



Helse- og omsorgsdepartementet

Deres ref.:

Vår ref.: 16/3706

Dato: 17.10.2016

## **Legeforeningens høringsvar- Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften)**

Legeforeningen viser til høringsbrev den 23. juni 2016 og avgir følgende høringsvar. Høringsnotatet har vært på høring blant relevante organisasjonsledd i Legeforeningen. Disse uttalelsene ligger til grunn for høringsuttalelsene, som er behandlet av foreningens sentralstyre.

### **Generelle kommentarer**

Forskriftsregulering av spesialistutdanning er helt avgjørende for kvaliteten på fremtidens spesialister. Det har lenge vært behov for revisjon av både system og regelverk og Legeforeningen har derfor vært positive til arbeidet med ny spesialitetsstruktur. Legeforeningen har underveis i prosessen kommet med en rekke bidrag og innspill.

Foreliggende forslag til forskriftsregulering gir sterk grunn til bekymring. Overordnet er det preget av deregulering av spesialistutdanningen med omfattende skjønnsfrihet for virksomhetene i spesialisthelsetjenesten. Med dagens kapasitetspress og økonomifokus er det behov for tydeligere rettslige skranker enn forskriftsforslaget inneholder for å sikre en spesialistutdanning med høy kvalitet over hele landet.

Departementet skriver om hovedtilnærmingen i forslaget at én ser stor verdi i å bevare utdanningens kliniske preg, og at en satsing på å heve kvaliteten på utdanningen i praksisfeltet ligger til grunn for valg av modell. Den daglige aktiviteten under supervisjon og samarbeidet med kolleger og annet helsepersonell trekkes frem som den viktigste læringsarenaen. Departementer mener en vil få størst effekt av utviklingsarbeidet ved å ruste opp veiledning, supervisjon og vurdering i praksisfeltet. Dette er intensjoner og vurderinger Legeforeningen fullt ut støtter.

Det er positivt at de ansvarsærende aktørene i helsetjenesten forutsettes å ta et større ansvar for å utvikle læringsaktiviteter og etablere systemer og at spesialistutdanningen blir et ledelsesansvar. Det er også positivt at dagens regelverk for turnus og spesialistutdanning blir oppdatert.

Legeforeningen kan imidlertid ikke se at de foreslåtte reglene innebærer en opprustning. Snarere mener Legeforeningen at den foreslåtte innretningen, med svekkede strukturelle krav til utdanningssystemet, vil ha motsatt effekt. Dagens krav til spesialistkompetanse på det enkelte tjenestested foreslås erstattet av et krav om spesialist tilsatt i virksomheten. Kravet om løpende tilgang til supervisjon fra spesialist i faget på tjenestestedet, erstattes av et tilretteleggingsansvar for "nødvendig" supervisjon. Strukturkravene til veiledningen svekkes, f.eks. med henblikk på hyppighet og felles tjenestested for veileder og LIS.

Mange av reglene i forslaget er svært skjønnsmessig utformet, og er gjennomgående av typen "utdanningsvirksomheten skal legge til rette for...." eller "nødvendig kvalitet.....", noe som medfører at de konkrete kravene til utdanningsvirksomheten er på et minimum. De konkrete kravene som ikke fjernes, svekkes – slik som de svake systemkravene som stilles til supervisjon og veiledning. Konkrete krav til utdanningsaktiviteter for LIS, som kravene til nasjonal kursutdanning og nasjonale krav til gjennomførte aktiviteter og prosedyrer, foreslås fjernet. Det foreslåtte systemet med virksomhetsansvar ivaretar i liten grad nasjonale krav til kvalitet i utdanningen og vil kunne føre til større regionale forskjeller.

Det er særlig disse forholdene *sett i sammenheng* som vil kunne få uheldige konsekvenser: innføring av overordnet virksomhetsansvar og fjerning av sentrale materielle krav samtidig.

Høringsnotatet nevner flere steder og på ulike måter at utdanning må tilpasses daglig drift. Legeforeningen viser til det som står i høringsnotatet side 57 om at "læringsaktiviteter skal likevel tilpasses den daglige virksomheten slik at det ikke går på bekostning av kvalitet, sikkerhet, ventetider mv". Dette er et uttrykk for et system som vektlegger driftshensyn sterkt. Lignende vurderinger finnes på side 54 under omtale av krav til virksomheten skal være fleksible med hensyn til å tilpasse læringsaktiviteter til pasientenes behov og virksomhetens ordinære drift. Videre står det på side 56 at å sikre tilstrekkelig kvalitet og omfang av teoretisk undervisning for leger i spesialisering kan være utfordrende i en presset driftssituasjon.

Det er Legeforeningens vurdering at det er helt nødvendig med tydeligere, etterprøvbare *rettslige* skranker som ledelsen er forpliktet til å følge og som ikke kan prioriteres bort eller ned. Det er en kontinuerlig interesse- og ressurskonflikt mellom drifts- og utdanningshensyn. Når utdanningsvirksomhetene ikke er bundet av konkrete krav til strukturer og aktiviteter, vil det i de løpende vurderingene og prioriteringen som daglig drift av helsetjenesten innebærer, være en betydelig risiko for at spesialistutdanning blir en salderingspost og for at utdanningskvaliteten vil lide. Det er derfor helt avgjørende for kvaliteten at det innføres konkrete forpliktelser i forskriften ved at enkelte krav fra dagens spesialistutdanning videreføres. Når det i tillegg heter i høringsnotatet at LIS individuelle plan er veiledende og at legen ikke kan kreve gjennomført læringsaktiviteter i henhold til denne, er dette et ytterligere moment som vil forskyve balansen mellom LIS og utdanningsvirksomheten samt føre til mindre forutberegneligheten for legene i spesialisering.

Utdanningsinstitusjonenes ansvar for etterutdanning omtales eller reguleres overhodet ikke i høringsnotatet. Vi mener at dette er en viktig oppgave og foreslår at dette reguleres.

Det er positivt at Legeforeningens spesialitetskomiteer får en forskriftsfestet rolle. Vi har noen forslag til presisering, blant annet må det være tydelig i forskriftsteksten at fagfellerollen innebærer en rett til på eget initiativ å besøke utdanningsvirksomheten og en

motsvarende plikt for utdanningsvirksomheten å ta imot besøk og medvirke til gjennomføring og oppfølging. Dette omtales nærmere nedenfor.

Legeforeningen viser også til forslaget som nettopp har vært på høring om å gjeninnføre lovfastsatte kompetansekrav i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Departementet begrunner endringen med at rett kompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er så grunnleggende for å kunne yte nødvendige og forsvarlige tjenester, at visse kompetansekrav bør fremgå direkte i lov. I tråd med forslag i Primærhelsetjenestemeldingen og Stortingets behandling av meldingen, foreslår derfor departementet at det i helse- og omsorgstjenesteloven inntas en liste over hvilken kjernekompetanse enhver kommune må ha knyttet til seg. Dette viser at også departementet ser at viktige og sentrale krav bør framgå av lovtekst for å sikre kvalitet og forsvarlige tjenester. Som departementet skriver er konsekvensene av å innføre lovkrav at det binder pliktsubjektet slik at kravene ikke kan prioriteres bort.

### **Forskriftsteknisk**

Uansett hvilken innretning spesialistutdanningen får, anbefaler Legeforeningen at forskriften publiseres med merknader i Lovdata. Forslaget inneholder mange skjønsmessige elementer, og det er stort behov for merknader for å presisere forståelsen/tolkningen av de ulike bestemmelsene for alle aktører som skal håndheve forskriften. Dette vil kunne bidra til større forutsigbarhet og likere praktisering nasjonalt. Vi vil underveis i vårt hørings svar angi hvilke momenter og vurderingstemaer som vi mener bør omtales i merknadene.

Legeforeningen kommenterer forslagene slik de er presentert i høringsnotatet. Noen steder er samme/beslektede tema omtalt flere steder, og vi angir derfor i overskrifter og underoverskrifter hvilke deler av høringsnotatet våre kommentarer gjelder.

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

### **Regulering av spesialitetene allmennmedisin, arbeidsmedisin og samfunnsmedisin (høringsnotatet kapittel 1)**

Det heter i departementets forslag at det ikke fremmes forslag om regulering for disse spesialitetene nå, men at det på et senere tidspunkt vil vurderes hvilke av bestemmelsene i forskriften som skal gjelde for disse spesialitetene og behovet for eventuelle særregler. Legeforeningen mener det fører til usikkerhet om hvorvidt de generelle (ikke spesialitetsspesifikk regler) også vil gjelde for allmennmedisin, arbeidsmedisin og samfunnsmedisin. Vi ser at det er forskjeller, men mener at de generelle reglene, på samme måte som i dag, må gjelde for alle spesialiteter. Dette tilsier at de bør reguleres i samme forskrift, og at særreglene bør være et eget kapittel i forskriften. Det er i det hele tatt uheldig at de ulike delene av forslaget til regulering av ny spesialiststruktur er oppstykket. Det gjør det mer krevende å kommentere på forslagene at ikke alle elementer blir presentert samtidig.

### **Ny struktur og organisering (høringsnotatet kapittel 5 og kapittel 8 /forskriftens kapittel 2)**

#### ***Hovedtilnærming (høringsnotatets 5.1)***

Legeforeningen viser til det vi har skrevet innledningsvis om våre kommentarer til den foreslåtte hovedtilnærmingen.

Departementet skriver at det er viktig å legge til rette for at teoridelen i legers utdanning er en integrert del i det helhetlige utdanningsløpet, og at teoriutdanningen må ha høy kvalitet og

komme på riktig tidspunkt i utdanningsløpene. Det fremheves også at det er viktig med samarbeid mellom ulike aktører. Dette støtter Legeforeningen fullt ut. Kunnskapsbasert praksis er en forutsetning for god kvalitet i helsetjenesten. Spesialistutdanningen må gi et solid teoretisk fundament for spesialisert klinisk praksis.

Departementet skriver at teoriutdanningen er en liten del av den helhetlige spesialiseringen i dagens system, og angir at den i snitt omfatter ca. 200 obligatoriske timer. Dette er ikke en korrekt beskrivelse av dagens krav. Gjeldende regelverk stiller både krav om regelmessig strukturert teoretisk undervisning knyttet til den enkelte utdanningsinstitusjons faglige virksomhet (internundervisning) og konkrete minstekrav til kursdeltagelse for den enkelte spesialitet.

Omfanget av internundervisningen er regulert i de generelle bestemmelsene for spesialistutdannings § 8, kravene til kursdeltagelse i spesialistreglene for den enkelte spesialitet. De generelle bestemmelsene definerer kravet til internundervisning som 2 undervisningstimer ukentlig. I praksis har dette vært håndhevet som et krav om 90 minutter teoriundervisning i 36 uker årlig. For et normert utdanningsløp (av 5 – 6½ års varighet) tilsvarer dette 360 – 468 undervisningstimer á 45 minutter. Kravet til obligatoriske kurstimer i det nasjonale kursutdanningssystemet er for mange hovedspesialiteter i spesialisthelsetjenesten høyere enn de ca. 200 kurstimer som angis i departementets høringsnotat, en rekke spesialiteter har krav om 270 timer. Det myndighetsforankrede kravet i dagens system er altså langt høyere enn de ca. 200 timene som angis i departementets høringsnotat.

Legeforeningen mener det er uakseptabelt at ordningen med nasjonale krav til obligatoriske kurs for den enkelte spesialitet og minstekrav til strukturert teoretisk undervisning i utdanningsvirksomhetene foreslås avvirket, se for øvrig våre kommentarer nedenfor knyttet til punkt 9.9.4 og punkt 10.3.4.

## **Aktørenes roller, ansvar og oppgaver (høringsnotatet 5.3 og 8.2/forskriften kapittel 2)**

### Helsedirektoratet

Helsedirektoratet skal være faglig myndighetsorgan, skal følge med på helheten og ha en normerende rolle. Direktoratet gis beslutningsmyndighet i saker knyttet til spesialitetsstruktur og læringsmålene for den enkelte spesialitet. Direktoratet gis også myndighet til å godkjenne spesialister. Helsedirektoratet gis myndighet til å godkjenne utdanningsvirksomheter og ansvaret for kvalitetsvurderingen av godkjente utdanningsvirksomheter.

Helsedirektoratet vil være avhengige av faglige, i mange tilfeller spesialitetsspesifikke råd for å kunne ivareta sine myndighetsoppgaver. Det er positivt at det foreslås forskriftsfestet at direktoratet skal innhente faglige råd fra Legeforeningens spesialitetskomiteer i saker relatert til innholdskravene for den enkelte spesialitet og godkjenning og vurdering av utdanningsvirksomhetene.

Direktoratet skal legge rammer og mal for utformingen av læringsmål. Legeforeningen vil presisere at disse må utformes og forvaltes i tett samarbeid med spesialitetskomiteene. Direktoratet skal også ha det overordnede ansvaret for kvalitetssikring av utdanningssystemet. Vi er enig i det departementet skriver på side 13 i høringsnotatet at det er stor gjensidig avhengighet mellom de ulike aktørenes ivaretagelse av sine oppgaver. Både

struktur for oppfølging og kriterier for vurdering og evaluering må utformes i tett samarbeid med spesialitetskomiteene.

Det foreslås at Helsedirektoratet skal kunne gi anbefalinger om læringsaktiviteter tilknyttet læringsmålene. Dette innebærer en endring fra dagens ordning, der krav til teoretisk undervisning (kurs og internundervisning) og minstekrav til gjennomførte aktiviteter og prosedyrer er vedtatt av myndighetene som del av regelverket for den enkelte spesialitet. Legeforeningen mener en slik endring vil svekke grunnlaget for kvalitetssikring av utdanningsvirksomhetene og direktoratets grunnlag for å gi pålegg og utøve sanksjoner. Mangelen på objektive kriterier vil også svekke det faglige grunnlaget for godkjenning av den enkelte spesialist. Legeforeningen støtter ikke en slik endring av Helsedirektoratets rolle, og mener konkrete nasjonale minimumskrav til læringsaktiviteter fortsatt må være en del av det formelle regelverket for spesialistutdanningen.

Legeforeningen foreslår derfor at det i forskriften § 3 annet ledd gis en hjemmel for Helsedirektoratet til å fastsette obligatoriske læringsaktiviteter. Med hjemmel i denne bestemmelsen vil Helsedirektoratet kunne fastsette konkrete og obligatoriske krav til kurs slik at disse vedtas av Helsedirektoratet som en del av regelverket for den enkelte spesialitet. Vi viser til det vi skriver nedenfor i kommentarer til punkt 9.9.4.

#### De regionale helseforetakene

I forslag til § 4 a heter det at det er RHF ansvar å sørge for at det tilstrekkelig med stillinger for å sikre nødvendig tilgang på spesialister. Legeforeningen viser til forslaget som for tiden er på høring om innføring av obligatorisk spesialisering i allmennmedisin. Forslaget vil kunne medføre behov for noe flere LIS stillinger for å unngå flaskehals når allmennlegene skal gjennomføre sykehusåret.

I forslag til § 4 c) mener Legeforeningen at teksten ikke er dekkende da den ikke omtaler samtlige aktuelle samarbeidspartnere. Som eksempel på aktuelle aktører omfattes ikke frivillige organisasjoner eller militæret slik bestemmelsen er utformet. Bestemmelsen bør inneholde en formulering som for eksempel "... eller andre aktuelle aktører".

I høringsnotatet side 66 står det selv om det ikke foreslås endringer i utdanningen innen allmennmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin i dette høringsnotatet, vil det likevel kunne påvirkes av beslutninger tatt i dette høringsnotatet. Det vises særlig til beslutningen om at helseforetakene skal være ansvarlig for allmennlegenes sykehuspraksis. I forslaget § 4 c står det bare at RHF har ansvar for å tilrettelegge for sykehusspesialistene. Ansvaret for tilrettelegging for allmennlegenes sykehustjeneste er ikke regulert, og bør reguleres i § 4c. Det bør også omtales i merknaden til bestemmelsen.

Departementet skriver på side 33 i høringsnotatet at det kan være behov for RHF å iverksette tiltak for å avverge at det blir press og ventetid for å oppnå læringsmål. Det presiseres ikke hvilke tiltak dette kan være, og vi ber om at dette omtales i merknadene til § 4.

Det skal opprettes regionale utdanningssentra, jf § 4 d. De skal ha ansvar for å utvikle og gjennomføre læringsaktiviteter. Det er lite veiledning i høringsnotat eller merknaden til bestemmelsen hva dette ansvaret konkret innebærer. Det bør presiseres i merknaden hva som ligger i dette ansvaret.

Legeforeningen mener det er positivt at departementet fremhever betydningen av en nasjonal ordning for spesialisering av leger. Imidlertid mener foreningen dette ikke i tilstrekkelig grad

ivaretas gjennom de foreslåtte regelformuleringene. I § 4 bør de regionale helseforetakene ikke bare gis sørge for-ansvar for undervisning og opplæring innen egen helseregion, men også nasjonalt. Formuleringen i § 4 e) bør endres, slik at de regionale helseforetakene ikke bare gis ansvar for å *bidra*, men skal samarbeide for å *sikre* en harmonisert og koordinert utdanning i hele landet. RHFene må ta et felles nasjonalt ansvar for utvikling og gjennomføring av spesialistutdanningen. Regelverket må ikke åpne for utvikling av regionale utdanningssystemer og regionale forskjeller i utdanningens kvalitet. Denne eller lignende presiseringer bør omtales i merknadene.

### Legeforeningen

Legeforeningen viser til den foreslåtte reguleringen av aktørenes ansvar. Det er svært positivt at Legeforeningen gis en formalisert rolle som faglig rådgiver for Helsedirektoratet i spørsmål knyttet til spesialiseringens faglige innhold og læringsaktiviteter, og ved godkjenning og kvalitetsvurdering av utdanningsvirksomheter. Vi mener imidlertid at ikke alle rollene er like godt beskrevet eller regulert i forslag til § 5 og har følgende forslag til presiseringer.

Legeforeningen vil påpeke at direktoratet også må innhente faglige råd ved forslag til endringer i vedlegg I om legespesialitetene (spesialitetsstruktur), se forslag til ny § 5 a og § 5 annet ledd.

Det fremgår av § 5 bokstav b at Helsedirektoratet "skal be om råd ved godkjenning og vurdering av utdanningsvirksomheter." Bestemmelsen er svært overordnet formulert. Det kan ikke utledes direkte ut fra ordlyden eller omtalen av bestemmelsen i merknadene hvordan Legeforeningen konkret skal involveres. Det fremgår blant annet ikke om Legeforeningen på eget tiltak kan ivareta fagfelle/audit rollen. Fagfellerollen er omtalt i høringsnotatet, men ikke nærmere beskrevet. Vi ber om at det presiseres, både direkte i ordlyden og merknadene til bestemmelsen, hva som ligger i rollen og hvordan denne rollen konkret skal kunne gjennomføres. Vi har noen forslag til presisering, blant annet må det være tydelig i forskriftsteksten at fagfellerollen innebærer en rett til å gjennomføre audit (besøk) på eget initiativ, og en motsvarende plikt for utdanningsvirksomheten til å ta imot besøk og medvirke til gjennomføring og oppfølging. Se forslag til ny § 5 annet ledd som ivaretar disse hensynene.

Departementet skriver i høringsnotatet s. 35 at Legeforeningens øvrige oppgaver ikke foreslås forskriftsfestet. I brev av 17.12.2016 skriver departementet at Legeforeningen skal ivareta læringsaktiviteter for allmennlegespesialiteten. Departementet har senere bekreftet at tilsvarende skal gjelde for samfunns- og arbeidsmedisin. Legeforeningen mener det er viktig at også denne rollen forskriftsfestes.

### ***Øvrige aktørers rolle er ikke forskriftsregulert i forskriften kapittel 2***

Legeforeningen har følgende kommentarer til øvrige aktørers rolle:

#### Helse- og omsorgsdepartementet

Helse- og omsorgsdepartementet skal ivareta det øverste myndighetsansvaret og ha ansvar for regelverket. Legeforeningen vil understreke betydningen av at HOD har et tett samarbeid med Kunnskapsdepartementet om legers utdanning. Kunnskapsdepartementet har overordnet ansvar for universitetene og dermed for legers grunnutdanning og universitetenes rolle og bidrag i videre- og etterutdanningen, for forskning og for implementering og forvaltningen av regelverk knyttet til EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv.

## Universitetene

Legeforeningen mener det er av avgjørende betydning for utdanningskvaliteten at helseforetakene samarbeider tett med universitetene, både om skolering i medisinsk pedagogikk og veiledning, utformingen av læringsaktiviteter og opplæringen av LIS i basale akademiske ferdigheter. Samarbeid med universitetene er heller ikke nevnt i forskriftsteksten eller i merknaden, bare i høringsnotatet. Legeforeningen mener det ville styrke utdanningen om et krav til slikt samarbeid ble formalisert gjennom forskriften, og kan for eksempel inntas som en bestemmelse i ny § 4 f), se forslag til regulering til slutt i dokumentet. Det er viktig å sikre at det som i gjeldende ordning skal ivaretas gjennom gruppe 1-tjenesten også ivaretas i ny ordning.

## Andre aktører

Kapittel 5.3.5 i høringsnotatet inneholder en oversikt over helseforetakenes, alle utdanningsvirksomhetens og fylkesmannen og kommunenes ansvar og oppgaver knyttet til spesialistutdanningen. Det er ikke foreslått å regulere disse aktørenes ansvar i forskriften kapittel 2.

Legeforeningen ser at noen av disse aktørenes rolle er regulert andre steder i forskriften, blant annet i forslaget §§ 18- 22 om utdanningsvirksomhetens ansvar for gjennomføring av utdanning i LIS 2 og LIS 3. Det er videre regler om sykehusdelen av LIS 1 i forskriften §§ 9 - 13. Legeforeningen ber likevel departementet vurdere å inkludere oversikten over roller og ansvar for "helseforetak", "alle utdanningsinstitusjoner" og "Fylkesmannen og kommunene" i merknadene til forskriften kapittel 2. Dette vil bidra til å gi en bedre oversikt over samtlige av aktørene som er involvert i de ulike delene av spesialistutdanningen. Oversikten øverst på side 25 i høringsnotatet kan med fordel inntas i merknadene. Da bør det under "Helseforetakenes rolle" også stå at de er ansvarlig for gjennomføring av sykehusdelen av LIS 1. Det bør også vurderes om fylkesmannens ansvar for gruppeveiledning og kurs for LIS 1 i kommunehelsetjenesten (som omtales nederst på side 65 i høringsnotatet) skal forskriftsfestes.

## **Utdanningen (høringsnotatet kapittel 9)**

### ***Praktisk og teoretisk utdanning (høringsnotatet 9.1)***

Punktet inneholder innledende bemerkninger om den praktiske og teoretiske utdanningen. Her omtales bl. a. den tredelte strukturen med LIS 1, LIS 2 og LIS 3, der del 1 erstatter dagens turnustjeneste, del 2 skal omfatte læringsaktiviteter som skal gi felles kunnskaper for grupper av fag, og del 3 skal omfatte praktisk tjeneste og andre læringsaktiviteter for den enkelte spesialitet. Legeforeningen vil bemerke at utdanningen i de fleste spesialiteter kun vil bestå av del 1 og del 3. Del 2 etter den angitte definisjonen er per i dag kun aktuelt for de indremedisinske hovedspesialitetene og for en gruppe av kirurgiske hovedspesialiteter. Tjeneste som skal dekke læringsmål for obligatorisk tjeneste i annen relevant spesialitet, inkludert sykehustjenesten for allmennleger, inngår i den spesialitetsspesifikke del 3.

### ***Vesentlig del av utdanningen ved godkjent utdanningsinstitusjoner – deler kan gjennomføres andre steder (høringsnotatet 9.2.1 og 9.2.2 og kapittel 11)***

Det gjeldende kravet om dispensasjon for å ta utdanning på ikke godkjent utdanningssted fjernes og forslaget (§ 2 tredje ledd) innebærer at "den vesentlige delen" skal gjennomføres på godkjent utdanningssted. Legeforeningen er enig med departementet i at det ikke er hensiktsmessig å regulere eksakt hvor stor andel som utgjør en vesentlig del, og at om lag 2/3 av utdanningstiden normalt bør kunne regnes som vesentlig.

Dersom deler av utdanningen gjennomføres utenfor godkjent utdanningsinstitusjon må det avtales mellom utdanningsvirksomheten og det andre lærestedet. Etter ordlyden dekker dette ikke LIS 1 kommunedelen. Det kan ikke være slik at kommunen må skrive avtale. Dette bør presiseres i § 2 tredje ledd, siste pkt.

Det følger ikke av yrkeskvalifikasjonsdirektivet at det er anledning til å gjøre unntak fra kravet om at spesialistutdanning skal foregå på godkjent utdanningsinstitusjon. Legeforeningen ser imidlertid at dette kan være hensiktsmessig for kortere perioder og for å få oppfylt læringsmål innen avgrensede deler av utdanningen. Departementet skriver at ansvaret for utdanningen med supervisjon, veiledning, vurdering av læringsmål osv også i disse tilfellene skal ligge på den godkjente utdanningsinstitusjonen der legen er ansatt. Legeforeningen er enig i at det er svært viktig at det er de godkjente utdanningsvirksomhetene som skal ha ansvaret for utdanningen også på disse arenaene. Tjenesten må imidlertid beskrives i planene for utdanningsvirksomheten og i søknaden som sendes Helsedirektoratet etter § 18, og beskrivelsen må legges til grunn når godkjenning skal gis etter bestemmelsen. I planen må det blant annet klart fremgå hvordan supervisjon og veiledning skal ivaretas, og hvem som skal forestå vurdering og attestasjon av måloppnåelse. Dette må nødvendigvis også reguleres i de avtalene som inngås. Legeforeningen foreslår at dette forskriftsfestes, se forslag til § 18 nytt fjerde ledd. For å ytterligere klargjøre ansvarsfordelingen og innholdet i denne delen av planen som utdanningsvirksomhetene etter § 19 c skal utarbeide, foreslår vi å presisere i § 19 c) iii, se til slutt i dokumentet for våre forslag. Departementet skriver (på side 56) at kopi av avtale(e) *bør* vedlegges søknaden om godkjenning. Legeforeningen mener at det bør oppstilles som et absolutt krav.

Det er uklart hvordan avtalen mellom ikke godkjent institusjon og godkjent institusjon skal gjennomføres. Skal denne ikke-godkjente institusjonen søke til nærliggende helseforetak? Hva gjør institusjoner/stiftelser mm som i dag har godkjenning for å tilby deler av spesialistutdanningen, men som ikke på selvstendig grunnlag kan søke om godkjenning som utdanningsvirksomhet i ny ordning? Siden det heller ikke stilles nasjonale krav kan man tenke seg at ulike helseforetak får ulik praksis. En slik utvikling vil kunne unngås dersom det innføres krav om at planen som utarbeides etter § 19 inneholder en nærmere beskrivelse av tjenesten og hvordan den skal gjennomføres. Sammen med planen må også avtalene som inngås oversendes Helsedirektoratet og til sammen utgjøre grunnlaget for godkjenningen etter § 18 og den løpende vurderingen etter forslaget § 22 (ny § 25). Departementet eller direktoratet bør utarbeide avtalemaler og/eller veiledningsmateriale for avtaler og oppfølging mellom godkjente utdanningsinstitusjoner og ikke godkjente utdanningsinstitusjoner.

Det presiseres at dette ikke gjelder for allmennmedisin og samfunnsmedisin, da disse ikke omfattes av artikkel 25 i yrkeskvalifikasjonsdirektivet.

### **Stillinger for leger i spesialisering (høringsnotatet 9.3)**

#### ***Utlysning, søknader og ansettelse (høringsnotatet 9.3.1)***

Legeforeningen mener at reglene og merknadene til § 6 i hovedsak er hensiktsmessige. Forskriften kan imidlertid med fordel presiseres noe. Det fremgår ikke av bestemmelsen om reglene om utlysning og ansettelse gjelder for tjeneste utenfor godkjente virksomheter. Departementet skriver imidlertid enkelte steder i høringsnotatet at det er (den godkjente) utdanningsvirksomheten der legen er ansatt som beholder ansvaret for utdanningen. Vi antar at departementet derfor mener at LIS legen beholder sitt ansettelsesforhold ved den godkjente virksomhet. Siden dette ikke kan leses ut av § 6, mener vi det bør presiseres om LIS skal ansettes slike steder eller bare tjenestegjøre der som del av sitt ansettelsesforhold i en



godkjent virksomhet. Det bør også omtales i merknaden til bestemmelsen. Dette vil ha betydning for mange mindre virksomheter som gir utdanning i dag med smalt fagspekter og begrenset tellende tjenestetid. Se for øvrig Legeforeningens kommentarer til høringsnotatets punkt 9.2.1 og 9.2.2 ovenfor.

#### ***Både faste og midlertidige stillinger (høringsnotatet 9.3.2)***

Legeforeningen har ingen kommentarer på dette punktet.

#### ***Selvstendige næringsdrivende (høringsnotatet 9.3.3)***

Utdanningen i allmenn-, arbeids- og samfunnsmedisin omfatter ikke en del 2, for øvrig har Legeforeningen ingen kommentarer på dette punktet.

#### ***Heltid som hovedregel (høringsnotatet 9.3.5)***

Legeforeningen er enig i at utdanningsstillinger som hovedregel skal gjennomføres på heltid. Det presiseres i § 6 tredje ledd annet punkt at de kan ansettes på deltid "dersom dette ikke er i veien for at legen kan gjennomføre de læringsaktivitetene som er nødvendige for å oppnå læringsmålene." Dette er en viktig presisering som vil kunne motvirke at det lyses ut små stillingsprosenter som gjør det vanskelig og tidkrevende å fullføre spesialiseringen. Vernet svekkes imidlertid av at læringsaktivitetene foreslås å være anbefalinger, ikke krav, noe som gir arbeidsgiver rom for å definere hva som er "nødvendige" læringsaktiviteter. Legeforeningen støtter at det ikke defineres en minste stillingsbrøk i forskriften, da dette vil bidra til en ønsket fleksibilitet og f.eks. gjøre det lettere å kombinere forskning og spesialisering.

#### ***Legens ansvar for egen læring (høringsnotatet 9.3.6)***

§ 6 fjerde ledd fastslår at legen har ansvaret for egen læring. Legeforeningen er ikke uenig i dette, men påpeker at dette innføres samtidig som mange av de strukturelle kravene, som konkrete volumkrav til internundervisning og kursutdanning, fjernes. På systemnivå er dette en ytterligere dreining bort fra balansen i forholdet mellom utdanningsinstitusjons og utdanningslegens forpliktelser, og innebærer en videre forskyvning i ansvars plassering.

#### ***Grunnvilkår for tiltredelse (høringsnotatet 9.4/forskriften § 7)***

Legeforeningen har ingen kommentarer til den foreslåtte reguleringen.

#### ***Spesialistutdanningens første del LIS 1 (høringsnotatet kapittel 9, forskriften kapittel 3)***

Legeforeningen mener at forslaget om regulering av LIS 1 i hovedsak er hensiktsmessig. Vi har følgende kommentarer.

Det er besluttet at tjenesten i sykehus vil bestå av indremedisin, kirurgi og psykiatri. Når det gjelder tilstrekkelig dimensjonering av stillinger, mener Legeforeningen at det er uheldig at fagene som i dag er en del av turnustjenesten ikke videreføres i LIS 1. Det gjelder gynekologi, barnesykdommer og anesthesiologi. Se for øvrig våre kommentarer i eget punkt om behovet for LIS 1-stillinger nedenfor.

Legeforeningen mener at forskriften § 2 bør inneholde bestemmelser om LIS 1. Det heter på side 41 i høringsnotatet (under punkt 9.5) at utdanningens første del skal bestå av klinisk praksis i tolv måneder i spesialisthelsetjenesten og deretter seks måneder i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Departementet foreslår å forskriftsfeste dette i § 2, men dette er ikke gjort. Vi anbefaler at det gjøres.

Utover angivelsen av tolv måneder i spesialisthelsetjenesten og seks måneder i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er sammensetningen av tjenestens tid ikke angitt. Legeforeningen mener at sykehustjenesten minimum må bestå av fire måneder indremedisin og fire måneder kirurgi. Dette bør forskriftsfestes i forskriften § 2.

Det er positivt at karantenebestemmelsen ikke gjelder for reststillinger og ikke gjelder for personer med nedsatt funksjonsevne (enten hos legen eller en person som legen har tilknytning til). Legeforeningen påpeker at departementet skriver at unntak fra karantenebestemmelsen for reststillinger er regulert i forskriften § 8 annet ledd. Denne bestemmelsen finnes ikke, og vi antar at den har falt ut ved en inkurie. Vi ber om at dette reguleres.

Når det gjelder tilbakekomst i LIS 1 - stilling etter permisjon er det positivt at forslaget regulerer retten til å komme tilbake etter permisjon. Legeforeningen får mange tilbakemeldinger fra leger rundt brudd på rettigheter knyttet til det å komme tilbake etter foreldrepermisjon, rett til ammefri og tilrettelegging. Vi ber om at det presiseres i merknadene til bestemmelsen at denne retten følger av likestillings- og diskrimineringsloven og skal tolkes strengt, se blant annet avgjørelse fra Likestillings- og diskrimineringsombudet i sak "14/2014 Oslo kommunes praksis ved gjeninntreden av turnusleger til turnusstillinger etter foreldrepermisjon var diskriminerende".<sup>1</sup>

Legeforeningen er positiv til at § 13 om ny LIS - stilling i særlige tilfeller er inntatt i forskriften. Av hensyn til en lik praktisering av regelen bør det vurderes å innta noe mer om forståelsen av bestemmelsen i merknadene. Slik bestemmelsen har vært praktisert gjelder den i de få tilfellene der turnuslegen har enkelte mindre "hull", og trenger noe mer tid til å fullføre. Det er viktig at § 15 a om tilrettelegging følges også i disse sakene.

Legeforeningen viser til omtale av den individuelle utdanningsplanen under punkt 10.3.6 i høringsnotatet. Der står det at utdanningsvirksomhetene i utdanningens første del vil ha en plikt til å sørge for at det utarbeides en samlet plan for hele LIS 1. Det er ikke regulert eller omtalt hvem som skal lage den samlede planen - sykehuset eller kommunen eller i samarbeid mellom disse. Dette bør avklares.

Legeforeningen får fremdeles mange henvendelser om ansettelse i turnusstillinger og gjennomføring av turnustjeneste. Det ble i 2015 utarbeidet et rundskriv om "Turnus for leger" som inneholder viktig veiledning og sentrale fortolkninger om dagens regulering av turnus. Vi ber departementet vurdere å innta aktuelle fortolkninger fra rundskrivet i merknadene til forskriftsbestemmelsene §§ 9-15 inntil rundskrivet eventuelt kan oppdateres. Rundskrivet har vært til stor hjelp for de ulike aktørene som må forholde seg til regelverket og bidratt til likere praktisering av regelverket nasjonalt.

#### *Behovet for flere stillinger i LIS 1*

Legeforeningen har ved flere anledninger påpekt at det er behov for flere turnusstillinger. En stor andel leger (vel 480 ved oppstart 1. september 2015) ble stående uten turnusplass etter endt studium. Norsk helsetjeneste er hvert år avhengig av aktivt å rekruttere flere hundre ferdige spesialister fra utlandet. I stedet for at helsevesenets bærekraft skal være basert på systematisk legeimport som også er uetisk, mener Legeforeningen at Norge selv i vesentlig større grad må utdanne legene vi trenger. Derfor må kapasiteten i hele spesialiseringssløpet være dimensjonert til legebehovet. Første skritt for å imøtekomme det økte behovet for

---

<sup>1</sup> <http://www.ldo.no/nyheiter-og-fag/klagesaker/2015/142014/>

legespesialister, er å opprette flere LIS 1 stillinger. Ut fra dagens situasjon i legearbeidsmarkedet og ut fra de beregninger Legeforeningen har utført, og i tråd med SSBs høyalternativ<sup>2</sup> er det behov for minimum 150 LIS 1 stillinger.

Ved omlegging til ny ordning, er det i tillegg til ovennevnte, andre forhold som begrunner behovet for flere plasser. I overgangsordningen for turnus/LIS 1 er det foreslått i § 30 at leger som per 1. mars 2017 ikke er ansatt eller har fått tilbud om ansettelse i en turnusstilling, men som har gjennomført deler av turnus, kan ansettes i reststillinger for LIS 1. Ved implementering av ny spesialitetsstruktur må alle leger som ønsker å starte et spesialiseringsløp gjennomføre LIS 1. Det gjelder bl.a. leger fra EU/EØS – land med integrert praktisk tjeneste i studiet. Denne gruppen har i nåværende turnusordning ikke måttet gjennomføre turnus for å starte i en LIS stilling (regulert i dagens spesialistgodkjenningsforskrift § 9 annet ledd bokstav b). I tillegg kommer den gruppen som har bakgrunn fra utlandet og som etter forslaget i § 16 siste punkt må komplementere utdanningen i kommunehelsetjenesten fordi de mangler tjeneste fra LIS 1. En annen gruppe er leger med utdanning fra EØS land, som i dag ikke må ta turnus for å få rett til veilederavtale i allmennlegepraksis for rett til trygdefusjon, men som etter dette forslaget må gjennomføre LIS 1. Legeforeningen har ikke oversikt over hvor mange leger disse gruppene totalt vil utgjøre, men de vil samlet sett kunne føre til et press på LIS 1- stillingene.

### **Spesialistutdannings andre del LIS 2 (høringsnotatet 9.6)**

Legeforeningen viser til forslag om tilleggsvilkår for tiltredelse i LIS 2 eller 3, med rekkefølgekrav og forslag til løsning for komplementering av manglende utdanning (se punkt 9.6.1, 9.6.2 og forslaget § 16). Legeforeningen er enig i at hovedregel er at LIS 1 må gjennomføres først.

Det foreslås et unntak for leger som har gjennomført over halvparten av en spesialistutdanning i utlandet og som bare mangler en mindre del av læringsmålene i LIS 1. Det er flere utfordringer med denne reguleringen. For det første er det vanskelig å vurdere når "over halvparten av spesialistutdanningen" er fullført. Det presiseres ikke hvilke kriterier som skal legges til grunn for en slik vurdering, om det skal baseres på tjenestetid i utdanningsstilling eller på oppnådde læringsmål. For det andre vil det være krevende for en utdanningsinstitusjon i spesialisthelsetjenesten å vurdere oppnåelse av læringsmålene fra LIS 1, både hva gjelder læringsmålene for sykehusspesialiteter avdelingen selv ikke representerer, og for målene i kommunehelsetjenesten av LIS 1. Det er også uklart hvordan denne delen av spesialistutdanningen skal komplementeres. Skal legene søke reststillinger? Dette vil i så fall kunne føre til et større press på stillinger i LIS 1, jf. våre kommentarer ovenfor. Legeforeningen mener det vil bli krevende å beregne gjennomført utdanning slik bestemmelsen gir anvisning på, og at det vil være krevende å få oppfylt denne tjenesten. Det må tas høyde for dette når det legges en plan for hvordan ordningen kan gjennomføres i praksis.

Det heter videre at ansettelser i strid med disse reglene kan være et moment i vurdering av om utdanningsvirksomheten oppfyller vilkårene for godkjenning. Det gis for øvrig ingen veiledning om hva som ligger i dette. Departementet viser til at høringsnotatet punkt 10.5 om oppfølging av utdanningsinstitusjoner omtaler dette, men vi kan ikke se at det gis noe særlig veiledning her. Legeforeningen ber om at dette presiseres.

### **Spesialistutdanningens tredje del (LIS 3) (høringsnotatet 9.7)**

---

<sup>2</sup> SSBs fremskrivningsmodell for legearbeidsmarkedet 2010 – 2035

Dette punktet inneholder ingen forslag til regulering eller omtale av innholdet i LIS 3 og Legeforeningen har ingen kommentarer.

#### **Fastsettelse av spesialiteter (høringsnotatet 9.8)**

Det bør forskriftsfestes i § 5 at Helsedirektoratet skal innhente faglig råd i fra Legeforeningen i slike saker.

#### **Læringsmål (høringsnotatet punkt 9.9)**

Legeforeningen støtter at det fortsatt skal defineres minimumstid for tjeneste i den enkelte spesialitet, og at dette skal forskriftsfestes. Dette er vi også forpliktet til i henhold til internasjonale avtaler. Legeforeningen støtter også at det forskriftsfestes konkrete læringsmål for den enkelte spesialitet, og at legenes realkompetanse skal legges til grunn for spesialistgodkjenning. Imidlertid trekker vi i tvil om dette ivaretas i tilstrekkelig grad i et system uten minimumskrav til praktisk erfaring og teoretisk skoling, og der utdanningsvirksomhetene gis myndighet til både å definere læringsaktivitetene og godkjenne måloppnåelsen.

#### ***Forskriftsfesting av læringsmål og beslutningsprosess ved nye eller endrede læringsmål(høringsnotatet 9.9.2 og 9.9.3)***

Legeforeningen er enig at det er hensiktsmessig å forskriftsfeste læringsmål. Legeforeningen støtter også et system med konkrete læringsmål for den enkelte utdanningsdel, som synliggjør hvilken kompetanse LIS skal ha oppnådd for å fullføre det aktuelle utdanningsnivå. Ved utformingen av læringsmålene må det være mulig å synliggjøre en struktur for progresjon også innenfor den enkelte utdanningsdel, spesielt ved utforming av læringsmål for del 3.

Forskriftsfesting må ikke sementere læringsmål, det vil være behov for å fjerne irrelevante læringsmål og innføre nye mål og teknikker når faglig utvikling tilsier det.

Legeforeningens spesialitetskomiteer må på eget initiativ kunne fremme anbefalinger om endringer i læringsmålene for den enkelte spesialitet, basert på fagfeltets utvikling nasjonalt og internasjonalt. Vi vil fremheve betydningen av tett dialog mellom Helsedirektoratet og Legeforeningen som faglig rådgiver, gjennom hele behandlingsprosessen i slike saker.

#### ***Læringsaktiviteter (høringsnotatet 9.9.4)***

Det er positivt at det skal innhentes råd fra spesialitetskomiteene om egnede læringsaktiviteter for det enkelte læringsmål.

Departementet foreslår at det ikke skal fastsettes obligatoriske krav til læringsaktiviteter, som f.eks. kurs (se punkt 9.9.4). Læringsmålene kan oppnås på flere forskjellige måter. Departementet skriver at læringsaktiviteter i all hovedsak er praktisk tjeneste, men kan også omfatte kurs, teoretisk undervisning, simulatortrening mm.

Legeforeningen har påpekt innledningsvis at dette er en, blant flere, foreslåtte endringer som vi mener vil ha uheldige konsekvenser for kvaliteten i spesialistutdanningen. Det heter at Helsedirektoratet vil utarbeide veileder – med "kan" regler, men som ikke vil være forpliktende.

Legeforeningen er enig i at mange læringsmål kan oppfylles gjennom et spekter av ulike aktiviteter. Samtidig må det sikres en nasjonal standard for kunnskaper og praktiske ferdigheter hos norske spesialister. En regulering som den foreslåtte vil bidra til å svekke de

teoretiske aspektene av utdanningen og vil ikke i tilstrekkelig grad sikre alle LIS nødvendig erfaring og praktiske ferdigheter.

Legeforeningen mener at minimumskrav til teoretiske læringsaktiviteter, som obligatoriske kurs og teoretisk internundervisning, må forskriftsfestes, se forslag til tilføyelse i § 3 annet ledd, og ny § 22. Vi mener også det må kunne angis konkrete krav til praktisk erfaring i læringsmålsformuleringene.

**Prosedyrekrav:** Ferdigheter kan bare læres/oppnås gjennom øvelse. Legeforeningen mener konkrete minimumskrav til erfaring og praktisk trening er nødvendig for å sikre at alle leger har kompetanse og nødvendige ferdigheter i sentrale deler av fagfeltet ved spesialistgodkjenning. Mange av læringsmålene bør derfor omfatte konkrete obligatoriske minstekrav til praktisk trening.

Departementet skriver at det kan stilles krav til å beherske spesifikke prosedyrer og teknikker i læringsmålene (s. 49 i høringsnotatet). Dette vil definere rammene, men i det skisserte systemet vil utdanningsvirksomhetene gis definisjonsmakt når det gjelder hva som ligger i å "beherske". I praksis vil drifts- og effektivitetshensyn ofte være i konflikt med utdanningshensyn. Legeforeningen ser det sterke ønsket som er uttrykt fra RHFene om økt fleksibilitet i utdanningen, som en bekreftelse på dette.

**Kursutdanning:** Obligatoriske kurs har vært en integrert del av alle utdanningene. Kursenes innhold endres i takt med fagets utvikling. Den nasjonale kursutdanningen skal sikre at alle leger i spesialisering får en felles faglig plattform for sin yrkesutøvelse. Gjennom kursutdanningen tilbys også praktisk ferdighetstrening, simulering og opplæring i temaer den enkelte utdanningsinstitusjon ikke kan forutsettes å ha nødvendig utstyr eller fasiliteter til å dekke. Den nasjonale kursutdanningen er også en viktig arena for erfaringsutveksling, samhandling, nettverksbygging og harmonisering/normering innenfor fagfeltet. Ofte deltar overleger på obligatoriske kurs og får verdifull etter- og videreutdanning. Antall og omfang av obligatoriske kurs kan sikkert diskuteres. Men dette er en svært verdifull læringsarena og en effektiv læringsform der mange kan delta samtidig. Både Danmark og Sverige har forskriftsfestede krav til den teoretiske utdanningen som del av sine systemer.

**Internundervisning:** Det er i dag definert konkrete krav til omfang av teoriundervisning knyttet til den kliniske virksomheten ved utdanningsavdelingene (internundervisning) i de generelle bestemmelsenes § 8. Legeforeningen mener at minstekrav til omfanget av slik undervisning må videreføres, men at det kan gis større fleksibilitet mht. hvordan undervisningen organiseres.

Fjernes konkrete krav til praktisk erfaring, minimumskrav til internundervisning og det nasjonale kurskravet, med spesifisering av temaer og minimumsvolum, vil det være betydelig rom for uheldig variasjon mellom de enkelte utdanningsstedene og risiko for utvikling av regionale forskjeller i utdanningstilbudet.

### **Minste utdanningstid (høringsnotatet 9.10)**

Legeforeningen støtter at det forskriftsfestes krav til minste utdanningstid for den enkelte spesialitet.

Det foreslås en minste utdanningstid på seks og et halvt år for alle spesialiteter, inkludert utdanningens første del. Den foreslåtte minimumstiden innebærer en utdanningstid av minimum 5 års varighet for del 3, eller for kombinasjonen av del 2 og 3 der det er aktuelt.

Mange spesialiteter får gjennom dette redusert utdanningslengde. For de nye indremedisinske og kirurgiske hovedspesialitetene reduseres minimumstiden med 1½ år.

Med unntak av de nye kirurgiske hovedspesialitetene, som vil ha en del 3 tilsvarende dagens grenspesialiserte tjeneste, vil reduksjonen ramme den spesialitetsspesifikke del 3. Selv med bedret organisering og koordinering av utdanningsløpene er det ikke realistisk å oppnå kompetansekravene og erverve tilstrekkelig erfaring på kortere tid en dagens normerte utdanningstid. De felles kompetansemodulene inneholder også mange elementer og må få tilstrekkelig tid. Kortere spesialiseringstid enn i dag er ikke forenlig med kvalitetsheving.

**Spesielt om indremedisinske fag:** Selv om de nye hovedspesialitetene inndelt etter organ/sykdomsgruppe vil snevre fagene noe inn, vil det indremedisinske fagfeltet fortsatt være karakterisert ved multisyke pasienter, pasienter med kroniske lidelser, multifarmasi, en stor andel eldre pasienter, m.m. Dette gjør at mange faglige vurderinger er komplekse, og at prosedyrer fra andre spesialiteter må kjennes godt og kunne vurderes. Indremedisinske fag krever både spisskompetanse, bredkunnskap og dyp teoretisk kunnskap, kombinert med å beherske praktiske prosedyrer. Det er vanskelig å se for seg at man i praksis vil oppnå målene innenfor 6,5 år inkludert del 1. I de indremedisinske fag er det enighet om at den felles faglig plattformen (del 2) må bestå av minimum 3 år med variert tjeneste. Det er usannsynlig at man etter dette kan oppnå hovedspesialitetene på bare 2 år i del 3, dvs. bygge opp faglig kompetanse som kardiolog, endokrinolog, nyrelege, etc. på bare 2 år. I disse 2 årene skal legen også opprettholde sin generelle breddekompetanse, og kanskje gå mange generelle vakter.

#### **Utdanningsvirksomheter (høringsnotatet kapittel 10 og forskriften kapittel 4)**

##### ***Dagens ordning (høringsnotatet 10.1)***

Departementet skriver at dagens system inneholder til dels detaljerte strukturkrav for eksempel at det stilles krav til antall overlegestillinger i vedkommende spesialitet, forholdet mellom antall utdanningsstillinger og overlegestillinger og antall timer internundervisning per uke. Det angis i høringsnotatet at disse kravene er fastsatt av Legeforeningen. Vi vil bemerke at alle nevnte krav er definert i de generelle bestemmelsene for spesialistutdanning av leger (§§ 5 og 8), vedtatt av Helse- og omsorgsdepartementet. Kravene er utdypet i "Krav til utdanningsinstitusjoner i spesialistutdanningen av leger" punkt 3, vedtatt av Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling.

Departementet mener, uten å drøfte eller begrunne, at det kan stilles spørsmål ved om disse kravene er treffsikre og omfattende nok for å sikre tilstrekkelige kvalitet i spesialistutdanningen. Departementets løsning er å fjerne en rekke strukturkrav. Mer konkret innebærer forslaget at:

- utdanningsvirksomhetene godkjennes på foretaksnivå
- kravet om utdanningsutvalg fjernes
- kravet om spesialist i 100% stilling på tjenestestedet fjernes og erstattes av et krav om spesialist tilsatt i virksomheten
- kravet til løpende teoriundervisning, med føringer for volum og hyppighet, fjernes
- kravet til hyppighet for veiledningssamtalene fjernes
- kravene til veileder svekkes (m.h.t. spesialistkompetanse, og tjenestested)
- kravet om at LIS alltid skal ha tilgang til supervisjon fra spesialist ansatt i samme utdanningsenhet fjernes
- kravet til fagkompetanse for attestasjonsmyndighet svekkes

- at utdanning skal kunne foregå utenfor godkjente utdanningsvirksomheter

### ***Godkjenning av utdanningsvirksomheter (høringsnotatet 10.2 /forskriften § 18)***

Legeforeningen støtter at kravene til utdanningsvirksomheter forskriftsfestes.

Departementet skriver at forslaget i hovedsak innebærer en videreføring av dagens system. Legeforeningen er enig i at beskrivelsen av rollefordelingen, med Helsedirektoratet som godkjenningsmyndighet og Legeforeningen som faglig rådgiver for godkjenning og kvalitetssikring, representerer en videreføring av dagens ordning. Imidlertid mener vi at strukturkravene til utdanningsvirksomhetene og reguleringen av kvalitetssikringen er svekket i det foreliggende forslaget, sammenlignet med gjeldende ordning. Legeforeningen viser til tidligere møter med departementet der vi har gitt uttrykk for at dette er svært uheldig og gitt konkrete innspill til hvordan systemkravene kan reguleres. Vi mener det er helt avgjørende å videreføre visse konkrete forskriftskrav til utdanningsvirksomhetene. Forskriftskravene skal sikre nasjonal spesialisering med likeverdig utdanningstilbud over hele landet. De må legges til grunn ved godkjenning av utdannings**senheter**, og danne grunnlag for kvalitetssikring, og eventuelle pålegg og sanksjoner.

Vi vil i det følgende knytte noen kommentarer til de sentrale punktene. Se også til slutt i dokumentet for våre forslag til regulering.

#### ***Det er selve virksomheten som skal godkjennes (høringsnotatet 10.2.1)***

Forslaget innebærer videre at kravene til virksomhetene formuleres som overordnede funksjonskrav på virksomhetsnivå. Det foreslås at det er utdannings**virksomheten**, f.eks. et helseforetak, som godkjennes, ikke den enkelte sykehusavdeling, enhet eller seksjon, slik systemet er i dag.

Det er positivt at departementet uttrykker en klar intensjon og forventning om tydeligere ledelsesforankring av spesialistutdanningen. Det er også positivt at godkjenning på virksomhetsnivå skal bidra til å tydeliggjøre utdanningsvirksomhetenes ansvar for helhetlige, strukturerte utdanningsløp. Imidlertid er det det faktiske utdanningstilbudet ved det enkelte tjenestested som må ligge til grunn for hvilke læringsmål som kan oppfylles og attesteres på tjenestestedet. Strukturelle krav til kompetanse, supervisjon og veiledning må gjelde for den enkelte utdanningsenhet, ikke bare på virksomhetsnivå, og må legges til grunn ved valg av utdanningsarenaer.

Legeforeningen er enig i det departementet skriver i punktets siste avsnitt om at godkjenning på virksomhetsnivå kan gjøre det vanskelig å vurdere kvaliteten i en enkelt enhet, særlig i de store helseforetakene med flere læringsarenaer innen en enkelt spesialitet. Vi viser blant annet til det vi har skrevet innledningsvis om fare for ansvarspulverisering.

Legeforeningen mener det er helt avgjørende å videreføre visse lovkrav til utdanningsvirksomheten, og at disse kravene bør gjelde både for virksomheten som helhet og for den enkelte utdanningsenhet/læringsarena. Ut fra våre erfaringer er det nødvendig med spesifiserte og mer detaljerte godkjenningskriterier for å få til en reell fagfelleevaluering som virksomhetsledelsen må ta hensyn til. Bare på denne måten vil utdanningen reelt bli ledelsesforankret. Dette må formuleres som tydelige krav i forskriften. Vi viser til tidligere møter med departementet der vi har gitt uttrykk for at dette har stor betydning for kvaliteten i utdanningen, og har gitt konkrete innspill til hvordan systemkravene kan reguleres. Disse er inntatt i forslag til presisering i §§18 og forslag til ny 20,21 og 22.

### ***Godkjenning for hver spesialitet (høringsnotatet 10.2.2)***

Det presiseres i høringsnotatet at godkjenning skal gis for den eller de spesialiteter som virksomheten tilbyr utdanning i. Dette er noe uklart i merknadene til § 18 og vi foreslår at omtalen under punkt 10.2.2 inntas i sin helhet i merknaden til bestemmelsen. Det bør komme klarere frem i forskriftsteksten at godkjenningen er spesifikk for den enkelte spesialitet. Vi har noen forslag til presisering i § 18. Det må også være klart at godkjente virksomheter kan miste godkjenningen for enkeltspesialiteter. Dette må komme tydelig frem i merknadene til forslaget § 22 (ny § 25). Det er noe uklart det som står i merknadene til denne bestemmelsen der det heter: "Dersom virksomheten ikke lenger oppfyller kravene vil dette kunne medføre at godkjenning som utdanningsvirksomhet kan trekkes tilbake." Det må som sagt fremgå av merknaden at virksomheten ikke nødvendigvis vil miste godkjenning for hele virksomheten, men kan miste den for enkeltspesialiteter. Det er positivt at departementet presiserer at læringsarenaer som ikke tilfredsstillter kravene ikke skal kunne benyttes til utdanning. For at en slik bestemmelse skal kunne håndheves, må det foreligge konkrete systemkrav og kriterier for vurdering.

### ***Innhenting av faglige råd (høringsnotatet 10.2.3)***

Det er positivt at det forskriftsfestes at Helsedirektoratet skal innhente faglig råd fra Legeforeningens spesialitetskomiteer før det fattes vedtak om godkjenning av utdanningsvirksomheter.

### ***Krav til utdanningsvirksomhetene (høringsnotatet 10.3/forskriften §§ 19,20,21)***

Dagens krav til utdanningsinstitusjoner er ikke, som departementet fremstiller det, Legeforeningens krav, men vedtatt av myndighetene (se vår kommentar under punktet om dagens ordning).

Forslaget innebærer at kravene til utdanningsvirksomheter skal formuleres overordnet som funksjonskrav, krav til plansystemer osv., og at virksomhetene selv skal sikre at det etableres nødvendige systemer. Intensjonen er at helsetjenesten skal ta ansvar for at utdanningsaktiviteter blir en integrert del av den ordinære medisinske virksomheten. Samtidig fremheves det at det ønskes større fleksibilitet til å kunne tilpasse læringsaktivitetene til virksomhetens ordinære drift. Departementet mener en slik endring representerer en oppgradering av kvalitetssystemet.

Det er positivt at helsetjenesten forventes å ta et mer aktivt ansvar for spesialiseringen, men Legeforeningen deler ikke departementets vurdering av at forslaget representerer en kvalitetshevning. Konkrete strukturelle krav er avgjørende for å sikre et likeverdig utdanningstilbud uavhengig av tjenestested, for kvalitetssikring av utdanningsvirksomheten og for utøvelse av pålegg og sanksjoner.

### ***Faglige forsvarlige rammer (høringsnotatet 10.3.1)***

Forslagets § 19 sier at utdanningen skal skje "innen faglig forsvarlige rammer", og gi "tilstrekkelig kvalitet". Uten konkrete systemkrav foreligger det ingen kriterier for hva "tilstrekkelig" innebærer i denne sammenheng. Det er forsvarlighetskravet som synes å legge listen for utdanningsvirksomhet i forskriftsforslaget. Legeforeningen mener forsvarlighetskravet ikke sikrer god utdanning. § 19 bør skjerpes og tilføres krav om kvalitet som går ut over "forsvarlig" og "tilstrekkelig", listen for utdanning av spesialister i Norge må ligge på "god praksis" nivå.

### ***Organisering av arbeidet med utdanning (høringsnotatet 10.3.2)***



Forslaget viderefører ikke dagens krav til utdanningsutvalg ved den enkelte utdanningsenhet, med den begrunnelse at dette gir rom for mer fleksible løsninger. De konkrete kravene til struktur og organisering av utdanningen er erstattet av § 19 bokstav b der det kreves at virksomheten skal utarbeide en plan for hver spesialitet. I planen skal det beskrives hvordan arbeidet med spesialistutdanningen er organisert og hvordan ansvaret er plassert, herunder hvordan fagmiljøet og leger i spesialisering sikres innflytelse på utforming av utdanningstilbudet.

Det er positivt at bestemmelsen omtaler organisering av utdanningen, men begrepet "tydelig ansvars plassering" sikrer ikke at utdanning gis tilstrekkelig prioritet og faglig kvalitet. Det er ikke beskrevet eller regulert på hvilken måte fagmiljøene og LIS skal sikres innflytelse.

Legeforeningen mener at det er nødvendig med strukturer som sikrer tett samarbeid mellom leder og fagmiljø ved planlegging og gjennomføring av enhets utdanningsvirksomhet. Å utforme og drifte spesialistutdanning krever særlig innsikt og kompetanse, og det er ressurskrevende. Linjeledere kan ha bakgrunn fra andre spesialiteter eller andre profesjoner. Leder vil da ikke ha et tilstrekkelig faglig grunnlag for selvstendig å utforme utdanningsløp og relevante læringsaktiviteter, eller for å evaluere disse med hensyn til faglig innhold og kvalitet. Spesialister i faget må ha en sentral rolle i utformingen av utdanningstilbudet, og brukerperspektivet må ivaretas gjennom deltagelse av representanter for legene i spesialisering.

I dagens system har utdanningsutvalgene viktige funksjoner i avdelingens totale faglige aktivitet, som organisering og gjennomføring av internundervisning, organisering av veiledning, tilrettelegging for fagutvikling og forskning og organisering av kursvirksomhet. Utdanningsutvalgene bidrar til strukturert oppfølging av utdanningsplaner og vurderinger. De bidrar også med tilrettelegging for videre- og etterutdanning for avdelingens spesialister. Noen utvalg bidrar også i FOU virksomhet.

Utdanningsutvalgene har vært et virkemiddel for å sikre et forpliktende samarbeid mellom fagmiljøet og ledelsen om spesialisering av leger. Gjennom representasjon i utdanningsutvalgene har legene i spesialisering vært sikret innflytelse på egen utdanningssituasjon, og utvalgene har også fungert som et talerør for LIS dersom det har vært behov for korrigerende av utdanningsmessige forhold.

Legeforeningen mener det må formaliseres et krav til strukturer som sikrer fagrepresentasjon, ved spesialister i faget, og representasjon av leger i spesialisering i arbeidet med utforming av utdanningstilbudet ved den enkelte utdanningsenhet. Dette er ikke i konflikt med et ledelsesforankret ansvar for spesialistutdanningen. Vi anbefaler at det tas inn en paragraf om et rådgivende kompetanseutvalg, bestående av minst en spesialist i faget og representant for leger i spesialisering, som kan samarbeide med og bistå leder i arbeidet med utforming og gjennomføring av enhetens utdanningsvirksomhet, se forslag til ny § 21.

### ***Krav til stabilt og kompetent fagmiljø (høringsnotatet 10.3.3)***

Legeforeningen mener det er svært uheldig at konkrete minimumskrav til spesialistbemanning på den enkelte utdanningsenhet foreslås fjernet. Departementet skriver at i ny ordning for spesialistutdanning må kravet til supervisjon sees i sammenheng med de enkelte læringsmål og læringsarenaer, ikke først og fremst det enkelte tjenestested. Utover dette er forslaget ikke begrunnet.

I forslaget til forskrift, § 19 e), er kravet til spesialistkompetanse svakt formulert. Det heter at virksomheten skal ha "ansatte spesialister for hver av spesialitetene det søke godkjenning for, og der minst halvparten av disse er fast ansatt." Det stilles ikke krav til spesialistkompetanse på den enkelte enhet.

Legeforeningen mener at konkrete krav til spesialistbemanning på det enkelte tjenestested må forskriftsfestes, se Legeforeningens forslag til forskrift § 20.

Utdanningen skapes der LIS tjenestegjør, dvs. på den enkelte læringsarena. Det faktiske utdanningstilbudet på det enkelte tjenestested må ligge til grunn når det avgjøres hvilke læringsmål som kan oppfylles på tjenestestedet. Sentrale elementer i vurderingen vil, som departementet skriver i høringsnotatet, være pasientgrunnlag, faglig og akademisk kompetanse, medisinskfaglige aktiviteter og forskningsaktiviteter. En enhet som ikke har behov for en fulltidsansatt spesialist er ikke egnet som læringsarena. Dersom spesialistbehovet er så lavt kan man regne med at pasientgrunnlaget og oppgavefordelingen ikke er tilstrekkelig for å drive spesialistutdanning.

Spesialister i faget må ha ansvar for opplæring, supervisjon, veiledning og vurdering på alle læringsarenaer. Legeforeningen mener at det ikke er tilstrekkelig med et krav om at det er tilsatt spesialister i virksomheten. Kvalitet i utdanningen må sikres gjennom konkrete krav til kompetanse på det enkelte tjenestested der LIS utdannes. Utdanningsenhetene må gis ansvar for å legge til rette for at lege i spesialisering alltid har tilgang til supervisjon fra overlege som er spesialist i vedkommende fag på tjenestestedet. Det er for eksempel uakseptabelt dersom kravene tilfredsstilles ved at et foretak (virksomheten) har spesialister på Elverum, slik at LIS som tjenestegjør på Gjøvik (samme foretak) ikke sikres tilstedeværende spesialister. Slik bestemmelsen er utformet vil en slik organisering være lovlig. LIS er avhengig av supervisjon og veiledning for å kunne utvikle sin kompetanse og sine ferdigheter. Det er helt nødvendig at LIS har spesialist tilgjengelig på sin arbeidsplass i det daglige arbeidet for supervisjon og faglig drøfting.

Det er viktig for å opprettholde et forsvarlig læringsmiljø og nødvendig for å kunne gi god opplæring, at en overlege ikke skal ha ansvar for oppfølging av for mange LIS. Overlegene er i full klinisk stilling og skal være aktivt tilstede i pasientbehandling. Det er i liten grad satt av tid til supervisjon og veiledning av LIS. I en travel hverdag vil dette i praksis måtte gjøres ad hoc mellom andre arbeidsoppgaver. En fjerning av kravet om en forsvarlig ratio mellom LIS og overleger vil kunne medføre at avdelinger bemannes med flere LIS og færre overleger, og svekke mulighetene LIS har til supervisjonen og veiledningen.

#### ***Plan for den enkelte spesialitet (høringsnotatet 10.3.4)***

Legeforeningen støtter at det forskriftsfestes at utdanningsvirksomhetene skal utarbeide en helhetlig plan for utdanningen i den enkelte spesialitet. Det er positivt at departementet presiserer at det må beskrives hvilke læringsmål som kan oppfylles i virksomheten, hvilke læringsarenaer som skal tas i bruk for å oppfylle ulike læringsmål og hvordan supervisjon skal ivaretas på den enkelte læringsarena.

Det er også positivt at utdanningsvirksomhetene gis ansvar for å inngå avtaler med andre virksomheter som kan tilby utdanning virksomheten ikke kan dekke selv. Avtaler mellom en godkjent utdanningsvirksomhet og samarbeidende virksomheter må omfatte en konkret plan for utdanningen og beskrive hvordan supervisjon, veiledning og teoriundervisning skal ivaretas. Det må stilles de samme krav til dokumentasjon, oppfølging og kvalitetssikring for

slik tjenesten som for ordinær tjeneste i den godkjente utdanningsvirksomheten, se for øvrig Legeforeningens kommentarer til 9.2.1 og 9.2.2.

Legeforeningen støtter at planene skal være offentlige, og at de skal legges til grunn ved godkjenning og oppfølging av utdanningsvirksomhetene. Dette forutsetter at planene revideres jevnlig, at de endres umiddelbart ved endringer i utdanningstilbudet av faglig eller strukturell art, og at Helsedirektoratet varsles ved endringer. Dette må reguleres som krav i forskriften, se forslag til ny § 18 tredje ledd.

Departementet presiserer i høringsbrevet at teoriundervisningen ikke skal nedprioriteres, og angir at det må synliggjøres i planene for utdanningsvirksomhetene at teoriundervisningen har nødvendig omfang og kvalitet. Det er positivt at departementet nevner særskilt at dette skal kunne etterprøves ved fagfellevurdering. Det forutsetter at det ikke bare er et krav om plan for utdanningen, men også et krav om dokumentasjon av faktisk gjennomføring.

Departementet foreslår å fjerne dagens krav om et løpende teoretisk undervisningsprogram på minimum to undervisningstimer per uke. Dette begrunnes med at det i omlegging til ny struktur er naturlig å se teoretisk undervisning i sammenheng med de enkelte læringsmålene og læringsaktivitetene.

Det er viktig at teoretisk undervisning er en integrert del av den praktiske opplæringen og supervisjonen i det daglige arbeidet. Det er imidlertid ikke realistisk at den enkelte LIS skal kunne opparbeide et tilstrekkelig teoretisk fundament bare gjennom sitt daglige kliniske arbeid. Det er behov for utdypning gjennom strukturert teoretisk opplæring i tillegg.

Faglige fellesarenaer er av betydning for utvikling og vedlikehold av kompetanse, både for spesialister og leger i spesialisering, på alle tjenestesteder uavhengig av størrelse. Internundervisningen er en viktig arena for kompetansebygging, faglig refleksjon og harmonisering av praksis. Internundervisning skal sikre det teoretiske fundamentet for faglig virksomhet i spesialiteten. En kombinasjon av problembasert læring, forelesninger, gjennomgåelse av akuttmedisinske problemstillinger, prosedyrer, pasientkasuistikker og faglitteratur gir en variert presentasjon av de sentrale områder av spesialiteten. Spesialister og LIS kan diskutere nye faglige retningslinjer, nye metoder, videreformidle innhold fra kurs og kongresser. Overlegene bør i størst mulig grad delta i den teoretiske undervisningen, både for sin egen faglige oppdatering og for å tilføre diskusjonene faglig tyngde. Internundervisning er et effektivt virkemiddel for sikring av den faglige kvaliteten på utdanningen, og indirekte også for faglig forsvarlig behandling, i det den gir konkret og nødvendig teoretisk grunnlag for det kliniske arbeidet, og bidrar til enhetlig lokal faglig praksis.

Departementet skriver at teoriundervisningen skal ha "nødvendig" omfang. Uten konkrete krav vil dette være gjenstand for skjønn. Spesialitetskomiteene vil ha behov for kriterier for å gi anbefalinger. Helsedirektoratet trenger kriterier og krav som grunnlag for pålegg og sanksjoner.

Departementet skriver også at det kan være krevende å sikre tilstrekkelig kvalitet og omfang av teoretisk undervisning i en presset driftssituasjon. Dette er i samsvar med Legeforeningens erfaringer fra den årlige rapporteringen og besøkene ved utdanningsinstitusjonene.

Et samlet fagmiljø fraråder at konkrete krav til internundervisning fjernes og vi mener det er nødvendig å forskriftsfeste et minimumskrav til omfanget av strukturert teoretisk internundervisning. Vi ser imidlertid at det kan være behov for noe mer fleksibilitet for

utdanningsvirksomhetene og foreslår derfor å forskriftsfeste at det skal gjennomføres 70 undervisningstimer årlig, se vårt forslag til § 22 om krav til internundervisning.

### ***Behov for systemkrav om etterutdanning (forskriften § 19)***

Som nevnt innledningsvis savner vi omtale og regulering av utdanningsinstitusjonenes ansvar for spesialisters etterutdanning. Dette er i dag regulert i generelle bestemmelser for spesialistutdanning § 8 der det heter: "Avdelingen skal også rapportere om spesialistenes etterutdanning." I § 8 stilles det også krav om at utdanningsutvalget skal bidra til å stimulere til etterutdanning av legespesialister og koordinere avdelingens etterutdanningsvirksomhet. En forutsetning for god spesialistutdanning er at utdanningsvirksomhetenes spesialister, som står for den praktiske og teoretiske opplæringen og supervisjon, er faglig oppdatert og praktiserer i tråd med fagfeltets utvikling. Legeforeningen mener at det må innføres krav til plan og rapportering knyttet til etterutdanning i systemkravene for virksomheten i forslaget § 19. Dette må legges til grunn ved vurdering av utdanningsvirksomheten, både på godkjenningstidspunktet og i den løpende vurderingen av virksomheten. Se vårt forslag til § 19 (ny) bokstav c.

### ***Legge til rette for utdanning overfor den enkelte lege (høringsnotatet 10.3.5)***

Forskriften § 20 pålegger utdanningsvirksomheten et tilretteleggingsansvar. Legeforeningen er enig i at dette er en viktig bestemmelse, og vil nedenfor kommentere de ulike delene av bestemmelsen. Vi påpeker at også her gjør høringsnotatet drøftinger som viser at utdanningsaktiviteter må tilpasses daglig drift. Vi viser til at utdanning er en kjerneoppgave for helseforetakene, på lik linje med pasientbehandlingen.

### ***Individuell utdanningsplan (høringsnotatet 10.3.6)***

Det er svært positivt at utdanningsvirksomhetene pålegges å utarbeide en helhetlig individuell plan for den enkelte LIS, og at det spesifiseres at planen skal angi når og på hvilken læringsarena de enkelte læringsmålene skal oppnås. Dette innebærer en klar forbedring sammenlignet med dagens system, og vil trolig ha positiv effekt både på utdanningskvalitet og utdanningslengde.

Legeforeningen vil imidlertid kommentere forbeholdene som beskrives i høringsnotatet. Departementet skriver at "Rekkevidden av virksomhetens ansvar begrenses av om pasientgrunnlag, endringer i behandlingsmuligheter, oppgavedeling mellom sykehus mv. gjør det mulig å tilby læringsaktiviteter for å oppfylle enkelte læringsmål". Legeforeningen mener virksomhetens ansvar må bestå også ved slike endringer. I henhold til § 20 a) skal den individuelle planen for LIS revideres ved behov. Det kan ved endringer som nevnt over ikke forventes at utdanningen følger den opprinnelige planen, men virksomheten må være forpliktet til å finne likeverdige alternative løsninger, om nødvendig gjennom å inngå avtaler med andre aktører.

Legeforeningen vil imidlertid kommentere det som står avslutningsvis i punktet om at planen bare skal være veiledende og at den derfor ikke vil være bindende for verken utdanningsvirksomheten eller legen, og vil ikke gi legen rett til å kreve å få gjennomføre bestemte læringsaktiviteter. Dette bidrar til å skape stor usikkerhet og liten forutsigbarhet for LIS legen og tilsvarende stort handlingsrom for utdanningsvirksomheten. Dette er nok et eksempel på at det er et betydelig misforhold mellom manglende rettigheter og forutsigbare løp for LIS og manglende regulering av ansvar for utdanningsvirksomheter. Dette er særlig betenkelig i et system hvor det er lagt så stor frihet til virksomheten.

### ***Veiledning og supervisjon (høringsnotatet 10.3.7)***

Det er positivt at departementet vil forskriftsfeste en plikt for utdanningsvirksomhetene til å sikre at den enkelte lege får nødvendig supervisjon og veiledning på alle læringsarenaer. Det er også positivt at det presiseres at veileder for LIS 2 og 3 må være spesialist i henholdsvis en av den faglige plattformens spesialiteter eller den aktuelle spesialitet.

For LIS 1 angis kravet i utkastet til forskriftstekst og merknad å være "lege med nødvendig erfaring". I høringsnotatet angis "LIS 3 med nødvendig erfaring." I spesialitetene allmenmedisin og psykiatri, som inngår i fagkretsen for LIS 1, starter utdanningen i del 3 umiddelbart etter del 1. Det er ikke definert kriterier for hva som ligger i "nødvendig" erfaring. Legeforeningen mener det bør spesifiseres et minimumskrav til erfaring etter del 1 før man kan oppnevnes som veileder for LIS 1.

Departementet åpner for at veileder kan være ansatt i annen utdanningsvirksomhet enn der LIS arbeider. Dette er Legeforeningen sterkt uenig i. Veiledning omfatter bl.a. refleksjon, rådgivning, observasjon og vurdering av faglig progresjon og profesjonell utvikling, og tar utgangspunkt i LIS daglige arbeid. Individuell veiledning og vurdering av kompetanse og progresjon forutsetter at LIS og veileder arbeider i samme utdanningsenhet. Dette gjelder uavhengig av om LIS er midlertidig eller fast ansatt. Hvis man ser for seg en fjern veileder i et annet fylke/sykehus som i tillegg har mange LIS å veilede, vil dette kunne bli rene proforma-veiledere uten god kontakt med sine LIS. Legeforeningen mener det må det være et krav at alle LIS har veileder, spesialist i faget, på det enkelte tjenestested.

Legeforeningen mener det må forskriftsfestes krav om at utdanningsvirksomhetene beskriver hvordan veiledningen organiseres og dokumenterer hvordan veiledning gjennomføres i virksomheten. Dette må inngå i utdanningsvirksomhetenes rapportering og kunne etterspørres ved fagfelleevaluering av utdanningsvirksomhetene.

Legeforeningen har et forslag til presisering i forslaget § 19 c) iv, i forslaget § 20 annet ledd (ny § 23 annet ledd) og forslag til ny § 20 annet strekpunkt.

Legeforeningen er enig i at behovet for supervisjon vil variere, avhengig av den enkelte leges erfaring og kompetanse, og avhengig av situasjon. LIS tidlig i sitt utdanningsløp vil i mange situasjoner kunne få adekvat supervisjon av en erfaren LIS, erfarne LIS vil kunne håndtere også krevende situasjoner med økende grad av selvstendighet. Men også den erfarne LIS må til en hver tid være sikret supervisjon når situasjonen krever det. Legeforeningen mener systemkravene må sikre at alle leger i spesialisering har løpende tilgang til supervisjon fra spesialist som kjenner pasientene og avdelingens virksomhet. Se vårt forslag til ny § 20 tredje strekpunkt.

### ***Vurdering og dokumentasjon av oppnådde læringsmål (høringsnotatet 10.3.8/ forskriften § 21)***

Det heter i forskriften § 21 at det er utdanningsvirksomheten som skal sørge for at legen får løpende vurdering av om læringsmålene er oppnådd og at oppnådde læringsmål dokumenteres så snart som mulig. Departementet presiserer at vurdering og dokumentasjon er et ledelsesansvar.

Faglige vurderinger står helt sentralt når det skal avgjøres om læringsmål kan anses som oppnådd. Legeforeningen mener et evalueringskollegium bestående av leder, spesialister som har bidratt med supervisjon, legens veileder og spesialisten som har det overordnede medisinskfaglige ansvaret for det aktuelle emnet må foreta vurderingen av om hovedlæringsmål kan attesteres som oppnådd. Observasjon av LIS i det daglige arbeidet, med

vurdering av praktiske ferdigheter, teoretisk kompetanse og holdninger, samt dokumentasjon av gjennomførte læringsaktiviteter, som kurs og et nødvendig volum av praktiske prosedyrer, må legges til grunn for vurderingen av om LIS har ervervet tilstrekkelig erfaring og kompetanse. Et evalueringskollegium er viktig både med hensyn til legens rettssikkerhet i spesialistgodkjenningen, og for å sikre at godkjenning av læringsmål skjer på et tilfeldig eller for svakt faglig grunnlag. Vi har derfor forslag til ny § 21 første ledd. Vi anbefaler at dersom forslaget tas til følge, at merknadene til bestemmelsen inneholder en nærmere beskrivelse av kollegiet.

Departementet foreslår videre at dersom en LIS ikke får bekreftelse på at et læringsmål er oppnådd, kan legen kreve at Helsedirektoratet sørger for ny vurdering ved annen utdanningsvirksomhet. Dersom læringsmålet fremdeles ikke vurderes oppnådd, kan ikke LIS kreve ny vurdering før legen har hatt relevant utdanning i minst seks måneder.

Legeforeningen mener at det er flere utfordringer knyttet til et slikt system. Det beskrives ikke på hvilket grunnlag den andre utdanningsvirksomheten skal foreta sin vurdering. Som beskrevet over, må både praktiske ferdigheter, teoretisk kompetanse og holdninger vurderes direkte gjennom observasjon av LIS i daglig arbeidet, i tillegg til vurderingen av samlet erfaring og kompetanse gjennom dokumentasjon av gjennomførte læringsaktiviteter. Slik vurdering vil kreve at LIS tjenestegjør i den andre avdelingen i en kortere eller lengre periode.

Legeforeningen er uenig i departementets forslag om at direktoratet skal konsultere spesialitetskomiteen for å finne en aktuell virksomhet for ny vurdering. Legeforeningen mener det ikke er behov for faglig råd fra spesialitetskomiteene i slike saker, det eneste relevante kriteriet for valg av annen virksomhet er at mottakende utdanningsvirksomhet har godkjenning for å tilby utdanning i de aktuelle læringsmålene. Helsedirektoratet vil kunne tildele vurderingssted basert på slik godkjenning.

Departementets forslag reiser også spørsmålet om i hvilken stilling en eventuell "tilleggstjenesten" skal utføres, dersom heller ikke den nye vurderingen fører til bekreftelse av oppnådd læringsmål. Dette vil antakelige være mindre problematisk for LIS i fast stilling – men fremstår som uavklart for leger som ikke har fast stilling. Hvordan skal denne regelen f.eks. praktiseres for leger i del 1 som er ansatt i midlertidige stiller? Faller de ut av ordningen og må søke på nytt, enten på restplasser eller ny LIS 1 stilling?

Det er viktig å sikre at arbeidsgiver tilrettelegger i slike saker. Det må være systemer som sikrer ryddige prosesser og at LIS får den veiledning, tilrettelegging og oppfølgingen som trenges underveis i prosessen. Det følger av § 20 at utdanningsvirksomheten har en tilretteleggingsplikt. Tilrettelegging på utdanningsstedet må være foretatt før den eksterne vurderingen gjennomføres, og det må dokumenteres hvilke tiltak som er gjort for å tilrettelegge for LIS. Det bør i § 21 henvises til tilretteleggingsplikten i § 20. Det må videre reguleres i § 21 hvem som skal foreta den "siste" vurderingen av om læringsmålene er oppnådd (etter 6 måneders "tilleggstjeneste").

I dagens system søker turnusleger om godkjenning til Helsedirektoratet. Godkjenningen er et enkeltvedtak og kan påklages etter forvaltningslovens regler. Dette gir turnuslegen viktige rettsikkerhetsgarantier. Denne godkjenningen og klageadgangen forsvinner med det foreslåtte systemet, og erstattes av ovennevnte vurderingssystem i forskriften § 21. En offentlig godkjenning og tilhørende klageadgang er kanskje særlig viktig i LIS 1 der legen er nyutdannet og trenger noe mer tid til modning og utvikling. Særlig i kommunehelsetjenesten

kan det være mindre forhold og lettere at personlige konflikter kan komme i veien for objektive vurderinger. En klageadgang til en objektiv klageinstans som skal vurdere om saksbehandlingsregler er fulgt er en helt sentral rettsikkerhetsgaranti som må være en del av en offentlig spesialistgodkjenning. Vi ber departementet vurdere å innføre en offentlig (del)godkjenning av LIS1 og en klageadgang.

#### ***Bekreftelse på gjennomført praktisk tjeneste (høringsnotatet 10.3.9)***

Bekreftelsen fra utdanningsvirksomheten er ikke en attest der arbeidsgiver skal vurdere kvalitet, men en bekreftelse på hvor lenge legen har arbeidet, hvilken stilling og eventuelt fravær. Bekreftelsen er nødvendig for å dokumentere at utdanningstiden oppfyller minstekravet på seks og et halvt år. Legeforeningen har ingen kommentarer.

#### ***Ansvar for deler av utdanningen ikke gjennomføres ved godkjente utdanningsvirksomheter (høringsnotatet 10.4)***

Når deler av utdanningen gjennomføres ved ikke godkjente utdanningsinstitusjoner foreslår departementet at ansvaret for utdanningen med supervisjon, veiledning, vurdering av læringsmål mm skal ligge på den godkjente utdanningsvirksomheten der legen er ansatt. Det heter videre at avtalene med den ansvarlige utdanningsvirksomheten skal omfatte: hvilke læringsmål virksomheten kan tilby, hvilke læringsarenaer som skal benyttes og hvordan det skal tilrettelegges for supervisjon, samt hvordan det skal legges til rette for vurdering av oppnådde læringsmål. Veilederen skal fortsatt være ansatt ved den godkjente virksomheten. LIS må ha tilgang til supervisjon og veiledning på tjenestestedet, og vurdering må omfatte observasjon av legens ferdigheter og kompetanse relatert til det daglige arbeidet. Legeforeningen viser til det vi har skrevet ovenfor under punkt 9.2 og 10.3 for utdypende kommentarer til dette punktet.

#### ***Løpende vurdering av utdanningsvirksomhetene (høringsnotatet 10.5/forskriften § 22)***

Legeforeningen påpeker at dette er en viktig bestemmelse for å sikre kvalitet og har flere forslag til presiseringer i bestemmelsen (forslaget § 22, ny § 25).

Ved fravær av nasjonale krav til struktur, er det uklart hvilke kriterier som skal legges til grunn for vurdering av utdanningsvirksomheten. Det er også uklart hva konsekvensene blir hvis utdanningsvirksomheten ikke ivaretar utdanningsansvaret på en tilfredsstillende måte, og hvordan dette kan følges opp i Helsedirektoratets løpende vurdering av virksomhetene etter § 22. Det heter riktignok i § 18 tredje ledd at godkjenning skal baseres på en faglig bedømming av om utdanningsvirksomheten oppfyller kravene i §§ 19, 20 og 21. Det er imidlertid liten veiledning om hvilke konsekvenser mangel på for eksempel involvering av fagmiljøene vil ha for godkjenning av virksomheten.

I dagens regulering må godkjente utdanningsinstitusjoner avlegge årlige rapporter om utdanningsvirksomheten. I forslaget er bestemmelsen som omhandler oppfølging av allerede godkjente utdanningsinstitusjoner vagt formulert og sier lite om hvordan dette skal foregå. Helsedirektoratet skal sette rammene for fagfelleevalueringen. Direktoratet pålegges ingen plikt til periodisk å undersøke hvorvidt en utdanningsinstitusjon fremdeles holder adekvat standard. Det er ikke forskriftsfestet hvor ofte utdanningsinstitusjonene skal rapportere. Legeforeningen mener det er behov for å regulere hyppighet. Forskriften må inneholde en beskrivelse av hva som menes med ”løpende” og en beskrivelse av Helsedirektoratets plikter. Legeforeningen har skrevet forslag til forskriftsbestemmelse. En nærmere beskrivelse bør også inngå i merknaden til bestemmelsen.

Utdanning av spesialister er ikke statisk og virksomhetenes aktiviteter og forutsetninger endres stadig. Det er derfor viktig at de må rapportere jevnlig om utdanningsvirksomheten. Årlig rapportering er helt sentralt for å kunne tilse at denne drives etter beste praksis. Rapporteringen kan f.eks. knyttes til ledelsens gjennomgang. Dette vil bidra til at rapporteringen faktisk skjer årlig, og plasserer ansvaret for utdanningsvirksomheten til ledelsen. En forutsetning må være at man har et adekvat elektronisk verktøy for slik rapportering.

Legeforeningens spesialitetskomiteer skal gi faglige råd når en utdanningsvirksomhet skal vurderes. Fagfellevurdering nevnes i høringsnotatet, men i forslaget til regulering beskrives ingen systemer eller strukturer for hvordan faglig rådgivning skal foregå. Legeforeningen mener fagfellevurdering gjennom spesialitetskomiteenes besøk ved utdanningsvirksomhetene må stå sentralt i kvalitetssikringen av utdanningssystemet. Spesialitetskomiteene må fortsette sitt arbeid med jevnlig besøksvirksomhet. Legeforeningen mener at spesialitetskomiteene på eget initiativ skal kunne gjennomføre besøk, ikke måtte vente på at Helsedirektoratet ber om det eller at en "situasjon" oppstår. Forskriften må inneholde en nærmere beskrivelse av systemer for fagfellevurdering, inkludert besøksordningen.

Det er også omtalt i høringsnotatet at godkjente utdanningsvirksomheter i tillegg bør vurderes av leger i spesialisering som er ansatt ved avdelingen. Dette er ikke forskriftsfestet og derfor heller ikke omtalt i merknader. Legeforeningen ber om at dette forskriftsfestes og har skrevet forslag til forskriftstekst i forslaget § 22 (ny § 25).

#### **Overgangsordning (høringsnotatet 10.6)**

Legeforeningen påpeker at overgangsordningen som reguleres i forskriften § 32 ikke er relevant før 1. mars 2019. Dagens godkjenningsordning, der utdanningsinstitusjonene er godkjent som henholdsvis gruppe 1- eller gruppe 2-institusjon, gjelder bare spesialistutdanningen, ikke turnustjenesten. Ordningen vil dermed først være relevant fra 2019, når de første legene starter utdanning i del 3/del 2 i kirurgiske og indremedisinske spesialiteter.

Legeforeningen er enig i at alle utdanningsvirksomheter må ha fått godkjenning etter den nye ordningen når spesialisering i del 2 og 3 starter mars 2019, slik at utdanning etter ny ordning kan iverksettes. Imidlertid vil det fortsatt være anledning for LIS til å søke spesialisering etter gammel ordning i en overgangsperiode etter mars 2019. I henhold til departementets forslag skal dette gjelde frem til 1. mars 2021. Legeforeningen anbefaler at overgangsordningen for spesialistgodkjenning har varighet tilsvarende et normert utdanningsløp i den aktuelle spesialitet (se våre kommentarer til overgangsregler under punkt 13.2).

Så lenge overgangsordningen for spesialistgodkjenning varer, er det behov for å opprettholde utdanningsinstitusjonenes godkjenning etter gammel ordning. Etter Legeforeningens syn kan dette skje ved at institusjonene beholder godkjenningen som gjaldt per 1. mars 2019 så lenge overgangsperioden varer, med mindre det skjer vesentlige endringer i det faktiske utdanningstilbudet ved avdelingen i løpet av overgangsperioden. I gjeldende ordning er utdanningsinstitusjonene forpliktet til å melde fra om slike endringer umiddelbart. Tilsvarende må også gjelde for ny ordning.

Det er uklart om ny godkjenningsordningen skal gjelde for LIS 1. Dette bør presiseres.

#### **Spesialistgodkjenning (høringsnotatet kapittel 12 og forskriften kapittel 5) *Spesialistgodkjenning (høringsnotatet 12.2)***



Departementet mener at Helsedirektoratet ikke bør kunne gi forhåndsgodkjenning for deler av spesialistutdanningen, men at godkjenning skal gis samlet. Forslaget innebærer at det ikke skal være adgang for LIS til å få direktoratets godkjenning av deler av utdanningen.

Dette innebærer at Helsedirektoratet heller ikke skal godkjenne LIS 1 (med unntak av en begrenset særregel som åpner for å søke Helsedirektoratets bekreftelse på oppnådde læringsmål i LIS 1 knyttet til praktisk tjeneste i utlandet). Legeforeningen mener dette er veldig problematisk. Vi viser til det vi har skrevet ovenfor under kommentarene til høringsnotatets punkt 10.3.8.

Legeforeningen deler departementets vurdering at en svakhet ved dem foreslåtte ordningen, der direktoratet skal legge til grunn utdanningsvirksomhetens vurdering av oppfylte læringsmål, er at det nære forholdet mellom veileder/overlege og LIS vil kunne være en utfordring for tilstrekkelig objektive vurderinger. Vi anbefaler derfor at vurderingen av om hovedmålene er oppnådd foretas av et evalueringskollegium som beskrevet over til punkt 10.3.8.

Direktoratet gis ikke anledning til å overprøve utdanningsstedet. Det er riktig at Direktoratet nødvendig skal overprøve de faglige vurderingene. Legeforeningen påpeker imidlertid at i flere saker der vi bistår våre medlemmer er problemstillingen manglende tilrettelegging, manglende dokumentasjon og manglende veiledning på utdanningsstedet har medført at legen ikke godkjennes av utdanningsstedet. Det bør være forskriftsregulert at LIS 1 kan få en godkjenning fra Helsedirektoratet. Vi påpeker at dette er en offentlig spesialistutdanning. Det er en forutsetning for å kunne søke på LIS 2/3 at LIS 1 er gjennomført. Legeforeningen ber departementet vurdere lovligheten av å ikke ha en offentlig (del-)godkjenning og en klageadgang på vedtaket. En ytterligere usikkerhet for LIS 1 legene og mulighet til videre utdanningsprogresjon er at LIS 1 stillinger er midlertidige stillinger. Den foreslåtte reguleringen fjerner viktige og sentrale rettsikkerhetsgarantier.

### **Vilkår for godkjenning (høringsnotatet 12.3)**

Legeforeningen viser til det vi har skrevet ovenfor om behovet for å få en offentlig godkjenning av LIS 1 og en tilhørende klageadgang. For øvrig er vi enig i de angitte vilkårene for godkjenning.

#### *Oppnådde læringsmål (høringsnotat 12.3.1)*

Legeforeningen støtter som sagt at det forskriftsfestes konkrete læringsmål for den enkelte spesialitet, og at legenes realkompetanse skal legges til grunn for spesialistgodkjenning. Vi viser for øvrig til det vi har skrevet under punkt 10.3.8. Imidlertid trekker vi i tvil om dette ivaretas i tilstrekkelig grad i et system uten nasjonale minimumskrav til praktisk erfaring og teoretisk skolering, og der utdanningsvirksomhetene gis myndighet til både å definere læringsaktivitetene og godkjenne måloppnåelsen.

Et annet aspekt er at man ikke har noen garanti for at de ulike utdanningsinstitusjonene vil gjøre en lik vurdering av når utdanningskandidaten har nådd læringsmålene.

Det er viktig at den løpende vurderingen som LIS skal få etter forskriften § 21 første ledd, også omfatter en plan for hvordan manglende oppnådde læringsmål skal håndteres.

#### *Grunnkravene til spesialistutdanningen (høringsnotat 12.3.2)*

Legeforeningen viser til kommentarer vi har gitt tidligere i høringsnotatet om de ulike grunnkravene som nevnes i dette punktet.

### *Autorisasjon (høringsnotatet 12.3.3)*

Legeforeningen er enig i at autorisasjon er et grunnkrav. Vi er enig i at det åpnes for at deler av spesialistutdanningen kan gjennomføres på lisens. Dette gjelder særlig leger fra utenfor EU/EØS området. Det heter at disse legene underveis må kvalifisere til å få autorisasjon før de kan få en spesialistgodkjenning. For disse legene er det viktig at de får informasjon om hvilke krav de må oppfylle for å få autorisasjon. I slike saker har Legeforeningen bistått mange leger som får mangelfull informasjon fra Helsedirektoratet, noe som har ført til unødige forsinkelser og forlengelse av utdanningstiden.

Omtalen i høringsnotatet 12.3.2 og 12.3.3 er noe uklar når det gjelder om tjenestetid er tellende når legen gjennomfører (deler av) spesialistutdanningen på lisens, jf kravet om utdanningens varighet. Vi ber om at klargjøres om tiden legen jobber med lisens er tellende. Det bør i den forbindelse også avklares om det kun er læringsmål som legen oppnår etter at autorisasjon er innvilget som teller, eller om læringsmål som er oppnådd når legen jobber med lisens også skal være tellende. Dette kommer ikke tydelig nok frem i høringsnotatet eller forskriften.

### *Minste utdanningstid og beregning av samlet utdanningstid (høringsnotat 12.3.4)*

#### Fravær

Det foreslås like fraværsregler for hele utdanningsløpet, i dag er det forskjellige fraværsregler for turnus og spesialistutdanning (se punkt 12.3.4 og forslaget til forskrift § 25). Ferie, kurs og kortvarig sykefravær skal ikke gå til fratrekk. Alt annet fravær utover 10 % kommer til fratrekk. Legeforeningen mener at det er positivt med like fraværsregler for hele spesialiseringens løp. Vi påpeker at særlig dagens fraværsregler for turnus var uheldig da de knapt ga rom for ordinær ferieavvikling. Det bør diskuteres om kravet bør ses i forhold til LiSens gjennomsnittlige ukentlige arbeidstid. Med den foreslåtte reguleringen vil en LiS med 45 timer/uke og 20% frikjøp/fravær ha jobbet tilvarende 36 timer per uke, men vil få en betydelig forlenget tjeneste. En LiS med 38 timer/uke og 3 timer ukentlig fravær jobber da 35 timer/uke, som utgjør kun 8% fravær, og får ingen forlenget tjeneste. Dette vil være paradoksalt.

#### Minste utdanningstid

Forslaget viderefører ikke kravet om at tellende tjeneste for spesialisering må være av minimum tre måneders varighet. Departementet mener at dette kravet er unødvendig når det er lagt opp til et system der legen måles på oppnådde læringsmål. Legeforeningen mener at en slik fleksibilitet kan være positivt, og støtter forslaget. Det må derimot ikke medføre at utdanningssystemet i større grad enn i dag brukes for å dekke arbeidskraftbehov. I høringsnotatet s. 71 står det at "På samme måte som med deltid bør kortvarig tjeneste være tellende så fremt de gjør det mulig å gjennomføre læringsaktiviteter som fører til at læringsmålene kan oppnås og dette kan vurderes. Denne vurderingen vil i praksis ligge hos arbeidsgiver som skal legge til rette for gjennomføringen av utdanningen og vurdere om læringsmålene er oppnådd." Siden det ikke foreslås å videreføre krav om minste utdanningstid, er dette naturligvis heller ikke regulert i forskriften. Vi anbefaler at de vurderingene som gjengis i høringsnotatet og som må gjøres av arbeidsgiver i tilfeller der det er aktuelt med kortere tjenestetid, inntas i merknadene til § 6 tredje ledd.

### **Dokumentasjonskrav (høringsnotatet 12.4)**

Legeforeningen er positiv til at det etableres et elektronisk verktøy for registrering av oppnådde læringsmål.

### **Spesialistgodkjenning for utdanning i andre land (høringsnotatet 12.5)**

Spesialistutdanning i andre land skal kunne godkjennes eller være tellende inn mot den norske utdanningen (se punkt 12.5.1 og forslag til forskrift § 25 siste ledd og § 26).

Det er uklart i teksten i høringsnotatet hva som kan godkjennes og ikke godkjennes som LIS 1 av tjeneste fra utlandet. Det står i høringsnotatet at praksisen må være gjennomført etter den medisinske grunnutdanningen og videre: «Det betyr at for eksempel at svensk AT-tjeneste ikke skal kunne brukes til å erstatte LIS 1 eller til å oppnå andre læringsmål i den norske spesialist-utdanningen.» Dette står i motsetning til teksten for øvrig der det er et vilkår at leger som har gjennomført praktisk tjeneste i utlandet "som i det vesentlig tilsvarer LIS 1" vil kunne få denne vurdert. Vi ber om at dette avklares og presiseres i forskriftsteksten og merknaden til bestemmelsen.

Departementet mener videre at adgangen til å ta LIS 1 i et annet land og få (deler av) denne godkjent ikke bør begrenses til EU/EØS land. Denne adgangen gjelder derfor for alle land, også utenfor EU/EØS. Legeforeningen er enig i denne vurderingen. Vi påpeker imidlertid at dette kan være enda mer krevende for Helsedirektoratet å ha god nok kunnskap om utdanningens innhold enn tilfellet er for utdannelse fra EU/EØS land, se nedenfor.

#### *Godkjenningssinstans*

For LIS 1 er Helsedirektoratet gitt myndighet til å godkjenne tjeneste utført helt eller delvis i andre land. Det er positivt at det er gitt klageadgang for slike vedtak fra Helsedirektoratet etter forskriften § 29 b. Legeforeningen har ikke kjennskap til hvordan Helsedirektoratet har praktisert denne bestemmelsen tidligere, men er enig i potensielle svakheter som departementet beskriver på følgende måte: "Direktoratet vil her måtte utvise et skjønn, men vil kunne basere godkjenningen på generelle erfaringer og kunnskaper om de ulike landenes utdanningsinstitusjoner." Vi antar at det vil være en rekke utdanningsinstitusjoner i utlandet der Helsedirektoratet ikke kjenner til innholdet i utdanningen og direktoratet bør derfor pålegges å innhente relevant informasjon fra for eksempel godkjenningssmyndigheter i det aktuelle landet for å ha et tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag for beslutningen.

For LIS 2 og 3 skal utdanningsvirksomheten bekrefte oppnådde læringsmål fra tjeneste som er delvis gjennomført i andre land. Departementet skriver at arbeidsgiver kan vurdere praktiske ferdigheter i tillegg til dokumentasjon. Dette skal gjøres "i forbindelse med ansettelsen". Legeforeningen er enig i at arbeidsgiver ofte vil være nærmest til å vurdere kvalifikasjonene til den enkelte søker i nytt system. Som departementet påpeker vil utdanningsvirksomheten kunne vurdere legens faktiske kunnskaper ved å se hvordan legen arbeider og hva legen kan. Det er imidlertid også utfordringer knyttet til forslaget. Godkjenning av tjeneste fra andre land er svært krevende. Enkelte læringsmål vil enkelt kunne konverteres til norske læringsmål, mens andre er mer krevende.

Utdanningsvirksomheten vil ikke ha forutsetninger for å vurdere oppfyllelse av læringsmål innen for fagområder virksomheten ikke selv dekker, som f.eks. læringsmål knyttet til obligatorisk tjeneste i annen spesialitet. Det vil også kunne åpne opp for ulike tolkninger av reglene og manglende kontroll med hvordan dette håndteres i de ulike virksomhetene. Til tross for at vi ser noen utfordringer med forslaget, støtter vi likevel at det skal være opp til arbeidsgiver å vurdere oppnådde læringsmål for LIS 2 og 3.

#### *Fullført spesialistutdanning fra annet land (høringsnotatet 12.5.2, forskriften § 27)*

Legeforeningen er enig i den foreslåtte regulering av konvertering av spesialistutdanning fra EU/EØS land og at jevngodhetsvurdering fra Helsedirektoratet gjøres for leger med spesialistutdanning fra 3. land.

#### *Fagområdelisens (høringsnotatet 12.5.4)*

Forslaget viderefører ikke bestemmelsen om fagområdelisens som gis etter helsepersonelloven § 49, jf spesialistgodkjenningforskriften § 2 (se punkt 12.5.4). Departementet viser til at disse kan gis lisens etter § 49 og derfor ikke har behov for denne lisensen lenger. Legeforeningen er enig i denne vurderingen.

#### **Overgangsregler (høringsnotat kapittel 13 og høringsnotat kapittel 7)**

##### *Mulighet til å begynne og fullføre påbegynt spesialisering etter gammel ordning fram til 1. mars 2019 (høringsnotatet 13.1)*

Legeforeningen støtter at leger som per før 1. mars 2017 har fått tilbud om turnusstilling eller har gjennomført deler av turnustjenesten skal kunne fullføre tjenesten etter de gamle reglene. Legeforeningen støtter også at turnus skal godkjennes som likeverdig med del 1 i ny ordning.

#### **Overgangsordning når LIS 2 og LIS 3 starter opp (høringsnotatet 13.2)**

##### *Overgangsregler for LIS 2 og 3*

Leger må også frem til ny ordning trer i kraft for del 2 og 3 1. mars 2019 kunne påbegynne og gjennomføre utdanning, og søke spesialistgodkjenning etter gammel ordning. Det vil være behov for en overgangsordning for leger som er i spesialisering etter gammel ordning når ny forskrift trer i kraft for del 2 og 3 1. mars 2019.

##### Forskriften § 31 a) og b)

Departementet har som utgangspunkt at så mange som mulig av legene under utdanning skal fases over i ny ordning snarest mulig. Dette forutsetter en konkret vurdering av den allerede gjennomførte utdanningen. Avdelingen der legen er ansatt gis ansvaret for å vurdere og dokumentere allerede oppnådde læringsmål. Dette skal gjennomføres innen 1. mars 2021, evt. innen 6 måneder etter at legen er tilbake i tjeneste for leger som er i permisjon ved fristens utløp. Det er behov for mer veiledning for utdanningsinstitusjonene for konverteringsarbeidet for å sikre en lik praktisering i alle virksomhetene.

Legeforeningen ser flere utfordringer med den foreslåtte ordningen. Arbeidet med vurdering av tidligere gjennomført utdanning vil være omfattende og krevende, og legge beslag på betydelige ressurser i utdanningsvirksomhetene. Deler av utdanningen kan være gjennomført ved andre institusjoner med en annen faglig profil, og i andre spesialiteter. De vil være vanskelig, eventuelt umulig, for avdelingen der LIS arbeider å gjøre en kvalifisert vurdering av kompetanse og oppnådde læringsmål på områder avdelingen selv ikke dekker.

I den nye ordningen vil det ikke være anledning til å erstatte deler av tjenesten med tjeneste i annen relevant spesialitet eller forskningsaktivitet. Det betyr at leger kan ha gjennomført tjeneste som ville telle i gammel ordning, men som de ikke får benytte ved beregning av tellende utdanningstid i ny ordning. Dette kan medføre at leger blir inntil et år forsinket i sin utdanning ved krav om konvertering til ny ordning. Formålet med den nye spesialiseringsordningen er blant annet å sikre bedret effektivitet og kortere gjennomføringstid. Det må etableres overgangsordninger som i størst mulig grad hindrer at tjeneste blir underkjent eller må kalles bortkastet tid.

Praksis i dag ved endring/skjerping av krav i spesialistutdanningen er at overgangsordninger har varighet tilsvarende et normert utdanningsløp i den aktuelle spesialitet. Man kan fullføre etter den ordning som gjaldt ved oppstart av utdanningen dersom man gjennomfører spesialiseringen på normert tid. I overgangsperioden gis det anledning til å søke etter gamle regler, nye regler eller evt. en kombinasjon av disse.

Slike overgangsordninger gir nødvendig fleksibilitet både for LIS og utdanningsinstitusjonene, og legger til rette for sømløs gjennomføring av påbegynt og planlagt spesialisering. Ordningene sikret at regelendringer ikke får tilbakevirkende kraft for den enkelte. Overgangsordningene forutsetter ikke drift av parallelle utdanningsaktiviteter.

Basert på Legeforeningens erfaringer fra tidligere omlegginger er det foreslåtte tidsvinduet for overgangsordningen svært kort. Legeforeningen mener en videreføring av dagens praksis vil være mest hensiktsmessig. Slik regulering gir full anledning til konvertering til ny ordning og til spesialisering etter revidert regelverk der det anses hensiktsmessig, men sikrer også at allerede gjennomført deltjeneste anses som tellende i en overgangsperiode og at delvis gjennomførte utdanningsløp kan gjennomføres sømløst og fullføres etter oppsatt plan, se vårt forslag til forskriftsregulering, § 34 a).

#### Behov for overgangsordning ved endring av læringsmål

Legeforeningen vil påpeke at det vil være behov for overgangsordninger ved endringer av innholdskravene (læringsmålene) både ved overgangen fra gjeldende system til ny ordning, og ved fremtidige revisjoner av læringsmålene. Dersom man ikke har overgangsordninger i fremtidig system, vil en endringer av krav kunne medføre behov for ny tjeneste på allerede gjennomførte læringsarenaer, med forlengede utdanningsløp som konsekvens. Reguleringen må sikre at ikke allerede fullført deltjeneste, f.eks. obligatorisk tjeneste i annen spesialitet, skal måtte utføres på nytt. Dette er overhodet ikke regulert eller omtalt i forskriften, og vi ber om at dette gjøres. Vi har et forslag til forskriftsbestemmelse, se forslag til ny § 35.

#### Forskriften § 31 bokstav c) -særlig om leger fra EØS land

ESA slo i 2011 fast at medisinstudenter fra de 17 land med praksis integrert i studie har rett på autorisasjon uten å måtte gjennomføre norsk turnustjeneste. Ved omlegging til ny turnusordning ble det derfor besluttet at leger med utdanning fra EØS land som fikk norsk autorisasjon på bakgrunn av denne kunne tilsettes i LIS stillinger uten å ha gjennomført norsk turnustjeneste (regulert i § 9 i dagens spesialistgodkjenningforskrift). Begrunnelse for dette var at de på det tidspunktet var likestilt med norske studenter som har fullført turnustjeneste og at denne likestillingen fulgte av at de som har fått sine yrkeskvalifikasjoner anerkjent av norske myndigheter skulle ha rett til å utøve yrket på samme vilkår som de norskutdannede. Dersom disse EØS legene ikke kunne tilsettes i LIS stillinger etter at autorisasjonstidspunktet ble flyttet, ville de bli utsatt for en forskjellsbehandling sammenlignet med de som har fått autorisasjon på bakgrunn av fullført norsk turnusordning. En slik forskjellsbehandling ville være uheldig, ettersom disse legene ikke fikk anledning til å melde seg på turnustjeneste. Departementet skrev i høringsnotatet til omlegging av turnusordningen at "også for fremtiden bør derfor leger med utdanning fra EØS land som får rett til norsk autorisasjon før autorisasjonstidspunktet flyttes kunne tilsettes i LIS stillinger etter å ha søkt om og fått norsk autorisasjon." Departementet foreslår i § 31 c) regler for å ivareta denne gruppen. Etter bestemmelsen trenger de ikke bekreftelse på oppnådd læringsmål fra LIS 1 for å søke på LIS 2/3. Departementet skriver i høringsnotatet at dette ikke er et generelt fritak for EØS utdannede, men kun en overgangsordning for de legene som allerede har startet spesialisering. Legeforeningen kan ikke se at denne gruppen fullt ut er ivaretatt i forskriftsutkastet eller beskrivelsen som departementet gir. Det kan for eksempel tenkes noen fra denne gruppen som ikke fikk lov til å ta turnus, men som for eksempel har jobbet med forskning i noen år og ønsker på et eller annet senere tidspunkt å fortsette spesialiseringen. Enkelte leger ønsker også å gjennomføre flere spesialiteter, heller ikke disse må på et senere tidspunkt bli avkrevet LIS 1 gitt at de aldri fikk anledning til å søke LIS 1. Alle disse burde omfattes av unntaket også de som etter en tid ønsker å fortsette spesialiseringen.

#### Forskriften § 31 d)

Legeforeningen er enig i at praksis før 1. mars 2019 skal telle med i beregningen av samlet utdanningstid etter § 25.

#### Forskriften § 31 e)

Departementet foreslår at leger som har mindre enn 2 år igjen av sitt spesialiseringløp når ny forskrift trer i kraft, skal gis anledning til å fullføre og søke godkjenning etter gammel ordning (forslaget § 31 e). Etter forslaget er det kun denne gruppen som kan fullføre etter gammel ordning. Legeforeningen påpeker at dette er svært vanskelig å beregne. Det fremgår ikke hvem som skal vurdere og beregne hva som kan anses som tellende tjeneste. Det finnes per i dag heller ingen ordning for forhåndsvurdering av tjeneste. Leger kan ha gjennomført tjeneste som oppfyller tidskravet i gjeldende ordning, men fortsatt mangle både kursutdanning, praktisk erfaring og trening i sentrale deler av faget av et slikt omfang at det vanskelig kan gjennomføres innen to år. Legeforeningen mener en slik ordning vil kunne føre til stor tolkningstvil og ulik praktisering på de ulike utdanningsinstitusjonene. Vi foreslår at denne overgangsordningen ikke vedtas, men erstattes av vårt forslag som er omtalt ovenfor og foreslått regulering i ny § 35. Dersom den vedtas, anbefaler vi at det gis mer veiledning om hvordan denne overgangsbestemmelsen skal håndteres i virksomhetene.

Dersom våre forslag til overgangsordning ikke etterkommes er det viktig at overgangsordningen er lengst mulig. Legeforeningen mener som vist til ovenfor at 2 år er altfor kort tid. Vi påpeker at omleggingen til ny ordning er så stor at det er vanskelig å se alle konsekvensene. Lang overgangsordning kan også begrunnes med at det er samfunnsøkonomisk u hensiktsmessig å måtte ta opp deler som allerede er gjennomført, og at en noe lenger overgangstid vil bidra til å sikre at det gjennomføres gode konverteringsvurderinger og prosesser. Videre er det vanskelig å regulere en overgangsordning før man ser hvor stor forskjell det er på allerede gjennomført tjeneste og hvor godt "dette passer" med de læringsmålene som etter hvert vedtas. Legeforeningen antar at det vil bli størst problemer i de spesialitetene hvor det er stor forskjell mellom allerede gjennomført tjeneste og de nye læringsmålene.

#### **Avvikling av turnus (høringsnotatet 14)**

##### ***Overgangsordning – turnus likestilles med LIS 1 (høringsnotatet 14.1)***

Overgangsordning i tilknytning til at turnusordningen skal avvikles (se punkt 14.1 og forslaget til forskrift § 30 andre og tredje ledd, og endringer i spesialistgodkjenningsforskriften § 19 bokstav a og lisensforskriften kapittel 1a).

Legeforeningen støtter at leger som har fullført turnus, men ikke fått godkjenning før den nye forskriften trer i kraft skal få godkjenning etter dagens regler.

Legeforeningen støtter også at leger som allerede er tilbudt eller ansatt i en turnusstilling, men som ikke har fullført, skal kunne fullføre og få godkjent etter dagens regler.

Legeforeningen mener det er mer problematisk med den overgangsordningen som beskrives i forskriften § 30 tredje ledd. Dette er leger som per 1. mars 2017 ikke er ansatt eller har fått tilbud om ansettelse i en turnusstilling, men som har gjennomført deler av turnus. Det kan være ulike grunner til at turnus ikke er gjennomført. Det foreslås at disse kan frem til 1. mars 2019 ansettes i reststillinger for LIS 1. De delene av turnus som er gjennomført før 1. mars 2019 skal da regnes med i vurderingen av oppnådde læringsmål i LIS 1. Forslaget innebærer flere utfordringer for denne gruppen. For det første kan det være krevende å fullføre et helt

løp i reststillinger, noe som medføre at tjenesten kan bli veldig oppstykket. For det andre er det ikke regulert at hvem det er som skal vurdere hva som er oppnådde læringsmål. Dette må reguleres. Regelen kan være særlig vanskelig for de som har et opphør, for eksempel på grunn av permisjoner, eller annet langvarig fravær. For denne gruppen kan det være problematiske i forhold til likestillings- og diskrimineringsloven. Dessuten vil det være vanskelig for disse å søke plasser hvis det ikke blir noen økning og føre til en ny gruppe som ikke kommer inn i spesialiseringssløpet.

Legeforeningen støtter også at turnus skal godkjennes som likeverdig med del 1 i ny ordning, og at dette skal gjelde uavhengig av om legen har fått godkjent turnus før eller etter at autorisasjonstidspunktet ble flyttet 1. desember 2012.

### **Turnuslisens (høringsnotatet 14.2)**

Departementet viser til at det er økning av antall leger som har gjennomført norsk turnus på lisens. Mye av årsaken er den store økningen av norske medisinstudenter i Øst Europa. Det ble i 2012 innført en overgangsordning for å ivareta studenter som tok legeutdanning i Polen eller andre EØS land, og som hadde påbegynt studiet med en forventning om å kunne oppfylle praksiskrav i utdanningen gjennom å ta norsk turnustjeneste. Legeforeningen påpeker at denne gruppen studenter fremdeles kan ha vanskeligheter med å få gjennomført obligatorisk praksisperiode i utdanningslandet enten på grunn av språklige eller økonomiske grunner eller at det ikke er nok praksisplasser. Departementet skriver at de er kjent med forslaget til endringer i den polske grunnutdanningen, og helt nylig (30. september 2016) ble det klart at problemene knyttet til omlegging av medisin studiet i Polen, ser ut til å være løst. Løsningen innebærer at norske studenter som uteksamineres i Polen, får de diplom om fullført utdanning. De kontakter deretter det polske helseministeriet for å få utlevert et sertifikat om at utdanningen samsvarer med yrkeskvalifikasjonsdirektivets krav til medisnutdanning. Dette viser de i Norge for å få autorisasjon. De kan deretter søke på LIS 1.

Legeforeningen støtter for øvrig forslaget om at andre studenter fra EØS land uten praksis integrert i studiet skal kunne fullføre LIS 1 på lisens for å oppnå autorisasjon og deretter kan søke på LIS 2 og 3 uten å måtte ta LIS 1 en gang til. Det er også viktig at de som i dag har startet en utdanning i et EØS land uten praksis integrert, men som ikke er ferdig utdannet innen mars 2019 får en mulighet til å komme inn i et spesialiseringssløp.

### **Veiledet tjeneste for allmennleger (høringsnotatet 14.3 )**

Dagens regulering av veiledet tjeneste for allmennleger er at norskutdannede og 3. landsutdannede må ha turnus for å få veilederavtale for å sikre rett til trygderefusjon. For EØS utdannede (med praksis i grunnutdanningen) har det ikke vært et krav turnus. Denne gruppen må til gjengjeld ha 3 år med veiledet tjeneste. Turnus som er gjennomført med lisens teller ikke med som veiledet tjeneste.

Departementet mener at det er uheldig at det er ulike krav til legens praktiske erfaring forut for oppstart i veiledet tjeneste avhengig av utdanningsland. Hensikten med å forslå like krav er å heve kvaliteten i tjenesten. Det foreslås derfor å stille som krav at alle leger skal ta LIS 1 før de kan arbeide som allmennleger med trygderefusjon. Det er også sammenheng med forslaget som for tiden er på høring om obligatorisk spesialisering i allmennmedisin. LIS 1 skal telle som veiledet tjeneste, slik at de resterende 18 månedene gjennomføres som i dag. Leger som per 1. mars 2017 (når spesialistforskriften trer i kraft) og er under veiledning, bør kunne fullføre denne selv om de ikke har rett til det etter de nye reglene. Dette gjelder de EØS utdannede som praktiserer under veiledning selv om de ikke har turnus. Legeforeningen er enig i denne vurderingen.

Leger som har gjennomført LIS 1 på lisens for å få autorisasjon skal ikke måtte gjennomføre LIS 1 på nytt. Disse får godskrevet 6 måneder sykehustjeneste, og 6 måneder kommunehelsetjeneste og må fullføre ytterligere 2 års veiledet tjeneste. Legeforeningen er enig i denne vurderingen.

Det heter i høringsnotatet og merknaden til endringen i forskrift om veiledet tjeneste for allmennleger at tjeneste under veiledning i utlandet etter endt grunnutdanning skal etter en konkret vurdering kunne likestilles med LIS 1. Disse legene skal kunne søke om en separat bekreftelse på oppnådde læringsmål i LIS etter spesialistforskriften § 26 andre punktum. Det bør vurderes om det av pedagogiske årsaker bør inntas en henvisning til denne bestemmelsen i forskrift om veiledet tjeneste.

Legeforeningen er enig i den foreslåtte reguleringen og overgangsordningen. Vi reagerer imidlertid på at departementet ikke vurderer forholdet til EØS retten. Dette er et regelverk som har vært endret svært mange ganger de senere årene og skapt stor uforutsigbarhet for mange allmennleger. Bakgrunn for endringene har vært stadig skiftende vurderinger av hva som er riktig implementering og praktisering av yrkeskvalifikasjonsdirektivets bestemmelser om veiledet tjeneste. Departementet skriver at dagens regulering (om at EØS utdannede ikke må gjennomføre turnus for å få veilederavtale) ble innført på grunn av Norges EØS rettslige forpliktelser. Dette endres nå uten at det er gjort en vurdering av forholdet til EØS retten. Legeforeningen ber om at dette gjøres i det videre lovarbeidet for å forhindre at reglene eventuelt om kort tid vil endres igjen og skape ytterligere usikkerhet og problemer for denne gruppen.

#### **Klage på vedtak (høringsnotatet 15, forskriften § 29)**

Legeforeningen er enig i at helsepersonellnemnda skal være klageinstans for avslag på søknad om spesialistgodkjenning og bekreftelse på oppnådde læringsmål i LIS 1 (jf forskriften § 29 første ledd). Vi viser til det vi har skrevet ovenfor om at det ikke skal være adgang til å søke om godkjenning for gjennomføring av læringsmål i LIS 1 og ber departementet vurdere, for det første at det skal kunne søkes Helsedirektoratet om godkjenning av oppnådde læringsmål i LIS 1, og at vedtaket skal kunne påklages.

Legeforeningen er enig i regulering i forskriften § 29 annet ledd bokstav b) om at Helseklage skal være klageorgan for vedtak om tilskudd til kommunene etter forskriften § 14. § 29 annet ledd bokstav a) derimot viser til klage på avslag på søknad etter § 8 andre ledd fjerde punktum. Denne bestemmelsen finnes ikke, men vi antar at den har falt ut ved en inkurie. I høringsnotatet står det at Helsedirektoratet skal etter forslaget til forskrift § 7 andre ledd fjerde punktum kunne dispensere fra kravet om at en søker til en LIS stilling ikke nylig har akseptert en annen stilling. § 7 andre ledd fjerde punktum finnes heller ikke. Legeforeningen er enig i at det skal være en klageadgang, og ber om at feilen rettes opp. Vi antar at det siktes til forslag til forskrift § 10 tredje ledd tredje punktum.

Legeforeningen er usikker på hva som menes i forskriften § 29 andre ledd bokstav c når det vises til at avslag om eller tilbaketrekking av godkjenning av utdanningsinstitusjoner etter § 12 kan påklages til Helseklage. § 12 gjelder ny stilling i LIS 1 på grunn av fravær og Legeforeningen antar at det er en feilhenviing. Vi ber om at dette avklares.

Det heter i høringsnotatet øverst på side 94 at departementet foreslår at Helseklage skal være klageinstans på vedtak om pålegg om tilsetting i turnusstillinger i LIS 1 etter § 9 andre ledd. I forskriften § 29 tredje ledd foreslås det imidlertid at departementet skal være klagesinstans



for slike pålegg. Legeforeningen antar det er mest hensiktsmessig at Helseklage er klageinstans i slike saker, og ber om at det dette endres.

### **Evaluering**

Departementet skriver at turnusordningen skal evalueres som opprinnelig planlagt (5 år etter innføringen). Legeforeningen kan ikke se at evaluering av den foreslåtte nye spesialistutdanning er omtalt i høringsnotatet. En så stor og omfattende reform bør evalueres etter en viss tid for å gi kunnskap om hvordan ordningen har fungert. Vi ber om at Departementet lager en plan for evaluering. Legeforeningen bidrar gjerne i dette arbeidet.

## VEDLEGG

Forslag til presiseringer og endringer i forslag til spesialistforskriften (endringer/presiseringer er markert med gult. Enkelte deler av forslaget er foreslått strøket. Dette er streket over.)

### **Kapittel 1 Innledende bestemmelser**

#### *§ 1 Saklig virkeområde*

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

Forskriften gjelder også spesialistutdanning og spesialistgodkjenning av tannleger der dette er særskilt angitt, jf. § 28.

#### *§ 2 Spesialistutdanningen for leger*

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

Utdanningens første del (LIS 1) består av klinisk praksis i tolv måneder i spesialisthelsetjenesten og deretter seks måneder i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Utdanningens andre del (LIS2) omfatter læringsaktiviteter som skal gi felles kunnskap for noen av spesialitetene.

Utdanningens tredje del (LIS 3) omfatter spesialitetsspesifikke læringsaktiviteter for hver enkelt spesialitet, enten direkte etter LIS 1 eller etter LIS 2.

Den praktiske tjenesten skal gjennomføres med veiledning og under supervisjon av kvalifiserte leger.

Den vesentlige delen av spesialistutdanningen skal gjennomføres ved en godkjent utdanningsvirksomhet, jf. § 18. Utdanning utenfor godkjente utdanningsvirksomheter kan gjennomføres der dette er avtalt mellom utdanningsvirksomheten og andre læringssteder.

Tredje ledd gjelder ikke for de delene av spesialiseringen i allmennmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin som gjennomføres utenfor sykehus.

Utdanningen skal baseres på fastsatte læringsmål som følger av denne forskriftens Vedlegg II.

### **Kapittel 2 Roller og ansvar i spesialistutdanningen for leger**

#### *§ 3 Helsedirektoratet*

Direktoratet har ansvaret for å følge med på helheten og kvaliteten i spesialistutdanningen.

Direktoratet kan fastsette endringer i forskriftens vedlegg I om legespesialitetene og vedlegg II om læringsmålene for de enkelte spesialitetene. Direktoratet kan gi anbefalinger om læringsaktiviteter og om vurderingsformer av leger i spesialisering. Direktoratet kan også fastsette obligatoriske læringsaktiviteter.

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

#### *§ 4 De regionale helseforetakene*

De regionale helseforetakene skal sørge for at behovet for undervisning og opplæring av spesialister dekkes innen helseregionen **og nasjonalt**. Dette innebærer blant annet å sørge for

- a) at det er tilstrekkelig med stillinger for å sikre nødvendig tilgang på spesialister,
- b) at det tilbys stillinger for å kunne ta sykehusdelen av LIS 1
- c) at det legges til rette for helhetlige utdanningsløp for LIS2 og LIS3 i sykehusspesialitetene **og den allmenntilleggsmedisinske spesialiteten** på tvers av helseforetak, private **eller andre aktuelle aktører** og eventuelle arenaer i primærhelsetjenesten, og
- d) at det opprettes regionale utdanningssentra som skal ha ansvar for å utvikle og gjennomføre læringsaktiviteter
- e) samarbeid med andre regionale helseforetak for å **bidra til sikre** en samordnet og harmonisert utdanning i hele landet.
- f) samarbeid med universitetene for å utvikle og gjennomføre læringsaktiviteter samt gjennomføring av utdanning for å oppnå læringsmål som kun oppnås ved **universitetssykehusene**

#### *§ 5 Legeforeningen*

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

- a) forslag til endringer i vedlegg I om legespesialitetene,
- ab) utarbeidelse av forslag til endringer i vedlegg II om læringsmål for spesialistutdanningen for leger og anbefaling av læringsaktiviteter, jf. § 3 andre ledd, og
- bc) godkjenning og vurdering av utdanningsvirksomheter, jf. § 18 og § 22.

Legeforeningens spesialitetskomiteer kan på eget initiativ gjennomføre auditbesøk ved utdanningsvirksomhetene. Utdanningsvirksomheten har en plikt til å legge til rette for besøket og medvirke til gjennomføring og oppfølging.

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

Legeforeningen skal ivareta læringsaktiviteter for spesialitetene allmenntilleggsmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin.

### **Kapittel 3 Stillinger for leger i spesialisering**

#### *§ 6 Ansettelse i stilling for leger i spesialisering*

Spesialistutdanning skal gjennomføres i særskilte stillinger for leger i spesialisering. Dette gjelder ikke for de delene av spesialiseringen i allmenntilleggsmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin som gjennomføres utenfor sykehus.

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

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

Leger i spesialisering har ansvaret for egen læring, blant annet ved å følge opp den individuelle utdanningsplanen og delta i læringsaktiviteter.

#### *§ 7 Generelle vilkår for tiltredelse*

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

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

#### *§ 8 Tilleggsvilkår for tiltredelse i LIS 1*

Før tiltredelse i stilling i LIS 1 skal arbeidsgiveren påse at

- a) legen ikke allerede har oppnådd alle læringsmålene i LIS 1 og
- 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.

#### *§ 9 Opprettelse og fordeling av stillinger i LIS 1*

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

Helsedirektoratet kan om nødvendig pålegge det enkelte regionale helseforetak eller den enkelte kommune å ansette leger i LIS 1. Et slikt pålegg skal så langt som mulig gis i god tid før legen skal starte arbeidet. Helseforetaket eller kommunen skal få anledning til å uttale seg før slikt pålegg gis.

#### *§ 10 Utlysning av stillinger i LIS 1*

Stillinger i LIS 1 skal lyses ut på Helsedirektoratets stillingsportal. Søkerne ansettes på bakgrunn av søknader via portalen. Stillingene skal lyses ut samlet to ganger årlig.

Helsedirektoratet fastsetter når søkerne tidligst kan gis tilbud om en stilling. Søknadsfristen skal formidles i god tid og skal ikke være kortere enn to uker. Tidligere utlyste stillinger som blir ledige (reststillinger), skal lyses ut fortløpende på portalen.

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

Når en lege har akseptert et tilbud om LIS 1 i en ordinær halvårlig utlysningsspulje, skal arbeidsgiveren registrere dette i stillingsportalen og gjøre informasjonen tilgjengelig for andre arbeidsgivere. Helsedirektoratet skal gjøre merkingen av legens aksept av stillingen utilgjengelig for arbeidsgivere én uke før den aksepterte stillingens tiltredelsesdato. Helsedirektoratet skal etter søknad gjøre merkingen utilgjengelig, dersom den aksepterte stillingen er sagt opp på grunn av nedsatt funksjonsevne hos legen eller en person som legen har tilknytning til.

#### *§ 11 Kobling av stillinger i LIS 1*

Kommunen og helseforetak eller sykehus skal samarbeide om å lyse ut stillinger koblet, slik at den som ansettes får gjennomført hele LIS 1 innenfor en utlyst stilling. Helsedirektoratet kan pålegge helseforetak, sykehus og kommuner å lyse ut koblede stillinger. Stillingene i sykehuset og i kommunen er to ulike ansettelsesforhold. Stillingene kan kobles på en av følgende måter:

- a) søkeren ansettes samtidig i en stilling ved et sykehus eller et helseforetak, og i en stilling i en bestemt kommune eller
- 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.

#### *§ 12 Ny stilling i LIS 1 på grunn av fravær*

En lege som har hatt sykefravær, permisjoner eller annet lovfestet eller tariffestet fravær på mer enn ti prosent av utdanningstiden i stilling i LIS 1, skal få tilbud om å fullføre LIS 1 hos samme arbeidsgiver etter reglene i denne bestemmelsen.

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

Har legen hatt fravær fra en stilling i et sykehus eller helseforetak, skal legen tilbys å fullføre sykehusdelen i LIS 1 ved samme sykehus eller helseforetak. Stillingen skal gi legen en samlet praktisk tjeneste i sykehus på minst ett år.

Har legen hatt fravær fra en stilling i en kommune, skal legen tilbys å fullføre kommunedelen i LIS 1 i samme kommune. Stillingen skal gi legen en samlet praktisk tjeneste i kommunen på minst seks måneder.

Har legen blitt ansatt av en kommune i en koblet stilling etter § 11 bokstav a og har hatt fravær fra stilling i sykehuset eller helseforetaket, skal legen tilbys en stilling i kommunen når en stilling i LIS 1 i blir ledig.

Har legen rett til å bli ansatt i en kommune som sykehuset eller helseforetaket samarbeider med, jf. § 11 bokstav b, og legen har hatt fravær fra en stilling i sykehuset eller helseforetaket, skal legen tilbys en ledig stilling i en av kommunene som sykehuset eller helseforetaket samarbeider med. Kommunene skal avtale hvem av dem som skal tilby legen en ledig stilling. Helsedirektoratet kan i samråd med Fylkesmannen pålegge en av kommunene å tilby en stilling.

#### *§ 13 Ny stilling i LIS 1 i særlige tilfeller*

Legen kan også ansettes i en ny LIS 1-stilling i særlige tilfeller dersom det er behov for det av andre grunner enn lovfestet eller tariffestet fravær. Dette skal ikke føre til bortfall av en stilling som ellers ville vært tilgjengelig for nye søkere. Den nye stillingen skal ikke utlyses.

#### *§ 14 Tilskudd til kommunene*

Kommunene mottar et økonomisk tilskudd for å medvirke til gjennomføringen av den praktiske tjenesten i LIS 1. Dersom kommunen i en periode ikke har leger ansatt på grunn av forhold den ikke selv har kontroll over, skal kommunen likevel få tildelt tilskuddet.

Misligholder kommunen sine forpliktelser etter forskriften, kan Helsedirektoratet bestemme at tilskuddet skal bortfalle eller at kommunen i en nærmere fastsatt periode fratras stillinger for utdanning av legespesialister i LIS 1.

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

For en lege som gjennomfører praktisk tjeneste i den kommunale helseog omsorgstjenesten som en del av LIS 1, skal kommunen

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

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

#### *§ 16 Tilleggsvilkår for tiltredelse i LIS 2 og LIS 3*

Ved tiltredelse i stilling i LIS 2 eller LIS 3 skal arbeidsgiveren påse at legen har oppnådd alle læringsmålene i LIS 1. Dette gjelder ikke for leger som har gjennomført over halvparten av en spesialistutdanning i utlandet og som bare har en mindre del av læringsmålene i LIS 1 som ikke er oppnådd.

#### *§ 17 Spesialisering i allmennmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin*

[Særregler om allmennmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin, der en vesentlig del av spesialistutdanningen ikke gjennomføres mens legen er ansatt i en godkjent utdanningsvirksomhet, jf. § 2 andre ledd andre punktum og § 6 første ledd andre punktum. Sendes på egen høring, se høringsnotatet punkt 13.2]

### **Kapittel 4 Utdanningsvirksomheter for leger**

#### *§ 18 Godkjenning av utdanningsvirksomheter*

En utdanningsvirksomhet er et helseforetak, privat sykehus, privat rusinstitusjon, laboratorium eller annen virksomhet som er godkjent for å kunne tilby utdanning i en eller flere medisinske spesialiteter. En utdanningsvirksomhet kan bestå av flere utdanningsenheter. En utdanningsenhet er en avgrenset del av virksomheten (avdeling, seksjon mv) som kan oppfylle læringsmål i spesialistutdanningen.

Godkjenningen gis enkeltvis for hver skal knyttes til en eller flere bestemte spesialiteter som virksomheten tilbyr utdanning i.

Utdanningsvirksomheten skal orientere Helsedirektoratet umiddelbart dersom det gjøres endringer i utdanningstilbudet av faglig eller strukturell art som har betydning for avdelingens utdanningsplan og utdanningsplanen for den enkelte LIS.

En vesentlig del av læringsmålene for den enkelte spesialiteten skal kunne oppnås ved læringsaktiviteter i virksomheten. Der enkelte læringsaktiviteter gjennomføres ved ikke godkjent utdanningsinstitusjon, jf § 2 tredje ledd, skal utdanningsvirksomhet i søknad til Helsedirektoratet vedlegge en plan med beskrivelse av tjenesten og plan for hvordan

læringsmålene skal gjennomføres. Avtalen som inngås mellom institusjonene, jf § 19 c) iii skal også oversendes Helsedirektoratet sammen med søknaden. Endringer i planen eller avtalen på grunn av endringer i utdanningstilbud e.l skal oversendes Helsedirektoratet. Dokumentasjonen skal danne grunnlag for godkjenning etter denne bestemmelsen og ligge til grunn for den løpende vurderingen etter § 22 (ny § 25).

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

Godkjenningen skal baseres på en faglig bedømming av om utdanningsvirksomheten oppfyller kravene i §§ 19, 20, 21, 22, 23 og 24. Direktoratet skal innhente faglige råd fra Legeforeningens spesialitetskomiteer før det fattes vedtak.

Helsedirektoratet skal påse at også regionale helseforetak og andre aktører med interesse i saken gis anledning til å gi uttalelse.

#### *§ 19 Utdanningsvirksomhetenes ansvar for utdanningen*

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

a) dokumentere at pasientgrunnet, klinisk og akademisk kompetanse, medisinskfaglige aktiviteter og forskningsaktiviteter er tilstrekkelige i forhold til læringsmålene og antall leger i spesialisering i virksomheten

b) dokumentere hvordan arbeidet med spesialistutdanningen er organisert og hvordan ansvaret er plassert på alle nivåene i virksomheten, blant annet hvordan fagmiljøet og leger i spesialisering sikres innflytelse på utformingen av utdanningstilbudet

c) dokumentere hvordan spesialistenes etterutdanning organiseres og gjennomføres

e) utarbeide en plan for hver av spesialitetene det søkes godkjenning for. Planen skal blant annet inneholde følgende:

i. hvilke læringsmål virksomheten kan oppfylle

ii. hvilke læringsarenaer innenfor virksomheten som kan tilby de ulike læringsmålene

iii. hvilke læringsmål som kan tilbys av andre virksomheter gjennom avtaler. Planen skal inneholde en beskrivelse av tjenesten og plan for hvordan læringsmålene skal gjennomføres.

Kopi av avtalen med ikke godkjent utdanningsinstitusjon skal vedlegges søknad om godkjenning, jf § 18. Ved inngåelse av nye avtaler eller endring i eksisterende avtaler skal disse ettersendes Helsedirektoratet.

iv. hvordan det vil legges til rette for supervisjon på de enkelte læringsarenaene. Planen skal inneholde en beskrivelse av hvordan veiledningen organiseres og dokumentere hvordan veiledning gjennomføres i virksomheten

v. hvordan virksomhetens spesialister skal benyttes i supervisjonen

vi. hvordan teoretisk undervisning og forskning inngår som del av spesialistutdanningen knyttet til de enkelte læringsmålene og

vii. hvordan virksomhetens akademiske og kliniske kompetanse skal benyttes for å oppnå læringsmålene knyttet til forskning

d) legge til rette for læringsaktiviteter slik at legene i spesialisering kan oppnå læringsmålene og

e) ~~ha ansatte spesialister for hver av spesialitetene det søkes godkjenning for, og der minst halvparten av disse er fast ansatt.~~ (Kommentar fra Legeforeningen: Det bør være en egen bestemmelse om krav til utdanningsenheter, se nedenfor for forslag til ny § 20)

## Forslag til ny §§ 20, 21 og 22

### § 20 Utdanningsenhetens ansvar for utdanningen/krav til utdanningsenhetene

Utdanningsenhetene skal innfri følgende krav:

- ansatte spesialister for spesialiteten det søkes godkjenning for, med minst halvparten av disse fast ansatte.
- ansatte veiledere som er spesialister innenfor gjeldende spesialitet med veilederkompetanse i henhold til krav fastsatt av Helsedirektoratet (vurdere å ta inn disse som vedlegg til forskriften)
- sikre løpende tilgang til supervisjon av spesialist i faget som kjenner pasienten
- Enheter med ansvar for læringsmål knyttet til forskning skal ha ansatt minst tre overleger med spesialistgodkjenning i aktuell spesialitet, og minst to overleger med doktorgrad eller tilsvarende akademisk kompetanse. Unntak for dette kan gis for mindre spesialiteter.

### § 21 Kompetanseutvalg

Utdanningsenhetene skal organisere rådgivende kompetanseutvalg for spesialiteten, bestående av minst en spesialist og en lege i spesialisering. Kompetanseutvalgene skal sikre fagmiljøet og leger i spesialisering innflytelse på utformingen av utdanningstilbudet, jf § 19 b). Kompetanseutvalgene skal samarbeide med ledelsen om utforming og gjennomføring av enhetens utdanningsaktivitet.

### § 22 Internundervisning

Utdanningsenhetene skal gjennomføre undervisning i minimum 70 timer per år. Internundervisning skal gi leger i spesialisering nødvendig teoretisk bakgrunn for utdanningsenhetens faglige virksomhet.

### § 23 Utdanningsvirksomhetenes ansvar for utdanningsløpet til den enkelte lege

Overfor den enkelte lege i spesialisering skal utdanningsvirksomheten legge til rette for at legen skal kunne oppnå læringsmålene og gjennomføre et utdanningsløp for henholdsvis LIS 1 og for LIS 2 og 3. Virksomheten skal blant annet

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

Veilederen som oppnevnes etter første ledd bokstav d, skal være ansatt i en godkjent samme utdanningsvirksomhet som LIS er tilknyttet. Veilederen for lege i LIS 1 skal være en lege med nødvendig erfaring. Veilederen for lege i LIS 2 og 3 skal være godkjent spesialist i en av spesialitetene med felles faglig plattform for LIS 2 eller i aktuelle spesialitet for LIS 3.

### § 24 Vurdering og dokumentasjon av oppnådde læringsmål

Utdanningsvirksomheten skal sørge for at legen får løpende vurdering av om læringsmålene er oppnådd og at oppnådde læringsmål dokumenteres så snart som mulig. Læringsmålene



skal vurderes og attesteres av et evalueringskollegium bestående av leder, spesialister som har bidratt med supervisjon, legens veileder og spesialisten som har det overordnede medisinskfaglige ansvaret for det aktuelle emnet. I vurderingen skal det innhentes anbefalinger fra veilederen og minst en av dem som har deltatt i supervisjonen.

Dersom en lege i spesialisering ikke får vurdering og dokumentasjon på at et læringsmål er oppnådd, kan legen kreve at Helsedirektoratet sørger for en ny vurdering fra en annen virksomhet. Dersom læringsmålet fremdeles ikke vurderes som oppnådd, kan legen ikke kreve ny vurdering før legen har hatt relevant utdanning i minst seks måneder.

#### *§ 22-25 Løpende vurdering av utdanningsvirksomhetene*

Etter at en utdanningsvirksomhet er godkjent kan Helsedirektoratet vurdere om vilkårene for godkjenning etter § 18 fortsatt er oppfylt. Oppfølgingen skal gjøres med utgangspunkt i de forskriftsfestede kravene for utdanningsvirksomheten og eventuell annen dokumentasjon som er lagt til grunn ved godkjenningen.

Alle godkjente utdanningsinstitusjoner skal hvert år sende Helsedirektoratet en rapport over avdelingens utdanningsvirksomhet knyttet til kravene som stilles i §§ 19, 20, 21, 22, 23 og 24.

Avdelingene skal også rapportere om spesialistenes etterutdanning.

Helsedirektoratet kan innhente hyppigere rapporter fra den enkelte avdeling når særskilte forhold tilsier det.

Godkjente utdanningsvirksomheter skal i tillegg evalueres av leger i spesialisering ansatt ved avdelingen.

Utdanningsvirksomhet skal tilrettelegge for besøk fra Legeforeningens spesialitetskomiteer, herunder bidra til gjennomføring og oppfølging.

Direktoratet kan kreve de opplysningene som er nødvendige for å vurdere utdanningsvirksomheten. Direktoratet skal innhente faglige råd fra Legeforeningens spesialitetskomiteer når en utdanningsvirksomhet skal vurderes.

Helsedirektoratet kan pålegge utdanningsvirksomheten å rette forhold som ikke er i overensstemmelse med forskriftens krav.

Helsedirektoratet kan trekke tilbake godkjenningen av en utdanningsvirksomhet dersom kravene etter §§ 19, 20, 21, 22, 23 og 24 ikke lenger er oppfylt. Før en godkjenning kan trekkes tilbake skal virksomheten få en rimelig frist til å iverksette de endringene som er nødvendige for å oppfylle kravene.

## **Kapittel 5 Spesialistgodkjenning av leger**

### *§ 23-26 Spesialistgodkjenning*

Helsedirektoratet skal gi spesialistgodkjenning etter søknad fra legen dersom

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

- b) utdanningen er gjennomført i samsvar med § 2
- c) legen har autorisasjon etter helsepersonelloven § 48a og
- d) det ikke foreligger forhold som ville gitt grunn til å tilbakekalle spesialistgodkjenningen etter helsepersonelloven § 57.

#### *§ 24-27 Behandling av søknader*

Helsedirektoratet kan fastsette at

- a) det skal søkes på en bestemt måte
- b) oppnådde læringsmål og gjennomført praktisk tjeneste skal dokumenteres på en bestemt måte og
- c) søkeren skal betale fastsatt gebyr før søknaden behandles.

#### *§ 25 28 Beregning av samlet utdanningstid*

Samlet utdanningstid, jf. kravet om minste utdanningstid på seks og et halvt år etter § 2 første ledd første punktum, skal beregnes ut fra gjennomført praktisk tjeneste bekreftet etter § 20 bokstav e.

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

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

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

Praktisk tjeneste og andre læringsaktiviteter som er gjennomført i utlandet, jf. § 26, kan være tellende med inntil tre år og tre måneder.

#### *§ 26 29 Spesialistutdanning som er delvis gjennomført i andre land*

Deler av spesialistutdanningen kan gjennomføres i andre land etter fullført grunnutdanning i medisin, i form av spesialistutdanning, praktisk tjeneste eller andre læringsaktiviteter. Når det gjelder LIS 1 kan Helsedirektoratet etter søknad bekrefte at ett eller flere læringsmål skal anses som oppnådd. Læringsmål i LIS 2 og 3 kan bekreftes som oppnådd av utdanningsvirksomheten i Norge.

#### *§ 27 30 Konvertering av spesialistgodkjenning fra andre land*

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

Søknad fra lege som har spesialistgodkjenning fra et annet EØS-land eller Sveits, behandles etter reglene i forskrift 8. oktober 2008 nr. 1130 om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning for helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra andre EØS-land eller fra Sveits.

Lege med autorisasjon som har spesialistgodkjenning fra et land utenfor EØS eller Sveits, kan søke Helsedirektoratet om spesialistgodkjenning. Søkeren kan få godkjenning dersom utdanningen er jevn god med den norske utdanningen for den aktuelle spesialiteten. Dersom Helsedirektoratet fatter vedtak om at utdanningen ikke er jevn god med den norske, skal søkeren om mulig underrettes om hvilke læringsmål som ikke anses oppnådd og gis mulighet

til å søke på nytt dersom disse læringsmålene bekreftes oppnådd av godkjente utdanningsvirksomheter i Norge.

## **Kapittel 6 Spesialistutdanning og spesialistgodkjenning av tannleger**

### *§ 28 31 Spesialistutdanning og spesialistgodkjenning av tannleger*

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

Helsedirektoratet gir godkjenning for gjennomført spesialistutdanning.

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

## **Kapittel 7 Klager, overgangsregler og ikrafttredelse**

### *§29 32 Klage på Helsedirektoratets vedtak*

Helsepersonellnemnda er klageinstans for avslag på søknad om

- a) spesialistgodkjenning etter § 23, § 27 og § 28, og
- b) bekreftelse av oppnådde læringsmål i LIS 1 etter § 26 andre punktum.

Nasjonalt klageorgan for helse- og omsorgstjenesten er klageinstans for vedtak om

- a) avslag på søknad etter § 8 andre ledd fjerde punktum
- b) tilskudd til kommunene etter § 14 og
- c) avslag om eller tilbaketrekning av godkjenning av utdanningsvirksomhet etter § 18 eller § 12.

Departementet er klageinstans for vedtak om

- a) pålegg om å ansette i LIS 1 etter § 9 andre ledd og
- b) om kobling etter § 11.

### *§ 30 33 Overgangsregler som følge av avvikling av turnus*

Turnus som er godkjent etter forskrift 21. desember 2000 nr. 1384 om spesialistgodkjenning av helsepersonell og turnusstillinger for leger § 10 jf. forskrift 20. desember 2001 nr. 1549 § 20, skal likestilles med oppnådde læringsmål i LIS 1.

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

Leger som per 1. mars 2017 ikke er ansatt eller ikke har fått tilbud om ansettelse i en turnusstilling, men som har gjennomført deler av turnus, kan frem til 1. mars 2019 ansettes i reststillinger for LIS 1. De delene av turnus som er gjennomført før 1. mars 2019 skal da regnes med i vurderingen av oppnådde læringsmål i LIS 1.

*§ 34 Overgangsregler for spesialistutdanning og spesialistgodkjenning av leger*  
Norsk spesialistgodkjenning som er gitt etter tidligere regler beholdes.

For leger som per 1. mars 2019 er ansatt i utdanningsstillinger gjelder følgende overgangsregler:

- a) ~~Legene har rett til å få en vurdering av oppnådde læringsmål på bakgrunn av kompetanse oppnådd ved tjeneste og andre læringsaktiviteter som allerede er gjennomført etter forskrift 21. desember 2000 nr. 1384 om spesialistgodkjenning av helsepersonell og turnusstillinger for leger.~~
- b) ~~Utdanningsvirksomheten der legen er ansatt, skal sørge for at oppnådde læringsmål vurderes og dokumenteres innen 1. mars 2021. For leger som da er i permisjon eller har annet fravær fra tjenesten, er fristen seks måneder etter at legen er tilbake i tjenesten.~~
- a) Det gis anledning til å fullføre spesialiseringen etter reglene som gjaldt da tjenesten ble påbegynt. Allerede fullført deltjeneste (del 1, del 2 eller obligatorisk tjeneste i annen spesialitet) skal ikke utføres på nytt.
- e b) For leger som har autorisasjon på grunnlag av gjennomført grunnleggende legeutdanning i andre EØS-land, gjelder ikke kravet i § 23 bokstav a om bekreftelse på oppnådde læringsmål i LIS 1.
- ø c) Praksis før 1. mars 2019 skal telle med i beregningen av samlet utdanningstid etter § 25.
- e) ~~Leger som per 1. mars 2019 har mindre enn to år igjen av spesialistutdanningen, kan søke om spesialistgodkjenning etter forskrift 21. desember 2000 nr. 1384 om spesialistgodkjenning av helsepersonell og turnusstillinger for leger.~~

#### *§ 35 Overgangsordning ved endring av innhold i tjenesten*

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

#### *§ 36 Overgangsregler for godkjenning av utdanningsvirksomheter for leger*

Godkjenning av utdanningsinstitusjon gitt etter forskrift 21. desember 2000 nr. 1384 om spesialistgodkjenning av helsepersonell og turnusstillinger for leger jf. generelle bestemmelser for spesialistutdanning av leger § 8, gjelder som godkjenning etter § 18 i denne forskriften frem til 1. mars 2019. Kravene etter § 20 og § 21 gjelder likevel tilsvarende. Virksomheter som ønsker godkjenning som utdanningsvirksomhet etter 1. mars 2019 må søke om dette.

#### *§ 37 Ikrafttredelse*

Forskriften trer i kraft 1. mars 2017 når det gjelder LIS 1 og når det gjelder spesialisering for tannleger etter § 28.

Forskriften trer i kraft 1. mars 2019 når det gjelder LIS 2 og 3 og når det gjelder spesialistgodkjenning etter §§ 23 til 27.

Endringer i øvrige forskrifter trer i kraft 1. mars 2017.

Med hilsen  
Den norske legeforening

Geir Riise  
Generalsekretær

Lars Duvaland  
avdelingsdirektør