

Høringsnotat – endring av helsepersonellovens spesialistgodkjenningsordning

Høringsfrist: 9. mars 2009

1	Innledning.....	4
2	Bakgrunn	5
2.1	Behov for lovendring kontra tilbakekall av delegasjon.....	5
2.2	Problembeskrivelse/utfordringer	5
2.3	Kort om dagens ordning	7
2.3.1	Legenes spesialistutdanning.....	7
2.3.2	Tannlegenes spesialistutdanning.....	8
2.3.3	Optikernes spesialistutdanning	8
2.4	Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording	8
2.5	Spesialistutdanningsløpene.....	9
3	Prinsipielle innvendinger mot dagens ordning.....	9
4	Gjeldende rett	10
4.1	Innledning.....	10
4.2	Helsepersonelloven.....	10
4.3	Spesialistgodkjenningforskriften med tilhørende retningslinjer	11
4.4	Spesialisthelsetjenesteloven.....	13
4.5	Kommunehelsetjenesteloven	13
5	Omfang, organisering og finansiering av dagens spesialistgodkjenning 13	
5.1	Innledning	13
5.1.1	Historikk	13
5.1.2	Nærmere om noen begreper	14
5.2	Generelt om spesialistgodkjenningene	15
5.3	Optikere	15
5.3.1	Vilkår for å få spesialistgodkjenning	15
5.3.2	Omfang og organisering	15
5.3.3	Finansiering.....	16
5.4	Tannleger	16
5.4.1	Vilkår for å få spesialistgodkjenning	16
5.4.2	Omfang og organisering	16
5.4.3	Finansiering.....	17
5.5	Leger.....	17
5.5.1	Omfang og organisering	18

5.5.2	Finansiering.....	19
5.6	Legeforeningens rolle	20
5.7	Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording	20
5.7.1	Bakgrunn.....	20
5.7.2	Mandat	20
5.7.3	Evaluering av Nasjonalt råd.....	21
5.8	Helsedirektoratets råd for spesialistutdanning av tannleger (Rådet)	22
6	Regulering og organisering i andre land	22
6.1	Danmark	22
6.2	Sverige	24
6.3	Finland.....	24
6.4	Island	25
6.5	Oppsummering	25
7	Departementets vurdering og forslag	25
7.1	Endring i helsepersonelloven.....	25
7.2	Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording	26
8	Økonomiske og administrative konsekvenser.....	27
8.1	Innledning.....	27
8.2	Optikere	27
8.3	Tannleger.....	27
8.4	Leger.....	28
9	Merknader til lovforslaget.....	29
10	Forslag til endringer i helsepersonelloven	29

1 Innledning

I dette høringsnotatet fremmes det forslag om endringer i helsepersonelloven § 53, slik at Helsedirektoratets adgang til å delegere godkjenningsmyndighet til private yrkesorganisasjoner når det gjelder offentlig spesialistgodkjenning av helsepersonell, opphører.

Høringsfristen er 9. mars 2009.

Hensikten med forslaget er å sørge for at myndighetsutøvelse på dette feltet tydeliggjøres og legges til offentlige helsemyndigheter, der staten har en overordnet styring av administrativ, økonomisk, samfunnsmessig og helsefaglig art. Dette er også i samsvar med ordningen i de andre nordiske landene.

Flere forhold tilsier at det er behov for en gjennomgang av organiseringen av spesialistutdanningen for de helsepersonellgruppene som har offentlig spesialistutdanning. I dag dreier dette seg om leger, tannleger og optikere. I særlig grad er det viktig å vurdere organiseringen av spesialistutdanningen for leger. Blant annet er det viktig å se på befolknings sammensetning, befolkningens sykdomsmønster, medisinskteknologiske endringer og organisatoriske endringer som medfører endret behov for kompetanse. Videre vil internasjonalisering og økt migrasjon av helsepersonell kreve harmonisering av regelverk mellom aktuelle land. Økt erkjennelse av behovet for god samhandling og brukerinnflytelse for å sikre kvalitet i helsetjenesten er viktige faktorer som krever nytenkning rundt spesialistgodkjenning av helsepersonell.

Ny kunnskap og teknologi medfører endringer i arbeids- og ansvarsdelingen mellom spesialistene og dermed også en vurdering av behovet for nye spesialiststrukturer. Det er gjensidig avhengighet mellom organisering av helsetjenesten og spesialistutdanningen, og da i særlig grad for legespesialistutdanningen. Spesialistutdanningen av leger bør derfor i størst mulig grad tilpasses og understøtte ønsket struktur i spesialist- og primærhelsetjenestene.

Helsemyndighetene ønsker i sterkere grad styring med samhandlingen mellom det offentlige og de private yrkesorganisasjonene når det nå skal tenkes nytt i forhold til spesialistgodkjenning av helsepersonell. Dette gjelder både med hensyn til å oppheve delegasjonsadgangen for Helsedirektoratet til å delegere myndighet til private yrkesorganisasjoner, og å foreta en bred gjennomgang av organiseringen av spesialistutdanningen dersom Stortinget vedtar lovendringen som er foreslått i dette høringsnotatet.

Eventuell innføring av spesialistutdanning og spesialistgodkjenning/dobbelt-autorisasjon for andre autoriserte helsepersonellgrupper, vil bli foretatt ved en egen gjennomgang på et senere tidspunkt.

2 Bakgrunn

2.1 Behov for lovendring kontra tilbakekall av delegasjon

Helsepersonelloven § 53 første ledd tredje punktum gir Helsedirektoratet adgang til å delegerer myndighet til å gi spesialistgodkjenning til private yrkesorganisasjoner.

Helsedirektoratet har benyttet denne adgangen og delegert myndighet til å gi spesialistgodkjenning til de private yrkesorganisasjonene for leger, tannleger og optikere. Denne delegasjonen kan direktoratet trekke tilbake dersom de ønsker, og det vil derfor i utgangspunktet ikke være behov for lovendring.

Ved tilbakekall av delegert myndighet vil imidlertid Helsedirektoratets adgang til å delegerer fortsatt være en formell adgang etter helsepersonelloven så lenge adgangen til å delegerer fremgår av lovteksten. Dette er uheldig såfremt det ikke ønskes en slik adgang, se nærmere om dette i punkt 7.1.

2.2 Problembeskrivelse/utfordringer

De private yrkesorganisasjonene, og da i særlig grad Den norske legeforening (Legeforeningen), har i årenes løp utført et stort og meget viktig arbeid når det gjelder spesialistutdanning av leger, herunder selve godkjenningen av den enkelte legespesialist. Det er likevel spesialistgodkjenningsordningen for leger som fra helsemyndighetens side oppleves uheldig. Sammenblendingen av å være faglig premissleverandør og fagforening kan i ulike sammenhenger, for eksempel ved spørsmål om omorganiseringer og oppgave- og funksjonsfordelinger i helseforetakene, være uheldig. I det følgende vil derfor legenes spesialistgodkjenningsordning i større grad bli omtalt enn spesialistgodkjenningsordningen for tannleger og optikere.

Departementet har i Nasjonal helseplan varslet en gjennomgang av dagens utdanningssystemer, herunder å vurdere tiltak som kan bidra til at innholdet i legenes spesialistutdanninger står i forhold til helsetjenestens oppgaver og utfordringer, samt kravet om effektive utdanningsløp.

Behovet for en gjennomgang har vært erkjent lenge. Legenes spesialistutdanning sto sentralt i St.meld. nr. 24 (1996-1998). Meldingen førte blant annet til etablering av Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording i 1999. Rådet leverte i 2001 en delrapport om fremtidig organisering av spesialistutdanning av leger, der det blant annet tas til orde for at det er behov for en effektivisering og en reorganisering av dagens utdanning.

Flere forhold tilsier nå at det er behov for en gjennomgang av legenes spesialistutdanning, herunder endret godkjenningsordning for spesialister:

- Bedret samhandling er et sentralt mål for denne regjeringen. Behovet for samhandling mellom ulike grupper helsepersonell og ulike spesialister øker blant annet som følge av økt spesialisering i helsetjenesten. Det er behov for å vurdere hvordan legenes spesialistutdanning kan legge til rette for god samhandling, både ved å skape en riktig balanse mellom spiss- og breddekompetanse, og ved å gi leger nødvendig samhandlingskompetanse.

- Den demografiske og epidemiologiske utviklingen medfører endret behov for kompetanse. Eksempelvis vil andelen eldre i Norge øke kraftig etter 2010, noe som blant annet vil bidra til vekst i antallet krefttilfeller. Både i Norge og internasjonalt ser man dessuten allerede i dag en vekst i antallet indre-medisinske øyeblikkelig hjelp innleggelses. Disse endringene medfører behov for breddekompetanse, for eksempel styrket kompetanse innen geriatri, alders-medisin, onkologi og akuttmedisin. Sentrale spørsmål er om kompetanse-behovene best ivaretas ved tilpasninger i eksisterende utdanninger, eller ved etablering av nye og endring i antall spesialiteter.
- Det er en økende erkjennelse av brukerperspektivets betydning for god kvalitet i helsetjenesten. Det er grunn til å vurdere om brukerne har tilstrekkelig innflytelse på innholdet i spesialistutdanningene og spesialitetsstrukturen.
- Ny medisinsk og annen helsefaglig kunnskap og teknologi medfører endringer i arbeids- og ansvarsdelingen mellom spesialistene og mellom leger og annet helsepersonell. Dette gjør blant annet at grensene mellom fagfelt er blitt mer uklare. For eksempel har grensen mellom radiologi og kliniske spesialiteter endret seg som følge av intervensjonsmedisinens utvikling. Fagfeltet intervensjonsmedisin omfatter blant annet laparoskopiske og minimalt invasive teknikker, intervensjonsradiologi og robot- og bildeveiledet kirurgi. Også grensen mellom sykehusspesialistenes og allmennlegenes ansvarsfelt har endret seg som følge av endringer i medisinsk kunnskap og teknologi. Dette skaper behov for en gjennomgang av de berørte spesialitetene, herunder en vurdering av behovet for nye spesialiteter.
- Rask medisinsk kunnskapsutvikling stiller krav til kontinuerlig oppdatering av legenes kunnskap. En kunnskapsbasert praksis krever kunnskap om vitenskapelig metode. Det har gjennom flere år vært diskutert hvordan dette best skal kunne integreres i spesialistutdanningen, herunder hvordan man skal kunne legge til rette for effektive fellesløp, der utdanningskandidatene både kan gjennomføre en spesialistutdanning og en forskerutdanning (doktorgradsarbeid), såkalt dobbeltkompetanse. Det siste kan være viktig for å rekruttere flere leger til forskning. Det er etablert et eget utdanningsløp for dobbeltkompetanse i psykologi og det er under oppstart et eget løp i odontologi, men dette kan også være et godt virkemiddel for å rekruttere flere leger til forskning.
- Rask kunnskapsutvikling og teknologisk utvikling, samt hyppigere organisatoriske reformer, skaper behov for et dynamisk system innenfor spesialistutdanningen. Dette reiser blant annet spørsmål om det er ønskelig med etablering av formaliserte fag-/kompetanseområder i tillegg til formelle spesialiteter.
- Den teknologiske utviklingen skaper nye muligheter i forhold til utdanning og undervisning, blant annet øker muligheten for desentralisert undervisning og for opplæring/ferdighetstrening ved hjelp av simulering.
- De organisatoriske reformene i helsetjenesten har endret rammebetingelsene for utdanningen som skjer i praksisfeltet i helsetjenesten. Reformene har skjedd uten at betydningen for utdanningen har vært vurdert i tilstrekkelig grad. Med dagens regelverk vil ytterligere funksjonsendringer kunne medføre at flere sykehus, fremfor alt de mindre, mister status som utdannings-

institusjoner. Dette vil være uheldig både fordi tjeneste ved små sykehus kan bidra til en annen kompetanse (mer breddekompetanse) enn tjeneste ved større sykehus, samt fordi dette kan svekke rekrutteringen til små sykehus og til allmennlegetjenesten i opptaksområdet. Behovet for å tilpasse legespesialistutdanningen til dagens og den ønskede struktur i helsetjenesten, herunder sykehusstruktur, er understreket blant annet i sluttrapporten til arbeidsgruppen som har utredet lokalsykehusenes akutfunksjoner. Sluttrapporten ble utarbeidet av en bredt sammensatt arbeidsgruppe og lagt frem av Helse- og omsorgsdepartementet 19. mars 2007.

- Internasjonalisering og økt migrasjon av helsepersonell krever harmonisering av regelverk mellom land. Det ble i 2007 gitt 1 007 spesialistgodkjenninger i Norge, hvorav ca. 40 % ble gitt til søkere fra andre EØS/EU-land. Et eksempel på EØS-regler med konsekvenser for Norge, er kravet om 3-årig veiledet tjeneste for å kunne praktisere for trygdens regning.
- Flere av de regionale helseforetakene har gitt uttrykk for at de i felleskap med universitetene i større grad må få et helhetlig ansvar for spesialistutdanningen (herunder ivaretagelse av helhetlige utdanningsløp) – dvs. en regional utdanning supplert med nasjonale målbeskrivelser. Fra universitetene er det også gitt uttrykk for at de ønsker en sterkere rolle i spesialistutdanningen.
- Forskriften om spesialistgodkjenning av helsepersonell gir ”inntil nye regler er vedtatt og trer i kraft” visse overgangsbestemmelser som skal ”gjelde så lang de passer” (forskriftens § 8). Disse overgangsbestemmelsene omfatter hele 19 dokumenter fastsatt av Legeforeningen, der noen skriver seg helt tilbake til 1960-tallet. Dette tilsier at det kan være problematisk å overskue relevante rettsregler, slik at øvrige aktørers innflytelse, forutberegnelighet og rettssikkerhet kan utfordres. Det er derfor tatt initiativ til at forskriften må gjennomgås, både med tanke på tekniske og materielle endringer.

2.3 Kort om dagens ordning

2.3.1 Legenes spesialistutdanning

De fleste leger velger å spesialisere seg ved å gjennomføre en formalisert spesialistutdanning innen et avgrenset medisinsk fagområde. Før legen kan påbegynne spesialistutdanningen, kreves norsk autorisasjon som lege. Autorisasjon krever grunnutdanning i medisin og (som hovedregel) gjennomført turnustjeneste (1 år i spesialisthelsetjenesten og ½ år i kommunehelsetjenesten).

Dagens spesialitetsstruktur omfatter 30 hovedspesialiteter og 14 grenspesialiteter, dvs. i alt 44 spesialiteter. 41 av spesialitetene omtales som sykehusrelaterte spesialiteter, mens tre av spesialitetene innbefatter virksomhet i førstelinjen.

Spesialistutdanningen foregår over flere år, mens legen arbeider som lege. Utdanningen består av praksis, veiledning og teori. Spesialistutdanningen i de 41 sykehusrelaterte spesialitetene gjennomføres ved at legene tilsettes i godkjente utdanningsstillinger ved godkjente utdanningsinstitusjoner (dvs. avdelinger) i helseforetakene. I disse stillingene har legen rett til utdanningsprogram, supervisjon og individuell veiledning. I tillegg kreves et visst antall kurstimer, i

gjennomsnitt ca. 150 timer. Spesialistutdanningen i de tre øvrige spesialitetene skjer ved at legen, i tillegg til å arbeide innenfor det aktuelle fagfeltet, gjennomfører et veiledet utdanningsprogram med spesifikke krav til arbeidsoppgaver og prosedyrer. Veiledningen foregår ofte i grupper, der gruppene møtes annenhver uke over en periode på 2-3 år.

Spesialistutdanningen tar i gjennomsnitt vel 8 år frem til spesialistgodkjenning, og gjennomsnittsalderen for den enkelte lege ved første spesialistgodkjenning er vel 40 år. Enkelte blir spesialister i flere spesialiteter, eller – som innenfor kirurgi og indremedisin – får grenspesialisering. I 2007 ble det godkjent 1 007 spesialister. I tillegg ble det gitt 375 resertifiseringer i allmenntannlege.

Se nærmere om legenes spesialistutdanning i punkt 5.5.

2.3.2 Tannlegenes spesialistutdanning

Et mindretall av tannlegene velger å ta en spesialistutdanning. For å begynne på en spesialistutdanning kreves det autorisasjon som tannlege og to års praksis som allmenntannlege. Tannleger under spesialistutdanning mottar ikke lønn under utdanningen, men kan motta noe kompensasjon fra universitetene for instruktørvirksomhet ved grunnutdanning av tannleger. Dagens spesialiststruktur består av syv godkjente spesialiteter.

Spesialistutdanningen foregår i all hovedsak ved utdanningsinstitusjonene (Universitetene i Oslo og Bergen). Det er imidlertid tilrettelagt for at deler av den kliniske treningen kan foregå i godkjente institusjoner. Spesialistutdanningen har en varighet på tre til fem år avhengig av spesialitet.

Se nærmere om tannlegenes spesialistutdanning i punkt 5.4.

2.3.3 Optikernes spesialistutdanning

For å begynne på spesialistutdanning som optiker med kontaktlinsekompetanse (som er den spesialistutdanningen som finnes), kreves det autorisasjon som optiker og ett års relevant praksis. Spesialistutdanningen tar et halvt år og foregår ved utdanningsinstitusjonen. Om lag to tredeler av optikerne har spesialistutdanning.

Se nærmere om optikernes spesialistutdanning i punkt 5.3.

2.4 Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling

Nasjonalt Råd for spesialistutdanning for leger og legefordeling ble etablert i 1999 som følge av forslag i Stortingsmelding nr. 24 (1996-97) Tilgjengelighet og faglighet – Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste. Bakgrunnen var at myndighetene ønsket å ta et fastere grep og større ansvar for spesialistutdanningen av leger, og at initiativet til endringer i spesialistutdanningen skulle ligge i dette rådet. Rådet var organisert som et selvstendig forvaltningsorgan som ga sin tilråkning til departementet.

Nasjonalt Råd består av 19 representanter som representerer sentrale parter i gjennomføringen av spesialistutdanningen av leger og legefordelingsordningen. Sammensetningen av rådet pr i dag er som følger: staten (2), Kommunenes

Sentralforbund (2), RHFene (5), universitetene (4), Legeforeningen (4), samt pasientorganisasjoner (2).

Etter foretaksreformen og reformen i den sentrale helseforvaltningen i 2002, ble rådet videreført, og rådets sekretariat organisert som del av det nye direktoratet. Forskriften ble samtidig endret slik at rådet skulle være rådgivende for både departementet og direktoratet.

Rådet skal særlig vurdere og gi råd vedrørende godkjenning av spesialiteter, spesialitetsstruktur, utdanningens omfang, antall spesialister og fordelingen av disse, godkjenning av spesialistregler, godkjenning av utdanningsinstitusjon, samt gjennomføring og kvalitetssikring av spesialistutdanningen.

2.5 Spesialistutdanningsløpene

Legers, tannlegers og optikers spesialistutdanninger og godkjenningsordninger er organisert forskjellig og finansieres på ulikt vis. Det vises til kapittel 5 for nærmere beskrivelse.

3 Prinsipielle innvendinger mot dagens ordning

Yrkesorganisasjonene for leger, tannleger og optikere er i dag gjennom godkjenningsordningen av spesialister gitt myndighet som i andre nordiske land ligger i den sentrale helseforvaltningen. Dette er en ordning som nå bør legges til myndighetene også i Norge.

Som påpekt i punkt 2.2 har de private yrkesorganisasjonene, og da i særdeleshet Legeforeningen, i årenes løp utført et stort og meget viktig arbeid når det gjelder spesialistutdanning av leger, herunder selve godkjenningen av den enkelte legespesialist.

Dagens ordning gir imidlertid yrkesorganisasjonene for stor adgang til å påvirke utforming og organisering av spesialisthelsetjenesten. Nye arbeidsformer og arbeidsdeling mellom sykehus, og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunenes helsetjenester, tilsier nå et sterkere grep fra helsemyndighetenes side også når det gjelder selve godkjenningen av spesialister.

Yrkesorganisasjonene har tradisjonelt hatt en sentral rolle i spesialistutdanningen av leger, tannleger og optikere. Spesielt legene som profesjon har en sentral og viktig rolle gjennom spesialistforeningene og Legeforeningen sentralt. Dette må sees i sammenheng med den betydning "mester-svenn" prinsippet har i gjennomføringen av utdanningene. Hensynet til demokratisk styring og prioritering, og ønsket om styring og organisering av legenes utdanning i samsvar med strukturen i helsetjenesten og utdanningssektoren generelt, må balanseres mot den verdien som ligger i at legene selv, gjennom sin organisasjon og sine faglige organer, engasjeres. Det faglige elementet er så tungt at legenes fortsatte engasjement er nødvendig for å sikre kvalitet i utforming og gjennomføring av spesialistutdanningen. En vesentlig utfordring blir dermed hvordan man best kan videreføre det faglige engasjementet og den innsatsen som i dag kommer til uttrykk gjennom yrkesorganisasjonenes omfattende, og til dels ulønnede arbeid, samtidig som blant annet hensynet til helsemyndighetenes sterkere styring sikres.

Legeforeningen gir faglige råd til departementet om fagområder som kan godkjennes som egen spesialitet og gir innspill til regelverket for gjennomføring av spesialistutdanningen (spesialistreglene). Legeforeningen gir videre råd til Helsedirektoratet om godkjenning av utdanningsinstitusjoner. Denne yrkesorganisasjonen er dermed en sterk premissleverandør i hele spesialistutdanningens organisering, struktur og innhold, og gir Legeforeningen en relativ stor innflytelse på oppgaver som er et statlig myndighetsansvar.

Selv om dagens ordning på flere måter har fungert bra, er det prinsipielt uheldig å delegere offentlig myndighetsutøvelse til private yrkesorganisasjoner. Ikke minst gjelder dette på helseområdet hvor det er nødvendig med overordnet statlig styring for å ivareta hensyn av økonomisk, samfunnsmessig og helsefaglig art. Den sykehusstrukturen vi har i dag motsvarer i stor grad legenes spesialiststruktur, noe som kan være problematisk for myndighetene sett i relasjon til påkrevde omorganiseringer og nye oppgave- og funksjonsfordelinger i helseforetakene og mellom helseforetakene og kommunene. Det kan derfor framstå som uheldig med yrkesorganisasjonenes dobbeltrolle både som faglig premissleverandør og fagforening. Departementet foreslår derfor å fjerne delegasjonsmuligheten i loven og legge oppgaven med godkjenning av spesialister til de sentrale helsemyndigheter.

4 Gjeldende rett

4.1 Innledning

Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) har flere bestemmelser som regulerer offentlig spesialistgodkjenning av helsepersonell. I helsepersonelloven § 51 er departementet gitt hjemmel til å kunne gi forskrift om spesialistgodkjenning av helsepersonell. Slik forskrift er gitt i forskrift 21. desember 2000 nr. 1384 om spesialistgodkjenning av helsepersonell.

Utover bestemmelsene i helsepersonelloven med tilhørende forskrift, er offentlig spesialistgodkjenning av helsepersonell indirekte regulert av bestemmelser i lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven §§ 3-8 og 3-10) og i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene (kommunehelsetjenesteloven §§ 6-1 og 6-2).

I det følgende vil de mest relevante bestemmelsene for det foreliggende lovendringsforslaget bli kort beskrevet.

4.2 Helsepersonelloven

Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) § 53 gir myndighet til Sosial- og helsedirektoratet (fra 1.april 2008 endret Sosial- og helsedirektoratet navn til Helsedirektoratet) til å gi autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning til helsepersonell. Dette fremgår av bestemmelsens første ledd første punktum.

I § 53 første ledd tredje punktum er Helsedirektoratet gitt adgang til å delegere myndighet til private yrkesorganisasjoner til å gi spesialistgodkjenning til den

enkelte spesialist. Dette er som kjent gjort for de tre helsepersonellgruppene som kan gis offentlig spesialistgodkjenning, nemlig leger, tannleger og optikere.

Helsepersonelloven § 51 gir departementet hjemmel til å gi forskrifter om vilkår for godkjenning av autorisert helsepersonell som spesialister innen en avgrenset del av det helsefaglige området. Slik forskrift er som nevnt i punkt 4.1 gitt, og forskriften omtales nærmere i punkt 4.3.

For vedtak om å gi blant annet spesialistgodkjenning til helsepersonell, er det i § 68 fastsatt at klageinstans for disse vedtakene er Statens helsepersonellnemnd.

Av de 29 helsepersonellgruppene som etter helsepersonelloven § 48 har rett til autorisasjon, er det som nevnt kun leger, tannleger og optikere som på fastsatte vilkår har rett til offentlig spesialistgodkjenning. Det er imidlertid flere andre helsepersonellgrupper som har videreutdanningstilbud. Innholdet i disse tilbudene er dels fastsatt av egen yrkesorganisasjon. Både sykepleiere, psykologer og fysioterapeuter har videreutdanningstilbud og respektive yrkesorganisasjoner gir med bakgrunn i slik videreutdanning bransjegendkjenning som f. eks. anesthesisykepleier, operasjonssykepleier, manuell terapeut osv. For disse videreutdanningene er det yrkesorganisasjonene selv som godkjenner det enkelte helsepersonellet, og utdanningene omfattes ikke av den offentlige spesialistgodkjenningsordningen i henhold til helsepersonelloven §§ 51 og 53. Når det gjelder innholdet i de angitte videreutdanninger for sykepleiere, fastsettes dette av Kunnskapsdepartementet.

4.3 Spesialistgodkjenningsforskriften med tilhørende retningslinjer

Forskrift 21. desember 2000 nr. 1384 om spesialistgodkjenning av helsepersonell regulerer godkjenning for tre helsepersonellgrupper; optikere, tannleger og leger. Kapittel 1 inneholder enkelte generelle bestemmelser, kapittel 2 bestemmelser om leger og tannleger, og kapittel 3 bestemmelser om optikere.

I forskriften § 3 fremgår det at det er departementet som fastsetter hvilke avgrensede deler av medisinske og odontologiske fagområder det kan gis spesialistgodkjenning i. Det fremgår videre at det er departementet som skal fastsette nærmere regler om gjennomføringen av spesialistutdanning av leger og tannleger og om vilkår ved blant annet den gjennomførte utdanningen. Departementet har videre myndighet til å bestemme at søkere skal gjennomgå en prøve for å kunne bli godkjent som spesialist.

Når departementet utøver myndighet på ovennevnte områder, skal sakene forelegges Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling og Den norske tannlegeforening og de odontologiske lærestedene for henholdsvis legespesialitetene og tannlegespesialitetene. Nasjonalt råd innhenter i sin tur uttalelser fra Den norske legefördeling. Legenes og tannlegenes yrkesorganisasjoner er med andre ord gitt anledning til å komme med innspill i forbindelse med departementets fastsettelse av spesialiteter, innhold i spesialitetene samt vilkårene for å bli godkjent spesialist.

Når det gjelder optikerne finnes det kun en spesialistutdanning, nemlig optiker med kontaktlinsekompetanse, jf. forskriften § 9.

For både leger, tannleger og optikere kan helsepersonell med utenlandsk utdanning på det aktuelle spesialistområdet få norsk spesialistgodkjenning dersom fastsatte vilkår er oppfylt, jf. forskriften § 7.

I spesialistforskriftens § 8 er det gitt overgangsbestemmelser for leger. I overgangsbestemmelsene er det listet opp til sammen 19 ulike retningslinjer, herunder de generelle spesialistreglene, gruppering av sykehus i gruppe I- og gruppe II-institusjoner, retningslinjer for kursutdanningen mv. Retningslinjene er i stor grad knyttet til hvilke krav som gjelder for den enkelte som søker om spesialistgodkjenning. Det er utarbeidet relativt detaljerte krav i forhold til tellende tjeneste og kursdeltagelse. Det store antall detaljerte retningslinjer kan virke uoversiktlig for den enkelte lege, men gir også en større grad av forutsigbarhet/sikkerhet og mindre mulighet for skjønnsutøvelse i Legeforeningens behandling av søknader om spesialistgodkjenning.

Helsedirektoratet og Nasjonalt råd benytter dette regelverket i vurdering av saker som gjelder godkjenning av utdanningsinstitusjoner og endring av spesialistregler.

Vilkår for å få godkjenning som spesialist er gitt i spesialistforskriften § 7. Spesialistutdanningen må være gjennomført ved godkjent utdanningsinstitusjon (med unntak av spesialitetene allmennmedisin og samfunnsmedisin). Søker må også oppfylle andre vilkår/regler som er fastsatt. Disse reglene er de generelle spesialistreglene og spesialistreglene for hver enkelt spesialitet, samt retningslinjene gitt i § 8. I de generelle spesialistreglenes § 3 er det fastsatt krav til behandling av søknad om spesialistgodkjenning. Her stilles det krav om dokumentasjon av gjennomført tjeneste. Det gis også regler for behandling av søknader. Det er Legeforeningens sentralstyre som fatter vedtak etter at søknaden har vært vurdert av spesialitetskomiteen. Ved avslag på søknad om spesialistgodkjenning gis det adgang til å kreve fornyet behandling av søknaden dersom det har vært dissens i både komiteen og sentralstyret. Vedtak om godkjenning som spesialist eller avslag på slik søknad kan påklages til Statens helsepersonellnemnd. I de generelle spesialistreglene er det også gitt bestemmelser som omhandler krav til tjenesten, krav til utdanningsstillinger, krav til teoretisk utdanning (kursutdanning) og krav til godkjenning av utdanningsinstitusjoner.

For å oppnå spesialistgodkjenning må legen i spesialisering sørge for å oppfylle kravene som er fastsatt i spesialistreglene for den enkelte spesialitet. Tjenestekravene oppnås ved å søke på utdanningsstillinger i den aktuelle spesialiteten ved godkjente utdanningsinstitusjoner. For å oppnå tilstrekkelig kompetanse innen hele spesialiteten er det utarbeidet sjekklister/prosedyrelister med minimumskrav til utførte prosedyrer (for eksempel kirurgiske inngrep). Legen som er i spesialisering må selv sørge for å oppfylle disse kravene og fremlegge attestert sjekkliste ved søknad om spesialistgodkjenning, samt selv sørge for å få gjennomført de aktuelle kurskrav i spesialiteten.

Helsedirektoratet godkjenner institusjoner som skal utdanne leger som spesialister, jf. forskriften § 4. Før vedtak treffes skal saken forelegges Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling til uttalelse. I tråd med spesialistforskriftens bestemmelser sendes søknader om godkjenning av utdanningsinstitusjoner til Legeforeningen for faglig vurdering. Den faglige vurderingen

gjøres av spesialitetskomiteene i de enkelte spesialiteter. Vurderingene gjøres ut fra fastsatte retningslinjer ("Krav til utdanningsinstitusjoner") godkjent av Helsedirektoratet.

4.4 Spesialisthelsetjenesteloven

Spesialisthelsetjenesteloven har bestemmelser som på en mer indirekte måte har betydning for spesialistgodkjenning av særlig leger. I § 3-8 pålegges sykehusene å ivareta utdanning av helsepersonell. Dette inkluderer selvfølgelig også spesialistutdanning av helsepersonell i den grad det er bestemt at dette skal ligge til det enkelte sykehus og den enkelte avdeling/enhet.

I § 3-10 er sykehusene videre pålagt å sørge for at de som er ansatt gis opplæring, etterutdanning og videreutdanning som er påkrevet for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig.

4.5 Kommunehelsetjenesteloven

Kommunehelsetjenesteloven § 1-3a pålegger kommunene å planlegge, organisere og legge til rette for at helsepersonell skal oppfylle krav fastsatt i eller i medhold av forskrift. Denne bestemmelsen har på samme måte som de ovenfor omtalte bestemmelsene om sykehusenes ansvar, betydning for helsepersonells spesialistutdanning der dette skal skje i regi av kommunen.

Kommunenes plikt til å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell, herunder videre- og etterutdanning, fremgår direkte av §§ 6-1 og 6-2.

5 Omfang, organisering og finansiering av dagens spesialistgodkjenningsordning

5.1 Innledning

5.1.1 Historikk

Spesialistutdanning for leger har historiske røtter tilbake til tiden rundt første verdenskrig, mens spesialistutdanning for tannleger startet noe senere. Etter lov om lægers rettigheter og plikter (lov 29. april 1927 nr 1) og lov om tannlægers rettigheter og plikter (lov 29. april 1929 nr 2), lå det til departementet å fastsette hva som krevdes for å få autorisasjon for å utføre bestemte undersøkelser og behandlingsmåter og i hvilken utstrekning den skulle gjelde.

Lov 13. juni 1980 nr. 42 om leger (legeloven) og lov 13. juni 1980 nr. 43 om tannleger (tannlegeloven) som trådte i kraft våren 1982, gjorde spesialistgodkjenning mv. til gjenstand for offentlig regulering. Det formelle ansvaret for legers og tannlegers spesialistutdanning ble lagt til departementet. Begge lovene inneholdt hjemler til i forskrift å fastsette regelverk om godkjenning av og vilkår for å være spesialist og tilbakekall av godkjenning, og til å fatte enkeltvedtak på dette området.

I henhold til forskriften av 1982 om spesialiteter i medisin, ble myndigheten til å behandle og avgjøre søknad om godkjenning som spesialist i medisin og sak om tilbakekall av spesialistgodkjenning, ”inntil videre” delegert til Legeforeningen. Etter samme forskrift skulle ”inntil videre”, ”Spesialistregler for Den norske lægeforening” legges til grunn for behandling av disse sakene. Tilsvarende myndighet på det odontologiske området ble delegert til Den norske tannlegeforening ved forskrift om spesialiteter i odontologi av 1984. Forskrift om godkjenning m.v. av optikere ble gitt i 1988.

Ovennevnte forskrifter ble erstattet av forskrift 21. desember 2000 nr. 1384 om spesialistgodkjenning av helsepersonell da helsepersonelloven trådte i kraft 1. januar 2001, jf. nærmere om denne forskriften i punkt 4.3.

På bakgrunn av forslag i St.meld. nr. 24 (1996-1997) ble Nasjonalt Råd for spesialistutdanning av leger og legefording opprettet i 1999. Rådet oppnevnes av Kongen.

Staten overtok fra og med 2002 eieransvaret for spesialisthelsetjenesten i Norge. Spesialisthelsetjenesten ble organisert som helseforetak og det ble etablert fem regionale helseforetak med ansvar for sykehus og annen spesialisthelsetjeneste. Samtidig ble Helsedirektoratet etablert som et forvaltnings- og kompetanseorgan direkte underlagt departementet. Direktoratet bidrar til å gjennomføre og iverksette nasjonal politikk og skal rådgi sentrale myndigheter, kommunene, helseforetakene, frivillige organisasjoner og befolkningen. I forbindelse med opprettelsen av Helsedirektoratet overtok direktoratet sekretariatsfunksjon for Nasjonalt Råd for spesialistutdanning av leger og legefording.

5.1.2 Nærmere om noen begreper

Spesialistutdanning er den form for kompetanseheving som blir regulert i forskrift 21. desember 2000 nr. 1384 om spesialistgodkjenning av helsepersonell. Det betyr at denne betegnelsen er knyttet til spesialistutdanning av leger, tannleger og optikere. Disse spesialistutdanningene er også ofte omtalt som offentlige spesialistutdanninger.

*Videre- og spesialutdanning*er utover grunnutdanningen er studiepoenggivende utdanning som tilbys av universiteter og høyskoler. Videre- og spesialutdanningene vil vanligvis omfatte et avgrenset område av grunnutdanningen. Disse utdanningene reguleres ikke av forskriften om spesialistgodkjenning av helsepersonell.

I tillegg til spesialistutdanningene og videre- og spesialutdanningene, benytter flere av yrkesorganisasjonene seg av betegnelsen spesialistutdanning og har opprettet bransjebaserte ordninger der personer som har gjennomgått ulike utdanningsløp får en bransjegodkjenning som spesialist innen et avgrenset fagområde. Dette helsepersonellet er ikke offentlig godkjente spesialister i henhold til helsepersonelloven § 53.

5.2 Generelt om spesialistgodkjenningsordningene

Legers, tannlegers og optikerses spesialistutdanninger og godkjenningsordninger er organisert forskjellig og finansieres på ulikt vis.

Utdanning av helsepersonell er en av fire hovedoppgaver for helseforetakene. De regionale helseforetakene har et ansvar for at leger under spesialisering gis undervisning i helseregionen (spesialisthelsetjenesteloven §§ 3-5 og 3-8, jf. også helseforetaksloven §§ 10 og 11). Tilsvarende har kommunene plikt til å sørge for at ansatt helsepersonell i helsetjenesten får påkrevd videreutdanning (kommunehelsetjenesteloven §§ 6-1 og 6-2).

I det følgende vil de tre yrkesgruppene som i dag er omfattet av forskriften om spesialistutdanning av helsepersonell bli beskrevet.

5.3 Optikere

Optikere har én offentlig godkjent spesialitet. Norges optikerforbund har ansvaret for optikernes spesialistutdanning og behandler søknader om spesialistgodkjenning etter delegert myndighet.

5.3.1 Vilkår for å få spesialistgodkjenning

I forskriften § 9 fremgår det at den som har fått autorisasjon som optiker og som i tillegg har gjennomgått godkjent utdanning i kontaktlinsetilpasning, etter søknad kan få godkjenning som optiker med kontaktlinsekompetanse.

5.3.2 Omfang og organisering

Kontaktlinsestudiet er et deltidsstudium på 30 studiepoeng som går over et halvt år med tre kursperioder på totalt syv uker. Studiet tilbys kun av Høgskolen i Buskerud. Det kreves autorisasjon som optiker og ett års relevant praksis for å bli tatt opp som student ved studiet.

I den første kursperioden vektlegges kontaktlinsetilpasning generelt. I tillegg til teoretisk undervisning er det satt opp omfattende laboratorievirksomhet.

Utdanningsprogrammet er lagt opp som en kombinasjon av teoretisk undervisning og praktiske/kliniske oppgaver, fordelt med ca. 50 % på hver undervisningsform.

Studentene blir evaluert etter siste kursperiode. Det blir arrangert en praktisk/klinisk eksamen og en teoretisk eksamen som begge må bestås.

Norges Optikerforbund har oppnevnt én spesialistgodkjenningskomité bestående av tre personer (to optikere og en høyskolelærer) som behandler søknader om spesialistgodkjenning.

Det er i dag ca. 1050 optikere med spesialistgodkjenning i kontaktlinsetilpasning. Det godkjennes drøyt femti spesialister hvert år. Få av dem har utdanning fra utlandet.

5.3.3 Finansiering

Studiet finansieres delvis innenfor rammene til Høgskolen i Buskerud, delvis med studieavgift på kr 37.500 (høsten 2008) som betales av den enkelte deltager. Norges Optikerforbund tar seg ikke betalt for å behandle søknader om spesialistgodkjenning.

5.4 Tannleger

Det er pr. i dag syv godkjente spesialiteter innenfor odontologi. Spesialistutdanning har hittil bare blitt gitt på de odontologiske lærestedene ved universitetene i Oslo og Bergen eller desentralisert i regi av lærestedene i samarbeid med regionale odontologiske kompetansesentre. Det planlegges spesialistutdanning i kjeveortopedi fra 2009 ved Universitetet i Tromsø. Helse- og omsorgsdepartementet har besluttet at det skal utredes og utprøves en spesialitet i klinisk odontologi ved Universitetet i Tromsø. Det er i tillegg utredet et felles studieforløp som fører frem til dobbeltkompetanse (spesialist og forskerkompetanse). Det tas sikte på å ta opp kandidater i en slik dobbeltkompetanseutdanning i løpet av 2009, og det er lagt opp til at kandidatene skal motta lønn under hele forløpet. Forslag om endringer i spesialistreglene for tannleger fremmes av Helsedirektoratet på bakgrunn av innspill fra direktoratets Råd for spesialistutdanning av tannleger, se nærmere om dette i punkt 5.8.

5.4.1 Vilkår for å få spesialistgodkjenning

Forskriften § 7 behandler vilkårene for spesialistgodkjenning av leger og tannleger i samme paragraf, jf. første ledd som lyder: *”Enhver som har norsk autorisasjon som lege, kan få godkjenning som spesialist innen en avgrenset del av det medisinske fagområdet dersom søkeren oppfyller de krav til gjennomført utdanning ved godkjente utdanningsinstitusjoner og andre vilkår som er fastsatt, jf. § 4. Tilsvarende gjelder for tannleger.”*

5.4.2 Omfang og organisering

Spesialistutdanning for tannleger er som hovedregel et tre års heltidsstudium (fem år for oral kirurgi og oral medisin). Før opptak til spesialistutdanning, må kandidatene ha minimum to års praksis etter fullført odontologisk grunnutdanning.

For alle disiplinene gjennomfører kandidatene et obligatorisk kjernekurs (Core curriculum). Kandidatene påbegynner utdanningen ved sin fagavdeling umiddelbart etter studiestart, og klinisk undervisning og pasientbehandling starter i første semester. Etter fullført studium avlegger kandidatene eksamen og får tildelt diplom for gjennomført studium.

Søknadene om godkjenning behandles av Tannlegeforeningens spesialistkomité. Den består av leder som ikke er spesialist, samt representanter for alle spesialitetene. Komiteen har møter to ganger i året og gir sine anbefalinger til Tannlegeforeningens hovedstyre.

Det godkjennes i gjennomsnitt 20-30 spesialisttannleger årlig. Om lag halvparten har sin utdanning fra utlandet. Fra 1. januar 2007 økte antallet spesialiteter fra fire til syv da videreutdanningene i endodonti, protetik og radiologi ble godkjent som

spesialiteter. Det medførte en periode med økning i godkjenningene for kandidater med tidligere avlagt eksamen. Det er i dag ca. 470 tannleger med spesialistutdanning, hvilket utgjør ca. 10 % av landets tannleger.

5.4.3 Finansiering

Det gis ikke lønn til kandidatene under spesialistutdanningen. Helsedirektoratet forvalter tilskuddsmidler til utdanningsinstitusjonene og regionale odontologiske kompetansesentre for å utdanne tannlegespesialister.

Tannlegeforeningen beregner et gebyr på kr 1200 fra hver kandidat som søker godkjenning. Beløpet er vedtatt endret til kr 2500 fra 2009 for norske søkere og kr 1000 for søkere med spesialistgodkjenning fra EØS-land.

5.5 Leger

Innledningsvis viser departementet til punkt 4.3 hvor det er redegjort nærmere for spesialistgodkjenningsforskriften med tilhørende retningslinjer.

Det er i dag 44 spesialiteter for leger, seks av disse som grenspesialitet under kirurgi og åtte som grenspesialitet under indremedisin.

Spesielt for legespesialitetene er at man arbeider som lege i spesialisthelsetjenesten eller kommunehelsetjenesten i 5-7 år som "lege i spesialisering". Det er særskilte vilkår for at slikt legearbeid kan telle for spesialistutdanning. Det gjelder hvor tjenesten utføres, hvilke faglige aktiviteter som omfattes, hvordan veiledning finner sted og hvordan teori erverves gjennom kurs, forskningsaktivitet eller på annen måte.

For 41 spesialiteter som gjelder spesialisthelsetjenesten skal spesialistutdanning foregå ved godkjent utdanningsinstitusjon. Helsedirektoratet godkjenner helseforetak hvor slik utdanning foregår etter søknad fra det regionale helseforetaket. Spesialistutdanning i allmenntidmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin foregår til dels i kommunehelsetjenesten der det ikke er krav om godkjenning av utdanningsinstitusjonene/tjenestestedene der hvor utdanningen foregår.

Legeforeningen behandler søknader om spesialistgodkjenning og søker må oppfylle de krav til spesialistutdanning som er fastsatt i spesialistreglene for de enkelte spesialitetene. For sykehusbaserte spesialiteter er det krav om at spesialistutdanningen skal foregå ved godkjent utdanningsinstitusjon. Ved spesialistutdanning i allmenntidmedisin og samfunnsmedisin er det i dag ikke krav om tjeneste ved godkjent utdanningsinstitusjon.

Forslag om opprettelse av nye spesialiteter/grenspesialiteter eller endringer i spesialistregler fremmes oftest av fagmiljøene, Legeforeningen eller av Helsedirektoratet. Forslag om mindre endringer i spesialistreglene fremmes som regel av Legeforeningen på bakgrunn av innspill fra spesialitetskomiteene eller andre.

Ved ansettelse i utdanningsstilling for lege i helseforetakene, vil legene få undervisning og praktisk opplæring som kan føre frem til spesialistgodkjenning.

Det er oppnevnt utdanningsutvalg ved de godkjente utdanningsinstitusjonene som har ansvar for å tilrettelegge utdanningen og oppnevne veileder for den enkelte lege under spesialisering. De inngåtte avtaler understøtter dette, både i helseforetakene og i kommunene.

De medisinske fakultetene ved universitetene har siden 1960-tallet hatt ansvar for deler av den teoretiske videre- og etterutdanningen, i første rekke gjennom kursvirksomheten. Dette skjer i nært samarbeid med Legeforeningens koordinatorkontorer og spesialitetskomiteer. Totalt arrangeres det ca. 500 kurs pr år.

5.5.1 Omfang og organisering

I følge legestatistikk fra Den norske legeforening var det pr. 1. september 2008 totalt 15 660 godkjente spesialister. Antall yrkesaktive spesialister under 70 år i Norge er oppgitt til 10 640. I 2007 ble det gitt 1007 nye spesialistgodkjenninger. Av disse var 454 overføring av utenlandske spesialistgodkjenninger. I tillegg ble det gitt 375 resertifiseringer av spesialister i allmenntidisin. Til sammenligning ble det gitt ca. 800 spesialistgodkjenninger i 2004.

Legeforeningen har nedsatt spesialitetskomiteer for samtlige spesialiteter. Komiteene skal i følge ”Bestemmelser for spesialistutdanningen” § 1 ”ha sin oppmerksomhet henvendt på alle forhold av betydning for videre- og etterutdanning i vedkommende spesialitet”. Generelle bestemmelser for spesialistutdanningen ble vedtatt av Legeforeningens landsstyre 1965 med endringer sist i 2004. Bestemmelsene er fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet etter innstilling fra Legeforeningen.

Komiteene skal fungere som sakkyndig og rådgivende organ for Legeforeningens sentralstyre i spørsmål som vedrører spesialistutdanningen i den enkelte spesialitet. Komiteene har en viktig rolle i forhold til å følge med på innholdet i spesialistutdanningen. Forslag om endringer av spesialistreglene, herunder kursutdanningen, kommer oftest fra spesialitetskomiteene. Komiteenes oppgave er også å avgi innstilling ved søknader om godkjenning av helseforetak/institusjoner som utdanningsinstitusjon. De utfører også et betydelig arbeid ved å overvåke utdanningsinstitusjonene. Komiteene vurderer også de årlige rapportene som avgis fra samtlige godkjente institusjoner/avdelinger. Komiteene foretar også besøk på utdanningsinstitusjonene for å vurdere kvaliteten og innholdet i spesialistutdanningen ved de ulike institusjonene. Spesialitetskomiteenes oppgave er også å avgi innstilling til alle søknader om spesialistgodkjenning.

Legeforeningen har et spesialitetsråd som er rådgivende organ for Legeforeningens sentralstyre i spørsmål som gjelder legers videre- og etterutdanning. Spesialitetsrådet skal ha sin oppmerksomhet henvendt på alle forhold av betydning for videre- og etterutdanning av spesialister. I tillegg til Legeforeningens medlemmer har Spesialitetsrådet medlemmer fra staten, arbeidsgiversiden og Norsk pasientforening.

På Legeforeningens nettsider www.legeforeningen.no legges all informasjon knyttet til spesialistutdanningen ut, bl.a. oppdaterte lister over godkjente utdanningsinstitusjoner, gjeldende spesialistregler, godkjente spesialister og alt regelverk knyttet til legers etter- og videreutdanning.

5.5.2 Finansiering

Legers spesialistutdanning foregår i hovedsak i lønnede utdanningsstillinger i helseforetakene. Spesialistutdanningen finansieres dermed i stor grad av helseforetakene. Det kreves også at tjenesten foregår under supervisjon og veiledning av overlege/spesialist i faget. Det gis ikke noe ekstra statlig tilskudd for å kompensere for veiledning og supervisjon av utdanningskandidater. Leger som tar spesialistutdanning i allmenntidmedisin arbeider i hovedsak i fastlegehjemmel.

I tillegg til tjenestekravet stilles det krav til gjennomført kursutdanning. I avtaleverket mellom arbeidsgiverorganisasjonene og Legeforeningen er det nedfelt at arbeidsgiver forplikter seg til å gi lege i spesialisering permisjon med lønn for å delta i nødvendige kurs for å gjennomføre spesialistutdanning. Kursutdanningen foregår ved kurs holdt av Legeforeningens organer, universitetene eller andre offentlige institusjoner. Kursutdanningen finansieres i stor grad gjennom Legeforeningens utdanningsfond. Utdanningsfondene finansierer etablering/drift av de ulike kursene. Den enkelte lege kan også søke om midler til dekning av kursavgifter fra utdanningsfondene.

Det fins to ulike fond (Fond II¹ og Fond III²). I tillegg har Legerforeningen et fond for videre- og etterutdanning av leger (Fond I³) som etter visse retningslinjer dekker generelle utgifter knyttet til legenes spesialistutdanning, f.eks. utgifter i forbindelse med arrangement av kurs, utgifter til foredragsholder og andre utdanningsaktiviteter. Dette fondet har også bidratt til å etablere universitetsinstitutter i allmenntidmedisin og samfunnsmedisin. Den delen av arbeidet med spesialistutdanningen som blir ivaretatt av Legeforeningens sekretariat blir også tildels finansiert gjennom Fond I. Reise- og oppholdsutgifter for medlemmene i Legeforeningens spesialitetsråd/spesialistkomiteer dekkes av Fond I. Medlemmenes arbeid antas delvis finansiert av arbeidsgiver som ordinære lønnskostnader og delvis som ulønnet innsats.

Fondene er bygget opp ved årlige avsetninger i forbindelse med Normaltariff-forhandlingene, opprinnelig ved "avståelse fra økninger av takster og tilskudd". Etter at Normaltariffen fra 1974 ble gjenstand for formaliserte forhandlinger mellom Staten og Legeforeningen, har bestemmelsene om fondsavsetninger vært en del av avtalen. Det forhandles først om økning av avtalens totalramme, før økningen fordeles mellom takster, basis- eller driftstilskudd og de ulike fondene. Avsetningenes størrelse varierer derfor fra år til år.

Spesialistgodkjenningsordningen for leger finansieres ikke særskilt. Spesialitetskomiteenes og sentralstyrets arbeid med vurdering av søknader er basert på

¹ Fond II (for privatpraktiserende og kommunalt ansatte legers videre- og etterutdanning) ble etablert som ledd i forhandlingene om overgang til driftstilskuddsordning høsten 1983 (kommunehelsereformen).

² Ved forhandlingene i 1987 foreslo Legeforeningen etablering av et Fond III (for sykehuslegers videre- og etterutdanning), som skulle ha samme funksjon som fond II hadde for leger utenfor sykehus, Staten gikk med på kravet året etter (1988).

³ Fond I ble etablert i 1967, fordi Legeforeningen fikk gjennomslag overfor Rikstrygdeverket og det daværende Sosialdepartementet om behovet for å få tatt et krafttak for videre- og etterutdanningen generelt, men først og fremst for de privatpraktiserende allmennleger.

frivillig arbeid. I avtaleverket mellom Legeforeningen og arbeidsgiverorganisasjonene er det nedfelt at leger som er medlem i spesialitetskomiteer og lignende får permisjon med lønn til å utføre vervet. Legeforeningen dekker eventuelle reiseutgifter i forbindelse med møter i komiteene og i sentralstyret. Det tas ikke gebyr for behandling av søknad om spesialistgodkjenning.

5.6 Legeforeningens rolle

Legeforeningens rolle, formelt sett, er avgrenset til å behandle og avgjøre søknad om spesialistgodkjenning, samt være representert i Nasjonalt Råd. Legeforeningen har historisk sett hatt en sentral rolle når det gjelder legers spesialistutdanning. Foreningens organisering er også til en viss grad innrettet for å håndtere oppgaver knyttet til legenes utdanning generelt og spesialistutdanningen spesielt⁴.

I dag er Legeforeningen en sentral initiativtaker og pådriver i utviklingen av spesialistutdanningen gjennom sin representasjon i Nasjonalt Råd. Foreningen har gode forutsetninger for dette, både organisatorisk og ressursmessig, samt også kompetansemessig. Særlig spesialitetskomiteene/spesialforeningene har god innsikt i den enkelte spesialitets utvikling, både når det gjelder sykdomsbilde og utvikling internasjonalt. I tillegg innhenter Legeforeningen årlig en rekke opplysninger som skal gi oversikt over det totale utdanningsmiljøet ved utdanningsinstitusjonene i helseforetakene. Legeforeningen, ved spesialitetskomiteene, avlegger årlige besøk ved utdanningsinstitusjonene for å kvalitetssikre utdanningen. På den bakgrunn gir Legeforeningen tilrådninger til direktoratet om hvilke avdelinger som bør godkjennes som utdanningsinstitusjoner. Legeforeningen betrakter dette arbeidet som sentralt i kvalitetssikringen av spesialistutdanningen.

5.7 Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling

5.7.1 Bakgrunn

Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling, Nasjonalt råd, ble opprettet 1. januar 1999. Nasjonalt råd avløste det partsammensatte "Utvalg for legestillinger og stillingsstruktur". Bakgrunnen for opprettelse av Nasjonalt råd var bl.a. at staten skulle ha et større ansvar for spesialistutdanningen av leger og at det fortsatt var behov for å regulere legemarkedet.

Nasjonalt råds virksomhet er regulert i spesialistforskriftens § 5 der det fremgår:

"Kongen oppretter et nasjonalt råd som skal være rådgivende organ for departementet og Sosial- og helsedirektoratet i overordende spørsmål om spesialistutdanning av leger og legefördeling."

5.7.2 Mandat

Ved opprettelsen ble Nasjonalt råd gitt følgende mandat:

⁴ Spesialitetskomiteene, spesialitetsrådet, spesialforeningene, fylkesavdelingene, sentralstyret, landsstyret og legeforeningens sekretariat.

Nasjonalt råd skal særlig vurdere og gi råd vedrørende:

- Godkjenning av spesialiteter, spesialitetsstruktur, utdanningens omfang, antall spesialister og fordelingen av disse
- Godkjenning av spesialistregler
- Godkjenning av utdanningsinstitusjoner
- Gjennomføring og kvalitetssikring av spesialistutdanningen
- Fordeling av nye legestillinger
- Omgjøring av legestillinger
- Overvåking av legemarkedet

Forskrift om spesialistgodkjenning av helsepersonell ble endret i 2001 og trådte i kraft 1.januar 2002. Endringene innebar bl.a. at det nå er Helsedirektoratet som godkjenner utdanningsinstitusjoner for spesialistutdanning av leger. Forskriften ble også endret slik at Nasjonalt råd ble rådgivende organ både for Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet.

Ut fra rådets oppgaver gitt i spesialistforskriften og i rådets mandat kan Nasjonalt råds oppgaver beskrives som følgende:

- Gi råd om eventuelle nye spesialiteter/grensespesialiteter eller nedlegging av spesialiteter, og om vesentlige endringer i de generelle spesialistreglene eller spesialistreglene for hver av spesialitetene
- Medvirke til at spesialistutdanningen er i overensstemmelse med helsetjenestens behov og utrede behov for forbedringer i spesialistutdanningens rammevilkår, kvalitativt og kvantitativt. Videre skal rådet gi råd om utdanningskapasiteten i hver enkelt spesialitet er tilstrekkelig til å dekke forventet behov for spesialister, samt identifisere rekrutteringsmessig sårbare spesialiteter
- Gi årlig tilråding til departementet om kvote for nye legestillinger i henhold til det lovbaserte legereguleringssystemet. Nasjonalt råd skal gi råd i forhold til søknader om nye legestillinger i kommunehelsetjenesten og overvåke legesituasjonen i fastlegeordningen. Nasjonalt råd utarbeider årlige rapporter om tildelte legestillinger og ubesatte legestillinger i spesialisthelsetjenesten fordelt på spesialitet, stillingskategori og helseregion
- Gi råd om søknader fra de regionale helseforetakene om omgjøring av legestillinger mellom spesialiteter og stillingskategori. Omgjøring av legestillinger er regulert fordi det påvirker utdanningskapasiteten for legespesialister.

5.7.3 Evaluering av Nasjonalt råd

Helse- og omsorgsdepartementet etablerte i mai 2004 en intern arbeidsgruppe for å vurdere mandatet for og sammensetningen av Nasjonalt råd. Foranledningen var behov for å vurdere mulige tilpasninger for rådet i lys av de endringer og reformer som hadde vært i helsetjenesten siden rådet ble opprettet i 1999. Det ble utarbeidet en evalueringsrapport som ble sendt på bred høring juni 2005. Rapporten omtaler

foruten synspunkter på Nasjonalt råd blant annet en framtidig organisering av spesialistutdanningen av leger, godkjenning av utdanningsinstitusjoner og godkjenning av den enkelte spesialist. Det ble her foreslått at departementet skulle delegere hele ansvaret for å videreutvikle regelverket for spesialistutdanning av leger til direktoratet. Helsedirektoratet skulle i denne sammenheng opprette et rådgivende fagorgan med utgangspunkt i nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling. Det ble skissert hvilke oppgaver det nye rådet burde ha. Forslagene i rapporten er hittil ikke fulgt opp av departementet. Rådet ble i påvente av eventuelle endringer som følge av evalueringsrapporten reoppnevnt av departementet i 2006 – med en fungeringstid ”inntil videre”.

5.8 Helsedirektoratets råd for spesialistutdanning av tannleger (Rådet)

Helsedirektoratet opprettet i 2003 Råd for spesialistutdanning av tannleger. Rådet skulle være et rådgivende organ for Helsedirektoratet i alle overordnede spørsmål som angår spesialistutdanningen av tannleger. Rådet består av representanter fra Den norske tannlegeforening, de regionale kompetansesentrene, fylkestannlegene, utdanningsstedene og KS. Helsedirektoratet har sekretariatsfunksjonen.

Oppgaver for Rådet er:

- Fremtidig spesialiststruktur
- Fastsettelse av spesialistregler og administrative ordninger
- Finansiering av spesialistutdanningen
- Vurdere den regionale fördeling av spesialister
- Prognoser for og etterspørsel av spesialister

Helsedirektoratet har presisert behovet for Rådets anbefalinger og oppfattet møtene som gjensidig forpliktende drøftinger.

I Rådets møte 19. oktober 2007 orienterte direktoratet om behovet for å videreføre ordningen med et slikt organ hvor direktoratet kan få en balansert fremstilling av ulike sakskomplekser. Direktoratet ønsker at Rådet skal være en arena for samarbeid og diskusjon. Det vil være naturlig med noen mindre justeringer i Rådets mandat og sammensetning. For eksempel er det ønskelig med representasjon fra de privatpraktiserende tannlegene.

Rådet har ikke vært innkalt siden 2007 da denne orienteringen ble gitt.

I forbindelse med arbeidet med å utrede desentralisert spesialistutdanning, skal det opprettes en ressursgruppe (arbeidsgruppe) med representanter for blant annet lærestedene og kompetansesentrene.

6 Regulering og organisering i andre land

6.1 Danmark

Danmark har offentlig spesialistgodkjenning for lege, tannlege, sykepleier og optiker. Ordningen og vilkår for spesialistgodkjenning er regulert av Lov nr. 451 av 22. mai 2006 om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig

virksomhet og av bekjentgjørelser eller sirkulærer som gjelder de enkelte spesialistutdanningene/ spesialistgruppene⁵.

Ministeren har nedsatt et nasjonalt råd for legers spesialistutdanning. Rådet skal være rådgivende for myndighetene i spørsmål om legers spesialistutdanning. Ministeren fastsetter nærmere regler om rådets sammensetning mens Sundhedsstyrelsen fastsetter regler for rådets virksomhet. Det er tre regionale spesialistutdanningsråd som har til oppgave å gi råd til regionene, fatte vedtak vedrørende fordeling av utdanningsplasser, godkjenne utdanningsinstitusjoner og tilrettelegge utdanningsforløp m.v. Sundhedsstyrelsen fastsetter regler for rådenes virksomhet og er klageinstans for deres vedtak. Likeledes er det i 2008 opprettet et "Nasjonalt råd for tandlægers videreuddannelse".

Sundhedsstyrelsen vedtar endringer i spesialistregler for de enkelte gruppene på bakgrunn av forslag fra de nasjonale rådene. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse beslutter hvilke personalgrupper som skal ha en offentlig spesialistgodkjenning og hvilke spesialiteter som skal omfattes etter forslag fra Sundhedsstyrelsen. Det er også Sundhedsstyrelsen som godkjenner den enkelte kandidat.

Sundhedsstyrelsen er delegert kompetansen til å godkjenne den enkelte leges spesialistutdanningsløp til de regionale rådene. De regionale rådene fatter vedtak etter en vurdering av om kompetansekravene som er godkjent av Sundhedsstyrelsen er oppfylt.

For optikere er det offentlig spesialistgodkjenning i kontaktlinsetilpasning. Den nåværende optikerutdanningen gir bare rett til autorisasjon som optiker slik at det kreves gjennomført kurs/utdanning som kontaktlinseoptiker for å få godkjenning som kontaktlinseoptiker. Den danske optikerutdanningen er under revisjon. Den nye profesjonsbachelorutdanningen i optometri gir rett til autorisasjon som både optiker og kontaktlinseoptiker med rett til å utøve yrket som både optiker og kontaktlinseoptiker. De første studenter på den nye utdanningen startet i august 2008 og forventes å bli ferdige i slutten av 2011.

For sykepleiere er det fem spesialistutdanninger: psykiatrisk sykepleie, anestesisykepleie, intensivsykepleie, infeksionshygiene og kreftsykepleie. Utdanningene er regulert i ministeriets⁶ bekjentgjørelser og Sundhedsstyrelsens bekjentgjørelser og sirkulærer (rundskriv). Bestemmelsene fastsetter konkret og detaljert innholdet i utdanningene.

Gjennomgått spesialistutdanning gir rett til tittelen "specialuddannet sygepleierske". Utdanningen tas som regel i forbindelse med et ansettelsesforhold og omfatter både teoretisk undervisning og systematisert, veiledet klinisk undervisning. Varigheten er fra 30 uker til 1 ½ år.

⁵ For leger gjelder forskriftene "Bekendtgjørelse om speciallæger" og "Bekendtgjørelse om utdanning av speciallæger". Der er tilsvarende forskrifter for de andre gruppene.

⁶ Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Sykepleiere med utenlandsk spesialsykepleierutdanning kan henvende seg til et lokalt spesialutdanningsråd for å få vurdert om denne utdanningen kan godkjennes.

Før søknaden kan fremmes, må vedkommende ha fått autorisasjon som sykepleier.

6.2 Sverige

Sverige har offentlig spesialistgodkjenning for lege og tannlege. Det fremgår av lov (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS)⁷ hvilke yrkesgrupper som gis spesialistgodkjenning. Nærmere bestemmelser om spesialistutdanningen er regulert i forordning⁸. Socialstyrelsen har i forskrift angitt hvilke kunnskaper, ferdigheter og andre forhold som skal gjelde for den enkelte legespesialitet i form av målbeskrivelser⁹. Det er ikke tilsvarende forskrifter for tannlegespesialist.

Autorisert lege eller tannlege som har gjennomgått den foreskrevne spesialistutdanningen, skal etter søknad gis spesialistgodkjenning¹⁰.

Regjeringen (Socialdepartementet) beslutter hvilke yrkesgrupper som skal omfattes av offentlig spesialistgodkjenning og med hvilke spesialiteter, og vedtar spesialistreglene for den enkelte yrkesgruppe.

Socialstyrelsen fatter på bakgrunn av søknad fra enkeltpersoner vedtak om spesialistgodkjenning.

Socialstyrelsen samarbeider med Läkarförbundet og Svenska Läkaresällskapet i utarbeidelsen av målbeskrivelse/kompetansekrav for spesialistutdanning av leger. Sammen har de to yrkesorganisasjonene dannet en stiftelse, SPUR, som skal bidra til å opprettholde kvaliteten i spesialistutdanningen. SPUR foretar kontinuerlige kvalitetskontroller i utdanningsinstitusjonene.

6.3 Finland

Finland har offentlig spesialistgodkjenning for leger og tannleger. Ordningene er regulert i lov¹¹ og forordning¹². Spesialistutdanningene er regulert av statsrådets forordning for de respektive utdanningene.

⁷ 3.kap, § 9, lenke til loven: <http://62.95.69.3/SFSdoc/98/980531.PDF>

⁸ Förordningen (1998:1513) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (FYHS) og förordning (2008:668) for tannleger

⁹ Lenke till Socialstyrelsens forskrifter (SOSFS 2008:17) og allmenne råd om legenes spesialistutdanning mv: http://www.sos.se/sosfs/2008_17/2008_17.htm og föreskrift och målbeskrivningar för tandläkare (SOSFS 1993:4) http://www.sos.se/sosfs/1993_4/1993_4.htm

¹⁰ Lov (1998:531) 3. kap, § 9.

¹¹ Lov (559/1994) om yrkesutbildad personal inom hälsovården og förordning (564/1994), lenke www.finlex.fi

¹² Förordning (564/1994) om yrkesutbildad personal inom hälsovården, förordning (678/1998) om legespesialisteksamen og förordning (316/2003) om tannlegespesialisteksamen

Søknad om spesialistgodkjenning behandles av Rättsskyddscentralen för hälsavården. Endringer i spesialistutdanningene kan vedtas av utdanningsministeriet på bakgrunn av henvendelse fra universitetene/spesialistnemndene. Det er Sosial- og helsevårdsministeriet som avgjør om nye grupper skal gis spesialistgodkjenning.

6.4 Island

Island har offentlig spesialistgodkjenning for lege, psykolog, sjukgymnast, tannlege, sosialrådgiver, sykepleier, biomedisinsk analytiker og farmasøyt.

Helsedirektoratet (landlæknir) behandler og fatter vedtak etter søknad om autorisasjon og spesialistgodkjenning fra personell med islandsk eller utenlandsk utdanning/yrkeskvalifikasjoner. Før vedtak fattes, sender Helsedirektoratet søknadene til vurdering, enten til spesialistnemnder nedsatt av helseministeren for den enkelte yrkesgruppe¹³ eller til utdanningsinstitusjoner og/eller yrkesorganisasjoner. Spesialistgodkjenning er regulert i lov og forskrift for den enkelte yrkesgruppe.

6.5 Oppsummering

Helsemyndighetene er ansvarlige for de ulike ordningene knyttet til spesialistgodkjenning i de andre nordiske landene. Dette gjelder hvilke grupper som skal omfattes av offentlige spesialistgodkjenninger og med hvilke spesialiteter, vilkår for spesialistgodkjenning, krav til utdanning og godkjenning av den enkelte søker. Myndighetene innhenter råd fra sakkyndige med kompetanse innen det særlige fagfeltet, eventuelt ved å opprette nasjonale råd og komiteer som skal bistå myndighetene.

7 Departementets vurdering og forslag

7.1 Endring i helsepersonelloven

Legeforeningen, Tannlegeforeningen og Optikerforbundet har fått delegert myndighet fra Helsedirektoratet til å gi spesialistgodkjenning på sine områder. Etter departementets vurdering gir dette organisasjonene for sterk innflytelse og kontroll på oppgaver som er, og bør være, et statlig myndighetsansvar. Ordningen gir helsemyndighetene i for liten grad kontroll med utforming og organisering av spesialisthelsetjenesten, særlig for legene.

Legeforeningen er den største aktøren med hensyn til godkjenningsordningen for spesialister, både når det gjelder antall spesialister som årlig godkjennes, og antall utdanningsinstitusjoner og fagspesialiteter som omfattes av ordningen. Derfor er mye av begrunnelsen for behovet for endring av den delegerte myndighetsutøvelsen knyttet til Legeforeningens virksomhet på området. Selv om departementet nylig har hatt en omfattende gjennomgang av tannhelsefeltet, og lagt til rette for en rasjonell og hensiktsmessig spesialistutdanning på dette feltet,

¹³ Gjelder yrkesgruppene lege, psykolog, sjukgymnast, tannlege og sosialrådgiver

ønsker departementet likevel å inkludere alle tre spesialistgodkjenningsordningene i den foreslåtte lovendringen fordi det etter departementets vurdering prinsipielt er uheldig at yrkesorganisasjonene utøver offentlig myndighet på dette området.

På bakgrunn av endringer i demografi, sykdomsbilde, arbeidsfordeling mellom sykehus og nye arbeidsformer, vurderer departementet at det bør tas et sterkere grep fra helsemyndighetenes side når det gjelder godkjenning av spesialister. Blant annet motsvarer dagens sykehusstruktur i stor grad legenes spesialiststruktur, noe som kan være problematisk sett i relasjon til påkrevde omorganiseringer og oppgave- og funksjonsfordelinger i helseforetakene. Legeforeningens dobbelrolle som faglig premissleverandør på den ene siden og fagforening på den andre siden er etter departementets vurdering uheldig.

Som omtalt i punkt 2.1 kan myndighet gitt ved delegasjon trekkes tilbake av den som har gitt myndigheten. Det vil derfor i utgangspunktet ikke være behov for en lovendring. Etter departementets vurdering bør imidlertid lovteksten være i samsvar med den faktiske organiseringen som foreslås på området. For å tydeliggjøre at spesialistgodkjenningsmyndigheten skal være gjenstand for offentlig myndighetsutøvelse foreslås derfor at adgangen til å delegere myndighet til private yrkesorganisasjoner oppheves.

Utstedelse av spesialistgodkjenning for leger, tannleger og optikere bør etter departementets vurdering være organisert likt som organiseringen av utstedelse av autorisasjon og lisens til helsepersonell, med andre ord utøvet av offentlig myndighet. I dag er dette ansvaret etter helsepersonelloven lagt til Helsedirektoratet. Direktoratet har delegert myndigheten videre til sin underliggende instans, Statens autorisasjonskontor for helsepersonell.

På bakgrunn av det ovennevnte foreslår departementet at Helsedirektoratets adgang til å delegere myndighet til å gi spesialistgodkjenning til private yrkesorganisasjoner opphører, og at dette gjøres ved at helsepersonelloven § 53 første ledd tredje punktum oppheves.

7.2 Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling

I den tidligere omtalte evalueringsrapporten fra 2005, jf. punkt 5.7.3, er det pekt på muligheten for at Nasjonalt råd i sin nåværende form nedlegges og at det etableres et statlig råd som har en rolle som kan overta en del av funksjonene som i dag er lagt til Nasjonalt råd. Sett i lys av den lovendring som departementet nå legger opp til, og ikke minst at rådet har vært oppnevnt i vel to år ”inntil videre” i påvente av en oppfølging av evalueringsrapporten og dens høringssvar, vil departementet med dette varsle at det tas et nytt initiativ for en vurdering av Nasjonalt råds nåværende funksjon og oppgaver med hensyn til framtidige behov for rådgivende organer.

8 Økonomiske og administrative konsekvenser

8.1 Innledning

Å legge myndighet til å gi spesialistgodkjenning til leger, tannleger og optikere til det offentlige i stedet for at dette ivaretas av yrkesorganisasjonene til disse gruppene slik det gjøres i dag, vil få betydelige økonomiske og administrative konsekvenser. De økonomiske konsekvensene er forsøkt synliggjort i det følgende ved at det for hver av de tre yrkesgruppene er anslått en kostnad ved dagens godkjenningsarbeid. De administrative konsekvensene er avhengig av hvilken modell man velger for fremtidens organisering av spesialistgodkjenningsordningen. En nærmere vurdering av modell vil det derfor være naturlig å komme tilbake til etter at en lovendring har funnet sted.

Kostnader knyttet til dagens spesialistgodkjenningsordning omfatter administrasjon inklusiv innhenting av faglige råd om den enkelte søknad, rapportering, dataregistrering og kvalitetssikring, samt klagebehandling.

Som nevnt ønsker helsemyndighetene i sterkere grad styring med samhandlingen mellom det offentlige og de private yrkesorganisasjonene når det nå skal tenkes nytt i forhold til spesialistgodkjenning av helsepersonell. I tillegg til å oppheve delegasjonsadgangen for Helsedirektoratet til å delegere myndighet til private yrkesorganisasjoner, tar departementet også sikte på en bred gjennomgang av organiseringen av spesialistutdanningen. En slik gjennomgang vil nødvendigvis også måtte berøre universitetenes rolle. Vurderingen av de økonomiske og administrative konsekvenser i dette høringsnotatet gjelder i hovedsak bare konsekvenser som følge av endring i selve godkjenningsordningen. Økonomiske og administrative konsekvenser av endret organisering av spesialistutdanningene i sin helhet, er ikke vurdert i denne omgang. Dersom Stortinget vedtar lovendringen som er foreslått i dette høringsnotatet tar altså departementet sikte på en bred gjennomgang av organiseringen av spesialistutdanningen. Ved denne gjennomgangen vil økonomiske og administrative konsekvenser av ulike løsninger bli vurdert.

8.2 Optikere

Administrasjon av ordningen ivaretas av Optikerforbundet og består av en komité med tre personer. Antall søknader er ca. 50 pr. år. Søknadene bygger på gjennomgått og godkjent høgskolekurs og praksis, og antas ikke å innebære omfattende saksbehandling. Det estimeres at oppgavene representerer ca. 0,2 årsverk. Inklusiv rapportering, dataregistrering og kvalitetssikring anslås dagens kostnad til 0,2 million kroner inkl. driftskostnader.

8.3 Tannleger

Administrasjon av ordningen ivaretas av Tannlegeforeningen og består av en komité med representanter for alle spesialitetene. Om lag 20-30 tannleger søker årlig godkjenning av spesialistutdanning fra Norge og utlandet. Søkertallet var høyere i 2007 etter innføring av tre nye spesialiteter i 2007. Søknadene bygger på gjennomgått og godkjent spesialistutdanning på 3-5 år ved universitetet,

mappevurdering av kasuistikker mv. Det antas at forberedende saksbehandling representerer ca. 0,2 årsverk, og at selve søknadsbehandlingen i komiteen på inntil 10 personer representerer ytterligere 0,2 årsverk. Inklusiv rapportering, dataregistrering og kvalitetssikring anslås dagens kostnad til 0,5 million kroner inkl. driftskostnader

Fra 2009 er gebyr til Tannlegeforeningen for spesialistgodkjenning kr 2500 (kr 1000 for EØS-konverteringer). Dette innebærer gjennomsnittlig en årlig inntekt for Tannlegeforeningen på 50.000 kroner.

8.4 Leger

Administrasjon av ordningen ivaretas av Legeforeningen. Omfanget er i overkant av 1000 søknader pr. år inkludert EØS-konverteringer. Søknadene bygger på gjennomgått tilstrekkelig godkjent spesialistutdanning på 4-8 år, hovedsaklig i klinisk tjeneste som lege under veiledning. Arbeidet omfatter koordinering og faglige råd fra den enkelte spesialitetskomité der det enkelte medlem uttaler seg om søknaden, dels ved e-postkommunikasjon, dels i møter. Saken oversendes fra administrasjonen for vedtak i sentralstyret som kan få saken til fornyet behandling etter avslagsvedtak. Prinsipielle spørsmål vedrørende spesialistutdanningen drøftes i Legeforeningens spesialitetsråd og en årlig konferanse, og prinsipielle vedtak fattes i landsstyret.

Legeforeningen administrerer et kvalitets- og oppfølgingsystem i forhold til spesialistutdanningen. Dette omfatter årlig rapportering fra og regelmessige oppfølgingsbesøk med driftsenheter der spesialistutdanning foregår. Oppfølgingsbesøkene foretas av spesialitetskomiteens medlemmer.

Legeforeningen ivaretar oppdatert informasjon på hjemmesidene om vilkårene for spesialistutdanning og har etablert en database med opplysning om godkjente spesialister.

Ordningen er finansiert ved dekning av lønns- og driftsutgifter til sentraladministrasjonen og dekningsbidrag for administrative kostnader ved overføring av midler fra Legeforeningens videre- og etterutdanningsfond, jf. punkt 5.5.2. I tillegg utføres et betydelig arbeid desentralt av medlemmer i spesialitetskomiteene. Dette arbeidet utføres etter det departementet kjenner til i lønnet arbeidstid samt ubetalt i legenes fritid.

I september 2005, tilbakemeldte Helsedirektoratet til departementet at det årlig, gjennom takstforhandlingene, avsettes midler til foreningens utdanningsfond, hvorav 15- 20 mill. kroner brukes til administrative oppgaver i forbindelse med spesialistutdanningen. Dette omfatter også arbeid med selve utdanningsprogrammet, ikke bare godkjenningsordningen.

Departementet legger til grunn at Legeforeningens arbeid i forbindelse med spesialistutdanning av leger, herunder godkjenning av den enkelte spesialist, er i størrelsesorden 15-25 millioner kroner pr år. I tillegg kommer verdien av legenes arbeid i arbeidstiden og ubetalt arbeid på fritiden. Verdien av dette er ikke beregnet.

9 Merknader til lovforslaget

Til § 53

Første ledd

Sosial- og helsedirektoratet endret 1. april 2008 navn til Helsedirektorat, og denne navneendringen foreslås tatt inn i bestemmelsen. Det er Helsedirektoratet som er tillagt myndighet til å gi autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning.

I lovforslaget fremgår det at Helsedirektoratet kan delegere denne myndigheten til underliggende organ, jf. tilføyelsen ”eller den det bemyndiger”. Myndighet er i dag delegert til Statens autorisasjonskontor for helsepersonell når det gjelder autorisasjon og lisens. Slik lovforslaget lyder, kan også godkjenning av spesialister innenfor det helsefaglige området delegeres til dette kontoret dersom Helsedirektoratet ønsker det.

Helsedirektoratet er i første ledd, samt i de andre leddene i bestemmelsen, gitt adgang til å delegere myndighet ved at ordlyden er endret til ”Helsedirektoratet eller den det bemyndiger” alle de stedene myndighet i utgangspunktet er lagt til Helsedirektoratet.

10 Forslag til endringer i helsepersonelloven

I lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) gjøres følgende endringer:

§ 53 skal lyde:

§ 53. Tildeling og bortfall av autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning

Helsedirektoratet eller den det bemyndiger gir autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning mot nærmere fastsatt godtgjørelse. Departementet kan i forskrift pålegge den enkelte utdanningsinstitusjon og andre med utdanningsansvar å gi autorisasjon for utdanninger der det ikke kreves praktisk tjeneste (turnustjeneste), jf. § 48 andre ledd bokstav b.

Helsedirektoratet eller den det bemyndiger kan nekte en søker autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning hvis det foreligger omstendigheter som ville gitt grunnlag for tilbakekall etter § 57.

Vedtak etter bestemmelsens foregående ledd er enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

Hvis det er grunn til å tro at tilbakekallsgrunn foreligger, kan *Helsedirektoratet eller den det bemyndiger* pålegge helsepersonell å underkaste seg undersøkelser som omtalt i § 60.