

# ÅRSRAPPORT

Spesialitetsrådets  
virksomhet

2003



Den norske lægeforening

## **Innholdsfortegnelse**

<b><i>Spesialitetsrådets mandat</i></b>	2
- <i>Generelle spesialistregler § 2</i>	2
- <i>Spesialitetsrådets sammensetning 2002-2005</i>	2
<b><i>Antall møter</i></b>	3
- <i>Diverse møter med eksterne representanter</i>	3
<b><i>Seminar</i></b>	3
<b><i>Arbeidsutvalg</i></b>	4
- <i>Nye arbeidsutvalg i perioden</i>	7
<b><i>Landsstyresakene 2003</i></b>	8
<b><i>Viktige saker drøftet i spesialitetsrådet</i></b>	9
- <i>Pilotprosjektet om en mer formalisert etterutdanning for spesialister – Leif-pilot</i>	9
- <i>Utvidet pilotprosjekt – formalisert, dokumenterbar etterutdanning for spesialister</i>	10
- <i>Krav til attestasjon av tjeneste</i>	10
- <i>Attestasjon av attestasjonsskjemaer, ferdighetskrav, prosedyrelister m.v.</i>	11
- <i>Regelen om begrenset tellende verdi av tjeneste i ikke utlyst stilling i relasjon til spesialistreglene</i>	12
- <i>Vurdering av rusmedisin som spesialitet eller grenspesialitet</i>	12
- <i>Vurdering av spesialitetsstrukturen i indremedisin</i>	13
- <i>Sykehjemstjeneste tellende som del av spesialistutdanningen</i>	13
- <i>Søknad om godkjenning av AS Telelab som utdanningsinstitusjon i gruppe I i medisinsk mikrobiologi</i>	14
- <i>Utredning av spesialitetsstrukturen i kirurgiske fag</i>	14
- <i>Forslag om endring av spesialistreglene i blodsykdommer</i>	15
- <i>Forslag om opprettelse av ny grenspesialitet under generell kirurgi i mamma-endokrin kirurgi</i>	15
- <i>Gruppeveiledning som supplement til én-til-én veiledning i sykehusspesialitetene</i>	16
- <i>NR's utredning om spesialitetsstrukturen i kirurgi</i>	17
- <i>Funksjonsfordeling/omorganisering i spesialistutdanningen i patologi, nedleggelse av patologiavdelinger</i>	18
- <i>Endring av laboratoriestrukturen</i>	19
- <i>Samarbeidsavtaler i spesialistutdanningen</i>	19
- <i>Forskningstjeneste som ledd i spesialistutdanningen – utvidet merknad</i>	20
- <i>Rettsmedisin i spesialistutdanningen i patologi</i>	21
- <i>Ny helsereform – serviceavdelingene – gruppeføring, kliniske avdelinger</i>	22
- <i>Seminarserie høsten 2003 for avdelingsledere i regi av Norsk overlegeforening</i>	23
- <i>Samhandling mellom Legeforeningens organisasjonsledd og industrien</i>	24
- <i>Samhandling mellom leger og industri. Innstilling fa utvalg til å utrede reglene for kurs tellende til legers videre- og etterutdanning</i>	25

## **Spesialitetsrådets mandat.**

### **Generelle spesialistregler § 2:**

Som rådgivende organ for Dnlf's sentralstyre i spørsmål som gjelder legers videre- og etterutdanning, oppnevner sentralstyret spesialitetsrådet.

Spesialitetsrådet skal ha sin oppmerksomhet henvendt på alle forhold av betydning for videre- og etterutdanning av spesialister.

### **Spesialitetsrådets sammensetning 2002-2005:**

Leder:	Jørgen J. Jørgensen
Nestleder:	Frank R. Andersen
Medlemmer	Tone Dorthe Sletten Vararepresentant: Olav K. Refvem
	Anne Larsen Vararepresentant: Lisbeth Rustad
	Torkjel Tveita Vararepresentant: Bjørn Hilt
	Kjell Nordby Vararepresentant: Finn Reidar Korsrud
	Anne Mørch Larsen Vararepresentant: Jo Endre Midtbu
	Yngve Mikkelsen Vararepresentant: Erik Høiskar
Det medisinske fakultet Universitetet i Oslo:	Finn Wisløff Vararepresentant: Ragnhild Emblem
Det medisinske fakultet Universitetet i Bergen:	August Bakke Vararepresentant: Anders Bærheim
Det medisinske fakultet, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet i Trondheim (NTNU):	Geir Jacobsen Vararepresentant: Petter Aadahl

Det medisinske fakultet Universitetet i Tromsø:	Svein Ivar Mellgren Vararepresentant: Trond Flægstad
Kommunenes Sentralforbund	x - Oppnevningen fra KS avventes Vararepresentant: x
Norsk pasientforening:	Ingeborg Traaholt Vararepresentant: Unni Veirød
Sosial- og helsedirektoratet	Kristin Lossius (observatør) Vararepresentant: Tor Flage
Statens helsetilsyn	Aud Nordal (observatør) Vararepresentant: Heidi Merete Rudi

## **Antall møter.**

Rådet har i 2003 holdt 6 møter og behandlet totalt 97 saker. Idet spesialitetsrådet i perioden har hatt en del utredningsarbeid, samt hatt drøftinger med eksterne representanter i aktuelle saker, er enkelte saker behandlet flere ganger.

## **Diverse møter med eksterne representanter**

Til spesialitetsrådets møte 5.-6. mai 2003 var Åse Brinchmann-Hansen invitert for å drøfte gruppeveiledning som supplement til én-til-én veiledning i sykehusspesialitetene.

Medlem av spesialitetskomiteen i patologi, Rune Lilleng, og lederen i Den norske patologforening, Roger Bjugn, var invitert til spesialitetsrådets møte 17. juni 2003 for å drøfte funksjonsfordeling/omorganisering i spesialisthelsetjenesten og konsekvenser for spesialistutdanningen i patologi, og saken om nedleggelse av patologiavdeling og mulige konsekvenser for spesialistutdanningen.

## **Seminar**

Legeforeningen arrangerte 6.-7. mai 2003 seminar på Soria Moria om Spesialistutdanningen for leger. Alle spesialitetskomiteene, spesialitetsrådet, sentralstyret, Yngre legers forening, Norsk overlegeforening, Nasjonalt råd m.fl. var invitert.

### **Temaene for seminaret var følgende:**

#### ***Tema – 6. mai 2003 - Helseforetaksreformen***

- Økonomien i foretakene, konsekvenser for spesialistutdanningen og etterutdanning

- Organisatoriske endringer i foretakene, funksjonsforeling m.v. Hva betyr det for fagutvikling og forskning?
- Konsekvenser for pasientene – ventelister, fritt sykehusvalg – effektivitet og kvalitet
- Strategi, grunnleggende for god drift

#### ***Tema – 7. mai – Egnethetsproblematikken***

- Vurdering av skikkethet ved opptak/gjennomføring av medisinstudiet
- Hvordan takle situasjonen med tvil om egnethet hos underordnet lege?
- Eget ansvar for spesialistutdanningen – behov for støtte og veiledning
- Veiledningens innhold, veileders rolle

#### ***Orientering om prøveprosjekter i spesialistutdanningen***

##### ***Hva skal prøves ut og hva skal evalueres?***

- Midt-Norge / NTNU
- Helse Sør / Øst og Universitetet i Oslo Dnlf

#### ***Spesialitetsstruktur etc. – indremedisin / geriatri / generell kirurgi – grenspesialitetene***

- Generelt om vurdering av spesialitetsstrukturen
- Indremedisin, geriatri m.v.
- Generell kirurgi og grenspesialitetene
- Endringer i sykehusstrukturen, konsekvenser for spesialitetsstrukturen

#### ***Etterutdanning for spesialister - status***

Se referat (kortversjon) fra seminaret i Legeforeningens Tidsskrift nr. 16/2003, side 2347. Referatet er lagt ut i sin helhet på Legeforeningens hjemmesider.

## **Arbeidsutvalg.**

En av arbeidsgruppene ble oppnevnt i 1999 av spesialitetsrådet for å arbeide med **etterutdanning av legespesialister** (oppfølging av LEIF -97) (sammensetningen var slik: Frank R. Andersen, Aud Nordal, Audun Kleppe, Helge Bjørnstad Pettersen, Marianne Olsson, Jørgen J. Jørgensen, Hans Asbjørn Holm, Einar Skoglund). Flere av representantene i arbeidsutvalget gikk ut av spesialitetsrådet fra 26. februar 2002, og lederen, Frank R. Andersen, tok ansvaret for det videre arbeidet med evalueringsrapporten for pilotprosjektet.

Bakgrunnen for pilotprosjektet var en innstilling utarbeidet av spesialitetsrådets utvalg som ble fremlagt i sentralstyrets møte juni 2000. Sentralstyret vedtok å gi sin prinsipielle tilslutning til forslagene i rapporten som innebar at det gjennomføres et pilotprosjekt for å teste ut foreslåtte ordninger for etterutdanning av spesialister.

Frank R. Andersen er prosjektleder av **LEIF-pilot**. Leif-pilot var planlagt gjennomført fra 01.01.2000 til 31.12.2001 og omfattet Rana sykehus, Aker sykehus, Kirurgisk klinikk, og øyespesialister i Telemark.

Prosjektleder har hatt regelmessige møter og oppfølging med pilotstedene i denne perioden, og det har hele tiden vært en positiv innstilling og entusiasme til prosjektet hos kandidatene i arbeidet med å registrere etterutdanningsaktiviteten i 2001.

Sentralstyret hadde i møte 20. februar 2003 fått seg forelagt rapporten fra Pilotprosjektet om etterutdanning gjennomført i 2001. Sentralstyret hadde tatt rapporten til etterretning og takket for det omfattende arbeide som var gjennomført. Sentralstyret hadde merket seg de funn og konklusjoner som var gjort i forsøksprosjektet, og så behov for ytterligere forsøk før det eventuelt iverksettes en generell ordning. Sentralstyret anmodet spesialitetsrådet å lage en beskrivelse av et noe bredere forsøk, og vurderte kostnadene ved dette. Spesialitetsrådet mente det var viktig at Legeforeningen beholder initiativet i saken, og ønsket et utvidet forsøk i to spesialiteter. Det var spesielt to elementer rådet så behov for å utvikle, nemlig grunnlaget for den kollegabaserte evalueringen og en rammebeskrivelse for etterutdanningen i det enkelte fag.

Sekretariatet hadde henvendt seg til spesialitetskomiteen i fødselshjelp og kvinnesykdommer og patologi med en forespørsel om de to fagområdene var villige til å delta i et nytt utvidet forsøksprosjekt for gjennomføring og evaluering av etterutdanning for spesialistene.

De to forespurte spesialitetskomiteene stilte seg positive til å delta i det utvidede forsøksprosjektet, og Frank R. Andersen har sagt seg villig å være prosjektleder også for dette opplegges som starter opp fra 1.1.2004.

Spesialitetsrådet vedtok i *møte 29. mars 2001* å opprette et arbeidsutvalg for å vurdere **behovet for rekruttering, kompetanseutvikling og godkjenning i nye medisinske disipliner – senere kalt *En vurdering av spesialitetsstrukturen i Norge***

Utvalget har hatt slik sammensetning:

Jørgen J. Jørgensen (leder)  
August Bakke  
Ingeborg Traaholt  
Anne Larsen  
Anne Mørch Larsen  
Einar Skoglund (sekretariatet)  
Inger Johanne Øien (sekretariatet)

Utvalget har både i 2002 og i 2003 arbeidet med denne saken. Bakgrunnen for å oppnevne et arbeidsutvalg i spesialitetsrådet til å utrede saken nærmere, var Landsstyrets vedtak av oktober 2000 om å pålegge sentralstyret, etter forslag fra Rogaland legeforening ved Per Egil Haavik, å utrede om behovet for rekruttering, kompetanseutvikling og formell godkjenning av nye medisinske disipliner (for eksempel palliativ medisin, intensiv medisin, rusmedisin, smertebehandling), kan ivaretas gjennom opprettelse av nye tverrfaglige grenspesialiteter.

Utvalget avsluttet sitt arbeide våren 2003 og etter vanlig organisasjonsmessig behandling i Legeforeningens organer, ble saken fremmet for landsstyret 22. mai 2003 med følgende konklusjoner:

Det ville ha vært ønskelig om noen i dag kunne beskrive og begrunne morgendagens behov med et tidsperspektiv på 15 til 20 år. Utviklingen vil bli styrt av forhold som

bl.a. pasientinnflytelse, sykdomspanorama, faglig utvikling innenfor og på tvers av spesialiteter, teknologiske nyvinninger, endringer i samfunnet, organisatoriske og administrative vedtak m..m. Av nevnte årsaker er spesialitetsrådet av den oppfatning at det ikke er mulig å ha et slikt tidsperspektiv med en viss grad av pålitelighet. Rådet har av den grunn lagt hoved-tyngden på å analysere spesialitetsstrukturen relatert til dagens behov og for de nærmeste årene.

Det er trukket følgende hovedkonklusjoner:

- Det synes viktig i dagens medisin å arbeide for å bevare generalisten som behandler det store antall pasienter samtidig med å ivareta behovet for økt spesialisering.
- Det er spesielt viktig i Norge å ivareta en nasjonal utdanning og en generell vaktkompetanse for at alle pasienter skal få så lik behandling som mulig.
- Spesielle kompetanseområder/subspesialiteter vil utvikles når den medisinske utvikling trenger det.
- Dersom man skal opprette nye spesialiteter/grenspesialiteter, må det defineres krav til kompetanse, et utdanningsopplegg og en plan for finansiering og organisering.
- En økning i antall spesialiteter vil alltid medføre betydelige strukturelle endringer, og stille krav til utdanning, organisasjon, administrasjon og ikke minst økonomi. Det er ikke gitt at å opprette nye spesialiteter vil løse medisinskfaglige problemstillinger bedre/mer kostnadseffektivt, eller gi pasientene bedre behandling.
- Det er rimelig å fokusere på økt grad av samarbeid både internt i institusjonene og på tvers av nivåer.
- Satt på spissen kan en for sterk spesialisering komme til å true evnen til å ”stille rett diagnose til rett tid” fordi kompetansen hos legen har blitt for snever.
- Utfordringen i dag og i fremtiden er å finne en god løsning på paradokset ”den friske ønsker generalisten, mens pasienten oftest ønsker seg behandlet av superspesialisten”.
- Det er ikke aktuelt å tilrå at det på det nåværende tidspunkt opprettes flere spesialiteter.
- Det er viktig at det enkelte foretak/sykehus tilstreber spesialitetsoverbyggende samarbeid. Sykehusenes infrastruktur må muliggjøre tverrfaglig samarbeid ved blant annet å etablere felles møteplasser rundt pasienten.

Landsstyret fattet i møte 22. mai 2003 slikt vedtak:

Landsstyret tar utredningen til etterretning og tilrår at Legeforeningens organer forholder seg til hovedkonklusjonene i utredningen ved vurdering av fremtidige endringer i spesialitetsstrukturen.

Utvalget til å vurdere **forskningstjenesten i spesialistutdanningen** ble oppnevnt 29. mars 2001 og har både i 2002 og 2003 hatt som oppgave å vurdere ulike problemstillinger knyttet til forskningstjeneste som ledd i spesialistutdanningen.

Utvalget har hatt slik sammensetning:

August Bakke  
Jørgen J. Jørgensen

John-Arne Røttingen  
Petter Aadahl  
Inger Johanne Øien (sekretariatet)

Spesialitetsrådet vedtok i *møte 15. april 2002* å oppnevne et utvalg til å vurdere ***anbefalte retningslinjer vedtatt av sentralstyret 26. januar 1993 – vurdering av om en utdanningskandidats tjeneste kan attesteres tilfredsstillende utført.***

Utvalget fikk slik sammensetning:

Anne Mørch Larsen  
Anne Larsen  
Erik Høiskar  
Petter Aadahl

Utvalget fortsatte sitt arbeide i 2003.

De gjeldende Retningslinjer tar opp det problem som av og til oppstår når det er tvil om en assistentlege utfører sin tjeneste tilfredsstillende, og hvorvidt den kan attesteres og telle som ledd i spesialistutdanningen. Retningslinjene inneholder også forslag til hvordan slike problemstillinger bør takles på en konstruktiv måte på en sykehusavdeling.

Etter et omfattende arbeide i spesialitetsrådet og sekretariatet forelå et forslag til reviderte retningslinjer august 2003.

Sekretariatet fremmet saken for sentralstyret 28. august 2003 som vedtok å endre de anbefalte retningslinjer for vurdering av om en leges tjeneste kan attesteres tilfredsstillende utført. De reviderte retningslinjer ble umiddelbart etter sentralstyrets vedtak lagt ut på Legeforeningens nettsider, er kunngjort i hhv. Legeforeningens tidsskrift, Ylf-forum og Tidsskriftet til Norsk overlegeforening.

## **Nye arbeidsutvalg i perioden**

Spesialitetsrådet vedtok i møte 5.-6. mai 2003 å oppnevne et arbeidsutvalg til å legge premissene for et ***samarbeid mellom privat praksis og sykehusavdeling*** med tanke på at utdanningskandidater kan gjennomføre deler av sin utdanning ved en privat praksis.

Rådets utvalg fikk slik sammensetning:

Svein Ivar Mellgren (leder)  
August Bakke  
Olav K. Refvem  
Anne Mørch Larsen  
En representant fra PSL

Bakgrunnen for å nedsette et slikt utvalg var at Arild Tandberg, Oppland legeforening, hadde på landsstyremøtet juni 2002 fremmet følgende forslag:



Sentralstyret skal arbeide for at spesialister i privat praksis kan delta i utdanning av medisinstudenter og leger under spesialistutdanning.

Forslaget var av landsstyret vedtatt oversendt sentralstyret til videre vurdering. og saken ble oversendt yrkesforeningene, spesialforeningene og spesialitetskomiteene til nærmere vurdering med anmodning om ideer til forslaget. Det ble også bedt om at høringsinstansene skisserte forutsetninger for å bruke spesialistpraksis som utdanningsarena for spesialistutdanning og grunnutdanning.

Etter at saken hadde vært ute til høring, ble den lagt frem for spesialitetsrådet i møte 27. mars 2003, som fant å ville følge opp saken og konsentrere seg om spesialistutdanningen, og at andre instanser måtte vurdere den del av forslaget som går på grunnutdanningen.

Spesialitetsrådet vedtok i møte 17. juni 2003 å nedsette et utvalg for å vurdere en *revisjon av rapporteringsskjemaet som registrerer utdanningsvirksomheten ved utdanningsavdelinger*.

Utvalget fikk slik sammensetning:

Inger Kristin Aase (Of)  
Ellen Catharina Tvetter Deilkås (Ylf)  
Finn Wisløff (Universitetet i Oslo)  
Inger Johanne Øien (sekretariatet)

## **Landsstyresakene 2003.**

Spesialitetsrådet har avgitt uttalelse overfor følgende landsstyresaker:

- Forslag om endring av de generelle spesialistregler – krav til deltakelse i alt forefallende arbeid, vaktjeneste – legevakt.
- En vurdering av spesialitetsstrukturen i Norge
- Utredning av spesialitetsstrukturen i kirurgiske fag
- Forslag om opprettelse av ny grenspesialitet under generell kirurgi i mamma endokrin kirurgi
- Forslag om endring av spesialistreglene i blodsykdommer.
- Forslag om endring av spesialistreglene i psykiatri – utvidet krav til psykoterapiveiledning.

## Viktige saker drøftet i spesialitetsrådet

- **Pilotprosjektet om en mer formalisert etterutdanning for spesialister – LEIF-pilot har vært drøftet i alle møter i perioden.**

Bakgrunnen for LEIF-pilot-prosjektet var følgende:

Etter en lengre tids drøfting av etterutdanning for medisinske spesialister i spesialitetsrådet i 1995, gjorde rådet dette til sin hovedsak i 1996 og fremla forslag til utredningsprosjektet ”Legers etterutdanning i fremtiden” (LEIF-97) for sentralstyret i Legeforeningen. Sentralstyret vedtok i møte 24. april 1996 å gi sin tilslutning til utredningen av etterutdanning for å synliggjøre og forbedre organisering, faglig innhold og pedagogisk tilrettelegging av legers etterutdanning. Sentralstyret vedtok samtidig å gi nødvendig bevilgning fra Utdanningsfond I for gjennomføring av prosjektet.

November 1997 forelå utredningsrapporten LEIF –97 om Legers etterutdanning i fremtiden. (Elisabeth Søyland)

Stortingsmelding 24 (1996/97) omtalte blant annet etterutdanning for legespesialister. Legeforeningen etablerte et prosjekt, med prosjektleder Frank R. Andersen, som skulle prøve ut en modell for en formalisert, dokumenterbar etterutdanning av legespesialister. Denne modellen har vært prøvet ut i praksis på tre pilotsteder i 2001. Alle øyelegespesialister i Telemark, alle spesialister ved kirurgisk klinikk Aker sykehus og alle spesialister ved Rana sykehus hadde vært med i prosjektet. Totalt har det vært med ca 50 leger fra de tre pilotstedene, og deres etterutdanning i 2001 ble evaluert januar 2002. Frank R. Andersen har hatt et nært samarbeide med Forskningsinstituttet og Pedagogisk avdeling i Den norske lægeforening.

Sluttrapport for dette arbeidet og premisene for en formalisert, dokumenterbar etterutdanning, ble fremmet for sentralstyret i møte 20. februar 2003.

Sentralstyret vedtok å ta rapporten til etterretning og takket for det omfattende arbeide som var gjennomført. Sentralstyret hadde merket seg de funn og konklusjoner som var gjort forsøksprosjektet, og så behov for ytterligere forsøk før det eventuelt iverksettes en generell ordning. Det ble anmodet om at spesialitetsrådet laget en beskrivelse av et noe bredere forsøk, og vurderte kostnadene ved dette. Spesialitetsrådet mente det var viktig at Legeforeningen beholder initiativet i saken, og ønsket et utvidet forsøk i to spesialiteter. Det var spesielt to elementer rådet så behov for å utvikle, nemlig grunnlaget for den kollegabaserte evalueringen og en rammebeskrivelse for etterutdanningen i det enkelte fag.

Sekretariatet hadde henvendt seg til spesialitetskomiteen i fødselshjelp og kvinnesykdommer og patologi med en forespørsel om de to fagområdene var villige til å delta i et nytt utvidet forsøksprosjekt for gjennomføring og evaluering av etterutdanning for spesialistene.

De to forespurte spesialitetskomiteene stilte seg positive til å delta i det utvidede forsøksprosjektet, og Frank R. Andersen har sagt seg villig til å være prosjektleder også for dette opplegges som starter opp fra 1.1.2004.

- **Utvidet pilotprosjekt – formalisert, dokumenterbar etterutdanning for spesialister – oppnevning av én representant til styringsgruppe fra spesialitetsrådet (sak 5/6/03)**

Prosjektleder, Frank R. Andersen, orienterte.

Utvidet pilotprosjekt – formalisert, dokumenterbar etterutdanning for spesialister ble behandlet av sentralstyret 28. oktober 2003. Det ble vedtatt å gjennomføre et utvidet forsøk med formalisert dokumenterbar etterutdanning i spesialitetene fødselshjelp og kvinnesykdommer og patologi for 2004. Det ble innvilget inntil kr. 300.000 fra Utdanningsfond I til å gjennomføre prosjektet med den forutsetning at Nasjonalt Råd dekket deler av kostnaden dersom det ble etablert et samarbeid.

Andersen hadde utarbeidet en prosjektbeskrivelse som inkluderte målsetting, organisasjonsstruktur, metode, prosjektplan og tidsplan innenfor den kostnadsramme som var gitt. Prosjektet omfatter ca 500 spesialister i de to spesialitetene. Det vil bli utarbeidet en sluttrapport fra prosjektet som overleveres sentralstyret innen 1. september 2005.

Til styringsgruppen for Leif-2004 vedtok spesialitetsrådet å oppnevne Jørgen J. Jørgensen i tillegg til prosjektleder Frank R. Andersen.

Spesialitetsrådet sluttet seg til den fremlagte prosjektbeskrivelse.

- **Krav til attestasjon av tjeneste. (Et utvalg ble oppnevnt i spesialitetsrådets møte 15. april 2002, og saken har vært referert i alle møter etter denne dato)**

Utvalgets endelige forslag til krav til attestasjon av tjeneste som skal benyttes tellende som ledd i spesialistutdanningen, forslag om at bestemmelser for spesialistutdanningen §3 suppleres med et nytt 2. avsnitt, ble lagt frem for sentralstyret i møte 28. oktober 2003, og har slik ordlyd:

Tjeneste som skal benyttes tellende som ledd i spesialistutdanningen må dokumenteres med fyldig attest som beskriver tjenestens innhold og hvilke deler av faget det er gitt opplæring og erfaring i. Standardattest bør benyttes.

Tjeneste ved *sykehusavdeling/institusjon* skal attesteres av avdelingens leder og av medisinsk faglig ansvarlig overlege.

Tjeneste som *bedriftslege/arbeidsmedisinsk* tjeneste utenfor helseinstitusjon dokumenteres med attest fra bedriftens administrative ledelse på tjenestestedet.

For tjeneste i *allmennmedisin* er det et eget attestasjonsskjema som skal undertegnes av kommunelege I (kommuneoverlege/bydelsoverlege). Hvis tjenesten er utført i stilling som kommunelege I/kommuneoverlege/bydelsoverlege skal tjenesten attesteres av nærmeste administrative overordnede.

**Samfunnsmedisinsk** kommunal tjeneste skal attesteres av kommunelege I (kommuneoverlege/bydelsoverlege). Hvis tjenesten er utført i stilling som kommunelege I/kommuneoverlege /bydelsoverlege skal tjenesten attesteres av nærmeste administrative overordnede.

Samfunnsmedisinsk tjeneste i statlige instanser attesteres av medisinsk faglig leder, eventuelt av nærmeste administrative overordnede.

Annen type legetjeneste attesteres av nærmeste medisinsk faglige overordnede, eventuelt nærmeste administrative overordnede.

-----

Som ledd i forberedelse av saken for landsstyret mai 2004 ble saken sendt avdelinger, spesialforeninger, yrkesforeninger og spesialitetskomiteene med uttalefrist 15. desember 2003.

- **Attestasjon av attestasjonsskjemaer, ferdighetskrav, prosedyrelister m.v. som ledd i spesialistutdanningen (Et utvalg ble oppnevnt i spesialitetsrådets møte 15. april 2002, og saken har vært referert i alle møter etter denne dato).**

Spesialitetsrådet fattet i møte 27. januar 2003 slikt vedtak:

Sekretariatet hadde bedt om rådets vurdering av hvem som bør attestere attestasjonsskjemaer, ferdighetskrav, prosedyrelister m.v. som skal vedlegges søknad om spesialistgodkjenning.

De fleste av de eksisterende skjemaene har krav om attestasjon av avdelingsoverlegen. Med de endringer som har skjedd i sykehusene når det gjelder ledelse, er det ikke lenger mulig eller formelt riktig å kreve attestasjon fra avdelingsoverlegen.

Det er to typer attestasjonsskjemaer – det ene er et skjema som skal attesteres til slutt i listen, den andre typen attestasjonsskjema skal attesteres på hver prosedyre / hver ferdighet / hvert kunnskapsområde.

Spesialitetsrådet vedtok å anbefale overfor sentralstyret:

Attestasjonsskjema som skal attesteres til slutt i listen attesteres av medisinsk faglig ansvarlig lege.

Attestasjonsskjema som skal attesteres på hver prosedyre / hver ferdighet / hvert kunnskapsområde attesteres av overlege.

Saken ble fremmet for sentralstyret i møte 20. februar 2003 og fattet slikt vedtak:

Operasjonslister/attestasjonsskjemaer/prosedyrelister m.v. som kreves vedlagt søknad om spesialistgodkjenning endres, slik at de skjemaer som skal attesteres på ett sted blir attestert av *medisinsk faglig ansvarlig overlege* som er godkjent spesialist i vedkommende fag.

Skjemaer som krever attestasjon på flere forskjellige punkter, skal være

attestert av *overlege* i arbeid på avdelingen, som er godkjent spesialist i vedkommende fag, dvs. av den overlege som har stått ansvarlig for opplæring og supervisjon i den enkelte prosedyre/det enkelte kunnskapsområde.

- **Regelen om begrenset tellende verdi av tjeneste i ikke utlyst stilling i relasjon til spesialistreglene (sak 7/1/03)**

Spesialitetsrådet fattet i møte 27. januar 2003 slikt vedtak:

Sentralstyret hadde henvendt seg til Yngre legers forening, Norsk overlegeforening og spesialitetsrådet med spørsmål om det er behov for å revurdere bestemmelsen om begrenset tellende verdi av tjeneste i ikke utlyst stilling, idet stillingsstrukturavtalen er opphørt.

Bestemmelsen om begrenset tellende verdi av tjeneste i ikke utlyst stilling lyder slik (*Sentralstyrets vedtak av 21. juni 1995*):

”Tjeneste i ikke utlyst assistentlegestilling tillates tellende i relasjon til spesialistreglene med inntil 12 måneder for hovedutdanningen. I tillegg godkjennes slik tjeneste for sideutdanning og for obligatorisk tjeneste i annen spesialitet under hovedutdanningen.”

Spesialitetsrådet fant, i tråd med høringsinstansenes uttalelse, å anbefale overfor sentralstyret at regelen om tjeneste i ikke utlyst stilling opprettholdes.

Sentralstyret vedtok i møte 20. februar 2003 å opprettholde denne bestemmelse.

- **Vurdering av rusmedisin som spesialitet eller grenspesialitet (sak 8/1/0)**

Spesialitetsrådet fattet i møte 27. januar 2003 slikt vedtak:

Ruspolitisk utvalg hadde anbefalt at sentralstyret nedsetter en hurtigarbeidende komite som skal gjøre en vurdering av å opprette spesialiteten rusmedisin, enten som hovedspesialitet eller en grenspesialitet under psykiatri. Sentralstyret hadde vedtatt å forelegge saken for spesialitetsrådet til uttalelse.

Spesialitetsrådet fant ikke at det var tilkommet nye momenter i saken som tilsier ny utredning om opprettelse av spesialitet i rusmedisin. Rådet mente at det heller burde utredes hvordan behovet for omsorgen for rusmisbrukere kan bedres. Rådet antok at man må basere seg på tverrfaglig samarbeid mellom spesialiteter innenfor soma og psykiatri, samt at primærhelsetjenesten er viktig i denne sammenheng. Også rusmisbrukere skal ha tilbud om fastlege. Det er viktig at omsorgen for rusmisbrukere blir integrert i helsetjenesten. Problemet for rusmisbrukere løses ikke ved opprettelse av en ny spesialitet. Det må vurderes forskjellige måter, for eksempel opprettelse av kompetansesenter i helseforetakene, etablere faglige møtesteder for spesialister i flere fag med interesse for rusomsorgen.

Spesialitetsrådet har forståelse for at omsorgen for rusmisbrukere ikke er løst, men

mener fortsatt at en ny spesialitet ikke løser problemet. Tvert imot kan opprettelse av en spesialitet bety ansvarsfraskrivelse fra andre spesialister. Fremtidig spesialitetsstruktur er også usikker ut fra alt som skjer med omorganisering, funksjonsdeling og endringer i helseforetakene.

Spesialitetsrådet vil anbefale at det utredes videre hvordan omsorgen for rusmisbrukere kan bedres, og hvilke nye tiltak som må til i rusomsorgen. Heller ikke til dette arbeidet synes det nødvendig å nedsette en ny komite da det er naturlig at dette arbeidet videreføres i Legeforeningens ruspolitiske utvalg.

- **Vurdering av spesialitetsstrukturen i indremedisin (sak 22/1/03)**

Spesialitetsrådet fattet i møte 27. januar 2003 slikt vedtak:

Det forelå en kopi av brev til Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling fra professor Jan P. Amlie, vedrørende spesialiteten i kardiologi i Europa.

Etter at Maastricht-avtalen ble vedtatt i 1992 er det fri bevegelse av spesialister i EU/EØS-området. Dette betyr at det er viktig med samordning av spesialiteten i kardiologi over landegrensene. Spesialiteten kardiologi er en egen hovedspesialitet i samtlige land i EU/EØS bortsett fra Østerrike og Norge. Tyskland har vedtatt å ha egen hovedspesialitet i kardiologi. Italia følger også opp med de samme reglene.

Amlie mener av flere grunner at spesialiteten kardiologi også bør bli en egen hovedspesialitet i Norge.

Spesialitetsrådet mener at slik saken er lagt frem må den tas til orientering. Rådet beklaget at henvendelsen var gått direkte til Nasjonalt råd.

- **Sykehjemstjeneste tellende som del av spesialistutdanningen (sak 6/2/03)**

Spesialitetsrådet fattet i møte 27. mars 2003 slikt vedtak:

Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling hadde bedt Legeforeningen vurdere hvordan og på hvilke vilkår sykehjemstjeneste kan gjøres tellende i spesialistutdanningen.

Det var innhentet uttalelser fra spesialitetskomiteene. I likhet med den gjennomgående mening fra spesialitetskomiteene fant også spesialitetsrådet at legetjenesten i sykehjemmene ut fra dagens premisser ikke kan telle som ledd i spesialistutdanningen. Nåværende legetjeneste i sykehjemmene er generelt sett verken i tid eller nivå av en slik art at det kan anses tellende i spesialistutdanningen.

Det er imidlertid et stort behov for både å øke graden av legearbeid i sykehjemmene og å øke kvaliteten generelt i sykehjemmene. Pasienter i sykehjemmene er av de sykeste, og det er mye medisinsk arbeid som burde vært gjort for disse pasientene. En bedre og mer reell legetjeneste vil løfte nivået generelt i sykehjemmene og vil kunne

bety en kvalitetssikring for miljøet.

Det store pasientvolumet vil også innebære en nyttig erfaringslæring, og veilederansvaret burde kunne kobles til nærmeste indremedisinske eller geriatriske sykehusavdeling med tanke på både en faglig og en utdanningsmessig veiledning. Slik kunne man også få koblet sykehjemmet og en sykehjemsavdeling mer faglig sammen, med bl.a. deltakelse i avdelingens internundervisning.

Først og fremst av hensyn til pasientene må kvalitetene i sykehjemmene økes betydelig og volumet av legearbeid må økes, og det bør skje en faglig kobling mellom sykehjem og nærmeste sykehus. Dette vil tjene både pasientene og spesialistutdanningen. Først når slike tiltak er iverksatt vil det være aktuelt å vurdere legetjenesten på sykehjemmene som en del av spesialistutdanningen. Slik legetjenesten er lagt opp i dag, kan den ikke telle som ledd i spesialistutdanning.

- **Søknad om godkjenning av AS Telelab som utdanningsinstitusjon i gruppe I i medisinsk mikrobiologi (sak 8/2/03)**

Spesialitetsrådet fattet i møte 27. mars 2003 slikt vedtak:

Spesialitetskomiteen hadde anbefalt AS Telelab godkjent som utdanningsinstitusjon i gruppe I i medisinsk mikrobiologi. Det var i tidligere uttalelse fra spesialitetskomiteen drøftet at det er en ulempe at laboratoriet ikke ligger i umiddelbar tilknytning til et sykehus.

Ved vurdering av utdanningsinstitusjon i gruppe I gjøres det en total vurdering av sykehuset som sådan, både med tanke på samarbeidende avdelinger, serviceavdelinger m.v. Det er også vanlig at før man for eksempel godkjenner en medisinsk avdeling på et sykehus som gruppe I-institusjon vurderer samtidig kirurgisk avdeling og de aktuelle serviceavdelinger.

Det synes ikke å være tvil om at laboratoriet isolert sett fyller kravene til gruppe I-institusjon i spesialistreglene. Rådet vurderte betenkelighetene med at laboratoriet ikke er en del av et sykehus, men fant at det i dette faget bør være mulig å gi gruppe I-godkjenning også til en isolert enhet idet kontakten med klinikerne normalt foregår per telefon.

Rådet vedtok å anbefale at AS Telelab godkjennes som gruppe I-institusjon i medisinsk mikrobiologi i relasjon til spesialistreglene.

- **Utredning av spesialitetsstrukturen i kirurgiske fag (10/2/03)**

Spesialitetsrådet fattet i møte 27. mars slikt vedtak:

Spesialitetsrådet er av den oppfatning at med nåværende sykehusstruktur og med nåværende fordeling av akuttansvar, er norsk helsevesen best tjent med den gjeldende spesialitetsstruktur med generell kirurgi som hovedspesialitet og påbygning av grenspesialiteter. Særlig ved små og mellomstore sykehus er det fortsatt behov for den

generelle kirurgs kompetanse slik oppgavefordelingen er. Vi aner imidlertid tendenser til en endring. Det er ikke usannsynlig at akutfunksjonene blir mer sentralisert, og en endret sykehusstruktur vil tilsi endringer i spesialitetsstrukturen. Etter spesialitetsrådets syn er det imidlertid ikke riktig ut fra dagens situasjon å ta stilling til en antatt fremtidig spesialitetsstruktur. En må først se klarere konturene av utvikling i sykehusstrukturen, og så vurdere konsekvensene av dette. Rådet støtter derfor konklusjonene i Løvig-utvalgets utredning.

Å følge opp de forslag som ligger i utredningen fra Nasjonalt råds sekretariat vil ikke være riktig ut fra dagens situasjon. Det kan være en riktig utvikling, men det kan også slå galt ut å ta stilling til slike endringer før en ser tydeligere hva endringene i sykehusene blir. Spesialitetsrådet anbefaler at nåværende spesialitetsstruktur og de kirurgiske grenspesialitetene opprettholdes. Spesialitetsstrukturen og de faglige grenser mellom de forskjellige deler av kirurgien må vurderes på nytt når det blir klarere hvordan sykehusstrukturen og faggrensene endres.

En eventuell fjerning av generell kirurgi som spesialitet og overføring av ansvaret for bløtdelskirurgien til gastroenterologisk kirurgi må også vurderes langsiktig. Det vil ta lang tid å få det tilstrekkelig antall spesialister i gastroenterologisk kirurgi til å overta dette ansvaret. Utdanningskapasiteten i gastroenterologisk kirurgi må eventuelt styrkes betydelig.

- **Forslag om endring av spesialistreglene i blodsykdommer (sak 11/2/03)**

Spesialitetsrådet fattet i møte 27. mars 2003 slikt vedtak:

Spesialitetskomiteen i blodsykdommer hadde fremmet forslag om endring av spesialistreglene, slik at kravet til 1 års tjeneste i onkologi reduseres til 6 måneder, samtidig som kravet om tjeneste i spesialfaget var foreslått økt til 2 ½ år.

Spesialitetsrådet støtter forslaget om endring av reglene, derved blir de også mer lik reglene for spesialistutdanning i andre land. Spesialitetsrådet vil imidlertid understreke at lymfombehandlingen er viktig. Derfor bør det under punkt 3 i de foreslåtte regler fremgå klart at lymfombehandling må inngå. Rådet anbefaler derfor at man fjerner ordene ”fortrinnsvis ved seksjon”.

- **Forslag om opprettelse av ny grenspesialitet under generell kirurgi i mamma-endokrin kirurgi (sak 12/2/03)**

Spesialitetsrådet fattet i møte 27. mars 2003 slikt vedtak:

Basert på utredning fra en arbeidsgruppe hadde Norsk kirurgisk forenings generalforsamling i oktober 2002 vedtatt å fremme forslag om opprettelse av en ny kirurgisk grenspesialitet i mamma-endokrin kirurgi.

Spesialitetsrådet tok utgangspunkt i at dette er en alvorlig kvinnesykdom med økende innsidens og prevalens. I dag tilkommer 2500 nye pasienter per år, og



ca 800 dør av denne sykdommen per år. Det er også et faktum at behandlingen ikke er fullstendig oppdatert og optimal alle steder hvor mamma-kirurgi gjøres. Dette tilsier at det er behov for faglig styrking av dette behandlingstilbudet, og kanskje det er behov for at behandlingen tilbys på færre steder.

Rådet ser at det nødvendigvis ikke må opprettes en ny spesialitet for å heve kvaliteten på et medisinsk tilbud. Det burde være mulig for helseforetakene å styre behandlingstilbudet og heve kvaliteten på tilbudet gjennom ledelse og intern kontroll. Samtidig innser rådet at det kan være vanskelig å ivareta spesialfunksjoner som faller utenom eksisterende spesialiteter, og i dag tas mamma-kirurgien hånd om av kirurger som i det vesentlige arbeider med andre sykdomsgrupper (dels gastrokirurgi, dels karkirurgi).

Det kan således synes som om det enkleste tiltak for å bedre behandlingen for denne store pasientgruppen er å innføre en ny grenspesialitet under generell kirurgi. Rådet innser også at det kan være fornuftig at thyreoideakirurgien tillegges det samme området.

Spesialitetsrådet vedtok således å støtte forslaget om opprettelse av en ny grenspesialitet under generell kirurgi i mamma-endokrin kirurgi.

- **Gruppeveiledning som supplement til én-til-én veiledning i sykehusspesialitetene (sak 7/3/03)**

Til spesialitetsrådets møte 5.-6. mai 2003 var Åse Brinchmann-Hansen invitert for å drøfte gruppeveiledning som supplement til én-til-én veiledning i sykehusspesialitetene.

Spesialitetsrådet fattet i møte 5.-6. mai 2003 slikt vedtak:

Pedagogisk avdeling i Legeforeningen hadde fått forespørsler om å bidra i oppstart av gruppebasert veiledning på sykehusavdelinger, og på denne bakgrunn hadde pedagogisk avdeling, ved Åse Brinchmann-Hansen henvendt seg til spesialitetsrådet med forespørsel om at rådet drøfter denne type veiledning og vurderer i hvilken grad den kan formaliseres og inngå på tjenesteplanen på lik linje med en-til-en veiledning.

Åse Brinchmann-Hansen var invitert til rådets møte for å redegjøre nærmere for hvordan man eventuelt kan tenke seg en formalisert form for gruppeveiledning. Hun redegjorde for de erfaringene som var gjort på Kvinneklinikken på Haukeland som hun hadde fulgt de siste 2 år og som ble avsluttet ved juletider 2002. Det syntes klart at både utdanningskandidater og overleger hadde hatt behov for en arena hvor de kunne diskutere faglige spørsmål. Dette gjelder spesielt spørsmål av vanskelig karakter.

Også anestesivdelingen ved Haukeland hadde meldt at de ønsker å starte tilsvarende grupper. Onkologisk avdeling Radiumhospitalet hadde hatt gruppeveiledning, og onkologene ved St. Olavs Hospital ønsket å starte opp med gruppeveiledning.

Hun så avgjort en del fordeler med gruppeveiledning, idet det er behov for et kollegialt sted hvor en kan ta opp faglige og etiske problemer. Også spesialister i privat praksis

har slikt behov. Hun ønsket å få noen råd, og om hvilket behov spesialitetsrådet så for å etablere gruppeveiledning.

Det er ikke lenger regelmessige morgenmøter på alle sykehusavdelinger og rådet så behovet for at det arbeides for å få etablert slike møter igjen. Det bør bli satt av tid til slike fora hvor man systematisk går gjennom vanskelige saker. Man kan også ha et aktivt ”tema”, og en eller flere forbereder seg til å ta opp et bestemt område. Det kan være vanskelig å få slike møter inn i tjenesteplanen, men man trenger en plattform til å drøfte etiske problemer og vanskelige saker.

Åse Brinchmann-Hansen ønsket at Legeforeningen vurderer å lage et kurs for gruppeveiledere, da det er mange ”fallgruber” for slike samlinger.

Det fremkom under debatten at det var synliggjort et stort behov for daglige samlinger, og at det bør stimuleres. Det må arbeides for og gis ideer til å få slike faste fora, men foreløpig på frivillig basis.

Rådet ga uttrykk for at gruppeveiledning ikke kan erstatte den strukturerte en-til-en veiledningen, men de kan være et supplement til denne. Gruppeveiledningen kan ikke erstatte noe formelt element i spesialistutdanningen i dag.

Spesialitetsrådet ga sin støtte til å etablere slike fora, men det anbefales ikke å forsøke å formalisere gruppeveiledning.

- **NR's utredning om spesialitetsstrukturen i kirurgi (sak 6/3/03)**

Spesialitetsrådet fattet i møte 5. mai 2003 slikt vedtak:

Flertallet i spesialitetsrådet støttet Løvig-utvalgets innstilling, og stilte seg derfor negativ til forslagene til endringer fra Nasjonalt råd. NR hadde bl.a. foreslått at generell kirurgi opphører som egen spesialitet, at thoraxkirurgi og karkirurgi slås sammen til ny hovedspesialitet, gastrokirurgi og urologi gjøres om til hovedspesialiteter, barnekirurgi bortfaller som grenspesialitet og det vurderes å opprette en ny spesialitet i mamma-endokrin kirurgi.

Løvig-utvalget hadde foreslått at man bevarer generell kirurgi og grenspesialitetene slik det er i dag, men går inn for at det opprettes en ny grenspesialitet under generell kirurgi i mamma-endokrin kirurgi.

Det var innkommet uttalelser fra spesialitetskomiteen i barnekirurgi, generell kirurgi, karkirurgi, ortopedisk kirurgi, Oslo legeforening, Rogaland legeforening, Hordaland legeforening, Norsk forening for gastroenterologisk kirurgi, Norsk forening for medisinsk mikrobiologi, Norsk forening for medisinsk rusmiddelproblematikk, Norsk forening for otorhinolaryngologi, Norsk ortopedisk forening, Norsk selskap for hematologi, Almenpraktiserende lægers forening og Norsk overlegeforening.

Av høringsuttalelsene til utredningen fra Nasjonalt råd fremgikk det at de fleste hadde gått imot forslagene til endringer.

Grunnlaget i Nasjonalt råds utredning er for svakt i forhold til de foreslåtte forslag til endringer. Nasjonalt råds sekretariat har i sin utredning sett løsninger og argumenterer for disse. Spesialitetsrådet mener at man i større grad må analysere behovet for endringer i forhold til de strukturendringer som skjer i sykehusene, deretter vurdere hvordan spesialitetsstrukturen bør justeres. Det skjer for tiden store endringer i helseforetakene og man må avvente og se disse strukturendringene før det gjøres vesentlige endringer i spesialitetsstrukturen. Å nedlegge generell kirurgi som spesialitet vil legge føringer for politiske avgjørelser som kanskje ikke er riktige. Saken må kunne tas opp til en hver tid etter hvert som man ser bedre konturene av endringer i sykehusene, bl.a. hvordan akuttfunksjonene blir tilrettelagt før det vurderes så vidt store endringer som er anbefalt i Nasjonalt råds utredning. Forslaget om å nedlegge barnekirurgi som spesialitet synes både dramatisk og i strid med internasjonal utvikling. Spesialisert barnekirurgi inkluderer neonatalkirurgi, medfødte misdannelser, pediatrik urologi og onkologisk kirurgi. Mange misdannelser involverer flere organsystemer og mange av misdannelsene er livsløpstilstander som krever langvarig oppfølging og behandling. Rådet går imot nedleggelse av barnekirurgi som spesialitet. Rådet anbefaler inntil videre å opprettholde generell kirurgi som hovedspesialitet med nåværende grenspesialiteter.

- **Funksjonsfordeling/omorganisering i spesialistutdanningen i patologi.**
- **Nedleggelse av patologiavdelinger (sak 7/4/03)**

Spesialitetsrådet fattet i møte 17. juni 2003 slikt vedtak:

Leder i Den norske patologforening, Roger Bjugn, og medlem i spesialitetskomiteen i patologi, Rune Lilleng, var invitert til møtet for å drøfte saken om funksjonsfordeling/omorganisering i spesialisthelsetjenesten og konsekvenser for spesialistutdanningen i patologi, og saken om nedleggelse av patologiavdelinger og mulige konsekvenser for spesialistutdanningen.

Patologforeningen hadde også sendt brev til avdelingsoverleger mv og fått inn en del tilbakemeldinger og forslag om endringer.

Spesialitetsrådet var av den klare oppfatning at det er viktig å opprettholde spesialistutdanning i patologi også utenfor universitets/regionsykehus. Det er ingen data som viser at leger får en bedre spesialisering på universitets/regionsykehus. Ut fra erfaringer og rapporter kan det faktisk synes som om mange leger under spesialisering får bedre veiledning og oppfølging og et større erfaringsområde ved en mindre avdeling enn ved en stor avdeling.

Dersom man ikke skulle la avdelinger utenom universitets/regionsykehus utdanne spesialister, ville det kunne føre til en svekkelse av det faglige nivå ved mindre avdelinger. Godkjenning som utdanningsinstitusjon fører til at avdelinger opprettholder og arbeider med forbedring av sitt faglige nivå. Det er en inspirasjon å ha unge leger under utdanning ved en avdeling. Slike endringer kan også få overføringseffekt til andre spesialiteter og totalt sett få store uheldige konsekvenser. Reduksjon i patologiservice, eventuelt nedleggelse av laboratorier ved et sykehus, kan også få konsekvenser for godkjenningen av kliniske avdelinger som utdanningssteder. Gruppeføringen av kliniske avdelinger har en sammenheng med tilbudet av

serviceavdelinger. Det er også viktig å bevare patologiavdelingene på sentralsykehusnivå og bl.a. opprettholde obduksjonene der.

Spesialitetsrådet forstår heller ikke signalet om at prøver fra privat allmennpraksis skal sendes til private patologisk-anatomiske laboratorier. Spesialitetsrådet har problemer med å se at det er gjort en representativ undersøkelse for faget patologi.

- **Endring av laboratoriestrukturen (sak 11/4/03)**

Spesialitetsrådet fattet i møte 17. juni 2003 slikt vedtak:

Legeforeningen hadde mottatt brev fra Norsk forening for immunologi og transfusjonsmedisin hvor det var vist til helseforetakenes ønske om å omstrukturere laboratorievirkosheten. Det var signaler om sammenslåing av tradisjonelle laboratorier for å rasjonalisere og redusere utgifter til laboratoriedrift.

Det var fra foreningen uttrykt ønske om at Legeforeningen tar et felles initiativ overfor alle aktuelle spesialforeninger for å få drøftet om laboratoriespesialitetene er oppdelt på en fornuftig måte og om det er formålstjenlig med en felles utdanningsbolk for alle laboratoriefag.

Spesialitetsrådet viste til tidligere forsøk på utredning som er gjort om dette for ca 10 år siden uten at man hadde kommet frem til felles konklusjoner. Rådet mente at spesialforeningene selv burde kunne stå for en slik vurdering og utredning, uten at det behøver å tas initiativ til det av Legeforeningen sentralt. Rådet var også i tvil om det nå er rette tidspunkt til å foreta en slik utredning. Det synes viktigst nå å ha fokus på vurderingen av strukturendringer innenfor de store kliniske fag som indremedisin og kirurgi.

- **Samarbeidsavtaler i spesialistutdanningen (sak 3/5/03)**

Spesialitetsrådet fattet i møte 16. september 2003 slikt vedtak:

Spesialitetsrådet ble forelagt til vurdering samarbeidsavtaler mellom laboratorieavdelinger om utdanning av spesialister i medisinsk biokjemi. Det var også vedlagt utkast til samarbeidsavtale mellom Det norske radiumhospital og Laboratorium for patologi AS om utdanning av spesialistkandidater i patologi.

Spesialitetskomiteen i medisinsk biokjemi hadde skissert to modeller for slike samarbeidsordninger:

1. Samarbeidsavtaler mellom to godkjente utdanningsavdelinger.
2. Samarbeidsavtaler mellom godkjent utdanningsavdeling og ikke godkjent spesialavdeling eller privat institusjon, og derved tjeneste i ikke godkjent utdanningsstilling.

Spesialitetsrådet så det ukomplisert å godkjenne samarbeidsordninger mellom to godkjente utdanningsinstitusjoner. Når det gjelder samarbeid mellom én godkjent

institusjon og én ikke godkjent institusjon/privat praksis, får man ved å godkjenne en samarbeidsavtale, samtidig på en måte også godkjent tjenestestedet.

Dagens retningslinjer for samarbeidsavtaler gjelder godkjente utdanningsinstitusjoner. Gjennom funksjonsfordeling og utsetting av sentrale erfaringsområder i spesialistutdanningen til private enheter, forsvinner et viktig utdanningspotensiale ut av utdanningsinstitusjonene. Det er derfor behov for å finne løsninger på prinsipielt grunnlag der også disse kan delta i spesialistutdanningen. Hovedfokus må være å sikre kvaliteten i spesialistutdanningen og at samarbeidet skjer ut fra legenes utdanningsbehov. Ansvar for spesialistutdanningen må være plassert.

Prinsipielt fant rådet at begge modeller burde kunne gis tilslutning, men at det forutsettes et fastlagt løp, slik at det ikke får konsekvenser for legene under spesialisering. Skriftlige avtaler på forhånd må være en forutsetning, dvs. at ad-hoc-løsninger ikke kan aksepteres.

- **Forskningstjeneste som ledd i spesialistutdanningen – utvidet merknad (sak 4/5/03)**

Spesialitetsrådet fattet i møte 16. september 2003 slikt vedtak:

Til møtet var det fremlagt et nytt forslag til merknad til spesialistreglenes punkt 1.a) som skal definere forskningstjeneste.

Lederen av arbeidsutvalget som vurderer forskningstjeneste, August Bakke, gikk punktvis gjennom merknaden, og etter at enkelte justeringer i teksten var foretatt, fattet spesialitetsrådet slikt vedtak:

Merknad til spesialistreglenes punkt 1 a) anbefales å få følgende endrede ordlyd:

Målene med forskning i spesialistutdanningen er at legen har kompetanse til:

- Kritisk å kunne vurdere og ta i bruk resultatet fra vitenskapelige artikler i eget arbeid
- Å kunne med vitenskapelig metodikk evaluere arbeidsstedets eller egne resultater i diagnostikk og behandling (kvalitetssikring)
- Å kunne kritisk vurdere og utarbeide systematiske oversikter over vitenskapelige arbeider som har sett på diagnostikk, behandling og prognostisk vurdering av de sentrale sykdommer innen spesialiteten
- Å formidle forskningsresultater til pasienter, pårørende, helsepersonell, beslutningstakere og allmennheten på egnet måte.

Med forskningstjeneste tellende for spesialistutdanningen menes tjeneste som lege i stipendiatstilling, i fordypningsstilling (forskningsdelen) eller tilsvarende, eller arbeid med kvalitetsforbedringsprosjekter under veiledning i minst 50% stilling. Forskningstjenesten vil gi tellende tjeneste i forhold til stillingsbrøk. Tjenesten må ha relevans til medisinen og må dokumenteres med attest som beskriver det vitenskapelige arbeidet og attesterer tilfredsstillende utført tjeneste, herunder at målsettingen for forskningstjenesten er oppfylt.

Det gjøres følgende presiseringer:

1. Nordisk medisinsk doktorgrad (Ph.d) eller tilsvarende teller med 1 år
2. Øvrig medisinsk forskning, medisinsk relevant forskning innenfor andre fakulteter eller etablerte forskningsmiljøer, herunder mastergrad eller lignende, og medisinsk doktorgrad fra land utenfor Norden, må vurderes individuelt. Denne type forskningsarbeid må dokumenteres med veiledererklæring og et vitenskapelig arbeid som enten må være publisert i tidsskrift med fagfelleevaluering (peer review) eller er vedlagt søknaden for vurdering.

Av veiledererklæringen må det fremgå tid brukt til aktiv forskning, at legen har nødvendig kjennskap til forskningsmetoder og fortolkning av forskningsresultater, og at legen kritisk kan vurdere å ta i bruk resultater i vitenskapelige artikler.

3. Forskningstjeneste relevant for medisin gjennomført før autorisasjon som lege, kan også telle for dette punktet i reglene, men må ha ført frem til en akademisk grad (doktorgrad, mastergrad eller lignende). Vedr. tellende tjeneste for doktorgrad gjelder pkt. 1. For de øvrige grader gjelder reglene under pkt. 3.

Fullført forskerlinje under cand.med. studiet i Norge teller med 1 år

-----

Spesialitetsrådet anbefalte at saken fremmes overfor sentralstyret.

Saken ble fremmet for sentralstyret i møte 28. oktober 2003 og vedtatt anbefalt overfor Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling i tråd med spesialitetsrådets forslag.

- **Rettsmedisin i spesialistutdanningen i patologi (sak 7/5/03)**

Spesialitetsrådet fattet i møte 16. september 2003 slikt vedtak:

Spesialitetskomiteen i patologi hadde reist problemstillingen med basal rettsmedisinsk skolering som en del av spesialistutdanningen i patologi. Det synes nå å ha blitt en flaskehals i utdanningen å få den nødvendige tjeneste i rettsmedisin som del av spesialistutdanningen i patologi. Spesialitetskomiteen ønsket avklart om basal utdanning i rettsmedisin fortsatt skal være en del av spesialistutdanningen i patologi. Komiteen påpekte at de fleste rettsmedisinske undersøkelser er relatert til plutselig utventet død og ikke til straffesaker.

Skolering i rettsmedisin har vært en obligatorisk del av spesialistutdanningen i patologi både i form av teoretisk utdanning og utførte prosedyrer under tjenesten i rettsmedisinske obduksjoner. For de spesialistkandidater som har hatt sitt arbeidssted ved institusjoner der man har utført rettsmedisinske obduksjoner, har dette vært ukomplisert. Forholdene har vært noe annerledes ved enkelte av de avdelinger der det

ikke utføres rettsmedisinske undersøkelser, dette gjelder for de fleste av patologiavdelingene i Østlandsområdet. Her har man vært avhengig av en hospiteringsordning ved Rettsmedisinsk institutt, Universitetet i Oslo fordi størstedelen av de rettsmedisinske tjenestene i Østlandsområdet gradvis har blitt sentralisert til Rettsmedisinsk institutt. Dette har ført til et større press på instituttet som utdanningsinstitusjon, uten at kapasiteten til å ta imot hospitanter har økt tilsvarende. Økningen av antallet spesialistkandidater i patologi har også økt, og samlet har dette ført til at det nå er en ventetid på flere år for å få gjennomført slik hospitanttjeneste.

I fagmiljøet har det vært uttrykt stor bekymring om sviktende rekruttering til faget og utilfredsstillende muligheter for kompetansebygging. Ut over det som er angitt i straffeprosessloven med forskrifter er det ingen formell sertifisering av sakkyndige i rettspatologi i Norge.

Rettsmedisin anses å være spisskompetanse innen patologi og det har i de senere år vært drøftet om det bør opprettes en egen spesialitet i rettsmedisin. Legeforeningen har ved flere anledninger drøftet formalisering av ”fagområder” i norsk medisin i tillegg til de formelle spesialister/grenspesialiteter, og Legeforeningens konklusjon er at en ikke forsøker å formalisere fagområder eller spisskompetanseområder, men baserer seg på nåværende ordning med uformelle subspesialiteter.

Spesialitetsrådet mente at for å bevare rettssikkerheten bør det være et krav at alle patologer har noe basistrening i rettsmedisinske undersøkelser.

I tråd med spesialitetskomiteens ønske vedtok spesialitetsrådet å anbefale at man finner tilfredsstillende samarbeidsordninger for å sikre opplæringen i rettsmedisin for patologer, og at dette avklares med Helsedepartementet og Justisdepartementet. Innholdet i spesialistutdanningen er et anliggende for Helsedepartementet, mens organisering av de rettsmedisinske tjenester faller inn under Justisdepartementet.

- **Ny helsereform – serviceavdelingene – gruppeføring, kliniske avdelinger (sak 8/5/03)**

Spesialitetsrådet fattet i møte 16. september 2003 slikt vedtak:

Det forelå brev fra avdelingsoverlege Rune Lilleng ved patologiavdelingen i Sykehuset Buskerud som påpekte at de regionale helseforetakene har oppfatninger om patologi som neppe er i fagets interesser, og som heller ikke tjener helsetjenesten. Den utviklingen man nå ser ved sentralisering av prøver og opprettelse av egne selskaper som skal ta hånd om prøvene, var han bekymret for. Han mente at Legeforeningen burde ivareta servicefagenes interesser.

Det er nedfelt som prinsipp at for at et sykehus skal kunne godkjennes som gruppe I-institusjon i generell kirurgi eller indremedisin må det ha de nødvendige medisinske servicefunksjoner. På sentralsykehusnivå bør det være selvstendige avdelinger for de største laboriefagene: radiologi, patologi, mikrobiologi og medisinsk biokjemi. Reduksjon av for eksempel patologiservice, eventuelt nedleggelse av laborier ved et sykehus, kan få konsekvenser for godkjenningen av kliniske avdelinger som

utdanningssteder.

Rådet var av den klare oppfatning at det er viktig å opprettholde spesialistutdanning i patologi også utenfor universitets/regionsykehus. Rådet er klar over at det skjer mye i helseforetakene, også med vurdering av servicefagene, og ser det som viktig at laboratoriefagene engasjerer seg i vurderingene av strukturendringer.

I patologimiljøet drøftes sentralisering av prøver, og opprettelse av egne selskaper som skal ta hånd om prøvene. Teknologien er også med på å forenkle prosedyrer, men fagmiljøet ser det som uheldig at enkelte servicefunksjoner tas ut av sykehusene. Dette kan gå ut over spesialistutdanningen.

Spesialitetsrådet var av den oppfatning at man må bevare kriteriene for å bli godkjent gruppe I-institusjon. Men man må være oppmerksom på utviklingen, og også være åpen for andre løsninger enn at sykehusene har egne patologiavdelinger. Det kan tenkes at tilfredsstillende patologiservice kan etableres for eksempel ved ny teknologi.

- **Seminarserie høsten 2003 for avdelingsledere i regi av Norsk overlegeforening (sak 4/4/03 og sak 10/5/03)**

Spesialitetsrådet fattet i møte 17. juni 2003 slikt vedtak:

Spesialitetsrådet hadde fått en henvendelse fra Norsk overlegeforening hvor det fremgår at Of skal arrangere en seminarserie høsten 2003 for avdelingsledere om enhetlig ledelse og kvalitet på helse, og planlegger en seksjon som heter ”Er helsereformen også blitt en faglig reform?”

Of ønsket at en representant fra rådet mer overordnet kan se på hvordan reformen påvirker faglig kompetanseoppbygging og faglighet for legene, både i relasjon til spesialistutdanningen spesielt og mer generelt for medisinen og medisinsk fagutvikling. Of ønsket også strategiske tanker fra rådet om hva legene og Legeforeningen kan gjøre for å sikre dette.

Lederen i spesialitetsrådet tok til orde for at det må lages en god struktur på innholdet i dette foredraget, og om nødvendig, foreslå at det aktuelle innlegget kommer fra Den norske lægeforening. Det var enighet om at rådet bør ta opp dette med sekretariatet og presidenten.

Rådet diskuterte følgende elementer/problemstillinger relatert til den nye helsereformen.

Hovedelementene i reformen:

- ny eierstruktur
- foretakene som selvstendige rettssubjekter
- ansvarsreform
- fokus på pasientperspektivet (medbestemmelse, second opinion m.m.)
- pasientbehandling, informasjon, opplæring
- fagutvikling og forskning
- kostnadseffektivitet



- fokus på finansieringssystemet

Virkemidler for å oppnå reformens mål:

- nasjonale standarder
- kvalitetsparametre
- informasjon (ventelister, resultater m.m.)
- oppgave-funksjonsfordeling
- kompetansesentre (behandling, utprøvende medisin, forskning m.m.)
- økonomistyring
- faggrupper (prioriteringer etc.)

Mulige konsekvenser (positive og negative):

- interessekonflikt mellom PHT og SHT (fylkeskommunen versus staten)
- økonomi/produksjon versus fagutvikling og forskning
- endret prioritering relatert til finansieringssystemet
- rekrutteringsproblemer til enkelte fag/foretak
- synliggjøring av kompetansesentre, forskningsenheter etc.
- endret spesialitetsstruktur
- endret sykehusstruktur

Så langt i prosessen om endringene i sykehusreformen synes det som om foretakene mener at ”andre” tar hånd om spesialistutdanning og fagutvikling. Den norske lægeforening må ta opp denne problemstillingen med faggrupper og i sitt prioriteringsarbeide.

- **Samhandling mellom Legeforeningens organisasjonsledd og industrien (sak 7/6/03)**

Legeforeningen hadde sendt brev til avdelinger, spesialforeninger og yrkesforeninger med ønske om synspunkter på hva som kan være akseptabelt og hva som er uakseptabelt av samhandling mellom Legeforeningens organer og medisinindustrien.

Spesialitetsrådet ser behovet for et faglig møtested mellom medisinfirmaer / utstyrsfirmaer og legene og derved også Legeforeningens organer. Det blir imidlertid feil når slike møtesteder er blandet sammen med økonomi. Det synes som en selvfølge for spesialitetsrådet at organer i Legeforeningen må være fullstendig uavhengige av økonomisk støtte i noen form fra industrien. En slik uavhengighet er nødvendig for å opprettholde troverdighet og legitimitet. Det må være derfor være en klar målsetting at all forbindelse mellom industrien og Legeforeningens organer må skje i full åpenhet og være basert på nødvendigheten av møtested for faglige spørsmål uten at dette skal være knyttet til økonomisk gevinst. All kontakt som svekker foreningens autoritet og anseelse må opphøre.

Det må defineres hva en tilstrekkelig standard for legenes etterutdanning er, og det må klargjøres hva denne etterutdanningen koster og kostnadene må dekkes av helsemyndighetene, av arbeidsgiver, og med et visst supplement fra utdanningsfond i Legeforeningen. I dag synes mye av legenes etterutdanning å være avhengig av støtte

fra medisindustrien. Rådet ser imidlertid at det i dagens situasjon ikke synes å være nok tilgjengelige midler verken hos helsemyndighetene eller hos arbeidsgiver eller i Legeforeningens fonds til å overta alle utgiftene, men det bør på sikt være målet.

Spesialitetsrådet er i tvil om det er riktig for Legeforeningens organer å ha inntekter fra salg av stands i forbindelse med møter, kurs m.v. Rådet er også i tvil om det er riktig å ha inntekter av produktannonser. Også salg av stands og inntekter fra annonser, kan bidra til å svekke Legeforeningens anseelse og derved også legenes troverdighet.

Rådet mener det ikke er akseptabelt at Legeforeningens organer mottar diverse ytelser i forbindelse med møter, for eksempel til bespisning, reiseutgifter m.v. Rådet mener det ikke er akseptabelt med administrative tjenester fra firmaer til foreningsstyret. Verken generell sekretariatstøtte eller utsendelse av medlemsbrev m.v. eller kontingentinnkrevning og regnskap er akseptabelt.

Etter rådets syn bør foreningene heller ikke motta støtte til fellesreiser til internasjonale fagkongresser, ei heller støtte til foreningenes premiering av foredrag eller diverse priser. Støttemedlemskap fra firmaer i foreningene og derved generelt økonomisk bidrag, er etter rådets syn ikke akseptabelt.

Spesialitetsrådet er av den prinsipielle oppfatning at alle Legeforeningens organer driftsmessig bør være uavhengig av enhver økonomisk støtte fra industrien.

Samme prinsipp må gjelde for legers videre- og etterutdanning. Spesialitetsrådet innser at det for tiden ikke finnes tilstrekkelig med midler til å overta aktuelle utgifter, men at fristilling fra industrien må være målet. I en overgangsperiode må imidlertid dagens retningslinjer videreføres med full åpenhet fra alle parter når det gjelder samarbeid med industrien .

- **Samhandling mellom leger og industri. Innstilling fra utvalg til å utrede reglene for kurs tellende til legers videre- og etterutdanning (sak 8/6/03)**

Det forelå en utredning fra et utvalg nedsatt av sentralstyret til å utrede reglene for kurs tellende i legers videre- og etterutdanning.

Det var enighet i spesialitetsrådet om at målet måtte være å få etablert en kursutdanning fullstendig uavhengig av finansiering fra firmaer. Det må være en målsetting at legers videre- og etterutdanning er fullstendig finansiert av det offentlige/arbeidsgiver/fond i Legeforeningen. Etter spesialitetsrådets syn har leger et legitimitetsproblem ved den samhandling som nå skjer dels mellom enkeltleger og medisinfirmaer/utstyrsfirmaer, dels mellom organer i Legeforeningen og disse firmaene.

Rådets flertall mener at det ikke må være anledning til å ha utstillinger i regi av firmaer utenfor kurslokalet.

Et enstemmig råd går imot at det skal aksepteres produktannonser med firmanavn og logo i kursprogram.

Likeledes mener rådet at det ikke skal være firmaarrangementer (symposier) i tilknytning til tellende kurs.

Kurs i legers videre- og etterutdanning skal ikke kunne arrangeres i lokalene til medisinfirma / utstyrsfirma.

Firmaer skal ikke kunne være teknisk arrangør av kurs, og kan ikke sende ut kursmateriell.

Ved kurs i utlandet vil eventuelle satellittsymposier eller andre arrangementer i regi av medisinindustrien ikke kunne telle.

Det skal ikke være anledning til generell økonomisk støtte fra firmaer til kursarrangører.

Rådets flertall mener at inntekter fra utstillinger eller produktannonser ikke skal inngå i kursbudsjett og regnskap fordi det ikke skal være tillatt med utstillinger eller annonser i program.

Rådet er enig i at det skal være regnskapsplikt for alle organer i Legeforeningen som arrangerer kurs, og at regnskap på forespørsel skal sendes Legeforeningen. Rådet går imidlertid ikke inn for revisjonsplikt. Det anses unødvendig og fordyrende med revisjonsplikt for kursarrangører som står bak kun et fåtall kurs.

Rådet støtter anbefalingen om at kursarrangører som søker Utdanningsfond I om støtte for stipulert underskudd, må søke innen en frist for den totale kurspakken for påfølgende år.

Rådet støtter forslaget om at spesialitetskomiteen i allmenntidmedisin, som andre spesialitetskomiteer, skal være det organ som godkjenner samtlige kurs i spesialiteten.

Rådets medlemmer, Kjell Nordby, Finn Wisløff og Frank R. Andersen, ønsker å protokollføre følgende:

For at kurs skal bli godkjent i legers videre- og etterutdanning kreves følgende:

- Kursarrangør har ikke anledning til å kreve høyere kursavgift enn Legeforeningens satser, eller pris for kost og losji eller såkalte ”dagpakker” enn det som er de faktiske utgifter.
- Et eventuelt overskudd fra kurs eller kongress kan ikke benyttes til privat inntekt for arrangør eller enkeltpersoner.
- Overskudd fra kurs kan bare benyttes til formålet fagutvikling, videre- og etterutdanning for leger.