



Troms legeförening
Avdeling av Den norske legeförening

Tromsø, 28. september 2015

Til Legeföreningens sentralstyre

Hørings svar – Hdirs detalj utredning om legenes spesialistutdanning, samt RHFenes svar på oppdrag ra HOD om regionenes ansvar om legers spesialistutdanning.

Kort svarfrist har umuliggjort et styremøte på tema, men saken er behandlet på e-post mellom medlemmene.

Overordnede kommentarer:

Troms legeförening er bekymret for at RHFene skal tillegges en så sentral rolle i den fremtidige spesialistutdanningen. For det første har RHFene svært varierende kvalitet i deres fagstruktur og ledelse, for det andre er deres fremtid usikker, og for det tredje må spesialistutdanningen ha lik kvalitet i hele landet, uavhengig av hvor utdanningen er gjennomført. Vi er dessuten bekymret for at enkelte RHF vil vurdere lokale kapasitetsbehov og kortsiktig økonomisk gevinst fremfor pedagogisk og kvalitetsikret opplæring av legespesialister, noe som på sikt ikke vil være samfunnsøkonomisk eller gunstig for befolkningen.

Vi også tilføye at etter innføringen av faste stillinger for Lis, ser vi allerede nå at Universitetssykehuset ikke lyser ut ledige utdanningsstillinger selv om det er et skrikende behov. Avdelingsleder må først dokumentere at sykehuset, i framtiden, vil få bruk for den ferdige spesialisten i universitetssykehuset. Dette avdekker et underlig resonnement og ansvarsforhold for en regional og nasjonal utdanning av spesialister, som er meget betenkelig. En annen viktig faktor som taler mot at RHFene og særlig "regionssykehusene" skal få et større helhetlig ansvar for spesialistutdanningen, er hvordan vårt universitetssykehus stadig bruker "kutt i kursaktivitet for LIS" som et innsparringstiltak ved dårlige økonomiske tider. Dette har vært en gjenganger ved vårt universitetssykehus, og er fortsatt aktuelt. Vår erfaring er at universitetssykehuset ofte får alvorlige bemerkninger fra de ulike spesialitetskomiteene når de har vært på besøk. Sist ut var hjertemedisinsk avdeling, som nå står i fare for å miste sin gruppeføring. Dette er et alvorlig signal på at RHFene og universitetssykehusene neppe er modne for oppgaven. Legeföreningen bes eventuelt finne dokumentasjon på dette i egen utdanningsavdeling.

Vi vil også uttrykke bekymring for hva som vil skje hvis ikke Lis-utdanningen går etter planen. Hva hvis en ung lege må flytte fra Nord-Norge til Sørlandet i løpet av utdanningstiden? Målet om at utdanningen ikke bør bryte RHF-grensene virker ikke hensiktsmessig. Vår region er f.eks så stor at det kan være mer hensiktsmessig for en Lis å flytte til Trondheim for en periode, heller enn til Tromsø. Familiære og sosiale hensyn

kan også tilsi flytting på langs og tvers av landet for leger i etableringsfasen. Det har vært en styrke i dagens ordning at man i kurs og spesialistutdanning på den måten har kunnet utveksle erfaringer – på tvers av landet og fagmiljøer.

Forkortet utdanningstid med fare for tap av breddekompetanse fordrer langt høyere kvalitet og effektivitet på spesialistutdanningen sammenlignet med i dag. Kvalitet og relevant innhold i spesialistutdanningene må økes – ikke reduseres. Det fremstår fortsatt usikkert for oss om Direktoratet tar tilstrekkelig hensyn til dette. Troms legeforening er som tidligere fremført – mot innføringen av en spesialitet i akuttmedisin. Det vises i den sammenheng til tidligere hørings svar på dette tema.

Nærmere vedr direktoratets rapport:

Nederst på side 14 står det følgende:

” Etter at et utdanningssted vurderer at kandidaten har nådd læringsmålene, sendes søknad om godkjenning til Helsedirektoratet for endelig vurdering i det elektroniske systemet. Dersom det fremkommer forhold som tyder på mangler i kvaliteten på utdanningen, vil Helsedirektoratet ta initiativ til et besøk til gjeldende utdanningsavdeling.”

Dette kan vel ikke medføre riktighet? At ved spørsmål om *den enkelte kandidats godkjenning*, vil direktoratet reise på besøk til sykehuset? Det virker i så fall meget kostnadskrevende og tungvint.

Direktoratet diskuterer i kapittel 3.2 – Verdien av offentlig forvaltning – betydningen av faglig uavhengighet. Troms legeforening er usikker på direktoratets uavhengighet fra Helse- og omsorgsdepartementet på den ene siden og HFene på den andre siden, som hver på sin måte vil ha politiske og økonomiske føringer som utfordrer deres faglige integritet.

Vedr oppnevning av de nye spesialitetsrådene (pkt 5.2)

Direktoratet foreslår at de 4-7 rådsmedlemmene (leger) for den enkelte spesialitet, oppnevnes av direktoratet etter forslag av HFene, universitetene og Legeforeningen. Troms legeforening mener oppnevningen av disse rådene må ligge på Legeforeningens sentralstyre for å sikre tilstrekkelig faglig uavhengighet og integritet i rådet.

Vedrørende det nasjonale rådets sammensetning (pkt 5.3) stiller vi spørsmål ved hvilken rolle Spekter som (ren) arbeidsgiverorganisasjon skal ha i et slikt råd, jmf Rådsoppgavene (pkt 6.2) Legeforeningen representasjon er for liten; både Overlegeforeningens leder og Yngre legers forenings leder må være med.

Til pkt 8 – Allmenmedisin: Troms legeforening ser *ikke noen fordeler* ved at det overordnede ansvaret for spesialistutdanningen i allmenmedisin, legges til RHFene. RHFene har ikke kompetanse eller erfaring i forhold til å ivareta allmenmedisinen som fagfelt. Derimot er vi godt kjent med RHFenes ønske om å få større kontroll ovenfor fastlegene, slik at de kan regulere henvisningspraksis etc på en annen måte enn i dag. Vi vil på det sterkeste fraråde at direktoratet overgir ansvar for allmenmedisinutdanningen til spesialisthelsetjenestens regionale helseforetak. Merk igjen at mange ønsker RHFene avvirket. Samarbeidsavtaler i forhold til allmenlegenes behov for sideutdanning, er allerede ivaretatt.

Pkt 12.1 – Noen kritiske faktorer: Direktoratet viser selv til sin figur 1, som vi må anta er figuren i pkt 4.2. Hvis denne figuren er representativ for direktoratets modell – er det all grunn til å være kritisk.

Nærmere innspill vedr. RHFenes svar

Figur 1 i RHFenes dokument "Svar på oppdrag fra HOD om regionenes.." illustrerer et viktig poeng. *Det finnes ingen gode grunner for at det skal dannes et regionalt utdanningscenter.* Felles kompetansemoduler og kurspakker må derimot være et *nasjonalt ansvar* som burde ivaretas av et *nasjonalt utdanningscenter for spesialisthelsetjenesten*, med god støtte fra alle universitetssykehusene, RHFene, direktoratet og ikke minst Legeforeningen.

Universitetene og Legeforeningen har i en årrekke hatt klare retningslinjer og krav for utdanning av alle legespesialister i Norge, og har hatt/har et langvarig, tett og godt samarbeid via regionale kontor for legers videre- og etterutdanning ved universitetene. Både Legeforeningen og universitetene har fokus på undervisning og kvalitetssikring av hele fagområdet medisin, og det administrative og faglige arbeidet som utføres her kan således betraktes som nåværende regionale utdanningscentre. Forskning og undervisningskompetanse i legestudiet har alltid vært og vil nok også i fremtiden være, tilknyttet universitetene og ikke RHFet. Det er derfor underlig både i et faglig og et samfunnsøkonomisk perspektiv, at man ikke satser på å videreutvikle et eksisterende og velfungerende samarbeid mellom universitetene og Legeforeningen framfor å bygge opp og etablere flere nye utdanningscenter, som i tillegg kan ende opp med verdsette ulike krav og retningslinjer for LIS?

Ad. Side 3, siste kulepunkt: Det foreslås at koordinatorkontoret for legers videre- og etterutdanning overføres til regionsykehus med bl.a. følgende oppgaver: *«Sørge for pedagogisk opplæring av utvalgte LIS/overleger, som ledd i mulig karriereløp. Disse kan frikjøpes på deltid, eventuelt knyttet opp til en universitetsstilling med ansvar for prioriterte områder/tema som skal implementeres i den daglige drift lokalt»*

Universitetene har allerede både tilbud og krav til pedagogisk kompetanse for alle som skal undervise i høyere stillinger, og mange leger som forsker og underviser har tilegnet seg denne kompetansen. Det fremgår derfor fra overnevnte utsagn at de regionale utdanningscenter ved universitetssykehusene blir et unødvendig ekstra byråkratisk ledd. De utvalgte LIS/overleger som blir ansatt i eventuelle regionale utdanningscenter på sykehus skal likevel knyttes opp mot en universitetsstilling.

Det er naturlig at universitetene som har lang tradisjon på kunnskapsformidling og undervisning av leger, påtar seg oppgavene for å videreutvikle denne opplæringen, siden sykehusene har naturlig nok har fokus på pasientbehandling, effektivitet og økonomi. Undervisningsansvarlige leger i sykehus eksisterer i mange land, bl.a. England, men for å fremme og kvalitetssikre undervisning, bør undervisningsansvarlige leger følge en akademisk undervisningskarriere på universitetene. Effektivitet og innsatsstyrt finansiering i en travel sykehushverdag er etter vår erfaring ikke forenelig med god undervisning basert på lærere/veiledere med solid faglig og pedagogisk kompetanse - og tid.

Spesialistutdanningen av leger i Norge må kvalitetssikres i akademiske omgivelser for at legene skal få de kunnskapene som samfunnet forventer. Det er derfor underlig at ved utdanning av LIS foreslåes det at universitetenes rolle blir underlagt RHF, for det kan medføre universitetssykehusene får monopol i beslutningsprosesser innen undervisning, mens kompetansen faktisk er på universitetene. Dersom dette gjennomføres kan resultatet bli LIS/allmennpraktiserende leger med manglende faglig kunnskap og en sprikende forskjell i utdanningen basert på hvilket RHF en sogner til. Universitetene og sykehusene må samarbeide med direktoratet og Legeforeningen om dette, men siden institusjonene ligger under to ulike departement og prioriterer ulikt, må en likeverdig avtale mellom HOD og KD foreligge.

Vennlig hilsen

Jo-Endre Midtbu (sign.)
Leder

Gro Østli Eilertsen (sign.)
Styremedlem