



Yngre legers forening

POLICYDOKUMENT OM SPESIALISTUTDANNING

INNLEDNING

I Norge er det ikke bare en forventning om, men også lovpålagt at spesialisthelsetjenesten tilbyr forsvarlige og omsorgsfulle helsetjenester. Arbeidet som legespesialister utfører er kjerneoppgaven i norske sykehus. Dette impliserer både et krav om spesialister med tilstrekkelig kompetanse og også tilstrekkelig antall spesialister. Det er forventet spesialistmangel i Norge i mange år. Det er politisk ønsket at en lege blir spesialist så fort det lar seg gjøre. For å sikre dette må spesialiseringen av leger planlegges i langsiktige perspektiver. Det må bygges opp systemer som sikrer god nok kvalitet på spesialistene og som er fleksible nok til å integrere nyvunnen kunnskap og endringer i befolkningens behov for helsetjenester.

Lovgivningen utløser plikter og rettigheter både for leger i spesialisering og for sykehusene. Krav til kvalitet, arbeidsmiljø og produktivitet i helsetjenesten gjør det nødvendig å etablere rammer, strukturer og krav til innhold i spesialiseringen av leger slik at denne innfrir sin hensikt. Spesialisering av leger skal holde høy kvalitet, følge internasjonale standarder og foregå innenfor ordinære arbeidsrettslige rammer.

FORMÅLET

Det skal sikres at Norge har et tilstrekkelig antall legespesialister med kompetanse på internasjonalt nivå, og som kan ivareta norsk spesialisthelsetjeneste både nå og i fremtiden.

YLF MENER:

Norge skal være selvforsynt med legespesialister

2. Det må sikres at spesialiseringen i Norge holder en høy faglig standard
3. Spesialiseringen av leger må planlegges slik at det tas høyde for demografiske og epidemiologiske endringer i befolkningen over tid
4. Samfunnets planmessige behov for et helhetlig spesialisttilbud skal være førende for spesialiseringen av leger i Norge

RAMMER OG ANSVAR FOR SPESIALISTUTDANNINGEN

”Sørge for”-ansvaret for spesialiseringen av leger er delegert til de regionale helseforetakene gjennom Helseforetaksloven. Rammer, innhold og ansvar for legespesialiseringen er basert på et nært samarbeid mellom helsemyndigheter, Legeforeningen og de regionale helseforetakene (RHF). Norsk sykehusstruktur bør styres etter tre behov: faglig sentralisering for å sikre tjenester av best mulig kvalitet, helsetilbud i akseptable avstander fra der hvor folk bor og økonomisk forsvarlige drift. Sykehusstruktur påvirker kapasiteten i spesialiseringen leger.

YLF MENER:

5. Norske helsemyndigheter og helseforetakene har ansvaret for at spesialisering gjennomføres i tråd med formålet
6. Det tette og konstruktive trepartssamarbeidet bør videreføres for å optimalisere og utvikle spesialitetene i samsvar med medisins utvikling og fremskritt
7. Ved endringer i sykehusstruktur må konsekvenser for spesialiseringen analyseres og hensyntas

Krav til spesialiseringens innhold må bygge på en nasjonal standard som er forankret både i de generelle spesialistbestemmelsene som sikrer felles minimumskrav for alle spesialiteter og egne regler for hver enkelt spesialitet. Spesialiseringen av leger bør være mer målstyrt for å sikre tilstrekkelig kompetanse og ferdigheter innenfor et riktig tidsperspektiv. Sykehusutviklingen gjør at den gjeldende gruppeføringen (gruppe I og II institusjoner) bør vurderes fortløpende og tilpasses fremtidig spesialisering. Til enhver tid jobber 3 av 5 leger i spesialisering på det som i dag er et gruppe 1-sykehus. Flere spesialiteter har kun stillinger ved gruppe 1-sykehus og enkelte spesialiteter har ikke gruppeføring. Sykehusstruktur og organiseringen av spesialiseringen av leger er knyttet til hverandre og må vurderes samlet. Spesialistutdanningen skal bygge på forskningsbasert kunnskap. Akademisk utdanning skal integreres i spesialisering i alle fag.

YLF MENER:

8. Gruppeføringen av sykehus i eksisterende form kan endres eller opphøre dersom akademisk utdanning, nødvendig spsjaltjeneste og prosedyretrening sikres på annen måte. Kravet til akademisk utdanning bør hjemles i de generelle spesialistbestemmelsene. Spesialistkomiteene bør avgjøre varighet, omfang og innhold i tjeneste som ikke kan gjennomføres ved eget sykehus. Dette kan også innebære at leger i spesialisering ved større sykehus må ha tjeneste ved mindre sykehus dersom krav om kompetanse innen visse prosedyrer eller på visse pasientgrupper krever det.

9. Spesialisering kan kreve økt bruk av samarbeidsavtaler mellom sykehus og helseforetak. Samarbeidsordningene må være sosialt, geografisk og økonomisk akseptable for den enkelte lege. Samarbeidsordningene må ikke være til hinder for utdanningsløp på tvers av RHFene.

10. Spesialiseringen må følge planlagte og definerte løp som har tydelige og spesifikke krav til innhold. Dette gjelder blant annet varighet, progresjon, prosedyrekrav, forskning, veiledningsopplegg, behov for annen relevant og nødvendig tjeneste og hvor dette skal gjennomføres

11. Det bør legges opp til fysiske møtepunkter i spesialistutdanningen på tvers av foretak og regioner, for å sikre utveksling av faglige erfaringer og prosedyre- og kompetanseutveksling på landsbasis.

12. Spesialitetskomitéene er svært viktige for å sikre at kvaliteten i spesialiseringene opprettholdes. Spesialitetskomitéens funksjon må videreføres og utvikles. Komitéenes kvalifiserte meninger tillegges vekt i

forbindelse med funksjonsfordelinger, endring i sykehusstruktur og ved forslag til endringer i spesialistreglement.

13. Endringer i spesialistreglene skal kun gjøres med tanke på kvalitetsheving og etter grundig utredning.

STILLINGSSTRUKTUR

Helse og omsorgsdepartementet har slått fast at leger i spesialisering som hovedregel skal ansettes fast. Legefordelingssystemet ble opprettet og tilpasset en tid med legemangel. Dette systemet er utdatert i forhold til dagens situasjon og vanskeliggjør mange steder driftsituasjonen på avdelingsnivå. Det er ulogisk at godkjenning av tjeneste knyttes til et hjemmelsnummer og ikke til reell kompetanse. Som en følge av fast ansettelse av leger i sykehus må arbeidsgiver få utvidete muligheter til å vurdere hvem de skal ansette i forhold til dagens ordning med rangering. Vikariater skal være lovlige og ved tilsetting i vikariat skal tilsettingsperioden være lik fraværsperioden til den som opprinnelig innehar stillingen. Ylf er bekymret for den økende bruken av underordnede legestillinger som ikke benyttes til spesialisering av leger, og går utenom det etablerte utdanningssystemet.

YLF MENER:

14. Spesialistgodkjenning bør baseres på den kompetanse legen har på søknadstidspunktet.

15. Det må til enhver tid være god oversikt over legemarkedet i regionale og lokale helseforetak for å beregne fremtidig behov for spesialister og beregne utdanningskapasiteten i de forskjellige fag.

16. Alle stillinger for leger i spesialisering skal lyses ut nasjonalt ved elektroniske søknadsprosesser der hvor dette er mulig. Ansettelsesprosessene må være basert på vurdering av kompetanse, herunder også relevant forskningskompetanse, erfaring, egnethet og andre forhold som finnes relevante. Opprinnelses- eller bosted er ikke uttrykk for spesifikk kompetanse. Lokal tilhørighet kan tillegges vekt ved endelig avveining mellom ellers likt kvalifiserte kandidater. Helseforetakene må ha åpenhet om, og oppgi hvilke kriterier som vektlegges ved ansettelse av LIS1.

17. Yngre legers forening mener at alle underordnede leger i sykehus skal være i spesialisering. All annen praksis må opphøre.

18. Tillitsvalgte bør involveres i ansettelsesprosesser. Innstillingen skal være begrunnet og forelegges tillitsvalgte for uttalelse. Arbeidsgivers valg må være

basert på grundige prosesser, herunder innkalling til intervju. Vektleggingen skal baseres på en vurdering av reelle kvalifikasjoner og grundig saksbehandling.

19. Ved ansettelse skal det foreligge en skriftlig avtale mellom arbeidsgiver og den enkelte lege som beskriver planen for hele spesialisingsløpet. Det må fremgå av avtalen hva som er hovedtjenestested, og hvilke forpliktelser arbeidsgiver har til å sikre eventuell nødvendig tjeneste ved annet sykehus eller avdeling. Dette gjelder både fast ansatte leger og leger ansatt i vikariater.

18. Som hovedregel skal spesialistutdanning av leger foregå i den offentlige finansierte helsetjenesten, inkludert avtalespesialister. Private institusjoner kan unntaksvis involveres og da skal de samme regler og krav som i det offentlige gjelde.

19. Helseforetakene skal opprette egne stillinger for leger som spesialisere seg i ikke-sykehusbaserte spesialiteter.

20. Ylf mener at tungtveiende sosiale forhold skal kunne hensyntas ved fordeling av kommuneplasser til LIS1 ansatt i sykehus. Ved fordeling av kommuneplasser i LIS1 kan det tildeles særplass ved egen eller barns alvorlige sykdom der nærhet til behandler eller andre forhold er av avgjørende betydning, eller for aleneforsørgende med barn i skolepliktig alder.

DOBBELTLØP

Forskning er en av helseforetakenes hovedoppgaver og god ledelse er avgjørende for helsetjenestens kvalitet. Forskning og ledelse er to områder hvor det er mulig å utvikle dobbeltløp. Det vil si at leger kan tilegne seg PhD grad eller formell lederkompetanse parallelt med at de blir spesialister.

YLF MENER:

21. Forskning og ledelsesutdanning skal kunne være integrerte deler av spesialisingsløp

22. Forskning skal vektlegges i spesialiseringen. Det må fremgå av spesialistreglene på hvilken måte og i hvor stor grad forskning kan gi uttelling i spesialistløpet

23. Tilrettelegging er avgjørende for rekruttering til forskning blant LIS. Ylf mener at hver region bør ha lønnsmidler til fordypning tilsvarende 10% av sine LIS-stillinger.

24. Leger bør lede i sykehus og må derfor tilegne seg formell lederkompetanse. Kombinasjonen av medisinsk kompetanse og formell lederkompetanse vil sikre enhetlig ledelse med bred innsikt i alle enhetens aspekter.