

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Deres ref.:
Vår ref.: 16/20949-12
Saksbehandler: Anne Clarine Hygen
Dato: 12.10.2016

Høringsuttalelse - Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger (spesialistforskriften)

HelseDirektoratet viser til Helse- og omsorgsdepartementets høringsbrev og høringsnotat av 23. juni 2016 vedrørende forslag til ny forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften). HelseDirektoratet er tiltenkt flere roller i den nye spesialistutdanningen for leger, og vårt høringsinnspill vil forsøke å dekke alle disse rollene: alt fra vurderinger knyttet til hvordan forskriften ivaretar gode helsetjenester og kompetanseutvikling i tjenestene, vår egen rolle som myndighetsorgan og til mer spesifikke juridiske spørsmål knyttet til vår rolle som godkjenningsmyndighet.

Vi vil først knytte noen generelle kommentarer til høringsutkastet. Deretter vil vi besvare de spørsmål departementet ber om særskilt omtale av (spørsmål 1-6). Vi vil avslutningsvis gå gjennom utkastet til forskriftstekst og knytte noen kommentarer til de enkelte bestemmelsene som ikke er omhandlet tidligere i dokumentet. I den siste kategorien vil noen av våre kommentarer ha betydning direkte for utforming av forskriften og dens merknader. Andre kommentarer går mer på uklarheter som må tolkes og avklares i etterkant, men som vi finner det riktig å påpeke allerede nå.

Generelt:

HelseDirektoratet synes det er svært positivt at alt regelverket som gjelder spesialistgodkjenning, nå samles i én forskrift. Vi støtter forskriftens hovedinnretning og mener at ny spesialistutdanning, slik den reguleres i denne forskriften, vil føre til en betydelig forbedring i gjennomføringen av spesialistutdanningen for leger i Norge.

Bruk av begreper

HelseDirektoratet har enkelte merknader til departementets bruk av begreper. Dette gjelder i første rekke følgende:

- I utredningen av ny spesialistutdanning er begrepene del 1, del 2 og del 3 brukt som betegnelse for de ulike delene av spesialistutdanningen, dvs. utdanningsløpet, mens betegnelsen LIS 1, LIS 2 og LIS 3 er brukt for «leger i spesialisering» i ulike deler av utdanningen. Dette tydeliggjør et viktig skille mellom legen i utdanningsløpet og legen i spesialisering. Vi anbefaler at det konsekvent benyttes betegnelsene av LIS 1-3 og del 1-3 på henholdsvis leger i spesialisering og i utdanningsløpet.

HelseDirektoratet

Seksjon juss og kvalitet

Anne Clarine Hygen, tlf.: 24163519

Postboks 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo • Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo • Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01 • Org.nr.: 983 544 622 • postmottak@helsedir.no • www.helseDirektoratet.no

- Direktoratet ser at begrepet «realkompetanse» er benyttet i høringsnotatet. Realkompetanse er av VOX (nasjonalt fagorgan for kompetansepolitikk) definert som all formell, ikke-formell og uformell kompetanse den enkelte har. Realkompetanse er «summen av all kompetanse som en person har tilegnet seg gjennom utdanningssystemet, lønnet og ulønnet arbeid, organisasjonsmessig virksomhet og familie-/samfunnsliv». Helsedirektoratet foreslår at begrepet kompetanse benyttes i stedet.

Spesialistutdanningen – et nasjonalt ansvar

Helsedirektoratet mener at det bør komme tydeligere frem i forskriften, at spesialistutdanningen av leger skal skje innenfor et nasjonalt system, at det skal være en nasjonal og ikke regional utdanning. Forskriftens § 4, første ledd første punktum kan leses slik at det enkelte RHF kun skal dekke sine egne behov for spesialister. Så sant det er hjemmel for det, bør det forskriftsfestes at det er alle RHFene som gjennom formalisert samarbeide, har ansvaret for å organisere og gjennomføre utdanningen av sykehusspesialister i Norge. Det må stå eksplisitt at helseforetakene sammen har et felles ansvar for å sørge for at behovet for at spesialistutdanningen dekkes i Norge. Virksomhetene må samarbeide slik at LIS kan gjennomføre deler av utdanningen i andre foretak, dersom virksomheten der LIS er ansatt ikke har det som skal til for å gjøre LIS i stand til å oppnå bestemte læringsmål.

Sykehusenes ansvar for spesialiteten allmennmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin (ASA- spesialitetene)

På s. 24-25, pkt. 5.3.5 i høringsnotatet fremgår at helseforetakene skal ha «ansvar for sykehuspraksis for allmennlegespesialistene». Helsedirektoratet foreslår at dette ansvaret forskriftsfestes og ikke kun nevnes innledningsvis i høringsnotatet. Sykehuspraksis er nødvendig for LIS i allmennmedisin etter dagens regelverk og det vil også være nødvendig med læringsmål i sykehus i ny spesialistutdanning. En forankring av ansvaret for sykehuspraksis for LIS i allmennmedisin vil være helt avgjørende for å sikre gjennomføring av kravet om at alle nytilsatte leger i kurativt arbeid i kommunene per 1.1.2017 skal være spesialister eller under spesialistutdanning i allmennmedisin.

I tillegg til å ha ansvar for LIS i allmennmedisin mener Helsedirektoratet at helseforetakene også må ha ansvar for sykehuspraksis for LIS innen samfunnsmedisin og arbeidsmedisin. Dette for å sikre spesialistutdanningen også for disse spesialitetene.

Spørsmål departementet særlig ønsker at høringsinstansen vurderer:

Spørsmål 1) Læringsmålene skal forskriftsfestes

- *Helsedirektoratet er enig i forskriftsfesting av læringsmålene*

Læringsmålene angir hvilke kompetansekrav som skal oppfylles for å kunne oppnå spesialistgodkjenning. En forskriftsfesting vil gi kompetansekravene den nødvendige formelle forankring og legitimitet. Dette vil kunne bidra positivt til tydelighet og forutsigbarhet i utdanningsløpet. Helsedirektoratet mener videre at klare og tydelige læringsmål vil kunne sikre likebehandling og etterprøvnbarhet i vurderinger og beslutninger om oppnådde læringsmål. En forskriftsfesting av kompetansekravene vil være et svært godt redskap i så måte. En ulempe ved forskriftsfesting av kompetansekravene er at oppdatering av disse vil kunne føre til et mer omfattende arbeid og tungvinte prosedyrer enn dersom disse ikke var forskriftsfestet. Det vil

være størst behov for løpende oppdatering av delmålene og det kan derfor vurderes om bare hovedmålene bør forskriftsfestes, mens delmålene kan undergis enklere behandling. Helsedirektoratet støtter likevel en forskriftsfesting av læringsmål av de grunnene som her er nevnt.

Spørsmål 2) Krav til utdanningsvirksomheter

2.1. Godkjenning av utdanningsvirksomheter

- *Helsedirektoratet mener det er behov for klare kriterier for godkjenning av utdanningsvirksomheter og at kravet til en effektiv og god prosess ved godkjenning av disse må fremgå tydelig av forskriften. Som ledd i dette, foreslås at Helsedirektoratet «kan» innhente faglige råd fra Legeforeningen, og ikke «skal», slik det legges opp til i § 18 tredje ledd.*

Helsedirektoratet stiller seg positiv til at kravene til utdanningsvirksomhetene klargjøres og tydeliggjøres gjennom forskriften. Det er også bra at utdanningsvirksomhetene får et tydeligere ansvar når det gjelder å sørge for nødvendig kvalitet i utdanningen og at det åpnes for større fleksibilitet i utdanningene. Dette setter utdanningsvirksomhetene bedre i stand til å sørge for en effektiv og god utdanning innenfor sine rammer.

Helsedirektoratet ser imidlertid behov for at kravene til utdanningsvirksomhetene slik disse fremgår av forskriftsteksten, presiseres nærmere. Det er eksempelvis uklart hvordan utdanningsvirksomheten skal kunne dokumentere at aktivitetene mv sikrer «*tilstrekkelig kvalitet*» og hva som ligger i dette. Helsedirektoratet forstår imidlertid dette slik at direktoratet som myndighets- og fagorgan kan definere dette nærmere, i samråd med faglige innspill fra ulike aktører.

Forskriften må legge til rette for en mest mulig effektiv og god prosess ved vurdering av søknader om godkjenning av utdanningsvirksomheter. Helsedirektoratet bør kunne innhente faglige råd fra Legeforeningens spesialitetskomiteer, der direktoratet vurderer at det er behov for det. Det bør kunne settes en frist for avgivelse av faglige råd. Med dette som utgangspunkt foreslår vi å endre § 18 siste ledd «Direktoratet skal innhente...» til «Direktoratet kan innhente...» Helsedirektoratet mener at vi best vil kunne gjøre jobben dersom vi selvstendig og situasjonsbetinget kan vurdere behovet for innhenting av faglige råd. Dette vil også føre til en mindre byråkratisk og mer fleksibel prosess enn der det stilles krav til bestemte rutiner uavhengig av behov. Legeforeningens spesialitetskomiteer vil uten tvil være viktige samarbeidspartnere, men også andre aktører vil kunne gi verdifulle råd avhengig av problemstilling.

Helsedirektoratet har også enkelte andre merknader til bestemmelsene i §§ 18 og 19 og kommer tilbake til disse under merknader til de enkelte paragrafene.

2.2. Kvalitetssikring av utdanningsvirksomhetene

- *Helsedirektoratet mener det er behov for gode og effektive rutiner for kvalitetssikring av utdanningsvirksomhetene. Helsedirektoratet foreslår at «skal» i § 22 annet ledd endres til «kan».*

Departementet legger opp til en løpende kvalitetssikring av utdanningsvirksomhetene, jf § 22. Helsedirektoratet synes det er positivt at kravet til kvalitetssikring av utdanningsvirksomhetene hjemles i forskriften og at dette ansvaret legges til Helsedirektoratet, jf. blant annet høringsnotatet s. 62, pkt. 10.5 tredje avsnitt. Helsedirektoratet vil følge opp dette med oppretting av gode rutiner og kriterier som sikrer nødvendig effektivitet og kvalitet i kvalitetssikringsarbeidet.

Det er nødvendig med god rapportering, at pålegg om oppretting av avvik og eventuell tilbaketrekning av godkjenning, skjer raskt og innenfor en klart definert og tidsbegrenset periode. Endringer i virksomheten i forhold til innvilget godkjenning, må rapporteres fortløpende. Dette er avgjørende for at ordningen med godkjenning av virksomheter skal fungere etter sin hensikt.

Helsedirektoratet ser at det med dagens rapporterings- og oppfølgingsystem kan ta uforholdsmessig lang tid, ofte flere år mellom avdekking av utdanningsmessige mangler ved virksomhetene og tiden det tar å få disse rettet, eventuelt få endret en virksomhets godkjenningsstatus. Et absolutt krav om at Helsedirektoratet alltid må forelegge enhver sak for spesialitetskomiteene, vil kunne føre til en unødvendig byråkratisering, jf. våre kommentarer til utdanning av utdanningsvirksomheter ovenfor. Helsedirektoratet foreslår derfor at «skal» i § 22 annet ledd endres til «kan» og at det fremgår at Helsedirektoratet også vil kunne ha behov for å innhente råd fra andre aktører.

Helsedirektoratet savner en nærmere klargjøring av virkningene av en tilbaketrekning. F.eks. om slik at tilbaketrekning kan begrenses til enkelte kompetansekrav innenfor den enkelte spesialitet, for del 2 eller 3, eventuelt om det gjelder hele spesialiteten. Dette bør kunne komme tydeligere frem i forskriftsteksten.

Spørsmål 3) Vurdering av oppnådde læringsmål og muligheten til å få en ny vurdering

- *Helsedirektoratet mener det bør gis hjemmel for å pålegge en bestemt virksomhet å ta i mot legen for en ny vurdering, eventuelt at de regionale utdanningssettene (RegUtene) får et større ansvar i å sørge for dette.*

Forslaget i § 21 annet ledd om at «*legen kan kreve at Helsedirektoratet skal sørger for en ny vurdering fra en annen virksomhet*», kan føre til unødvendige forsinkelser for fastsettelse av slik ny vurdering. Dette kan motvirkes ved at Helsedirektoratet gis hjemmel til å pålegge en bestemt virksomhet å ta imot legen for ny vurdering. Det bør også vurderes om det i den forbindelse skal fastsettes en nærmere tidsfrist.

Alternativt foreslår Helsedirektoratet at ansvaret for å finne en virksomhet der LIS kan få prøvd sine ferdigheter på nytt, legges til de regionale utdanningssettene (RegUT). Dersom LIS ikke oppnår godkjenning av de aktuelle læringsmålene i den nye virksomheten, vil arbeidsgiver som er ansvarlig for den individuelle planen til LIS, måtte vurdere et tilleggsløp sammen med LIS, f.eks. ved revisjon av den individuelle planen der det legges inn mer trening etc., eller ved å veilede LIS ut av spesialiseringsløpet og over i noe annet. En slik håndtering vil komme til erstatning for et halvt års «karantene» (som foreslått i § 21 annet ledd) og som antas å være vanskelig å håndtere i praksis, også i forhold til videre progresjon og planlegging av ny stilling. I ny spesialistutdanning vil det være oppnåelse av læringsmål som vil være avgjørende, ikke tiden.

Helsedirektoratet forutsetter av det vil være full åpenhet og transparens i vurderingene som gjøres underveis av LIS i forhold til måloppnåelse.

Det må uansett være en forutsetning at den manglende godkjenningen av oppnådde læringsmål, ikke har sin årsak i forhold LIS ikke kan forventes å kunne påvirke, som for eksempel mangelfull organisering ved institusjonen. Dette bør fremgå av merknadene.

- *Helsedirektoratet er bekymret for om rettssikkerheten til LIS ivaretas på god nok måte.* Helsedirektoratet antar at kun få av vedtakene som blir fattet i Helsedirektoratet, i fremtiden vil bli påklaget til Helsepersonellnemnda. Dette fordi klagemuligheten på det medisinskfaglige skjønnet jo i realiteten vil være uttømt før saken kommer til Helsedirektoratet. Det kan derfor se ut som om Helsepersonellnemndas mulighet for å klagebehandle Helsedirektoratets vedtak etter hpl. § 68 annet ledd, begrenses til kun å omfatte eventuell klage på saksbehandlingen. Helsedirektoratet mener at dette forhold burde være belyst i høringsnotatet, herunder hvilken betydning dette eventuelt vil kunne få for ivaretagelse av rettssikkerheten til LIS.

Spørsmål 4) Spesialistutdanning i andre land skal kunne godkjennes eller være tellende inn mot den norske utdanningen.

- *Helsedirektoratet mener det er positivt at de som har kompetanse opparbeidet i andre land får uttelling for dette. Helsedirektoratet mener imidlertid at en praksisbasert vurdering av måloppnåelse vil gi en langt bedre mulighet for å vurdere legens kompetanse enn en dokumentbasert jevngodhetsvurdering, slik forskriften legger opp til.*

Helsedirektoratet mener at det bør komme tydelig fram at del 1 er en integrert del av spesialistutdanningen og at del 2 og 3 bygger på del 1. Det bør derfor i utgangspunktet ikke være mulig å søke fritak fra del 1.

4.1. Deler av utdanningen gjennomført i andre land

I den nye strukturen er det lagt opp til at del 1 er en integrert del av spesialistutdanningen og del 2 og 3 bygger på læringsmål oppnådd i del 1. Helsedirektoratet synes derfor at det er uheldig å åpne for unntak fra del 1, slik forskriften § 26 legger opp til.

Helsedirektoratet mener videre at kriteriene som skal vektlegges ved søknad etter § 26, fremstår som vage og usikre. Helsedirektoratet mener at det ikke vil være mulig å foreta en faglig forsvarlig vurdering av om de norske kompetansekravene er oppfylte utelukkende ut i fra en dokumentbasert jevngodhetsvurdering av kompetanse opparbeidet i andre land, jf også våre merknader i pkt. 4.2, første avsnitt nedenfor. En praksisbasert vurdering i forhold til fastsatte kompetansekrav, vil etter Helsedirektoratets oppfatning, være den eneste pålitelige måten å vurdere legens kompetanse på.

En dokumentbasert jevngodhetsvurdering avviker dessuten grunnleggende fra gjennomføring av den kompetansevurderingen som det ellers legges opp til i forskriften. Det er uheldig at det etableres to ulike systemer for godkjenning. Dette vil kunne føre til forskjellige utfall av kompetansevurderingen med de uheldige konsekvensene dette vil kunne medføre. Det er blant annet en fare for at det vil kunne føre til et utilsiktet skille mellom norskutdannete og utenlandsutdannete spesialister i miljøene.

Av høringsutkastet s. 128 fremgår at ordningen med å kunne søke fritak fra del 1, er en videreføring av turnusforskriften § 20 åttende ledd. Helsedirektoratet mener at del 1 ikke uten videre kan sammenlignes med dagens turnustjeneste og tidligere fritaksmulighet etter § 20 åttende ledd. Dette fordi del 1 tjenesten skiller seg fra dagens turnustjeneste på viktige punkt. Helsedirektoratet tenker særlig på det forhold at del 1 er en integrert del av spesialistgodkjenningen. Selve innholdet i del 1 i skiller seg også fra innholdet i dagens turnustjeneste. De fleste som søker om unntak fra del 1, antas å ha mangler i forhold til allmenntjeneste og felles kompetansemønstre (FKM). Dette er viktige kompetanser som LIS vil trenge ved oppstart av del 2, eventuelt del 3.

Det fremgår videre av § 26, siste punktum at læringsmål i del 2 og 3, kan bekreftes oppnådd av utdanningsvirksomheten i Norge. Det vil være en fordel om det framkommer tydelig hvem som har ansvar for å initiere disse vurderinger.

Helsedirektoratet savner en nærmere redegjørelse for sammenhengen mellom §§ 16 og 25. Det bør fremgå tydelig hvor mye tjenestetid fra utlandet LIS kan påregne å få godskrevet, ikke minst av hensyn til LIS sitt behov for forutberegnelighet i utdanningen. Av § 16 annet ledd fremgår det at arbeidsgiver *ikke* skal påse at f.eks. del 1 er gjennomført for leger som har gjennomført over halvparten av en spesialistutdanning i utlandet og som bare har en mindre del av læringsmålene i LIS 1 som ikke er oppnådd. Det er uklart hvordan dette skal forstås, særlig i sammenheng med bestemmelsen i § 25 siste ledd der det fastslås at praktisk tjeneste og andre læringsaktiviteter som er gjennomført i utlandet (jf § 26) kan være tellende med til sammen inntil tre år og tre måneder.

4.2 Leger som har fullført spesialistutdanning fra land utenfor EØS og Sveits

Jevngodhetsvurderingen etter Generelle bestemmelser § 1 b foretas i dag ut i fra en vurdering av den skriftlige dokumentasjonen på den utenlandske utdanningen som følger som vedlegg til søknaden om spesialistgodkjenning. De opplysninger som fremkommer av denne dokumentasjonen, sammenlignes med de fastsatte krav i regelverket for den enkelte spesialitet (slik som spesifikke krav til lengde og innhold av tjeneste, krav til teoretisk utdanning og krav til utføring av angitte praktiske ferdigheter etc).

Slike spesifikke krav til utdanningens innhold vil imidlertid ikke gjenfinnes i den nye spesialistutdanningen, da disse er erstattet av vurdering av oppnådd kompetanse. Kompetansekravene vil ikke være utformet med tanke på gjennomføring av en slik dokumentbasert vurdering, og vil derfor heller ikke være egnet for dette. En dokumentbasert jevngodhetsvurdering i forhold til gjeldende kompetansekrav vil etter Helsedirektoratets oppfatning, ikke kunne gi tilstrekkelige kriterier for en kvalitativt god kompetansevurdering.

Vi foreslår i stedet at vurdering av tjeneste ervervet i utlandet vurderes i praksisbasert klinisk arbeid.

Helsedirektoratet antar at den jevngodhetsvurdering som forskriften legger opp til at Helsedirektoratet skal foreta i disse sakene, vil kunne påklages til Helsepersonellnemnda etter hpl. § 68 annet ledd. Helsepersonellnemndas mulighet til å overprøve Helsedirektoratets faglige skjønn på basis av en dokumentbasert jevngodhetsvurdering i forhold til en vurdering av oppnådde kompetansekrav, synes imidlertid uklar. I en del tilfeller vil Helsedirektoratet måtte

avslå søknaden, fordi det ikke er mulig å skaffe tilstrekkelig informasjon i saken. Helsedirektoratet antar at også slike vedtak vil kunne påklages til Helsepersonellnemnda.

Leger med utdanning fra land utenfor EØS, må etter dagens ordning ha norsk autorisasjon og ha gjennomført norsk turnustjeneste for å kunne tiltre en LIS stilling. Det følger av gjeldende spesialistgodkjenningsforskrift § 9 første ledd. Det er etter dagens regelverk ikke åpnet for unntak fra dette. Forskriften legger imidlertid opp til en oppmykning av autorisasjonsvilkåret, da også leger som arbeider på lisens skal kunne tiltre en LIS stilling (jf forskriftsutkastet § 7). Helsedirektoratet ser noen uheldige sider ved dette, særlig i forhold til leger fra utlandet som har fått lisens for å gjennomføre kvalifiseringstiltak i forbindelse med søknad om autorisasjon. Helsedirektoratet mener det er uheldig at disse samtidig skal kunne kvalifisere seg til en spesialitet i Norge, der også spesialistutdanningen fra utlandet anses mangelfull. Dette særlig sett i lys av at forskriften § 27 tredje ledd som jo ikke legger opp til at leger med utdanning fra land utenfor EØS må gjennomføre en praksisbasert vurdering av måloppnåelse ved søknad om spesialistgodkjenning. Ved en praksisbasert vurdering av vil kompetanse ervervet under lisensperioden likevel ikke være forgjeves.

Spørsmål 5) Overgangsordning for leger som har påbegynt spesialiseringen og som er ansatt i en utdanningsstilling (jf forslaget til forskrift § 31 annet ledd).

- *Helsedirektoratet støtter rammene for overgangsordningen med mulighet for vurdering av tidligere oppnådde læringsmål per 1. mars 2019. Helsedirektoratet støtter også at det legges opp til en så kort overgangsperiode som mulig.*

Forskriften tar utgangspunkt i at alle LIS er i faste stillinger ved ikrafttredelse av del 2 og 3 per 1. mars 2019. Helsedirektoratet mener det er viktig også å ivareta leger som har vært, men som ikke lenger er, ansatt i en utdanningsstilling per 1. mars 2019. Disse bør ivaretas av overgangsordningen med en frist bakover i tid.

I § 31 c) gis det unntak fra kravet om LIS 1 for leger med grunnleggende legeutdanning fra EØS-land som per 1. mars 2019 er ansatt i utdanningsstilling. Siden iverksettelsestidspunktet for del 2 og 3 først er per 1. mars 2019 vil det slik Helsedirektoratet tolker § 31 c), fortsatt være mulig for leger med grunnleggende legeutdanning fra EØS-land å starte i LIS stilling frem til iverksettelse av del 2 og 3 per 1. mars 2019. Helsedirektoratet mener at leger med grunnleggende legeutdanning fra EØS-land som andre leger må starte i LIS 1 fra 1.9.2017 og at overgangsordningen må tilpasses dette kravet.

Spørsmål 6) overgangsordning i tilknytning til at turnusordningen skal avvikles (forkriften § 30 andre ledd)

- *Helsedirektoratet mener at overgangsordningen også må ivareta leger som får tilbud om reststilling i perioden 1.mars 2017 og 1. september 2017.*

Helsedirektoratet mener det er viktig at også leger som ansettes i en kortere reststilling enn 6 måneder i perioden mellom 1.mars og høsten 2017 får denne meritterende og kan fortsette i reststilling for del 1.

Ordlyden i § 30 andre ledd synes ikke å ivareta leger som mellom 1.mars 2017 og ved oppstart av del 1 høsten 2017 får tilbud om reststilling for turnus. Det vil være leger som gjennomfører

kortere enn 6 måneder reststilling i sykehus. Disse vil med den foreslåtte ordlyd, ikke få mulighet til å få reststillingen for turnus tellende. § 30 ivaretar kun de som har fått tilbud om eller som har gjennomført deler av turnus per 1.mars 2017. Dersom det er intensjonen at reststilling for turnus som tilbys etter 1.mars 2017 og gjennomføres før oppstart av del 1 høsten 2017 ikke skal være tellende, må dette komme tydelig frem.

Helsedirektoratet vurderer videre at det er unødvendig å sette en tidsbegrensning i tredje ledd, første punktum: «*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 frem til 1. mars 2019 ansettes i reststillinger for LIS 1*». Leger som per 1.mars 2017 ikke er ansatt eller ikke har fått tilbud om ansettelse i en turnusstilling begrenses med forskriftens formulering i å ansettes i reststilling for del 1 med siste mulighet 1.mars 2019. Helsedirektoratet mener disse legene bør ha samme mulighet for å gjennomføre i reststilling for del 1 uten tidsbegrensning. En tidsbegrensning vil føre til at disse må tiltre en ordinær del 1 stilling for at få del 1 godkjent og vil legge beslag på et allerede begrenset antall stillinger i del 1.

Innspill til de enkelte paragrafene:

Kap 2 Roller og ansvar

§3 Helsedirektoratet og § 5 Legeforeningen:

I § 3 første ledd fastslås at direktoratet har «*ansvar for å følge med på helheten og kvaliteten i spesialistgodkjenningen*».

Med den nye oppgavefordelingen vil Helsedirektoratets følge-med-ansvar, ha en viktig kvalitetssikringsfunksjon. Direktoratet mener det er positivt og særdeles viktig at dette ansvaret forskriftsfestes slik det står i forslaget. Helsedirektoratet forutsetter at dette innebærer at det er direktoratet som definerer hva som er forsvarlig og hva som skal ligge i «tilstrekkelig kvalitet» i utdanningen.

I kommentaren til § 3 andre avsnitt, fremgår at «*Helsedirektoratet skal be om faglige råd fra Legeforeningens spesialitetskomiteer*» når direktoratet skal fastsette læringsmål, gi anbefaling om læringsaktiviteter og gi vurdering av utdanningsvirksomheter. Vi viser her til våre kommentarer til spørsmål 2, pkt. 2.1. ovenfor.

Helsedirektoratet foreslår i tillegg at følgende forskriftsfestes i § 3: «*Helsedirektoratet har ansvaret for å beslutte læringsaktiviteter i LIS 1 i den kommunale helse- og omsorgssektoren*», jf kommentarene i tilknytning til § 15 nedenfor.

Under § 5 med overskrift «Legeforeningen» beskrives primært Helsedirektoratets rolle. Og de samme merknadene til § 3 som gjelder «Helsedirektoratet» og som gjengitt ovenfor, gjentas i kommentarene til § 5.

Helsedirektoratet foreslår at det i merknaden til § 5 gjøres oppmerksom på at kompetansen i den felles kompetanse modulen (FKM) må hentes fra bredt spekter av kompetansemiljøer, der Legeforeningens spesialitetskomiteer vil være en av flere.

Kommentarene til § 5 på s. 114 i høringsnotatet, ser i det alt vesentlige ut til å være knyttet opp mot bestemmelsen i bokstav a) om fastsetting og endring av læringsmål. Det bør i tillegg fremgå av kommentarene at ved godkjenning av utdanningsvirksomheter som nevnt under pkt. b), må vurderingen av om virksomheten kan sikre tilstrekkelig kvalitet og gjennomstrømming i utdanningsløpet, være vurdert og basert på faglig bedømming. I denne sammenheng kan det også være hensiktsmessig å presisere at vedtak om endrete læringsmål etter bokstav a) er å anse som forskrift og skal ut på forutgående høringsrunde. Det antas å kunne gjøres unntak fra dette ved mindre vesentlige endringer.

Av § 3 annet ledd fremgår at det er Helsedirektoratet som tillegges myndighet til å fastsette endringer i forskriftens vedlegg I og II for de enkelte spesialitetene. Den myndighet som Helsedirektoratet er tillagt, bør i denne sammenheng angis med «skal» og ikke «kan». Se for øvrig merknadene til § 15 nedenfor.

Kap. 3 Stillinger for leger i spesialisering

§§ 6 og 7 Ansettelse i stilling og generelle vilkår for tiltredelse

Bestemmelsen i § 6 oppfattes slik at dersom legen arbeider deltid vil legen likevel kunne oppnå læringsmålene uten å måtte forlenge tjenestetiden tilsvarende. Det fremstår som uklart hvordan dette forholder seg til den fastsatte minstetid i utdanningsløpet, jf forskriften § 25, første ledd.

Helsedirektoratet mener at bestemmelsen i § 6 siste ledd bør fjernes her. Dersom departementet mener at bestemmelsen bør opprettholdes, bør det ses nærmere på om den kan plasseres bedre et annet sted, f. eks i kap 2 eller i tilknytning til § 21.

I § 7, jf høringsnotatet pkt. 12.3.3. åpnes for et unntak fra autorisasjonskravet i utdanningsløpet, idet også lege på lisens skal kunne tilsettes i utdanningsstilling.

En del av de legene som innvilges lisens i Norge, får såkalt «turnuslisens». Tilsvarende kan det tenkes at det etter den nye ordningen vil kunne bli gitt lisens til å praktisere i del 1. Dette antas i første rekke å gjelde leger med grunnutdanning som lege fra EØS. Helsedirektoratet mener at lisens for spesialistutdanning i den nye ordningen, kun skal kunne gis for del 1 og kun frem til 1.1.2019. Dagens overgangsordning for leger utdannet i EØS-land som gjennomfører praktisk tjeneste i Norge bør kunne fortsette til det ikke gis lisens for turnus/del 1 etter 1.januar 2019.

En annen gruppe leger som per i dag arbeider på lisens i Norge, er de som gjennomgår et kvalifiseringsløp for å kunne oppnå autorisasjon. Denne gruppen består i praksis av leger med utdanning fra land utenfor EU/EØS. Slik lisens innvilges vanligvis for inntil 2 år, også ved behov for kompletterende utdanning på 3-6 måneder. I § 27, tredje ledd er det lagt opp til at Helsedirektoratet skal foreta en dokumentbasert jevngodhetsvurdering (tilsvarende dagens ordning) av denne gruppen ved senere søknad om spesialistgodkjenning, og ikke en vurdering basert på faktisk måloppnåelse, så vel teoretisk som praktisk. Helsedirektoratet mener at dersom § 27 tredje ledd opprettholdes slik som foreslått, vil krav om autorisasjon for denne gruppen, være viktig. Dette vil imidlertid kunne stille seg annerledes dersom departementet legger til rette for at også denne gruppen vil kunne vurderes i forhold til praksisbasert måloppnåelse, jf våre merknader ovenfor under spm. 4.

Helsedirektoratet er for øvrig tilfreds med at ordningen med unntak fra autorisasjonskravet på grunnlag av *varig* fagområdelisens, ikke videreføres (jf dagens spesialistgodkjenningsforskrift §§ 7 og 2). Fordi det fortsatt er behov for raskt å kunne rekruttere kompetent personell, foreslås det imidlertid at det fortsatt skal kunne gis lisens etter hpl § 49 for denne gruppen, men lisensen skal være tidsbegrenset. Jf høringsnotatet pkt. 12.5.4, s. 77. Her fremgår det også at det er forutsatt at disse legene raskt skal søke om autorisasjon. For å få innvilget en tidsbegrenset lisens av denne typen, vil legen måtte dokumentere særskilt kompetanse innenfor et avgrenset område av en spesialitet, jf høringsutkastet s. 77. Vi legger til grunn at slik spisskompetanse som hovedregel vil innehas av leger med godkjent spesialitet i utlandet og det forutsettes derfor at de som har slik spisskompetanse også har en spesialistgodkjenning fra utlandet innenfor området. Vi legger for øvrig til grunn at flere av de vilkår som i dag gjelder for å kunne oppnå fagområdelisens, vil være relevant å videreføre for denne gruppen leger.

Tjeneste gjennomført på en tidsbegrenset lisens innen et avgrenset område, bør etter Helsedirektoratets oppfatning, som hovedregel ikke kunne være tellende til spesialistutdanning. Dette blant annet fordi disse legene etter departementets forslag, vil kunne unntas fra del 1 og de skal ved søknad om spesialistgodkjenning vurderes etter en dokumentbasert jevngodhetsvurdering, jf § 27 tredje ledd og altså ikke på grunnlag av en vurdering av oppnådde læringsmål. Se også våre merknader under spm 4. Hensynet til pasientsikkerheten tilsier etter direktoratets oppfatning, at disse legene i alle fall må ha oppnådd norsk autorisasjon før de kan få tjeneste i Norge vurdert som tellende til norsk spesialistgodkjenning. Helsedirektoratet ser ikke grunn til at det bør lempes på kravene til utdanning av leger fra land utenfor EØS, i forhold til dagens krav (jf gjeldende spesialistgodkjenningsforskrift § 9, 1. ledd).

§ 8 Tilleggsvilkår for tiltredelse i LIS 1

Helsedirektoratet foreslår at teksten i § 8 endres

«Arbeidsgiveren skal påse at

- a) legen ikke allerede har oppnådd alle læringsmålene i LIS 1. Dette skal kontrolleres før tiltredelse*
- b) det i stillingsportalen ikke er registrert at legen allerede har akseptert et tilbud om en LIS 1-stilling som har vært lyst ut tidligere i samme halvår, jf § 10 tredje ledd. Dette skal kontrolleres ved ansettelse.*

§ 8b) medfører karantene for ansettelse i del 1 stilling som har vært utlyst samme halvår og må følgelig kontrolleres ved ansettelsen, og ikke før tiltredelse som vil være inntil ca. 6 md senere.

Dersom aksept av tilbud først skal kontrolleres før tiltredelse og ikke før ansettelse mister karantenen sin betydning. Karantenen skal forhindre leger i å takke ja til tilbud fra annen arbeidsgiver i samme utlysingsrunde og skal bidra til at legene forplikter seg til å gjennomføre del 1 i den aksepterte stillingen. Helsedirektoratet kan ikke se at forskriften godt nok ivaretar dette hensynet og vi frykter at dette vil kunne føre til problemer, særlig for utkantkommunene der tjenesten ikke starter opp før mer enn ett år etter aksept av LIS 1 stillingen.

Det vises ellers til det departementet korrekt skriver i kommentarene til § 8, tredje setning, nemlig at *«Arbeidsgiver ikke kan ansette en lege som har akseptert en annen stilling i LIS 1 som har vært lyst ut tidligere samme halvår»*.

Helsedirektoratet mener det må fremgå tydelig at aksept av stilling må kontrolleres ved ansettelse, blant annet for å kunne sikre ryddige ansettelsesprosesser.

Et alternativ som vil sikre at akseptert stilling i høyest mulig grad beholdes og samtidig ivareta forbudet mot diskriminering, vil være å presisere at § 8 b) gjelder tilsettelse i ordinær del 1 stilling.

Ellers vil dette kunne forstås som alle del 1 stillinger og ansettelse i en slik vil kunne tolkes å være til hinder for å gjennomføre del 1 i reststillinger på mindre enn 6 måneder.

Det fremgår av § 10 at merking gjelder ordinære utlysninger. Sammenhengen mellom merking og ansettelse i ordinær del 1 stilling i henhold til §§ 8 og 10 mener Helsedirektoratet kan være vanskelig tilgjengelig for både LIS og arbeidsgivere å lese ut av forskriftsteksten, og av den grunn mener Helsedirektoratet at det er nødvendig å presisere i § 8b) at det gjelder ordinære del 1 stillinger.

§10 Utlysning av stillinger i del 1:

se kommentarer til § 8

§ 12 Ny stilling i LIS 1 på grunn av fravær:

Helsedirektoratet støtter videreføring av forskriftsfesting av LIS rett til gjeninntreden i stilling ved sykdom eller foreldreperiode.

Helsedirektoratet ser at bruken av begrepet *ny stilling* blir feil i denne paragrafen (se overskriften og annet ledd) siden det ikke gjelder en ny stilling, men en tilbakevending til stilling eller rett til å fullføre del 1. I merknaden er det også angitt i tredje punktum, at «Dersom ansettelsen forlenges...».

Helsedirektoratet mener også det er behov for å presisere, at alle muligheter for tidlig gjeninntreden bør forsøkes i de tilfellene hvor en LIS 1 allerede er tilsatt i del 1 stillingen for neste periode når permisjonen innvilges.

Helsedirektoratet mener det er nødvendig å presisere i merknadene til forskriften at: « *Det kan oppstå tilfeller hvor en turnuslege allerede er tilsatt i turnusstillingen for neste periode når permisjonen innvilges. I disse tilfellene vil den turnuslegen som går ut i permisjon normalt måtte vente på at stillingen blir ledig. Det bør tilstrebes at alle muligheter for tidlig gjeninntreden forsøkes, herunder vurdering av opprettelse av en ekstra plass for gjennomføringen. Dette krever en god dialog mellom arbeidsgivere og arbeidstaker. Helseforetakene og større kommuner vil normalt ha større spillerom enn små kommuner*», alternativt: «*at det i de tilfellene hvor en LIS 1 allerede er tilsatt i del 1 stillingen for neste periode når permisjonen innvilges bør tilstrebes at alle muligheter for tidlig gjeninntreden forsøkes, herunder vurdering av opprettelse av en ekstra plass for gjennomføringen*».

Dette forholdet er nærmere belyst i sak i ak 14/2014 der Likestillings- og diskrimineringsombudet (LDO), vurderte at Oslo kommunes praksis ved gjeninntreden av turnusleger til turnusstillinger etter foreldrepermisjon-var i strid med likestillingsloven § 5 siden Oslo kommune ikke gjorde forsøk på tidlig gjeninntreden.

§ 13 Ny stilling i LIS 1 i særlige tilfeller:

Det fremgår ikke hvorfor det kan opprettes en ny stilling. Direktoratet antar at dette er ment å gjelde for leger som har hatt for mye fravær og som ikke har oppnådd fastsatt læringsmål. Dette bør i så fall komme tydeligere fram.

Helsedirektoratet foreslår at bestemmelsens ordlyd endres til:

«Legen kan også ansettes i en ny del 1-stilling i særlige tilfeller dersom læringsmålene vurderes ikke å være oppnådd eller grunnet fravær som ikke er lovfestet eller tariffestet. Dette skal ikke føre til bortfall av en stilling som ellers ville vært tilgjengelig for nye søkere. Den nye stillingen skal ikke utlyses.»

§14 Tilskudd til kommunene.

Det bør komme frem at stillingen må være utlyst frem til oppstart i del 1 for å kunne utløse tilskudd.

Helsedirektoratet stiller for øvrig spørsmål ved om ikke denne bestemmelsen mest hensiktsmessig kan plasseres i annet regelverk.

§ 15 Ansvar for utdanningen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten i LIS 1

Vi støtter forskriftsfesting av det ansvaret kommunene har for utdanningens del 1. Imidlertid mener vi at forslaget trenger noen presiseringer.

For sykehustjenesten er det RHF-ene som skal bestemme læringsaktivitetene, men for kommunetjenesten er ansvaret ikke tydelig plassert. Noen av de aktuelle aktivitetene avholdes i dag av fylkesmennene på oppdrag og med midler fra Helsedirektoratet (folkehelsekurset, akuttkurset og gruppeveiledning). Det kan imidlertid også innføres læringsaktiviteter i form av strukturerte øvelser på fastlegekontoret. Jf. forslag til tillegg under kommentarene til § 3 ovenfor.

Vi foreslår at det i forskriften står at Helsedirektoratet bestemmer aktiviteter også i fremtiden, og i merknadene bør det stå at Helsedirektoratet skal samarbeide med kommunene, de regionale utdanningssentrene (RegUT) og fylkesmannsembetene om dette. Det må være arbeidsgiver som er ansvarlig for gjennomføring av aktivitetene i kommunene.

Videre bør det forskriftsfestes eller kommenteres i merknader til § 15 b) at det skal gjelde en minimumstid for veiledning og stilles krav til kompetanse i kommunene, slik som for sykehusdelen.

§ 16 Tilleggsvilkår for tiltredelse i LIS 2 og LIS 3

Unntaket i § 16 legger opp til at utdanningsvirksomheten skal vurdere om vilkårene for å gjøre unntak for de som har gjennomført mer enn halvparten av tilsvarende del 1 i utlandet, jf kommentarene til bestemmelsen s. 118. Det angis imidlertid ikke om det i disse tilfellene er utdanningsvirksomheten eller Helsedirektoratet som skal vurdere hvor mye av del 1 som ikke er oppnådd. Dette må fremkomme helt tydelig. Helsedirektoratet vil imidlertid understreke at vi ikke finner det unaturlig at det er utdanningsvirksomhetene og ikke Helsedirektoratet som skal vurdere også dette, jf våre kommentarer ovenfor til spørsmål 4.

Helsedirektoratet synes det er uklart hva som menes med halvparten av utdanningen. Er det her snakk om halvparten av tiden, halvparten av læringsmålene eller en kombinasjon av begge? Dette må fremgå tydelig for at det skal kunne gjøres en konsekvent vurdering i ulike tilfeller.

Vurderingen må være etterprøvbart og konsistent. Helsedirektoratet mener dette må knyttes både mot læringsmål og minstetid.

Helsedirektoratet etterlyser også en presisering av hva som menes med «*en spesialistutdanning i utlandet*». Er dette ment å gjelde hvilken som helst spesialistutdanning, eller er dette ment å gjelde leger som har begynt en spesifikk spesialistutdanning og fortsetter den samme spesialistutdanningen i Norge? Helsedirektoratet mener at dette må være innen spesialitet som tilsvarende en norsk spesialitet og at dette må fremgå tydelig i forskriften.

Kap. 4 Utdanningsvirksomheter for leger

§18: Godkjenning av utdanningsvirksomheter:

Det vises til merknader under spørsmål 2 ovenfor. Helsedirektoratet vil i tillegg bemerke:

§18 tredje ledd:

Helsedirektoratet foreslår endring av ordlyden til:

Godkjenningen skal baseres på en samlet/helhetlig bedømming av om utdanningsvirksomheten oppfyller kravene i § 19, § 20 og § 21.

Dette fordi det er viktig at det skal gjøres en samlet eller helhetlig bedømming og at dette også, men ikke utelukkende, er basert på en faglig vurdering.

§19 Utdanningsvirksomhetenes ansvar for utdanningen:

Det vises til merknadene under spørsmål 2 ovenfor. Helsedirektoratet har i tillegg følgende kommentarer:

§ 19 a:

Helsedirektoratet vil i denne sammenheng presisere at i tillegg til klinisk og akademisk kompetanse, må personellet som skal drive utdanningen også ha pedagogisk kompetanse.

Begrunnelsen for dette er at ny spesialistutdanning vektlegger utdanningens pedagogiske innretning i langt høyere grad enn tidligere. I høringsdokumentets innledning står det blant annet «.....ruste opp veiledning, supervisjon og vurdering i praksisfeltet og utvikle læringsaktiviteter», se pkt 5.1.1 Hovedtilnærming. Helsedirektoratet mener at det må vektlegges at ny utdanning må gjennomføres med tilførsel av pedagogisk kompetanse. Denne kan legges på regionalt nivå, foretaksnivå, eller klinikknivå, avhengig av virksomhetens størrelse. Behovet for av pedagogisk kompetanse i gjennomføringen av spesialistutdanningen for leger er spesielt stort fordi dette er en virksomhetsintern utdanning. Dette til forskjell fra andre spesialistutdanninger som er forankret ved universitetene og dermed har pedagogisk kompetanse tilgjengelig eller integrert i utdanningen.

For øvrig foreslår vi følgende endring i

§ 19 c

pkt. iii: «*..hvilke læringsmål som kan oppnås ved andre virksomheter gjennom avtaler*»

pkt vi: hvordan teoretisk undervisning og forskning inngår som del av spesialistutdanningen (siste del av setningen utgår)

Nytt pkt viii: Direktoratet mener at det må kreves at en omtale av hvordan veiledningen skal tilrettelegges også må inn i planen, for eksempel som et pkt viii under bokstav c.

§20 Utdanningsvirksomhetenes ansvar for utdanningsløpet til den enkelte lege

Utdanningsplaner er helt sentrale for å legge til rette for gode utdanningsløp og for å ansvarliggjøre arbeidsgiver og LIS. Disse innfrir også i stor grad LIS sitt behov for forutsigbarhet i utdanningen.

Det er viktig at alle endringer/avvik fra de opprinnelige utdanningsplanene dokumenteres og begrunnes. Det forutsettes at det må fremgå av disse hvordan det legges til rette for at LIS i den endrete planen, skal oppnå aktuelle læringsmål. Dokumentasjon av dette vil skje gjennom e-verktøyet som er under utvikling.

Direktoratet mener at krav til veiledning omtalt i § 20 ikke er tilstrekkelig. God og hyppig veiledning vil være en kritisk faktor både for å få til styrket vurdering av LIS og læring i felles kompetansemoduler. Læringsmålene i Felles kompetansemodul (FKM) krever spesielt mye kompetanse i å tilrettelegge for refleksjon over praksis, og individuell veiledning (og gruppeveiledning) er den egnede arenaen for dette. I tillegg kommer at kompetanse i mange av FKMs læringsmål ikke er en del av spesialistutdanningen i dag. Det er derfor tenkt at veilederne vil kunne få spesiell opplæring i slik kompetanse for å kunne lære bort. På denne bakgrunn ønsker direktoratet at ordet «nødvendig» i § 20 c fastsettes til minimum 1 gang i måneden, slik dagens spesialistregler krever. I tillegg bør det under punkt d) spesifiseres at veilederne skal ha veilederkompetanse. Om departementet mener disse kravene til kvantitet og kvalitet ikke bør inn i forskriften, kan de eventuelt omtales i merknadene til § 20.

Til kommentarene til § 20, 12 avsnitt bør det stå «*Det må imidlertid oppnevnes ny veileder*» i stedet for «*Det må imidlertid en ny veileder...*»

§21 Vurdering og dokumentasjon av oppnådde læringsmål:

Det vises til våre kommentarer under spørsmål 3.

Helsedirektoratet har for øvrig følgende merknader:

Som tidligere nevnt, støtter vi at ansvaret for å vurdere oppnådde læringsmål er lagt til virksomheten/leder. Vi mener også at det er viktig at leder innhenter informasjon og vurderinger fra de som observerer og vurderer LIS i det daglige arbeidet (supervisør) eller veileder som har ansvaret for regelmessig refleksjon rundt oppnådd læring. I tillegg kommer vurdering fra andre aktiviteter som kurs og simulering der det etter hvert vil bli utarbeidet metoder for vurdering og egevaluering av oppnådd læring. I praksis vil det ikke bare være veileder og supervisør som vurderer LIS. Avhengig av læringsmål og tilknyttede aktiviteter, kan også andre, som LIS selv, kursarrangør eller simuleringsinstruktør vurdere LIS. For å styrke behovet for transparens, etterprøvbarehet og likebehandling må det på sikt utvikles og tas i bruk flere standardiserte og dokumenterbare vurderingsformer. E-verktøy og Helsedirektoratets veileder i vurdering vil understøtte en slik utvikling. Det er viktig at forskriften ikke begrenser mulighetsrommet for ulike aktører og metoder.

På denne bakgrunn foreslår vi at § 21 endres slik at det i stedet for å stilles krav om at veileder og supervisor skal være med i vurderingen av alle læringsmål, stilles krav om at leder skal foreta en endelig vurdering av om læringsmål er oppnådd på bakgrunn av alle vurderingene som er gjort underveis.

I noen tilfeller vil alle vurderingene i realiteten være gjort av samme person som også foretar endelig vurdering om oppnådd læringsmål. For å unngå at kun én person både vurderer og attesterer, bør det stilles krav om at minst én person i tillegg til leder skal ha bidratt i vurderingen.

Andre ledd, siste setning bør endres til:

«Dersom det vurderes at læringsmål ikke oppnås, kan legen kreve.....»

Dersom LIS ikke får selve vurderingen må dette håndteres opp mot virksomheten ift forpliktelsen av å måtte gjøre vurdering. Dette må tydeliggjøres slik at det er uomtvistelig klart at denne paragrafen er tiltenkt tilfeller der LIS blir vurdert til ikke å ha oppnådd læringsmålet i henhold til planlagt progresjon.

Kap 5 Spesialistgodkjenning av leger

§23 Spesialistgodkjenning:

- a) *læringsmålene for LIS 1 og for den aktuelle spesialiteten i forskriftens Vedlegg II er bekreftet oppnådd*

Helsedirektoratet mener dette bør endres til *«alle læringsmålene for alle delene av spesialistutdanningen er oppnådd»*

§ 26 Spesialistgodkjenning som er delvis gjennomført i andre land.

Se våre merknader under spørsmål 4 ovenfor.

§ 27 Konvertering av spesialistgodkjenning fra andre land

Tredje ledd: Se våre kommentarer under spørsmål 4 ovenfor.

§ 29 Klage på Helsedirektoratets vedtak

Helsedirektoratet fatter i dag vedtak og godkjenning av utdanningsvirksomheter og vedtak om spesialistgodkjenning i medhold av henholdsvis hpl. §§ 51 og §§ 52/ § 53. I hpl. § 68 annet ledd er det fastsatt at helsepersonellnemnda er klageorgan for vedtak etter § 53. Departementet behandler i dag også vedtak etter § 51, jf gjeldende spesialistgodkjenningsforskrift § 4.

I forskriften § 29, første ledd er det lagt opp til at Helsepersonellnemnda er klageorgan for vedtak fattet etter forskriftens §§ 23, 27 og 28. Slike vedtak faller inn under lovens §§ 52 og 53.

I forskriftens § 29 annet ledd, er det vist til at Nasjonalt klageorgan for helse- og omsorgstjenesten skal være klageorgan for vedtak om avslag eller tilbaketrekning av godkjenning av utdanningsvirksomheter etter § 18.

Klagemuligheten etter dagens ordning vil så vidt Helsedirektoratet forstår, i praksis bli endret i den nye spesialistutdanningen. Vi savner en nærmere behandling av de formelle/forvaltningsrettslige virkningene av dette. Vi viser til våre merknader under spørsmål 2 og hadde gjerne sett at dette var omhandlet noe nærmere i høringsnotatet.

Videre bemerkes til § 29 annet ledd bokstav c) at avslag om eller tilbaketrekning av godkjenning av utdanningsvirksomhet er ikke regulert i § 12.

Endringer i andre forskrifter:

Utkastet pkt. 20.1.1 Kommentarer til endringen:

I andre avsnitt, andre punktum i «20.1.1 Kommentarer til endringen» fremgår at: Det følger av turnusforskriften § 1a-1 tredje ledd at lisensen fortsatt skal gjelde og at legen kan fullføre turnustjenesten med lisensen.

Her skal det stå at det følger av: «lisensforskriften § 1 a 1 tredje ledd...

*

Helt avslutningsvis vil Helsedirektoratet bemerke følgende i forhold til Helsedirektoratets myndighetsrolle:

Helsedirektoratet støtter forslaget om at det faglige skjønnnet skal utøves i utdanningsvirksomheten. Dette innebærer at Helsedirektoratet som godkjenningsmyndighet, ikke lenger vil ha samme rolle som tidligere i selve vurderingen av om den enkelte LIS har oppnådd kompetansekravene eller ikke. Vi ser behov for at denne endringen belyses med referanse til den rolle Helsedirektoratet ble tillagt i forbindelse med endringen av hpl. § 53 med virkning fra 1.oktober 2011, jf. Ot. Prp. Nr. 83 (2008-2009).

Videre er det slik at de vedtak som Helsedirektoratet fatter etter hpl. § 53, vil være enkeltvedtak etter fvl. § 2b. Etter fvl. § 24 stilles det krav om at enkeltvedtak skal grunngis. Det er i lys av det ovenstående, noe uklart hvor langt Helsedirektoratet begrunnelsesplikt strekker seg når det skal fattes vedtak etter hpl. § 53, jf. forvaltningslovens § 24. Helsedirektoratet savner departementets vurdering av dette, herunder nærmere om direktoratets tilgang til de faglige begrunnelsene for de endelige vurderingene i virksomhetene med hensyn til måloppnåelse, når direktoratet skal fatte vedtak etter hpl. § 53.

Vennlig hilsen

Karin Straume e.f.
divisjonsdirektør

Anne Farseth
avdelingsdirektør

Dokumentet er godkjent elektronisk

