St. meld. 47 om en økning av antall leger i kommunehelsetjenesten med 2000 i løpet av en 10 års periode (ca 200 per år), er det sannsynlig at det fortsatt vil være behov for nasjonal regulering.

En logisk konsekvens av de prioriteringer som ligger i Samhandlingsreformen, er at tilgangen på nye NR-nr til spesialisthelsetjenesten vil den neste 10 års perioden være svært begrenset.

Denne prioriteringen ser vi allerede i praksis, noe oversikten over tildeling av NR-nr til spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge tydelig viser:

2006: 37  
2007: 41  
2008: 29  
2009: 10  
2010: 7

Tilgangen på nye legehjemler er altså redusert til under 1/3 i forhold til det nivået vi har ligget på i perioden 2006 tom 2008.

### **Tilgangen på legehjemler påvirker også handlingsrommet i Strategi 2020.**

De utfordringene som Strategi 2020 bygger på, og som det synes bred enighet om, beskriver økende behov for spesialisthelsetjenester på en rekke områder samtidig som kompetanse blir mangelvare. Skal vi lykkes med å prioritere de store og voksende sykdomsgruppene, må dette skje gjennom reell omfordeling av legehjemler innad i foretaket eller innad i foretaksgruppen.

Foretakene i Midt-Norge søker samlet sett om et langt større antall hjemler enn det vi får tildelt, og begrunnelsen for behovet er i hovedsak 3-delt:

- Behov for å sikre vekst i prioriterte områder
- Behov for å øke stillinger til rekrutteringssvake vaktordninger
- Behov for å redusere avtalt overtid ut over 100% stilling, såkalt UTA-tid.

Avveiningen mellom ulike hensyn vil selvsagt bringe oss i en betydelig prioriteringskonflikt.

Noen eksempler fra de tre områdene kan illustrere prioriteringskonflikten:

#### **Behov for å sikre vekst i prioriterte områder (noen eksempler)**

*Geriatri:* Det er bred enighet om at behovet for geriatrisk kompetanse vil øke betydelig. I dag har vi i alt 14 overlegehjemler og 11 utdanningsstillinger fordelt på de 8 sykehusene i regionen.

*Barne- og ungdomspsykiatri:* 31 overlegehjemler og 30 utdanningsstillinger

*Lungesykdommer:* 17 overlegehjemler og 7 utdanningsstillinger

*Psykiatri:* 129 overlegehjemler og 65 utdanningsstillinger

#### **Områder der det vil være behov for å øke stillinger til rekrutteringssvake vaktordninger:**

Innen flere fagområder er det avdekket svak rekruttering til stillinger med stor vaktbelastning, særlig gjelder dette gynekologi, pediatri, anesthesiologi og radiologi (røntgenlege), noe som fører til sårbare fagmiljø med behovet for vikarstafetter for å opprettholde nødvendig beredskap. Flere av vaktordningene krever avtale om unntak fra vernebestemmelsene i Arbeidsmiljøloven, jmfør undersøkelse utført av Ernst & Young i Helse Nordmøre og Romsdal i 2009.

Problemstillingen som her beskrives er også tatt opp av foretakstillitsvalgt for overlegene i Helse Nordmøre og Romsdal i et brev til styret for Helse Midt-Norge RHF, jmfør referatsak til dette møtet.

Tre eksempler fra den aktuelle debatten om høringsutkastet til Strategi 2020 kan brukes for å illustrere dette:

##### **Eksempel 1:**

Fagnettverket i pediatri har nylig levert en revidert uttalelse der de peker på at barneavdelingen i Levanger bør opprettholdes som avdeling med døgnberedskap, og har gitt noen klare føringer for vilkåret for sin anbefaling, der det viktigste i denne sammenheng er minimum 6 delt overlegevakt (bakvakt). Dette krever minimum 8 stillinger. Tilsvarende antall vil være nødvendig for de utdanningsstillingene som går i forvakt, dvs til sammen 16 stillingshjemler. Avdelingen har i dag 8 stillingshjemler fordelt på 4 overlegestillinger og 4 utdanningsstillinger (Kilde: NR-databasen)

Behovet vil altså være et tillegg på 8 legehjemler som enten må prioriteres fra de nye vi får, eller flyttes fra andre områder. Selv om en trekker de to stillingene som i dag er

lokalisert til Namsos inn i vaktordningen i Levanger, så vil behovet likevel være 6 nye stillinger.

#### Eksempel 2:

Helse Sunnmøre og Helse Førde er i dialog om å samle tilbudet til fødende fra Nordfjordeid i Volda, noe som kan gi et fødetall på ca 700 per år. I rapporten fra Helsedirektoratet som beskriver faglige krav til fødeinstitusjoner pekes det på kvalitetsrisikoen ved manglende robusthet i fagmiljøene, og det understrekes at vikarstafetter ofte representerer en kvalitetsrisiko og må unngås. I tillegg skjerpes kravene om tilstedeværelse for de som går i vakt, noe som øker belastningen ved vaktordningene. Også her pekes det på nødvendigheten av minimum 4-delt vaktordning, men at det må tilstrebes 6-delt. For å ha en 4-delt vaktordning kreves 6 legestillinger for å dekke opp for ferie, utdanningspermisjoner m.m., og for å ha 6-delt vakt kreves 8 stillinger.

Volda har i dag 3 overlegehjemler og en utdanningsstilling. (Kilde: NR-databasen)

Det vil altså være behov for en betydelig økning av antall hjemler dersom avtalen med Helse Førde gjør at en velger å opprettholde fødeavdelingen.

Tilsvarende problemstilling vil gjelde for alle de andre fødeavdelingene som vedtas opprettholdt.

#### Eksempel 3:

Legeforeningen har avgitt en høringsuttalelse der de understreker behovet for at alle lokalsykehus med akuttberedskap må ha et bredt tilbud også innen kirurgi. Dette innebærer at det er behov for separate vaktordninger på døgnbasis for både generell kirurgi og ortopedi. Denne uttalelsen er referert til i flere andre hørings svar som styrke til kravet om å ikke etablere sykehus uten akuttberedskap i kirurgi. Hvor mange flere stillingshjemler enn i dag en slik organisering ville kreve er litt vanskelig å beregne, fordi det her nok er mulig med turnuskandidat i forvakt om natta og med overlege i bakvakt. Men det er utvilsomt behov for en rekke nye overlegehjemler ut over det som er i dag ved flere av våre minste sykehus. Flere av disse sykehusene har i dag ikke separat døgnvakt for

Legeforeningen har selv pekt på konsekvensene i sin uttalelse, ved at de uttaler at ”*vi ser at dette standpunktet vil kunne medføre en sentralisering av akuttberedskapen*”.

Legeforeningens anbefaling representerer i realiteten en betydelig sentralisering av spesialisthelsetjenesten med nedleggelse av all akuttfunksjon ved de minste sykehusene.

#### **Behov for å redusere avtalt overtid ut over 100% stilling, såkalt UTA-tid.**

Flere av legestillingene har en tjenesteplan som innebærer langt mer enn 100 % stilling. Slik avtalt overtid er for mange avdelinger en forutsetning for å kunne dekke vaktordninger og løpende avdelingsarbeid. Avtalt overtid kan være en betydelig merbelastning, og vi ser en klar tendens til at legene selv ønsker en reduksjon. I tillegg er dette kostbar arbeidstid for helseforetakene, og det er derfor et ønske fra foretaksledelsen, der det er mulig, å kunne redusere bruken av overtid ved i stedet opprette en ny stilling.

Begrensningen i mulighetene til å opprette nye stillinger har imidlertid vanskeliggjort dette.

**Spesialisthelsetjenestens strategiske dilemma:**

De eksemplene som er nevnt er illustrerende for det strategiske dilemma spesialisthelsetjenesten står overfor, og som Strategi 2020 påpeker. Skal vi opprettholde vaktberedskapen innenfor dagens struktur og dermed binde et stort antall nye legehjemler på bekostning av andre prioriterte områder, eller skal vi som forelått i Strategi 2020 samle den akuttkirurgiske beredskapen til ett sykehus i hvert foretak for å kunne prioritere et desentralisert tilbudet til de store pasientgruppene. Høringsuttalelsen fra brukerutvalgene er de som tydeligst uttrykker behovet for å prioritere de store nye sykdomsgruppene.

Selv om de andre profesjonsutdanningene ikke har en tilsvarende nasjonal regulering, vil vi se det samme behovet for omstilling for å nå prioriterte mål, i tråd med det utfordringsbildet som det er bred enighet om. Prioriteringen av dagkirurgi og elektiv kirurgi i 5-døgnspost vil redusere samlet forbruk av spesialsykepleiere og pleiepersonell i helgene. Det vil i tillegg øke muligheten for å kunne tilby hele stillinger for de samme gruppene.

Etter administrerende direktørs vurdering, vi ikke vil kunne skape robuste vaktordninger i den beredskapsstrukturen vi i dag har og samtidig prioritere en styrking av tilbud til de økende pasientgruppene vi vet vi vil få.