

ÅRSRAPPORT

Spesialitetsrådets
virksomhet

2004



Den norske lægeforening

Innholdsfortegnelse

Spesialitetsrådets mandat

- *Generelle spesialistregler § 2* 4
- *Spesialitetsrådets sammensetning 2002-2005* 4

Antall møter

- *Diverse møter med eksterne representanter* 5

Seminar

6

Arbeidsutvalg

7

- *Nye arbeidsutvalg i perioden* 9

Landsstyresakene 2004

10

Viktige saker drøftet i spesialitetsrådet

- *Utvidet pilotprosjekt – formalisert, dokumenterbar etterutdanning for spesialister* 12
- *Kursutdanning på nett* 12
- *Uttalelse fra spesialitetsrådets utvalg for å vurdere privatpraktiserende spesialisters deltagelse i utdanningen av leger under spesialistutdanningen* 13
- *Kurskravet til spesialiteten nukleærmedisin – alternativ kursform, evt. kurs i utlandet* 15
- *Krav til obligatoriske kurs i spesialistutdanningen gjennomført i utlandet* 15
- *Samarbeidsavtaler i spesialistutdanningen* 16
- *Samarbeidsavtale mellom Det norske radiumhospital og Laboratorium for patologi AS om spesialistutdanningen i patologi* 17
- *Tellende verdi av tjeneste i undervisningsstillinger i relasjon til spesialistreglene* 18
- *Forslag om opprettelse av et råd for grunnutdanningen*
- *Turnurrådets funksjon* 19
- *Utdanning av spesialister som følge av funksjonsfordeling i Sykehuset Innlandet HF* 19
- *Utdanning av patologer og rettsmedisinere* 20
- *Informasjon om rusmedisin* 22
- *Utredning fra Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording om spesialitetsstrukturen i indremedisin og kirurgi* 21
- *Krav til utdanningsinstitusjoner i spesialistutdanningen av leger – Mellgren-utvalg 1* 25
- *Krav til gruppe I-tjeneste. Forslag om krav til tjeneste bare i én grenspesialitet i generell kirurgi og indremedisin – Mellgren-utvalg 2* 25
- *Tellende tjeneste til spesialistutdanningen i arbeidsmedisin i bedriftslegestilling mindre enn 50%* 27
- *Rapport om Samfunnsmedisinens muligheter og problemer i Norge*
- *Utredning av spesialistutdanningen i samfunnsmedisin* 28
- *Kurskravet til spesialiteten nevrologi* 28
- *Spesialistutdanningen i ortopedisk kirurgi* 29

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 (*frem til 20. september 2004*)
Hilde Engjom (*oppnevnt av ss fra 11. november 2004*)
Vararepresentant: Erik Høiskar (*frem til 11. nov. 2004*)
Harald Bergan (*oppnevnt av ss fra 11. november 2004*)

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 (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) (*frem til juli 2004*)
Vararepresentant: Tor Flage

Statens helsetilsyn Aud Nordal (observatør)
Vararepresentant: Heidi Merete Rudi

Antall møter.

Rådet har i 2004 holdt 6 møter og behandlet totalt 104 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 *19. januar 2004* var Bjørn Oscar Hoftvedt invitert for å drøfte utviklingen av kursutdanningen på Internett.

Til det samme møte var lederen i spesialitetskomiteen i nukleærmedisin, Trond Velde Bogsrud, invitert for å diskutere alternative former for kursutdanning i nukleærmedisin.

Lederen i spesialitetskomiteen i patologi, Christian Lycke Ellingsen og lederen i Den norske patologforening, Tor Jacob Eide, nestleder på Rettsmedisinsk Institutt, Sidsel Rogde og professor Torleiv Ole Rognum på Rettsmedisinsk Institutt var invitert til spesialitetsrådets møte *15. mars 2004* for å drøfte utdanning av patologer og rettsmedisinere.

Guri Spilhaug fra Rusmiddelpolitisk utvalg i Legeforeningen deltok i rådets møte *3. mai 2004* for å orientere om rusmedisin (se sak 17/2/04 under viktige saker).

Til spesialitetsrådets møte *23. september 2004* deltok fra spesialitetskomiteen i nevrologi, Rolf Salvesen, for å drøfte kravene til obligatoriske kurs i nevrologi.

I møte *8. desember 2004* deltok lederen i spesialitetskomiteen i ortopedisk kirurgi, Anders Walløe og lederen i spesialitetskomiteen i generell kirurgi, Torgeir Løvig, for å drøfte innholdet i den generell kirurgiske tjeneste til spesialiteten ortopedisk kirurgi (se sak 17/6/04 under viktige saker drøftet i spesialitetsrådet).

Seminar

Legeforeningen arrangerte 4.-5. mai 2004 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 – 4. mai 2004

- Etterutdanning for spesialister

- Nytt pilotprosjekt i patologi og i fødselshjelp og kvinnesykdommer

- Foretaksreformen – en god faglig reform?

- Reformen sett fra Helsedepartementet
- Konsekvenser for spesialistutdanning og etterutdanning (funksjonsdeling, samarbeidsordninger m.v.)
- Spesialistutdanning i privat praksis
- Spesialitetsstruktur
- Forskning
- Effektivitet – utdanning

Tema 5. mai 2004

- Mye er forskjellig men inni er vi like?

- Er de globale helseutfordringene relevante i Norge?

- Kursutdanningen

- Utredningen fra kursutvalget
- Spesialforeningenes syn
- Synspunkter fra Utvalg for legers videre- og etterutdanning, Det medisinske fakultet, Oslo
- Koordinators vurdering
- Utdanningsfondene. Den totale økonomi sett i forhold til legers videre- og etterutdanning
- Bidrar utdanningsfondene til en faglig stimulerende geografisk og økonomisk forsvarlig videre- og etterutdanning for leger?

- Nye pedagogiske metoder

- Nettkurs (for eksempel kardiologi)
- Pilotprosjekt i Oslo
- Pilotprosjekt i Midt-Norge

Se referat (kortversjon) fra seminaret i Legeforeningens Tidsskrift nr. 13-14/2004, side 1841.

Referatet er lagt ut i sin helhet på Legeforeningens hjemmesider

<http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=45814&subid=0>

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.

Spesialitetskomiteen i fødselshjelp og kvinnesykdommer og spesialitetskomiteen i patologi hadde sagt seg villige til å delta i et nytt utvidet forsøksprosjekt for gjennomføring og evaluering av etterutdanning for spesialistene, og Frank Andersen tok på seg arbeide med å være prosjektleder også for dette opplegget som starter fra 1.1.2004.

Sentralstyret hadde innvilget kr 300.000 fra Utdanningsfond I til å gjennomføre prosjektet med den forutsetning at Nasjonalt råd dekket deler av kostnadene dersom det ble etablert et samarbeid.

Frank Andersen hadde utarbeidet en prosjektbeskrivelse som inkluderte målsetting, organisasjonsstruktur, metode, prosjektplan og tidsplan innenfor den kostnadsrammet 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.

Prosjektleder Frank R. Andersen ga uttrykk for i spesialitetsrådets møte 8. desember 2004 at Leif-2004 og Leif-IT fra nå av kun skal omtales som LEIF.

Han planlegger medio desember 2004 å sende ut brev til de aktuelle spesialistene i patologi og i fødselshjelp og kvinnesykdommer som er med i praksis settes fristen for tilbakemelding til 1. februar 2005 og for sykehuslegene med frist 1. mai 2005.

Arbeidet med registreringssystemet på data og ”plan for etterutdanningen 2004” er etablert og registreringen blir integrert mot Legeforeningens register og SERUS.

Utvalget til å vurdere **forskningstjenesten i spesialistutdanningen** ble oppnevnt 29. mars 2001 og har både i 2002, 2003 og 2004 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 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
Berit K. Norling

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.

Nye arbeidsutvalg i perioden

Spesialitetsrådet vedtok i møte 15. mars 2004 å oppnevne et arbeidsutvalg til å vurdere **krav til godkjente utdanningsinstitusjoner** og herunder **krav til gruppe I-institusjoner** (Mellgren-utvalg 1). Spesialitetsrådet så et behov for på ny å gjennomgå disse kravene på prinsipielt grunnlag, og ønsket at utvalget forberedte å avgi innstilling i hver av de to problemstillinger.

Rådets utvalg fikk slik sammensetning:

Svein Ivar Mellgren (leder)
August Bakke
Anne Larsen
Anne Mørch Larsen

Mellgren-utvalg 2:

Svein Ivar Mellgren (leder)
August Bakke
Anne Larsen
Anne Mørch Larsen

ble nedsatt i møte 22. juni 2004 til å utrede krav til gruppe I-tjeneste i generell kirurgi og indremedisin (i én grenspesialitet)

Spesialitetsrådet vedtok i møte 3. mai 2004 å oppnevne to mini-utvalg til å vurdere de innkomne uttalelser til **Utredning fra Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling om spesialitetsstrukturen i indremedisin og kirurgi.**

Utvalget som spesielt skulle se på konsekvensene for kirurgien ble oppnevnt: Jørgen J. Jørgensen og August Bakke.

Utvalget som spesielt skulle se på konsekvensene for indremedisin ble oppnevnt: Finn Wisløff og Anne Mørch Larsen.

(Se referat fra spesialitetsrådets møte 22. juni 2004 – Sak 4/4/04 - under Viktige saker drøftet i spesialitetsrådet.)

Landsstyresakene 2004

Spesialitetsrådet har avgitt uttalelse overfor følgende landsstyresaker:

- **Krav til attestasjon av tjeneste som benyttes tellende som ledd i spesialistutdanningen, forslag om at bestemmelser for spesialistutdanning §3 suppleres med nytt 2. avsnitt.**

Sak 8/2/04

Det hadde vært arbeidet i spesialitetsrådet og i flere spesialitetskomiteer med retningslinjer for hvem som skal attestere tjeneste som brukes tellende som ledd i spesialistutdanningen. På bakgrunn av forslaget, bl.a. fra spesialitetsrådet, hadde sekretariatet utarbeidet forslag til supplement til spesialistreglenes generelle bestemmelser §3.

Saken hadde vært behandlet av sentralstyret og vedtatt oversendt til avdelinger, spesialforeninger, yrkesforeninger og spesialitetskomiteene som ledd i forberedelse av saken for landsstyret 2004, med uttalefrist 15. desember 2003.

Spesialitetsrådet vedtok å støtte forslaget om nærmere regler for attestasjon av tjeneste som skal benyttes tellende som ledd i spesialistutdanningen, heri også forslaget fra spesialitetskomiteen i fødselshjelp og kvinnesykdommer at tjeneste i spesialistpraksis skal attesteres av spesialisten som har supervisert legen.

- **Endring av generelle spesialistregler §7 – utdanning i utlandet**

Sak 9/2/04

Da landsstyret behandlet diverse endringer av de generelle spesialistregler, herunder §7 – utdanning i utlandet – i 2000, ble det ved et arbeidsuhell uteglemt at følgende passus skulle fjernes fra reglene:

Tjeneste i annet nordisk land godkjennes dog på linje med tjeneste i Norge forutsatt at tjenesten er utført ved godkjent utdanningsinstitusjon, og at tjenesten ellers er i samsvar med norske spesialistregler.

Denne passus i §7 er unødvendig i og med at landsstyret i 2000 vedtok som det fremgår av nåværende generelle spesialistregler, å supplere §7 med følgende:

Utenlandske tjeneste godkjennes på linje med tjeneste i Norge forutsatt at tjenesten er utført i godkjent utdanningsstilling ved en utdanningsinstitusjon og at tjenesten ellers er i samsvar med norske spesialistregler.

Saken hadde vært behandlet av sentralstyret og vedtatt oversendt til avdelinger, spesialforeninger, yrkesforeninger som ledd i forberedelse av saken for landsstyret 2004, med uttalefrist 20. mars 2003.

Spesialitetsrådet vedtok å støtte forslaget.

- **Forslag om endrede spesialistregler i barne- og ungdomspsykiatri**

Sak 10/2/04

Til spesialiteten barne- og ungdomspsykiatri er det bl.a. et krav om 6 måneders tjeneste ved barneavdeling. Da det i lengre tid har vist seg vanskelig for lege under spesialisering i barne- og ungdomspsykiatri å få gjennomført tjeneste i pediatri, har det vært praktisert å godkjenne på individuelt grunnlag spesielle opplegg. Det har vært mulig å opprette spesielle stillinger med statlig lønnsdekning ved barneavdelinger øremerket for tjeneste i barnesykdommer til spesialiteten barne- og ungdomspsykiatri. Rådet støtter komiteens forslag om at pediatriutdanningen skal utføres ved en generell barneavdeling, og dersom tjenesten ikke gjennomføres i ordinær stilling for lege under spesialisering, må tjenesten være forhåndsgodkjent ut fra beskrivelse av innhold og tjenesteplan. Rådet mener det er viktig at denne tjenesten er tilsvarende tjeneste i ordinær utdanningsstilling, bl.a. når det gjelder deltakelse i vakt.

Når det gjelder kravet om ett års tjeneste i voksenpsykiatri har komiteen foreslått at tjenesten skal utføres ved avdeling/poliklinikk som er godkjent for spesialistutdanningen i psykiatri med minst to år. Rådet antar dette definerer krav til nivå og omfang av tjenesten i psykiatri og støtter forslaget.

Spesialitetsrådet vedtok å støtte spesialitetskomiteens forslag til endring av spesialistreglene i barne- og ungdomspsykiatri.

- **Forslag om endring av spesialistreglene i psykiatri**

Sak 11/2/04

Spesialitetskomiteen i psykiatri hadde fremmet forslag om gjeninnføring av valgfri mulighet for 2 års tjeneste i barne- og ungdomspsykiatri tellende til spesialistutdanningen i psykiatri. I de "gamle" spesialistreglene i psykiatri – før omredigeringen i 2000, var det anledning til å både ha ett års barne- og ungdomspsykiatri under hovedutdanningen og ha (ett år) sideutdanning i barne- og ungdomspsykiatri.

Saken hadde vært behandlet av sentralstyret og vedtatt oversendt til avdelinger, spesialforeninger, yrkesforeninger som ledd i forberedelse av saken for landsstyret 2004, med uttalefrist 15. desember 2003.

Spesialitetsrådet vedtok å støtte forslaget fra spesialitetskomiteen i psykiatri å gjeninnføre valgfri mulighet for 2 års tjeneste i barne- og ungdomspsykiatri tellende til spesialistutdanningen i psykiatri.

Viktige saker drøftet i spesialitetsrådet

- **Utvidet pilotprosjekt – formalisert, dokumenterbar etterutdanning for spesialister. Saken har vært drøftet i alle spesialitetsrådets møter i perioden**

Prosjektleder, Frank R. Andersen, fortsatte sitt arbeide med det såkalte ”Utvidet pilotprosjekt – formalisert, dokumenterbar etterutdanning for spesialister”. Sentralstyret behandlet saken i møte 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. Spesialitetsrådet sluttet seg til den fremlagte prosjektbeskrivelse.

Styringsgruppen for prosjektet ble etablert og hadde hatt sitt første møte i januar 2004. Prosjektleder Frank R. Andersen har i hele perioden arbeidet med prosjektet og i hvert rådsmøte orientert om prosessen. Han ga uttrykk for i rådets møte 8. desember 2004 at det var noe svak aktivitet for tiden blant legene som var med i prosjektet. Han ønsket aktive personer og pådrivere til å få opp interessen, slik at dette viktige arbeidet for etterutdanningen kan bli fulgt opp på en tilfredsstillende måte.

Det ble i desember 2004 sendt ut brev til de aktuelle spesialistene som er med i prosjektet, en oppfordring om at det sendes inn rapport for legenes aktivitet i etterutdanningen for 2004. For leger i privat praksis er fristen for tilbakemelding 1. februar 2005 og for sykehuslegene er fristen 1. mai 2005.

Det arbeides med registreringssystem på data.

- **Kursutdanning på nett (sak 2/1/04)**

Bjørn Oscar Hoftvedt informerte om Legeforeningens arbeid med utvikling av kursutdanning på Internett. Foreløpig har Legeforeningen sju kurs som er lagt ut på Internett:

- Spirometri i allmennpraksis
- Søk i medisinske databaser på Internett
- 24 timers blodtrykksmåling
- Introduksjon til regnskapsføring for selvstendig næringsdrivende leger
- Forskningsmedisin
- Håndtering av dyspepsi i allmennpraksis (kasuistikk/evidence-based)
- Forebygging av hjerte- og karsykdommer i allmennpraksis

Legeforeningen startet arbeidet med å legge ut kurs på Internett i 1999. Firmaet Gazette AS har hele tiden vært behjelpelig med design og tekniske løsninger. Kursforfattere leverer fagstoff, bilder, video og illustrasjoner. Det er nedsatt en redaksjonsgruppe til å vurdere innholdet av kursene, og sekretariatet koordinerer og styrer prosjektene.

På vanlig måte godkjennes kursene av spesialitetskomiteene.

De kurs som egner seg best som nettkurs er faktabaserte kurs og særlig der det er muligheter for visuelle virkemidler. Kursene er oppdelt i leksjoner og hver leksjon avsluttes med en prøve. Etter gjennomført kurs og bestått prøve, og innbetalt kursavgift, utstedes det et kursbevis.

Nettkurset er tilgjengelig som kunnskapsbase også etter at legen har gjennomført kurset. Hoftvedt så det som et fint supplement til de tradisjonelle kursene, men var klar over at det sosiale aspekt ved å være sammen med kolleger over flere dager kunne bli et savn. Dette kan rettes opp noe ved for eksempel å ha en regional samling (evt. to) i løpet av kurset.

Hovedmålgruppen for nettkursene har vært allmennpraktikere, da disse er aktive brukere av Internett og er geografisk spredt. En ny målgruppe er leger under spesialisering i indremedisin. Det arbeides for tiden med å etablere et obligatorisk nettkurs i kardiologi. Kardiologikurset skal i nærmeste fremtid prøves ut, og kurset vil ligge ute på nettet med alle 30 temaene i løpet av mai 2004. Deler av kardiologikurset ble presentert.

I allmennmedisin kan inntil 50 kurstimer tas som nettkurs.

Arbeidet med å utvikle nye kurs på nettet vil fortsette, idet man regner med å få større brukergrupper etter hvert.

Det er praktisk at nettkurs kan gjennomføres når det passer legen. Samtidig er det viktig at leger under spesialisering får fri med lønn også til gjennomføring av nettkurs. Det bør settes av tid til kursgjennomføring i arbeidstiden, slik det nå er for de tradisjonelle kursene hvor man reiser bort for å delta på kurs.

Spesialitetsrådet konkluderte med at mulighetene for å ta kurs på Internett er et godt tiltak som Legeforeningen bør arbeide videre med. I det videre arbeidet bør en vurdere mulighetene av å utvikle kurs som er felles for spesialitetene. Samtidig er det viktig at leger under spesialisering utvikler en faglig identitet slik at det også vil være behov for fysiske samlinger. Det fremkom under debatten at nettkursene også egner seg godt som utgangspunkt for internundervisningen i avdelingen.

- **Uttalelse fra spesialitetsrådets utvalg for å vurdere privatpraktiserende spesialisters deltagelse i utdanningen av leger under specialistutdanningen (sak 4/1/04) (Mellgren-utvalget)**

Utvalget hadde konsentrert seg om eventuell godkjenning av tjeneste i privatpraksis tellende som ledd i *spesialistutdanningen*, dvs. tjeneste utført etter autorisasjon som lege. Man hadde i denne omgang ikke vurdert slik tjeneste i relasjon til grunnutdanningen.

Saken hadde vært sendt ut på ny høring til alle spesialitetskomiteer og Mellgren var godt fornøyd med at så mange hadde besvart henvendelsen, og at de stort sett var positive til forslagene.

Det fremgikk at spesialiteter som fødselshjelp og kvinnesykdommer, hud- og veneriske sykdommer, nevrologi, øyesykdommer og øre-nese-halssykdommer egnet seg godt til tjeneste i privat praksis som del av spesialistutdanningen, men også andre spesialiteter er aktuelle, kfr. innstillingens vedlegg II. Tjeneste i privat spesialistpraksis ble ansett å være verdifullt for lege under spesialisering, idet det er forskjeller i pasientprofil i privat spesialistpraksis, sammenlignet med tjeneste ved sykehusavdeling.

Utvalget hadde anbefalt at tjeneste som lege under spesialisering i privat spesialistpraksis under bestemte forutsetninger kan telle med 6 måneder tilsvarende gruppe II-tjeneste i spesialistutdanningen. Slik tjeneste ble ansett å være en ressurs som bør kunne brukes i spesialistutdanningen.

Som en alternativ ordning til 6 måneders full tids kontinuerlig tjeneste i privat spesialistpraksis anbefales også at tjenesten kan fordeles over et helt år med 50% tjeneste på sykehusavdelingen og 50% tjeneste i privat praksis. Utvalget var ikke innstilt på å godkjenne kortere tjeneste i privat praksis enn 6 måneder. Det er viktig å få til gode avtaler og at sykehuset, som har det egentlige ansvaret for legens spesialistutdanning, stiller med veileder.

Som en prøveordning anbefalte utvalget å velge ut 2-3 spesialiteter blant aktuelle fagområder for tilrettelegging med henblikk på spesialistutdanning i privat spesialistpraksis.

Økonomien i en slik ordning kan ta tid å få på plass, men utvalget anbefalte at Legeforeningen igangsetter arbeidet med et generelt avtaleverk overfor impliserte parter.

Spesialitetsrådet vedtok at saken legges frem for sentralstyret med de anbefalinger utvalget har gitt.

Mellgren-utvalgets innstilling ble lagt frem for sentralstyret i møte 16. mars 2004. Sentralstyret fattet slikt vedtak:

Sentralstyret slutter seg til de vurderinger som er gjort i utredningen om forutsetninger for tjeneste i spesialistpraksis tellende som del av spesialiseringen. Saken oversendes Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling for å få tilslutning til prinsippene. Nasjonalt råd bes avklare de prinsipielle forutsetninger med Helsedepartementet. Når det foreligger en avklaring av de faglige og utdanningsmessige sider ved saken, er

det aktuelt å ta opp forskriftsendring med Departementet og avtaleforhandlinger med de regionale helseforetak.

Saken har vært behandlet i NR som har støttet forslaget. Saken er i Helse- og omsorgsdepartementet.

- **Kurskravet til spesialiteten nukleærmedisin – alternativ kursform, evt. kurs i utlandet (sak 5/1/04)**

Lederen i spesialitetskomiteen i nukleærmedisin, Trond Velde Bogsrud, var invitert til møtet for å informere spesialitetsrådet om komiteens forslag til alternative former for kursutdanningen i spesialiteten nukleærmedisin.

Nukleærmedisin er en liten spesialitet. Totalt er det 61 spesialister i nukleærmedisin og ca 45 er yrkesaktive. Det er 10 leger under spesialisering til en hver tid. Bogsrud ga uttrykk for at det er for få kandidater til å arrangere større faglige kurs, og komiteen hadde derfor foreslått å etablere fleksible minikurs som tellende kurstimer til spesialiteten nukleærmedisin. Som et alternativ til vanlige kurs som ledd i spesialistutdanningen i nukleærmedisin, arbeides det med som en forsøksordning, å organisere slike fleksible minikurs over 1-2 dager for små gruppe på 1-5 deltakere. Kursene planlegges laget som interaktive kurs med skjermarbeide og øvelser kombinert med teoretiske gjennomganger. Bogsrud var av den oppfatning at kursvirksomhet for små grupper gir bedre mulighet til interaksjon og fleksibel tilpasning til kursgruppens behov. Man tenker seg at serien av minikurs bør dekke det meste av det nukleærmedisinske fagområdet Hvis ordningen blir vellykket, kan kursene senere gjøres obligatoriske. Det foreslås obligatoriske kursprøver. Rikshospitalet, Det norske radiumhospital, Akershus universitetssykehus og Ullevål universitetssykehus var foreslått som ansvarlig for bestemte temaer. På denne måten blir det lave kostnader. Det skal være strukturerte kurs i tillegg til hospitering på avdelingene.

Spesialitetskomiteen hadde foreslått å godkjenne "Huddinge-kurset" på Alcudia, Mallorca, som tellende grunnkurs i faget. Spesialitetsrådet så betenkeligheter ved å godkjenne et grunnkurs som arrangeres for eksempel i Alcudia, slik "Huddinge-kurset" ble arrangert i 2003. Dette er et svensk kurs i nukleærmedisin, og hadde det vært arrangert i Sverige, ville det vært greit å godkjenne for norsk spesialistutdanning. Når det uten faglig grunn arrangeres i utlandet, er det fare for uheldig utglidning.

Spesialitetsrådet fant det positivt med fleksible minikurs som tellende kurstimer til spesialiteten nukleærmedisin. Når det gjaldt grunnkurset til spesialiteten, så rådet det som mest tilfredsstillende at dette arrangeres i Norge, for eksempel hvert 3. år. Eventuelt bør spesialitetskomiteen sammen med seksjon for medisinsk pedagogikk i Legeforeningen utarbeide et grunnkurs i nukleærmedisin som nettkurs.

- **Krav til obligatoriske kurs i spesialistutdanningen gjennomført i utlandet (sak 6/1/04)**

Sentralstyret hadde tilskrevet spesialitetsrådet med ønske om prinsipiell vurdering av å kreve deler av norsk spesialistutdanning gjennomført i andre land. Hvor det eventuelt definerer kriteriene for når en spesialitet måtte ha behov for å kreve kursutdanning gjennomført i utlandet.

Bakgrunnen for sentralstyrets henvendelse var forslaget om endret kurskrav for spesialiteten barnekirurgi, herunder krav om to kurs arrangert av British Council i England. Sentralstyret var også kjent med forslag om å kreve kurs i utlandet som del av spesialistutdanningen i nukleærmedisin.

Sentralstyret ønsket prinsipielle vurderinger av dette før man eventuelt går til det skritt å kreve obligatorisk kursutdanning i noen spesialitet gjennomført i utlandet, idet dette ville gi presedens.

Spesialitetsrådet var av den prinsipielle oppfatning at all utdanning som kreves for en norsk spesialistutdanning må kunne gjennomføres i Norge. Når det er opprettet en medisinsk spesialitet, må det være en klar målsetting å bygge opp slik kompetanse i Norge, og at også den teoretiske utdanningen kan tilbys legene under spesialisering i Norge. Hvis spesialiteter er så små, fagsentrene så få og små at det er vanskelig å tilby en tilfredsstillende kursutdanning for lege under spesialisering, må det vurderes om det er tjenlig at dette er en formell spesialitet. Etter rådets oppfatning er det dessuten i seg selv kompetanseoppbyggende at fagmiljøene har ansvaret for å arrangere kursene i spesialistutdanningen. Dette er derfor en viktig del av å holde faget oppdatert og å være i utvikling. Det er mange positive synergieffekter ved å arrangere kurs. Spesielt de obligatoriske kursene i spesialistutdanningen må være nasjonale og arrangert i Norge. Hittil har unntakene til denne målsettingen vært at noen små spesialiteter / grenspesialiteter er innført en ordning med felles nordiske kurs. Om nødvendig er dette et eventuelt unntak fra hovedregelen som er akseptabel, forutsatt at kursene arrangeres i ett av de nordiske land, gjerne på omgang. Selv med slike unntak mener spesialitetsrådet at det må være noen form for nasjonal kursutdanning slik at ikke alle kursene kan gjennomføres i utlandet.

Hvis det er problemer med å arrangere tradisjonelle kurs i alle deler av faget i Norge, bør alternativer vurderes. Et eksempel er de småkursene som nukleærmedisin planlegger etter viss fordeling på de godkjente utdanningsinstitusjonene. En annen mulighet er å etablere obligatoriske grunnkurs som nettkurs.

- **Samarbeidsavtaler i spesialistutdanningen (sak 7/1/04)**

Spesialitetsrådet behandlet i møtet 16.september og 4.desember.2003, samt 19. januar 2004 samarbeidsavtaler i spesialistutdanningen. Sentralstyret hadde tidligere vedtatt prinsipper for samarbeidsordninger i spesialistutdanningen mellom godkjente utdanningsavdelinger. Sekretariatet hadde fremlagt et utkast til prinsipper for samarbeidsordninger der det inngikk forslag til retningslinjer for samarbeid mellom utdanningsavdelinger og institusjoner som ikke var godkjent som utdanningsavdelinger.

Det ble bedt om at elementer fra prinsipper for rotasjonsordninger utarbeidet av Ylf samt relevante forhold fra NAVO-Helse ble inkludert i prinsippene for samarbeidsordninger i spesialistutdanningen.

Spesialitetsrådet anså at overnevnte prinsipper og regelverk var ivaretatt i sekretariatets forslag til revisjon, og sluttet seg til det reviderte utkastet. Saken oversendes til sentralstyret.

- **Samarbeidsavtale mellom Det norske radiumhospital (Dnr) HF og Laboratorium for patologi AS om spesialistutdanningen i patologi (sak 5/4/04)**

For å imøtekomme krav om rasjonalisering og effektivisering hadde fagområdet patologi DNR HF inngått et samarbeid med Laboratorium for patologi AS, der servingshydrologiske prøver fra screening og enklere biopcier fra allmennpraktiserende leger var overført. Fagområdet patologi DNR HF skal ha tilgang til biobankmateriale i forskning og utvikling og overta tyngre diagnostikk der det er nødvendig. Laboratorium for patologi AS har behov for diagnostiske tjenester innen cytologi og kjøper disse av DNR HF. Laboratorium for patologi AS kan tilby et variert materiale i undervisningssammenheng. Det er planlagt et samarbeid mellom Laboratorium for patologi AS og DNR HF. De vil hele tiden være ansatt ved DNR HF som har arbeidsgiveransvaret. Det juridiske ansvaret for diagnostikk utført med materiale fra Laboratorium for patologi AS er dekket av ansvarsforsikring ved laboratoriet. Det var planlagt evaluering av samarbeidsavtalen etter at 3 leger under spesialisering hadde gjennomført sin servingshydrologiske i.h.t. samarbeidsavtalen.

Avdeling for patologi AS er ikke godkjent utdanningsinstitusjon, men innehar et verdifullt utdanningspotensiale. Spesialistutdanning er en lovpålagt oppgave helseforetakene. Dersom helseforetaket velger å sette ut noe av sin virksomhet må det sørge for å ivareta spesialistutdanningen. Så lenge det brukes offentlige midler må det også stilles krav til utdanningen fra helseforetaket. Dvs. at Laboratorium for patologi AS må stilles krav til i tråd med kravene til godkjente utdanningsinstitusjoner. Ellers kan det bety en utarming av faglig kvalitet og konkurransevridning, samt at man bidrar til at helseforetakene ikke sørger for en tilstrekkelig god spesialistutdanning. Mot dette synet ble det vist til at prinsippet om bruk av ikke godkjente utdanningsinstitusjoner var det samme som for privatpraksis, der det er åpnet for godkjenning for inntil 6 måneders gruppe II tjeneste. Laboratorium for patologi AS gir et fundamentalt viktig tilskudd i utdanningen som en må se positivt på. Hvis Laboratorium for patologi AS er en verdifull tjeneste må den kunne godkjennes for som egen utdanningsinstitusjon. Hvis ikke er den ikke tilstrekkelig. En semingodkjenning er ikke tilstrekkelig. Vanskelig å tilfredsstillere kravene til Nasjonal standard dersom den ikke godkjennes som utdanningsinstitusjon. Det ble også vist til øyelegesenteret i Namsos som har satt ut en del av virksomheten til private øyelegesenter. Dersom Laboratorium for patologi AS er spesielt er det et argument for at spesialistutdanningen må suppleres annet sted.

Samarbeid som sådan er akseptert i helseforetakene. Ved å godkjenne samarbeidsavtaler mellom godkjent og ikke godkjent utdanningsinstitusjon blir en ikke godkjent således "godkjent". En vil beholde den formelle veiledningen, internundervisningen m.v. ved moderavdelingen. Vi vil ikke få forståelse fra

foretakene og fra Nasjonalt råd/Sosial- og helsedepartementet/Helse-departementet dersom vi sier nei til denne søknaden.

Spesialitetsrådet skal vurdere prinsipielle sider av spesialistutdanningen, prinsipielt eller pragmatisk standpunkt som overordnet organ, må Spesialitetsrådet tenke prinsipielt. Man skal tjene saken på et overordnet nasjonalt plan.

Spesialitetsrådets oppgave er det prinsipielle, men også sikre at de forslag som kommer fra institusjonene ivaretar god kvalitet for spesialistutdanningen. Et flertall i Spesialitetsrådet (6 stemmer for 4 stemmer mot) sluttet seg til å godkjenne en samarbeidsavtale mellom fagområdet patologi DNR HF og Laboratorium for patologi AS, for inntil 3 leger under spesialisering og for inntil tre år. Det må gjennomføres en evaluering etter disse tre årene. Spesialitetsrådets betenkeligheter m.h.t. krav til utdanningsinstitusjoner og foretakenes ansvar som spesialistutdanningen skal følges opp.

- **Tellende verdi av tjeneste i undervisningsstillinger i relasjon til spesialistreglene sak 8/1/04)**

I hht de ”gamle” spesialistregler som gjelder frem til 31.12.2004 er det anledning til å få godkjent tjeneste som universitetslektor, som klinisk stipendiat og tjeneste i andre tilsvarende undervisningsstillinger, tellende med halv verdi for inntil 1 års hovedutdanning, som gruppe II-tjeneste i spesialistutdanningen i hovedspesialiteter hvor slike stillinger finnes. Slik tjeneste teller også fullt ut som sideutdanning tilsvarende tjeneste ved medisinsk teoretisk institusjon.

I de nye omredigerte spesialistregler, vedtatt av Sosial- og helsedepartementet 21. juni 2000, er det ikke noe som heter *medisinsk teoretisk institusjon*. Imidlertid er det i de omredigerte spesialistregler, som er et absolutt krav ved søknad om spesialistgodkjenning etter 1.1.2005, anledning til å erstatte inntil 1 år med forskningstjeneste.

Dette innebærer at det etter nye spesialistregler ikke blir noen automatikk i at delen av tjeneste som lektor m.v., ut over undervisningen, nødvendigvis ikke automatisk kan telle som ledd i spesialistreglene, med mindre legen driver forskning og derved kan oppfylle kravene i merknaden som definerer forskningstjeneste. Sekretariatet hadde fått opplyst fra Universitetet i Oslo at lektoratstillingen gir mulighet til 10% av tiden til faglig oppdatering, den øvrige tid er undervisning. Kliniske stipendiater har ikke kliniske oppgaver (noen har det ved siden av) og bruker ofte 50% av arbeidstiden til undervisning.

Det er altså *undervisningsdelen* som man får uttelling for med halv verdi for inntil 1 års spesialistutdanning som gruppe II-tjeneste. Den øvrige del av tjenesten som man etter gamle spesialistregler automatisk har fått tellende som *medisinsk teoretisk institusjon*, vil man etter nye regler bare få godkjent hvis legen har gjort forskningsarbeid og kan dokumentere dette i tråd med kravene til forskningstjeneste i spesialistutdanningen.

I tråd med sekretariatets forslag, vedtok spesialitetsrådet å anbefale overfor

sentralstyret at bestemmelsen om ”Tellende verdi av tjeneste i undervisningsstillinger i relasjon til de *omredigerte spesialistregler*” endres og får slik ordlyd:

Tjeneste som universitetslektor, amanuensis, klinisk stipendiat og i andre tilsvarende stillinger, teller med halv verdi som gruppe II-tjeneste for inntil 1 års klinisk tjeneste i spesialfaget.

- **Forslag om opprettelse av et råd for grunnutdanningen**
Turnusrådets funksjon (sak 10/1/04)

Sentralstyret hadde bedt om bl.a. spesialitetsrådets synspunkter på organisering av de organer i Legeforeningen som arbeider med forskjellige deler av legers utdanning. Utgangspunktet var både at Medisinstudentforeningen under behandlingen av organisasjonssaken i landsstyret, hadde fremmet forslag om at sentralstyret skal vurdere opprettelsen av et råd for grunnutdanningen, og at Ylf hadde fremmet forslag om endring av sammensetning og arbeidsform for turnusrådet.

Av forskjellige alternativer hadde sentralstyret bedt om synspunkter på et forslag om at nåværende turnusråd tar ansvaret for både medisinstudiet og turnustjenesten, i tillegg til at man har spesialitetsrådet med ansvaret for spesialistutdanning og etterutdanning.

I debatten fremkom det synspunkter om at det syntes uhensiktsmessig med ansvar for grunnutdanning i samme råd som ansvar for turnustjenesten. Det ble også signalisert at Ylf ikke hadde interesse av å arbeide med grunnutdanningen, og måtte derfor vurdere sitt engasjement i turnusrådet hvis dette ble en ny struktur. Det ble også nevnt at de medisinske fakulteter kunne bli provosert av at Legeforeningen opprettet et råd for grunnutdanning eller et råd som også skulle arbeide med grunnutdanningen. Det ble derfor uttrykt at Legeforeningen heller burde fokusere på et økt samarbeid med fakultetene om grunnutdanningen og ha mer kontakt i utviklingen av grunnutdanningen. Det ble gitt uttrykk for å prioritere turnustjenesten i legeforeningen.

Det var ikke stemning i spesialitetsrådet for å anbefale at Legeforeningen i særlig større grad engasjerer seg i medisinstudiet utover det ansvar Medisinstudentforeningen burde føle for dette, og den kontakt det er naturlig for Legeforeningen ellers å ha med fakultetene i utviklingen av studiet. For øvrig konkluderte rådet med at Legeforeningen burde konsentrere seg om arbeidet med utvikling av turnustjenesten, samt fortsette arbeidet med spesialistutdanningen og etterutdanningen.

- **Utdanning av spesialister som følge av funksjonsfordeling i Sykehuset Innlandet HF (sak 3/2/04)**

To tillitsvalgte, Magne Dimmen og Thomas Moger ved Sykehuset Innlandet hadde tilskrevet spesialitetsrådet med informasjon om funksjonsfordeling innen de kirurgiske fag og i nevrologi ved Sykehuset Innlandet med iverksetting fra 19. april 2004. Det fremgikk at kirurgien var stykket opp og fordelt på forskjellige sykehus. Det var ikke avklart hvordan spesialistutdanningen skal videreføres i den nye organiseringen.

Sekretariatet hadde oversendt saken også til de aktuelle spesialitetskomiteene. Spesialitetsrådet ønsket saken til ny behandling i neste møte med komiteenes vurderinger.

Det kan synes som om konsekvensene for spesialistutdanningen er trukket for sent inn i prosessen, og spesialitetsrådet ønsket kommentarer fra fagdirektøren i de regionale helseforetak på hvilket fokus det har vært på konsekvenser for spesialistutdanning og etterutdanning i funksjonsfordelingen og andre organisatoriske endringer.

Rådet ønsket at fagdirektør Einar Hannisdal ble bedt om å se på denne problemstillingen i det innlegg han skal ha på seminaret 4. mai.

- **Utdanning av patologer og rettsmedisinere (sak 12/2/04)**

Spesialitetsrådet hadde invitert representanter fra fagmiljøet til møtet. Fagmiljøet var representert ved Christian Lycke Ellingsen (leder av spesialitetskomiteen i patologi), Torleiv Ole Rognum (Rettsmedisinsk institutt), Sidsel Rogde (Rettsmedisinsk institutt), Tor Jacob Eide (Den norske patologforening).

Spesialitetsrådet og representantene fra fagmiljøet drøftet både spesialistreglenes krav om 25 rettsmedisinske obduksjoner, og rettsmedisinens plass som et medisinsk fagområde.

Spesialistreglenes krav til 25 rettslige obduksjoner

Alle leger under spesialisering må dokumentere å ha utført minst 25 rettsmedisinske obduksjoner under supervisjon. Dette inngår i kravet om å ha utført minst 250 obduksjoner totalt. For leger som har hatt sitt arbeidssted i institusjoner der en har utført rettsmedisinske obduksjoner, har det vært ukomplisert å skaffe seg disse. Forholdene har vært vanskeligere ved enkelte avdelinger der det ikke utføres rettsmedisinske undersøkelser, noe som gjelder de fleste av patologiavdelingene på Østlandet. Her har en vært avhengig av en hospiteringsordning ved Rettsmedisinsk institutt. (RI). Dette har ført til et større press på RI som utdanningsinstitusjon uten at kapasiteten til å ta imot leger utenfra har økt tilsvarende. Økningen av antall leger under spesialisering 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 tjeneste. Spesialitetskomiteen i patologi hadde behov for en snarlig avklaring om det også i fremtiden ble forventet at basal rettsmedisinsk skoling skulle være en del av spesialistutdanningen i patologi.

På bakgrunn av Forskrift om den rettsmedisinske kommisjonen fra 14. mars 2003, er dagens situasjon at oppdragsgiver (retten/påtalemyndigheten/politiet) fritt kan velge sakkyndig uavhengig av formelle kvalifikasjoner. Denne endringen er i henhold til tilrådingene i NOU 2001:12 *Rettsmedisinsk kyndighet i straffesaker*. Her tilrådes det også en utvidet og mer formalisert sakkyndig utdanning og sertifisering administrert av den rettsmedisinske kommisjonen, dvs at man ser en frikobling slik at spesialister i patologi ikke lenger automatisk skal være godkjente sakkyndige i rettsmedisin.

Alle patologer må ha en viss forståelse for rettsmedisin, en viss grunnleggende utdanning. Spørsmålet er derfor om denne forståelsen kun skal være en teoretisk

forståelse, eller om det også skal innebære en praktisk utførelse. Spesialitetskomiteen i patologi vil vurdere kravet til utdanning i rettsmedisin som del av spesialistutdanningen i patologi.

Rettsmedisin som et medisinsk fagområde

Professor Rognum orienterte om rekruttering og utdanning av rettsmedisinere i Norge. Rettsmedisinere rekrutteres ofte fra 1. amanuensis stillinger ved universitetene. Det kreves doktorgrad, utover dette er det ingen formelle krav. Forankringen er stillinger ved universitetene. Det er rettsvesenet som ber om tjenester, men rettsvesenet tar ikke ansvar for stillinger, økonomi eller utdanning.

NOU 2001:12 *Rettsmedisinsk kyndighet i straffesaker*, kan finnes på nettadressen: <http://www.odin.dep.no/jd/norsk/publ/utredninger/NOU/012001-220012/>.

Ny behandling i spesialitetsrådets møte 3. mai 2004 (sak 7/3/04)

Utdanning av patologer og rettsmedisinere. Problemstillingen var knyttet til to forhold: Spesialistreglens krav til 25 rettslige obduksjoner og rettsmedisin som et medisinsk fagområde. Spesialitetsrådet ønsket saken om rettsmedisin behandlet på ny.

Norsk rettsmedisinsk forening (NRF) utgav i 1997 en innstilling om organisering av rettsmedisinsk service i Norge, krav til kompetanse for rettsmedisinere og behovet for egen spesialitet i rettsmedisin. I innstillingen fremkom det at ansvaret for kompetanseoppbygging, utvikling og utøvelse av rettsmedisinske tjenester burde legges til et sentralt administrativt organ, gjerne underlagt Helsedepartementet. Det var anbefalt at Norge burde få en egen spesialitet i rettsmedisin og det ble anbefalt en egen 5-årig utdanning. Behovet for faste stillinger og utdanningsstillinger ville være avhengig av volumet som ble rekvirert.

NOU 2001:12 "Rettsmedisinsk sakkyndighet i straffesaker" gikk inn for at det ble opprettet en medisinsk spesialitet i rettsmedisin/rettspatologi da det ble ansett som et faglig krevende spesialområde av stor betydning for rettssikkerheten. Det var ønskelig at de som i dag fungerte som rettsmedisinere, fikk en formell kvalifisering på linje med utenlandske kollegaer. Det ville både være av betydning ved utenlandske oppdrag og naturlig, da utenlandske spesialister i rettsmedisin fra EØS-land ville kunne arbeide for norske domstoler.

Som en foreløpig konklusjon anså ikke Legeforeningen den gang det som hensiktsmessig at rettsmedisin ble opprettet som egen spesialitet. En burde i stedet søke alternative veier for å styrke fagområdet og den enkeltes kompetanse.

Spesialitetsrådet drøftet problemstillingen rundt krav til kvalifikasjoner til den sakkyndige og ansvaret for at tjenestene var tilgjengelige og hadde tilstrekkelig kvalitet. I dag stilles det ingen klare krav til kvalifikasjoner til den sakkyndige. Det er heller ingen sentral myndighet som har det samlede ansvaret for at tjenesten er tilgjengelig og har tilstrekkelig kvalitet. Spesialitetsrådet så det som viktig å få ut kunnskap til fagmiljøet om hva rettsmedisin er rent generelt og hvilken opplæring i rollen som sakkyndig rettsmedisineren skal ha. Rådet så det ikke som hensiktsmessig å opprette rettsmedisin som egen spesialitet. Det måtte være faget selv som definerte kvalitetskriterier og når den enkelte lege var kompetent til å gjøre selvstendige rettsmedisinske obduksjoner.

Spesialitetsrådet anbefalte at saken ble oversendt patologimiljøet for drøfting av kvalitetskriteriene.

Fagmiljøet for patologi hadde også bedt om aksept for å få plassert ansvaret for tilstrekkelige tjenester og kvaliteten på denne. Spesialitetsrådet så det slik at ansvaret for utdanningen av rettsmedisinere måtte ligge hos de patologiske anatomiske avdelinger som utførte rettslige obduksjoner. Det var imidlertid politiet og rettsvesenet som var rekvirentene og borbrukerne av den rettsmedisinske kompetanse. Således burde Justis- og politidepartementet ta et ansvar både for finansiering av og kontroll med utdanningen av rettsmedisinere.

- **Informasjon om rusmedisin (sak 17/2/04)**

Guri Spilhaug fra Rusmiddelpolitisk utvalg i Legeforeningen orienterte. Rusmedisin er ingen spesialitet. Flere aktuelle spesialiteter må derfor ta hånd om pasientene. Det må bygges opp kompetanse i behandling av rusmisbrukere. Rusmiddelpolitisk utvalg arbeider med kompetanseheving overfor allmennmedisin, psykiatri og andre relevante spesialiteter. Det er ønske om å komme inn i legenes grunnutdanning, turnustjeneste og kursutdanningen med informasjon om rusmedisin som legemiddelassistert rehabilitering og tverrfaglig rusbehandling etter behandling i sykehus. Rusmiddelpolitisk utvalg var derfor opptatt av å få vite hva de aktuelle spesialitetene trenger av kunnskap i dette arbeidet.

Rusmedisin er forankret i spesialisthelsetjenesten og er lagt under helseforetakene. Det var Rusmiddelpolitisk utvalg som må synliggjøre hvilke spesialiteter som er de mest aktuelle. Spesialitetsrådet så det slik at Rusmiddelpolitisk utvalg måtte engasjere de spesialiteter som allerede var inkludert. Utvalget måtte også engasjere de medisinskfaglige miljøer som ikke brydde seg med problematikken, men som burde gjøre det. Det var behov for en rolleavklaring, hvilken spesialitet skal ha hvilket ansvar, hvilken kompetanse kreves for rusmedisinsk behandling. Medisinskfaglige rusmiddelmiljø må gå ut og synliggjøre sitt synspunkt.

Spesialitetsrådet foreslo at Rusmiddelpolitisk utvalg kunne avholde et seminar der det inviterte aktuelle spesialforeninger og spesialitetskomiteer. Der kunne også aktørene gi tilbakemelding om sine behov.

Det kan også være aktuelt med innlegg fra Rusmiddelpolitisk utvalg på spesialforeningers årsmøter m.v.

- **Utredning fra Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling om spesialitetsstrukturen i indremedisin og kirurgi (sak 4/4/04).**

Det var nedsatt to arbeidsutvalg som skulle avgi forslag til uttalelse vedrørende indremedisin og kirurgi. Det var bedt om kommentarer til følgende konkrete forslag:

1. Forkorting av spesialistutdanningen i de indremedisinske og kirurgiske spesialitetene fra 7 til 6 ½ år.

2. Omgjøring av geriatri fra indremedisinsk grenspesialitet til hovedspesialitet med 6 års utdanningstid. Minst 1 ½ år indremedisin og 1 ½ år geriatri. 3 år i andre relevante spesialiteter.
3. Generell indremedisin som egen grenspesialitet. dette må oppfattes som et forslag om å omgjøre alle indremedisinske grenspesialiteter til hovedspesialiteter, hvorav en er spesialitet i generell indremedisin med 6 ½ års utdanningstid.
4. Godkjenning av 6 måneders obligatorisk tjeneste i sykehjem tellende for spesialistutdanningen i indremedisin og geriatri, samt 6 måneders valgfri tjeneste i alle øvrige spesialiteter.
5. Opprettelse av ny grenspesialitet i mamma- og endokrin kirurgi under generell kirurgi.

Anne Mørch Larsen og Jørgen J. Jørgensen redegjorde for høringsuttalelsene fra h.h.v. spesialitetsstrukturen i indremedisin og spesialitetsstrukturen i generell kirurgi.

Spesialitetsrådet uttalte at det er signaler som ønsker at utdanningstiden må reduseres slik at antall nyutdannende spesialister kan økes pr. år, og at disse får flere yrkesaktive år som spesialisiter enn tilfellet er i dag. Leger i spesialisering er en viktig arbeidskraft og har ofte stor faglig kompetanse, ikke sjelden på høyde med ferdig utdannede spesialister.

Dersom utdanningstiden skal reduseres til 6 ½ år må bl.a. følgende kriterier først bli oppfylt samt plassering av ansvaret:

- Øvelse i treningssentre, modeller, roboter, kadaver m.m. Dette må etableres og bli en del av den obligatoriske utdanningen. opprettelse av slike tilbud vil generere kostnader.
- Leger under utdanning må kunne prioritere utdanningen i.h.t. prosedyrekrav og målbeskrivelse. Dette vil kunne medføre ”produksjonstap” for sykehuseier i form av mindre poliklinikk, mindre dagkirurgi etc. for at legen under spesialisering skal kunne prioritere andre oppgaver/funksjoner for å få oppfylt prosedyrelistene. Eier har et spesielt ansvar i den forbindelse. Spesialitetsrådet er således uenig i utredningens formulering på side 75 (kap. 15), ”Forslag 1 om å forkorte den samlede utdanningstiden innenfor indremedisin og kirurgi er en effektivisering som kan gi noe innsparing”, i alle fall når det gjelder den økonomiske delen.
- I henhold til ovennevnte punkt kan redusert utdanningstid få konsekvenser for foretakets økonomi. diskusjonen om finansiering av spesialistutdanningen har pågått i lengre tid uten at det foreligger noen form for konklusjon og ansvars plassering.

Da de nevnte punkter på langt nær er realisert mener Spesialitetsrådet at tiden ikke er inne til å anbefale reduksjon i utdanningstiden fra 7 til 6 ½ år.

Spesialitetsrådet stilte seg negativ til omgjøring av geriatri fra indremedisinsk grenspesialitet til hovedspesialitet. Opprettelse av egen hovedspesialitet i geriatri kan bidra til en ansvarsfraskrivelse for eldre pasienter. Dette tjener verken geriatri eller indremedisin. Opprettelse av hovedspesialitet vil heller ikke gi en økt rekruttering til geriatri. 1 ½ års tjeneste i geriatri som slik det er planlagt, vil neppe heller være

fullverdig for en spesialitet som skal ha spesialkompetanse på eldre mennesker med flere sykdommer. Det er lite som taler for at det faglige innholdet i en slik spesialitet vil virke rekrutterende. Det å styrke geriatri og således bedre ivareta eldre pasienter og pasienter med sammensatte lidelser ligger ikke i endringer av spesialitetsstruktur eller spesialistregler. Løsningen må finnes i organiseringen av helsetjenestene og struktureringen av sykehusene. Geriatrien må synliggjøres ved at sykehusene oppretter avdelinger eller seksjoner. Når geriatri som spesialitet, ikke har utviklet seg raskere må sykehusene og sykehuseierne ta stor del av skylden for dette. Det har i liten grad vært opprettet egne seksjoner eller avdelinger og derved har en heller ikke kunnet tilby utdanningsstillinger. Sykehjemmene bør få en faglig forankring til geriatri miljøet i sykehus. Geriatri sykehusmiljøer må opprette og utvide den ambulerende tjenesten, slik at geriatrikompetanse i kommunehelsetjenesten også styrkes.

Forslaget om generell indremedisin som egen grensespesialitet anses ikke tjenlig, da denne utdanningen ligger innenfor dagens hovedspesialitet i indremedisin. Som for leiriatri må løsningen finnes i organisering av helsetjenestene og struktureringen av sykehusene. Det er behov for å gjenopprette og øke sengetallet på de indremedisinske avdelinger. Det må etableres avdelinger eller seksjoner for generell indremedisin. Generalistfunksjonen må synliggjøres i sykehusene i skole- og arbeidsfasiliteter og anseelse. Bredt utdannende, gode diagnostikere er viktig i norske sykehus. Det er minst like verdifullt å ha en bred basis for sin legevirkosomhet, være generelt orientert og å kunne trekke inn flest mulige faktorer og bredest mulig kunnskap ved diagnostisering og behandling, som å ha spisskompetanse innenfor et snevert område. Dette må synliggjøres i sykehusene ved vektlegging av generell indremedisinsk avdeling. Det er heller ingen klar motsetning mellom en bred orientering og spisskompetanse på et spesielt område, dersom arbeidet organiseres slik at leger ser både generelle og ”spesialiserte” pasienter.

Spesialitetsrådet er positiv til forslaget om at tjeneste ved sykehjem kan telle som del av spesialistutdanningen for inntil 6 måneder, men under visse forutsetninger. Det må stilles de samme krav til faglighet, supervisjon, veiledning, internundervisning m.v. som for sykehusavdelinger. I dag vil det derfor være få om noen, sykehjem som er bemannet og organisert på en slik måte at legetjenesten der vil kunne telle som del av spesialistutdanningen. Det bør imidlertid være en målsetting å få rustet opp legetjenesten ved sykehjemmene slik at tjenesten kan telle som del av spesialistutdanningen. Sykehjemstjenesten er i dag på et urovekkende lavt nivå medisinsk sett, jfr. legeforeningens utredning ”Når du blir gammel og ingen vil ha deg”.

Kriterier for å opprette ny spesialitet er bl.a. økt etterspørsel, fagutvikling, likeverdige helsetilbud, rekruttering, kvalitetssikring og organisering. Spesialitetsrådet viste til at mamma kirurgi drives i dag ved en rekke foretak av forskjellige spesialister, til en viss grad tilfeldig ut fra spesialistens interesse for denne pasientgruppen. Tilsvarende gjelder også for endokrinkirurgi, men i mindre omfang. Sistnevnte operasjoner utføres i dag både av kirurger og ØNH spesialister. Det er vanlig at disse pasientene er plassert på kirurgiske sengeposter sammen med andre pasientkategorier.

Av ovennevnte grunner støtter Spesialitetsrådet forslaget om å opprette grensespesialiteten mamma-endokrin kirurgi.

En konsekvens av dette vil bli sentralisering av aktiviteten, opprettelse av egne seksjoner/avdelinger, behov for strukturert og organisert utdanning samt rekruttering av leger til faget. Opprettelsen av denne grenspesialiteten vil således få økonomiske konsekvenser.

- **Krav til utdanningsinstitusjoner i spesialistutdanningen av leger – Mellgren-utvalg 1 (sak 4/5/04)**

Mellgren-utvalgets innstilling om krav til utdanningsinstitusjon er i spesialistutdanningen av leger hadde vært på høring til samtlige spesialitetskomiteer. Idet det forelå forholdsvis få høringsuttalelser til spesialitetsrådets møte i juni d.å., ønsket spesialitetsrådet saken utsatt til 23. september s.å. Det forelå nå høringsuttalelser fra 18 spesialitetskomiteer.

Kommentarene fra spesialitetskomiteene gjaldt særlig kravet til en fast tilsatt spesialist, krav til dr. grad kompetanse eller tilsvarende og fordypningsstillinger. Det ble påpekt at med kun en fast spesialist på avdelingen ville spesialistutdanningen bli sårbar når denne hadde lengre fravær. Det ble også uttrykt en bekymring i forhold til kravet til dr. grad/dr. gradskompetanse som kunne bety at flere gruppe I-avdelinger kunne miste sin gruppe I-status. Det var også ønsket en skjerping av innstillingens krav til å etablere fordypningsstillinger.

Spesialitetsrådet drøftet kravet til antall overleger i fulltidsstilling og avdelingenes sårbarhet i relasjon til spesialistutdanningen. Spesialitetsrådet var delt i forhold til kravet til en, eventuelt to fast tilsatte overleger i fulltidsstilling. Ved avstemning gikk åtte av de ti spesialitetsrådsmedlemmene som var til stede på møtet, inn for krav til minimum en fast tilsatt overlege. Det ble forutsatt at det ble lagt til rette for spesialistutdanningen ved fravær av overlegen.

Med noen mindre justeringen sluttet spesialitetsrådet seg til Mellgren-utvalgets innstilling.

- **Krav til gruppe I-tjeneste. Forslag om krav til tjeneste bare i én grenspesialitet i generell kirurgi og indremedisin – Mellgren-utvalg 2 (sak 7/4/04)**

I forbindelse med Mellgren-utvalgets utredning om ”krav til godkjente utdanningsinstitusjoner i spesialistutdanningen av leger” mai 2004, ble det i utvalget drøftet krav til gruppe I-tjeneste i generell kirurgi og indremedisin. Spesialitetsrådet vedtok å ta av utredningen og å nedsette et nytt arbeidsutvalg til å vurdere dette som egen sak. Mellgren-utvalget (Mellgren, Bakke, A. Larsen, A.M. Larsen) sa seg villig til å gjennomføre dette arbeidet. I.h.t. nåværende bestemmelser må man ha 18 måneders gruppe I-tjeneste både indremedisin og en eventuell grenspesialitet. Bestemmelsene er slik at gruppe I-tjenesten i hovedspesialiteten (generell kirurgi eller indremedisin) skal avtjenes ved minst to seksjoner, minimum 6 måneder i den enkelte grenspesialitet. Det kreves deltakelse i generell vaktordning for minst 4 år av utdanningen, og herunder for minimum 1 år av gruppe I-tjenesten. Dette betyr at 12

måneder av gruppe I-tjenesten i grenspesialitet kan kombineres og telle som gruppe I-tjeneste også for hovedspesialiteten. Mellgren-utvalget anbefalte at det innføres en ny bestemmelse om at leger som tar spesialistutdanning i en hovedspesialitet og følger direkte opp med spesialisering i grenspesialitet avkreves kun gruppe I-tjeneste i grenspesialiteten. Utvalget vil kontakte de to hovedspesialitetene med grenspesialiteter ved brev hvor det bes om synspunkter til forslaget. Sekretariatet fremmer forslag til tekst som forelegges utvalgets medlemmer før det sendes spesialitetskomiteene

Ny behandling i møte 23. september 2004 (sak 6/5/04)

I forbindelse med sitt arbeid med innstillingen om krav til utdanningsinstitusjoner i spesialistutdanningen, fant Mellgren-utvalget det nyttig å vurdere kravene til gruppe I-tjeneste i generell kirurgi og indremedisin. Utvalget ønsket vurdert om kravet til gruppe I-tjeneste i generell kirurgi og indremedisin burde endres slik at det bare stilles krav til gruppe I-tjeneste i en grenspesialitet. Intensjonen med forslaget var raskere å kunne gjennomføre spesialistutdanningen i hovedspesialiteten og den påfølgende grenspesialitet ved at 18 måneders gruppe I-tjeneste i hovedspesialiteten kunne gjennomføres i den grenspesialiteten man utdannet seg videre i.

Saken var oversendt spesialitetskomiteen i indremedisin og generell kirurgi, samt spesialitetskomiteene for de indremedisinske og kirurgiske grenspesialitetene til vurdering. Det forelå uttalelser fra samtlige spesialitetskomiteer med unntak av gastroenterologisk kirurgi. Av de innkomne svarene stilte en spesialitetskomite seg indifferent i saken. Seks spesialitetskomiteer stilte seg positive til utvalgets forslag om tjeneste kun i én grenspesialitet for gruppe I-tjenesten. De øvrige syv spesialitetskomiteene, herunder generell kirurgi og indremedisin, stilte seg negative til at hele gruppe I-tjenesten ble gjennomført innenfor en grenspesialitet.

Spesialitetsrådet mente at det ikke var klargjort tilstrekkelig overfor spesialitetskomiteene at utvalgets forslag utgjorde en todeling:

- For leger som under spesialisering tok spesialistutdanning i hovedspesialiteten og innen rimelig nærhet i tid fortsatte med grenspesialisering, var det ikke krav til gruppe I-tjeneste i begge spesialiteter.
- For leger som avslutter spesialistutdanningen etter hovedspesialiteten, ble kravet til gruppe I-tjeneste ved to seksjoner opprettholdt.

I spesialistutdanningen skulle det fortsatt være krav til gruppe I-tjeneste på 18 måneder. For leger under spesialisering som tok spesialistutdanning i en hovedspesialitet og fulgte opp med en spesialisering i en grenspesialitet, var det således foreslått ikke å kreve gruppe I-tjeneste ved to seksjoner. Om det var rimelig nærhet mellom utdanningen i de to spesialiteter, kunne legen velge å ta gruppe I-tjenesten knyttet opp til grenspesialiteten og ikke mot hovedspesialiteten. Rådet så det ikke som problematisk at legen under spesialisering ikke nødvendigvis fikk erfaring innen annen grenspesialitet på gruppe I-nivå, idet prosedyrelistene for hovedspesialitetene ville sikre kvaliteten på spesialistutdanningen.

Rådet mente at enkelte spesialitetskomiteer muligens kunne ha hatt problemer med å tolke sekretariatets utsending i saken korrekt, og ønsket den sendt på ny høring til spesialitetskomiteene der ovennevnte ble presisert.

Ny behandling i møte 8. desember 2004 (sak 5/6/04)

Mellgren-utvalget hadde i sin innstilling "Krav til godkjente utdanningsinstitusjoner i spesialistutdanningen av leger" foreslått at kravet til gruppe I-tjenesten i indremedisin og generell kirurgi endres. Det er foreslått at for lege som søker om spesialistgodkjenning i hovedspesialitet og grenspesialitet samtidig, bør det være krav til gruppe I-tjeneste i hovedspesialiteten bare i grenspesialiteten. Mens for lege som søker om spesialistgodkjenning kun i hovedspesialitet, kreves gruppe I-tjeneste som nå, ved minst to seksjoner innen minst to grenspesialiteter.

Saken var sendt på ny høring til de aktuelle spesialitetskomiteer for å presisere ovennevnte forslag. 10 spesialitetskomiteer støttet forslaget og 5 spesialitetskomiteer, herunder komiteen i indremedisin og komiteen i generell kirurgi, mente det fortsatt bør kreves tjeneste ved to seksjoner/to grenspesialiteter i gruppe I-tjenesten for indremedisin og generell kirurgi.

Spesialitetsrådet så nødvendigheten av å få drøftet intensjon og målsetting med gruppe I-tjenesten i spesialistutdanningen med spesialitetskomiteene i indremedisin og generell kirurgi.

Det ble vedtatt å invitere 2-3 representanter fra de to spesialitetskomiteene til rådets neste møte for å drøfte målet med gruppe I-tjeneste i spesialistutdanningen.

- **Tellende tjeneste til spesialistutdanningen i arbeidsmedisin i bedriftslegestilling mindre enn 50% (sak 7/6/04)**

Spesialitetskomiteen i arbeidsmedisin hadde foreslått at det i spesialistreglene for arbeidsmedisin ble åpnet for å utføre inntil ett av tjenesteårene som bedriftslege i ned til 20 % stilling, eller inntil 2 år av spesialistutdanningen ned til 30 % stilling (dvs henholdsvis ett år tjeneste etter opptil 5 år og 2 års tjeneste opp til knappe 7 år). Legene under spesialisering måtte velge mellom disse to variantene.

Spesialitetsrådet uttrykte bekymring til kvaliteten på innholdet i en 20 % stilling og hvorvidt en skulle forholde seg til tellende verdi av stillinger på mindre enn 50 % i andre spesialiteter? Ett spørsmål var om en tjeneste på 50 % kunne stykkes opp og telle som spesialistutdanning for alle spesialitetene, eller om arbeidsmedisin var så spesiell at det kunne gjøres et unntak for denne spesialiteten.

Spesialitetsrådet vedtok å anbefale godkjenning av tjeneste under 50 % i bedriftslegestilling, men summen av bedriftslegestillingene måtte være til sammen minimum 50 % av fulltids bedriftslegestilling. Tjenesten kan gjennomføres i for eksempel en 20 % stilling og en 30 % stilling som bedriftslege.

Rådet fant ikke å ville anbefale endring av generelle spesialistregler, eller akseptere tilsvarende ordninger i andre spesialiteter.

Rådet viste også til Nasjonalt råds utredning nr. 3: Ny spesialistutdanning i samfunnsmedisin der det er anbefalt overgangsordninger og særordninger i spesialistutdanningen i samfunnsmedisin. Det er bl.a. anbefalt å godkjenne tjeneste i

stillingsstørrelse mindre enn 40 %, mot å forlenge tjenestetiden slik at legen under spesialisering får den nødvendige erfaring. Legen kan likevel ikke hente all sin samfunnsmedisinske erfaring i primær- helsetjenesten fra et slikt tjenestested, så tellende tjenestetid i stilling med stillingsbrøk under 50 %, må begrenses. Utredningen har også anbefalt samarbeid om spesialistutdanningen mellom store og mindre kommuner. Etablering av slike særordninger ville først være aktuelt når de detaljerte spesialistreglene i samfunnsmedisin var klare. Utredningen pekte på at det viktige var at det var enighet om at slike særordninger var nødvendige i samfunnsmedisin.

Saken om tellende tjeneste i mindre enn 50 % stilling i bedriftslegestilling til spesialiteten arbeidsmedisin fremmes for sentralstyret etter høring i Ylf og OF.

- **Rapport om Samfunnsmedisinens muligheter og problemer i Norge – av sept. 2004 Utredning av spesialistutdanningen i samfunnsmedisin – av okt. 2003**

De to utredninger i samfunnsmedisin – Nasjonalt råds utredning av oktober 2003 ”Ny spesialistutdanning i samfunnsmedisin” og Sosial- og helsedirektoratets rapport av september 2004 ”Samfunnsmedisinens muligheter og problemer i Norge” – hadde vært ute til høring i Legeforeningens organer med uttalefrist 15. november 2004.

På bakgrunn av de innkomne uttalelser var det utarbeidet et utkast til brev til Sosial- og helsedirektoratet.

Se Dnlf's uttalelse www.legeforeningen.no/index.gan?id=575268subid=0

- **Kurskravet til spesialiteten nevrologi (sak 9/5/04)**

Spesialitetskomiteen i nevrologi har etablert et nytt kurs i psykiatri og psykosomatikk som er anbefalt som ett av seks kliniske emnekurs i kursutdanningen. Kurset vil således ikke være et obligatorisk kurs, men et valgfritt kurs i spesialiteten.

Spesialitetskomiteen fremmet i 2000/2001 forslag om endring om spesialistreglene av spesialistreglene slik at psykiatri ikke lenger var obligatorisk tjeneste. Komiteen anbefalte imidlertid at det ble innført et nytt obligatorisk kurs i psykiatri med hovedvekt på psykosomatikk.

Landsstyret vedtok i 2001 spesialitetskomiteens forslag til endring av spesialistreglene ved opphør av obligatorisk krav til tjeneste i psykiatri. Endring av kursutdanningen i psykiatri var imidlertid ikke sak for landsstyret og ble derfor heller ikke inkludert i Landsstyrets vedtak i saken. I Legeforeningens brev til Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling (NR) uttalte sekretariatet at Legeforeningen ville komme nærmere tilbake til spørsmålet om innføring av et obligatorisk kurs i psykiatri. NR sluttet seg enstemmig til landsstyrets vedtak og presiserte at Legeforeningen ville komme nærmere tilbake til spørsmålet om innføring av et obligatorisk kurs i psykiatri. Bekreftelser på endring av spesialistreglene ble gitt i brev fra departementet 24. mars 2002, med ikrafttreden fra denne dato.

På bakgrunn av at komiteen nå hadde anbefalt psykiatrikurset som et valgfritt emnekurs og ikke som et obligatorisk kurs, ble saken fremlagt for spesialitetsrådet. Professor Rolf Salvesen, medlem av spesialitetskomiteen i nevrologi, deltok på møtet og orienterte om saken. Spesialitetskomiteen så behov for samspill med andre spesialiteter som f.eks. radiologi, nevrokirurgi og nevrofysiologi fremfor psykiatri. Et kurs i psykiatri fra 2004 har vært drøftet i årsmøtet i nevrologisk forening i 2003 og fått tilslutning. Men komiteen så det som mest hensiktsmessig å arrangere psykiatrikurset som et klinisk emnekurs (valgfritt).

Spesialitetsrådet har et ansvar for at kvaliteten på spesialistutdanningen ble ivaretatt, men forholdt seg til anbefalinger fra den enkelte spesialitetskomite. Likeledes ønsket rådet å få avklart hvorvidt det som følge av landsstyrevedtaket med senere korrespondanse nå var et obligatorisk krav til kursutdanning i psykiatri i spesialistutdanningen i nevrologi. I så fall kunne ikke spesialitetskomiteens forslag aksepteres. Spesialitetsrådet ønsker saken tatt opp på ny på rådsmøtet 8. desember 2004, for å få en avklaring i saken.

Ny behandling i rådets møte 8. desember 2004 (sak 11/6/04)

Det ble vedtatt på landsstyrets møte 2001 å endre spesialistreglene i nevrologi ved å fjerne kravet til ½ års tjeneste i psykiatri. Som erstatning for denne psykiatritjenesten var det foreslått et nytt kurs i psykiatri og psykosomatikk.

Spesialitetskomiteen i nevrologi har etablert et nytt kurs i psykiatri og psykosomatikk og som er anbefalt som ett av seks kliniske emnekurs i kursutdanningen. Kurset vil således ikke være et obligatorisk kurs, men et valgfritt kurs i spesialiteten. Det første kurset ble arrangert oktober 2004. Noen justeringer skal gjøres, men ellers ble kurset godt mottatt. Det var enighet blant dem som deltok på kurset, at det bør være et obligatorisk kurs.

Saken har vært behandlet flere ganger i spesialitetsrådet, og siste gang i rådets møte 23. september 2004. Rolf Salvesen fra spesialitetskomiteen i nevrologi deltok under behandlingen av saken, og han ga uttrykk for at det nevrologiske fagmiljø ønsket at det nyetablerte kurset i psykiatri kun skulle være et valgfritt emnekurs. Komiteen har foreslått å endre kurskravet i nevrologi i tråd med dette.

Det var tvil i spesialitetsrådet om man under behandling av saken i landsstyret forutsatte, for å fjerne ½ år i psykiatri i spesialiteten i nevrologi, var å innføre et nytt obligatorisk kurs i psykiatri. Dette fremkom imidlertid ikke som en klar forutsetning i sentralstyrets brev til landsstyret i 2001, og var heller ikke tatt opp i diskusjonen under behandlingen av landsstyresaken på landsstyrets møte i 2001.

Spesialitetsrådet vedtok mot 3 stemmer (Bakke, Mellgren, Nordby) å forholde seg til spesialitetskomiteen i nevrologi sitt forslag om å la det nyetablerte kurset i psykiatri være et valgfritt emnekurs.

- **Spesialistutdanningen i ortopedisk kirurgi (sak 17/6/04)**

Anders Walløe, leder av spesialitetskomiteen i ortopedisk kirurgi, og Torgeir Løvig, leder av spesialitetskomiteen i generell kirurgi, var invitert til rådet i denne saken.

Spesialitetskomiteen i ortopedisk kirurgi hadde erfart at det på mange sykehus ikke ble praktisert generell kirurgi som var til nytte for leger under spesialisering i ortopedisk kirurgi. Ved å gjennomgå legenes operasjonslister, og gjennom informasjon fra overleger og leger under utdanning ved kirurgiske og ortopediske avdelinger, erfarte komiteen at en rekke av de aktiviteter som tidligere gav god trening, nå hadde forsvunnet. Dersom generell kirurgisk trening som ledd i spesialistutdanningen i ortopedisk kirurgi fortsatt skal ha noen mening, måtte den struktureres. Den måtte komme først i utdanningen og måtte praktiseres på så store avdelinger at virksomheten hadde nødvendig volum.

Utdanningen måtte også være forpliktende for avdelingen. Dette ville lettest kunne gjennomføres hvis alle legene under spesialisering i de kirurgiske disiplinene deltok. Det var etter komiteens mening svært få leger under spesialisering i ortopedisk kirurgi som hadde nytte av denne treningen. Den mente derfor at det ville være best at kravet om allmennkirurgi ble fjernet fra kravet til ortopedisk kirurgisk spesialitet og erstattes med tilsvarende tjeneste i ortopedisk kirurgi. Walløe foreslo enten en "common trunk" for alle leger under spesialisering i de kirurgiske disiplinene eller at opplæringen i ortopedisk kirurgi og andre kirurgiske fag ble skilt allerede fra starten av utdanningen.

Spesialitetsrådet ønsker å vite hvordan spesialitetskomiteen i ortopedisk kirurgi mer konkret tenkte seg krav til tjeneste, organisering og gjennomføring av spesialistutdanningen eventuelt uten krav til generell kirurgisk tjeneste. En så vidt prinsipiell sak måtte også ha god forankring i det ortopediske miljøet, inkludert en drøfting på generalforsamlingen i spesialforeningen der ulike synspunkter må ha vært grundig diskutert. Det burde fremkomme hvorvidt det var ulike synspunkter fra ortopeder som arbeider ved store sykehus kontra de mindre. Det måtte også skisseres hva "den generelle ortoped" ved middels store og mindre avdelinger måtte ha av dokumentert, kirurgisk kompetanse, for eksempel for å kunne være leder av traumeteam med spesielt fokus på kompetanse/erfaring innen bløtdelskirurgi. Det måtte være utredet hva konsekvensene var for de mindre sykehusene ved tilsetning av ortopeder uten generell kirurgisk erfaring, likeledes organisering av vaktordning, behov for utdanningsstillinger og kurskrav. Hvilken "generell basis" burde fremtidens ortopeder ha? Hvordan var ortopediutdanningen i andre europeiske land organisert og med hvilke begrunnelser? Hvilke trender så en i andre land innen den ortopediske spesialistutdanningen?

Spesialitetsrådet anbefalte spesialitetskomiteen, i samarbeid med spesialforeningen og fagmiljøet for øvrig, å arbeide videre med en eventuell revisjon av spesialistreglene i ortopedisk kirurgi med bl a fokus på ovennevnte spørsmål/kommentarer.