

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 DEP
0030
Oslo

Deres ref.:

Vår ref: HSAK202400466

Dato: 24-10-2024

Legeforeningens høringsuttalelse - forslag til endringer i forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften) mm.

Legeforeningen viser til høringsnotat av 3. juli 2024 med forslag til endringer i forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger mm. Forslagene har vært på høring i organisasjon og disse innspillene ligger til grunn for Legeforeningens høringssvar.

Innledende bemerkninger

Høringsnotatet inneholder flere forslag til regulering av rammer for spesialistutdanning og er en oppfølging av anbefalinger fra "Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten."

Innledningsvis i høringsnotat står det: *"For å bedre rekrutteringen, redusere arbeidsbelastningen og gjøre ordningen bærekraftig, foreslår utvalget blant annet endringer i organisering og finansiering for mer tverrfaglighet, endringer i oppgavedeling og ledelse, samt endringer i kompetansekrav, oppgavereduksjon, legevakt og digitale verktøy."*

Legeforeningen mener at forslagene i høringsnotatet vil kunne bidra til å redusere krav til og dermed kvaliteten i spesialistutdannelsen i allmennmedisin, og tiltak som er foreslått for å bidra til en *bærekraftig* allmennlegetjeneste tvert imot vil kunne føre til en forringelse av utdannelsen, som igjen vil gi dårligere pasientsikkerhet. Dette er ikke bærekraftig i lengden.

Et sentralt virkemiddel i rekrutteringsarbeidet er å tilby leger gode og forutsigbare utdanningsløp med økonomisk trygghet, samt trygge rammer for yrkesutøvelsen. Legeforeningen mener at flere av forslagene ikke er egnet til å bedre rekruttering og at enkelte til og med kan virke mot sin hensikt.

Vi mener videre at det å innføre permanente ordninger som medfører dårligere kvalitet på helsetjenesten for å bøte på manglende satsning på LIS1-ordningen og fastlegeordningen er feil tiltak.

Enkelte av forslagene vil kunne ha konsekvenser for LIS1-utdanningen og spesialistutdanning i allmennmedisin og medfører innføring av mange ulike særordninger som vil gjennomføres ulikt i de ulike delene av helsetjenesten og dermed føre til enda større forskjeller i kvaliteten på utdanningen.

Dette er i strid med regjeringens signaler om like helsetjenester over hele landet og forutsigbare utdanningsløp og nasjonale ALIS avtaler.

Vi påpeker også at det ligger en grunnleggende systemisk asymmetri mellom LIS og utdanningsvirksomhetene, og derfor bør endringer bidra til å redusere denne ubalansen, ikke gjøre LIS-legene mer sårbare i forhold til utdanningsvirksomhetene. Legeforeningen mener at hovedtyngden av forslagene dessverre underbygger og øker denne ubalansen.

Legeforeningen vil igjen peke på at hovedutfordringen i turnusordningen og LIS1 var og er den store mangelen på LIS1-stillinger. Dette bekrefter også departementet og skriver i høringsnotatet at kapasiteten i LIS1-ordningen er en utfordring, siden legene må ha gjennomført denne delen for at de kan gå videre i spesialiseringsløpet. Norge må ta større ansvar når det gjelder utdanning av spesialister som det er dokumentert behov for.

Forslagene fremstår som et forsøk på å løse enkelte av bemanningsproblemene i tjenesten, uten å ta hensyn til de strukturelle problemene og årsakene til at rekrutteringskrisen har oppstått. Dagens regler for spesialistutdanning har virket siden 2019, og det er et behov for en grundigere evaluering av ordningen. Legeforeningen oppfordrer departementet til å gjennomføre en evaluering av spesialistutdanningen for å få et kunnskapsbasert grunnlag for videreutvikling og forbedring. Legeforeningen mener det er behov for en systemisk og helhetlig analyse og tilnærming i istedenfor å innføre lappeteppeløsninger i form av svekkelse av de kvalitets- og kompetansekravene som ligger i dagens ordning.

Vi vil i det følgende løpende kommentere de konkrete forslagene i høringsnotatet.

2.3.1.1 Antall timer veiledning - § 2 tredje ledd

Legeforeningen støtter ikke forslaget. Når det gjelder *økt fleksibilitet for gjennomføringen av veiledning* mener vi at veiledning skal være strukturert og følge modning over tid. Veiledning skal ikke gjøres etter skippertaksmetoden. Legeforeningen er uenig i at det er mindre behov for veiledning og refleksjon et stykke ut i utdanningsløpet. Tvert imot er det muligens behov for mer. Supervisjon, på den annen side, vil det sannsynligvis bli mindre av gjennom utdanningen. Det er mot slutten at utdanningsløpet at veileder skal kompetansevurdere i større grad, fordi mange læringsmål er uaktuelle for vurdering før denne tid. Å redusere veiledningstid i en så viktig tid av utdanningen vil virke mot sin hensikt. «Underveisevaluering» skal som ordet beskriver nettopp være underveis.

Legeforeningen mener at dagens ordning med et gjennomsnittlig timetall per måned allerede innebærer en stor grad av fleksibilitet – mye mer enn hva som gjelder for LIS i sykehusspesialiteter. Vi mener organisering av veiledning må innrettes slik at det understøtter LIS-legenes behov for veiledning, og ikke slik at det tilpasses virksomhetens driftsmessige hensyn.

Dersom forslaget likevel vedtas påpeker vi at det i forslaget heller ikke er skissert regler for å sikre at det skjer regelmessig veiledning gjennom hele utdanningsløpet, f.eks. med angivelse av minimum antall veiledningstimer per år.

2.3.1.2 Veileders kompetanse - § 25 tredje og fjerde ledd

Legeforeningen støtter ikke forslaget og mener at unntaksbestemmelsene i spesialistforskriften § 25 fjerde ledd, som åpner opp for tidsavgrenset fritak fra kravet om at veileder er spesialist f.eks. i rekrutteringssvake kommuner, er tilstrekkelig.

Legeforeningen mener at det bør være et ufravikelig krav om at veileder innen ASA spesialitetene må være spesialist.

I høringsnotatet heter det: *"Der det er få eller ingen spesialister å velge mellom, kan kravet til veileder få utilsiktede konsekvenser ved at kravet om spesialist i allmennmedisin settes foran egnethet og pedagogiske ferdigheter"*. Legeforeningen er usikker på hva departementet sikter til all den tid det ikke foreligger krav om egnethet eller pedagogiske ferdigheter. I stedet for å lempe på kompetansekravene burde det innføres krav om obligatorisk veilederutdanning, dvs en skjerping av kravene. Dette vil ivareta lege i spesialisering langt bedre, skape bedre kvalitet på utdanningen, og på lengre sikt gi bedre pasientsikkerhet.

En svekkelse av kravet for kompetanse til veileder i ASA spesialitetene vil påvirke kvaliteten på utdanningen direkte og indirekte. Departementet foreslår at den enkelte kommune skal vurdere om veileder som ikke er spesialist oppfyller kravene til tilstrekkelig veilederkompetanse. Det er en risiko at kommuner og virksomheter med begrensede ressurser vil vektlegge behovet for veiledere i større grad enn konkrete vurderinger av veileders egnethet eller pedagogiske ferdigheter.

Legeforeningen stiller videre spørsmål om hvorvidt en ikke-spesialist har faglige forutsetninger for å vurdere om en annen ikke-spesialist har oppnådd tilstrekkelig kompetanse. Trygg veiledning fra en spesialist er også et rekrutterende tiltak. Det er velkjent at utrygge leger har høyere grad av henvisning videre, kontroller og overdiagnostikk. Bare en liten økning i henvisninger, vil medføre betydelig økt arbeidsmengden sykehusene. Da øker også ventelistene som igjen får konsekvenser for pasientene.

At rekrutteringsutfordringer i kommunen nevnes som et relevant grunnlag for å gi unntak fra kravet om at veileder er problematisk. For befolkningen er det like viktig med god kvalitet på allmennlegetjenestene og legevakt uansett hvor de bor. Der det er få leger og størst rekrutteringsutfordringer er det ofte lengre avstand til sykehus og legen arbeider mer alene med større faglige utfordringer.

2.3.2 Stillinger for leger i spesialisering – kravet til stillingsprosent i åpen uselektert praksis - § 8 fjerde ledd

Legeforeningen støtter ikke forslaget om at kravet til stillingsprosent på 50 % i åpen uselektert praksis fjernes.

Det er forskriftsfestet for samtlige legespesialiteter at hovedregelen for alle spesialistutdanninger skal være heltid. For allmennmedisin har det blitt gjort unntak, og det er svært uheldig om dette unntaket utvides ytterligere. Dette er viktig fordi allmennmedisin baserer seg på at man arbeider i et lokalsamfunn, der legen følger opp en listepopulasjon over tid og må være tilgjengelig for denne, og

at lege-pasient forholdet er viktig i utredning, behandling og oppfølging. Vi antar at årsaken til forslaget er et politisk ønske om å tilrettelegge for små turnusbaserte stillinger på steder som i dag ikke har god bemanning. For å forsvare at kommuner med rekrutteringsutfordringer kan velge å ha leger i spesialisering i åpen uselektert praksis ned i 20 prosent stilling står det i høringsnotat "*Den enkelte utdanningsvirksomhet må vurdere om det er mulig å gjennomføre spesialistutdanningen på deltid slik at legen får gjennomført de læringsaktivitetene som er nødvendige for å oppnå læringsmålene.*" Dette er som å sette bukken til å passe havresekken. Den kommunen som har et sørge for-ansvar, vil også kunne tilpasse utdanningsplaner slik at læringsmål kan oppnås innenfor de rammene de tilbyr sine leger.

Legeforeningen mener at arbeid i svært små stillingsandeler eller på flere plasser samtidig ikke er hensiktsmessige læringsarenaer. Om noen skal inneha disse stillingene bør det være spesialister i allmennmedisin og ikke leger i spesialisering.

Allmennlegeforeningen og Norsk forening for allmennmedisin sendte i desember i fjor følgende felles uttalelse til Helsedirektoratet om hvordan innretningen for slike ordninger bør være:

Til Helsedirektoratet

3. desember 2023

Felles uttalelse fra Allmennlegeforeningen og Norsk forening for allmennmedisin om kompetansekrav i spesialistutdanningen i allmennmedisin og etterutdanningen

*Allmennlegeforeningen (AF) og Norsk forening for allmennmedisin (NFA) mener at kravet om 2 år i full stilling i åpen uselektert allmennpraksis i spesialistutdanningen i allmennmedisin **må** opprettholdes. Kravet er sentralt for å gi leger som spesialiserer seg i allmennmedisin nødvendig kompetanse.*

*Hovedregelen må fortsatt være at spesialistutdanningen for leger skal gjennomføres på heltid over 6,5 år. Den **kan** gjennomføres på deltid dersom legen gjennomfører de læringsaktivitetene som er nødvendig for å oppnå fastsatte læringsmål, men da må utdanningstiden forlenges tilsvarende reduksjonen i stillingsprosent.*

Definisjonen av åpen uselektert praksis slik den er i rundskrivet til spesialistforskriften må opprettholdes: "en praksis som er åpen for alle pasienter, uten noen forutgående siling eller utvelgelse av pasienter eller sykdommer eller lidelser. Dette dreier seg hovedsakelig om praksis som fastlege." Den allmennmedisinske kjernekompetansen oppnås ved å følge opp en uselektert pasientpopulasjon over tid, hovedsakelig med fysiske konsultasjoner.

Etterarbeid og oppfølgingsarbeid knyttet til pasientkonsultasjoner anses som en del av den åpne uselekterte praksisen. Oppfølging av pasienter via e-konsultasjon og hjemmekontor gjør at fastlegen ikke nødvendigvis alltid trenger å oppholde seg på fastlegekontoret for å utføre



pasientrettet arbeid. Legevaktteneste og andre kommunale allmennlegeoppgaver (ref. fastlegeforskriften § 12) samt private allmennlegetjenester uten folketrygdfinansiering, er ikke å anse som åpen uselektert praksis.

Varigheten på perioder som godkjennes må være minimum 3 måneder i 100 % stilling. Ved redusert stillingsprosent forlenges tiden som kreves tilsvarende. For å bevare den faglige kvaliteten er det ønskelig å opprettholde dagens krav om minimum 50% stilling. Dersom dette likevel reduseres bør stillingsandeler utgjøre minimum 40 % for å godkjennes som tellende åpen uselektert praksis.

Intervallturnus/nordsjøturnus kan kun godkjennes som utdanningsstilling dersom den har varighet på minst 12 måneder og supervisjon fra fysisk tilstedeværende spesialist i allmennmedisin er tilgjengelig. Organiseringen av dette må beskrives særskilt i kommunens utdanningsplan. Krav til utdanningstid forlenges også her tilsvarende stillingsstørrelse.

AF og NFA mener man må videreføre bruk av tilleggskost for spesialister som insentiv for kompetanseutvikling. Kompetanseutvikling bør gjennomføres som et etterutdanningsprogram i allmennmedisin. Det er behov for å revidere innholdet i etterutdanningen, og gi uttelling for flere typer aktiviteter. Det må gjennom avtaler sikres at leger i stillinger uten takstfinansiering har rett til etterutdanning.

NFA og AF mener etterutdanningsaktivitetene må kunne registreres på en brukervennlig og effektiv måte i en digital løsning med lav kostnad, og er åpen for at enten eksisterende (Altinn, Dossier) eller nye løsninger kan brukes.

Med vennlig hilsen

*Nils Kristian Klev
leder Allmennlegeforeningen*

*Marte Kvittum Tangen
leder Norsk forening for allmennmedisin*

Legeforeningen støtter ikke forslaget om å fjerne kravet til stillingsprosent på 50 % i åpen uselektert praksis, men er åpen for visse justeringer i kravet om stillingsprosent i åpen uselektert praksis i tråd med retningslinjene utarbeidet av Allmennlegeforeningen og Norsk forening for allmennmedisin.

Selv om det ikke er foreslått å redusere kravet på 2 års tjenestetid i åpen uselektert praksis i dette høringsnotatet, vil Legeforeningen likevel benytte anledning til å presisere at det er svært viktig at man ikke reduserer kravet til tjenestetid (på 2 år) for å bli godkjent som spesialist i allmennmedisin. Erfaring fra arbeid i uselektert praksis over tid er en grunnleggende ferdighet hvis man skal være spesialist i allmennmedisin.

2.3.3 Opprettelse av stillinger i utdanningens første del

2.3.3.1 Opprette egne stillinger – unntak fra § 11 første ledd

Forslaget åpner for at helseforetak og kommuner kan opprette egne LIS1-stillinger innenfor gjeldende budsjettammer. Legeforeningen støtter ikke forslaget.

Det er behov for flere LIS1-stillinger, men det er et nasjonalt ansvar å sørge for at utdanningskapasiteten i helsetjenesten samsvarer med det nasjonale behovet. Flere ulike beregningsmetoder tilsier et behov for minst 1700 nye leger per år. Midlertidige stillinger dekker ikke permanente behov.

Det er i tillegg tvilsomt om helseforetak og kommuner vil ha tilstrekkelig sterke insentiver til å opprette egne LIS1-stillinger når de selv må finansiere stillingene.

I tillegg til å sørge for opprettelse og finansiering i tråd med behov må staten sørge for at leger som har gjennomført tjeneste som er ekvivalent opp mot læringsmålene i LIS1 i andre EU/EØS-land bør få godkjent dette som en del av LIS1-tjenesten. Det vises til det pågående søksmålet Legeforeningen har anlagt mot staten for å få en avklaring av lovligheten av myndighetenes praksis der tjeneste fra Klinisk Basisuddannelse (KBU) fra Danmark ikke vurderes eller godkjennes. I tillegg bør leger som har arbeidet i stilling tilsvarende LIS 2/3 i EU/EØS-land få unntak fra kravet om å gjennomføre LIS1 i en ordinær LIS1-stilling. Leger som kommer fra land utenfor EU/EØS, og som ikke får sin spesialitet godkjent, har heller ikke behov for å gjennomføre en ordinær LIS1-tjeneste. Denne gruppen burde i stedet få en mer tilpasset introduksjonsstilling til helsetjenesten. Alle i disse tre gruppene har allerede de basisferdighetene LIS1-tjenesten er ment å gi, og har helt andre behov enn de reelle LIS1 legene har.

Legeforeningen mener det er stor risiko for at egenopprettede stillinger kan gjøre fordelingen av LIS1 i landet vanskeligere, og at store, sentrale sykehus og kommuner vil kunne tappe distriktene for legeressurser. Det er positivt at Helsedirektoratet skal kunne monitorere disse stillingene for å overvåke uønsket utvikling, men det er likevel en fare for skjevfordeling.

Legeforeningen påpeker det paradoksale med at behovet for spesialister er stort i hele landet, samtidig som veldig mange nyutdannede leger i mange år ikke har fått komme i gang med spesialiseringssløp. Mangel på spesialister er kritisk mange steder, og får direkte konsekvenser for kvaliteten i hele spesialistutdanningen. Samtidig ansettes studenter og nyutdannede leger i stillinger ment for mer erfarne leger. I samarbeid med Legeforskningsinstituttet har Legeforeningen våren 2024 sendt ut en omfattende nasjonal spørreundersøkelse til LIS-leger i slutten av sin tjeneste. Cirka en femtedel av LIS1-legene som avsluttet sin distriktstjeneste våren 2024 svarte at de under sykehus-tjenesten var blitt konstituert til LIS2/3 leger, og for over halvparten av disse legene gjaldt dette mer enn kun noen få vakter. Nesten like mange LIS1-leger svarte ja på om de hadde fylt rollen som fastlegevikar som LIS1-lege, og for cirka en tredjedel gjaldt dette i en måned eller mer av tjenesten i distrikt.

Dette danner bakteppe for ytterligere en risiko ved egenopprettede stillinger; det kan innebære en risiko for at man dekker opp for manglende arbeidskraft i øvre sjikt ved å ansette flere LIS1-leger. Dette skisseres også i kapittel fire i høringsnotatet, at store utgifter til vikarer, som i utgangspunktet er legestillinger med høyere kompetansenivå enn LIS1, skal kunne endres til egenoprettede LIS1stillinger.

Dersom egenoprettede stillinger til tross for disse motforestillingene innføres er det nødvendig med regler for hvor mange egenoprettede LIS1-stillinger som kan opprettes ved den enkelte avdeling/kommune. Begrensningen må være knyttet opp til øvrig bemanning og ressursituasjon slik at utdanningskvaliteten ikke svekkes. Eksempelvis maksimalt 10 % økning ved den enkelte avdeling og at LIS1 ikke ansettes som erstatning for ubesatte LIS2/3-stillinger. I tillegg må stillingene som opprettes videreføres som LIS1-stillinger en viss periode slik at det er forutsigbart. Et slikt tiltak vil trolig også kunne forhindre at økning av LIS1-stillinger blir brukt for å dekke opp for kortsiktige bemanningsutfordringer. Vi forutsetter også at egenoprettede stillinger lyses ut i portalen i tråd med forslaget til forskriftsendring i § 12 første ledd, tredje setning.

2.3.3.2 Rekkefølgekravet i utdanningens første del – unntak fra § 2 andre ledd

Høringsnotatet forutsetter at unntak fra rekkefølgekravet bare skal gjelde i særlige tilfeller i de egenoprettede LIS1-stillingene, og at det bør være en nokså høy terskel for å gjøre unntak fra rekkefølgekravet. Det må være forsvarlig at det gjøres unntak fra rekkefølgekravet og det forutsetter at legen har relevant erfaring av et visst omfang heter det i høringsnotatet.

Det er sterke faglige argumenter for å holde på rekkefølgekravet og Legeforeningen støtter ikke forslaget. Høringsnotatet viser innledningsvis til at hensynet bak rekkefølgekravet i LIS1-tjenesten er kvalitet og pasientsikkerhet. Dagens læringsmål og krav til supervisjon og veiledning av LIS1 i kommunen er basert på at LIS1 har oppnådd mange læringsmål på sykehuset før de starter i kommunehelsetjenesten. Legeforeningen mener at rekkefølgekravet for LIS1-tjenesten må bevares, fordi ferdighetene LIS1 tilegner seg på sykehuset er avgjørende for å kunne arbeide med en så stor grad av selvstendighet som kreves i primærhelsetjenesten. For å vurdere alvorlighetsgrad, kunne samhandle på en god måte, og vurdere på hvilket helsetjenestenivå pasienten skal få sin utredning og behandling, er det utvilsomt mest hensiktsmessig å ha gjennomført sykehustjeneste før kommunehelsetjeneste. Det er en potensiell trussel mot pasientsikkerheten å åpne for at leger starter sin medisinske karriere i kommunehelsetjenesten.

Legeforeningen mener at dersom rekkefølgekravet endres, vil det kreves betydelig økt kapasitet til supervisjon og veiledning i kommunene, og det vil bli nødvendig å revidere læringsmålene.

Legeforeningen mener at både dette forslaget, og forslaget om å kunne opprette egne stillinger (§11), er forslag som åpner for at skjønnsmessige vurderinger overlates til en part som har interesser utover kvaliteten i spesialistutdanningen. Det er derfor tvilsomt om dette er riktige tiltak for å oppnå det som bør være det overordnede målet som er å sikre en god start på legelivet gjennom en spesialistutdanning med høy faglig kvalitet. Det må være et mål at man ikke samtidig reduserer antall LIS2/3-stillinger i sykehus eller kommune til fordel for LIS1-stillinger.

I en situasjon hvor tilgangen på LIS1-stillinger er begrenset, og ønsket om å få gjennomført LIS1 for å komme videre i spesialistutdanningen er stort, er vi bekymret for at dette vil sette LIS1-søkere i en mer sårbar situasjon enn nødvendig. For noen vil det kunne være fristende å takke ja til tilpassede utdanningsløp for å komme videre, selv om legen opplever at rammene er utrygge. En slik situasjon vil være svært uheldig for både legen, utdanningsvirksomheten og pasientene. Den eneste gruppen vi mener unntak rekkefølgekravet er aktuelt for, er de legene som har gjennomført en tjeneste tilsvarende LIS1 i et annet land og dermed har helt andre forutsetninger for å kunne håndtere det selvstendige arbeidet i kommunen.

Selv om mange LIS1 har arbeidserfaring fra tidligere, er det usikkert om de har oppnådd nødvendige læringsmål og fått tilstrekkelig veiledning og supervisjon uten å ha vært i et spesialiseringsløp. I kommuner med dårlig rekruttering og få legeressurser risikerer man at LIS1 uten sykehuserfaring får en mangelfull utdanning, noe som kan gå utover pasientsikkerheten og kvaliteten på tjenesten.

Det hender at LIS1 av ulike årsaker ikke er egnet eller ikke har kompetansen som er nødvendig for å oppnå aktuelle læringsmål etter gjennomført tolv måneders sykehustjeneste, tross tett oppfølging og ulike tiltak av arbeidsgiver. I de tilfellene der helseforetaket ikke godkjenner enkelte eller flere av læringsmålene, må LIS1 søke reststilling hvis ikke utdanningsvirksomheten ønsker å ansette legen i en ny stilling for å kunne fullføre sykehustjenesten før tjeneste i kommunen. Dette er et viktig sikkerhetsnett før LIS1 starter i kommunen og kan påvirke pasientsikkerheten direkte i de tilfellene der LIS1 starter i kommunen før sykehustjenesten.

En annen utfordring vil også være at LIS1 i dag har en lengre og nødvendig introduksjonsperiode med opplæring og gjennomgang av relevante tema for oppnåelse av læringsmål før oppstart i sykehustjenesten, som må ivaretas dersom rekkefølgen endres.

Mange kommuner sliter med å skaffe individuell veileder for ALIS. Dette omtales i høringsnotatet og det er foreslått endring som svekker kompetansekravet til veileder i ASA-spesialitetene. Legeforeningen støtter ikke en endring som vil føre til behov for økt veilederkompetanse for LIS1 samtidig som at kravene til kompetanse til veileder for ALIS svekkes.

Det foreslås også å åpne opp for at LIS1 arbeider i kommunen og gjennomfører sykehustjenesten i kortere bolker fordelt over tid. Dette vil stykke opp utdanningen, hindre etablering av relasjoner på arbeidsplassen og medføre at legen mister viktig kontinuitet som er avgjørende for god supervisjon og veiledning, samt kunne føre til ytterligere forsinkelser i spesialistutdanningen. Legeforeningen stiller spørsmål ved hvordan dette i praksis skal gjennomføres, og for hvem utdanningsløpet skal være tilrettelagt; legens behov for god utdanning eller virksomhetens behov for bemanning? Vi minner om at den uttalte diskrepansen mellom søkere og antall LIS1-stillinger medfører at nyutdannede leger er i et veldig skjevt maktforhold overfor arbeidsgiver. Legeforeningen støtter ikke en slik innretning.

2.3.4 Roller og ansvar i spesialistutdanning for leger – etablering av nye spesialistgodkjenninger - § 3 andre ledd

Høringsnotatet foreslår «*at spesialistforskriften endres slik at departementet, og ikke Helsedirektoratet, fastsetter endringer i legespesialitetene.*» Omtalen av forslaget er knapp, og høringsnotatet beskriver ikke konsekvensene av forslaget.

Vi viser likevel til at Helsedirektoratet har mye kompetanse på spesialistutdanning og det er i dag et omfattende samarbeid mellom Helsedirektoratet, Legeforeningen og de Regionale utdanningsssentrene. Legeforeningens erfaring er at Helsedirektoratet er gode på å involvere fagmiljøene før beslutninger tas. Det kan ha utilsiktede og uheldige konsekvenser å innføre endringer som ikke involverer fagmiljøene som har kunnskap om hvordan spesialistutdanningen fungerer. Legeforeningen foreslår derfor at forslaget først bør drøftes i det etablerte samarbeidsforumet slik at de involvert gis mulighet til å vurdere og analysere konsekvensene av forslaget.

3.3 Forlenge unntak fra kompetansekrav

Bakgrunnen for forslaget er rekrutteringsutfordringer i kommunen og som departementet selv skriver har det over lenger tid vært behov for unntak fra kravene. De tidsbegrensede unntakene har derfor blitt forlenget flere ganger.

Legeforeningen støtter forslaget da vi ser at det fremdeles er behov for slike unntak, men vil understreke behovet for varige løsninger som raskt kan styrke rekrutteringen og stabilisering i den kommunale helsetjenesten. Vi påpeker at Legeforeningen mener krav om bakvakt ikke er nødvendig etter fullført LIS1, jf. regulering i akuttmedisinforskriften. Vi viser også til at pågår arbeid med å fastsette nye permanente kompetansekrav som oppfølging av ekspertutvalgets rapport, og at unntakene som foreslås forlenget i dette høringsnotatet skal erstattes av nye kompetansekrav. Vi har også noen kommentarer til de negative konsekvensene unntakene medfører.

På lengre sikt tror vi ikke at unntak fra kompetansekravene er et godt virkemiddel for å øke rekrutteringen til allmennmedisin. Det er jo nettopp trygge rammer for yrkesutøvelsen og gode og forutsigbare utdanningsløp som er viktig for særlig unge leger, og lengre unntak fra kravet om å være under spesialisering vil utsette og forsinke spesialistutdanning for leger i disse vikariatene. Ordningen vil kunne medføre at en større andel leger blir gående i vikarstillinger uten at de får starte i spesialistutdanningen. Det vil også ha økonomiske konsekvenser da det tar lenger tid å bli spesialist og lengre tid til legen kan heve tilleggskost. Mange leger som er i disse vikariatene, er LIS 1-ventere. Hovedutfordringer her er jo at det er for få LIS1-stillinger og det mest egnede/målrettede virkemidlet vil derfor være å øke antall LIS1-stillinger nasjonalt.

Vi vet at kommunene tidligere har ønsket å forlenge unntaket fra kompetansekravet da det er kostnader knyttet til tilrettelegging for leger som er under spesialisering – veiledning, utdanningsplan, oppfølging i henhold til spesialistforskriften. Utvidelse av unntaket eller en dispensasjonsordning vil derfor også kunne ha konsekvenser for rekruttering til kommuner som ikke tilbyr spesialistutdanning og dermed ha helt motsatt effekt av det som er ønsket. Vi tror leger heller ønsker å arbeide i en kommune som tilbyr tilrettelegging for en god spesialistutdanning.

Målet må være en stabil fastlegedekning og en nasjonal ALIS ordning med like vilkår og rammer i hele landet. Det er viktig at kommunen får et insitament til å tilrettelegge for spesialistutdanning ved at unntaket fra kravet til å være under spesialisering – og kommunens krav om å tilrettelegge for dette, ikke utvides mer enn nødvendig.

4 Økonomiske og administrative konsekvenser

Legeforeningen mener at omtale av forslagenes økonomiske og administrative konsekvenser er mangelfull. Forslaget om å endre rekkefølgekravet vil påføre arbeidsgivere i helseforetak og kommuner administrative oppgaver i forbindelse med vurderingen om legen har oppnådd tilstrekkelig kompetanse og utforming av tilpasset utdanningsplan. Det vil også være ressurskrevende å følge opp tilpassede utdanningsløp for LIS1 som skal ha flere kortere tjenesteperioder i hhv sykehus og kommunen. Å senke kravet om veileders kompetanse for ALIS kan ha kostnader på sikt som ikke vurderes. Som vist til over vil endring av rekkefølgekravet også innebære ekstra veilederressurser for å møte veilednings og supervisjonsbehovet for en lege uten erfaring og kompetanse fra sykehusdelen av LIS1.

Høringsnotatet inneholder heller ikke en vurdering av økonomiske eller administrative konsekvenser ved å omfordele ansvar mellom Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet.

Med hilsen
Den norske legeforening

Siri Skumlien
generalsekretær

Lars Duvaland
avdelingsdirektør/advokat

Dokumentet er godkjent elektronisk