



Spesialistutdanningen i allmenntmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin

Utredning om organisering og gjennomføring

Publikasjonens tittel: Organisering og gjennomføring av spesialistutdanningen i allmenntidisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin

Utgitt: juni/2017

Publikasjonsnummer: IS-2646

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling Spesialisering og etterutdanning
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no

Lenke til pdf: xxxxxxxxxxxx

Forfattere: Heidi Stien
Anne Clarine Hygen

FORORD

Helsedirektoratet ble i 2011 bedt om å utrede behov for endring av innhold i legers spesialistutdanning og behov for ny spesialitetsstruktur. Følgende rapporter er utgitt som resultat av denne bestillingen:

- Behovet for spesialisert kompetanse i spesialisthelsetjenesten. En status-, trend- og behovsanalyse fram mot 2030» (IS-1966), 2012
- En gjennomgang av legers spesialitetsstruktur og -innhold» (IS-2079-3), 2014
- Fremtidens legespesialister – Konsekvensutredning av forslag til ny spesialitetsstruktur for leger (IS-2180), 2014
- Spesialitetsstruktur og -innhold i samfunns- og allmenntmedisin» (SISAM-rapporten, IS-2139-2), 2014

Med utgangspunkt i disse utredningene ble ny spesialitetsstruktur og ny spesialistutdanning for leger besluttet. 1. mars 2017 trådte spesialistforskriften i kraft. Forskriften regulerer ulike forhold i spesialistutdanningen for legene som roller og ansvar, stillinger, utdanningsvirksomheter, godkjenning, spesialitetsstruktur og læringsmål. Med ny spesialistutdanningen har vi fått en utdanning med mer moderne pedagogikk og med plassering av ansvar for gjennomføring og vurdering der utdanningen foregår.

Det som nå gjenstår er å bestemme hvordan spesialistutdanningen for spesialitetene utenfor sykehusene, dvs. allmenn-, samfunns- og arbeidsmedisin, skal organiseres og gjennomføres for å være tilpasset ny spesialistutdanning. Helsedirektoratet fikk i november 2016 i oppdrag å utrede dette og denne rapporten er svaret på oppdraget. Vårt mål er en nasjonal spesialistutdanning som er like god for alle leger i spesialisering uavhengig av spesialitet og der alle aktører samarbeider godt om planer og gjennomføringen av utdanningen.

Helsedirektoratet har hatt stor hjelp i utredningen av en arbeidsgruppe som har diskutert viktige problemstillinger og gitt forslag til løsninger. I tillegg gjennomførte direktoratet et rådslag med bred deltakelse og gode innspill fra berørte aktører. Vi takker alle som har deltatt for innsatsen.

Helsedirektoratet, juni 2017

Karin Straume
divisjonsdirektør

INNHold

FORORD	2
INNHold	3
INNLEDNING	7
SAMMENDRAG	8
1. OPPDRAGET	11
1.1 Premisser for oppdraget	11
1.1.1 Legeforeningen ivaretar oppgaver som før	11
1.1.2 Krav om å være spesialist i allmenntmedisin	11
1.1.3 Sykehusåret ivaretatt	12
1.1.4 Nye trender og føringer	12
1.1.5 Andre prinsipper	12
1.1.6 Mål for arbeidet	13
2. NY SPESIALISTUTDANNING - KONSEKVENSER FOR SPESIALITETENE I ALLMENN-, SAMFUNNS- OG ARBEIDSMEDISIN	14
2.1 Struktur	14
2.2 Pedagogiske prinsipper	15
2.2.1 Læringsmål	15
2.2.2 Veiledning og supervisjon	15
2.3 Bedre logistikk og utdanningsløp	17

INNHold

2.3.1	Utdanningsplaner og individuelle planer	17
2.3.2	Godkjenning av utdanningsvirksomheter og kvalitetsoppfølging	18
2.3.3	Digitalt verktøy	19
2.4	Roller og ansvar	19
2.5	Oppsummert forhold ved spesialitetene i allmenn-, samfunns- og arbeidsmedisin	20
3.	FORSLAG TIL LØSNINGER FOR DEL 1	20
3.1	Ansvar og oppgaver i siste halvår av del 1 (kommunedelen)	20
3.1.1	Alternative løsninger	20
3.1.2	Anbefaling	22
4.	FORSLAG TIL LØSNINGER FOR DEL 3	22
4.1	Individuell plan	22
4.1.1	Alternative løsninger	22
4.1.2	Anbefaling	23
4.2	Veiledning og supervisjon	24
4.2.1	Alternative løsninger for ulike aspekter ved veiledning	24
4.2.2	Anbefaling	26
4.3	Vurdering og godkjenning	27
4.3.1	Alternative løsninger	27
4.3.2	Anbefaling	28
4.4	Klageadgang	28
4.4.1	Alternative løsninger	28
4.4.2	Anbefaling	28

INNHOOLD

4.5 Utdanningsplan – nasjonalt	29
4.5.1 Alternative løsninger	29
4.5.2 Anbefaling	30
4.6 Utdanningsplan – regionalt og lokalt	30
4.6.1 Alternative løsninger	31
4.6.2 Anbefaling	32
4.7 Godkjenning som utdanningsvirksomhet	32
4.7.1 Alternative løsninger	32
4.7.2 Anbefaling	33
5. ØKONOMISKE OG ADMINISTRATIVE KONSEKVENSER	33
5.1 Del 1	34
5.1.1 Dagens finansiering	34
5.1.2 Anbefaling	34
5.2 ASA-spesialisering – individuell veiledning	35
5.2.1 Dagens finansiering	35
5.2.2 Anbefaling	35
5.3 ASA-spesialisering - veilederutvikling	36
5.3.1 Dagens finansiering	36
5.3.2 Anbefaling	36
5.4 ASA-spesialisering – driftsutgifter	36
5.4.1 Dagens finansiering	36
5.4.2 Anbefaling	37
5.5 Helsedirektoratets utgifter	37
5.6 Legeforeningens utgifter	38

INNHOLD

6. FORSLAG TIL FORSKRIFTSBESTEMMELSER	38
6.1 Generelle kommentarer	38
6.2 Forslag til forskriftsbestemmelser	40

INNLEDNING

Denne rapporten inneholder forslag til organisering og gjennomføring av spesialistutdanningen for de spesialitetene som i hovedsak praktiserer utenfor helseforetak. Dette gjelder spesialitetene allmenn-, samfunns- og arbeidsmedisin. For enkelhets skyld bruker vi forkortelsen «ASA-spesialitetene» når de tre omhandles samlet.

Innledningsvis redegjør vi for oppdraget som er utgangspunktet for denne rapporten og premissene for oppdraget (kap. 1). Mens rammer for organisering og gjennomføring av spesialistutdanningen i helseforetak allerede er regulert, gjenstår det å utrede og regulere tilsvarende for ASA-spesialitetene.

Vi beskriver forskjeller ved spesialisering i sykehus og utenfor sykehus og konsekvenser for ASA-spesialitetene (kap. 2). Denne beskrivelsen reiser noen problemstillinger og danner utgangspunkt for diskusjon om ulike alternativer og forslag til løsninger for ASA-spesialitetene (kap. 4). Vårt utgangspunkt er å velge like løsninger i og utenfor helseforetak der dette er mulig og tilpassede løsninger der det trengs.

Selv om hovedfokuset i denne utredningen er på videre spesialisering etter felles del 1, dvs. del 3 for ASA-spesialitetene, diskuterer vi også noen forhold ved gjennomføring av del 1 i kommunen som ennå ikke er regulert, og foreslår løsninger for del 1 (kap. 3). Økonomiske og administrative konsekvenser av forslagene blir drøftet (kap. 5) og til slutt gjør vi rede for hvordan våre forslag til rammer for organisering og gjennomføring kan tas inn i spesialistforskriften (kap. 6).

SAMMENDRAG

De viktigste forhold som er lagt til grunn for valg av løsninger for utdanningen i ASA-spesialitetene i denne utredningen er som følger:

- Overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunene gir behov for styrking av kompetansen i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.
- Tjeneste for alle LIS både i helseforetak og i kommunehelsetjenesten i del 1 og flere like læringsmål for alle spesialiteter i videre spesialisering gjennom felles kompetansemoduler, gjør samarbeid mellom helseforetak og kommuner nødvendig.
- Legeforeningen skal fortsatt ivareta læringsaktiviteter og bruken av utdanningsfondene skal videreføres.
- Spesialistutdanningen for ASA-spesialitetene skal i utgangspunktet følge samme prinsipper som for sykehusspesialitetene. Følgende spesielle forhold ved ASA-utdanningen har betydning for valg av løsninger:
 - Leger i ASA-spesialisering er spredt på mange selvstendige og til dels svært ulike virksomheter.
 - Ny forskrift om kompetansekrav fører til at forskrift om veiledet tjeneste (EØS-veiledning) utfases og krav om individuell veiledning i allmenntidmedisin er dermed ikke lenger forskriftsfestet.
 - Det er stor variasjon i mulighet for daglig oppfølging av den enkelte LIS og i arbeidsgivers ressurser til å følge opp legers spesialistutdanning.
 - Det finnes ingen fast ordning med utdanningsstillinger utenfor helseforetak.
 - Det finnes ingen godkjenning som utdanningsvirksomhet og ingen systematisk kvalitetsoppfølging for spesialisering i allmenntidmedisin og samfunnsmedisin pr i dag.
 - Kommunal og privat sektor har ikke noe regionalt nivå for styring og koordinering tilsvarende de regionale helseforetakene.
 - De fleste fastleger styres med avtale, og er ikke arbeidstakere i kommunen.

Elementer i ny spesialistutdanning som må tilpasses disse forhold er:

SAMMENDRAG

- Individuell plan for den enkelte LIS, inkludert veiledning, supervisjon, vurdering og godkjenning av læringsmål
- Utdanningsplan, rammer og lokal tilpasning og iverksetting
- Klageadgang
- Godkjenning og kvalitetsoppfølging av utdanningsvirksomheter

På dette grunnlag diskuterer og foreslår Helsedirektoratet løsninger for del 1 og for den videre spesialiseringen.

- For del 1 bestemmer Helsedirektoratet standard fordeling av læringsmål mellom helseforetak og kommune, med mulighet for lokal tilpasning etter avtale mellom partene.
- For den videre spesialiseringen er de mest prinsipielle anbefalingene oppsummert i tabellen nedenfor.

	Allmennmedisin	Samfunnsmedisin	Arbeidsmedisin
Individuell utdanningsplan – utarbeide og følge opp	<p>Ansvar hos kommunen som arbeidsgiver og som oppdragsgiver for fastlegene.</p> <p>Kommunelegen bidrar i arbeidet med individuell utdanningsplan og tilrettelegging for supervisjon.</p>	Arbeidsgivers ansvar.	Arbeidsgivers ansvar.
Krav til veiledning	<p>Krav om regelmessig individuell veiledning og gruppeveiledning.</p> <p>Krav om at gruppeveileder og individuell veileder i del 3 skal være spesialist i allmennmedisin. Gruppeveileder og individuell veileder i del 1 skal være spesialist eller lege med nødvendig erfaring.</p> <p>Alle veiledere bør ha kompetanse i veiledning.</p>	<p>Krav om regelmessig individuell veiledning og gruppeveiledning.</p> <p>Krav om at gruppeveileder og individuell veileder i del 3 skal være spesialist i samfunnsmedisin.</p> <p>Alle veiledere bør ha kompetanse i veiledning.</p>	<p>Krav om regelmessig individuell veiledning og gruppeveiledning.</p> <p>Krav om at gruppeveileder og individuell veileder i del 3 skal være spesialist i arbeidsmedisin.</p> <p>Alle veiledere bør ha kompetanse i veiledning.</p>

SAMMENDRAG

Vurdering/godkjenning	Linjeleder (dvs leder for LIS eller kontraktansvarlig for fastlege) i kommunen godkjenner etter å ha hentet vurdering fra minst to personer, hvor av individuell veileder skal være den ene.	Linjeleder godkjenner etter å ha hentet vurdering fra individuell veileder og evt. én annen.	Linjeleder godkjenner etter å ha hentet vurdering fra individuell veileder og evt. én annen.
Klageadgang	Bruke samme prinsipp som HF. Fylkesmannen er klageinstans.	Bruke samme prinsipp som HF. Fylkesmannen er klageinstans.	Bruke samme prinsipp som HF. Fylkesmannen er klageinstans.
Utdanningsplan	Arbeidsgiver eller grupper av arbeidsgivere utarbeider utdanningsplan med utgangspunkt i rammer fra Helsedirektoratet. Kommunene inngår forpliktende samarbeid forankret i samarbeidsavtalene med helseforetak.	Arbeidsgiver utarbeider utdanningsplan med utgangspunkt i rammer fra Helsedirektoratet.	Arbeidsgiver utarbeider utdanningsplan med utgangspunkt i rammer fra Helsedirektoratet.
Godkjenning og kvalitetsoppfølging av utdanningsvirksomhet	Godkjenne (grupper av) kommuner som utdanningsvirksomheter gjennom mottak av utdanningsplan. Kvalitetsoppfølging på grunnlag av forskrift og utdanningsplan.	Godkjenne (grupper av) kommuner og evt. andre som utdanningsvirksomheter gjennom mottak av utdanningsplan. Kvalitetsoppfølging på grunnlag av forskrift og utdanningsplan.	Avtale mellom Hdir og arbeidsgivere om å fungere som utdanningsvirksomheter gjennom mottak av utdanningsplan. Kvalitetsoppfølging på grunnlag av forskrift og utdanningsplan.

1. OPPDRAGET

I brev av 03.11.16 fra Helse- og omsorgsdepartementet er Helsedirektoratet gitt i oppdrag å utrede hvordan utdanningsoppgaver og kvalitetsvurdering av utdanningen for spesialitetene i allmennmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin (ASA-spesialitetene) kan ivaretas. Spesielt nevnes oppgavene knyttet til utdanningsplan, organisering og tilrettelegging for læringsaktiviteter, veiledning og supervisjon, oppnevning av veileder, vurdering og dokumentasjon av oppnådde læringsmål og attest for gjennomført tjeneste.

Med utgangspunkt i utredningens konklusjoner skal det gis forslag til forskriftsbestemmelser i Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften)¹ som ivaretar ASA-spesialitetene.

I tillegg til utredning av spesialistutdanningen for ASA-spesialitetene, dvs. del 3 i ny spesialistutdanning, skal utredningen omhandle kommunenes oppgaver i del 1. Disse er delvis regulert i spesialistforskriften (§15). Imidlertid vil det være behov for en ytterligere klargjøring av roller og ansvar i del 1 og å se del 1 og 3 i sammenheng.

1.1 Premisser for oppdraget

1.1.1 Legeforeningen ivaretar oppgaver som før

Helse- og omsorgsdepartementet legger noen premisser til grunn for utredningen. Et premiss er knyttet til Legeforeningens rolle. **Legeforeningen skal ivareta læringsaktiviteter som i dag og bruken av utdanningsfondene skal videreføres.** Sammen med egenandel dekker utdanningsfondene utgifter til utvikling og drift av kurs og gruppeveiledning.

1.1.2 Krav om å være spesialist i allmennmedisin

Et annet premiss er at utredningen må ta **hensyn til innføring av kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjeneste.**² Fra 1.3.17 er det forskriftsfestet krav til at alle leger

¹ [Spesialistforskriften](#)

² [Forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten - Lovdata](#)

som tiltrer en fastlegehjemmel, stilling ved kommunal legevakt eller annen stilling med oppgave om å yte helsehjelp i medhold av helse- og omsorgstjenesteloven, enten er godkjent allmennlege, spesialist i allmenntilleggsmedisin eller under spesialisering.

Kravet gjelder alle nyansatte etter 1. mars 2017 og vil føre til at kommunene får flere leger i spesialisering i årene som kommer. **Krav om spesialisering fører til at regelverket knyttet til veiledet tjeneste (EØS-veiledning), og dermed krav om individuell veiledning, opphører for nyansatte.**

1.1.3 Sykehusåret ivaretatt

I dagens spesialistregler for allmenntilleggsmedisin er det krav om et års sykehustjeneste. For arbeidsmedisin er kravet et år i godkjent utdanningsinstitusjon, mens det for samfunnsmedisin er krav til et års klinisk tjeneste som enten kan gjennomføres i allmenntilleggsmedisin, ved klinisk sykehusavdeling eller poliklinikk. I ny spesialistutdanning vil det være læringsmålene som bestemmer hvilke læringsarenaer LIS må innom for å oppnå læringsmålene. Med helseforetak som læringsarena, vil LIS være ansatt på sykehuset i avtalt periode, og dermed få rett til den samme tilrettelegging for spesialistutdanning som andre ansatte LIS. Det vil imidlertid være viktig å sikre at LIS får tjenestegjøre ved avdelinger som gjør det mulig å oppnå læringsmålene.

1.1.4 Nye trender og føringer

Et siste premiss for arbeidet er at spesialistutdanningen for ASA-spesialistene skal ta opp i seg endringer i pasient- og legerollen og reformer i helsesektoren. Vi tenker at de reformene som nå skjer innenfor kommunesektoren vil være spesielt viktige å ta hensyn til, blant annet overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunene, og dermed **behov for en styrking av kompetansen i de kommunale helse- og omsorgstjenester**³. Nye oppgaver for kommunen har noen steder medført kapasitetsproblemer. Dette, kombinert med rekrutteringsproblemer, kan gi utfordringer for kommunene. Det er viktig at ny spesialistutdanning ikke forsterker disse utfordringene, men bidrar til en styrket kommunal helsetjeneste.

Spesialistutdanningen bør i tillegg understøtte **styrket samhandling mellom tjenestenivåene** gjennom pasientforløp, kolleganettverk, primærhelseteam osv.

1.1.5 Andre prinsipper

Vi legger til grunn at **spesialistutdanningen for ASA-spesialitetene skal følge samme grunninnretning som for sykehusspesialitetene**. Det vil si at man velger samme prinsipper og innretning der det ikke er spesielle grunner til å fravike dette. Ikke minst gjelder det at ansvars plasseringen skal være tydelig og i størst mulig grad følge den ordinære rolle- og

³ Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet

oppgavefordelingen mellom tjenestenivå og virksomheter. Vi diskuterer arbeidsgivers ansvar, og vil presisere at vi med **begrepet «arbeidsgiver» i dette dokumentet også inkluderer kommunen som oppdragsgiver for fastlegene.**

I tillegg legger vi til grunn at **leger i spesialisering (LIS) i ASA-spesialitetene skal få like god oppfølging som følge av ny spesialistutdanning som LIS i sykehusspesialitetene.**

Utover dette mener vi følgende prinsipper bør vektlegges ved valg av løsninger for ASA-spesialitetene:

- Ordningen må gjøre gjennomføring av spesialistutdanningen enklest mulig.
- Sentralisere beslutninger som må være felles for alle og desentralisere beslutninger som bør være tilpasset lokale forhold
- Del 1 må henge sammen mellom sykehus og kommune og del 3 må bygge på utdanningen i del 1.

Viktig for denne utredningen er å vite hvilke typer virksomheter LIS er ansatt i. Legeforeningen opplyser at av de 151 registrerte LIS i arbeidsmedisin, jobber godt over 30% som bedriftslege, enten i bedriftshelsetjenesten eller i en privat bedrift, 15- 20% i sykehus, mens de øvrige er spredt på ulike typer virksomheter. Av de 170 registrerte LIS i samfunnsmedisin, jobber ca 50% i kommunehelsetjenesten. For resten er spredningen stor. Det er registrert 1542 LIS i allmenntilleggsmedisin, herunder 60% i fastlegepraksis, 9% i kommunale stillinger og 11% i sykehus. Det tas forbehold om relativt stor usikkerhet rundt tallmaterialet.⁴

1.1.6 Mål for arbeidet

Med de forslagene Helsemyndighetene fremmer i denne utredningen ønsker vi å oppnå følgende:

- Spesialistutdanningen er like god for LIS i ASA-spesialitetene som i sykehusspesialitetene
- Oppnådd minimumskompetanse er lik for alle leger innen samme spesialitet på tvers av kommuner og virksomheter
- Kommuner samarbeider godt med hverandre og med helseforetakene om planer for og gjennomføring av utdanningen
- LIS blir fulgt opp med tilstrekkelig veiledning, supervisjon og vurdering og får godkjent læringsmål fortløpende av leder

⁴ E-post fra Anders Taraldset, Legeforeningen, datert 23.6.2017

2. NY SPESIALISTUTDANNING - KONSEKVENSER FOR SPESIALITETENE I ALLMENN-, SAMFUNNS- OG ARBEIDSMEDISIN

2.1 Struktur

I ny spesialitetsstruktur er alle grenspesialiteter omgjort til hovedspesialiteter. Utdanningen er tredelt. Del 1 er for alle og består av et år i sykehus etterfulgt av et halvt år i kommunehelsetjenesten. For mange læringsmål i felles kompetansemoduler i del 1 vil læringen starte i sykehus og følges opp i kommunen der målet endelig godkjennes. **Sykehus og kommune må derfor samarbeide om å fordele læringsmål og sammen sikre at LIS oppfyller alle læringsmål etter endt del 1.** Dersom dette samarbeidet svikter, vil kommunen i verste fall sitte igjen med ansvaret for å godkjenne læringsmål som kun kan oppnås i sykehus.

Del 2 er en felles plattform for medisinske og kirurgiske fag. ASA-spesialitetene har ikke del 2, men går rett i del 3 som er den unike delen for hver spesialitet. Del 3 skal være på minst 5 år. Gitt at LIS i allmenntmedisin og arbeidsmedisin fortsatt vil tjenestegjøre i sykehus⁵, blir det **viktig å definere hvilke læringsmål LIS skal oppnå i løpet av tjenestegjøring i sykehus. I tillegg må arbeidsgiver og helseforetak/RegUt⁶ også i del 3 samarbeide om læringsmålene i felles kompetansemoduler (FKM) som er like for alle spesialitetene.**

⁵ Vil være avhengig av læringsmålene som vedtas av Helsedirektoratet innen 31.12.17

⁶ Regionalt utdanningscenter.

2.2 Pedagogiske prinsipper

2.2.1 Læringsmål

En stor endring i ny spesialistutdanning er innføringen av nasjonale, utbyttedefinerte og etterprøvbare læringsmål både for medisinsk kompetanse og kompetanse i utøvelse av legerollen. Læringsmål for del 1 av spesialistutdanningen og for del 2 og 3 for læringsmål i felles kompetansemoduler er vedtatt. **Vedtak om læringsmål i ASA-spesialitetene håndteres i egen prosess i Helsedirektoratet sammen med læringsmål i alle sykehusspesialitetene.**

Læringsmålene skal godkjennes basert på hva du kan, og ikke hva du har gjort. Vurdering av hva man «kan» skal gjøres lokalt, og ikke av Helsedirektoratet som kun skal kontrollere at alle læringsmålene er godkjent.

Kurs og andre aktiviteter avholdes fortsatt, men det aller meste av læringen foregår i daglig praksis. I sykehusspesialiseringen vil den enkelte LIS daglig bli fulgt opp av mer erfarne leger og andre som superviserer praksis. LIS skal få løpende vurdering og læringsmål skal dokumenteres oppnådd snarest mulig. Hvert læringsmål skal godkjennes av linjeleder, etter innhentet vurdering fra individuell veileder og minst én supervisor. **Hvem som skal vurdere og godkjenne hvert enkelt læringsmål lokalt for ASA-spesialitetene må utredes.**

2.2.2 Veiledning og supervisjon

I ny spesialistutdanning legges følgende definisjon til grunn for veiledning og supervisjon:

- Veiledning innebærer regelmessige samtaler mellom spesialistkandidat og overlege/mer erfaren lege for å reflektere over praksis og gi begrunnelser for handlinger og valg i jobben som lege. Veiledningen har en viktig funksjon som læringsarena der kandidaten kan reflektere over og drøfte spørsmål, erfaringer og egen læring i en kontekst som ikke er preget av den kliniske hverdagspraksis.
- Supervisjon innebærer at LIS får fortløpende tilbakemeldinger og råd fra mer erfarne kollegaer ved behov i arbeidet. Supervisjon foregår daglig i det kliniske arbeidet hvor yrkesutøvelsen er overordnet læringen. Supervisjon er som regel uregelmessig, tilfeldig og ikke-planlagt.

Både veiledning og supervisjon har som felles siktemål å støtte opp under spesialistkandidatens læring.⁷ I tillegg til refleksjon over praksis vil veileder i ny spesialistutdanning også ha oppgaver i å vurdere læringsmål og følge progresjonen i utdanningen. Også supervisor vil ha en rolle i vurdering av oppnådde læringsmål.

⁷ Hentet fra Rapporten Veiledning av LIS i ny spesialitetsstruktur, 01.07.16

LIS i ASA-spesialitetene vil i mange tilfeller ha sitt daglige arbeid uten tett kontakt med mer erfarne leger, og vil dermed ha vanskeligere tilgang på daglig supervisjon. **Det er viktig å finne kompensierende tiltak for ASA-spesialitetene slik at LIS kan få tilbakemelding på praksis og få vurdert om læringsmål er oppnådd. Det vil være arbeidsgivers ansvar å legge til rette for dette.** Helsedirektoratet vil i sin veileder i vurdering av LIS, gi anbefalinger om metodikk for hvordan LIS i ASA-spesialisering kan få tilbakemelding på praksis.

Den aller viktigste ressurs for tilbakemelding vil være veilederen. Gjennom veiledning får LIS belyst og diskutert kliniske problemstillinger og reflektert over holdninger og praksis. Slik veiledning kan foregå både i gruppe og individuelt. **Veiledning er spesielt viktig i ASA-spesialitetene fordi personlig utvikling, rolleforståelse osv. er en spesielt viktig del av yrkesutøvelsen.** I arbeidsmedisin vil veileder i noen tilfeller måtte kompensere for manglende supervisjon lokalt.

I den individuelle veiledningen vil veileders vurdering av kompetanse og progresjon hos den enkelte LIS inngå i tillegg til refleksjon. Også for disse formål vil veileder ha en spesielt viktig rolle i ASA-spesialitetene, **fordi arbeidsgiver enten ikke kan forventes å være daglig involvert i spesialistutdanningen** (private arbeidsgivere i arbeidsmedisin og fastleger med avtale) **eller fordi arbeidsgiver ikke har kapasitet eller kompetanse til å følge opp** (små kommuner).

For sykehusspesialitetene er det stilt formelle krav til veileders kompetanse. Veilederen i utdanningens første del skal være lege med nødvendig erfaring. I tredje del skal veilederen være godkjent spesialist i den aktuelle spesialiteten. For ASA-spesialitetene kan det i noen tilfeller være vanskelig å finne veiledere med spesialistkompetanse lokalt. **Det må vurderes om det kan stilles samme krav om spesialistkompetanse hos ASA-veiledere, og drøftes hvordan dette eventuelt kan organiseres.**

Med nye oppgaver for veilederne i ASA-spesialitetene vil veiledningspedagogisk kompetanse og vurderingskompetanse få økt betydning. På sikt vil LIS oppnå styrket veiledningskompetanse gjennom læringsmålene i felles kompetansemoduler der pedagogisk kompetanse inkludert kommunikasjon og veiledning inngår både i del 1 og del 3.⁸ Men det er ikke sikkert at dette vil være tilstrekkelig for å kunne gi god veiledning i spesialistutdanningen. I alle fall inntil videre vil det være **behov for å utdanne veiledere som kan påta seg de nye oppgavene.**

I avsnitt 1.1.2. omtales nytt krav til kompetanse for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. En konsekvens av innføring av kompetansekrav for stillinger i allmenntidmedisin, er at veiledetjeneste, den såkalte EØS-veiledningen, i henhold til forskrift om

⁸ Læringsmål 20 i FKM for del 2 og 3: Ha gode ferdigheter i å veilede og gi supervisjon

veiledet tjeneste utfases. Individuell veiledning av allmennleger i spesialisering har derfor ikke lenger noen forskriftshjemmel for leger som ansettes etter 1. mars 2017.

I Rundskriv til forskrift om veiledet tjeneste (Rundskriv I-3/2016) har individuell veiledning vært regulert på følgende måte:

- Kommunen som oppnevner veileder
- Veilederen må være godkjent allmennlege eller spesialist i allmenntjenestemedisin
- Veilederen skal enten arbeide i samme praksis som legen som mottar veiledning, i en annen praksis i samme kommune eller i en nabokommune
- Legen skal tilbys strukturert veiledning i minimum to timer per uke i gjennomsnitt, i 40 uker per år. (Med veiledning menes her også supervisjon. P.t. er det 1 time veiledning og resten er supervisjon)
- Veiledningen skal være praktisk rettet og pasientnær. Dette skal inkludere praksisbesøk, drøftelse av enkelte pasienter, aktuelle medisinske og praksisorienterte emner, samt rådgiving over telefon ved behov.

Det må drøftes om og eventuelt hvordan kravene fra veiledet tjeneste videreføres for allmennlegene og hvilke konsekvenser dette vil ha for samfunns- og arbeidsmedisin.

2.3 Bedre logistikk og utdanningsløp

Både utdanningsplan, individuell plan og godkjenning og kvalitetsoppfølging av utdanningsvirksomheter er elementer i ny spesialistutdanning som skal styrke logistikk og utdanningsløp. I tillegg blir det viktig å ta i bruk digitale løsninger i planlegging, gjennomføring og oppfølging av utdanningen.

2.3.1 Utdanningsplaner og individuelle planer

For sykehusspesialitetene stilles det krav om at hvert helseforetak skal utarbeide en utdanningsplan for hver spesialitet de tilbyr utdanning innenfor.

En utdanningsplan skal inneholde følgende:

- hvilke læringsmål virksomheten kan oppfylle
- hvilke læringsarenaer innenfor virksomheten som kan tilby de ulike læringsmålene
- hvilke læringsmål som kan tilbys ved andre virksomheter gjennom avtaler
- hvordan det vil legges til rette for supervisjon på de enkelte læringsarenaene
- hvordan veiledning og vurdering organiseres og gjennomføres i virksomheten
- hvordan virksomhetens spesialister skal benyttes i supervisjon
- hvordan teoretisk undervisning inngår som del av spesialistutdanningen knyttet til det enkelte læringsmål
- hvordan forskning inngår som del av spesialistutdanningen

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

I tillegg til utdanningsplan, skal helseforetaket sammen med LIS utarbeide en individuell plan for den enkelte LIS og legge til rette for gjennomføring og evt. revisjon. En individuell plan er en plan for hvordan den enkelte LIS skal kunne oppnå læringsmålene.

Oppgaver som følger av å ha LIS i ny spesialistutdanning, og som er beskrevet i utdanningsplan og individuell plan, vil være tilnærmet lik for ASA-spesialitetene som for sykehusspesialitetene. Kommunene i del 1 har allerede fått ansvar tilsvarende individuell plan som følger (§ 15 i spesialistforskriften):

- Legge til rette for læringsaktiviteter
- Sørge for at legen får nødvendig veiledning og supervisjon
- Sørge for at det oppnevnes individuell veileder
- Sørge for at den enkelte lege får løpende vurdering av om læringsmålene er oppnådd
- Sørge for at oppnådde læringsmål dokumenteres.

De tre første kulepunktene er en videreføring av det ansvaret kommunen har hatt for turnustjenesten, mens de to siste følger av ny spesialistutdanning. **En forskjell mellom arbeidsgiver for sykehusspesialitetene og ASA-spesialitetene er at førstnevnte ofte har store faglige ressurser å spille på, mens sistnevnte ofte er små virksomheter eller virksomheter der helsetjenester utgjør bare en mindre del av oppgavene.**

For helseforetak har partene forhandlet frem krav om faste utdanningsstillinger for LIS i sykehus. I ny spesialistutdanning vil faste stillinger gjøre det enklere å planlegge utdanningsløp og individuelle løp. **Utenfor sykehus er det ikke etablert faste utdanningsstillinger**, men det er igangsatt en pilotordning som skal evalueres i 2018.

2.3.2 Godkjenning av utdanningsvirksomheter og kvalitetsoppfølging

For sykehusspesialitetene er det innført en godkjenningsordning for de virksomhetene som skal ha LIS. For å bli godkjent som utdanningsvirksomhet stilles det krav til at virksomheten skal ha utarbeidet utdanningsplaner for de aktuelle spesialitetene, og individuelle planer for hver enkelt LIS. **Verken kommunene eller private virksomheter som utdanner ASA-spesialister er p.t. omfattet av krav om godkjenning som utdanningsvirksomhet i ny forskrift.**

For sykehusspesialitetene henger godkjenning som utdanningsvirksomhet nøye sammen med kvalitetsoppfølgingen. For å bli godkjent utdanningsvirksomhet skal Helsedirektoratet vurdere om utdanningsplanene i tilstrekkelig grad legger til rette for å oppfylle kravene til spesialistutdanning. Ved kvalitetsoppfølging sjekkes godkjente planer mot reell oppfølging. Ny spesialistforskrift. **For utdanningen i ASA-spesialitetene finnes det i dag verken**

godkjenningsordning for virksomhetene eller kvalitetsoppfølging av utdanningen. Med den nye utdanningen følger imidlertid behov for styrket planlegging og oppfølging av både av spesialiteten og av den enkelte LIS. Godkjenning av private bedrifter kan være en juridisk utfordring som eventuelt må håndteres.

2.3.3 Digitalt verktøy

For sykehusåret er det for del 1 ferdig utviklet et digitalt verktøy der læringsmål og utdanningsplan er lagt inn. Verktøyet er ment å skulle følge LIS gjennom hele utdanningen og er nå under utvikling for del 2 og 3 for sykehusspesialitetene. Videre arbeides det med en egen modul for å kunne legge inn og følge opp individuell plan. Verktøyet vil gjøre oppfølgingen av den enkelte LIS veldig mye enklere, og **vil være minst like viktig for spesialistdanningen i ASA-spesialitetene som i sykehusspesialitetene.** Helsedirektoratet arbeider nå sammen med relevante aktører for at et digitalt verktøy også skal bli tilgjengelig for arbeidsgivere utenom helseforetak. Problemstillinger som må utredes er eierskap, finansiering og mulige løsninger som sikrer at hele utdanningsløpet fra del 1 til del 3 henger sammen.

2.4 Roller og ansvar

I ny spesialistutdanning er det for alle spesialiteter slik at Legeforeningens spesialitetskomiteer gir råd om læringsmål, læringsaktiviteter og vurderingsformer, mens Helsedirektoratet vedtar og forskriftsfester læringsmål etter bred høring. For sykehusspesialitetene anbefaler Helsedirektoratet læringsaktiviteter og vurderingsformer til de regionale helseforetakene (RHF) som har ansvar for å utvikle og/eller bestille og gjennomføre aktivitetene interregionalt, regionalt og/eller lokalt i hvert helseforetak (HF). Hovedprinsippet som følges er at den som implementerer utdanningen også skal beslutte læringsaktiviteter. RHF-ene sørger for en *nasjonal* (samordnet og harmonisert) utdanning. RHF-ene er pålagt å opprette regionale utviklingssentre (RegUt) som skal ha ansvar for å utvikle og gjennomføre læringsaktiviteter. Helseforetak, som bestemmer og inngår avtaler om arenaer utenfor sykehuset læringsmål kan oppnås ved, lager utdanningsplaner for de aktuelle spesialitetene.

For ASA-spesialitetene er det ikke like opplagt hvem som skal sørge for en samordnet og harmonisert utdanning, og heller ikke like opplagt hvem som skal beslutte, utvikle/bestille og følge opp læringsaktiviteter og vurderingsformer. Her finner vi ingen eierstruktur med regionale og lokale helseforetak, men i stedet p.t. 426 suverene kommuner og en rekke offentlige og private virksomheter.

2.5 Oppsummert forhold ved spesialitetene i allmenn-, samfunns- og arbeidsmedisin

- Betydningen av samarbeid om «fordeling» av læringsmål mellom kommune og helseforetak i del 1 og i videre spesialisering
- LIS i ASA-spesialisering jobber mer alene, uten samme mulighet for supervisjon som i helseforetak/sykehus
- Ikke alltid veiledere eller ledere til stede lokalt
- Veiledning spesielt stor betydning for refleksjon, vurdering og progresjon
- Arbeidsgiver for sykehusspesialitetene har større ressurser å spille på. Mange kommuner svært få ressurser
- Ingen fast ordning med utdanningsstillinger
- Ingen godkjenning som utdanningsvirksomhet og ingen systematisk kvalitetsoppfølging for allmennmedisin og samfunnsmedisin pr. i dag
- RHF-nivået (styring og koordinering) finnes ikke i kommunal og privat sektor
- Stort antall arbeidsgivere (kommunene) og mange som ikke har helsetjeneste som hovedoppgave (private og statlige)
- De fleste fastleger styres med avtale, er ikke arbeidstakere i kommunen

3. FORSLAG TIL LØSNINGER FOR DEL 1

3.1 Ansvar og oppgaver i siste halvår av del 1 (kommunedelen)

Kommunens oppgaver i del 1 av spesialistutdanningen er regulert i § 15 i spesialistforskriften (se kap. 2.3.1). Denne paragrafen sier imidlertid ikke noe om ansvar for å fordele godkjenning av det samlede settet av læringsmål for del 1. Dette er en oppgave som må løses for å sikre at LIS får oppnådd alle sine læringsmål etter endt del 1.

3.1.1 Alternative løsninger

Fylkesmannen har i dag ansvaret for å sikre at det er nok turnusplasser i kommunene og at innholdet i tjenesten er forsvarlig. Videre har fylkesmannen ansvar for å avholde kurs, gjennomføre gruppeveiledning og å gi opplæring til individuelle veiledere. I Sogn og fjordane har

fylkesmannen tatt initiativ til å utvide sammensetningen av utdanningsutvalget i Helse Førde med tanke på å kunne utarbeide et sammenhengende utdanningsløp for LIS1. I tillegg til sykehusansatte, består utvalget nå av en person fra regionalt utdanningscenter og en allmennlege som er både individuell veileder og gruppeveileder. Sistnevnte er oppnevnt av fylkesmannen.

I utgangspunktet ville det være ønskelig at kommuner rundt et helseforetak (HF) gjorde avtale med HF-et om fordeling av læringsmål, dvs. at Sogn og fjordane-modellen ble gjort nasjonal. Dette gir kommunene stor mulighet til å påvirke hvilken kompetanse LIS har når de starter i kommunetjenesten. En slik ordning kan imidlertid være sårbar, i alle fall i starten inntil alle kommuner har fått organisert seg i et slikt samarbeid. Fylkesmannen i Sogn og fjordane rapporterer også at kommunene ikke deltar i tilstrekkelig grad.

I tillegg kan lokal beslutning om fordeling av læringsmål kompliseres ved at noen LIS tilbys å velge kommunetjeneste i annet opptaksområde enn HF-et tilhører. Dette er blant annet tilfelle i et samarbeid mellom Akershus universitetssykehus (Ahus) og kommuner i Finnmark. Ved denne type samarbeid er det naturlig med kontakt mellom foretak og kommune ved tilsetting av LIS, slik at det også kan avtales særskilt om læringsmål. Dette gjøres til dels allerede i dag, f.eks. ved at LIS ved Ahus som er tilsatt i koplet stilling til kommune i Finnmark, sikres erfaring i kompetanser som er spesielt viktig ved praksis i Finnmark. Ved reststillinger er det imidlertid ikke noen naturlig kontakt mellom foretak og kommune, og man vil kunne risikere at kompetanse som skulle vært oppnådd ved helseforetak ikke er oppnådd eller godkjent når man starter i kommunetjenesten.

På denne bakgrunn kan den beste løsningen være at **Helsedirektoratet som et utgangspunkt fordeler læringsmål i felles kompetansemoduler (FKM) i samråd med RHF, et utvalg av representative kommuner og fylkesmenn og Legeforeningen**. Hvis ønskelig kan samarbeidende kommuner sammen med HF-et bestemme annen fordeling, gitt at kommunene klarer å fylle eventuelle «hull» LIS måtte ha. I et slikt samarbeid kan også kommunene koordinere seg for å oppfylle sitt ansvar for første del av spesialistutdanningen, for eksempel lage felles introkurs. Ikke minst for små kommuner kan dette være en god løsning.

Fylkesmannen får finansiering fra Helsedirektoratet for å utføre oppgaver i dagens turnus (kurs, gruppeveiledning og veilederutvikling). Dette er oppgaver som inntil videre videreføres i del 1. Regjeringen har imidlertid vedtatt en regionreform som medfører at dagens fylkesmannsembeter slås sammen til større enheter. Noen fylkesmenn har tatt til orde for at denne omleggingen, sammen med kommunenes nye oppgaver i spesialistutdanningen, på sikt bør føre til endringer i fylkesmennenes rolle. Dette innspillet vurderes ikke her, men eventuelt i senere prosess. Inntil videre legger Helsedirektoratet til rette for at fylkesmennene får revidert innholdet i sine aktiviteter i tråd med nye læringsmål og nye krav til veiledning.

3.1.2 Anbefaling

Helsedirektoratet bestemmer standard fordeling av læringsmål mellom helseforetak og kommune i del 1. Forslaget kan fravikes lokalt dersom lokale parter er enige om dette.

Lokalt samarbeid om del 1 bør bygge på eksisterende regionale samarbeidsorgan og avtaler mellom HF og kommunene i opptaksområdet for samarbeid. Fylkesmann og regionalt utdanningscenter bør bidra i samarbeidet.

Fylkesmannen fortsetter sin virksomhet inntil videre og forbereder overgang fra turnus til læringsmål i del 1.

4. FORSLAG TIL LØSNINGER FOR DEL 3

I dette kapitlet diskuteres ulike løsninger for organisering og gjennomføring av spesialistutdanningen i ASA-spesialitetene. LIS i ASA-spesialisering går rett fra del 1 til del 3 fordi disse utdanningene ikke har noen felles del 2, verken med hverandre eller med medisinske eller kirurgiske fag.

4.1 Individuell plan

Se kapittel 2.3 for innhold i individuell plan.

4.1.1 Alternative løsninger

I vurderingen av arbeidsgivers rolle i å utarbeide og følge opp utdanningsplanen for den enkelte LIS, kan samme prinsipp som for sykehusspesialitetene legges til grunn. **Det betyr at den som har arbeidsgiveransvaret også bør tilrettelegge for, og følge opp utdanningen. I praksis betyr dette at oppgaver beskrevet i §15 i spesialistforskriften for del 1, også kan gjelde for del 3.** For fastleger med avtale bør ansvaret tillegges «kommunen som oppdragsgiver», for ansatte i kommunen eller i andre virksomheter vil ansvaret påligge «arbeidsgiver». Som nevnt i Kap. 1.1.5 bruker vi for enkelthets skyld begrepet «arbeidsgiver» i denne utredningen også om kommunene som oppdragsgiver for fastlegene. Enhver leder med linjeansvar representerer arbeidsgiver. Kommunelegen er ofte ikke linjeleder og representerer som sådan ikke

arbeidsgiver, men er en faglig kapasitet som bør ha en viktig støttende rolle i arbeidet med individuell plan.

Eksempler på oppgaver som følger av ansvar for individuell plan, er å oppnevne individuell veileder og melde behov for gruppeveiledning til Legeforeningen. I tillegg må arbeidsgiver legge til rette for deltakelse i veiledning og andre læringsaktiviteter. Den individuelle planen må ta utgangspunkt i utdanningsplanen, og begge er tenkt lagt inn i et digitalt system for spesialistutdanning utenfor helseforetak (se kap 2.3.3).

En del private eller offentlige arbeidsgivere utenom kommunene som har LIS, vil ikke ha andre leger eller spesialister ansatt, og vil derfor ha begrenset kompetanse i å følge opp spesialistutdanningen. En alternativ modell for disse arbeidsgiverne kan være at ansvar for individuell plan blir lagt til et nasjonalt/regionalt organ. Det er imidlertid vanskelig å lage en plan som er løsrevet fra stillingen, og det er viktig at utdanningen er tilpasset arbeidssituasjonen og omvendt. En slik modell anbefales derfor ikke.

Ved bytte av arbeidsgiver er det viktig at ny arbeidsgiver får ansvar for å tilpasse og følge opp den individuelle planen. Også for sykehusspesialitetene er det den arbeidsgiver som til enhver tid har LIS ansatt, som har ansvaret. Et digitalt system som følger LIS gjennom hele utdanningsløpet vil lette dette arbeidet. Overføring av ansvar gjelder ikke ved utlån, hospitering osv.

Noen allmennleger driver helprivat allmennpraksis uten avtale med kommunen. For disse har kommunen ingen plikt til å følge opp med individuell plan for LIS og de vil heller ikke være inkludert i kommunalt samarbeid om utdanningsplan. Dersom det innføres en godkjenningsordning for utdanningsvirksomheter også for ASA-spesialitetene, vil denne gruppen arbeidsgivere måtte lage sin egen utdanningsplan og sende denne inn til godkjenning før man kan få registrert LIS og laget en individuell plan (se kap. 4.7).⁹

4.1.2 Anbefaling

Arbeidsgiver, inkludert kommunen som oppdragsgiver for fastlegene, bør få ansvar for å utarbeide og følge opp individuell plan for den enkelte LIS både i allmennmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin.

⁹ I kommunehelsetjenesten finner en både næringsdrivende fastleger med avtale med kommunen (3 833), kommunalt ansatte leger (1037), turnusleger (453) og næringsdrivende leger utenfor fastlegeordningen (133) (antall pr 2015).

4.2 Veiledning og supervisjon

Gjennom individuell plan vil arbeidsgiver få ansvar for å oppnevne veileder til LIS. Før slik oppnevning kan finne sted, er det mange forhold som må være bestemt rundt veiledning, herunder form, omfang, kompetanse, ansvar og kostnader. Se kap 2.2.2 for definisjon av veiledning og supervisjon i spesialistutdanningen.

4.2.1 Alternative løsninger for ulike aspekter ved veiledning

Individuell veileder: En individuell veileder i ny spesialistutdanning vil ha ansvar for både å veilede i og stimulere til refleksjon over praksis, vurdere kompetanse hos LIS og følge med i progresjon i utdanningsløpet. Veileder er således en viktig støttespiller for den lederen som er ansvarlig for individuell plan og godkjenning av læringsmål. Vi har i kap 2.2 redegjort for betingelser som gjør veiledning spesielt viktig for LIS i ASA-spesialisering. For del 1 og for alle spesialiteter gjelder at «veiledning» er en hyppig anbefalt læringsaktivitet, i tillegg til kurs og andre læringsformer. Et mål med ny spesialistutdanning er at det skal tas i bruk nye læringsmetoder og vurderingsformer. Ikke minst gjelder dette aktiviteter som kan gjennomføres lokalt. En veileder vil kunne bistå i gjennomføring og oppfølging av slike aktiviteter.

Som redegjort for i kap. 1.1.2 og 2.2.2 har ordningen med veiledet tjeneste(EØS-veiledning) under gitte betingelser sikret individuell veiledning for fastleger. Når denne ordningen bortfaller for nyansatte leger pr 1.3.17, vil leger som starter i spesialisering ikke lenger ha krav på individuell veiledning. Vi mener det vil være **nødvendig for å kunne gjennomføre ny spesialistutdanning at alle LIS i ASA-spesialisering får regelmessig individuell veiledning**. For å kunne følge LIS gjennom hele løpet, må veiledning tilbys over en femårsperiode, som er minimumstiden for fullført spesialistutdanning etter del 1.

I det elektroniske verktøyet som er under utvikling for spesialistutdanningen i sykehus, finnes en funksjon for planlegging og oppfølging av veiledning. Denne vil også kunne utvikles for ASA-spesialitetene og bli viktig for realisering av systematisk veiledning.

Når det gjelder mengden av veiledning er det flere forhold som spiller inn. I starten av LIS-løpet vil behovet for veiledning i kliniske problemstillinger være stort, mens dette vil avta noe etter hvert. I perioder med gruppeveiledning (se nedenfor) vil det være mindre behov for reflekterende individuell veiledning, og også mindre kapasitet hos LIS fordi gruppeveiledningen krever deltakelse og oppfølging mellom samlingene. For å få til fortløpende vurdering og godkjenning av læringsmål og progresjon i utdanningen, er det imidlertid svært viktig at den individuelle veiledningen ikke stopper opp, men følger LIS gjennom hele utdanningsløpet.

Helsedirektoratet mener ikke antall timer veiledning bør forskriftsfestes, men at det kan brukes ulike virkemidler for å sikre tilstrekkelig veiledning. Slike virkemidler kan være økonomiske

insentiver knyttet til refusjonsordningen, godkjenningsordning for arbeidsgiver knyttet til utdanningsplan osv.

Gruppeveiledning: Også gruppeveiledning har stor betydning i ny spesialistutdanning. Denne læringsaktiviteten er spesielt viktig for å oppnå læringsmål som omhandler roller og relasjonelle ferdigheter (felles kompetansemoduler). Gruppeveiledning har alltid vært en bærebjelke i spesialistutdanningen for ASA, og helseforetakene tilstreber å innføre gruppeveiledning også for sykehusspesialitetene. Gruppeveiledningen for ASA-spesialitetene **bør derfor fortsette, og være obligatorisk for alle, men tilpasses nye læringsmål.**

Spesialistkompetanse hos veileder: Som følge av at veileder i ASA-spesialisering både skal bistå i læring av klinisk kompetanse, og vurdering av denne, og i noen tilfeller kompensere for fravær av supervisor, bør det stilles krav til medisinskfaglig kompetanse hos veileder. Samtidig kan det være en utfordring at det ikke alltid er spesialister ansatt der LIS tjenestegjør. For eksempel kan dette være tilfelle i fastlegepraksis eller i kommunale institusjoner. Det vil imidlertid være mulig å etablere en pool av veiledere som kan brukes av flere LIS og på den måten sikre spesialistkompetanse hos veileder også i ASA-spesialitetene. På denne bakgrunn foreslår vi **at individuell veileder skal være spesialist i det gjeldende faget. Også for gruppeveileder bør det stilles krav om spesialistkompetanse, slik det allerede gjøres i dag.**

Veilederkompetanse hos veileder: God veiledning krever kompetanse i veiledningsmetodikk og stor grad av rolleforståelse. Nye oppgaver for veileder med oppfølging og vurdering av oppnådde læringsmål stiller ytterligere kompetansekrav til veilederne. Legeforeningen har allerede et utdanningsprogram for gruppeveiledere som dekkes av fondsmidler. Det er i dag ansatt 5 veilederkoordinatorer i allmenntilleggsmedisin i 30% stilling, 1 veilederkoordinator i samfunnsmedisin i 20% stilling og 1 veilederkoordinator i arbeidsmedisin i 20 % stilling. Veilederkoordinatorens oppgaver omfatter blant annet organisering av veiledningsgruppene lokalt, rekruttering av nye veiledere, gjennomføring av kursene i veilederutdanningen og gjennomføring av årlige etterutdanningskurs for veiledere. Dette opplegget bør absolutt videreføres, men må revideres for å være i tråd med nye læringsmål og ny utdanning.

Noen fylkesmenn har avholdt veiledningskurs for individuelle veiledere i kommunedelen av turnustjenesten, og dette opplegget bør videreføres, og helst styrkes, i revidert form for del 1 i ny spesialistutdanning. De individuelle veilederne i dagens veiledetjeneste (EØS-veiledning) som ikke samtidig er gruppeveiledere eller har gjennomgått kurs for turnusveiledere, har imidlertid ikke noe eget tilbud om veiledningskurs. **Det vil være behov for å bygge opp et slikt tilbud på kort sikt.** På lengre sikt vil alle spesialister ha grunnleggende veilederkompetanse som konsekvens av oppnådd læringsmål i veiledning og supervisjon i del 3 (læringsmål i felles kompetansemoduler). Behovet for veilederutvikling vil ikke bortfalle av den grunn, men kan reduseres noe.

Flere aktører kan være aktuelle for å tilby kurs for individuelle veiledere. En mulighet er å bygge på kurs i individuell veiledning i del 1 som tilbys av noen fylkesmenn i dag. Et alternativ er at Legeforeningen utvider sitt tilbud om kurs for gruppeveiledere til også å gjelde individuelle veiledere. For helseforetakene er det allerede satt i gang veiledningskurs og det vil være en stor fordel om kommunene og andre arbeidsgivere for LIS i ASA-spesialisering kunne samarbeide med foretakene om veilederutvikling. Foretakene har gjennom de regionale utdanningssettene laget maler for veiledning og gruppeveiledning som med fordel kan benyttes også i ASA-veiledning. **Hvilken løsning som velges vil også være et økonomisk spørsmål som må utredes nærmere før kurs kan tilbys.**

Supervisjon: En supervisor vil ikke være den samme gjennom hele løpet og trenger ikke være lege eller spesialist i faget, men variere avhengig av arbeidssted og den kompetansen som skal oppnås. Selv om supervisor helst bør være til stede og observere LIS i praksis, kan supervisjon også foregå pr telefon el. Det viktigste er at LIS har noen å konsultere når det oppstår konkrete spørsmål om valg av behandling og lignende. For LIS i kommunehelsetjenesten kan **kommunelegen spille en rolle i å tilrettelegge for supervisjon.** Kommunelegen vil ha god oversikt over tilgjengelige ressurser og kan formidle kontakt ved behov.

Tilgang på veiledere: Det bør være **arbeidsgivers ansvar å sørge for tilgang til kompetente individuelle veiledere**, gjerne gjennom et samarbeid mellom arbeidsgivere. **Legeforeningen sørger for kompetente gruppeveiledere** og må, gjennom kontakt med arbeidsgiverne, sikre at tilfang og kompetanse møter behovet.

4.2.2 Anbefaling

Alle LIS i ASA-spesialisering bør få regelmessig individuell veiledning og gruppeveiledning. Veilederne bør være spesialister i faget og ha gjennomgått veilederutvikling tilpasset ny spesialistutdanning.

Arbeidsgiver har ansvar for å skaffe kompetente individuelle veiledere, mens Legeforeningen har ansvar for å møte behovet for kompetente gruppeveiledere.

Kommunen bør sørge for tilstrekkelig supervisjon for LIS i kommunehelsetjenesten, med faglig støtte fra kommunelegen.

4.3 Vurdering og godkjenning

For sykehusspesialitetene er det krav om at linjeleder godkjenner hvert læringsmål etter å ha innhentet vurdering fra veileder og minst en supervisor. Nedenfor drøfter vi om dette kravet også bør gjelde i ASA-spesialiseringen.

4.3.1 Alternative løsninger

Som for sykehusspesialitetene, vil læringsaktiviteter både bestå i organiserte aktiviteter som kurs, e-læringsmoduler og daglig praksis. For den enkelte aktivitet vil det kunne legges inn vurderingsformer som tester, refleksjonsnotater, 360-evaluering og journalgjennomgang. Resultatene av disse kan dokumenteres i det elektroniske systemet. Den som skal vurdere og godkjenne oppnådd kompetanse for hvert læringsmål, vil til dels kunne støtte seg på resultatene fra slike vurderinger. For LIS som jobber mye alene, kan ulike tilpassede øvelser med vurdering være aktuelt.

Strukturerte vurderinger er imidlertid ressurskrevende. Blant annet derfor vil læringsmål for det meste vurderes gjennom observasjon eller samtale. I ASA-spesialisering vil individuell veileder være den aller mest sentrale til å vurdere kompetansen hos LIS. Det kan imidlertid være en utfordring for rettsikkerheten til LIS dersom bare veileder skal vurdere. Også ved behov for underkjenning av kompetanse, kan det være en fordel å være mer enn én som vurderer. Gruppeveileder vil kunne spille en rolle, men kun for et begrenset sett av læringsmål. Kommunelegen vil i noen tilfeller, spesielt i små kommuner, kunne følge LIS tett nok til å vurdere kompetanse. For arbeids- og samfunnsmedisin kan det by på større problemer å sikre tilgang på vurdering fra flere enn veileder.

På denne bakgrunn vil vi for allmennmedisin foreslå at **den som godkjenner læringsmålene alltid skal forespørre veileder før godkjenning og minst en person i tillegg. For arbeids- og samfunnsmedisin bør den som godkjenner være ansvarlig for å skaffe godt nok beslutningsgrunnlag gjennom å innhente vurdering fra veileder og eventuelt en annen.**

Når vurdering er ivaretatt, kan **arbeidsgiver, ved nærmeste linjeleder eller den leder som er ansvarlig for å inngå avtale med fastlegene, godkjenne læringsmålene også for ASA-spesialitetene.** Da blir den aktøren som er ansvarlig for individuell plan også formelt ansvarlig for å få læringsmålene godkjent. Det kan argumenteres for at kommunelegen i kraft av sin fagkompetanse burde være den som godkjenner læringsmål, og ikke bare vurderer. Mens linjeleder i helseforetak ofte er legespesialist, er dette ikke like ofte tilfelle i kommunen. Videre er legetjenester ofte bare en mindre del av linjeleders ansvarsområde. Vi heller likevel i retning av at godkjenningsansvaret plasseres i linjen, mens kommunelegen trekkes inn som faglig rådgiver.

4.3.2 Anbefaling

Linjeleder tildeles godkjenningsansvaret for læringsmålene i alle ASA-utdanningene. For allmennmedisin skal leder innhente vurdering fra individuell veileder og minst en annen. For samfunns- og arbeidsmedisin skal leder sikre tilstrekkelig vurderingsgrunnlag ved å innhente vurdering fra veileder og eventuelt en annen.

4.4 Klageadgang

Hvis en LIS ikke oppnår læringsmål, kan problemet ligge enten hos LIS eller hos den som vurderer. I noen tilfeller kan det oppstå forhold som gjør at LIS ikke har tillit til at vurderingen er objektiv, og LIS kan bli offer for urimelig behandling. Det kan også være manglende tilrettelegging fra arbeidsgiver som gjør at LIS ikke får dokumentert oppnådd kompetanse. Disse forhold til sammen tilsier at det bør etableres en klageordning også for ASA-spesialitetene.

4.4.1 Alternative løsninger

En klageordning trenger en klageinstans enten på et annet sted på sammen nivå, eller på et høyere nivå. Klageinstans for LIS i helseforetak er RHF-et. Aktuelle klageinstanser for allmennlegene kan være det formaliserte samarbeidet mellom kommuner knyttet opp mot samarbeidsavtalene med helseforetakene, eller andre typer formalisert kommunesamarbeid. For LIS i arbeidsmedisin kan Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) eller Arbeidstilsynet være aktuell klageinstans og for LIS i samfunnsmedisin kan en statlig virksomhet, f.eks. Folkehelseinstituttet være relevant.

Siden omfanget av klager antas å bli begrenset, kan det være best å velge en institusjon som kan behandle klager fra LIS i alle de tre spesialitetene. Her kan både Legeforeningen, Fylkesmannen Helse direktoratet og Helseklage være relevante. Ved valg av førstnevnte kan det oppstå en uheldig sammenblanding med arbeids-/avtalerettslige forhold og for de to sistnevnte vil manglende lokalt apparat være en utfordring. Dermed peker Fylkesmannen seg ut som den best egnede institusjonen til å påta seg oppgaven som klageinstans. Fylkesmannen utfører mange andre tilsynsoppgaver og kjenner kommunene godt. De vil dermed være i stand til å peke ut annet sted for vurdering av LIS sin kompetanse i de aktuelle læringsmålene. For arbeidsmedisin vil Helse direktoratet gå i dialog med Fylkesmannen om hvordan oppgaven best kan håndteres.

4.4.2 Anbefaling

Dersom en lege i ASA-spesialisering ikke får dokumentasjon på at et læringsmål er oppnådd, bør legen ha rett til en ny vurdering. Fylkesmannen bør kunne være klageinstans og sørge for en ny vurdering fra en annen virksomhet.

4.5 Utdanningsplan – nasjonalt

Spesialistforskriften med læringsmål setter rammene for utarbeiding av utdanningsplan for hver enkelt spesialitet. En utdanningsplan vil ha noen generiske elementer, eller en generisk ramme, som bør gjelde for alle, mens andre elementer kan utvikles eller tilpasses regionalt/lokalt. I utarbeiding av utdanningsplaner for sykehusspesialitetene har det vært spørsmål om noen aktiviteter burde defineres som obligatoriske, dvs. at alle utdanningsplaner må inneholde disse aktivitetene.

Spesielt for ASA-spesialitetene som ikke har sterke regionale/lokale enheter, kan det være en fordel at det legges noen nasjonale rammer i utdanningsplanen, f.eks. i form av krav til type kurs, relevante arenaer for læring og kanskje også hvilke vurderingsformer som egner seg for ulike læringsmål. Slike rammer kan legges av en nasjonal instans som allerede har en overordnet rolle i spesialistutdanningen. Denne instansen vil kunne sørge for at læringsaktivitetene, inkludert veiledning, er tilpasset ny spesialistutdanning og nye læringsmål. Veilederutdanningen må revideres for å tilpasses nye oppgaver for veileder. Hovedformålet med å legge noen beslutninger til en overordnet instans, er å **sikre en nasjonal utdanning som har samme kvalitet uavhengig av hvor utdanningen gjennomføres**. I tillegg taler forvaltningsstrukturen med mange og selvstendige kommuner for at det legges noen nasjonale rammer i tillegg til å styre på læringsmål. For andre offentlige og private virksomheter vil noen felles nasjonale standarder kunne kompensere for manglende faglige og administrative ressurser til dette arbeidet lokalt. For private bedrifter kan det være viktig ikke å pålegge arbeidsgiver så stort ansvar for utdanningen at de vegrer seg for å ha leger i spesialisering.

Det er likevel viktig å presisere at **beslutninger om utdanningen i størst mulig grad skal skje lokalt. Nasjonale rammer må ikke være til hinder for lokale løsninger og tilpasninger til lokale behov, men være en støtte til lokalt/regionalt arbeid med utdanningsplaner.**

4.5.1 Alternative løsninger

Aktuelle nasjonale beslutningsenheter kan være KS eller kommunesektorens nasjonale forskningsorgan (KSF), som nå er under etablering, for allmenntidmedisin, Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) eller Arbeidstilsynet for arbeidsmedisin og en statlig etat, for eksempel Folkehelseinstituttet (FHI) for samfunnsmedisin. En ulempe med å spre ansvar for spesialistutdanning på flere aktører er at det kan bli mye struktur med relativt få oppgaver, og verken STAMI eller FHI har utdanning som primær oppgave. Eventuelt kunne KS ta ansvar for samfunnsmedisin og RHF-ene/RegUt for arbeidsmedisin, men da med fare for å bli «slukt» av de store spesialitetene. KS/KSF vil kunne bygge opp et sekretariat, men det er uklart hvilken funksjon KSF skal ha og for KS er utdanning ingen primær oppgave. I tillegg kommer at ingen av de foreslåtte er arbeidsgivere for LIS i ASA-spesialisering.

Som kompensasjon for manglende nasjonale enheter som passer til oppgaven, kan et tredje alternativ være at **Helsedirektoratet tillegges de nasjonale oppgavene for alle tre spesialiteter i tett dialog med både spesialitetskomiteene og arbeidsgiverne**. Ved denne løsningen vil man følge beslutningsstrukturen for sykehusspesialitetene ved at Legeforeningen foreslår læringsaktiviteter og vurderingsformer, men avvike ved at beslutningen legges til direktoratet og ikke videresendes utøvende ledd. Løsningen forutsetter at Helsedirektoratet hører arbeidsgivere før beslutning.

En fjerde løsning kan være å etablere et nasjonalt rådsorgan med representanter for arbeidsgivere fra alle ASA-spesialitetene med myndighet til å ta beslutning om forhold som skal gjelde på tvers innenfor og mellom de respektive spesialistutdanninger. Imidlertid kan det være juridisk problematisk å avgi beslutningsmyndighet til et slikt organ, men som et rådgivende organ til Helsedirektoratet kan det fungere godt.

En viktig oppgave for en nasjonal enhet vil være å sørge for at utdanningsvirksomheter utenfor helseforetak får utviklet et digitalt system for planlegging og gjennomføring av spesialistutdanningen. Som pekt på i denne utredningen vil en digital løsning spille en viktig rolle ved godkjenning av utdanningsvirksomheter, ved gjennomføring av utdanningen for den enkelte LIS, og ved endelig godkjenning i Helsedirektoratet. Direktoratet har gjennom spesialistforskriftens §§18 og 25, myndighet til å bestemme hvordan søknad om godkjenning av utdanningsvirksomheter og utdanningen for den enkelte LIS skal foregå. Direktoratet kan derfor bestemme at godkjenningen skal skje digitalt, og sette noen kriterier for det digitale systemets innhold og funksjonalitet. Hvem som skal utvikle, eie, finansiere og drifte et slikt system må utredes nærmere.

4.5.2 Anbefaling

Helsedirektoratet bør tillegges oppgaven med å sette nasjonale rammene for alle tre spesialiteter i tett dialog med både spesialitetskomiteene og arbeidsgiverne.

4.6 Utdanningsplan – regionalt og lokalt

Arbeids- og samfunnsmedisin er små spesialiteter og vil ikke i samme grad som allmennmedisin ha behov for et regionalt ledd. Diskusjonen nedenfor omhandler derfor ikke de to spesialitetene. For allmennmedisin derimot, vil kommunalt samarbeid være viktig. Det blir viktig å finne en struktur som muliggjør oppgaven for både store og små kommuner; alene, eller i samarbeid med andre kommuner. Konkrete oppgaver i forbindelse med utdanningsplan vil være å lage avtaler med andre aktører for gjennomføring av kurs, veilederutvikling, veiledning, aktiviteter knyttet til felles kompetansemøduler osv. og inngå avtaler i sine områder med relevante utdanningssteder der LIS må/kan arbeide for å oppnå læringsmålene.

4.6.1 Alternative løsninger

Kommunalt samarbeid foregår i dag på ulike måter og med ulik intensitet. I Hordaland er kommunalt samarbeid om aktiviteter i turnus organisert rundt interkommunal legevaktordning. I piloten om utdanningsstillinger er Bergen kommune et lokomotiv for de mindre kommunene. I Sogn og fjordane er det utviklet et godt samarbeid med Helse Førde gjennom felles deltakelse i foretakets utdanningsutvalg der representanter for kommunene (med veilederoppgaver) og fylkesmannen (kursansvarlig) er med. Her samarbeides det blant annet om fordeling av læringsmål i del 1 og læringsaktiviteter knyttet til felles kompetansemoduler.

KS arbeider for at kommunene selv skal ha en sterkere styring av utviklingsarbeidet i helse- og omsorgstjenestene. KS opplyser at de har under etablering en struktur for at kommunene samlet skal kunne ivareta et ansvar for forskning, innovasjon og utdanning¹⁰. Kommunenes strategiske forskningsorgan (KSF) er opprettet som et nasjonalt strategisk, rådgivende organ for forskning, innovasjon og utdanning rettet mot kommunenes helse- og omsorgstjenester. Vi har fått opplyst at det også planlegges etablering av regionale samarbeidsorganer for praksisnær forskning, utvikling, innovasjon og utdanning, men detaljene i dette er ikke kjent.

Vi tenker at det vil være prematurt å satse på disse kommunale organene som ansvarsbærer for utdanningsplanene i spesialistutdanningen for allmenntidmedisin. I stedet kan det allerede **formaliserte og lovpålagte samarbeidet mellom helseforetak og de omkringliggende kommunene utgjøre en ramme for samarbeid også om spesialistutdanningen**. Alle kommuner har undertegnet samarbeidsavtaler med regionale helseforetak/helseforetak.¹¹ Samarbeid mellom kommunene og helseforetakene er utvilsomt viktig for gjennomføring av spesialistutdanningens første del, men også i den videre spesialiseringen. Samarbeidsavtalene er også i utvikling og stadig nye oppgaver blir inkludert. Vi anbefaler at spesialistutdanning blir inkludert som et samarbeidsområde og lagt inn i avtale. I et samarbeid rundt helseforetak, vil man med stor fordel kunne kople på RHF-enes regionale utdanningssentra (RegUt) og Legeforeningens lokale utdanningsenheter. På sikt vil man kunne tenke seg at kommunene etablerte en tilsvarende struktur som RegUt og ble samlokalisert med disse. Blant annet vil RegUt-ene med dette kunne dra fordeler av allmenntidmedisinernes kompetanse i temaer innen felles kompetansemoduler.

Det er et spørsmål om samarbeid mellom kommunene rundt et helseforetak skal være den eneste løsningen og om alle skal måtte delta i samarbeidet. Kommunene vil hver for seg stå ansvarlig for sine utdanningsplaner, så dette kan tale for frivillig ordning. Behovet vil også være forskjellig avhengig av kommunestørrelse og beliggenhet. Dersom det innføres en godkjenningsordning for kommunene som utdanningsvirksomheter, som foreslått nedenfor, vil

¹⁰ https://www.forskningsradet.no/prognett-helseomsorg21/Nyheter/HO21radmotet_28_mars_nytt_kommunalt_forskningsorgan_opprettet/1254025817977

¹¹ Helse- og omsorgstjenesteloven § 6.2 nr 7

det komme frem hvordan kommunene løser sine oppgaver. Behovet for «tvunget» samarbeid begrenses dermed. På den annen side vil samarbeidsflaten mot sykehus være av så stor betydning og synergien så stor, at vi anbefaler at dette blir modellen som skal gjelde.

4.6.2 Anbefaling

Vi anbefaler derfor en løsning der kommunene i opptaksområdet rundt hvert helseforetak plikter å inngå samarbeid om spesialistutdanningen med hverandre og med helseforetaket, og der RHF-enes regionale utdanningsentra og Legeforeningens lokale utdanningsenheter koples på samarbeidet.

4.7 Godkjenning som utdanningsvirksomhet

4.7.1 Alternative løsninger

Helseforetakene godkjennes som utdanningsvirksomheter med høye krav til dokumentasjon av plan for gjennomføring, inkludert utdanningsplan. For kommuner har det ikke vært noen godkjenningsordning.

For arbeids- og samfunnsmedisin har godkjenning vært praktisert i varierende grad. De arbeidsmedisinske avdelingene på sykehus og Statens Arbeidsmedisinsk Institutt (STAMI) er godkjente utdanningsinstitusjoner i arbeidsmedisin i dag, i opptil 4 år av utdannelsen. En stor del av læringsmålene er således avhengig av denne tjenesten.

En godkjenningsordning har klare fordeler for å sikre og følge opp kvaliteten i det tilbudet som gis. For å kunne videreføre den kvalitetskontrollen som er etablert for de godkjente institusjonene for arbeidsmedisin, er det viktig med fortsatt godkjenning av disse. Det vil være naturlig at Legeforeningen får samme rolle som rådgiver for Helsedirektoratet i kvalitetsoppfølgingen av utdanningsvirksomheter for alle ASA-spesialitetene (jmf §5 i spesialistforskriften). Alternativt kunne Fylkesmannen få oppgaven med å kvalitetssikring, men dette måtte eventuelt utredes nærmere.

Den enkleste løsningen ville være å stille noen krav til utdanningssteder i forskriften, men uten noen søknadsprosess, for eksempel krav om tilrettelegging for alle arbeidsgivere som har LIS. En enkel godkjenningsvariant kan være at alle som får LIS ansatt blir godkjent ved å registrere sin utdanningsplan i det digitale verktøyet. Godkjenningen gir adgang til å registrere LIS i verktøyet.

For private virksomheter kan det juridisk være vanskelig å pålegge arbeidsgivere som har ansatt LIS, å følge opp disse med utdanningsplan og individuell plan. Det foreslås derfor **at private virksomheter må inngå en egen avtale med Helsedirektoratet om utdanning, med vedlagt utdanningsplan,** før LIS får starte i spesialisering. Avtalen med utdanningsplan kan registreres i det digitale verktøyet. Se kapittel 6 for nærmere redegjørelse om dette.

I forlengelsen av at det er innført krav om spesialisering i allmennlegestillinger, reiser spørsmålet seg om et slikt krav også bør gjelde for samfunns- og arbeidsmedisin. Uten et slikt krav vil leger kunne praktisere i stillinger for samfunns- og arbeidsmedisin uten å ha gjennomført del 1. For arbeidsmedisin kan en negativ effekt av krav om spesialisering være at private arbeidsgivere vil vegre seg mot å ansette leger til bedriftshelsetjeneste, eller å tilby bedriftshelsetjeneste. Forslaget må uansett ses i sammenheng for pågående prosess med utredning av fremtiden for bedriftshelsetjenesten. Det er nedsatt en uavhengig ekspertgruppe som skal gjennomgå Bedriftshelsetjenesten i Norge, og som skal legge frem sin anbefaling innen 1. mai 2018.¹²

Spørsmål om eventuelle kompetansekrav for stillinger i samfunnsmedisin eller arbeidsmedisin, bør eventuelt utredes nærmere. Blant annet må det defineres nærmere hva som menes med en samfunns- eller arbeidsmedisinsk stilling.

4.7.2 Anbefaling

Arbeidsgivere som skal ha LIS i ASA-spesialisering skal søke om godkjenning som utdanningsinstitusjon ved å registrere utdanningsplan i digitalt verktøy. Private virksomheter (utenom fastlegene) inngår avtale med Helsedirektoratet om spesialistutdanning. Utdanningsplanen vedlegges avtalen og registreres i digitalt verktøy. Registreringen gir tilgang til verktøyet for oppfølging av den enkelte LIS.

Krav til innhold i utdanningsplanen defineres i forskrift. Planene legges til grunn ved kvalitetsoppfølging.

5. ØKONOMISKE OG ADMINISTRATIVE KONSEKVENSER

Vi har i denne utredningen forutsatt at spesialistutdanningen i ASA-spesialitetene skal følge samme grunninnretning som sykehusspesialitetene. Videre har vi lagt til grunn at LIS i ASA-spesialisering skal få like god oppfølging som følge av ny spesialistutdanning som LIS i sykehusspesialitetene. Et premiss for utredningen er også at Legeforeningens aktiviteter videreføres, og finansieres på samme måte som før. Fordi disse prinsippene gir klare føringer på valg av hovedmodell for ASA-utdanningene og

¹² For nærmere informasjon se link: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/vil-gjennomga-bedriftshelsetjenesteordningen/id2538419/>

begrenser handlingsvalgene, har Helsedirektoratet ikke foretatt noen full samfunnsøkonomisk konsekvensvurdering av ny modell. Vi legger til grunn at nye oppgaver i hovedsak løses innenfor de eksisterende økonomiske rammer og mekanismer.

I dette kapitlet tar vi utgangspunkt i eksisterende overføringer til turnus og spesialistutdanning, unntatt Legeforeningens midler, og vurderer mulige omdisponeringer av disse. Oppsummert omtaler vi følgende overføringer:

- Turnustilskudd til kommuner (kap.783.61) kr 129 mill.
- Supplerende tildelingsbrev til fylkesmannen (kap.783.21) kr 19,3 mill.
- Veiledet tjeneste til allmennleger (kap.783.61) kr 16 mill.
- Forsterket veiledning av allmennleger, (kap.762.63) kr 2 mill.
- Spesialistutdanning i allmennmedisin (kap.762.63) kr 4,2 mill.
- Spesialist i allmennmedisin – refusjon av utgifter til spesialisering av leger, (kap.783.61) nytt, ingen egen bevilgning
- Allmennleger i spesialisering (kap.762.63) kr 10 mill.

5.1 Del 1

5.1.1 Dagens finansiering

Kommuner som har hatt turnuslege får gjennom Fylkesmannen overført til sammen ca 129 mill. kroner. Tilskuddet skal dekke utgifter i forbindelse med å ha turnuslege ansatt og inkluderer introduksjonsprogram for turnuslegene (som er viktig for læringsmålene i FKM).

I tillegg tildeles Fylkesmannen ca. 20 mill. kroner til å utføre oppgaver (kurs og veiledning) knyttet til gjennomføring av turnustjenesten i kommunen. Det er tenkt at disse oppgavene skal videreføres i del 1.

De to tilskuddene dekker i hovedsak utgifter til gjennomføring av del 1 i kommunen. Tilskuddet til kommunene har imidlertid ikke vært prisjustert på mange år og ikke vært justert for betydelig lønnsøkning for turnuslegene. Dette, kombinert med at kommunene nå har fått økte oppgaver i spesialistutdanningen i del 1, tilsier en oppjustering av dette tilskuddet.

5.1.2 Anbefaling

De to overføringene til arbeid med turnus videreføres i del 1 av ny spesialistutdanning. Tilskuddet til kommunene bør oppjusteres.

5.2 ASA-spesialisering – individuell veiledning

5.2.1 Dagens finansiering

Individuell veiledning: Tilskuddsordningen «Veiledet tjeneste for allmennleger» er på totalt 18 mill. kroner. Hver kandidat skal ha 2 timer veiledning i uken i 40 uker pr år. For at tilskuddet skal være mer forutsigbart, gjennomsnittsberegnes tilskuddet ut i fra hvor mange måneder kandidaten har hatt veiledning. Dagens sats er kroner 5 200 pr mnd. Dette gir et tilskudd pr kandidat på kr 62 400 pr år. Hvis man legger dette årlige beløpet til grunn kan 18 mill. kroner dermed dekke to timer veiledning pr uke i 40 uker for nær 300 kandidater pr. år.

Vi vil foreslå at midlene til veiledet tjeneste omdisponeres til å dekke individuell veiledning for alle LIS i ASA-spesialisering. Vi foreslår at arbeidsgiver som har LIS i ASA-spesialisering får en sum pr LIS pr år, og at hyppighet og varighet bestemmes lokalt. Det er tidligere anslått at det er ca. 1500 LIS i allmennlegespesialisering, 170 LIS i spesialisering i samfunnsmedisin og 150 i arbeidsmedisin, til sammen 1820 LIS i ASA-spesialisering (se kap.1.1.5). Dagens tilskuddsmidler vil dermed ikke være tilstrekkelig til å dekke individuell veiledning for alle gjennom hele spesialisingsløpet. Som tidligere nevnt vil det ikke være like stort behov for individuell veiledning i perioder med gruppeveiledning. Hvis vi antar at behovet for individuell veiledning i snitt pr år vil være 40 timer (1 time pr uke i 40 uker), vil tilskuddet rekke til 600 LIS, dvs. ca. en tredjedel.

Å innføre egenandel kan være en måte å få dekket utgiftene på. Dette brukes allerede i dag av Legeforeningen til dekning av deltakelse i gruppeveiledning, og det er ikke urimelig å ha samme ordning for individuell veiledning. En ordning med egenandel kan motivere arbeidsgiver til å legge til rette for at LIS får fullført utdanningen på kortest mulig tid. Eventuelt kan det forhandles om å benytte Legeforeningens fondsmidler til formålet.

Krav til at individuell veileder skal være spesialist i allmenntmedisin vil påføre noen spesialister merarbeid med veiledning. Dette vil føre til mindre tid til andre oppgaver, herunder pasientarbeid. Samtidig vil leger som ikke er spesialister og som har vært veileder for leger i veiledet tjeneste, få mindre oppgaver med veiledning. At veiledning nå blir en «kommunal oppgave» gjør at veiledning må anerkjennes som kommunalt arbeid på lik linje med arbeid ved sykehjem, helsestasjon m.m. (regulert i Fastlegeforskriften)

5.2.2 Anbefaling

Vi anbefaler at individuell veiledning finansieres gjennom omdisponering av midlene til veiledet tjeneste kombinert med egenandeler, og/eller at det forhandles med Legeforeningen om bruk av fondsmidler.

5.3 ASA-spesialisering - veilederutvikling

5.3.1 Dagens finansiering

Veilederutvikling i del 1 er forutsatt dekket av overføringene til Fylkesmannen.

Gruppeveilederutvikling i del 3 dekkes av Legeforeningens fondsmidler. Mange av de som har vært gjennom en av disse utdanningene vil også fungere som individuelle veiledere i ny ASA-spesialisering. Likevel vil man trenge et tilbud om utdanning/påbygging til individuelle veiledere i ASA-spesialitetene, ikke minst i oppstartsfasen av ny spesialistutdanning. Helseforetakene har utviklet et opplegg for individuell veilederutvikling med deltakelse finansiert av de regionale helseforetakene. En mulighet kunne være godkjente utdanningsvirksomheter for LIS i ASA-spesialisering koplet seg på denne utdanningen med noe felles, og noe tilpasset opplegg, og at deltakelsen ble finansiert gjennom kursavgift.

5.3.2 Anbefaling

Vi anbefaler at godkjente utdanningsvirksomheter finansierer individuell veilederutvikling ved kursavgift.

5.4 ASA-spesialisering – driftsutgifter

5.4.1 Dagens finansiering

Følgende tilskudd gis i dag til kommuner:

- Spesialistutdanning i allmennmedisin: 4,2 mill. kroner. Formålet med tilskuddet er å rekruttere og stabilisere legedekningen. Tilskudd gis etter søknad. 13 kommuner søkte og fikk tilskudd i 2016. Tilskuddet avsluttes i 2017.
- Spesialist i allmennmedisin - refusjon av utgifter til spesialisering av kommunalt ansatte leger. Dette er et nytt tilskudd for å dekke konkrete utgifter kommunene vil få ved krav om at alle leger skal gå i spesialisering. Tilskuddsregelverket er under utforming.
- Tilskudd Allmennleger i spesialisering på 10 mill. kroner dekker utgifter i forbindelse med et pilotprosjekt med Bergen og omlandskommuner om faste utdanningsstillinger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Formålet er å sikre et godt faglig innhold i spesialistutdanningen og rekruttering til fastlegehjemlene og de andre allmennmedisinske oppgavene i kommunen. Piloten skal evalueres, og eventuelt utvides.

Det er relevant å vurdere hvorvidt oppgaver knyttet spesielt til innføring av ny spesialistutdanning vil føre til økte driftskostnader for utdanningsvirksomhetene i ASA. Vi foreslår annet sted i denne rapporten (kap 7) at Helsedirektoratet tar ansvar for å utarbeide noen nasjonale rammer for utdanningsplanene, gjerne også med en mal for utarbeiding av utdanningsplan. Dette vil forenkle prosessen for den enkelte utdanningsvirksomhet. For kommunene skjer det en ytterligere forenkling ved at kommunene som foreslått i denne

rapporten (kap. 4.6), går sammen om å lage utdanningsplaner. I stedet for økte bevilgninger til den enkelte kommune for å lage utdanningsplan, vil det være mer effektivt å bidra noe til kommunalt samarbeid om dette. Vi foreslår i den forbindelse at tilskuddet «Spesialistutdanning i allmenntidmedisin» på 4,2 mill. kroner, overføres til nytt tilskudd «Spesialist i allmenntidmedisin – refusjon av utgifter til spesialisering av kommunalt ansatte leger» for å dekke kommunalt samarbeid om utdanningsplaner forankret i samarbeidsavtalene med helseforetak.

I oppfølgingen av den enkelte LIS, vil mye av arbeidet utdanningsvirksomheten har ansvaret for, i praksis tilfalle individuell veileder. Spesielt gjelder dette i oppfølging av progresjon i utdanningen og i kompetansevurdering. Arbeidsmengde for utdanningsvirksomhetens administrasjon og ledelse, blir dermed begrenset. Administrative utgifter til å skaffe individuelle veiledere er inkludert i tilskuddet til veiledet tjeneste som foreslås omdisponert til individuell veiledning. Kommunene vil også trekke fordeler av styrket arbeidsgiver-/kontraktsansvar ved at de kan komme i bedre «inngrep» med fastlegene, jamfør behov for dette, bl.a. dokumentert i rapport fra Agenda Kaupang om «kommunal legetjeneste – kan den ledes?»¹³

For begge oppgaver, og for alle virksomheter med LIS i ASA-spesialisering, vil innføring av digitalt verktøy til registrering og oppfølging av utdanningsplan og individuell plan, gi store effektivitetsgevinster.

5.4.2 Anbefaling

Det anbefales å overføre midlene fra tilskuddet «spesialistutdanning i allmenntidmedisin» til det nye tilskuddet «Spesialist i allmenntidmedisin - refusjon av utgifter til spesialisering av leger». Midlene bør øremerkes oppbygging og drift av samarbeid mellom kommuner om utdanningsplan.

Tilskuddet allmenntidleger i spesialisering bør videreføres og etter hvert evalueres med tanke på å utvide ordningen med utdanningsstillinger.

5.5 Helsedirektoratets utgifter

Det vil påløpe noen økte utgifter for direktoratet ved å påta seg ansvar for nasjonale rammer for utdanningsplan, ved innføring av godkjenningsordning for utdanningsvirksomheter for ASA-spesialitetene og påfølgende kvalitetskontroll. Innføring av elektronisk verktøy vil begrense utgiftene. Vi forventer også en nedgang i utgifter til arbeidet med godkjenning og kvalitetskontroll utdanningsvirksomhetene for sykehusspesialitetene som følge av digitalisering. I tillegg forventes reduserte utgifter til godkjenning av den enkelte LIS for alle spesialiteter både som følge av digitalisering og ansvarsfordelingen i ny spesialistutdanning.

¹³ KS FoU/Agenda Kaupang: Kommunal legetjeneste – kan den ledes? Rapport februar 2016

Utviklingen av verktøyet for ASA-spesialitetene vil medføre kostnader. Utredning av løsninger og finansiering av dette vil følge i egen sak.

5.6 Legeforeningens utgifter

Grunninnetningen på legeforeningens oppgaver og finansiering videreføres, men innholdet i oppgavene og beløpene størrelse bør eventuelt kunne justeres som følge av ny spesialistutdanning også for ASA-spesialitetene. For eksempel vil revisjon av læringsmål, kunne føre til endrede aktiviteter. I tillegg kan det være aktuelt å be legeforeningen påta seg oppgaver i forbindelse med krav til individuell veiledning i alle ASA-utdanningene, gitt at fondsavsetningen tar høyde for dette.

6. FORSLAG TIL FORSKRIFTSBESTEMMELSER

Basert på det ovenstående, har Helsedirektoratet utarbeidet forslag til endringer i spesialistforskriften. I 6.1 gir vi noen generelle kommentarer til forslagene, og i kap 6.2 gis konkrete forslag til tilføyelser/endringer i forskriften (markert i kursiv).

6.1 Generelle kommentarer

Vi har lagt vekt på å tilpasse bestemmelser om ASA-spesialitetene til forskriftens systematikk, ordlyd og oppbygging. Dette innebærer tilføyelser i en del av de eksisterende bestemmelsene, samtidig som vi også foreslår ny ordlyd i § 17 (som i gjeldende forskrift er reservert bestemmelser om spesialisering i allmenntidmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin).

§ 3. Helsedirektoratet

Som det fremgår i denne rapporten, foreslår vi et nytt ledd i § 3 som fastslår et overordnet ansvar for Helsedirektoratet når det gjelder å fastsette rammer for læringsaktiviteter, vurderingsformer og læringsarenaer for ASA-spesialitetene.

§ 5. Legeforeningen

Vi foreslår også et nytt annet ledd i § 5 om at Legeforeningen skal tilby tilstrekkelige læringsaktiviteter i ASA spesialitetene i tråd med rammene gitt av Helsedirektoratet. Dette anses å være i samsvar med oppdraget fra HOD om at Legeforeningen skal ivareta læringsaktiviteter som i dag og at bruken av fondene videreføres.

§ 6. Krav til stillinger for leger i spesialisering

I § 6 har vi foretatt en språklig presisering i forhold til at *alle* stillinger for leger skal være i spesialisering og at *alle* leger har ansvar for egen læring.

§ 17. Spesialisering i allmennmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin

Spesialistforskriften er blant annet hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven (hol) § 8-1. Det legges til grunn at kommunens ansvar for utdanningens del 1 (tidligere turnustjeneste) er hjemlet her og forslaget bygger på en forutsetning om at hol § 8-1 gir tilstrekkelig hjemmel for å pålegge kommunen plikter også i forhold til utdanningens annen og tredje del. Av forarbeidene til hol § 8-1 (Prp. 91 L 2010-2011) fremgår at:

«Bestemmelsen i første ledd pålegger enhver kommune plikt til å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell, herunder også videre- og etterutdanning.

Departementet kan etter andre ledd gi nærmere forskrifter om kommunens medvirkning til undervisning og praktisk opplæring. Slike forskrifter er for eksempel praktisk tjeneste (turnustjeneste) for å få autorisasjon som fysioterapeut, veiledet tjeneste for å få adgang til å praktisere som allmennlege med rett til trygderefusjon og praktisk tjeneste (turnustjeneste) for å få autorisasjon som lege».

Etter hol § 3-4 er kommunen pålagt en plikt til å samarbeide med fylkeskommunen, regionalt helseforetak og staten. Av § 6-2 pkt 7 fremgår at samarbeidsavtale som et minimum blant annet skal inneholde «*samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid*». Helsedirektoratet forutsetter at § 6-2 får anvendelse også for nærmere fastsetting av kommunens plikter etter hol § 8-1 i forbindelse med tilrettelegging av ASA utdanningen.

Vi foreslår at § 17 innledes med en definisjon av hva som menes med «*utdanningsvirksomheter*» når det gjelder ASA-spesialitetene. Kommunene vil være en slik utdanningsvirksomhet for flere av legene under utdanning innen allmennmedisin, enten de har tilsatt leger i spesialisering eller har avtale med fastleger under spesialisering.

Mange av legene under spesialisering vil også være tilsatt i private virksomheter. Det er vanskelig å finne en klar hjemmel i eksisterende regelverk for at private aktører kan pålegges utdanningsansvar eller pålegges bestemte plikter dersom de ønsker å ta i mot utdanningskandidater. Det foreslås derfor at private aktører/virksomheter må inngå en egen avtale om utdanning før LIS starter i spesialisering. Det antas at det er mest hensiktsmessig at en slik avtale, med vedlagt utdanningsplan, inngås mellom den private virksomheten og Helsedirektoratet. Det vil være hensiktsmessig at avtalen registreres i et digitalt verktøy, der avtalevilkårene er åpent tilgjengelig for alle. Helsedirektoratet vil ikke godkjenne søknad om

spesialistgodkjenning dersom en slik avtale ikke foreligger for den aktuelle tjenesten. Helsedirektoratet foreslår at det tas inn en bestemmelse om dette i nytt sjette ledd i forslaget til endringer i forskriften § 23.

Problemstillingen omkring adgang til å pålegge private virksomheter utdanningsansvar, er for øvrig nevnt i SISAM-rapporten kap.2 s. 16¹⁴:

«Det er ønskelig at kravene til spesialisering, etterutdanning og utlysning i allmenntjenesten også skal gjelde for helprivat sektor. Hjemmelen til det kan være helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 siste ledd».

Rekkevidden av hol § 3-2 siste ledd er ikke nærmere utredet i denne sammenheng.

Når det gjelder utdanningsplaner, forutsettes det at kommunene inngår samarbeid om disse. Helsedirektoratet mener at samarbeidet mellom kommunene bør knyttes opp mot helseforetaket i området. De regionale utdanningssentrene og Legeforeningen (og fylkesmennene for del 1) bør delta i samarbeidet. Nærmere om regionalt samarbeid/utdanningssentra bør utdypes i merknader/veiledning til bestemmelsen, jf. Kap.4.6 ovenfor. Samme ordning kan vurderes for de private virksomhetene i forbindelse med inngåelse av avtale om utdanning. Historisk oversikt over tidligere utdanningsplaner bør også være tilgjengelige for alle.

§ 22 Vurdering og dokumentasjon av oppnådde læringsmål

Her foreslås et nytt 2. ledd om godkjenning av måloppnåelse innen ASA-spesialitetene. Vi har tatt inn forslag om å presisere at det for disse spesialitetene kan være nødvendig med samarbeid mellom sykehustjenesten og utdanningsvirksomheten. På samme måte som for LIS i sykehusspesialitetene, må det gis anledning til å få en ny vurdering av læringsmål for LIS i ASA-spesialitetene, når legen ikke får dokumentasjon på at læringsmålene er oppnådd, jf. Kap.4.4 ovenfor. Vi foreslår på denne bakgrunn en tilføyelse i det som etter forslaget blir § 22, tredje ledd om dette. Det foreslås at fylkesmannen får en viktig rolle her.

§ 23 Vurdering av utdanningsvirksomhetene

Videre foreslås tilføyelser i § 23 om kvalitetsoppfølging av virksomheter som utdanner leger i ASA-spesialitetene.

6.2 Forslag til forskriftsbestemmelser

Forslag til tilføyelser/endringer er i det følgende markert i kursiv.

Kapittel 2. Roller og ansvar i spesialistutdanningen for leger

¹⁴ Fremtidens legespesialister – Spesialitetsstruktur og –innhold i samfunns- og allmenntjenesten, 01.12.2014, IS-2139

§ 3. Helsedirektoratet

Direktoratet skal følge med på helheten og kvaliteten i spesialistutdanningen.

Direktoratet kan fastsette endringer i vedlegg I om legespesialitetene og i vedlegg II om læringsmål. Direktoratet kan også gi anbefalinger om læringsaktiviteter og om vurderingsformer av leger i spesialisering.

Helsedirektoratet har et overordnet ansvar for å bidra til samordnete og harmoniserte utdanninger for hele landet innen allmennmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin. I dette inngår å fastsette rammer for læringsaktiviteter, vurderingsformer og læringsarenaer som skal være obligatoriske for alle LIS innen spesialiteten.

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

§ 5. Legeforeningen

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

a) Utarbeidelse av forslag til endringer i vedlegg II om læringsmål og til anbefalinger om læringsaktiviteter

b) Godkjenning og vurdering av virksomheter

Legeforeningen skal tilby tilstrekkelige læringsaktiviteter i spesialitetene allmennmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin i tråd med rammene gitt av Helsedirektoratet (§ 3).

Kapittel 3. Stillinger for leger i spesialisering

§ 6. Krav til stillinger for leger i spesialisering

Spesialistutdanning skal gjennomføres i særskilte stillinger for leger i spesialisering. Dette gjelder ikke for de delene av spesialiseringen i allmennmedisin, 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 *alle* 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.

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

§ 17. Spesialisering i allmennmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin

Utdanningsvirksomheter innen spesialitetene allmennmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin, er offentlig virksomhet som har ansatt lege i spesialisering eller inngått avtale med fastlege i spesialisering og privat virksomhet som har avtale med Helsedirektoratet om å tilby spesialistutdanning.

Virksomheter som skal ha leger i spesialisering plikter å melde utdanningsplan til Helsedirektoratet. Utdanningsplanen skal legges til grunn for videre kvalitetsoppfølging.

Virksomheten skal blant annet sørge for

a) at utdanning av spesialister i utdanningens andre og tredje del skjer innenfor forsvarlige rammer og sikre tilstrekkelig kvalitet og gjennomstrømming i utdanningsløpet

b) dokumentasjon av 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 utforming av utdanningstilbudet

c) at det legges til rette for helhetlige utdanningsløp

d) at det utarbeides utdanningsplan innenfor rammer gitt av Helsedirektoratet (§3). Planen skal blant annet inneholde opplysninger om

- hvilke læringsmål utdanningsvirksomheten kan oppfylle*
- hvilke læringsarenaer som kan tilby de ulike læringsmålene*
- hvilke læringsmål som kan tilbys ved ulike virksomheter gjennom avtaler*
- hvordan veiledningen og vurderingen organiseres og gjennomføres i virksomheten*
Veiledningen skal omfatte både individuell veiledning og gruppeveiledning.
- hvordan det legges til rette for læringsaktiviteter slik at legene i spesialisering kan oppnå læringsmålene*
- hvordan samarbeide med andre kommuner og sykehus om helhetlig utdanningsløp og utdanningsplan innen spesialiteten allmennmedisin, organiseres.*

e) overfor den enkelte lege under utdanning skal utdanningsvirksomhetene sørge for

- at det utarbeides en individuell utdanningsplan med utdanningsløp i samråd med legen og at planen revideres etter behov*
- at det legges til rette for at utdanning skjer etter den individuelle planen*
- at det legges til rette for at legen får nødvendig veiledning og supervisjon*
- at det oppnevnes en individuell veileder og gruppeveileder for den enkelte lege*
- at det utstedes bekreftelse på gjennomført praktisk tjeneste*

Kapittel 4. Utdanningsvirksomheter for leger

§ 22 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. I vurderingen skal det innhentes anbefalinger fra veilederen og fra minst en av dem som har deltatt i supervisjonen.

For spesialitetene allmennmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin skal det inngås samarbeid om godkjenning av læringsmål med sykehustjenesten der det er nødvendig.

Oppnådde læringsmål dokumenteres fortløpende etter godkjenning av leder. I vurderingen skal det innhentes anbefalinger fra individuell veileder og minst en annen for allmennmedisin og individuell veileder og eventuelt en annen for arbeids- og samfunnsmedisin.

Dersom en lege i spesialisering ikke får dokumentasjon på at et læringsmål er oppnådd, har legen rett til en ny vurdering. Dersom legen ber om det, skal det regionale helseforetaket sørge for en ny vurdering fra en annen virksomhet. *For spesialitetene allmenntmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin har fylkesmannen plikt til å legge til rette for ny vurdering og arbeidsgiver har plikt til å bistå til gjennomføring.*

Dersom læringsmålet heller ikke oppnås etter den nye vurderingen, kan legen kreve ny vurdering etter å ha gjennomført relevante læringsaktiviteter i minst seks måneder.

§ 23 Vurdering av utdanningsvirksomhetene

Etter at en utdanningsvirksomhet er godkjent, kan Helsedirektoratet vurdere om vilkårene for godkjenning etter § 18 fortsatt er oppfylt for den eller de spesialitetene godkjenningen gjelder. Direktoratet skal blant annet vurdere om virksomheten gjennomfører utdanningen i samsvar med planene for den enkelte spesialitet og eventuell annen dokumentasjon som er lagt til grunn ved godkjenningen. Direktoratet kan kreve de opplysningene som er nødvendige for å vurdere utdanningsvirksomheten.

Helsedirektoratet skal vurdere om virksomhetene innen spesialitetene allmenntmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin gjennomfører utdanningen i samsvar med innmeldt plan for spesialiteten, jf § 17, 2. ledd.

Helsedirektoratet kan trekke tilbake godkjenningen av en utdanningsvirksomhet dersom kravene 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.

Helsedirektoratet skal opplyse virksomhet innen spesialitetene allmenntmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin om at den ikke kan utdanne leger i del 2 og 3 når innmeldt utdanningsplanen ikke oppfyller kravene etter § 3, tredje ledd eller utdanningen ikke er i samsvar med innmeldt utdanningsplan etter § 17. Virksomheten skal få en rimelig frist for å rette forholdene.

Dersom forholdene ikke blir rettet innen rimelig tid, kan tjeneste gjennomført ved virksomheten, vurderes som ikke tellende etter § 26.

Direktoratet skal be om faglige råd fra Legeforeningens spesialitetskomiteer ved vurderingen av om en utdanningsvirksomhet gjennomfører utdanningen i samsvar med kravene i §17, § 19 bokstavene c, d og e og § 20. Virksomheten skal også evalueres av leger i spesialisering som er ansatt i virksomheten.

Legeforeningens spesialitetskomiteer kan besøke utdanningsvirksomheter for å vurdere gjennomføringen av kravene i § 17, § 19 bokstavene c, d og e og § 20. Komiteene kan kreve de opplysningene som er nødvendige for vurderingen.

