

Mottakers navn vil bli flettet inn ved ekspedering.
Evt. kontaktpersons navn vil også bli flettet inn her.
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Deres ref.:
Vår ref.: 18/7886-5
Saksbehandler: Anne Clarine Hygen
Dato: 05.06.2018

Her kommer forklarende tekst til evt. kopimottaker(e)

Høringsuttalelse - Forslag til regulering av spesialistutdanning i allmennmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin (ASA)

Innledning

Helsedirektoratet viser til høringsbrev og høringsnotat fra Helse- og omsorgsdepartementet datert 23. mars 2018.

Forslaget omhandler endringer i spesialistforskriften for ivaretagelse av utdanning av spesialister innen allmenn-, samfunns- og arbeidsmedisin (ASA- spesialitetene). Dette som ledd i innføring av ny spesialitetsstruktur. Utdanningen av ASA spesialistene gjennomføres i stor grad utenfor sykehus og det er derfor behov for en egen organisering og regulering av utdanningene for disse spesialitetene.

Helsedirektoratet er enig i at organiseringen og reguleringen av ASA-spesialitetene som utgangspunkt skal være tilnærmet lik utdanningen for sykehusspesialitetene, så langt det lar seg gjøre, slik det legges opp til i utkastet. Dette samtidig som de særskilte forholdene omkring ASA spesialitetene skal ivaretas på best mulig måte i utdanningsløpet. Det fremlagte utkastet imøtekommer dette hensynet i stor grad.

På generelt grunnlag forutsetter Helsedirektoratet at forskriften utgjør tilstrekkelig behandlingsgrunnlag for de personopplysningene det blir nødvendig å behandle som følge av de nye oppgavene, jf personopplysningsloven § 8 bokstav e) og EUs personvernforordning art 6 nr. 1 første ledd bokstav e).

Helsedirektoratet har følgende merknader til noen av bestemmelsene i utkastet:

§ 2 Spesialistutdanningen for leger:

Tredje ledd, siste punktum "*Under spesialistutdanningen i allmennmedisin skal veiledningen i gjennomsnitt utgjøre minimum en time hver annen uke*":

Det er nødvendig med et minimumskrav til veiledning også for spesialitetene samfunnsmedisin og arbeidsmedisin. Som redegjort for i høringsnotatet, er det viktig at leger i ASA spesialisering får tilstrekkelig oppfølging og tilbakemeldinger under veiledning. Leger i ASA-spesialisering vil ofte ikke ha samme tette kontakt med andre og mer erfarne kolleger i sin praksis.

Minimumskravet på en times individuell veiledning hver annen uke i gjennomsnitt, bør derfor gjelde for alle ASA-spesialitetene, ikke minst for å ivareta hensynet til nødvendig kontinuitet i veiledningen. Helsedirektoratet foreslår derfor at det også for arbeids- og samfunnsmedisin bør fastsettes tilsvarende minimumstid for veiledning som for allmennmedisin. Dette er ikke kostnadsberegnet, se merknad nedenfor under kap. 8.

Kap. 2 Roller og ansvar i spesialistutdanningen for leger §§ 3-6:

Som en generell bekymring bemerkes følgende:

Helsedirektoratet, RHF'ene, kommunen og legeforeningen har definerte roller og ansvar i spesialistutdanningen. Helsedirektoratet savner en tydeligere beskrivelse av rollene for de ulike aktørene når det gjelder utdanning av spesialister i arbeids- og samfunnsmedisin.

Virksomheter innen bedriftshelsetjenesten (BHT) er viktige arenaer for utdanning av spesialister i arbeidsmedisin, men ansvaret for å ivareta og tilrettelegge for spesialisering i arbeidsmedisin ligger til det offentlige. De fleste BHT virksomheter er i privat sektor. Vi har mangelfull oversikt over hvilke eller hvor mange av disse som velger å utdanne spesialister. I dag er det ikke krav om at BHT skal ansette utdanningskandidater. Det å være registrert utdanningsvirksomhet innebærer administrative og økonomiske konsekvenser. BHT kan velge å ansette en spesialist i allmennmedisin/allmennlege eller lege med arbeidsmedisinsk kompetanse (ervert utenom et formalisert utdanningsløp- eller en som allerede er spesialist i arbeidsmedisin), fremfor å ta på seg ansvaret med å utdanne spesialister i arbeidsmedisin, noe som vil kunne føre til en uheldig utvikling av faget.

Vi kommer nærmere tilbake til de særskilte utfordringene i tilknytning til spesialitetene arbeids- og samfunnsmedisin nedenfor.

§ 3 Helsedirektoratet

Første ledd

"Direktoratet skal følge med på helheten og kvaliteten i utdanningen. 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".

Det fremgår på s. 23 under pkt. 6.4.1. i høringsnotatet at Helsedirektoratet bør ha det samme overordnede ansvar for spesialistutdanningen for ASA spesialitetene som for de andre legespesialitetene. Roller og ansvar er for øvrig noe annerledes definert for ASA spesialitetene enn for de øvrige spesialitetene og det er viktig at de enkelte aktørenes roller og ansvar tydeliggjøres, f.eks. i rundskrivet.

Det fremgår på s. 6 i høringsnotatet at Helsedirektoratet skal ha en særskilt rolle med å bidra til enhetlig utforming av spesialistutdanningen i ASA spesialitetene, blant annet gjennom å gi anbefalinger om utarbeidelse og innhold av utdanningsplaner for ASA spesialitetene og rammene for disse, jf utkastet pkt. 6.4.1, 4. avsnitt. Dette er begrunnet i at primærhelsetjenesten ikke er knyttet opp mot et regionalt nivå for styring og koordinering, slik spesialistutdanningen er i sykehusene med de regionale helseforetakene.

Direktoratet skal også registrere utdanningsvirksomheter etter § 21 og kan i tillegg vurdere om den registrerte virksomheten fyller kravene fastsatt i medhold av §§ 23, 25, og 26. Dersom virksomheten ikke oppfyller kravene, skal Helsedirektoratet følge opp virksomhetene ved råd og veiledning, jf § 28.

Dette innebærer nye oppgaver for Helsedirektoratet. Arbeidet med registrering og oppfølging av utdanningsvirksomhetene, vil være avgjørende for at den nye utdanningsstrukturen skal kunne virke etter sin hensikt, herunder lede fram til en kvalitativ bedre utdanning enn etter dagens ordning.

§ 3 første ledd annet punktum, må ses i sammenheng med § 3 andre ledd annet punktum der det fremgår at direktoratet også kan gi anbefalinger om læringsaktiviteter og vurderingsformer av leger i spesialisering. Helsedirektoratet forstår § 3 slik at vi vil kunne gi anbefalinger om utarbeidelse og innhold i utdanningsvirksomhetens utdanningsplaner på grunnlag av aktiviteter som er anbefalt etter § 3 annet ledd, annet punktum.

Vi er imidlertid usikre på om denne rollen ivaretas tilstrekkelig ved bare å *anbefale* læringsaktiviteter for ASA spesialitetene, eller om direktoratet også bør gis myndighet til å fastsette læringsaktiviteter for disse spesialitetene, der dette vurderes som nødvendig for å sikre en enhetlig utdanning innen disse spesialitetene. Med tanke på den senere tids offentlige debatt om hvilken status Helsedirektoratets anbefalinger har i forhold til læringsaktiviteter, mener vi at det er viktig at dette blir entydig fastslått i forskriften. Det bør i den forbindelse etableres et eget forum for ASA- spesialitetene. Helsedirektoratet vil da kunne fastsette læringsaktiviteter etter råd fra disse. Dette er imidlertid forhold som ikke er nærmere kostnadsberegnet i denne omgang.

Legeforeningens rolle er både å være Helsedirektoratets faglig rådgiver gjennom spesialitetskomiteene når det gjelder læringsaktiviteter samt å ha en utførerrolle for læringsaktivitetene. Etter § 6 siste ledd, *kan* Legeforeningen *ivareta* læringsaktivitetene i tråd med læringsmålene. Man bør vurdere om ordlyden er sterk nok til å sikre at det tilbys f.eks. tilstrekkelige kurs på nasjonal basis i tråd med Helsedirektoratets anbefalinger. Dette bør tydeliggjøres, f.eks. i rundskrivet.

Det kan for øvrig opplyses at det arbeides med å få til en løsning slik at flest mulige arbeidsgivere på enklest mulig måte, kan få tilgang til det elektroniske verktøyet. Dette også i forhold til det formelle rammeverket rundt slik tilgang. Det økonomiske ansvaret for å oppnå tilgang til dette, bør vurderes nærmere.

§ 4 De regionale helseforetakene

Siste ledd: *"De regionale helseforetakene skal også legge til rette for at leger i spesialisering i allmennmedisin kan få nødvendig praktisk tjeneste i spesialisthelsetjenesten".*

Helsedirektoratet foreslår at passusen "skal legge til rette for" erstattes av "skal sørge for", da det i dette ligger en tilsvarende forpliktelse som den det er forutsatt at RHFene skal ha. Også innen spesialiteten arbeidsmedisin vil det være læringsmål som kun kan oppnås i sykehustjeneste. Leger i spesialisering i arbeidsmedisin trenger tid for å få dekket læringsmålene innen sykehustjenesten. Slik tjeneste skiller seg vesentlig fra innholdet i bedriftshelsetjenesten. Disse forholdene må tas i betraktning når LIS stillinger innen sykehustjenesten nå omgjøres til faste stillinger. Det er nødvendig at RHF'ene sikrer at det til enhver tid er et tilstrekkelig antall rotasjonsstillinger som ivaretar ASA-spesialitetens behov. Dette er ikke kostnadsberegnet eller konsekvensutredet i denne omgang.

§ 5 Kommunen

Annet ledd første punktum: *"Kommunen har for spesialistutdanningen i allmennmedisin ansvar for å legge til rette for utdanningen av spesialister".*

Bestemmelsen definerer kommunens rolle i utdanningen innen allmennmedisin. Helsedirektoratet foreslår også her at "legge til rette for" erstattes av "skal sørge for". Dette må også ses i sammenheng med kompetanseforskriften § 3 første ledd om at *"kommunen skal sikre at leger som tiltrer en fastlegehjemmel, stilling ved kommunal legevakt eller annen stilling med oppgave om å yte helsehjelp."*

Helsedirektoratet savner en tilsvarende bestemmelse med definisjon av virksomhetens rolle også for spesialitetene samfunnsmedisin. Kommunen er en viktig arbeidsplass for utdanning av samfunns- og eventuelt arbeidsmedisin. Kommunen må forplikte seg til å tilrettelegge på lik linje som for allmennmedisin. Vi risikerer ellers at kommunene ikke prioriterer å ta imot leger under slik utdanning, og derfor heller ikke søker om registrering, på bakgrunn av de administrative og økonomiske konsekvensene en registrering vil måtte medføre for kommunen.

Gjennomføring av utdanningen i spesialitetene arbeids- og samfunnsmedisin vil i stor grad defineres gjennom utdanningsplanene som ligger til grunn for registrering av private virksomheter, på samme måte som for registrering av kommuner og andre offentlige virksomheter som ønsker å ta imot leger under utdanningens del 3. Det kan i denne sammenheng nevnes at innenfor spesialiteten arbeidsmedisin, er det slik at markedskreftene i stor grad vil være bestemmende for antall utdanningsstillinger. Her vil eksempelvis enkelte læringsmål knyttet til vernerunder inngå som en del av utdanningen. Helsedirektoratet er bekymret for om aktiviteter for å oppnå læringsmål i dette vil bli tilbudt i tilstrekkelig grad innenfor de private virksomhetene.

Statlige og andre offentlige virksomheter som utdanner samfunnsmedisinere, bør tillegges det samme ansvar for gjennomføring av spesialistutdanningen som kommunene får for allmennmedisin. Private og offentlige virksomheter som utdanner arbeidsmedisinere bør ha de samme plikter. Det kan vurderes om store offentlige utdanningsvirksomheter innenfor disse spesialitetene (eksempelvis Folkehelseinstituttet for samfunnsmedisin og STAMI for arbeidsmedisin) kan påta seg en koordinerings- og rådgiverrolle for de øvrige utdanningsvirksomhetene i gjennomføringen av spesialistutdanningen.

§ 8 Krav til stillinger i spesialisering

Helsedirektoratet er enig i at minst to år av utdanningen innen allmennmedisin i åpen uselektert praksis må gjennomføres innenfor en arbeidstid tilsvarende 50 % deltid, jf § 31 om beregning av samlet utdanningstid.

Det kan imidlertid tenkes å oppstå behov for å vurdere unntak fra dette kravet, f.eks. der særskilte helsemessige grunner tilsier det.

§ 19 Utdanningsvirksomheter

Annet ledd: *"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".*

Bestemmelsen er utformet slik at det kan virke som om spesialistutdanning innen allmennmedisin, kun kan oppnås i en registrert kommune. Helsedirektoratet forstår det imidlertid slik at også helprivate virksomheter, som f.eks. Aleris, Volvat, Først m.fl. kan søke om registrering, dersom de oppfyller fastsatte kriterier for å oppnå dette. Det er ønskelig med en tydeliggjøring av dette.

§ 23 Registrerte utdanningsvirksomheters ansvar for utdanningen

§ 23 d) lyder slik: *"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 læringsarenaer*
- Hvordan veiledning og vurdering organiseres og gjennomføres"*

Kravene til godkjente utdanningsvirksomheter i § 22 skiller seg fra kravene til registrerte utdanningsvirksomheter i § 23 i form og innhold. Helsedirektoratet stiller spørsmål ved om ikke kravene til godkjente og registrerte utdanningsvirksomheter etter disse to bestemmelsene bør være mest mulig like både når det gjelder innhold og utforming, med unntak av de to siste strekpunktetene i § 22 som ikke bør gjøres gjeldende for registrerte virksomheter, nemlig *- hvordan forskning inngår som en del av spesialistutdanningen* og *- hvordan virksomhetens akademiske og kliniske kompetanse skal benyttes for å oppnå læringsmålene knyttet til forskning).*

Helsedirektoratet vil i tillegg bemerke at vi oppfatter det slik at registrering av utdanningsvirksomheter innen ASA spesialitetene, gjelder utdanningens del 3. Når det gjelder kommunens ansvar for del 1, fremgår dette av § 17. Dette innebærer at det ikke skal lages noen samlet utdanningsplan for del 1 og del 3, noe som for øvrig også fremgår av høringsnotatet av 23. juni 2016 pkt 10.3.6, s. 57. Dette kan med fordel også tydeliggjøres f.eks. i rundskrivet.

§ 25 Utdanningsvirksomhetenes ansvar for utdanningsløpet til den enkelte legen

Tredje ledd, annet punktum: *"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 utdannings tredje del".*

Denne bestemmelsen omfatter også ASA-spesialitetene. Helsedirektoratet er av den oppfatning at veileder som hovedregel må være spesialist i faget også når det gjelder ASA spesialitetene. Veilederen skal gi legen så vel reflekterende, individuell veiledning som å vurdere læringsmål etter § 26 første ledd. Det er etter vår oppfatning viktig at vedkommende selv har nødvendig kompetanse i faget, blant annet for å skape tillit og legitimitet til de vurderingene som gjøres som grunnlag for arbeidsgivers godkjenning av læringsmål. Som støtte for arbeidsgiveren i å godkjenne læringsmål, har både veileder og supervisor en viktig rolle. De som skal foreta den daglige supervisjonen er imidlertid ikke nødvendigvis spesialistutdannet eller en som har medisinsk bakgrunn, og det stilles da etter vår mening, desto større krav til veileders faglige kompetanse.

Etter annet ledd annet punktum fremgår det at den individuelle veilederen ikke behøver å være tilknyttet den registrerte utdanningsvirksomheten (i motsetning til kravet til godkjente virksomheter).

Helsedirektoratet forstår bestemmelsen slik at det ikke er noe i veien for at veileder også kan være ansatt i annen kommune med ansatt spesialist i allmennmedisin.

Helsedirektoratet mener at kravet om veileder skal være spesialist, bør være gjennomførbart i de aller fleste deler av landet for både allmennmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin allerede fra det tidspunkt det tas sikte på at endringene i spesialistutdanningen for ASA-spesialitetene skal iverksettes. Det bør imidlertid åpnes for fleksible ordninger, som samtidig ivaretar den faglige kvaliteten i rekrutteringssvake deler av landet. Helsedirektoratet mener at vi kan ivareta dette i forbindelse med vurdering av utdanningsplanene og eventuell veiledning i den forbindelse, ved registrering av utdanningsvirksomheter.

§ 28 Vurdering av de registrerte utdanningsvirksomhetene

Helsedirektoratet er innforstått med at en ordning med "avregistrering av kommuner" ikke vil være forenlig med intensjonen bak kompetanseforskriften, og at det derfor heller ikke er åpnet for slik "avregistrering" av kommuner i § 28. Dette kan imidlertid stille seg annerledes for private virksomheter og virksomheter som er registrert innen arbeids- og samfunnsmedisin.

Dersom det kommer nye/reviderte læringsmål, forutsettes det at virksomheten er forpliktet til å informere Helsedirektoratet om hvordan virksomheten vil legge til rette for at utdanningen ivaretas gjennom de nye/endrete læringsmålene.

Det er stor variasjon mellom de ulike private virksomhetene, for eksempel mellom de ulike bedriftshelsetjenestene. De varierer også over tid, og det er ikke gitt at kravene i §23 til enhver tid vil kunne være oppfylt. Mulighet for løpende endring av utdanningsplaner underveis vil kunne være en forutsetning for at privat virksomhet ønsker å binde seg til å oppfylle kravene

som ligger til grunn for registreringen, § 21, jf § 23. Det kan f.eks tenkes at virksomheten over tid finner det vanskelig å opprettholde aktivitetstilbudet. Det må fremgå tydelig at den registrerte virksomheten skal rapportere til Helsedirektoratet når den ikke lenger oppfyller kravene som følger av registreringen.

Helsedirektoratet er av den oppfatning at "avregistrering" kan være et hensiktsmessig virkemiddel innenfor fagene samfunns- og arbeidsmedisin for virksomheter som ikke tilpasser sin utdanning til de enhver tid gjeldende læringsmål. Vi ber derfor om at departementet vurderer en slik løsning.

Det bør av grunner som nevnt ovenfor, også vurderes om registrering av visse virksomheter bør være tidsbegrenset.

§ 30 Behandling av søknader

Bokstav c) Helsedirektoratet skal fastsette at "*oppnådde læringsmål og gjennomført praktisk tjeneste skal dokumenteres på en bestemt måte*"

En etterlevelse av de krav Helsedirektoratet setter, forutsetter at kommuner, private virksomheter m.fl. har en egen motivasjon til å utdanne leger i samfunnsmedisin eller arbeidsmedisin. Det er i dag krav om at en BHT skal dekke fagområdet arbeidsmedisin med minimum 30 % årsverk. Dette fremgår av forskrift om administrative ordninger på arbeidsmiljølovens område § 2-2 bokstav d). Det er ikke krav om å ha en spesialist i arbeidsmedisin eller en lege under utdanning i arbeidsmedisin, ansatt. Å søke om å bli registrert utdanningsvirksomhet medfører administrative og økonomiske konsekvenser, og det er på denne bakgrunn bekymring for om fremtidig utdanning av nye arbeidsmedisinere eller samfunnsmedisinere vil bli tilstrekkelig ivaretatt.

§ 32 Spesialistutdanning som er delvis gjennomført i andre land.

Tredje ledd siste punktum: "*Når det gjelder utdanningens tredje ledd i allmennmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin er det Helsedirektoratet som etter søknad vurderer og dokumenterer oppnåelse av ett eller flere læringsmål*".

§ 35 første ledd bokstav b) åpner for klagebehandling av Helsedirektoratets vurdering når det gjelder utdanningens første del, jf § 32 andre ledd, men ikke når det gjelder Helsedirektoratets vurdering av utdanningens tredje del etter § 32 tredje ledd, siste punktum. Helsedirektoratet forstår det derfor slik at det i denne forbindelse ikke skal fattes noe enkeltvedtak som kan påklages. Dette bør tydeliggjøres.

§ 37 Overgangsregler for spesialistutdanning og spesialistgodkjenning av leger

Helsedirektoratet mener at det er uheldig at det skal gjelde en annen overgangsordning for ASA spesialiteten enn for sykehusspesialitetene, jf § 37 annet ledd.

Også når det gjelder ASA- spesialitetene er det et ønske at LIS kan komme over i ny ordning så snart som mulig. Helsedirektoratet mener derfor at det vil være svært uheldig dersom utdanning innen ASA spesialitetene etter gjeldende ordning, ikke gis nærmere tidsavgrensning.

Å opprettholde to utdanningsløp i mange år fremover, anses som ressurskrevende og uhensiktsmessig. Det vil være krevende å ajourføre og oppdatere kravene i ASA spesialitetene i takt med disse fagenes utvikling i gammel ordning, samtidig med forvaltning og ajourføring av læringsmål og aktiviteter i ny ordning. Det er derfor bekymring knyttet til at tilsvarende overgangsordning som i § 37 første ledd d (om at leger som per 1. mars 2019 som har mindre enn 3 år igjen av spesialistutdanningen, kan søke om spesialistgodkjenning etter "gammel ordning), ikke også skal gjelde for ASA spesialitetene.

For spesialitetene arbeids- og samfunnsmedisin, følger det dessuten ingen insentiver (lønn eller andre arbeidsmessige konsekvenser) til å bli ferdig spesialist. Dette er annerledes for spesialiteten allmennmedisin.

Innen arbeidsmedisin kan arbeidsgivere finne det mer hensiktsmessig å fortsette og tilby undervisning kun etter gjeldende ordning, uten å innrette seg etter den nye spesialitetsstrukturen, fordi det vil kunne oppfattes som krevende å tilby undervisning og søke om registrering etter den nye ordningen, uten at de ser å ha noe igjen for å innrette seg etter den nye strukturen. Dette vil igjen kunne medføre at det ikke tas opp LIS i den nye ordningen, men at man i stedet utdanner de man har i gjeldende system i mange år fremover.

På denne bakgrunn ønsker Helsedirektoratet en tidsbegrenset overgangsordning på 3 år også for disse spesialitetene.

Det er viktig å understreke at den gamle utdanningsstrukturen er forutsatt å skulle løpe parallelt med den nye og at man selvsagt ikke kan oppnå godkjenning av læringsmål dersom man er under utdanning i gjeldende ordning. Det kan følgelig heller ikke oppnås læringsmål i virksomheter som ikke har status som registrerte virksomheter. Det ville imidlertid være fint om dette tydeliggjøres av departementet, eventuelt i rundskrivet.

Kapittel 8

De administrative og økonomiske konsekvensene for samfunnsmedisin og arbeidsmedisin er ikke beregnet. Vi kan ikke forvente at BHT uten videre tar på seg et ansvar med å utdanne spesialister i arbeidsmedisin på grunn av kostnadene i tilknytning til dette.

Minimumskravet til antall veiledningstimer som er satt for allmennmedisin må også gjelde for arbeidsmedisin og samfunnsmedisin. Dette er ikke kostnadsberegnet. Individuell veiledning vil medføre en administrativ og økonomisk konsekvens / kostnad for den godkjente/registrerte virksomheten, men behovet for en individuell veiledning i tillegg til gruppeveiledning er godt begrunnet. Det er bekymring for at den individuelle veiledningen vil nedprioriteres uten et minimumskrav til slik veiledning. Dette gjelder både for kommuner og privat sektor som for eksempel BHT.

Kostnadene i forbindelse med gjennomføring av supervisjon, kan heller ikke ses å være beregnet.

Utover ovennevnte kommentarer som er knyttet til foreslåtte endringer i den vedtatte spesialistforskriften, vil Helsedirektoratet gjerne knytte noen merknader til behovet for endringer/presiseringer når det gjelder ordningen med komplette stillinger:

§ 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 komplette 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".

I enkelte helseforetak er det et vedvarende problem at det er for mange LIS som skal tilbake i kommunehelsetjenesten i forhold til antall LIS 1 stillinger i kommunene. Helsedirektoratet ser derfor behov for å åpne for unntak fra kravet til koplet utlysning i § 12, slik at helseforetakene gis anledning til i enkelte tilfeller å kunne utlyse én eller et begrenset antall ukomplete stilling(er). Dette for å imøtekomme behovet for å kunne ta imot LIS leger i kommunene ved tilbakevending etter f.eks. sykdom/permisjoner. Med en slik bestemmelse kan for eksempel de store kommunene forpliktes til å opprette flere plasser for LIS 1.

Behovet aktualiseres også ved at antall LIS 1 leger antas å øke som konsekvens av at det også blir krav til turnus/LIS1 for EU/EØS-utdannede leger som starter spesialistutdanning fra 1. mars 2019. Dette fordi unntaket fra kravet til å gjennomføre turnustjeneste/LIS 1 for leger med grunnutdanning fra i EØS området og Sveits, jf spesialistgodkjenningsforskriften § 9, ikke videreføres i den nye ordningen.

Helsedirektoratet foreslår at spesialistgodkjenningsforskriften § 12 siste ledd videreføres og at det at det inntas følgende unntaksbestemmelse med samme ordlyd som i denne:

"Dersom det kan bidra til en mer effektiv forvaltning av ledige stillinger for leger i utdanningens første del, kan Helsedirektoratet gjøre unntak fra kravene om kobling".

Det er for øvrig et problem i enkelte kommuner at LIS 1 leger, ikke møter til tjeneste i den kommunen som følger av den komplette stillingen, men i stedet søker seg til en restplass i annen kommune i mer attraktivt område. Dette er et tilbakevendende problem for rekrutteringssvake områder. I forbindelse med forskriftsendringen bør det vurderes om man kan innføre ordninger som kan demme opp for dette.

§ 36 Overgangsregler som følge av avvikling av turnus

Siste ledd:

Helsedirektoratet ser noen praktiske utfordringer for leger som har startet i turnus før 1. mars 2017 og deretter går videre i del 1. Dette gjelder spesielt de som har gjennomført tjeneste i reststilling for turnuslege og som senere ansettes i 18 måneders stilling for del 1 - eller leger

som har gjennomført sykehusturnus og som på senere tidspunkt f.eks. etter sykdom/permisjon går inn i restplass i en kommune. Det vil da ikke være en ansvarlig arbeidsgiver som kan attestere på oppnådde læringsmål i sykehus. Helsedirektoratet forstår det slik at kommunen i slike tilfeller ikke kan vurdere tidligere gjennomført del 1 i sykehus og attestere på at læringsmålene i sykehus er oppnådd. Kommunene antas heller ikke å være komfortable med å foreta en slik vurdering og har heller ikke tilgang til RHF-enes elektroniske kompetanseportal, Dossier. Det vil være behov for å justere overgangsreglene i tråd med denne utfordringen.

Dette må også ses i sammenheng med § 37 første ledd bokstav a) om overgangsregler for spesialistutdanning og spesialistgodkjenning av leger. Bestemmelsen gir mening når man har gjennomført deler av turnus i sykehus og deretter gjennomfører resterende del 1 tjeneste i sykehus. Da kan helseforetaket gjøre en vurdering av gjennomført turnus og bekrefte oppnådde læringsmål. I de tilfellene der legen har fullført sykehusturnus etter gammel/tidligere ordning før vedkommende går videre i kommunehelsetjenesten, vil det ikke være noen som kan bekrefte oppnådde læringsmål for sykehus. Legen vil i slike tilfeller oppnå dokumentasjon på gjennomført turnus fra sykehus etter tidligere ordning (altså ikke oppnådde læringsmål), men oppnå godkjente læringsmål fra kommunehelsetjenesten for del 1. Dette vil kunne skape en del usikkerhet for senere arbeidsgivere, og det bør klargjøres nærmere i forskriften hvordan man skal forholde seg til slike situasjoner.

En mulighet er at det er Helsedirektoratet som i slike tilfeller må godkjenne deler av gjennomført turnus og attestere for oppnådde læringsmål i sykehus. Helsedirektoratet mener at det er behov for en nærmere vurdering av hvordan man skal forholde seg til slike tilfeller.

Mulighet for å kombinere flere spesialiteter

§ 31 femte og sjette ledd

Avslutningsvis kan opplyses at Helsedirektoratet er kjent med at det i Direktiv 2013/55/EU (Endringsdirektivet til Yrkeskvalifikasjonsdirektivet), er tatt inn en bestemmelse i artikkel 25 nr 3a om at landene i sin nasjonale lovgivning, kan fastsette bestemmelser der det kan gis dispensasjon for deler av spesialistutdanningen. Dette vil kunne ha betydning der en lege er utdannet innen flere spesialiteter. Det er i slike tilfeller ikke mulig å gi dispensasjon for mer enn halvparten av utdanningen. Dersom Norge skal ha en slik ordning, må dette framgå av regelverket. Endringsdirektivet antas å tre i kraft i EØS avtalen om ikke lenge. En bestemmelse tilsvarende artikkel 25 nr 3a bør derfor vurderes tatt inn i spesialistforskriften.

Helsedirektoratet ber i denne sammenheng om at innholdet i art. 25 3 a vurderes og presiseres opp mot innholdet i utkastet § 18 og § 31 femte og sjette ledd.

Vennlig hilsen

Randi Moen Forfang e.f.
Avdelingsdirektør

Anne Clarine Hygen
Seniorrådgiver

Her kommer godkjenningsteksten når dokumentet er godkjent, og blir ekspedert

