



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**

Helse- og omsorgsdepartementet

Sendt kun pr. e-post:
postmottak@hod.dep.no

Deres ref.:

Vår ref.: 18/2025

Dato: 21.06.2018

Legeforeningens høringssvar - regulering av spesialistutdanning i allmennmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin i spesialistforskriften

Legeforeningen viser til høringsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet den 23. mars 2018 og avgir følgende høringssvar. Høringsnotatet har vært på høring blant relevante organisasjonsledd i Legeforeningen. Disse uttalelsene ligger til grunn for høringsuttalelsene, som er behandlet av foreningens sentralstyre.

Innledende kommentarer

Forskriftsregulering av spesialistutdanning er helt avgjørende for kvaliteten på fremtidens spesialister. Legeforeningen har derfor vært positive til arbeidet med ny spesialitetsstruktur og har underveis i prosessen kommet med en rekke bidrag og innspill, herunder et omfattende arbeid i forbindelse med innspill til læringsmålene i alle spesialiteter.

Legeforeningen støtter mange av forslagene, men mener at det er behov for enkelte endringer og presiseringer for å sikre en spesialistutdanning av høy kvalitet.

Legeforeningen er særlig positiv til følgende forslag:

Vi støtter at spesialistutdanningen i ASA spesialitetene reguleres i forskrift, samt forslag om at veileder må være spesialist i det aktuelle faget, kravet om to år i åpen uselektert praksis i allmennmedisin, at individuell og gruppeveiledning forskriftsfestes, og at Legeforeningen skal ivareta læringsaktiviteter i ASA spesialitetene.

Det er imidlertid behov for flere presiseringer, herunder:

Det må presiseres at toårskravet i åpen uselektert praksis for spesialisering i allmennmedisin tilsvarer to års**verk**. Mengden veiledning for allmennmedisinspesialisering er for lav, og ikke definert for samfunnsmedisin og arbeidsmedisin. Det er også uklar omtale og regulering av supervisjon, både volum og kompetansekrav til supervisor. Vi påpeker at høringsnotatets kapittel 8 om konsekvensene av forslagene m.h.t. behov for kompetanse og økonomi undervurderer de ressursene som kreves for å sikre god kvalitet i spesialistutdanningen. Forslagene innebærer nye oppgaver for utdanningsvirksomhetene som blant annet vil kreve mer samfunnsmedisinsk kompetanse i kommunen. Bestemmelsene om ansvaret for å tilrettelegge for ASA kandidater for gjennomføring av tjeneste i godkjente utdanningsvirksomheter og andre læringsarenaer må presiseres for å sikre gjennomstrømming i utdanningsløpene.

Det er en svakhet at høringsnotatet som skal gjelde alle ASA-spesialitetene, i stor grad drøfter allmennmedisin, og i liten grad samfunns- og arbeidsmedisin. Flere steder i forslag til høringssvar, har Legeforeningen derfor valgt å kommentere spesialitetene særskilt for å synliggjøre hvilke behov som er viktig i de ulike spesialitetene.

Selv om Legeforeningen er positive til mange av forslagene i det aktuelle høringsnotatet, fastholder vi at forskriften som ble vedtatt i 2016 og prosessen og resultatet av fastsettelse av læringsmål og manglende forskriftsfesting av minimumskrav til læringsaktiviteter i tiden etter gir sterk grunn til bekymring. Departementet opprettholder at det ikke skal reguleres minimumskrav til obligatoriske læringsaktiviteter, som dagens nasjonale kurskrav og konkrete krav til gjennomførte aktiviteter og prosedyrer. Legeforeningens interne høringsinstanser er svært kritiske og bekymret for konsekvensene av dette og Legeforeningen mener det er uakseptabelt at ordningen med nasjonale krav til obligatoriske kurs og prosedyrer for den enkelte spesialitet ikke er foreslått forskriftsfestet, se for øvrig våre kommentarer og forslag til regulering, nedenfor under punktet om "Legeforeningens forslag til andre endringer og presiseringer i forskriften og rundskriv".

Mange av reglene både i forskriften som ble vedtatt i 2016 og forslaget som nå er på høring, er svært skjønnsmessig utformet, noe som medfører at de konkrete kravene til utdanningsvirksomhetene er på et minimum. Dette må sees i sammenheng med dagens styringssystem og kapasitetspress både i sykehus og kommuner, hvor hovedfokus er driftshensyn og økonomi. Legeforeningen mener derfor at det er behov for tydeligere rettslige skranker som ledelsen i alle utdanningsvirksomheter er forpliktet til å følge og som ikke kan prioriteres bort eller ned. Vi har flere konkrete forslag som både er omtalt i høringssvaret og i selve forskriftsteksten inntatt til slutt i dokumentet.

Legeforeningen har tidligere i prosessen, både i høringssvaret til forskriften i 2016, i møter og dialog etter dette gitt klare anbefalinger til nødvendige tilpasninger i regulering av spesialistutdanningen. Vi fastholder våre tidligere innspill og mener at innretningen av spesialistutdanningen, med svekkede strukturelle krav til utdanningssystemet, vil kunne føre til en dårligere spesialistutdanning i alle spesialiteter fordi det kan bli store forskjeller i implementering av forskriftens krav mellom utdanningsvirksomhetene.

Behov for oppdatert rundskriv

Vi er kjent med rundskrivet utarbeidet av departementet, men mener at det stort sett gir liten veiledning om konkrete problemstillinger som LIS, HFene og kommunene har behov for avklaring om. Vi får allerede nå flere spørsmål fra våre medlemmer om forståelse av enkelte av bestemmelsene. Behovet for avklaringer er stort og Legeforeningen bidrar gjerne med innspill og diskusjon.

Forskriften er gjennomgående svært skjønnsmessig utformet og ulik fortolkning og praktisering vil kunne føre til store forskjeller i både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Legeforeningen anbefaler at rundskrivet fra departementet oppdateres og presiseres. Vi angir i høringssvaret hvilke momenter og vurderingstemaer som vi mener bør omtales/oppdateres i rundskrivet.

Behov for utfyllende veiledning til del 1

I tillegg til de mer spesifikke spørsmålene/problemstillingene vist til ovenfor, mener vi at det er behov for en mer utfyllende veiledning til del 1. Vi viser til rundskrivet for turnus. Vi vet at rundskrivet brukes mye både av helseforetak og kommuner og bidrar til å sikre likere praktisering av regelverket og forebygger konflikter/problemer for alle parter. Blant annet er det behov for sentrale retningslinjer for ansvar for oppfølging når tjenesten ikke fungerer. Vi oppfordrer derfor Helsedirektoratet til å vurdere å videreføre/oppdatere rundskriv/veiledningsmateriell for del 1. Legeforeningen bidrar gjerne inn i et slikt arbeid.

Behov for delgodkjenning av LIS 1

I tidligere system søkte turnusleger om godkjenning til Helsedirektoratet. Godkjenningen var et enkeltvedtak og kunne påklages etter forvaltningslovens regler. Dette ga turnuslegen viktige rettsikkerhetsgarantier. Denne godkjenningen og klageadgangen forsvinner i den nye spesialistutdanningen, og erstattes av enten et "vurderingssystem" i forskriften § 26 og eller adgang til "ny stilling i utdanningens første del i særlige tilfeller", jf § 15. Det er uklart for Legeforeningen om § 26 også gjelder for del en eller bare for del to og tre, og vi ber om at dette avklares. Vi anbefaler at dersom det ikke innføres en delgodkjenning av LIS 1, at §26 gis anvendelse for LIS 1 dersom det ikke er tilfellet. En offentlig godkjenning og tilhørende klageadgang er særlig viktig i LIS 1 der legen er nyutdannet og trenger noe mer tid til modning og utvikling. Særlig i kommunehelsetjenesten kan det være mindre forhold og lettere at personlige konflikter kan komme i veien for objektive vurderinger. En klageadgang til en objektiv klageinstans som skal vurdere om saksbehandlingsregler er fulgt er en helt sentral rettsikkerhetsgaranti som må være en del av en offentlig spesialistgodkjenning. Vi ber departementet vurdere å innføre en offentlig (del)godkjenning av LIS1 og en klageadgang.

Behovet for flere stillinger i LIS 1

Legeforeningen har ved flere anledninger påpekt at det er behov for flere LIS 1 stillinger /turnusstillinger. Om lag 680 cand. med. ved oppstart 1. september 2017 ble stående uten turnusplass/LIS 1 stilling etter endt studium (1139 søkere til LIS 1 stillinger). Det innebærer at 59 % av søkerne ble stående uten jobbtilbud/LIS 1 stilling. Norsk helsetjeneste er hvert år avhengig av aktivt å rekruttere flere hundre ferdige spesialister fra utlandet. I stedet for at helsevesenets bærekraft skal være basert på systematisk legeimport som også er uetisk, mener Legeforeningen at Norge selv i vesentlig større grad må utdanne legene vi trenger. Derfor

må kapasiteten i hele spesialiseringssløpet være dimensjonert til legebehovet. Første skritt for å imøtekomme det økte behovet for legespesialister, er å opprette flere LIS 1 stillinger. Ut fra dagens situasjon i legearbeidsmarkedet og ut fra de beregninger Legeforeningen har utført, og i tråd med SSBs høyalternativ^[1] er det behov for minimum 200 nye LIS 1 stillinger.

Ved omlegging til ny ordning, er det i tillegg til ovennevnte, andre forhold som begrunner behovet for flere plasser. I overgangsordningen for turnus/LIS 1 er det fastsatt i § 36 tredje ledd at leger som per 1. mars 2017 ikke er ansatt eller har fått tilbud om ansettelse i en turnusstilling, men som har gjennomført deler av turnus, kan ansettes i reststillinger for LIS 1. Ved implementering av ny spesialitetsstruktur må alle leger som ønsker å starte et spesialiseringssløp gjennomføre LIS 1. Det gjelder bl.a. leger fra EU/EØS – land med integrert praktisk tjeneste i studiet. Denne gruppen har i nåværende turnusordning ikke måttet gjennomføre turnus for å starte i en LIS stilling (regulert i dagens spesialistgodkjenningsforskrift § 9 annet ledd bokstav b). I tillegg kommer den gruppen som har bakgrunn fra utlandet og som etter § 18 må komplementere utdanningen i kommunehelsetjenesten fordi de mangler tjeneste fra LIS 1. En annen gruppe er leger med utdanning fra EØS land, som i dag ikke må ta turnus for å få rett til veilederavtale i allmennlegepraksis for rett til trygderefusjon, men som etter det nye systemet må gjennomføre LIS 1 fra 1. mars 2019 for å få rett til trygderefusjon. Legeforeningen har ikke oversikt over hvor mange leger disse gruppene totalt vil utgjøre, men de vil samlet sett kunne føre til et press på LIS 1- stillingene. Antallet norske statsborgere som fikk norsk autorisasjon etter studier i utlandet, var 520 i 2016 og enda en del høyere i 2017. I tillegg kommer flere hundre utenlandske statsborgere med autorisasjon i 2017 som søker LIS1-stilling, en del norske statsborgere med eksamen fra land som ikke gir autorisasjon ved eksamen (blant annet Danmark), samt 646 leger som fikk avslag på søknad om LIS1-stilling for oppstart i september 2017. For alle disse antatt minst 2000 søkerne i 2018 finnes det kun 950 LIS1-stillinger på årsbasis.

Særlig om obligatoriske læringsaktiviteter

Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet har besluttet ikke å videreføre forpliktende minimumskrav til læringsaktiviteter i spesialistutdanningen for leger.

Beslutningen er fattet i strid med fagmiljøenes entydige og klare råd om å forankre obligatoriske minimumskrav til læringsaktiviteter i forskrift.

Legeforeningen mener obligatoriske minimumskrav til gjennomføring av læringsaktiviteter er en forutsetning for å sikre kvalitet i utdanningen og et nasjonalt utdanningssystem der alle spesialister i en spesialitet oppnår samme praktiske og teoretiske kjernekompetanse og en felles faglig basis for sin yrkesutøvelse. Fjernes forpliktende minimumskrav til gjennomførte læringsaktiviteter, åpnes det for betydelig variasjon i legespesialistenes kompetanse mellom helseregionene og mellom de enkelte sykehus og kommuner. Fagmiljøene mener nasjonal standardisering av ferdighetstrening i spesialistutdanningen er en forutsetning for å ivareta kvalitet og pasientsikkerhet.

I alle spesialiteter er det behov for å få nedfelt minimumskrav til nasjonale, obligatoriske læringsaktiviteter. Nasjonale minimumskrav til kurs er viktig og nødvendig i alle spesialiteter, både i og utenfor sykehus. Det heter at Helsedirektoratet vil utarbeide normerende anbefalinger, men det er kun dersom de forankres i forskrift at de vil være rettslig forpliktende for alle utdanningsvirksomheter. Legeforeningen har forslag til hvordan dette kan gjøres, se nedenfor under punktet om "Legeforeningens forslag til andre endringer og presiseringer i forskriften og rundskriv".

Legeforeningens landsstyre vedtok følgende:

Nasjonal spesialistutdanning av høy kvalitet må sikres

Spesialistutdanningen må sikre at alle spesialister har praktiske ferdigheter og tilstrekkelig erfaring i alle sentrale deler av fagfeltet. Norsk spesialistgodkjenning kan ikke kun bygge på en skjønnsmessig vurdering av om generelt formulerte læringsmål er oppfylt. Ved søknad om spesialistgodkjenning må det kreves dokumentasjon av gjennomførte læringsaktiviteter i henhold til felles nasjonale minimumskrav.

Obligatoriske minimumskrav til gjennomføring av læringsaktiviteter er en forutsetning for å sikre at alle spesialister i en spesialitet oppnår samme praktiske og teoretiske kjernekompetanse og en felles faglig basis for sin yrkesutøvelse. Nasjonal standardisering av ferdighetstrening i spesialistutdanningen er en forutsetning for å ivareta kvalitet og pasientsikkerhet.

- For å sikre standardisering og forebygge uønsket variasjon mellom regioner, helseforetak og kommuner, må rettslig bindende nasjonale minimumskrav til læringsaktiviteter sikres for alle spesialiteter og forankres i forskrift.
- Dersom læringsaktiviteter ikke forskriftsfestes, bes sentralstyret utrede og vurdere ulike alternative virkemidler, herunder opprettelse av et profesjonsforankret system for nasjonale minimumskrav til læringsaktiviteter.

Legeforeningens innspill til høringsnotatets forslag

Legeforeningen kommenterer forslagene slik de er presentert i høringsnotatet. Noen steder er samme/beslektede tema omtalt flere steder, og vi angir derfor hvilke deler av høringsnotatet våre kommentarer gjelder. Da reguleringen av de ulike ASA spesialitetene er forskjellige, vil vi flere steder kommentere spesialitetene separat.

Selv om det i hovedsak er regulering av ASA spesialitetene som er på høring, benytter Legeforeningen anledning til også å kommentere enkelte av de øvrige bestemmelsene i forskriften.

Til slutt i høringssvaret har vi noen konkrete innspill til utforming av regelverket.

Forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (høringsnotatets 5.5)

Legeforeningen avga høringssvar da forskriften var på høring i 2016. I forbindelse med innføring av kompetansekravet (og opphøret av ordningen med veiledet tjeneste) har vi fått

flere tilbakemeldinger fra både leger og kommuner om at det er et stort behov for veiledning og da særlig for nyutdannede leger. Det er derfor svært viktig at individuell veiledning forskriftsfestes fra 1. mars 2019.

Ny spesialistutdanning og kompetansekravet (som innebærer at legen må være spesialist i allmennmedisin eller under spesialisering) trådte i kraft samtidig. En konsekvens av dette er at alle leger (med unntak av leger fra enkelte EØS land med autorisasjon fra utdanningslandet fram til 1. mars 2019) må fullføre LIS 1 først. Det er også et vilkår for refusjonsrett (refusjonsforskriften § 1-1a) at leger har autorisasjon og turnus/LIS 1 for å ha rett til refusjon. Dette innebærer at det ikke er mulig å jobbe i vikariater eller ta annen jobb før LIS 1 er fullført, selv om kompetansekravsforskriften åpner for at leger kan jobbe i vikariat i inntil ett år uten å være under spesialisering. Legeforeningen mener at regelverkene bør samkjøres ved at refusjonsforskriften endres slik at det skal være mulig å få jobbe i vikariat i inntil ett år og ha refusjonsrett. Denne legegruppen kan være viktig arbeidskraft for kommunene og gi verdifull erfaring for søknad på LIS 1 stillinger. Vi ber departementet vurdere å endre vilkårene for refusjonsrett for denne gruppen slik at de kan jobbe i inntil 1 år i kommunehelsetjenesten med refusjonsrett.

Legeforeningen mener at arbeidet som gjøres knyttet til økt kvalitet i spesialistutdanningen blir svekket av at det i den vedtatte kompetansekravsforskriften er et unntak fra kravet om å være under spesialistutdanning ved inntil ett års vikariater. Bekymringen knytter seg i hovedsak til at nye leger som starter karrieren som vikarer, av økonomiske årsaker i kommunene ikke skal gis samme rett til oppfølging, veiledning og supervisjon som leger som inngår lengre arbeids- eller avtaleforhold. Vi mener derfor at også i kortere vikariater enn ett år må en lege kunne starte sin spesialistutdanning dersom legen selv ønsker det. Det er også svært viktig for rekrutteringen til allmennmedisin at nye leger får tilbud om veiledning og supervisjon.

Departementets forslag til regulering av ASA spesialitetene (høringsnotatets kapittel 6)

Premisser for forslagene og særtrekk ved ASA spesialitetene (høringsnotatets 6.2)

Legeforeningen mener at det er positivt med forskriftsfesting av ASA spesialitetene, men det er svært viktig at ulikhetene i de tre ASA-fagene ivaretas i den nye forskriften.

Legeforeningen er enig i det departementet skriver at det er noen særtrekk ved ASA spesialitetene som begrunner behovet for tilpassede løsninger. Likevel ser vi at spesialiteten arbeidsmedisin og samfunnsmedisin har fått liten plass i høringsnotatet og i forslag til forskriftsendring, mens allmennmedisin drøftes i større grad. Et eksempel er kapitlet om "Krav til veiledning og supervisjon" der veiledningsbehovet er behandlet grundig i forhold til allmennmedisin, men helt utelatt i forhold til arbeids- og samfunnsmedisin. Vi påpeker derfor innledningsvis noen viktige forhold for disse to spesialitetene.

Særlig om arbeidsmedisin

Ettersom arbeidsmedisin på mange måter skiller seg fra de andre ASA-fagene og alle andre spesialiteter, er det viktig at spesielle forhold knyttet til arbeidsmedisin omtales spesielt i spesialistforskriften. Når det gjelder arbeidsmedisin vises det for eksempel til Kapittel 2 (Roller og ansvar i spesialistutdanningen for leger), jf forslag til forskrift §§ 3-7. Der beskrives de ulike aktørers rolle i spesialistutdanningen. Det står imidlertid ingenting om de andre registrerte utdanningsvirksomhetenes rolle, ref punkt 6.4.2 i høringsnotatet. Det finnes andre registrerte utdanningsvirksomheter enn kommunene, og en vesentlig del av spesialistutdanningen i arbeidsmedisin vil skje i slike virksomheter. Vi savner en beskrivelse av deres rolle og ansvar, som også bør reguleres i forskriftens kapittel 2. Slike virksomheter er først og fremst en rekke private og offentlige bedriftshelsetjenester, men også andre offentlige virksomheter som Arbeidstilsynet og Flymedisinsk institutt. Det vises også til punkt 6.5.1 i høringsnotatet. Her er heller ikke arbeidsmedisin nevnt, noe som ville vært naturlig.

Bedriftshelsetjenesten (BHT) er en helt sentral læringsarena og burde vært omtalt. Lovgrunnlaget for spesialiteten arbeidsmedisin forvaltes av Arbeids- og sosialdepartementet. Det er arbeidsmiljøloven og dens forskrifter som hjemler kravet om godkjent bedriftshelsetjeneste og om lovpålagte helsekontroller som skal utføres av kompetent lege etter anerkjente arbeidsmedisinske metoder. Det er derfor svært viktig at spesialistforskriften harmoniseres med kravene i arbeidsmiljøloven og dens forskrifter. For å kunne yte lovpålagte tjenester må en BHT være godkjent i henhold til forskrift om administrative ordninger, kapittel 2. Det er en egen godkjenningseenhet underlagt Arbeidstilsynet som godkjenner BHT i dag. Godkjente BHTer kan være både egenordninger, eid av større virksomheter, som for eksempel kommuner eller store industrivirksomheter, eller private større eller mindre fellesordninger med flere kundebedrifter. Legeforeningen mener at begrepet godkjent BHT må brukes i spesialistforskriften fordi det kun er godkjente BHTer som vil være aktuelle som registrerte utdanningsvirksomheter, for den delen av spesialiseringen som skal foregå i private virksomheter.

Det vises dessuten til punkt 8.3 i notatet, siste setning side 45 der det tydelig er skilt mellom sykehusene på den ene siden og «privat sektor» på den andre siden. Dette er feil. Eksempelvis er flere bedriftshelsetjenester offentlige, det samme er de før nevnte virksomhetene som Arbeidstilsynet og Flymedisinsk institutt. Endelig vises det til § 4, siste ledd. Også her er arbeidsmedisin utelatt. Det er viktig at helseforetakenes forpliktelse til å ta imot kandidater i arbeidsmedisin er tydelig, se vårt forslag til tilføyelse i § 4.

Særlig om samfunnsmedisin

Argumentasjonen for endringsforslagene baseres i stor grad på allmennmedisinen og overføres så nærmest direkte eller ikke i det hele tatt til samfunnsmedisin. For eksempel legger departementet til grunn at alle ASA-spesialitetene skal ha individuell veiledning gjennom hele forløpet, men foreslår ikke reguleringen av dette for samfunnsmedisin.

I beskrivelsen av gjennomføringen av den kliniske delen av samfunnsmedisin spesialiseringen er det faktiske feil i dokumentet fra departementet det det bl.a. står at «...klinisk arbeid inngår ikke i spesialiseringen...». Det siste er ikke korrekt da oppnåelse av enkelte læringsmål i samfunnsmedisin krever klinisk tjeneste. Arbeid med smittevern er også

å anse som klinisk tjeneste i samfunnsmedisin. Videre påstås det at hoveddelen av samfunnsmedisinspesialistene utdannes innenfor kommunale stillinger, mens tall fra Helsedirektoratets rapport anslår at andelen er ca. 50%.

Rammer for utdanningene (6.3)

Allmennmedisin

Rekruttering til fastlegjetjenesten er et økende problem. Det er allerede vedtatt et krav om obligatorisk spesialisering i allmennmedisin (forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, heretter "kompetansekravsforskriften"). Det er derfor ekstra viktig at regulering og gjennomføring av spesialisering i allmennmedisin er enhetlig og sømløs og ikke bidrar til ytterligere rekrutteringsproblemer.

I enkelte kommuner kan det allerede nå, og i hvert fall på sikt være mange spesialister som ved søknad på hjemler/stillinger vil være best kvalifisert. Det kan da bli vanskelig for nyutdannede/leger uten spesialistgodkjenning å komme i gang. Dette vil også på sikt kunne hindre rekruttering til kommunehelsetjenesten. Det er derfor viktig at det tilrettelegges for spesialisering og finansiering av utdanningsstillinger/hjemler i kommunen. Legeforeningen viser i den forbindelse til at det for tiden gjennomføres en utredning i trepartssamarbeidet (KS/Oslo kommune, Legeforeningen og Helse- og omsorgsdepartementet) om modeller for utdanningsstillinger i allmennmedisin. Det framgår av mandatet at arbeidsgruppen skal utredes alternative modeller for organisering og finansiering av stillinger/avtaler for allmennleger i spesialisering (ALIS). Det skal minimum vurderes én modell for utdanningsstilling med fastlønn og én modell for næringsdrift. I de ulike modellene må det drøftes hvordan ordningen med ALIS kan gjøres til en nasjonal ordning, herunder vurdere finansiering og mulighet for fastlønn.

Arbeidsmedisin

Arbeidsmedisinsk førstelinjetjeneste er den eneste lovpålagte helsetjenesten i Norge som ikke har noen form for offentlig finansiering og som hovedsakelig foregår i privat regi. Når man nå stiller krav til at legene som utdanner seg innenfor fagområdet, i tillegg til lønn, skal få finansiert sin utdanning, blant annet i form av veiledning, er det stor sannsynlighet for at en rekke godkjente bedriftshelsetjenester (BHTer) ikke vil ønske å ansette LIS i arbeidsmedisin. Ettersom det ikke er lovfestet et krav om at legestillinger i BHT skal være spesialist i eller under spesialisering i arbeidsmedisin, vil en manglende finansiering kunne fjerne eksistensgrunnlaget for spesialiteten. Når vi vet at Norge har en internasjonalt anerkjent arbeidsmedisinsk spesialitet og at dette er den eneste forebyggende spesialiteten innenfor arbeidshelse i landet, er det urovekkende at man ikke ser konsekvensene av å pålegge en privat arbeidsgiver å dekke et slikt lovpålagt samfunnsansvar.

Legeforeningen foreslår derfor at man i tillegg til endring i spesialistforskriften gjør endringer i forskrift om administrative ordninger, slik at det blir krav om spesialist eller LIS i arbeidsmedisin i godkjent BHT, tilsvarende kravet som gjelder for bl.a. fastlegestillinger i kommunene. Dette støttes, av ekspertgruppen som har vurdert bedriftshelsetjenesten. I

rapporten fra ekspertgruppen står det blant annet at det må settes av tid og ressurser i BHT-ene fremover for å ivareta utdanningen av leger i spesialisering i arbeidsmedisin.

Hva utdanningen skal omfatte 6.3.1

Allmennmedisin

Det foreslås å forskriftsfeste at minst to år av spesialistutdanningen i allmennmedisin skal foregå i åpen uselektert praksis. Legeforeningen støtter dette, men mener det bør tydeliggjøres at minimumskravet er to hele årsverk. Slik § 2, fjerde ledd og § 8, siste ledd, er formulert i forslaget skaper det usikkerhet rundt kravet om to årsverk. Presisering kan enten gjøres ved at det tilføyes "årsverk" i § 2 fjerde ledd eller at det presiseres i § 31 fjerde ledd at bestemmelsen også gjelder for 2 årskravet i § 2 fjerde ledd.

Vi påpeker også at det er viktig å legge til rette for at leger som jobber utenfor allmennpraksis (for eksempel sykehjem, helsestasjon, interkommunale legevakt, andre interkommunale enheter mm) skal få gjennomført kravet om å jobbe 2 årsverk i åpen uselektert allmennpraksis, og få oppfylt eventuelle andre læringsmål som må gjennomføres på andre læringsarenaer i den kommunale helse – og omsorgstjenesten. Det er et spørsmål om det skal opprettes utdanningsstillinger for å sikre dette, og hvordan dette eventuelt skal gjøres. Det vises til samarbeidet om ALIS stillinger mellom Legeforeningen, KS og HOD.

Flere kommuner går sammen om å organisere ulike legetjenester i interkommunale enheter og vi ser at det kan oppstå de samme problemene for leger ansatt ved interkommunale enheter (KAD, LMS). Det er svært viktig, jf kompetansekravsforskriften å sørge for at leger som jobber her også får gjennomført spesialisering, herunder to år i åpen uselektert praksis.

Det fremgår ikke klart om slike interkommunale enheter skal omfattes av kravet til å registrere seg som utdanningsvirksomhet. Slik § 19 er utformet gjelder den kun kommuner (for spesialisering i allmennmedisin). Systemet er antakelig tenkt slik at KAD er en læringsarena, som etter forslaget § 23 kan inngå i kommunens utdanningsplan. Det bør i såfall spesifiseres i § 23 d) at utdanningsplanen skal "blant annet inneholde opplysninger om hvilke læringsarenaer som kan tilby de ulike læringsmålene *og hvilke læringsmål som kan tilbys ved andre virksomheter gjennom avtale*"[vårt forslag til tilføyelse]. En lignende regulering gjelder for godkjente utdanningsvirksomheter i § 22 bokstav e) tredje strekpunkt. Det bør også presiseres i rundskrivet at kommunen kan inngå avtaler med KAD og lignende enheter om gjennomføring av visse læringsmål. Hvis det er tenkt at interkommunale enheter enten kan registrere seg eller skal defineres som kommuner, må dette presiseres i definisjonen av hva en registrert virksomhet er i § 19 annet ledd.

Det er også svært viktig at det ikke oppstår flaskehalser i systemet som forsinker spesialiseringsløpet ved gjennomføring av læringsmål på ulike læringsarenaer. Etter dagens spesialistutdanning i allmennmedisin er ett års institusjonstjeneste ved klinisk sykehusavdeling eller poliklinikk obligatorisk. Det heter blant annet på side 19. i høringsnotatet at "Læringsmål som kun kan oppnås i spesialisthelsetjenesten skal skje ved praktisk tjeneste i denne tjenesten." Legeforeningen finner imidlertid ingen læringsmål som

kun kan oppnås i sykehus, men følgende læringsmål som bare kan oppnås i et større fagmiljø/godkjent utdanningsinstitusjon:

Læringsmål ALM-052: Ha kunnskap om kompetansen hos andre yrkesgrupper i kommunehelsetjenesten og selvstendig kunne samarbeide med ulike aktører i pasientens beste. Læringsmål ALM-055: Ha en godt utviklet samhandlingskompetanse ved å kjenne rammebetingelser, arbeidsmåter og prosedyrer fra en eller flere godkjente utdanningsinstitusjoner innen primær- eller spesialisthelsetjenesten."

Med endringen til læringsmål i stedet for obligatoriske aktiviteter og tjenestetid mener Legeforeningen at det må gis rom for at andre deler av helsetjenesten enn spesialisthelsetjenesten kan benyttes for å oppnå ovenfor nevnte læringsmål, og at tjeneste i spesialisthelsetjenesten ikke blir noe krav i seg selv. Dette vil sikre bredden i den allmennmedisinske kompetansen.

Oppnåelse av læringsmålene forutsetter tjeneste i institusjon som er såpass stor at man har minst en overlege i relevant spesialitet ansatt i 100% stilling og at det drives internundervisning og at man har fast veiledning. En slik institusjon kan da for eksempel være sykehus, større kommunale KAD/ØHD-enheter, palliative enheter i kommunene store sykehjem etc. Tjenesten bør gjennomføres i bolker med varighet på minimum 3 måneder.

Det er viktig at det tilrettelegges for hvordan læringsmål utenfor allmennlegetjenesten rent praktisk kan gjennomføres og hvem som har ansvaret. Det heter i punkt 6.5.3 at det anbefales at samarbeidsavtaler mellom kommuner og RHF/HF bør omfatte samarbeid om utdanning. Legeforeningen støtter dette. Ved en manglende avtaleregulering om hvordan det skal tilrettelegges for dette åpnes det opp for betydelig variasjon, og uforutsigbarhet. Konkrete og forutsigbare avtaler med tidsangivelser vil sikre reell mulighet for å få gjennomført utdanningen. Det må avtales hvem som har ansvar, og hvordan det håndteres hvis kandidatene ikke får gjennomført nødvendige læringsmål innen forventet/avtalt tid. Et alternativ kan være at det i samarbeidsavtalene inntas en forpliktelse for HFene til å utlyse et visst antall stillinger som er forbeholdt ASA kandidater. Det konkrete antall må kommunen og det aktuelle HFet bli enige om.

Det er positivt at det i forslaget til § 4 siste ledd om RHFs ansvar er presisert at de regionale helseforetak skal også legge til rette for at leger i spesialisering i allmennmedisin kan få nødvendig tjeneste i spesialisthelsetjenesten. Legeforeningen støtter dette, men anbefaler at det vurderes en tydeligere regulering av ansvaret for kommunen, helseforetak og RHF til å sørge for tilstrekkelige stillinger for ASA spesialister. Det heter på side 26 i høringsnotatet at "Det forutsettes likevel at det er et rimelig forhold mellom en praksisperiode og de læringsmålene som skal oppnås. Fleksibilitet i lengden på praksisperiode på sykehus vil være en fordel for å finne gode løsninger både for den enkelte lege, for kommunen og for helseforetaket." Legeforeningen er ikke uenig i at det kan være hensiktsmessig med fleksible løsninger. Det er imidlertid en fare for at det vil være vanskelig å få gjennomføre læringsmål i sykehus dersom forpliktelse til å tilrettelegge for slik tjeneste ikke er tydelig nok regulert. Legeforeningen får allerede nå flere spørsmål om hvordan det rent praktisk skal sikres tilgang

til stillinger i helseforetak for å gjennomføre læringsmål i sykehus. Vi foreslår derfor ett tillegg til § 22 bokstav f) om ansvaret for godkjente utdanningsvirksomheter å tilrettelegge for stillinger i helseforetak for spesialistutdanning i allmennmedisin, arbeidsmedisin og samfunnsmedisin.

Arbeidsmedisin

Legeforeningen mener at RHFene også må ha en forpliktelse til å legge til rette for den delen av tjeneste som gjennomføres i sykehus og har foreslått en tilføyelse i § 4 siste ledd, og § 22 bokstav f).

Samfunnsmedisin

Vi mener det er viktig at de regionale helseforetakene også legger til rette for at samfunnsmedisinere kan få gjennomført praktisk tjeneste i spesialisthelsetjenesten på lik linje med de andre spesialitetene for å støtte progresjonen i spesialiseringen, og har foreslått en tilføyelse i § 4 siste ledd, og § 22 bokstav f).

Gruppeveiledning

Legeforeningen støtter forslaget om å forskriftsfeste gruppeveiledning for alle ASA spesialitetene, jf forslag til forskrift § 2 fjerde ledd. Veiledningsgruppen er en svært viktig del av spesialiseringen, hvor legen blir en del av et fagmiljø. Veiledningsgruppen består av kolleger på samme trinn i spesialiseringen og ledes av en erfaren spesialist med veilederutdanning. Det er avgjørende at veiledningsgruppen fortsatt blir en obligatorisk del av spesialistutdanningen i ASA-spesialitetene. Det bør videreføres som krav at minimum 1 år skal skje parallelt med tjenesten i åpen, uselektert praksis for spesialiteten i allmennmedisin.

Krav til veiledning og supervisjon (6.3.2 og 6.5.4.2)

Krav til veiledning og supervisjon omtales både under punkt 6.3.2 og 6.5.4.2 i høringsnotatet. Legeforeningen kommenterer temaet samlet under dette punktet.

Legeforeningen støtter at departementet vil forskriftsfeste en plikt for utdanningsvirksomhetene til å sikre at den enkelte lege får nødvendig supervisjon og veiledning på alle læringsarenaer. Legeforeningen mener det er svært viktig at individuell veileder i ASA-spesialitetene selv er spesialist.

Departementet er noe usikre på om det er tilstrekkelig antall spesialister til å fylle denne oppgaven og ber særskilt om innspill til om kravet er gjennomførbart.

I tillegg mener vi at det må stilles krav til veilederkompetanse, minimum innføringskurs tilsvarende leger som veileder LIS i sykehus må gjennomføre. Tilstrekkelig kompetanse hos veileder er nødvendig for å sikre den faglige kvaliteten i spesialistutdanningen.

Allmennmedisin

Legeforeningen viser til dokumentasjon om distribusjon av spesialister i allmennmedisin. Tabellen viser at spredningen av antall spesialister er god også i de minst sentrale

kommunene - 40,9 %. Det er gjennomgående 2 – 3 ganger antall spesialister i forhold til antall allmennleger under spesialisering. Selv om antall leger under spesialisering vil øke noen steder, vil dekningen være god og den vil bedres ytterligere etter hvert som flere fullfører sin spesialisering. Legeforeningen mener at distribusjonen tilsier at det ikke skal være unntak for kravet at veileder skal være spesialist. Dersom en kommune skulle mangle spesialist til veileder, må dette kunne organiseres slik at veiledning med spesialist kan avtales med nabokommunen(e).

Allmennmedisin status spesialistgodkjenning for allmennleger (ekskl. turnusleger) etter kommunens sentralitetskode, basert på SSBs standard for kommuneklassifisering (gammel kommunestruktur) og Dnlfs legeregister per 1.2.2018. Råttall

	Totalt allmennleger	Lege i spesialisering	Ikke reg. i spes.	Godkjent spesialist
0B (minst sentrale kommuner)	655	132	255	268
0A (lite sentrale kommuner)	232	45	73	114
1B (mindre sentrale kommuner (sammen med 1A))	415	54	129	232
1A	170	22	78	70
2B	175	26	57	92
2A (sentrale kommuner (sammen med 2B))	959	127	330	502
3A (særlig sentrale kommuner)	3339	485	1136	1718
Sum	5945	891	2058	2996

Vannrett prosentuering

	Totalt allmennleger	Lege i spesialisering	Ikke reg. i spes.	Godkjent spesialist
0B (minst sentrale kommuner)	100	20,2	38,9	40,9
0A (lite sentrale kommuner)	100	19,4	31,5	49,1
1B (mindre sentrale kommuner (sammen med 1A))	100	13,0	31,1	55,9
1A	100	12,9	45,9	41,2
2B	100	14,9	32,6	52,6
2A (sentrale kommuner (sammen med 2B))	100	13,2	34,4	52,3
3A (særlig sentrale kommuner)	100	14,5	34,0	51,5
Sum	100	15	34,6	50,4

Omfanget av individuell veiledning og kompensasjon

Det foreslås at det skal forskriftsfestes veiledning i minimum en time annenhver uke.

Legeforeningen mener at dette ikke er tilstrekkelig og foreslår derfor at man som et minimum må forskriftsfeste 1 time veiledning i uken.

Allmennmedisin er et stort fag der balansen mellom å håndtere mange problemstillinger hver dag og samtidig ikke overse alvorlig sykdom er utfordrende for nye leger. Tilstrekkelig veiledning er særdeles viktig for allmennleger, som ofte står alene med avgjørelser, og samtidig i mange tilfeller mangler en organisasjon med systemansvar. Legeforeningen får flere tilbakemeldinger fra ALIS om at de ønsker økt faglig trygghet i utdanningsløpet, og derfor er kvalitet og omfang av veiledning i utdanningsløpet avgjørende for rekrutteringen framover. Basert på innholdet i faget, mener vi det er fornuftig at ALIS skal ha tilgang på veiledning i samme omfang som leger i spesialisering i psykiatri.

Det legges opp til en mulighet for gradering av veiledning, med mest tid brukt i starten av spesialiseringsløpet og mindre etter hvert. Legeforeningen er usikre på om denne antagelsen om redusert veiledningsbehov sent i utdanningsløpet er riktig. Etter hvert som legen blir mer erfaren vil man ofte også i større grad reflektere over kompleksiteten i de faglige utfordringene man håndterer, og dermed ha behov for veiledning.

Legeforeningen mener veiledning bør foregå ukentlig for å bidra til økt kvalitet i pasientbehandlingen som ALIS utfører. En ujevn fordeling av veiledning gjennom et flerårig utdanningsforløp vil heller ikke i stor nok grad kunne ta høyde for at mange ALIS har flere vikariater og ulike arbeidssteder de første årene av karrieren. Legeforeningen er bekymret for at det kan bli vanskelig for ALIS som har flere avtaleforhold i løpet av utdanningen å få all den veiledningen de har krav på dersom man legger opp til at tilbudet om veiledning skal kunne variere fra år til år.

I høringsnotatet hevdes det at i perioder med gruppeveiledning vil det være mindre behov for reflekterende individuell veiledning, samt redusert kapasitet hos ALIS fordi gruppeveiledningen krever deltakelse og oppfølging mellom samlingene. Dette er vi uenige i. Gruppeveiledningen er viktig for refleksjon og modning i faget, men er ofte knyttet til fastsatte temaer, og vil ikke kunne erstatte behovet for individuell veiledning i denne perioden. ALIS bør få omfanget av veiledning kontraktsfestet ved inngåelse av vikar- eller fastlegeavtale.

Legeforeningen reagerer på at det ikke skal beregnes kompensasjon for **individuell** veileder for forberedelse og etterarbeid i forbindelse med veiledningen. Legeforeningen minner om at de aller fleste veiledere i allmennmedisin er selvstendig næringsdrivende leger og vi forutsetter at all tid som medgår til forberedelse, gjennomføring og etterarbeid kompenseres.

Supervisjon – kompetanse, omfang og kompensasjon

Det er foreslått å ikke stille noen særlige kompetansekrav til supervisor, men at det i mange tilfeller vil være en fordel om supervisor har medisinskfaglig bakgrunn. Legeforeningen

mener at det må stilles krav om at supervisor i allmennmedisin må være en erfaren allmennlege eller være legespesialist.

I høringsforslaget er det lagt opp til at det skal være opp til den enkelte registrerte utdanningsvirksomhet hvordan det best legges til rette for at ALIS får nødvendig supervisjon. Legeforeningen er bekymret for at manglende nasjonale føringer kan gi uønsket variasjon i kvaliteten på supervisjon, og mener at ALIS bør ha en, eller flere erfarne allmennleger tilgjengelig for supervisjon på arbeidstedet. Hovedregelen må uansett være at supervisjon skal gis av lege ved samme arbeidsplass og at det bare unntaksvis er aktuelt å supervisere ved telefon eller digitale medier. Et unntak fra dette er legevakt i distrikter hvor tilstedeværende supervisor/bakvakt er urealistisk. Den av supervisorene som skal gi faglige vurderinger om læringsmål er oppnådd, bør imidlertid være spesialist.

Finansiering er i svært liten grad nevnt i departementets forslag. Mange av allmennlegene som i dag er i spesialisering er næringsdrivende. Flere av disse sier at terskelen for å be om supervisjon kan være høy når de vet at kollega har en økonomisk belastning ved å gi slik supervisjon. Dette kan mulig ses i sammenheng med situasjonen i norsk allmennmedisin generelt, hvor arbeidspresstet har økt uten at det er tilført tilstrekkelig økte ressurser.

Honorering av supervisjon

Supervisjon må finansieres for næringsdrivende allmennleger. Legeforeningen mener at det er for tidlig å peke på konkrete løsninger, men at supervisjon er myndighetsfastsatte oppgaver som krever enighet om godtgjøring som må diskuteres i trepartsamarbeidet og avtales mellom partene.

Samfunnsmedisin

Veileder – kompetanse, omfang og honorering

Dette kan bli krevende for spesialistutdanningen i samfunnsmedisin at veileder er spesialist, men det er ingen faglige grunner til å fravike det. Regelen bør være at veiledningen bør skje «ansikt til ansikt», men for at dette skal bli gjennomførbart bør også andre møteformer unntaksvis aksepteres.

I høringsnotatet er nivået på veiledning tydelig underdimensjonert. Det er derfor nødvendig å forskriftsfeste et minimum av individuell veiledning for samfunnsmedisin.

Samfunnsmedisinsk tjeneste er fundamentalt ulik fra spesialisthelsetjenesten, og derfor er det spesielt viktig med veiledning i starten av utdanningsløpet. Vi mener at veiledning må gis 1 time i uken- i tillegg må for- og etterarbeid honoreres.

Supervisjon – kompetanse, omfang og honorering

Legeforeningen støtter vurderingene av at det må gjøres lokale tilpasninger, men vi mener at lokal supervisor på arbeidsplassen/i praksisen må være regelen. I samfunnsmedisin vil dette bli vanskeligere å gjennomføre. I noen samfunnsmedisinske miljøer vil LIS bli sett og fulgt av samfunnsmedisinere (direktorater, fylkesmannsembetene), mens mange i kommunestillinger ikke vil ha noen samfunnsmedisinere som kolleger. Det vil da være aktuelt at ledere og andre erfarne fagpersoner og byråkrater får et supervisjonsansvar. Vi er

enige i at det ikke kan stilles absolutte krav om spesialitet til supervisor. Kommunen må sørge for at supervisor har så høy kompetanse som mulig.

Legeforeningen er enig i at behovet for supervisjon vil variere, avhengig av den enkelte leges erfaring og kompetanse, og avhengig av situasjon. LIS tidlig i sitt utdanningsløp vil i mange situasjoner kunne få adekvat supervisjon av en erfaren LIS, erfarne LIS vil kunne håndtere også krevende situasjoner med økende grad av selvstendighet. Men også den erfarne LIS må til en hver tid være sikret supervisjon når situasjonen krever det.

Veiledning og supervisjon i fagene samfunnsmedisin må honoreres særskilt som tillegg til den samfunnsmedisinske stillingen til veileder/supervisor. De samfunnsmedisinske stillingene blir stadig færre i kommunene i forbindelse med forvaltningsreformen, stillingene er ofte små, og det er således ikke noen ledig kapasitet til å bygge disse nye oppgavene inn i eksisterende stillinger. Oftest er stillingene eneste stilling hos arbeidsgiver både for LIS og veileder/supervisor, således vil LIS oftest arbeide i en annen kommune enn veileder/supervisor. Det vil være urimelig om den tiden som benyttes til veiledning/supervisjon går ut andre oppgaver. Den mest hensiktsmessige måten å sikre at slik veiledning/supervisjon faktisk kan etableres er dette finansieres særskilt. Uansett er det viktig at det defineres og forskriftsfestes krav til omfanget av supervisjon.

Arbeidsmedisin

Per i dag er det 310 spesialister i arbeidsmedisin, og ettersom det legges opp til at en spesialist kan veilede flere LIS ved at man ikke trenger å arbeide på samme sted, mener Legeforening at det er et tilstrekkelig antall for å fylle oppgaven. Vi mener det bør være et krav at veiledning av LIS skal utføres av spesialister i arbeidsmedisin.

Det er også nødvendig å forskriftsfeste et minimum av individuell veiledning for spesialiteten arbeidsmedisin. Store deler av den arbeidsmedisinske tjenesten foregår utenfor helsetjenesten, og LIS vil således trenge mer oppfølging. Legeforeningen foreslår også at det skal forskriftsfestes individuell veiledning i arbeidsmedisin i gjennomsnitt minimum en time hver annen uke.

Departementet foreslår ikke særskilte krav til supervisor i ASA-spesialitetene, men det står at det i mange tilfeller vil være en fordel om supervisor har medisinskfaglig bakgrunn. Legeforeningen mener at supervisor i arbeidsmedisin må være lege med arbeidsmedisinsk kompetanse.

Gjennomføring av spesialistutdanningen tilknyttet en registrert utdanningsvirksomhet - eller alternativt ved en godkjent utdanningsvirksomhet (6.3.3)

Det følger av § 2 femte ledd andre punkt at dersom deler av utdanningen ikke gjennomføres tilknyttet en registrert utdanningsvirksomhet skal dette skje etter avtale mellom utdanningsvirksomheten og den andre virksomheten. Legeforeningen anbefaler at det utarbeides avtalemaler som kan være veiledende for slikt samarbeid. Dette vil kunne bidra til

likere praktisere og like vilkår for LIS som tar deler av sin utdanning utenfor registrert/godkjent utdanningsvirksomhet.

Arbeidsmedisin

Vi påpeker at det på side 22 i høringsnotatet står: «*Det er lagt til grunn at kravet om at den vesentlige delen skal gjennomføres ved eller tilknyttet utdanningsvirksomhet innebærer at om lag to tredeler av utdanningstiden må gjennomføres ved godkjent eller tilknyttet registrert utdanningsvirksomhet*». Legeforeningen mener at dette ikke kan gjelde arbeidsmedisin, der hele utdanningen må foregå ved godkjent eller tilknyttet registrert utdanningsvirksomhet. Dette bør forskriftsfestes, se forslag til endring i spesialistforskriften § 2 sjette ledd.

Læringsmål som beskriver de generelle kravene til kompetanse (6.3.4)

I denne delen av høringsnotatet beskrives systemet med læringsmål og fastsettelse av læringsmål. Legeforeningen viser til våre forslag til utforming av § 2 siste ledd.

Aktørenes roller og ansvar (6.4)

Helsedirektoratet (6.4.1)

Det foreslås at Helsedirektoratet gis myndighet til å registrere utdanningsvirksomheter og ha et overordnet ansvar for å sikre en enhetlig spesialistutdanning innen ASA- spesialitetene (se punkt 6.4.1 og punkt 6.5)

Legeforeningen støtter dette forslaget, men påpeker at det er viktig at Helsedirektoratet sikres tilstrekkelige bemanningsressurser gitt de økte oppgavene som ligger i forslaget.

Det bør forskriftsfestes at direktoratet kan fastsette nasjonale minimumskrav til obligatoriske læringsaktiviteter.

Kommunene og andre registrerte utdanningsvirksomheter (6.4.2)

Det foreslås at kommunen får et særskilt ansvar for tilrettelegging av spesialistutdanningen, se forskriftsforslag § 5 (se punkt 6.4.2).

Legeforeningen støtter dette forslaget, men understreker at kommunene også må tilføres ressurser slik at kommunen er i stand til å gjennomføre oppgavene. Forslaget i § 5 innebærer en rekke større oppgaver som alle i begrenset grad ligger innen rammen av hva veileder og supervisor skal/kan gjøre. Dette blir således en betydelig oppgave for kommunene, som krever både kapasitet og kompetanse. Det er naturlig at kommunene bruker kommuneoverlege til disse oppgavene. Spesialistutdanning i samfunns- og allmennmedisin er svært viktig tiltak for å heve kvaliteten på det medisinske tilbudet til befolkningen. Med den marginale kapasiteten det er i de samfunnsmedisinske stillingene i Norge krever dette en betydelig styrking av disse stillingene i kommunene.

Legeforeningen mener ansvarsforholdet mellom kommunen og den som skal være veileder bør forskriftsfestes. Dette var regulert i forskrift om veiledet tjeneste. Vi mener at dette (eller lignede regulering) er viktig og ber departementet vurdere å inkludere dette i forskriften, se

forslag til forskriftsregulering i § 5 helt til slutt i høringssvaret. Det bør også forskriftsfestes kommunens ansvar for og kompensasjon for supervisor, se forslag til slutt i høringssvaret.

Legeforeningen minner om at enkelte kommuner har egenordninger i form av godkjente BHTer og at de i slike tilfeller også må ha et særskilt ansvar for spesialistutdanningens tredje del når det gjelder spesialistutdanningen i arbeidsmedisin. Vi foreslår derfor et tillegg til spesialistforskriften § 5.

Legeforeningen (6.4.3)

Det er foreslått regulert i § 6 siste ledd at Legeforeningen kan ivareta læringsaktiviteter i tråd med læringsmålene for ASA spesialitetene. Legeforeningen støtter at denne rollen forskriftsfestes, og har noen kommentarer til andre roller som også bør forskriftsfestes.

Legeforeningen vil påpeke at direktoratet også må innhente faglige råd ved forslag til endringer i vedlegg I om legespesialitetene (spesialitetsstruktur), se § 3 annet ledd. Det bør forskriftsfestes i § 5 at Helsedirektoratet skal innhente faglig råd i fra Legeforeningen ved fastsettelse av spesialiteter. Legeforeningens spesialitetskomiteer må på eget initiativ kunne fremme anbefalinger om endringer i læringsmålene for den enkelte spesialitet, basert på fagfeltets utvikling nasjonalt og internasjonalt. Vi vil fremheve betydningen av tett dialog mellom Helsedirektoratet og Legeforeningen som faglig rådgiver, gjennom hele behandlingsprosessen i slike saker.

Legeforeningen mener at det er behov for at Helsedirektoratet skal innhente faglig råd i forbindelse med den faglige vurderingen av registrerte utdanningsvirksomheter som gjøres etter § 28 andre ledd, se forslag til regulering i § 6 d.

Det er behov for å kommentere ansvaret for kursvirksomhet for spesialiteten arbeidsmedisin. Kursene i arbeidsmedisin arrangeres av sykehusavdelingene og STAMI, og inngår i universitetsporteføljen som overføres fra universitetene til RegUt i ny ordning. RegUt må mao ha det administrative ansvaret for kursene, mens avdelinger i arbeidsmedisin og STAMI fortsatt skal arrangere obligatoriske kurs slik som i dagens ordning. Dette må forskriftsfestes.

Lege i spesialisering (6.4.4)

I § 6 fjerde ledd heter det at leger i spesialisering har ansvar for egen læring, blant annet ved å følge opp den individuelle utdanningsplanen og delta i læringsaktiviteter. Hva ligger i dette ansvaret, og hvilke konsekvenser har manglende oppfølging fra LIS? Hvor langt strekker dette ansvaret seg, og hvor er grenseoppgangen opp mot arbeidsgivers plikt til å tilrettelegge for utdanning? I forbindelse med implementeringen av faste stillinger for LIS er legenes individuelle ansvar for egen utdanning overført til et organisatorisk systemansvar og ansvaret for utdanningsløp er flyttet fra den enkelte lege til arbeidsgiver. Forskriften tar ikke denne endringen innover seg når det tilsynelatende kan se ut til at den enkelte LIS har et større ansvar enn det som er den rettslige status. Forskriften bør derfor endres til at ansvaret for LIS er et ansvar for å **medvirke** til egen utdanning.

De regionale helseforetakene og helseforetakene (6.4.5)

Legeforeningen støtter forslaget om at det forskriftsfestes at de regionale helseforetakene skal legge til rette for at leger i spesialisering i allmennmedisin skal få nødvendig praktisk tjeneste i spesialisthelsetjenesten, jf nytt § 4 annet ledd. Det er svært viktig at denne oppgaven omfattes av samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak, og at RHF skal ha et særskilt ansvar for å sørge for det inngås konkrete og forpliktende samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak. Se for øvrig våre kommentarer om behov for ytterligere regulering av RHFenes ansvar under punkt 6.3.1 over.

Registrerte utdanningsvirksomheter (6.5)

Det foreslås at Helsedirektoratet gis myndighet til å registrere utdanningsvirksomheter og ha et overordnet ansvar for å sikre en enhetlig spesialistutdanning innen ASA- spesialitetene, jf punkt 6.4.1 i høringsnotatet.

Legeforeningen støtter forslaget. Vi mener at Helsedirektoratet, for spesialiteten arbeidsmedisin, bør samarbeide med Godkjenningssenheten for BHT, for å sørge for at kun godkjente BHTer blir registrert som utdanningsvirksomheter. Et samarbeid er viktig for at BHTer som mister sin godkjenning også mister sin registrering som utdanningsvirksomhet. Dette krever utveksling av informasjon mellom Godkjenningssenheten for BHT og Helsedirektoratet. Legeforeningen mener at dette bør hjemles i den nye spesialistforskriften. Det er ikke hensiktsmessig at en BHT som ikke er godkjent får registrere seg som utdanningsvirksomhet, se våre forslag til tillegg i spesialistforskriften § 19.

Det vises til Legeforeningens kommentarer om dette ovenfor knyttet til punkt 6.4.1 og nedenfor under 6.5.2.

Registrerte utdanningsvirksomheter – varierende typer virksomheter (6.5.1)

Det vises til det Legeforeningen har skrevet under punkt 6.2.

Registreringen (6.5.2)

Det heter i denne delen av høringsnotatet at en registrering ikke innebærer samme prosess som en godkjenning. Etter forslaget skal direktoratet foreta en vurdering av om den innsendte planen oppfyller nødvendige krav etter forskriften. Det heter videre at direktoratet skal få et ansvar for å følge opp registrerte utdanningsvirksomheter ved behov, at direktoratet kan be om faglige råd fra Legeforeningens spesialitetskomiteer (jf § 28).

Legeforeningen støtter forslag, men Legeforeningens rolle er ikke nærmere beskrevet. Vi ber om at det presiseres, både direkte i ordlyden og merknadene til bestemmelsen, hva som ligger i rollen og hvordan denne rollen konkret skal kunne gjennomføres. Vi påpeker at det fremstår uklart hva som vil skje med registrerte utdanningsvirksomheter dersom kravene ikke er oppfylt. Godkjente utdanningsvirksomheter kan miste godkjenningen, mens en registrert utdanningsvirksomhet ikke vil bli avregistrert. Det er foreslått at dersom utdanningsvirksomheten ikke oppfyller kravene, skal direktoratet følge opp virksomheten med råd og veiledning, men hva hvis manglene ikke avhjelpes?

Legeforeningen påpeker at det er viktig at det digitale verktøyet for å registrere læringsmål er det samme i hele utdanningsforløpet, dvs at verktøyet gjøres tilgjengelig for veileder og leder på lik linje som ved tjeneste i sykehus.

Det må avklares om det har konsekvenser for LIS som er tilknyttet en registrert utdanningsvirksomhet dersom virksomheten ikke oppfyller kravene. Det bør avklares hvorvidt tiden er tellende mot spesialisering dersom virksomheten ikke oppfyller kravene. Da det er et krav om å være under spesialisering for å ha refusjonsrett i allmennlegetjenesten, kan ikke manglende registrering medføre at ALIS mister refusjonsretten.

Arbeidsmedisin

Legeforeningen mener at Helsedirektoratet bør samarbeide med Godkjenningssenheten for BHT, for å sørge for at kun godkjente BHTer blir registrert som utdanningsvirksomheter, se omtale under punkt 6.5.

Også innen arbeidsmedisin er det viktig å få systemer som sørger for gjennomstrømming i utdanningsløpet. Vi ser store utfordringer ved å få på plass gode systemer for sentrale elementer som må på plass i den nye ordningen. Dette gjelder bl.a. prosessen rundt registrering av utdanningsvirksomheter og ansvaret for utvikling og koordinering av utdanningsplaner. Det er forutsatt at Helsedirektoratet skal ha en viktig rolle her (jfr § 3), men fagmiljøet mener at direktoratets kjennskap til det arbeidsmedisinske fagfeltet er mangelfullt og bør derfor styrkes vesentlig.

Ansvaret for utdanningen (6.5.3)

Se over under punkt 6.3.1 for Legeforeningens kommentarer til behovet for en mer forpliktende tilretteleggingsplikt for å sikre gjennomføring av læringsmål på alle læringsarenaer.

Se over under punkt 6.4.1 for Legeforeningens kommentarer om Helsedirektoratet rolle for å bidra til en enhetlig utdanning.

Ansvaret for utdanningsløpet (6.5.4)

6.5.4.1 Individuell utdanningsplan

Det er svært positivt at både de godkjente og de registrerte utdanningsvirksomhetene pålegges å utarbeide en helhetlig individuell plan for den enkelte LIS, og at det spesifiseres at planen skal angi når og på hvilken læringsarena de enkelte læringsmålene skal oppnås. Dette innebærer en klar forbedring sammenlignet med dagens system, og vil trolig ha positiv effekt både på utdanningskvalitet og utdanningslengde. Det er også positivt at det presiseres at planen skal revideres ved behov og at det er utdanningsvirksomhetens ansvar å ta initiativ til å endre planen når endringer skjer i læringsmål eller i tilbudene hos de samarbeidende tjenestestedene, jf forskriften § 25.

Legeforeningen vil imidlertid kommentere forbeholdene som beskrives i høringsnotatet øverst på side 32 at planen bare skal være veiledende og at den derfor ikke vil være bindende for verken utdanningsvirksomheten eller legen, og vil ikke gi legen rett til å kreve å få

gjennomføre bestemte læringsaktiviteter. Dette bidrar til å skape stor usikkerhet og liten forutsigbarhet for LIS og tilsvarende stort handlingsrom for utdanningsvirksomhetene. Dette er nok et eksempel på at det er et betydelig misforhold mellom manglende rettigheter og forutsigbare løp for LIS og manglende regulering av ansvar for utdanningsvirksomheter. Dette er særlig betenkelig i et system hvor det er lagt så stor frihet til virksomhetene.

Krav til veiledning og supervisjon (6.5.4.2)

Se Legeforeningens kommentarer om krav til veiledning og supervisjon under punkt 6.3.2.

Vurdering og dokumentasjon av oppnådde læringsmål (6.5.5)

Det foreslås at vurdering og dokumentasjon av oppnådde læringsmål for ASA-spesialitetene skal være et ledelsesansvar og at det ved vurdering av oppnådde læringsmål skal innhentes anbefaling fra veileder og minst en som har deltatt i supervisjon. Dersom læringsmålene ikke ansees som oppnådd, skal legen kunne kreve en ny vurdering. Dersom legen ber om det, skal fylkesmannen legge til rette for at vurderingen kan foregå hos en annen.

Faglige vurderinger står helt sentralt når det skal avgjøres om læringsmål kan anses som oppnådd. Legeforeningen mener et evalueringskollegium bestående av leder, spesialister som har bidratt med supervisjon, legens veileder og spesialisten som har det overordnede medisinskfaglige ansvaret for det aktuelle emnet må foreta vurderingen av om læringsmål kan attesteres som oppnådd. Dette er viktig både av hensyn til legens rettssikkerhet i spesialistgodkjenningen, og for å sikre at godkjenning av læringsmål ikke skjer på et tilfeldig eller for svakt faglig grunnlag. Vi har derfor forslag til ny § 26 første ledd, annet punkt. Vi anbefaler at dersom forslaget tas til følge, at merknadene til bestemmelsen inneholder en nærmere beskrivelse av kollegiet.

Observasjon av LIS i det daglige arbeidet, med vurdering av praktiske ferdigheter, teoretisk kompetanse og holdninger, samt dokumentasjon av gjennomførte læringsaktiviteter, som kurs og et nødvendig volum av praktiske prosedyrer, må legges til grunn for vurderingen av om LIS har ervervet tilstrekkelig erfaring og kompetanse. Legeforeningen mener at det er flere utfordringer knyttet til det foreslåtte systemet. Det beskrives ikke på hvilket grunnlag den andre utdanningsvirksomheten skal foreta sin vurdering. Både praktiske ferdigheter, teoretisk kompetanse og holdninger må vurderes direkte gjennom observasjon av LIS i daglig arbeidet, i tillegg til vurderingen av samlet erfaring og kompetanse gjennom dokumentasjon av gjennomførte læringsaktiviteter. Slik vurdering vil kreve at LIS tjenestegjør i en annen utdanningsvirksomhet i en kortere eller lengre periode. Avhengig av hvilke læringsmål som ikke ansees oppnådd og hvilken spesialitet det er, vil "tilleggstjenesten" måtte gjennomføres på ulike læringsarenaer. Skal det opprettes stillinger for dette? Når det gjelder næringsdrivende fastleger, må det sikres at de har et refusjonsgrunnlag slik at de opprettholder inntekt. Det er ikke beskrevet hvordan dette rent praktisk skal kunne gjennomføres, og vi ber om at dette avklares.

Det er uansett viktig at utdanningsvirksomheten tilrettelegger i slike saker. Det må være systemer som sikrer ryddige prosesser og at LIS får den veiledning, tilrettelegging og oppfølgingen som trengs underveis i prosessen. Det følger av § 25 at

utdanningsvirksomheten har en tilretteleggingsplikt. Tilrettelegging på utdanningsstedet må være foretatt før den eksterne vurderingen gjennomføres, og det må dokumenteres hvilke tiltak som er gjort for å tilrettelegge for LIS. Det bør i § 26 henvises til tilretteleggingsplikten i § 25. Det må videre reguleres i § 26 hvem som skal foreta den "siste" vurderingen av om læringsmålene er oppnådd (etter 6 måneders "tilleggstjeneste" i henhold til § 26 fjerde ledd).

Under enhver omstendighet mener Legeforeningen at det for alle ASA spesialitetene må være et krav om at den som vurderer og godkjenner er lege, i praksis vil dette være en oppgave for kommuneoverlegen i allmennmedisin og samfunnsmedisin. Når det gjelder allmennmedisin og samfunnsmedisin er det dessverre slik at det i mange kommuner er mangel på medisinsk faglig ledelse. Det kan likevel ikke være slik at legers spesialistutdanning skal kunne vurderes og godkjennes av personer uten legeutdanning. Disse vurderingene må gjøres grundig, både for å sikre utdanningskandidatens rettssikkerhet og kvalitet på tjenestene til befolkningen. Samtidig ser vi at disse prosessene kan bli krevende i flere saker hvor det er tvil, eller uenighet, om læringsmålene er oppnådd. Dette vil således kreve en klar styrking av de samfunnsmedisinske funksjonene i kommunene.

Legeforeningen påpeker at det i § 28 første ledd om vurdering av de *registrerte virksomhetene* er vist til at Helsedirektoratet skal vurdere om virksomhetene oppfyller kravene i § 26, mens det samme er ikke tilfellet for vurdering av de *godkjente virksomhetene* i § 27 tredje ledd. Legeforeningen er usikker på om det er en tilsiktet forskjellsregulering eller en forglemmelse. Vi anbefaler at det også i § 27 tredje ledd inntas en henvisning til § 26 slik at også de godkjente utdanningsvirksomhetene skal vurderes om de overholder bestemmelsens krav om vurdering og dokumentasjon om oppnådde læringsmål.

Arbeidsmedisin

Legeforeningen mener at det er vanskelig gjennomførbart at fylkesmannen skal legge til rette for at vurdering av om læringsmålene er oppnådd, kan foregå hos en annen når det gjelder arbeidsmedisinsk tjeneste i godkjent BHT. Mange godkjente BHTer er konkurrerende virksomheter, og det er lite sannsynlig at fylkesmannen har oversikt over BHT-markedet. Vi foreslår at det forskriftsfestes at fylkesmannen i slike tilfeller skal kontakte Godkjenningssenheten for BHT, se Legeforeningens forslag til tillegg i § 26. Dette vil også kreve endring i forskrift om administrative ordninger.

Forholdet mellom den registrerte utdanningsvirksomhetens ansvar og den enkelte legens ansvar (6.5.6)

Legeforeningen viser til våre kommentarer til forskriftens forslag til § 7 ovenfor under punkt 6.4.4.

Vi viser også til våre kommentarer til Helsedirektoratets oppfølgingsansvar i forskriften § 28, ovenfor under punkt 6.4.1, og våre kommentarer til vurdering av oppnådde læringsmål under punkt 6.5.5.

Krav om at spesialistutdanningen for alle LIS som hovedregel bør gjennomføres på heltid (6.6.1)

Departementet foreslår at hovedregelen for spesialistutdanning innen ASA -spesialitetene er at tjenesten gjennomføres på heltid, men kan unntaksvis gjennomføres på deltid.

Allmennmedisin

Det foreslås en nedre grense på 50 % for den delen av spesialisering i allmennmedisin som skjer i åpen uselektert praksis, se § 8 i forskriften. Legeforeningen er enig i at tjenesten i åpen uselektert praksis skal kunne gjennomføres på deltid ned til 50%. Det er imidlertid viktig å vurdere regulering av allmennmedisinspesialiteten i sammenheng med spesialist/spesialiseringsskravet i kompetansekravsforskriften og regelverket om refusjonsrett. Regelen om 50 % uten unntak vil kunne føre til at enkelte leger ikke ansees å være "under spesialisering" som er et krav for å få refusjoner fra HELFO. Slik forslaget er nå vil det være umulig å arbeide i kommunale jobber i mindre stillinger enn 50 % og ha refusjonsrett, som i praksis vil avskjære muligheten for mindre type stillinger/hjemler. Det vil ikke være et problem for det store flertall av leger som jobber i fastlegetjenesten, men kan være aktuelt for noen i perioder, for eksempel på grunn av sykdom, nedtrapping/ deleliste. Samtidig er Legeforeningen opptatt av at 50 % kravet bidrar til økt kvalitet gjennom at legen møter pasienter med ulike problemstillinger som kan følges over tid. Vi ber derfor departementet om å vurdere behovet for å endre refusjonsregelverket for å sikre at det ikke får utilsiktede konsekvenser for de legene som eventuelt har behov for mindre stillingsbrøker/hjemmelsbrøker i kortere eller lengre perioder.

Det er uansett viktig at kravet om 2 år i åpen uselektert praksis *samlet sett* utgjør to år heltid, se våre forslag til hvordan dette kan reguleres under punkt 6.3.1.

Arbeidsmedisin

Legeforeningen støtter at hovedregelen for spesialistutdanning i arbeidsmedisin er at tjenesten gjennomføres på heltid. Dersom den gjennomføres på deltid, anbefaler vi også for arbeidsmedisin at det settes en nedre grense på 50 % for tjeneste i godkjent BHT. Vi mener det vil være krevende å oppnå læringsmålene ved arbeid i en lavere stillingsandel. Dette støttes også av ekspertgruppen som har vurdert bedriftshelsetjenesten på oppdrag fra Arbeids- og sosialdepartementet.

I dag ligger følgende minimumskrav i forskrift om administrative ordninger i § 2-2 d) «*De enkelte fagområder (arbeidsmedisin, yrkeshygiene, ergonomi og psykososialt-organisatorisk) må være dekket med minimum 30 % av et årsverk*». Dette kravet gjør at mange leger ikke ansettes i mer enn 30 % stilling. Legeforeningen mener at dette ikke er tilstrekkelig til å sikre god utdanningskvalitet for leger i arbeidsmedisin. Vi anbefaler at det for LIS i arbeidsmedisin fortrinnsvis blir en heltidsstilling, eller unntaksvis en nedre grense på 50 % for tjeneste i BHT. Samtidig bør man foreslå en forskriftsendring i forskrift om administrative ordninger, med krav om spesialist eller LIS i arbeidsmedisin til de legestillingene som er lovpålagt i godkjent BHT, og en harmonisering med kravene i spesialistforskriften om heltidsstilling,

eller unntaksvis en nedre grense på 50 %. Se tilslutt i dokumentet for vårt forslag til tillegg i forskriften § 8.

Samfunnsmedisin

Legeforeningen støtter at hovedregel må være heltid, men foreslår ikke en nedre grense på 50 % da mange har 40 % stillinger. Dersom tjeneste ikke gjennomføres på heltid, må tjenestetiden forlenges tilsvarende.

Spesialistgodkjenning (6.7)

Departementet foreslår at bestemmelsene om spesialistgodkjenning av leger skal gjelde fullt ut for alle spesialiteter inkludert ASA spesialitetene. Legeforeningen har noen forslag til tillegg i § 29, 30 for å regulere krav til dokumentasjon om gjennomførte læringsaktiviteter i henhold til gjeldende nasjonale minimumskrav til spesialiteten.

Deler av spesialistutdanningen er gjennomført i andre land (6.7.1)

Legeforeningen er enig i forslaget om at Helsedirektoratet skal få myndighet til å godkjenne deler av tjeneste fra andre land.

Allmennpraktiserende lege fra annet EØS-land eller Sveits (6.7.2)

Legeforeningen antar at § 33 annet ledd innebærer at konvertering av allmennlegegodkjenning fra et EØS land eller Sveits innebærer at slike kvalifikasjoner skal konverteres til norsk spesialistgodkjenning. Departementet skriver at det følger av yrkeskvalifikasjonsdirektivet at en stat som stiller strengere krav enn minimumskravene til kvalifikasjon i yrkeskvalifikasjonsdirektiver, må anerkjenne leger med utdanning fra andre land med svakere krav.

Legeforeningen har vurdert muligheten for å stille sterkere krav til spesialistutdanning til de legene som kommer til Norge med allmennlegebevis fra et annet EØS land, men er enig i at krav om at visse stillinger/ hjemler kun kan besettes av de med norsk allmennmedisinsk kompetanse vil være i strid med yrkeskvalifikasjonsdirektivet og reglene om fri flyt av arbeidskraft.

I forbindelse med høringen om forskrift om kompetansekrav for leger i kommunehelsetjenesten uttalte departementet at "Innføringen av krav om å være spesialist i allmennmedisin eller under spesialisering, vil føre til endringer i forskrift om veiledet tjeneste. Kravet om å ha gjennomført tre års veiledet tjeneste for å få allmennlegebevis og rett til å utløse refusjoner fra folketrygden, vil på sikt bli erstattet av et krav om å være spesialist i allmennmedisin." Vi forstår det slik, selv om det ikke står skrevet direkte, at for å kunne reise til andre EØS land og jobbe på trygdens regning i dette landet, må allmennleger være ferdige spesialister da det fra 1. mars 2017 ikke lenger er mulig å utdanne seg til en allmennlegegodkjenning. Vi ber om at dette avklares.

Behov for særlig tilrettelegging for de som allerede er allmennleger med allmennlegebevis og leger med allmennlegebevis fra andre EØS land

Kommunene bør ha klare plikter for tilrettelegging for spesialisering også av leger som har allmennlegegodkjenning. Dette er nødvendig for å virkeliggjøre regjeringens uttalte ambisjon i Meld. St. nr. 26 (2014-15): "at alle allmennleger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal være spesialister eller under spesialisering i allmennmedisin.

Legeforeningen antar at departementet er kjent med endringene i utdanningskravene i Sverige i etterkant av saken som EU kommisjonen initierte mot Sverige med påstand om at det var ulovlig å ha nivåer med yrkeskvalifikasjoner for allmennleger: allmennlegegodkjenning og spesialistgodkjenning. Sverige tapte saken. Saken hadde konsekvenser for de nasjonale utdanningskravene og Sverige endret blant annet lovgivningen ved at det nå ikke lenger er mulig å utdanne seg til allmennlegegodkjenning. Altså samme løsning som Norge har valgt. I Sverige får de legene som allerede er utdannet EU leger tilbud om et eget opplæringsprogram dersom de ønsker å komplettere sin utdanning til en spesialistutdanning. Legeforeningen mener at det er viktig at det, som i Sverige, tilrettelegges for et system for de med allmennlegebevis å komplettere sin utdanning, og ber om at dette vurderes.

Overgangsordninger (6.8)

Det foreslås en annen overgangsordning for ASA- spesialitetene enn sykehusspesialitetene. Leger som er under spesialisering i ASA- spesialitetene den 1. mars 2019 skal ha rett til å gjennomføre spesialistutdanningen og søke om spesialistgodkjenning etter dagens ordning, se § 37 tredje ledd bokstav a. Legen kan imidlertid velge om de vil gjennomføre etter ny ordning (se punkt 6.8).

Legeforeningen støtter den foreslåtte reguleringen av overgangsordning for ASA spesialitetene. Vi ser imidlertid for oss at mange utdanningskandidater vil ønske den styrkede veiledningen og formaliserte supervisorordningen som ligger i ny ordning, selv om spesialiteten er påbegynt før 1. mars 2019. Dette må det derfor tas høyde for både når det gjelder økonomi, veileder- og ledelses-/kommuneoverlegekapasitet. Vi minner også om at det har vært lang behandlingstid for spesialistsøknader hos Helsedirektoratet som har medført inntektstap for mange ALIS. Legeforeningen er bekymret for at behandlingstiden for søknader igjen vil øke i perioden hvor det er overgangsordninger for godkjenning. Direktoratet bør ha særlig fokus på dette og sørge for tilstrekkelige ressurser til arbeidet.

Klage på vedtak (6.9)

I forslaget § 35 første ledd b bør det i tillegg til § 32 andre ledd, også stå § 32 tredje ledd. Vi antar at det skyldes en forglemmelse at det ikke er regulert en klageadgang på Helsedirektoratets vedtak om læringsmål i ASA spesialitetene.

Andre forslag til endringer i spesialistforskriften (7)

Legeforeningen vil i det følgende først kommentere høringsnotatets foreslåtte endringer i de øvrige bestemmelsene i forskriften og deretter andre bestemmelser der vi mener det er behov for presiseringer eller endringer.

Opprettelse og fordeling av stillinger i utdanningens første del (7.1 – forslaget § 11)

Legeforeningen er enig i forslaget og minner om behovet for flere LIS 1 stillinger, jf det vi har skrevet om dette ovenfor under innledningen.

Godkjente utdanningsvirksomheters ansvar for utdanningen (høringsnotatets 7.2, forslag til forskrift § 22)

Ved godkjente utdanningsvirksomheter foreslås det at direktoratet kan gi dispensasjon fra kravet om å ha ansatt en spesialist i spesialiteten og til kravet om at individuell veileder skal være spesialist. Bestemmelsen vil være aktuell ved opprettelse av nye spesialiteter, se forskriften § 22 og § 25. (se punkt 7.2 og 7.3)

Legeforeningen viser til tidligere innspill til departementet om den foreslåtte reguleringen i bestemmelsens siste ledd. Det er behov for flere avklaringer, herunder om det innebærer at LIS-utdanning skal kunne starte uten spesialister/før spesialister er godkjent? Skal virksomheter kunne godkjennes uten å ha ansatt spesialister? Det heter at det skal være tidsavgrensede dispensasjoner, det bør i så fall presiseres hvor lenge det i et oppdatert rundskriv. Legeforeningen etterlyser en nærmere redegjørelse for hva gevinsten er. Vi påpeker at godkjenning av utdanningsvirksomheter uten ansatte spesialister vil være et brudd med all tidligere praksis. Spesialistkompetanse i virksomheten er en forutsetning for utforming av utdanningsplaner, utdanningsaktiviteter samt veiledning og vurdering av LIS. Legeforeningen mener at spesialistkompetansen må være til stede før man starter å utdanne LIS.

Utdanningsvirksomhetenes ansvar for utdanningsløpet til den enkelte lege (høringsnotatets 7.3, forslag til forskrift § 25)

Legeforeningen er uenig med forslaget. Vi mener at spesialistkompetanse i virksomheten er en forutsetning for utforming av utdanningsplaner, utdanningsaktiviteter samt veiledning og vurdering av LIS. Spesialistkompetansen må være til stede før man starter å utdanne LIS.

Beregning av samlet utdanningstid (høringsnotatets 7.4, forslag til forskrift § 31)

Departementet foreslår at det ikke skal stilles krav til utdanningens lengde ved utdanning i spesialiteter i tillegg til den første godkjente spesialiteten, se forslag til forskrift § 31 siste ledd.

Legeforeningen er uenig i forslaget og mener at forslaget kan medføre at kandidat ved spesialitet nr to får en dårligere utdanning og kompetanse. En slik bestemmelse vil uansett

ikke kunne gjelde generelt, av hensyn til nødvendig modning i faget. Vi påpeker at ved gjennomføring av felles del 2 kan denne godskrives ved en påfølgende spesialitet slik som i dagens hoved- og grenspesialitetssystem. LIS 1 må nødvendigvis ikke gjennomføres på nytt, noe som tilsier at de fagene som har en felles del 2 bør det minimum gjennomføres 2 år. Det bør anerkjennes at også tid er en vesentlig faktor når det gjelder utvikling av spesialistkompetanse, også ved gjennomføring av spesialistutdanning etter den første. Ved spesialisering i spesialiteter uten stor grad av faglig overlapp vil man ikke oppnå nødvendig modning i faget for å oppnå spesialistgodkjenning på redusert tid.

Økonomiske og administrative konsekvenser (høringsnotatets kapittel 8)

Det er i forslaget nevnt som en forutsetning at midlene i Utdanningsfond I og II videreføres til finansiering av læringsaktiviteter for ASA-spesialitetene. Som følge av at alle leger i kommunehelsetjenesten nå skal gjennomføre spesialistutdanning vil det være behov for en styrking av utdanningsfondene i forhold til tidligere bevilgninger. Dette må skje gjennom tilførsel av friske midler.

Allmennmedisin (høringsnotatets 8.1)

Legeforeningen mener de økonomiske konsekvensene for kommunene er sterkt undervurdert. Kommunen vil få betydelige økte utgifter når de skal oppfylle forskriftskravet om å tilrettelegge og dokumentere spesialiseringsforløpet, i tillegg kommer kostnaden for individuell veiledning og supervisjon i hele utdanningsforløpet. Det vil bli behov for flere veiledningsgrupper i allmennmedisin og et økt antall kurs og læringsaktiviteter. Det må reflekteres i ressursene som avsettes.

Forslaget estimerer en kostnad knyttet til individuell veiledning, men denne tar utgangspunkt i en veiledningsmengde som Legeforeningen mener er utilstrekkelig for å opprettholde kvalitet i utdanningen. Forslaget tar heller ikke høyde for at også supervisjon må finansieres. Det fremkommer heller ikke tydelig om forslaget hensyntar at både ALIS og veileder/supervisor med næringsdrift vil ha behov for kompensering for tapt inntekt knyttet til medgått tid til veiledning og supervisjon. I tillegg vil mange kommuner måtte investere i økt kompetanse for å oppfylle forpliktelsene som stilles til registrerte utdanningsvirksomheter.

Samfunnsmedisin (høringsnotatet 8.2)

Legeforeningen er uenig i vurderingene av de økonomiske konsekvensene knyttet til spesialistutdanning i samfunnsmedisin. Vi mener at både veiledning og supervisjon må styrkes betydelig for å sikre kvaliteten i utdanningen og helsetilbud til befolkningen. Vi noterer oss at høringsnotatet ikke omtaler hvordan individuell veiledning og supervisjon av LIS i spesialitetene samfunnsmedisin skal finansieres. Supervisjon og veiledning i samfunnsmedisin vil nødvendigvis også resultere i ekstra oppgaver for kommunen. Kommunene vil få en ressurskrevende jobb med å organisere spesialistutdanningen i allmennmedisin og det er lite realistisk at dette skal kunne gjennomføres på en forsvarlig måte uten tilførsel av ressurser.

Arbeidsmedisin (høringsnotatet 8.3)

Vi minner om at spesialisering i arbeidsmedisin i stor grad gjennomføres i private bedrifter. Siden spesialiseringskravet ikke omfatter samfunns- og arbeidsmedisin, vil private bedrifter kunne vegre seg for å ta imot leger i spesialisering da de totale utgiftene til veiledning og supervisjon må dekkes av virksomhetene. Dette rammer særlig små bedrifter og vil kunne føre til at færre og ikke flere blir spesialister i arbeidsmedisin. Legeforeningen mener at det ikke er hensiktsmessig, og mulig svært skadelig for spesialiteten, at finansieringen for spesialiseringen i arbeidsmedisin i privat sektor skal bekostes av virksomheten. Med virksomheten mener vi i dette tilfellet godkjente bedriftshelsetjenester, et begrep som må forskriftsfestes i spesialistforskriften.

Evaluerings

Legeforeningen kan ikke se at evaluering av den foreslåtte spesialistutdanning er omtalt i høringsnotatet. En så stor og omfattende reform bør evalueres etter en viss tid for å gi kunnskap om hvordan ordningen har fungert. Vi ber om at Departementet lager en plan for evaluering. Legeforeningen bidrar gjerne i dette arbeidet.

Legeforeningens forslag til andre endringer og presiseringer i forskriften og rundskriv

Legeforeningen har i det følgende noen kommentarer til *andre* bestemmelser i forskriften. Disse angis fortløpende til de ulike bestemmelsene i forskriften.

Minimumskrav til nasjonale læringsaktiviteter i spesialistutdanningen for leger (§§2, 3, 29, 30)

Departementet er kjent med at fagmiljøene gjennom hele prosessen har fremmet entydige krav om at minimumskrav til læringsaktiviteter, som gjennomførte prosedyrer og obligatoriske kurs, må nedfelles og forankres i forskrift. Fagmiljøene mener obligatoriske minimumskrav til gjennomføring av læringsaktiviteter er en forutsetning for å sikre kvalitet i utdanningen og et nasjonalt utdanningssystem der alle spesialister i en spesialitet oppnår samme praktiske og teoretiske kjernekompetanse og en felles faglig basis for sin yrkesutøvelse. Nasjonal standardisering av ferdighetstrening i spesialistutdanningen er en forutsetning for å ivareta kvalitet og pasientsikkerhet.

Det er en realitetsforskjell mellom bindende forskriftsregulering og normerende dokumenter samt eierstyring. Fagmiljøene mener at normerende dokumenter og oppfølging i eierlinjen ikke vil sikre harmonisering og standardisering av kompetanse og medisinsk praksis. I tillegg vil forskriftshjemlede minimumskrav gjøre ordningen mindre sårbar for prioritering av knappe ressurser og reduserer risiko for alle parter: pasientene, utdanningsvirksomhetene, helsemyndighetene og LIS.

Legeforeningen mener derfor at rettslig bindende nasjonale minimumskrav til læringsaktiviteter må sikres for alle spesialiteter og forankres i forskrift.

Forslag til løsning

Nasjonale, obligatoriske minimumskrav til gjennomførte prosedyrer, kurs og eventuelle andre viktige læringsaktiviteter i den enkelte spesialitet kan sikres gjennom følgende endringer i regelverket:

Endring av spesialistforskriftens § 3 om Helsedirektoratets rolle

Spesialistforskriftens § 3 endres slik at Helsedirektoratet gis myndighet til å beslutte nasjonale minimumskrav til obligatoriske læringsaktiviteter.

Tilføyelse av et krav i spesialistforskriften om gjennomføring av nasjonale læringsaktiviteter

Spesialistforskriftens §§ 29 og 30 om spesialistgodkjenning og behandling av søknader suppleres med et krav om dokumentasjon av gjennomførte læringsaktiviteter i henhold til gjeldende nasjonale minimumskrav for spesialiteten.

Endring av spesialistforskriftens § 2, siste setning, slik at det åpnes for at minimumskrav til læringsaktiviteter kan inngå i læringsmålene

Omgjøring fra en unntaksbestemmelse til en generell bestemmelse. En mulig formulering er følgende:

Læringsmålene kan omfatte minimumskrav til gjennomførte læringsaktiviteter

Innføring av et læringsmål om nasjonale obligatoriske læringsaktiviteter

Innføring av et læringsmål om nasjonale, obligatoriske minimumskrav til læringsaktiviteter i læringsmålsoppsettet for den enkelte spesialitet. En mulig læringsmålsformulering er følgende:

Ha gjennomført læringsaktiviteter i henhold til gjeldende minimumskrav for spesialiteten

Revisjon av kravene til læringsaktiviteter

Helsemyndighetene har uttalt at obligatoriske læringsaktiviteter vil være til hinder ved behov for endringer av praksis som følge av fagutvikling og teknologisk utvikling. Godt innarbeidede praktiske ferdigheter, ervervet gjennom erfaring og trening, er en viktig forutsetning for at spesialistene skal kunne ta i bruk og nyttiggjøre seg nye prosedyrer og metoder når faget utvikles og endres. Dersom spesialiseringen ikke sikrer grunnleggende praktiske ferdigheter og kjernekompetanse i den enkelte spesialitet, vil grunnlaget for videre fagutvikling svekkes. Nasjonale minimumskrav til læringsaktiviteter bidrar til å sikre harmonisering og standardisering av medisinsk praksis.

Endringer i læringsaktivitetene og nødvendig fleksibilitet kan oppnås ved å forskriftsfeste at de til en hver tid gjeldende minimumskrav til læringsaktiviteter skal oppfylles. En slik løsning vil ivareta behovet for fortløpende justeringer i tråd med fagfeltenes utvikling.

Omfanget av endringssaker i dagens ordning

Helsemyndighetene har hevdet at det vil bli krevende å forankre minimumskrav til læringsaktiviteter i forskrift da dette vil kreve høringer og mye arbeid når disse endres. Legeforeningen har tidligere sendt over en oversikt over endringssaker i dagens ordning. Disse viser at det totale antallet endringssaker per år er begrenset og håndterbart, også dersom det skulle være behov for å gjennomføre en bredere høring.

§ 2 Spesialistutdanning for leger

Veiledning og supervisjon - kvalifisert lege

Det heter i bestemmelsens tredje ledd at tjenesten skal gjennomføres under veiledning og supervisjon av kvalifisert lege. Det er behov for nærmere presisering av hva som ligger i begrepet "kvalifisert" for spesialisering i sykehus, da det er foreslått spesifikt regulert at veileder må være spesialist i ASA spesialitetene. Legeforeningen mener at det i tillegg bør stilles krav til at veileder bør ha relevant veiledningskompetanse. Det bør også spesifiseres nærmere kompetanse for supervisor.

"Vesentlig del"

§ 2 fjerde ledd angir at "Den vesentlige delen av spesialistutdanningen skal gjennomføres ved en godkjent utdanningsvirksomhet, jf. § 19." Det er behov for mer konkret veiledning av hva som ligger i angivelsen "2/3 av utdanningen". Blant annet må det avklares hvordan denne beregningen skal gjøres og av hvem. Det står i rundskrivet at "Tjenesten i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (dette er ikke godkjente utdanningsvirksomheter) i utdanningens første del vil dermed være i samsvar med dette kravet. Hva menes med dette – at denne delen tas helt ut av beregningen? Det er behov for en avklaring fordi dette også har betydning for hvor mye tjeneste som kan gjennomføres utenfor godkjent utdanningsvirksomhet i resten av spesialiseringssløpet. Vi anbefaler at det avklares i rundskrivet.

Vurdering av læringsmål ved endringer/revisjoner

§ 2 syvende ledd angir at utdanningen skal baseres på læringsmål som følger av denne forskriftens vedlegg II.

Det vil være behov for overgangsordninger ved kommende endringer/revisjoner av læringsmålene. Dersom man ikke har overgangsordninger i fremtidig system, vil en endringer av krav kunne medføre behov for ny tjeneste på allerede gjennomførte læringsarenaer, med forlengede utdanningsløp som konsekvens. Reguleringen må sikre at ikke allerede fullført deltjeneste for eksempel oppnåelse av læringsmål i tilgrensede spesialiteter, skal måtte utføres på nytt. Det er også behov for retningslinjer og overgangsordninger for hvordan læringsmål skal vurderes for leger som har vært ute i permisjon. Dette er overhodet ikke regulert eller omtalt i forskriften, og vi ber om at dette forskriftsreguleres.

Det vises også til at § 2 syvende ledd anfører at læringsmål er "hva en legespesialist skal forstå, kunne eller være i stand til å utføre." En rekke læringsmål blir gjennomført og attestert før legen er *legespesialist*, som f.eks. læringsmålene for del 1 og del 2. Det er uklart hva som menes med dette – og kan neppe innebærer at alle læringsmål må attesteres når vedkommende er blitt spesialist? Formuleringen er upresis og bør endres/eventuelt omtales i rundskrivet.

§ 8 Krav til stillinger for leger i spesialisering

Legeforeningen mener at reglene i § 8 i hovedsak er hensiktsmessige, vi viser til våre kommentarer om behov for enkelte presiseringer hva gjelder regulering av ASA spesialitetene ovenfor. Forskriften kan imidlertid med fordel presiseres noe. Det fremgår ikke av bestemmelsen om reglene om utlysning og ansettelse gjelder for tjeneste utenfor godkjente virksomheter. Vi antar at departementet derfor mener at LIS beholder sitt ansettelsesforhold ved den godkjente virksomhet. Siden dette ikke kan leses ut av § 8, mener vi det bør presiseres om LIS skal ansettes slike steder eller bare tjenestegjøre der som del av sitt ansettelsesforhold i en godkjent virksomhet. Det bør også omtales i rundskrivet. Dette vil ha betydning for mange mindre virksomheter som gir utdanning i dag med smalt fagspekter og begrenset tellende tjenestetid.

§ 10 jf § 32 Tilleggsvilkår for stillinger i utdanningens første del

§ 10 anfører "Før tiltredelsen skal arbeidsgiveren sjekke at legen ikke allerede har oppnådd alle læringsmålene i utdanningens første del." Læringsmålene kan være oppnådd i for eksempel utlandet, se § 32 der det blant annet heter at "Når det gjelder utdanningens første del kan Helsedirektoratet etter søknad bekrefte at ett eller flere læringsmål skal anses som oppnådd. Når det gjelder utdanningens andre og tredje del, er det en godkjent utdanningsvirksomhet som kan vurdere og dokumentere oppnåelse av ett eller flere læringsmål." Hvis en lege mener at vedkommende har oppnådd alle læringsmålene i del 1, er det da arbeidsgiver eller Helsedirektoratet som skal stå for denne vurderingen?

Bestemmelsene er motstridige, § 10 annet ledd angir at det er arbeidsgiver som skal sjekke at legen ikke allerede har oppnådd alle læringsmål i del 1 – det vil si enten kommunen eller HF. Etter § 32 er det Helsedirektoratet som etter søknad kan bekrefte om alle læringsmål i del 1 er oppnådd. Det bør presiseres i rundskrivet hvordan disse to bestemmelsene skal forstås.

§ 12 Utlysning av stillinger i utdanningens første del

§ 12 tredje ledd

Bestemmelsen er vanskelig å forstå og egnet til forvirring. Vi ber om at den vurderes endret, eventuelt at det presiseres i rundskrivet hvordan bestemmelsen skal forstås.

§§14, 31 (tidligere § 12 og 26) Beregning av fravær og rett til tilbakekomst i stilling

Det er på det rene at forskriften fastsetter at tillatt fravær er 10 %. Fravær utover dette utløser resttjeneste. Problemstillingen er for det første hva slags type fravær skal inkluderes i de 10 % og dernest hvordan de 10 % skal beregnes.

Vi påpeker at bestemmelsene (§§14 og 31), merknadene til bestemmelsene i rundskrivet og omtalen av fravær i høringsnotatet fra 2016 er motstridende. En fortolkning av bestemmelsene tilsier at etter § 14 skal ferie telle som fravær, mens det etter § 31 annet og tredje ledd, ikke skal telle som fravær. Legeforeningen har fått en bekreftelse fra Helsedirektoratet om at, til tross for motstridende regulering, skal ferie telle som tjenestetid. Departementet fastslår det motsatte – det vil si at ferie ikke skal telle som tjenestetid. Basert på mange tilbakemeldinger fra kommuner, leger og helseforetak er det mange som har spørsmål om dette. Legeforeningen tror det vil gjøre praktisering av bestemmelsen enklere og bidra til likere praktisering for foretak, kommuner og LIS dersom dette presiseres ytterligere i forskriftsteksten og merknadene til bestemmelsene i rundskrivet.

Helsedirektoratet har i tidligere brev til Legeforeningen skrevet at: "Når det i tjenesteattesten som følger søknad om spesialistgodkjenning, står oppført at søker har arbeidet i 100% stilling, legger Helsedirektoratet til grunn at dette relaterer seg til den alminnelige arbeidstid som følger det aktuelle arbeidsforholdet." Denne forståelsen bør presiseres i rundskrivet.

I dagens turnustjeneste og rundskriv er det klart spesifisert at tillitsvalgtarbeid ikke anses som fravær. Det bør presiseres at dette er videreført.

Rett til å fullføre – hvor?

§ 14 regulerer rett til å fullføre i stilling i LIS 1 etter fravær fra tjenesten. Legeforeningen mener at det også må være regulert at rett til tilbakekomst innebærer rett til en stilling i den delen av tjenesten som gjør det mulig å gjennomføre og få attestert på de læringsmålene som mangler. Dette vil være særlig viktig i sykehusåret.

§ 18 Tilleggsvilkår for stillinger i utdanningens andre og tredje del

Bestemmelsen regulerer tilleggsvilkår for tiltredelse i LIS 2 eller 3, som innebærer et rekkefølgekrav (LIS 1 før LIS 2 og 3). Den regulerer også et unntak (annet punkt) for leger som har gjennomført over halvparten av en spesialistutdanning i utlandet og som bare mangler en mindre del av læringsmålene i LIS 1. Det er flere utfordringer med denne reguleringen. Det vil være vanskelig å vurdere når "over halvparten av spesialistutdanningen" er fullført. Det presiseres ikke hvilke kriterier som skal legges til grunn for en slik vurdering, om det skal baseres på tjenestetid i utdanningsstilling eller på oppnådde læringsmål.

Det er også behov for en avklaring av forholdet mellom § 18 og § 32. Slik Legeforeningen forstår § 18 skal ikke institusjonen foreta en vurdering av oppnåelse av læringsmål i del 1 (som er tilfellet etter § 32). Slik vi leser både forskriften § 18 og merknaden skal arbeidsgiver sjekke at turnus/del 1 er gjennomført eller om hele eller deler av en tilsvarende tjeneste er gjennomført i utlandet. Hvis tjeneste er utført i utlandet, skal de sjekke tjenestetid og hvilke læringsmål eller læringsaktiviteter Helsedirektoratet har godkjent (jfr. første setning i merknaden). Det vises jo også til §32 der det presiseres at det er Helsedirektoratet som skal foreta vurderinger av del 1-tjeneste i utlandet. Det foretakene gis anledning til å vurdere, er om antallet gjenstående læringsmål, og den faglige profilen på disse, tilsier at legen ikke er kvalifisert til å begynne tjeneste i del 2 eller 3. Hvis det kun gjenstår et fåtall del 1 læringsmål etter Helsedirektoratets vurdering, og det anses som praktisk mulig å få gjennomført disse parallelt med LIS 2 eller 3-utdanning, kan LIS ansettes i del 2/3, med en konkret plan for gjennomføring av manglende tjeneste og læringsaktiviteter. Vi ber om at det avklares om dette er riktig forståelse og at dette presiseres ytterligere i merknaden i rundskrivet.

Det er også uklart hvordan denne delen av spesialistutdanningen skal komplementeres. Skal legene søke reststillinger? Dette vil i så fall kunne føre til et større press på stillinger i LIS 1. Vi viser til det vi har skrevet om behovet for flere LIS 1 stillinger.

Legeforeningen mener det vil bli krevende å beregne gjennomført utdanning slik bestemmelsen gir anvisning på, og at det vil være krevende å få oppfylt denne tjenesten. Det

må tas høyde for dette når det legges en plan for hvordan ordningen kan gjennomføres i praksis. Helsedirektoratet har sagt at bestemmelsen skal sikre minstemål av tid og tar kun utgangspunkt i tid basert på normert tid (3 år og 3 måneder). Dette bør presiseres i rundskrivet.

Formelle kompetansekrav for vikariat i sykehus uten LIS 1

Vilkår for stillinger i andre og tredje del

Legeforeningen ber om en bekreftelse på hvordan kravet til LIS 1 i § 18 første ledd skal forstås for vikariater i sykehus etter 1. mars 2019. Det er uklart fra regelverket om dette skal forstås like restriktivt som for stillinger/hjemler (og vikariater i disse) i kommunehelsetjenesten. Gjelder kravet i § 18 om gjennomført LIS 1 kun for utlyste LIS2/3 stillinger, eller gjelder det også for alle vikariater? Dette vil i så fall bety at det ikke er mulig å ta selv kortere vikariater i påvente av LIS 1 stilling. Legeforeningen har over lang tid påpekt behovet for opprettelse av flere LIS 1 stillinger. Mange leger som venter på LIS 1 stilling får verdifull erfaring ved å jobbe i vikariater i sykehus, og de fyller et viktig arbeidskraftbehov for sykehusene.

§ 21 Utdanningsvirksomhetens ansvar for utdanningsløpet til den enkelte lege

Det heter i rundskrivet om bestemmelsen at utdanningsvirksomhetene som tilbyr første del i utdanningen, har plikt til å sørge for en samlet individuell utdanningsplan for denne delen. Dette må gjøres for kommune og sykehus, men det er uklart om dette skal gjøres samlet i begynnelse av tjenesten også for kommunedelen. Vi mener at det er viktig at det lages en separat og individuell plan for henholdsvis sykehus og kommune. Dette fordi det er nødvendig med en reell kompetansevurdering og plan i de ulike delene av tjenesten. Forskriften er uklar her, og bør presiseres.

§ 24 Godkjente utdanningsvirksomheters gjennomføring av internundervisning

Det er viktig å sørge for at også LIS som gjennomfører deler av spesialisering utenfor godkjent utdanningsvirksomhet (for eksempel i henhold til avtale godkjent utdanningsvirksomhet har med ikke godkjent virksomhet) også sikres deltakelse på internundervisning. Vi har derfor foreslått en tilføyelse i § 24 om at dette gjelder "på alle læringsarenaer".

§ 36 flg Overgangsordninger

Bestemmelsen om overgangsordning er kompliserte, og vi har allerede fått mange spørsmål, herunder om forståelsen av § 36 annet ledd som gjelder leger som per 1. mars 2017 er ansatt eller har fått tilbud om ansettelse i en turnusstilling. Disse gis rett til å fullføre turnus i "gammel" ordning fram til 1. mars 2019.

Dersom turnus fullføres innen 1. mars 2019 er det for så vidt greit – de kan da søke på LIS 2/3. Problemet er når de av ulike årsaker ikke fullfører gammel ordning innen 1. mars 2019. Det er en henvisning til § 10 i siste punkt i annet ledd, og det står i merknaden til bestemmelsen (i rundskrivet) at henvisningen er en henvisning til bestemmelsen i spesialistgodkjenningsforskriften som sier at enkelte regler om turnus fortsatt skal gjelde. Det heter videre at den er inntatt for å presisere at leger som har hatt foreldrepermisjon osv har rett til å fullføre og få godkjent turnus etter de gamle reglene. Betyr dette at denne gruppen

også har rett til å få fullføre og få godkjent turnustjeneste etter "gammel" ordning *etter 1. mars 2019*?

Det samme gjelder de som ikke rekker å fullføre spesialistutdanning i sykehus innen 2022 pga permisjoner. Det heter i forskriften § 37 annet ledd a) at for de som er i permisjon den 1. mars 2022 har legen seks måneder på å få vurdert tjeneste i henhold til oppnådde læringsmål. Legeforeningen ber departementet endre denne bestemmelse slik at de som er i permisjoner har rett til å fullføre etter dagens regelverk. Dersom dette ikke tas til følge ber vi om at tiden til å fullføre etter tilbakekomst fra permisjon forlenges til ett år.

Det er også uklart hvordan overgangsregelen i § 37 annet ledd bokstav d) skal forstås. Den fastsetter at leger som per 1. mars 2019 har mindre enn tre år igjen av spesialistutdanningen kan søke etter dagens regler. Det er uklart hvordan denne beregningen skal gjøres, blant annet for leger som etter planen har mindre enn tre år igjen, men der forhold hos HFet for eksempel forsinker legen i rotasjoner under gruppe 1 tjeneste, slik at de ikke rekker å fullføre spesialiseringen før 1. mars 2022 grunnet forhold som HF hefter for. Det er også behov for å avklare hvordan regelen skal forstås for LIS som får en eller annen type utsettelse av spesialiseringen ila av disse 3 årene etter 1. mars 2019. De har etter bestemmelsen rett til å søke om spesialistgodkjenning etter dagens regler, men rekker ikke å fullføre før 1. mars 2022. Dette vil være relevant for de med svangerskapspermisjon og andre permisjoner, eller andre som havner i situasjoner der de må utsette sin utdanning grunnet sykdom av seg selv eller sine barn, eller andre grunner (militærtjeneste, osv). Vi ber om at dette avklares i rundskrivet.

§ 37 c) Overgangsordning for EØS utdannede

§ 32 annet ledd bokstav c) gjelder leger som har autorisasjon på grunnlag av gjennomført grunnleggende legeutdanning i andre EØS-land og som har begynt direkte i en LIS stilling (ikke LIS1) uten å ha turnustjeneste. De vil antakelig måtte søke spesialistgodkjenning etter ny ordning. Legeforeningen mener at det følger av denne bestemmelsen at leger som har autorisasjon på grunnlag av gjennomført grunnleggende legeutdanning i andre EØS-land ikke trenger å ha gjennomført LIS1 selv om de søker godkjenning etter ny forskrift (det vil si etter 2022). Dette må bekreftes, og det må også klargjøres om det gjelder for alle spesialiteter, eller kun fagfelt vedkommende lege har vært i "gammel ordning".

I spesialistforskriften § 37 annet ledd står det at overgangsordningen gjelder for "leger som per 1. mars 2019 er under spesialisering". Dette er ikke tilstrekkelig. Det må avklares hvordan overgangsordning for EØS utdannede i § 37 c) skal praktiseres da disse legene ikke hadde mulighet til å ta turnus fordi de kunne begynne rett i LIS stilling (jf spesialistgodkjenningsforskriften § 9 b). Siden disse EØS legene ble strøket fra listene over søknader til turnus, ville de bli utsatt for en forskjellsbehandling sammenlignet med de som har fått autorisasjon på bakgrunn av fullført norsk turnus. En slik forskjellsbehandling ville være uheldig dersom noen av disse legene (av ulike årsaker) ikke er "under spesialisering" den 1. mars 2019, ettersom disse legene ikke fikk anledning til å søke på turnustjeneste.

§ 39. Ikrafttredelse

Forskriften trer i kraft 1. mars 2017 når det gjelder utdanningens første del. Innebærer dette at leger som ansettes i kommunale restplasstillinger fra dette tidspunktet skal reguleres av ny ordning? Dette kan for eksempel være aktuelt for enkelte leger med tjeneste fra utlandet som har fått godkjent alle læringsmål i sykehusdelen av LIS 1. Vi ber om at det presiseres i rundskrivet.

VEDLEGG

Legeforeningens forslag til endringer, tillegg og presiseringer er angitt i kursiv og markert med gult.

FORSLAG TIL ENDRINGER I SPESIALISTFORSKRIFTEN

forskrift 8. desember 2016 nr. 1482 om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften) foreslås følgende endringer, satt inn som kursiv tekst:

Kapittel 1. Innledende bestemmelser

§ 1. Saklig virkeområde

Forskriften gjelder spesialistutdanning og spesialistgodkjenning av leger innen avgrensede deler av de medisinske fagområdene.

Forskriften gjelder også spesialistutdanning og spesialistgodkjenning av tannleger der dette er særskilt angitt, jf. § 34.

§ 2. Spesialistutdanningen for leger

Spesialistutdanningen for leger omfatter praktisk tjeneste, teoretisk undervisning og andre læringsaktiviteter i minst seks og et halvt år etter tildelt autorisasjon eller lisens.

Utdanningens første del består av klinisk praksis i tolv måneder i spesialisthelsetjenesten og deretter seks måneder i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Utdanningens andre del omfatter læringsaktiviteter som skal gi felles kunnskap for noen av spesialitetene. Utdanningens tredje del omfatter spesialitetsspesifikke læringsaktiviteter for hver enkelt spesialitet, enten direkte etter første del eller etter andre del.

Den praktiske tjenesten skal gjennomføres under veiledning og supervisjon av kvalifiserte leger. *Under spesialistutdanningen i allmennmedisin og samfunnsmedisin skal veiledningen i gjennomsnitt utgjøre minimum en time hver annen uke. Under spesialistutdanning i arbeidsmedisin skal veiledningen i gjennomsnitt utgjøre minimum en time hver annen uke.*

Minst to årsverk av spesialistutdanningen i allmennmedisin skal gjennomføres i åpen uselektert allmennpraksis. Spesialistutdanningen i allmennmedisin og arbeidsmedisin skal omfatte deltakelse i veiledningsgruppe over to år. Minst ett år av deltakelse i veiledningsgruppe i spesialistutdanning i allmennmedisin skal gjennomføres parallelt med tjenesten i åpen uselektert praksis. Spesialistutdanningen i samfunnsmedisin skal omfatte deltakelse i veiledningsgruppe over tre år.

Den vesentlige delen av spesialistutdanningen skal gjennomføres ved en godkjent utdanningsvirksomhet, jf. § 19 første ledd, eller tilknyttet en registrert utdanningsvirksomhet,

jf. § 19 andre ledd. Utdanning utenfor godkjente eller registrerte utdanningsvirksomheter kan gjennomføres der dette er avtalt mellom utdanningsvirksomheten og andre læringssteder.

*Den vesentlige delen av spesialistutdanningen for sykehusspesialitetene skal gjennomføres ved godkjente utdanningsvirksomheter. Den vesentlige delen av spesialistutdanningen i allmennmedisin skal gjennomføres tilknyttet registrerte utdanningsvirksomheter. Den vesentlige delen av spesialistutdanningen i samfunnsmedisin og arbeidsmedisin skal gjennomføres ved godkjente utdanningsvirksomheter eller tilknyttet registrerte utdanningsvirksomheter. **Spesialistutdanningen i arbeidsmedisin skal gjennomføres ved godkjente utdanningsvirksomheter og tilknyttet registrerte utdanningsvirksomheter.***

Utdanningen skal baseres på læringsmål som følger av *forskriftens vedlegg II*. Med læringsmål menes hva en legespesialist skal forstå, kunne eller være i stand til å utføre. ~~Krav til gjennomførte prosedyrer kan for enkelte spesialiteter inngå i læringsmålene.~~ **Læringsmålene kan omfatte minimumskrav til gjennomførte læringsaktiviteter.**

Kapittel 2. Roller og ansvar i spesialistutdanningen for leger

§ 3. Helsedirektoratet

Direktoratet skal følge med på helheten og kvaliteten i spesialistutdanningen. *For å bidra til enhetlig spesialistutdanning innen allmennmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin kan direktoratet blant annet gi anbefalinger om utarbeidelse av og innhold i utdanningsvirksomhetenes utdanningsplaner.*

Direktoratet kan fastsette endringer i *forskriftens vedlegg I* om legespesialitetene og i *forskriftens vedlegg II* om læringsmål. Direktoratet kan også gi anbefalinger om læringsaktiviteter og om vurderingsformer av leger i spesialisering.

Direktoratet fatter vedtak om spesialistgodkjenning, godkjenning eller registrering av utdanningsvirksomheter mv. som bestemt i denne forskriften.

Direktoratet kan fastsette nasjonale minimumskrav til obligatoriske læringsaktiviteter.

§ 4. De regionale helseforetakene

De regionale helseforetakene skal sørge for at regionens behov for utdanning av spesialister *til spesialisthelsetjenesten* blir dekket. Dette innebærer blant annet å sørge for

- a) at det er tilstrekkelig med stillinger for å sikre nødvendig tilgang på spesialister
- b) at det tilbys stillinger for å kunne ta sykehusdelen av utdanningens første del
- c) at det legges til rette for helhetlige utdanningsløp for utdanningens andre og tredje del i sykehusspesialitetene på tvers av helseforetak, private aktører, andre aktuelle aktører og eventuelle læringsarenaer i primærhelsetjenesten
- d) at det opprettes regionale utdanningssentra som skal ha ansvar for å utvikle og gjennomføre læringsaktiviteter
- e) samarbeid med andre regionale helseforetak for å bidra til en samordnet og harmonisert utdanning i hele landet.

De regionale helseforetakene skal også legge til rette for at leger i spesialisering i allmennmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin kan få nødvendig praktisk tjeneste utdanning i spesialisthelsetjenesten.

§ 5. Kommunen

Kommunen har for utdanningens første del ansvar for utdanningen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter § 17.

Kommunen har for spesialistutdanningen i allmennmedisin og samfunnsmedisin ansvar for å legge til rette for utdanningen av spesialister. Dette innebærer blant annet å bidra til

- a) at spesialistutdanningen gjennomføres i åpen uselektert allmennpraksis og kommunale stillinger der det ytes tjenester i medhold av helse- og omsorgstjenesteloven, slik at det blir nødvendig tilgang på spesialister i allmennmedisin
- b) helhetlige utdanningsløp på tvers av kommuner, private aktører, andre aktuelle aktører og læringsarenaer i spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder også på tvers av ulike læringsarenaer i kommunen der det ytes tjenester i medhold av helse- og omsorgstjenesteloven
- c) samarbeid med andre kommuner for å oppnå en samordnet og harmonisert utdanning på tvers av kommunegrensene

Kommunen har for spesialistutdanningen i arbeidsmedisin ansvar for å legge til rette for utdanningen av spesialister dersom de har en egen godkjent bedriftshelsetjeneste.

Kommunen skal inngå avtale med legespesialist som veileder og med supervisor. Det kan fastsettes nærmere bestemmelser om avtalevilkårene i sentral avtale. Kommuner kan samarbeide om organisering av den individuelle veiledningen.

Utgifter i forbindelse med godtgjørelse for veiledning og supervisjon, skal dekkes av kommunen. Tilskuddet ytes etter satser for veiledning og supervisjon av leger i spesialisering, som er fastsatt i sentral avtale.

§ 6. Legeforeningen

Legeforeningens spesialitetskomiteer kan gi faglige råd til Helsedirektoratet i saker om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning. Helsedirektoratet skal be om råd ved

a) forslag til endringer i vedlegg I om legespesialitetene

a) b) utarbeidelse av forslag til endringer i forskriftens vedlegg II om læringsmål og til anbefalinger om læringsaktiviteter

b) c) godkjenning og vurdering av utdanningsvirksomheter som omfattes av § 19 første ledd

d) vurdering av registrerte utdanningsvirksomheter som omfattes av § 19 andre ledd

Legeforeningens spesialitetskomiteer kan også på eget initiativ foreslå endringer knyttet til fastsettelse av legespesialiteter, læringsmål og læringsaktiviteter.

Legeforeningen kan ivareta læringsaktiviteter i tråd med læringsmålene for spesialistutdanningen i allmennmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin.

§ 7. Lege i spesialisering

Lege i spesialisering har ansvaret for egen læring, blant annet ved å medvirke til oppfølging av ~~følge opp~~ den individuelle utdanningsplan.

Kapittel 3. Stillinger for leger i spesialisering

§ 8. Krav til stillinger for leger i spesialisering

Spesialistutdanning skal gjennomføres i særskilte stillinger for leger i spesialisering. Dette gjelder ikke for *spesialistutdanning tilknyttet registrert utdanningsvirksomhet*.

Stillingene skal utlyses og det skal stå i utlysningsteksten at den ledige stillingen er en stilling for lege i spesialisering.

For leger i spesialisering ved godkjente utdanningsvirksomheter, skal stillingene være heltidsstillinger. En lege kan likevel ansettes på deltid dersom dette ikke er i veien for at legen kan gjennomføre de læringsaktivitetene som er nødvendige for å oppnå læringsmålene.

*For leger i spesialisering tilknyttet registrerte utdanningsvirksomheter, skal utdanningen gjennomføres på heltid. En registrert utdanningsvirksomhet som skal ansette lege eller inngå avtale med lege som skal gjennomføre spesialistutdanning, skal påse at spesialistutdanningen gjennomføres på heltid. Spesialiseringen kan likevel gjennomføres på deltid dersom dette ikke er i veien for at legen kan gjennomføre de læringsaktivitetene som er nødvendige for å oppnå læringsmålene. Minst to år **sverk** av spesialistutdanningen i allmennmedisin i åpen uselektert praksis må gjennomføres innenfor en arbeidstid tilsvarende minst 50 prosent av heltid. **Spesialistutdanningen i arbeidsmedisin som foregår i godkjent bedriftshelsetjeneste registrert som utdanningsvirksomhet, må gjennomføres innenfor en arbeidstid tilsvarende minst 50 prosent av heltid.***

§ 9. Generelle vilkår for tiltredelse

Arbeidsgiveren skal påse at leger som tiltrer i stillinger for leger i spesialisering har

- a) autorisasjon eller lisens etter helsepersonelloven § 48 a eller § 49
- b) tilstrekkelige språkkunnskaper for en forsvarlig yrkesutøvelse.

Tilsvarende gjelder for en registrert utdanningsvirksomhet som skal ansette lege eller inngå avtale med lege som skal gjennomføre spesialistutdanning.

§ 10. Tilleggsvilkår for stillinger i utdanningens første del

Før ansettelse i stillinger i utdanningens første del skal arbeidsgiveren sjekke at det i stillingsportalen ikke er registrert at legen allerede har akseptert et tilbud om en stilling i utdanningens første del som har vært lyst ut tidligere i samme halvår, jf. § 12 tredje ledd. Dette gjelder bare ordinære stillinger i utdanningens første del, ikke reststillinger.

Før tiltredelsen skal arbeidsgiveren sjekke at legen ikke allerede har oppnådd alle læringsmålene i utdanningens første del.

§ 11. Opprettelse og fordeling av stillinger i utdanningens første del

Helse- og omsorgsdepartementet fastsetter hvor mange stillinger i spesialistutdanningens første del som skal opprettes i sykehusene og i kommunene. Helsedirektoratet fordeler antall stillinger i sykehus til hvert av de regionale helseforetakene. De regionale helseforetakene oppretter stillinger innen helseregionen i de enkelte helseforetakene. Stillinger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten fastsettes fylkesvis av Helsedirektoratet, og fordeles til de enkelte kommunene i samråd med fylkesmannen.

Helsedirektoratet kan om nødvendig pålegge det enkelte regionale helseforetaket eller den enkelte kommunen å ansette leger i utdanningens første del. Et slikt pålegg skal så langt som mulig gis i god tid før legen skal starte arbeidet. Helseforetaket eller kommunen skal få anledning til å uttale seg før slikt pålegg gis.

§ 12. Utlysning av stillinger i utdanningens første del

Stillinger i utdanningens første del skal lysenes ut i Helsedirektoratets stillingsportal. Søkerne ansettes på bakgrunn av søknader via portalen. Stillingene skal lysenes ut samlet to ganger årlig. Helsedirektoratet fastsetter når søkerne tidligst kan gis tilbud om en stilling. Søknadsfristen skal formidles i god tid og skal ikke være kortere enn to uker. Tidligere utlyste stillinger som blir ledige (reststillinger), skal lysenes ut fortløpende i portalen.

Søkernes frist for å akseptere et tilbud etter første tilbudsrunde, skal ikke være kortere enn tre virkedager.

Når en lege har akseptert et tilbud om stilling i utdanningens første del i en ordinær halvårlig utlysningsspulje, skal arbeidsgiveren registrere dette i stillingsportalen og gjøre informasjonen tilgjengelig for andre arbeidsgivere. Helsedirektoratet skal gjøre merkingen av legens aksept av stillingen utilgjengelig for arbeidsgivere én uke før den aksepterte stillingens tiltredelsesdato. Helsedirektoratet skal etter søknad gjøre merkingen utilgjengelig, dersom den aksepterte stillingen er sagt opp på grunn av nedsatt funksjonsevne hos legen eller en person som legen har tilknytning til.

§ 13. Kobling av stillinger i utdanningens første del

Kommunen og helseforetak eller sykehus skal samarbeide om å lyse ut stillinger koblet, slik at den som ansettes får gjennomført hele utdanningens første del innenfor en utlyst stilling. Helsedirektoratet kan pålegge helseforetak, sykehus og kommuner å lyse ut koblede stillinger. Stillingene i sykehuset og i kommunen er to ulike ansettelsesforhold. Stillingene kan kobles på en av følgende måter:

- a) Søkeren ansettes samtidig i en stilling ved et sykehus eller et helseforetak, og i en stilling i en bestemt kommune.
- b) Søkeren ansettes først i en stilling ved et sykehus eller et helseforetak. Søkeren gis deretter rett til ansettelse i én av de kommunene som sykehuset eller helseforetaket samarbeider med. Søkeren skal ansettes i kommunen i rimelig tid før tjenesten der er planlagt å begynne.

§ 14. Fullføring av utdanningens første del etter fravær

En lege som har hatt sykefravær, permisjoner eller annet lovfestet eller tariffestet fravær på mer enn ti prosent av utdanningstiden i stilling i utdanningens første del, skal få tilbud om å fullføre utdanningens første del hos samme arbeidsgiver etter reglene i denne bestemmelsen.

Helseforetaket, sykehuset og kommunen skal samarbeide med legen om å legge til rette for at ventetiden mellom permisjonens utløp og tiltredelsen i den nye stillingen blir så kort som mulig. Den nye stillingen skal ikke lysenes ut.

Har legen hatt fravær fra en stilling i et sykehus eller i et helseforetak, skal legen tilbys å fullføre sykehusdelen i utdanningens første del ved samme sykehus eller helseforetak. Stillingen skal gi legen en samlet praktisk tjeneste i sykehus på minst ett år.

Har legen hatt fravær fra en stilling i en kommune, skal legen tilbys å fullføre kommunedelen i utdanningens første del i samme kommune. Stillingen skal gi legen en samlet praktisk tjeneste i kommunen på minst seks måneder.

Har legen blitt ansatt av en kommune i en koblet stilling etter § 13 bokstav a og har hatt fravær fra stilling i sykehuset eller helseforetaket, skal legen tilbys en stilling i kommunen når en stilling i utdanningens første del blir ledig.

Har legen rett til å bli ansatt i en kommune som sykehuset eller helseforetaket samarbeider med, jf. § 13 bokstav b, og legen har hatt fravær fra en stilling i sykehuset eller helseforetaket, skal legen tilbys en ledig stilling i en av kommunene som sykehuset eller helseforetaket samarbeider med. Kommunene skal avtale hvem av dem som skal tilby legen en ledig stilling. Helsedirektoratet kan i samråd med Fylkesmannen pålegge en av kommunene å tilby en stilling.

§ 15. Ny stilling i utdanningens første del i særlige tilfeller

Legen kan ansettes i en ny stilling i utdanningens første del i særlige tilfeller dersom det er behov for det av andre grunner enn lovfestet eller tariffestet fravær. Dette skal ikke føre til bortfall av en stilling som ellers ville vært tilgjengelig for nye søkere. Den nye stillingen skal ikke utlyses.

§ 16. Tilskudd til kommunene

Kommunene mottar et økonomisk tilskudd for å medvirke til gjennomføringen av den praktiske tjenesten i utdanningens første del. Dersom kommunen i en periode ikke har leger i spesialisering i *utdanningens første del* ansatt på grunn av forhold den ikke selv har kontroll over, skal kommunen likevel få tildelt tilskuddet.

Misligholder kommunen sine forpliktelser etter forskriften, kan Helsedirektoratet bestemme at tilskuddet skal bortfalle eller at kommunen i en nærmere fastsatt periode fratas stillinger for utdanning av legespesialister i utdanningens første del.

§ 17. Ansvar for utdanningen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten i utdanningens første del

For en lege som gjennomfører praktisk tjeneste i den kommunale helse- og omsorgstjenesten som en del av utdanningens første del, skal kommunen

- a) legge til rette for læringsaktiviteter slik at legen kan oppnå læringsmålene knyttet til denne delen av utdanningen
- b) sørge for at legen får nødvendig veiledning og supervisjon
- c) sørge for at det oppnevnes en individuell veileder for den enkelte lege
- d) sørge for at den enkelte lege får løpende vurdering av om læringsmålene er oppnådd
- e) sørge for at oppnådde læringsmål dokumenteres
- f) utstede bekreftelse på gjennomført praktisk tjeneste.

Kommunen kan inngå avtaler med fastlegekontorer for gjennomføring av praktisk tjeneste i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

§ 18. Tilleggsvilkår for stillinger i utdanningens andre og tredje del

Før tiltredelse i stilling i utdanningens andre eller tredje del skal arbeidsgiveren sjekke at legen har oppnådd alle læringsmålene i utdanningens første del. Dette gjelder ikke for leger som har gjennomført over halvparten av en spesialistutdanning i utlandet og som bare har en mindre del av læringsmålene i utdanningens første del som ikke er oppnådd. Læringsmål i utdanningens første del som ikke er oppnådd ved tiltredelsen må i disse tilfellene likevel oppnås i løpet av spesialistutdanningen.

Tilsvarende gjelder for en registrert utdanningsvirksomhet som skal ansette eller inngå avtale med lege som skal gjennomføre spesialistutdanning.

Kapittel 4. Utdanningsvirksomheter for leger

§ 19. Utdanningsvirksomheter

En godkjent utdanningsvirksomhet er et helseforetak, privat sykehus, privat rusinstitusjon, laboratorium eller annen virksomhet som er godkjent for å kunne tilby utdanning i en eller flere medisinske spesialiteter, jf. § 20.

En registrert utdanningsvirksomhet er en kommune som er registrert for å legge til rette for gjennomføring av utdanning i spesialiteten allmennmedisin, jf. § 21. For spesialitetene samfunnsmedisin og arbeidsmedisin kan en registrert utdanningsvirksomhet være en kommune eller en annen offentlig virksomhet eller en privat virksomhet som er registrert for å legge til rette for gjennomføring av utdanning i spesialiteten samfunnsmedisin eller arbeidsmedisin.

For spesialiteten arbeidsmedisin må den private virksomheten være en godkjent bedriftshelsetjeneste i henhold til regler fastsatt i forskrift om administrative ordninger kapittel 2. Godkjenningssenheten for bedriftshelsetjenester skal melde fra til Helsedirektoratet dersom en godkjent bedriftshelsetjeneste som er registrert som utdanningsvirksomhet, mister sin godkjenning.

§ 20. Godkjenning av utdanningsvirksomheter

Utdanningsvirksomheter godkjennes av Helsedirektoratet etter søknad. Helsedirektoratet kan fastsette hvordan det skal søkes og hvilke opplysninger søknaden skal inneholde.

Godkjenning av utdanningsvirksomheten skal knyttes til spesialitetene virksomheten skal tilbyr utdanning i. En vesentlig del av læringsmålene for den enkelte spesialiteten skal kunne oppnås ved læringsaktiviteter i virksomheten.

Godkjenningen skal baseres på en vurdering av om utdanningsvirksomheten oppfyller kravene i § 22, § 24 og § 25 for den eller de spesialitetene det søkes for. Før det fattes vedtak skal direktoratet be om faglige råd fra Legeforeningens spesialitetskomiteer når det gjelder kravene i § 22 bokstavene c, d og e og § 24. Helsedirektoratet skal påse at også regionale helseforetak og andre aktører med interesse i saken gis anledning til å gi uttalelse.

§ 21. Registrering av utdanningsvirksomheter

Utdanningsvirksomheter registreres av Helsedirektoratet etter søknad med plan for spesialistutdanningen. Planen skal oppfylle kravene som følger av § 23 bokstav d).

Registrering av utdanningsvirksomhet skal knyttes til spesialitetene virksomheten skal legge til rette for.

§ 22. Godkjente utdanningsvirksomheters ansvar for utdanningen

Den godkjente utdanningsvirksomheten skal sørge for at utdanningen av spesialister i virksomheten skjer innen faglig forsvarlige rammer og på en måte som sikrer tilstrekkelig kvalitet og gjennomstrømming i utdanningsløpet. Virksomheten skal blant annet

- a) ha en eller flere ansatte spesialister for hver av spesialitetene det søkes godkjenning for, og der minst halvparten av spesialistene skal være fast ansatte
- b) dokumentere hvordan arbeidet med spesialistutdanningen er organisert og hvordan ansvaret er plassert på alle nivåene i virksomheten, blant annet hvordan fagmiljøet og leger i spesialisering sikres innflytelse på utformingen av utdanningstilbudet

c) dokumentere hvordan spesialistenes etterutdanning organiseres og gjennomføres

- e) d) dokumentere at pasientgrunnlaget, klinisk og akademisk kompetanse, medisinskfaglige aktiviteter og forskningsaktiviteter er tilstrekkelige i forhold til læringsmålene og antall leger i spesialisering i virksomheten

⇒ e) legge til rette for læringsaktiviteter slik at legene i spesialisering kan oppnå læringsmålene

f) legge til rette for at leger i spesialisering i allmennmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin kan få nødvendig tjeneste i spesialisthelsetjenesten

- ⇒ g) utarbeide en plan for hver av spesialitetene det søkes godkjenning for. Planen skal blant annet inneholde opplysninger om

- hvilke læringsmål virksomheten kan oppfylle
- hvilke læringsarenaer innenfor virksomheten som kan tilby de ulike læringsmålene
- hvilke læringsmål som kan tilbys ved andre virksomheter gjennom avtaler.
- hvordan det vil legges til rette for supervisjon på de enkelte læringsarenaene
- hvordan veiledningen og vurderingen organiseres og gjennomføres i virksomheten
- hvordan virksomhetens spesialister skal benyttes i supervisjonen
- hvordan teoretisk undervisning inngår som del av spesialistutdanningen knyttet til de enkelte læringsmålene
- hvordan forskning inngår som en del av spesialistutdanningen
- hvordan virksomhetens akademiske og kliniske kompetanse skal benyttes for å oppnå læringsmålene knyttet til forskning.

Ved opprettelse av nye spesialiteter, kan Helsedirektoratet gi tidsavgrenset dispensasjon fra kravet i første ledd bokstav a). Det kan stilles vilkår ved dispensasjonen.

§ 23. Registrerte utdanningsvirksomheters ansvar for utdanningen

Den registrerte utdanningsvirksomheten skal legge til rette for at utdanningen av spesialister skjer innen faglig forsvarlige rammer og på en måte som sikrer tilstrekkelig kvalitet og gjennomstrømming i utdanningsløpet. Virksomheten skal blant annet

- a) legge til rette for helhetlige utdanningsløp
- b) legge til rette for læringsaktiviteter slik at legene i spesialisering kan oppnå læringsmålene
- c) dokumentere hvordan arbeidet med spesialistutdanningen er organisert og hvordan ansvaret er plassert i virksomheten
- d) utarbeide en plan for spesialistutdanningen. Planen skal blant annet inneholde opplysninger om

- hvilke læringsarenaer som kan tilby de ulike læringsmålene og hvilke læringsmål som kan tilbys ved andre virksomheter gjennom avtale
- hvordan veiledningen og vurderingen organiseres og gjennomføres
- hvordan det legges til rette for supervisjon

§ 24. Godkjente utdanningsvirksomheters gjennomføring av internundervisning

Godkjente utdanningsvirksomheter skal gjennomføre internundervisning i minimum 70 timer per år. Undervisningen skal gi legene i spesialisering på alle læringsareaner nødvendig teoretisk bakgrunn for deres faglige virksomhet.

§ 25. Utdanningsvirksomhetenes ansvar for utdanningsløpet til den enkelte lege

Overfor den enkelte lege i spesialisering skal utdanningsvirksomheten legge til rette for at legen skal kunne oppnå læringsmålene og gjennomføre et utdanningsløp for henholdsvis utdanningens første del og for utdanningens andre og tredje del. Virksomheten skal blant annet

- a) sørge for at det utarbeides en individuell utdanningsplan med et utdanningsløp i samråd med legen og at planen revideres ved behov
- b) legge til rette for at utdanningen kan skje etter den individuelle planen
- c) legge til rette for at legen får nødvendig veiledning og supervisjon
- d) oppnevne en individuell veileder
- e) utstede bekreftelse på gjennomført praktisk tjeneste.

Ved spesialistutdanning ved godkjent utdanningsvirksomheter skal veilederen som oppnevnes etter første ledd bokstav d, være ansatt i en godkjent samme utdanningsvirksomhet som LIS er tilknyttet. Tilsvarende gjelder ikke ved spesialistutdanning tilknyttet registrerte utdanningsvirksomheter.

Veilederen for lege i utdanningens første del skal være en lege med nødvendig erfaring. Veilederen for lege i utdanningens andre og tredje del skal være godkjent spesialist i en av spesialitetene med felles faglig plattform for utdanningens andre del eller i den aktuelle spesialiteten for utdanningens tredje del.

~~Ved opprettelse av nye spesialiteter, kan Helsedirektoratet gi tidsavgrenset dispensasjon fra kravet i tredje ledd andre punktum.~~

§ 26. Vurdering og dokumentasjon av oppnådde læringsmål

Utdanningsvirksomheten skal sørge for at legen får løpende vurdering av om læringsmålene er oppnådd og at oppnådde læringsmål dokumenteres så snart som mulig. Læringsmålene skal vurderes og attesteres av et evalueringskollegium bestående av leder, spesialister som har bidratt med supervisjon, legens veileder og spesialisten som har det overordnede medisinskfaglige ansvaret for det aktuelle emnet. I vurderingen skal det innhentes anbefalinger fra veilederen og minst en av dem som har deltatt i supervisjonen.

Dersom en lege i spesialisering ikke får dokumentasjon på at et læringsmål er oppnådd, har legen rett til en ny vurdering.

Dersom legen ber om det, skal det regionale helseforetaket sørge for en ny vurdering fra en annen virksomhet. Dersom lege under spesialistutdanning tilknyttet registrert utdanningsvirksomhet ber om det, skal fylkesmannen legge til rette for ny vurdering. For

spesialistutdanning i arbeidsmedisin som foregår i godkjent bedriftshelsetjeneste, kan fylkesmannen kontakte Godkjenningssenheten for bedriftshelsetjenester for bistand til dette. Registrert utdanningsvirksomhet har plikt til å bistå fylkesmannen med gjennomføring av ny vurdering.

Dersom læringsmålet heller ikke oppnås etter den nye vurderingen, kan legen kreve ny vurdering etter å ha gjennomført relevante læringsaktiviteter i minst seks måneder.

§ 27. Vurdering av de godkjente utdanningsvirksomhetene

Etter at en utdanningsvirksomhet er godkjent kan Helsedirektoratet vurdere om vilkårene for godkjenning etter §§ 20, fortsatt er oppfylt for den eller de spesialitetene godkjenningen gjelder. Direktoratet skal blant annet vurdere om virksomheten gjennomfører utdanningen i samsvar med planene for den enkelte spesialitet og eventuell annen dokumentasjon som er lagt til grunn ved godkjenningen. Direktoratet kan kreve de opplysningene som er nødvendige for å vurdere utdanningsvirksomheten.

Helsedirektoratet kan trekke tilbake godkjenningen av en utdanningsvirksomhet dersom kravene ikke lenger er oppfylt. Før en godkjenning kan trekkes tilbake skal virksomheten få en rimelig frist til å iverksette de endringene som er nødvendige for å oppfylle kravene.

Direktoratet skal be om faglige råd fra Legeforeningens spesialitetskomiteer ved vurderingen av om en utdanningsvirksomhet gjennomfører utdanningen i samsvar med kravene i §§ 22 bokstavene c, d, og e og § 24. Virksomheten skal også evalueres av leger i spesialisering som er ansatt i virksomheten.

Legeforeningens spesialitetskomiteer kan besøke utdanningsvirksomheter for å vurdere gjennomføringen av kravene i § 22 bokstavene c, d og e og § 24. Komiteene kan kreve de opplysningene som er nødvendige for vurderingen.

§ 28. Vurdering av de registrerte utdanningsvirksomhetene

*Etter at en utdanningsvirksomhet er registrert kan Helsedirektoratet vurdere om virksomheten oppfyller kravene etter § 23, § 25 og § 26. Direktoratet kan kreve de opplysningene som er nødvendige for å vurdere virksomheten og **kan skal** be om faglige råd fra Legeforeningens spesialitetskomiteer. Virksomheten skal også evalueres av leger i spesialisering som er tilknyttet virksomheten.*

Dersom virksomheten ikke oppfyller kravene skal Helsedirektoratet følge opp virksomheten med råd og veiledning.

Kapittel 5. Spesialistgodkjenning av leger

§ 29. Spesialistgodkjenning

Helsedirektoratet skal gi spesialistgodkjenning etter søknad fra legen dersom følgende vilkår er oppfylt:

- a) Det er dokumentert at læringsmålene for utdanningens første del og for den aktuelle spesialiteten i forskriftens vedlegg II er oppnådd **og dokumentasjon av gjennomførte læringsaktiviteter i henhold til gjeldende nasjonale minimumskrav for spesialiteten.**
- b) Utdanningen er gjennomført i samsvar med § 2.
- c) Legen har autorisasjon etter helsepersonelloven § 48a.

Søknaden kan avslås dersom det foreligger forhold som ville gitt grunn til å tilbakekalle spesialistgodkjenningen etter helsepersonelloven § 57.

§ 30. Behandling av søknader

Helsedirektoratet kan fastsette at

- a) det skal søkes på en bestemt måte
- b) oppnådde læringsmål, gjennomførte læringsaktiviteter i henhold til gjeldende nasjonale minimumskrav for spesialiteten og gjennomført praktisk tjeneste skal dokumenteres på en bestemt måte
- c) søkeren skal betale fastsatt gebyr før søknaden behandles.

§ 31. Beregning av samlet utdanningstid

Samlet utdanningstid, jf. kravet om minste utdanningstid på seks og et halvt år etter § 2 første ledd første punktum, skal beregnes ut fra gjennomført praktisk tjeneste bekreftet etter § 25 første ledd bokstav e.

Lovfestet eller tariffestet ferie skal telle med ved beregningen av samlet utdanningstid. Det samme gjelder deltakelse på kurs eller liknende fravær som er relatert til utdanningen.

Sykefravær, permisjoner og annet fravær som ikke omfattes av andre ledd og som utgjør mer enn ti prosent av tjenestetiden, skal komme til fratrekk.

Dersom legen har vært ansatt på deltid under utdanningen skal tellende tjenestetid forkortes tilsvarende.

Praktisk tjeneste og andre læringsaktiviteter som er gjennomført i utlandet, jf. § 32, kan være tellende med inntil tre år og tre måneder.

~~Det stilles ikke krav til utdanningens lengde ved utdanning i spesialiteter i tillegg til den første godkjente spesialiteten.~~

§ 32. Spesialistutdanning som er delvis gjennomført i andre land

Deler av spesialistutdanningen kan gjennomføres i andre land etter fullført grunnutdanning i medisin, i form av spesialistutdanning, praktisk tjeneste eller andre læringsaktiviteter.

Når det gjelder utdanningens første del kan Helsedirektoratet etter søknad bekrefte at ett eller flere læringsmål skal anses som oppnådd.

Når det gjelder utdanningens andre og tredje del, er det en godkjent utdanningsvirksomhet som kan vurdere og dokumentere oppnåelse av ett eller flere læringsmål. Når det gjelder utdanningens tredje del i allmennmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin er det Helsedirektoratet som etter søknad vurderer og dokumenterer oppnåelse av ett eller flere læringsmål.

§ 33. Konvertering av spesialistgodkjenning fra andre land

Lege med norsk autorisasjon og utenlandsk spesialistgodkjenning som er anerkjent etter avtale om gjensidig godkjenning, jf. helsepersonelloven § 52, har etter søknad rett til spesialistgodkjenning i henhold til avtalen.

Søknad fra lege som har spesialistgodkjenning eller godkjenning som allmennpraktiserende lege fra et annet EØS-land eller Sveits, behandles etter reglene i

forskrift 8. oktober 2008 nr. 1130 om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning for helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra andre EØS-land eller fra Sveits.

Lege med norsk autorisasjon som har spesialistgodkjenning fra et land utenfor EØS eller Sveits, kan søke Helsedirektoratet om spesialistgodkjenning. Søkeren kan få godkjenning dersom utdanningen er jevn god med den norske utdanningen for den aktuelle spesialiteten. Dersom Helsedirektoratet fatter vedtak om at utdanningen ikke er jevn god med den norske, skal søkeren om mulig underrettes om hvilke læringsmål som ikke anses oppnådd og gis mulighet til å søke på nytt dersom disse læringsmålene senere bekreftes oppnådd av godkjente utdanningsvirksomheter i Norge.

Kapittel 6. Spesialistutdanning og spesialistgodkjenning av tannleger

§ 34. Spesialistutdanning og spesialistgodkjenning av tannleger

Departementet fastsetter hvilke avgrensede deler av odontologiske fagområder det kan gis spesialistgodkjenning i.

Helsedirektoratet gir godkjenning for gjennomført spesialistutdanning.

Departementet fastsetter nærmere regler om gjennomføringen av spesialistutdanning av tannleger og om vilkår for godkjenning som spesialist. Departementet kan blant annet bestemme at søkere må gjennomgå prøve for å kunne godkjennes som spesialist.

Kapittel 7. Klager, overgangsregler og ikrafttredelse

§ 35. Klage på Helsedirektoratets vedtak

Statens helsepersonellnemnd er klageinstans for vedtak om avslag på søknad om

a) spesialistgodkjenning etter § 29, § 33 og § 34.

b) bekreftelse av oppnådde læringsmål i utdanningens første del etter § 32 andre **og tredje ledd**.

Nasjonalt klageorgan for helse- og omsorgstjenesten (Helseklage) er klageinstans for vedtak om

a) pålegg om å ansette i utdanningens første del etter § 11 andre ledd

b) avslag på søknad etter § 12 tredje ledd tredje punktum

c) kobling av stillinger etter § 13

d) pålegg til kommunen om ny stilling etter § 14 sjette ledd tredje punktum

e) tilskudd til kommunene etter § 16

f) avslag om eller tilbaketrekning av godkjenning av utdanningsvirksomhet etter § 20 første ledd første punktum eller § 27 andre ledd første punktum.

g) avslag på registrering av utdanningsvirksomhet etter § 21 første ledd.

§ xx Overgangsordning ved endring av innhold i tjenesten

Ved endring av krav til innhold i tjenesten (læringsmål/læringsaktiviteter) skal det være en overgangsperiode tilsvarende minste utdanningstid innen den aktuelle spesialitet. I overgangsperioden kan legen søke godkjenning etter tidligere ordning, ny ordning eller en kombinasjon av disse.

§ 36. Overgangsregler som følge av avvikling av turnus

Turnus som er godkjent etter forskrift 21. desember 2000 nr. 1384 om spesialistgodkjenning av helsepersonell og turnusstillinger for leger § 10 jf. forskrift 20. desember 2001 nr. 1549 om praktisk tjeneste (turnustjeneste) for lege ved loddtrekning § 20, skal likestilles med oppnådde læringsmål i utdanningens første del.

Leger som per 1. mars 2017 er ansatt eller har fått tilbud om ansettelse i en turnusstilling, har frem til 1. mars 2019 rett til å fullføre turnusen i henhold til tilbudet eller ansettelsesavtalen og til å få godkjent eventuelt fullført turnus etter forskrift 21. desember 2000 nr. 1384 om spesialistgodkjenning av helsepersonell og turnusstillinger for leger § 10 jf. forskrift 20. desember 2001 nr. 1549 § 20. Dersom legen har hatt lovfestet eller tariffestet fravær, gjelder § 10 tilsvarende.

Leger som per 1. mars 2017 ikke er ansatt eller ikke har fått tilbud om ansettelse i en turnusstilling, men som har gjennomført deler av turnus, kan ansettes i reststillinger for utdanningens første del. De delene av turnus som er gjennomført skal da regnes med i vurderingen av oppnådde læringsmål i utdanningens første del.

§ 37. Overgangsregler for spesialistutdanning og spesialistgodkjenning av leger

Norsk spesialistgodkjenning som er gitt etter tidligere regler beholdes.

For leger som per 1. mars 2019 er under spesialisering gjelder, *med unntak for spesialisering i allmennmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin*, følgende overgangsregler:

- a) Legene har rett til å få en vurdering av oppnådde læringsmål på bakgrunn av kompetanse oppnådd ved tjeneste og andre læringsaktiviteter som allerede er gjennomført etter forskrift 21. desember 2000 nr. 1384 om spesialistgodkjenning av helsepersonell og turnusstillinger for leger. Utdanningsvirksomheten der legen er ansatt *eller utdanningsvirksomheten legen er tilknyttet*, skal sørge for at oppnådde læringsmål vurderes og dokumenteres innen 1. mars 2022. For leger som da er i permisjon eller har annet fravær fra tjenesten, er fristen ~~seks måneder~~ **ett år** etter at legen er tilbake i tjenesten.
- b) Praktisk tjeneste i utdanningsstilling før 1. mars 2019 skal telle med i beregningen av samlet utdanningstid etter § 31
- c) For leger som har autorisasjon på grunnlag av gjennomført grunnleggende legeutdanning i andre EØS-land, gjelder ikke kravet i § 29 bokstav a om dokumentasjon på oppnådde læringsmål i utdanningens første del.
- d) Leger som per 1. mars 2019 har mindre enn tre år igjen av spesialistutdanningen, kan søke om spesialistgodkjenning etter forskrift 21. desember 2000 nr. 1384 om spesialistgodkjenning av helsepersonell og turnusstillinger for leger.

For leger som per 1. mars 2019 er under spesialisering i allmennmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin gjelder følgende overgangsregler:

- a) Legene har rett til å gjennomføre spesialistutdanningen og søker om spesialistgodkjenning etter ordningen de startet spesialistutdanningen i.
- b) Dersom legen og virksomheten legen er tilknyttet blir enige om at legen skal gå over i ny ordning for spesialistutdanning, kan legen gjennomføre resten av spesialistutdanningen og søke om spesialistgodkjenning etter denne forskriften. Virksomheten må i så fall oppfylle kravene etter denne forskriften for den gjenstående delen av spesialistutdanningen. Legen får

i så fall rett til en vurdering av oppnådde læringsmål på bakgrunn av kompetanse oppnådd ved tjeneste og andre læringsaktiviteter som allerede er gjennomført etter påbegynt ordning for spesialistutdanning. Virksomheten skal sørge for at oppnådde læringsmål vurderes og dokumenteres innen 1. mars 2022. For leger som da er i permisjon eller har annet fravær fra tjenesten, er fristen seks måneder etter at legen er tilbake i tjenesten.

c) Når leger gjennomfører resten av spesialistutdanningen etter denne forskriften, skal praktisk tjeneste gjennomført under spesialisering før 1. mars 2019 telle med i beregningen av samlet utdanningstid etter § 31.

§ 38. Overgangsregler for godkjenning av utdanningsvirksomheter for leger

Godkjenning av utdanningsinstitusjon gitt etter forskrift 21. desember 2000 nr. 1384 om spesialistgodkjenning av helsepersonell og turnusstillinger for leger, jf. generelle bestemmelser for spesialistutdanning av leger (vedtatt av Helse- og omsorgsdepartementet 2. juli 2009) § 8, gjelder som godkjenning etter § 18 i denne forskriften frem til 1. mars 2019. Kravene etter § 25 og § 26 gjelder likevel tilsvarende.

Søknad om godkjenning etter § 18 som er sendt før 1. mars 2019, gjelder som godkjenning frem til søknaden er ferdig behandlet.

§ 39. Ikrafttredelse

Forskriften trer i kraft 1. mars 2017 når det gjelder utdanningens første del, inkludert godkjenning etter § 32 andre ledd, og når det gjelder spesialisering for tannleger etter § 34.

Forskriften trer i kraft 1. mars 2019 når det gjelder utdanningens andre og tredje del og spesialistgodkjenning etter § 29 til § 33.

II

Forskriftsendringene trer i kraft fra det tidspunkt Helse- og omsorgsdepartementet bestemmer. Departementet kan bestemme at de forskjellige forskriftsendringene skal tre i kraft til forskjellige tidspunkt.

Med hilsen
Den norske legeforening

Geir Riise
Generalsekretær

Lars Duvaland
Avdelingsdirektør

[Dokumentet er godkjent elektronisk](#)