

ÅRSRAPPORT

Spesialitetsrådets
virksomhet

2005



Den norske lægeforening

Innholdsfortegnelse

Spesialitetsrådets mandat	
- Generelle spesialistregler § 2	5
- Spesialitetsrådets sammensetning 2002-2005	5
Antall møter	6
- Diverse møter med eksterne representanter	6
Seminar	7
Arbeidsutvalg	8
Landsstyresakene 2005	11
- Forslag om endrede spesialistregler i samfunnsmedisin	11
- Forslag om opprettelse av grenspesialitet i gynekologisk onkologi	11
- Kurs i legers videre- og etterutdanning – oppfølging av konsekvenser av landsstyrets vedtak i Loen, mai 2004	12
Viktige saker drøftet i spesialitetsrådet	
- Søknad om dispensasjon for en gruppe spesialistkandidater i samfunnsmedisin	13
- Søknad om godkjenning av pilotprosjekt i Midt-Norge – tjeneste i privat praksis som ledd i spesialistutdanningen i øyesykdommer	14
- Forskning som ledd i den kliniske tjenesten, tellende som klinisk tjeneste	14
- Behandling av mennesker med cerebrovaskulære sykdommer	15
- Forslag til legespesialitet i rusmedisin	16
- Styrking av rusfaglig kompetanse i spesialistutdanningen av leger	17
- Rusrelatert psykiatri i spesialistutdanningen	19
- Evaluering av Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording	
Forslag om omlegging av spesialistutdanningen for leger	19
- Gjennomføring av Europaparlaments- og rådsdirektiv 2001/19/EF – utvidet krav til veiledet tjeneste for å få adgang til å utøve virksomhet som allmennpraktiserende lege innenfor en nasjonal trygdeordning	21
- Forslag om endrede spesialistregler i karkirurgi – krav til forskning	22
- Norsk lungemedisin – Status praesens og prognose – II. Rapport fra et utvalg i Norsk forening for lungemedisin	23
- Etikk i legers videre- og etterutdanning	24
- Forslag fra spesialitetskomiteen i arbeidsmedisin om tellende tjeneste i deltid under 50%	24
- Sosial- og helsedirektoratet – Referat fra arbeidsgruppemøte 13. april 2005 om felles vaktjeneste mellom to hovedspesialiteter	25
- Krav til utdanningsinstitusjoner i spesialistutdanningen av leger Mellgren-utvalg 1	25
- Krav til gruppe I-tjeneste i generell kirurgi og indremedisin. Intensjon og målsetting med gruppe I-tjeneste. Forslag om krav til tjeneste bare i én grenspesialitet Mellgren-utvalg 2	26
Andre viktige saker som har vært drøftet i spesialitetsrådet	28

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 (*Bjørn Hilt deltok i stedet for Torkjell Tveita i alle rådets møter i 2005*)
Vararepresentant: Bjørn Hilt

Kjell Nordby
Vararepresentant: Finn Reidar Korsrud

Anne Mørch Larsen
Vararepresentant: Jo Endre Midtbu

Hilde Engjom (*Frem til 14. september 2005*)
Per Meinich (*Fra 14. september 2005*)
Vararepresentant: Harald Bergan

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

KS hadde ikke oppnevnt representant

Vararepresentant: x

Norsk pasientforening:

Ingeborg Traaholt

Vararepresentant: Unni Veirød

Sosial- og helsedirektoratet

Olav Lund (observatør)

Vararepresentant: Bjørn Bergholtz

Statens helsetilsyn

Aud Nordal (observatør)

Vararepresentant: Heidi Merete Rudi

Antall møter.

Rådet har i 2005 holdt 5 møter og behandlet totalt 90 saker. Idet spesialitetsrådet i perioden har utført 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 *2. februar 2005* var spesialitetskomiteen i generell kirurgi, representert med Marius L. Dalin, og spesialitetskomiteen i indremedisin, v/lederen Eystein Brandt, invitert for å drøfte gruppe I-tjeneste i de to fagområdene og intensjon og målsetting med gruppe I-tjeneste. (Sak 5/1/05)

Lederen i Rådet for legeetikk, Reidun Førde, var invitert til spesialitetsrådets møte *24. april 2005* for å drøfte etiske problemstillinger inkludert i legers videre- og etterutdanning. (Sak 7/2/05)

Til det samme møtet var leder i Norsk indremedisin forening, Knut Lundin, og overlege Bent Indredavik, Medisinsk avdeling, St. Olavs hospital, invitert for å drøfte omsorgen for pasienter med hjerneslag. (Sak 8/2/05)

Til spesialitetsrådets møte *16. juni 2005* var lederen i spesialitetskomiteen i arbeidsmedisin, Jan Haanes Marton, invitert for å drøfte komiteens forslag om tellende tjeneste i deltid under 50%. (Sak 5/3/05)

Til det samme møtet var Rusmiddelpolitisk utvalg i Legeforeningen invitert for å drøfte bedring av omsorgen for rusmisbrukere. Fra Rusmiddelpolitisk utvalg møtte Arne Johannesen (leder), Svein Steinert, Guri Spilhaug, Kristin Lazaridis, Per Føyn og Tom Sundar. (Sak 6/3/05)

Til spesialitetsrådets møte 21. september 2005 deltok fra spesialitetskomiteen i lungesykdommer, Olav K. Refvem, for å drøfte rapporten om ”Norsk lungemedisin” fra et utvalg i Norsk forening for lungemedisin. (Sak 12/4/05)

Seminar

Legeforeningen arrangerte 25.-26. april 2005 seminar på Soria Moria om Spesialistutdanningen for leger. Representanter for alle spesialitetskomiteene, spesialitetsrådet, sentralstyret, Yngre legers forening, Norsk overlegeforening, Nasjonalt råd m.fl. deltok.

Temaene for seminaret var følgende:

Tema – 25. april 2005

- *Aktuelle helsepolitiske saker*
- *Etterutdanning for spesialister*
 - LEIF-2004, gynekologi og patologi
 - LEIF-IT
- *Per Fugelli: Formegethetens mentalitet – en fare for helsen og helsetjenesten?*
- *Sykehusreformen, konsekvenser for legers videre- og etterutdanning*
 - Grunnlaget for funksjonsfordeling, faglige hensyn, ideologi
 - Økonomiske betraktninger ved funksjonsfordeling
 - Omstillingsprosesser og endringer i tjenestetilbudet i Helse Vest
 - Konsekvenser av å flytte fagmiljøer
 - Spesialisering – funksjonsfordeling og andre utfordringer
 - Fremtidsscenarioer, aktuelle modeller for spesialitetsstrukturen

Tema 26. april 2005

- *Prioritering, avvik og etikk i helsevesenet*
 - Video – kommunikasjon i sykehusmiljø – Fatalt
 - Jussen er legens beste venn
 - Hvordan håndtere avvik i et godt kollegialt miljø
 - Omsorg for den som har begått feil
 - Hvordan informere og støtte pårørende?
 - Bruk av avvik som ledd i videre- og etterutdanningen
 - Redselen for å gjøre feil, overse sykdom, overbehandling, konsekvenser for prioritering, ressursløsning
 - Hvordan være lege når noe ikke går som det skal? ”De to prosentene”, en film om roller, forventninger og etiske dilemmaer

Se referat (kortversjon) fra seminaret i Legeforeningens Tidsskrift nr. 12, side 1713.

Referatet er lagt ut i sin helhet på Legeforeningens hjemmesider

www.legeforeningen.no/?id=70122.

Arbeidsutvalg.

En av arbeidsgruppene ble oppnevnt i 1999 av spesialitetsrådet for å arbeide med *etterutdanning av legespesialister* (oppfølging av LEIF –97). Frank R. Andersen har vært prosjektleder. 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 var 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 legene i arbeidet med å registrere etterutdanningsaktiviteten i 2001. Rapport for Pilotprosjektet ble lagt frem for sentralstyret i møte 20. februar 2003. 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.

Sluttrapport ble lagt frem i spesialitetsrådets møte 15. desember 2005. Pilotprosjektet for et utvalg av 50 spesialister i 2001 og pilotprosjektet i 2004 for spesialister i fødselshjelp og kvinnesykdommer og i patologi viste at det er uvant å planlegge etterutdanning for ett år fremover og den kollegabaserte evalueringen i ettertid var uvant. Det fremgikk at kun 25% av patologene og 21% av gynekologene hadde deltatt i prosjektet. Det må tydeligvis arbeides over tid for å påvirke holdningene til et slikt system. Samtidig er det viktig å merke seg at mange av legene som har deltatt i pilotprosjektene har påpekt at det største hinderet for en effektiv etterutdanning er mangel på ressurser, både når det gjelder tid og penger.

Prosjektgruppen trakk opp følgende hovedpunkter for det videre arbeid med LEIF:

- Arbeidet med LEIF bør videreføres etter de føringer som er lagt i arbeidet så langt.
- Det må aksepteres at det vil ta lang tid, antatt flere år før et flertall av spesialistene benytter et formalisert, dokumenterbart system for sin etterutdanning.
- Dokumentasjonssystemet må være elektronisk og Web basert.
- Utdanningsutvalget og utdanningsansvarlig overlege bør ha ansvaret for rapporteringen på avdelingene.
- Kollegabasert evaluering må fortsatt være en sentral del ved vurdering av etterutdanningen.
- Det synes ikke gjennomført at spesialistene lager plan for hele året med frist tidlig på våren. Systemet må derfor være slik at det er mulig å etablere, eventuelt forandre planen sin hele året.
- Dokumentasjonssystemet må være integrert med SERUS.
- På sikt kan man arbeide for et elektronisk registreringssystem for videreutdanningen som integreres med LEIF-IT, men det vil være betydelig mer krevende enn LEIF-IT alene.
- Legeforeningen må ta stilling til om og når prosjektet skal utvides til andre spesialiteter enn gynekologi og patologi.
- Prosjektgruppen stiller seg til disposisjon for videre arbeid med prosjektet med Christian Lycke Ellingsen som hovedansvarlig.

Etterutdanningen ved institusjonene er integrert med SERUS for rapporteringen i 2004 i patologi og fødselshjelp og kvinnesykdommer, og det bør arbeides for over tid å få dette til i samtlige spesialiteter.

Spesialitetsrådet mente at dette er en viktig sak videre, og bør settes opp som en egen programpost på seminaret i mai 2006.

Utvalget til å vurdere **forskningstjenesten i spesialistutdanningen** ble oppnevnt 29. mars 2001 og har både i 2002, 2003, 2004 og 2005 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. 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 de to temaene.

Mellgren-utvalg 1 som skulle vurdere **Krav til utdanningsinstitusjoner** ble nedsatt i møte 22. juni 2004 og fikk slik sammensetning:

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

Utvalget fortsatte sitt arbeide i 2005 – se sak 4/1/05.
Innstilling ble lagt frem for spesialitetsrådet i møte 24.-25. april 2005 og vedtatt anbefalt fremmet for sentralstyret.

Mellgren-utvalg 2 som skulle vurdere **Krav til gruppe I-tjeneste i generell kirurgi og indremedisin** ble nedsatt i møte 22. juni 2004 og fikk slik sammensetning:

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

Utvalget fortsatte sitt arbeide i 2005 – og ble vedtatt avsluttet i møte 2. februar 2005 – se sak 5/1/05.

Spesialitetsrådet vedtok i møte 21. september 2005 å oppnevne et utvalgt for å gjennomgå **Kursutdanningen i legers videre- og etterutdanning**. Utvalget skal gjennomgå kursoppleggene og nedfelle prinsipper. Utvalget vil også vurdere føringer som skal gjelde for alle spesialiteter.

Utvalget fikk slik sammensetning:

Finn Wisløff (leder)
Anne Larsen
Anne Mørch Larsen
Ingeborg Traaholt

Det var satt opp følgende hovedområder for utvalgets arbeide:

- Spesialitetskomiteene tar initiativ til å etablere kurs når sentrale deler av fagområdet ikke kan dekkes tilfredsstillende ved alle godkjent utdanningsinstitusjoner.
- Kursene bør fortsatt ha et nasjonalt perspektiv.
- Kursprøve anbefales ved både obligatoriske og valgfrie kurs.
- Det er foreløpig ikke behov for konkrete føringer overfor spesialitetskomiteene når det gjelder antall kurstimer, men det anbefales at ca 1/3 av det totale antall kurstimer kan tas som valgfrie kurs
- Fakultetenes rolle som garantister for kursenes faglige og pedagogiske kvalitet bør styrkes

Etikk bør vektlegges sterkere og synliggjøres i kursene. Legene bør også få tilbud om kurs som gir kunnskap om helselovgivning, helseforskning og regelverk de arbeider etter i egen arbeidssituasjon.

Det obligatoriske kurs i administrasjon og ledelse har helselovgivning som tema, og det arbeides nå med å få etablert etikk som del av kurset.

På grunn av endringer i sammensetning av spesialitetsrådet, vil endret sammensetning av utvalget fastsettes i rådets møte 6. februar 2006.

Utvalget arbeider videre og saken settes opp på møtekartet i hvert møte fremover.

Landsstyresakene 2005

Spesialitetsrådet har avgitt uttalelse overfor følgende landsstyresaker:

- **Forslag om endrede spesialistregler i samfunnsmedisin**

Sak 9/1/05

Spesialitetskomiteen i samfunnsmedisin hadde foreslått endringer av spesialistreglene i samfunnsmedisin. Det var reist forslag i forhold til samfunnsmedisinsk klinisk tjeneste og akademisk trening, veiledet utdanningsprogram og teoretisk utdanning.

Forslaget til endrede spesialistregler i samfunnsmedisin var i stor grad tilpasset de holdninger som fremkom i de to utredningene om samfunnsmedisinen fra hhv Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling (2003) og fra Sosial- og helsedirektoratet (2004). De to rapportene var i stor grad sammenfallende i det syn at folkehelsearbeidet generelt og helsetjenesten i særdeleshet har stor nytte av leger med interesse for og innsikt i samfunnsforhold. De to rapportene har også gitt et faktagrunnlag som viser behovet for å fornye samfunnsmedisinen som medisinsk spesialitet.

Det foreliggende forslag til endrede spesialistregler ga en større grad av fleksibilitet og individuell tilpasning til å oppnå spesialiteten. Faget burde i større grad rettes mot ledelse og administrasjon. De minimum 4 års tjeneste i stilling med samfunnsmedisinske oppgaver kan opparbeides på mange nivåer, men med definert minimum på samfunnsmedisinsk arbeid i 40% av full tjeneste. Det må fortsatt være krav til klinisk tjeneste på 1 år, men med valgfrihet innenfor kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjenesten.

Spesialitetsrådet vedtok å støtte komiteens forslag til endrede regler for samfunnsmedisin.

- **Forslag om opprettelse av grenspesialitet i gynekologisk onkologi**

Sak 7/1/05

Norsk gynekologisk forening (NGF) hadde på ny fremmet forslag om å opprette grenspesialitet i gynekologisk onkologi etter en grundig og langvarig utredning av saken.

Spesialitetsrådet drøftet saken ut fra en generell vurdering av å opprette grenspesialiteter under andre fag enn indremedisin og generell kirurgi. Spesialitetsrådet så at det var faglige hensyn som støttet forslaget om opprettelse av grenspesialitet i gynekologisk onkologi, men rådet så også store konsekvenser for spesialitetsstrukturen. Åpnes det for grenspesialisering av ytterligere fag, kan det føre til et stort antall spesialiteter i Norge. Dette vil ha klare faglige konsekvenser ved ytterligere oppsplitting av medisinen. Dessuten vil det ha økonomiske konsekvenser.

Rådet forholdt seg til det prinsipielle i saken, og vedtok derfor ikke å støtte forslaget om å opprette en grenspesialitet under spesialiteten fødselshjelp og kvinnesykdommer. Behandling av den aktuelle pasientgruppen vil være avhengig av samarbeid med andre spesialiteter, for eksempel onkologi. En må heller styrke den tverrfaglige behandlingen også når det gjelder gynekologisk cancer. Kompetanseoppbygging kan skje uavhengig av å opprette grenspesialitet. Hvis det skulle bli opprettet en grenspesialitet i gynekologisk onkologi, ser rådet en fare ved at slik grenspesialist kan bli tilsatt ved mindre sykehus. Pasientgruppen bør etter rådets syn tas hånd om i et større, høykompetent miljø med et team av spesialister.

Rådet ser store konsekvenser for spesialitetsstrukturen av å grenspesialisere gynekologien. Opprettelse av en grenspesialitet i gynekologisk onkologi kan også bety en forringelse av de gynekologiske miljøene. Hva blir resultatet på sikt? Hva blir igjen av den generelle gynekologi hvis man oppretter grenspesialitet i gynekologisk onkologi? Rådet mener at det må være mulig å bygge opp faglig ekspertise innenfor gynekologisk onkologi, gjerne i tverrfaglige miljøer og ved sentralisering av pasientbehandlingen. Dette kan gjøres uavhengig av opprettelse av en ny grenspesialitet. Kvaliteten på pasientbehandlingen kan bedres ved sentralisering og ved faglig konsolidering innenfor en uformell subspecialitet. Organisering av pasienttilbudet må gjøres til beste for pasientene, optimalisering for helsetjenesten, oppbygging av forskning m.v. Man må styrke den tverrfaglige tilnærming til behandling av disse pasientene. Kompetanseoppbyggingen kan skje uten opprettelse av en grenspesialitet.

- **Kurs i legers videre- og etterutdanning – oppfølging av konsekvenser av landsstyrets vedtak i Loen, mai 2004**

Sak 8/1/05

Spesialitetsrådet var bedt om å vurdere om det var akseptabelt med visse former for markedsføring knyttet opp til legers videre- og etterutdanning. Videre var det spurt om det var mulig å lage klare regler som skiller mellom forskjellige varer og produkter.

1. Spesialitetsrådet sluttet seg til å akseptere unntak fra retningslinjene for vurdering av kurs for nødvendig lån av utstyr fra utstyersindustrien ved visse kurs. Videre fant rådet det som akseptabelt med undervisning i bruk av utstyr av representanter fra utstyersindustrien i godkjente, tellende kurs. Undervisningen må gis av den som har best kompetanse.

2. Rådet fant ikke å anbefale at det ved godkjente, tellende kurs i legers videre- og etterutdanning ble åpnet for utstillinger og markedsføring av produkter som legen selv kjøper privat.

Heller ikke fant rådet å ville anbefale at det åpnes for markedsføring av produkter som var av en slik art at legen ikke påførte tredje person utgifter.

3. Mot én stemme vedtok rådet å gå imot at det ble gitt adgang til å markedsføre produkter relatert til medisinsk praksis når det var legen selv som betalte for produktene.

4. Heller ikke ved godkjente, tellende kurs bør det markedsføres produkter relatert til medisinsk praksis selv om det ikke var legen alene som tok beslutningen om innkjøp.

Spesialitetsrådet så det slik at skal en skille mellom spesialistutdanning og markedsføring, må en si nei til de ovennevnte spørsmålene og bare gjøre inntak når det er nødvendig for kursinnholdet.

Viktige saker drøftet i spesialitetsrådet

Søknad om dispensasjon for en gruppe spesialistkandidater i samfunnsmedisin

Sak 6/5/05

Spesialitetsrådet hadde fått en henvendelse fra spesialitetskomiteen i samfunnsmedisin som viste til brev av 28. april 2004 fra Per Wium. Wium er veileder for en gruppe som gjennomfører utdanningsprogrammet i samfunnsmedisin.

Wium hadde søkt om dispensasjon for en gruppe leger i spesialisering i samfunnsmedisin til å kunne godkjennes som spesialister i samfunnsmedisin i hht foreslåtte endrede spesialistregler som ennå ikke var vedtatt av Departementet.

Landsstyret vedtok mai 2005 å anbefale overfor Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling forslag til endrede spesialistregler i samfunnsmedisin. Disse gir større mulighet til valgfrihet mht. gjennomføring av tjeneste. Selv om de nye spesialistreglene i samfunnsmedisin ennå ikke er vedtatt godkjent av Helse- og omsorgsdepartementet, hadde Wium på vegne av sju leger søkt om unntak fra spesialistreglene på to punkter:

1. Kravet om at minst et år av veilederperioden skal avtjenes i stilling i kommunehelsetjenesten
2. Kravet om at man må ha allmennt medisinsk tjeneste etter turnus.

Spesialitetsrådet så problemene for de aktuelle legene fordi det har tatt tid å få en endelig godkjenning av de nye reglene i Departementet, men rådet var ikke villig til å anbefale søknaden om dispensasjon fra det gjeldende krav. Man må være formell i forhold til gjeldende regler.

Spesialitetsrådet vedtok å anbefale å avslå søknaden om dispensasjon fra spesialistreglene for en gruppe leger i spesialisering i samfunnsmedisin.

Rådet ønsket at sekretariatet minner Departementet om behandlingen av forslaget om endrede spesialistregler i samfunnsmedisin.

Søknad om godkjenning av pilotprosjekt i Midt-Norge – tjeneste i privat praksis som ledd i spesialistutdanningen i øyesykdommer

Sak 9/5/05

Legeforeningen hadde fått en henvendelse fra en gruppe øyeleger i Midt-Norge med søknad om godkjenning av et pilotprosjekt der leger i spesialisering i øyesykdommer var tenkt utplassert i privat øyelegepraksis og at denne tjenesten kunne telle som 6 måneders gruppe II tjeneste i spesialistutdanningen. Legen i spesialisering ville få fast lønn av arbeidsgiver der kontrakt var inngått på forhånd. Lønnsmidler samt kompensasjon til supervisor var tenkt skaffet til veie ved at legen i spesialisering fikk heve refusjoner. Gjennomføringen av prosjektet var betinget av at Rikstrygdeverket ga dispensasjon.

Spesialitetskomiteen i øyesykdommer stilte seg positiv til søknaden. Komiteen påpekte at det var viktig at veilederfunksjonen var godt ivaretatt. Det burde også være avsatt tid for regelmessig oppfølging av legen i spesialisering både hos en praktiserende spesialist og hos veileder på øyeavdelingen. Det burde også legges til rette for at legene under spesialisering deltok i internundervisningen ved avdelingen for øyesykdommer.

Spesialitetsrådet anbefalte at en ut fra de faglige forhold kunne godkjenne pilotprosjektet med tjeneste i privat praksis som ½ år gruppe II-tjeneste til spesialiteten. Når det gjelder økonomidelen i forslaget avviker den fra Legeforeningens tidligere anbefaling om økonomisk dekning ved privat praksis som ledd i spesialistutdanningen. Legeforeningen har anbefalt at lege i spesialisering skal beholde sitt ansettelsesforhold og sin lønn i foretaket mens trygderefusjonen/egenandeler som legens arbeid i privat praksis genererer, skal helt eller delvis gå til foretaket, og det må etableres en ordning for inntekts- og utgiftskompensasjon for den praktiserende spesialisten. Dette er tilsvarende modell som anvendes for turnusleger i kommunehelsetjenesten. Legeforeningens forslag ligger for tiden til behandling i departementet. Spesialitetsrådet så det som vanskelig å vurdere prøveprosjekter før det foreligger en prinsipiell avklaring av økonomien i denne type samarbeidsprosjekter mellom sykehusavdelinger og privat praksis. Det bør også avklares om tjeneste i privat praksis ”bruker opp” noe av tilsettingstiden i utdanningsstilling.

Departementet bør minnes om saken.

Forskning som ledd i den kliniske tjenesten, tellende som klinisk tjeneste

Sak 11/5/05

Det forelå en henvendelse fra medisinskfaglig rådgiver, Helse Finnmark HF, som har ansvaret for det nystartede rekrutterings- og stabiliseringsprosjektet i Helse Finnmark HF. Det var bedt om en vurdering av hvorvidt en dag ukentlig forskning i en tjenesteplan på 40 timer i snitt og femdelt vakt, kunne gi fullt ut tellende klinisk opptjeningstid i aktuell spesialitet. Eventuelt ble det bedt om en vurdering av om forskningstiden, beregnet som en delstilling i 20 %, kunne telle som alternativ tjeneste og samlet over år kunne erstatte inntil 1 års tjeneste i forhold til aktuell klinisk spesialitet. For en av legene kunne det være aktuelt å benytte inntil 1 års forskningstjeneste som del av spesialistutdanningen. Tenkte en seg en oppdeling i 80 % klinisk tjeneste og 20 % forskningstjeneste under veiledning, ville 1 års forskningstjeneste

kunne gjennomføres i løpet av 5 år. Et problem var imidlertid at en så lav stillingsbrøk ikke teller som ledd i spesialistutdanningen etter dagens regler.

Overenskomst mellom NAVO helse og Den norske lægeforening del II § 6.3

Fordypningsstilling, sier at med fordypningsstilling forstås stilling for lege i spesialisering som har mulighet for kompetanseheving ved forskning, fagutvikling og kvalitetsutvikling i minst 50 % av arbeidstiden. Inntil 50 % av denne tiden kan således benyttes som klinisk tjeneste. Det er således slått fast i overenskomsten at forskningstjeneste skal skilles fra den kliniske tjenesten ved vurdering av tellende tjeneste i spesialisering. Det er heller ikke åpnet for godkjenning av en brøk på 80 % klinisk tjeneste og 20 % forskning som 100 % klinisk tjeneste, idet det ikke nevnes forskning i de aspekter som er omtalt i bestemmelser for spesialistutdanningen § 5 Krav til tjeneste. Samtidig er det et uttrykt ønske at det skal drives mer forskning.

Spesialitetsrådet så det som positivt at forskningsvirksomheten ble trukket mer inn i spesialistutdanningen. Det var imidlertid vanskelig å trekke grensen for hvor stor del av forskning som kan inkluderes i den kliniske tjenesten i relasjon til klinisk tjeneste. Saken legges frem for Forskningsutvalget, Norsk overlegeforening og Yngre legers forening før sentralstyrbehandling.

Behandling av mennesker med cerebrovaskulære sykdommer

Sak 13/5/05, sak 8/2/05

Det forelå utredning med forslag om opprettelse av en indremedisinsk grenspesialitet i cerebrovaskulære sykdommer/hjerneslagsykdommer utarbeidet av seksjonsoverlege Bent Indredavik, Seksjon for hjerneslag, Medisinsk avdeling, St.Olavs Hospital, Trondheim. Saken hadde vært forelagt aktuelle spesialitetskomiteer med tilhørende spesialforeninger til uttalelse, og var også oversendt spesialitetskomiteen i indremedisin og alle indremedisinske grenspesialiteters komiteer og foreninger.

Av de innkomne uttalelser var det bare den fra spesialitetskomiteen i geriatri som klart gikk inn for forslaget om opprettelse av en ny grenspesialitet. De øvrige uttalelsene gikk imot opprettelse av en ny grenspesialitet. Flere mente at man burde ha en bredere utredning av hvordan behandlingen av pasientgruppen skal bedres, hvor både nevrologer, indremedisinere og andre trekkes inn. Det var enighet om at det er behov for videre oppbygging og utvikling av kompetansen innen behandlingen av cerebrovaskulær sykdom, men at dette må gjøres på annen måte enn ved å etablere en ny grenspesialitet. Norsk nevrologisk forening påpeker samtidig at cerebrovaskulære sykdommer er en sammensatt sykdomsgruppe og at man ikke kan trekke en enkelttilstand ut av nevrologien og bygge opp en grenspesialitet innen indremedisin på dette. I stedet bør det bygges videre på den kompetansen som allerede finnes i norsk nevrologi.

Spesialitetsrådet mener det er viktig å oppnå en nasjonal konsensus for hvordan mennesker med cerebrovaskulære sykdommer skal tilbys optimal behandling over hele landet. Det bør utarbeides felles retningslinjer for diagnostikk og behandling, og de regionale helseforetakene bør kvalitetssikre hvordan pasientene tas hånd om og utarbeide premisser og normer for egen drift når det gjelder ansvaret for pasientgruppen.

Rådet mener dette er et tverrfaglig temaområde, og opprettelse av en spesialitet kan bety ansvarsfraskrivelse fra andre. Det bør utredes alternativer til opprettelse av en ny spesialitet

og utredes hvordan helsevesenet kan ta hånd om pasientgruppen. Det bør vurderes f.eks. å opprette ett kompetansesenter i hver region.

Legeforeningen bør ta et ansvar for å innkalle representanter for de aktuelle spesialforeningene med tanke på å drøfte seg frem til konsensus om hvordan fagområdet kan utvikles og hvordan pasientene kan få optimal diagnostikk og behandling. Det bør vurderes om også fagdirektørene i RHF-ene bør involveres i prosessen.

Forslag til legespesialitet i rusmedisin

Sak 14/5/05

Legeforum i rusfeltet, Helseregion-Sør, hadde i brev til spesialitetsrådet vist til at rusmiddelmedisinen nå er blitt spesialisthelsetjenestens ansvar, og at det derfor er blitt et klart behov for formelt å få opprettet en spesialitet i rusmedisin (avhengighetsmedisin).

Historikk

Norsk forening for medisinsk rusmiddelproblematikk fremmet ved brev av 22. februar 1999 forslag om opprettelse av en spesialitet i rusmedisin. Begrunnelsen for forslaget var at foreningen mente at rusmiddelmissbruk de senere årene var blitt et betydelig helseproblem og grunnlag for store sosiale vansker og fungeringssvikt på mange plan for ca 10% av befolkningen.

Saken ble etter vanlig organisasjonsmessig behandling i Legeforeningens organer fremmet for landsstyret oktober 1999. Landsstyret vedtok, i tråd med sentralstyrets anbefaling, å avslå søknaden. Sentralstyret ble imidlertid bedt om å ta opp med aktuelle spesialforeninger og spesialitetskomiteer en vurdering av videre- og etterutdanningen for bedre ivaretagelse av rusmisbrukernes helseproblemer, samt vurdering av behandlingsskapasitet og organisering av disse helsetjenestene.

Etter dette har saken vært fulgt opp både overfor Rusmiddelpolitisk utvalg, aktuelle spesialforeninger og spesialitetskomiteer. Det ble bedt om uttalelse vedrørende forbedret omsorg for rusmisbrukere, tilstrekkelig kapasitet og behov for å iverksette nye utdanningstilbud.

September 2000 ble saken behandlet på nytt i spesialitetsrådet. Det ble vurdert bedre ivaretagelse av rusmisbrukernes helseproblemer og behandlingsskapasitet og organisering av helsetjenester for rusmisbrukere. Ut fra de uttalelser som var innkommet, syntes de aktuelle spesialiteter å ha inkludert i sin videre- og etterutdanning aktuelle temaer innenfor rusmedisin.

Rådet mente at det ikke var nødvendig med ny spesialitet. Det syntes å være nødvendig å etablere et bedre system for tverrfaglig oppfølging av rusmisbrukerne og deres pårørende. Rådet så det som viktig at det tverrfaglige samarbeidet i kommunene både fikk ressurser og oppmerksomhet i denne sammenheng.

Spesialitetsrådet mente at de aktuelle spesialiteter burde synliggjøre omsorg og behandling av rusmisbrukere og pårørende i målbeskrivelsene for spesialistutdanningen.

Av de innhentede uttalelser høsten 2005 hadde PSL støttet forslaget om opprettelse av en ny spesialitet i rusmedisin og OF stilte seg åpen til spørsmålet om opprettelse av en ny spesialitet og ønsker at saken blir videre utredet gjennom en tverrfaglig sammensatt gruppe.

NSAM/Aplf, Ylf og Rusmiddelpolitisk utvalg hadde alle gått imot forslaget om opprettelse av spesialitet. Disse instanser gikk inn for å arbeide for å øke kompetansen til alle berørte medisinske spesialiteter. Det ble også vist til en generelt restriktiv holdning til opprettelse av nye spesialiteter, og at dette er et lite dynamisk grunnlag for organisering av spesialisthelsetjenesten. Sykehusene må organisere sine tjenester etter behov og bidra til å bygge opp legenes kompetanse innenfor de nødvendige områdene. Rusmiddelpolitisk utvalg viste til at mye av den offentlige rusbehandlingen legges helt opp til psykiatrisk spesialisthelsetjeneste, hvilket fremtvinger et utvidet kompetansebehov innen spesialiteten psykiatri. Utvalget mente at man burde avvente det arbeid som er iverksatt for å styrke rusfaglig kompetanse gjennom videreutdanningsprogrammer i aktuelle spesialiteter. Utvalget mente også at man må avvente videre organisering av rusfeltet før en eventuelt vurderer egen spesialitet på nytt.

Spesialitetsrådet er av den oppfatning at det fortsatt ikke er aktuelt å opprette en ny spesialitet i rusmedisin, men fortsette arbeidet med å utvikle spesialistutdanningen innenfor allmennmedisin og psykiatri, samt også i andre fag som deltar i behandlingen av rusmisbrukerne. Rådet vil ikke støtte forslag om opprettelse av spesialitet i rusmedisin.

Styrking av rusfaglig kompetanse i spesialistutdanningen av leger

Sak 15/5/05

På bakgrunn av møtet mellom spesialitetsrådet og Rusmiddelpolitisk utvalg 16. juni 2005 hadde sekretariatet henvendt seg til 13 aktuelle spesialitetskomiteer med oppfordring til at disse fortsetter arbeidet med å planlegge styrket utdanning for å øke rusfaglig kompetanse i spesialistutdanningen, og med anmodning om tilbakemelding om konkrete idéer til styrking av kompetansen i rusfaglige emner.

Av innkomne tilbakemeldinger, både tidligere og i denne omgang, fremgår følgende:

Allmennmedisin:

Rusmedisin er tatt inn i veiledningsprogrammet. Rusmedisin er omtalt i veiledningshåndboken, og det er allerede utarbeidet flere emnekurs i rusmedisin for allmennleger. Temaet vil bli tatt inn i idékatalogen for smågruppevirksomhet. Det tas opp hvilken rolle allmennmedisineren har i forhold pasientene, holdninger til medikamentell behandling for målgruppen og fokus på tverrfaglig samarbeid for å lykkes i behandlingen. Kurs i rusmedisin arrangert av andre spesialiteter vil også være tellende for allmennmedisin.

Psykiatri:

Relasjon mellom psykiske lidelser og rusmisbruk er inkorporert i målbeskrivelsen for spesialistutdanningen i psykiatri, og også i loggboken/sjekklisten for spesialistutdanningen. Rusinstitusjoner er godkjent som valgfri tjeneste for spesialistutdanningen i psykiatri. Innhold og struktur i det obligatoriske grunnkurset i psykiatri omarbeides og rusmedisin inkluderes. I tillegg arbeides det med et obligatorisk emnekurs i rusmedisin for spesialiteten psykiatri.

Barne- og ungdomspsykiatri:

Rus er en del av mange temaer som legen under spesialisering møter i sitt daglige arbeid innen utredning, diagnostikk, behandling og samarbeid med ulike faggrupper og etater. Det gis veiledning, og undervisning om feltet på avdelingene. Etterutdanningskurset for

spesialister januar i 2007 skal i sin helhet være viet rus. Gjennom en heving av spesialistenes kompetanse vil kunnskapen spres videre lokalt på den enkelte avdeling.

Det er i gang en kartlegging av undervisningstilbudet i rus med de fem regionsentrene i BUP.

Det planlegges emnekurs i rusmedisin for både psykiatri og BUP, de to spesialitetskomiteene vil samarbeide om det.

Temaene er med i to av de obligatoriske grunnkursene; Delkurs II, om barn av foreldre med psykiske lidelser og rusproblemer og Delkurs V, dobbeltdiagnostikk, rus – ungdomspsykiatri. Det er også planlagt å gi rusmedisin en større plass i grunnkursets del i generell ungdomspsykiatri.

Rus vil bli lagt inn som tema i den regionale undervisningen i barne- og ungdomspsykiatri.

Rus er oppført som aktuelt tema for senere etterutdanningskurs for spesialister.

Infeksjonssykdommer:

Spesialitetskomiteen ser behovet for å bedre utdanningstilbudet når det gjelder infeksjonsproblematikk tilknyttet pasienter med rusproblemer. Komiteen mener imidlertid at dette bør være et obligatorisk kurs i hovedspesialiteten indremedisin hvor det også vektlegges undervisning i aktuelle infeksjoner ”hepatitt B, hepatitt C, HIV, endocarditt, bløtdelsinfeksjoner”.

Indremedisin:

Spesialitetskomiteen går ikke inn for obligatorisk kurs i rusmiddelmedisin, men anser kurs på dette området som et verdifullt tilskudd til den valgfrie kurspakken. Det er behov for samhandling mellom indremedisinske og psykiatriske avdelinger som behandler mennesker med rusproblemer. Indremedisinske avdelinger må ha et nært samarbeid med rusmiddelteam. Rusproblemer må inngå som tema i internundervisningen.

Klinisk farmakologi:

Det er undervisning relatert til rusområdet i to obligatoriske kurs, én dag om klinisk toksikologi (kurset klinisk farmakologi i praksis). Dessuten innføring i rettstoksikologi med fokus på rusfeltet (kurset samfunnsfarmakologi). I samarbeid med RELIS arrangeres det kurs i rusmedisin for leger i flere spesialiteter. Komiteen anser behovet for kompetanseutvikling på rusområdet vel ivaretatt innenfor klinisk farmakologi. Komiteen foreslår likevel å etablere et felles kurs innen feltet for de forskjellige aktuelle spesialiteter.

Samfunnsmedisin:

Spesialitetskomiteen planlegger en fullstendig gjennomgåelse av den teoretiske del av utdanningen og vil da også inkludere behov for bedret kompetanse i rusomsorg.

Arbeidsmedisin:

Fagutvalget i Namf er oppfordret til å arrangere valgfrie kurs i rusmedisin, eventuelt i samarbeid med flere spesialiteter. Bedriftshelsetjenesten har fra før et samarbeid med AKAN. AKAN har et omfattende kurstilbud til bedriftene. Spesialitetskomiteen i arbeidsmedisin tar initiativ til å vektlegge rusmedisin som tema i det 2-årige veiledningsprogrammet.

Nevrologi:

Spesialitetskomiteen vil ta opp temaet på årsmøtet i Norsk nevrologisk forening og drøfte behovet for eget emnekurs i rusmedisin. Komiteen vil også oppfordre de nevrologiske avdelingene til å belyse rusproblematikken i internundervisningen.

Spesialitetsrådet ser at det innen flere spesialiteter arbeides med styrking av utdanningsopplegg for rusmedisinsk kompetanse, og tar derved saken til orientering.

Rusrelatert psykiatri i spesialistutdanningen

Sak 16/5/05

Professor Helge Waal hadde i brev vist til behovet for styrking av medisinsk kompetanse innenfor fagfeltet rus. Han ba bl.a. om at spesialistutdanningen ble gjennomgått for å gi rusmiddelrelaterte problemer større plass.

Norsk psykiatri forening var enig i behovet for å styrke spesialisthelsetjenestens kompetanse innenfor rusfeltet og viste til at det allerede var igangsatt arbeid for å revidere innholdet i spesialistutdanningen i psykiatri. Innspillene fra professor Waal bør bli tatt med i dette arbeidet. Det ble vist til at man arbeider med endring av struktur og innhold i det obligatoriske grunnkurset i psykiatri, i tillegg vil faget etablere et obligatorisk emnekurs i rusmedisin for spesialiteten psykiatri.

Spesialitetskomiteen i barne- og ungdomspsykiatri viste til at rus kommer inn som en del av mange tema som leger under spesialisering i barne- og ungdomspsykiatri møter i sitt daglige arbeid innen utredning, diagnostikk, behandling og samarbeid med ulike faggrupper og etater. Leger under spesialisering får veiledning i og undervisning om disse temaene på avdelingene. I tillegg er det vurdert følgende arenaer for å gi rusrelatert psykiatri større plass i utdanningen i barne- og ungdomspsykiatri: Temaer er integrert i undervisningen i Delkurs II (om barn av foreldre med psykiske lidelser og rusproblemer) og i Delkurs V (dobbeltdiagnostikk, rus- ungdomspsykiatri).

Det er allerede planlagt å gi rus en større plass i Grunnkursets del i generell ungdomspsykiatri. Rus vil bli tema i den regionale undervisningen i barne- og ungdomspsykiatri, og rus er dessuten oppført som aktuelt tema for etterutdanningskurs for spesialister i BUP.

Det planlegges etterutdanningskurs for spesialistene i rusrelaterte emner.

Spesialitetsrådet tok saken til orientering.

Evaluering av Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording.

Forslag om omlegging av spesialistutdanningen for leger

Sak 9/4/05

Spesialitetsrådet savnet en evaluering av nåværende system for spesialistutdanning av leger som et grunnlag for vurdering av endringer. Funksjonaliteten i nåværende system var ikke beskrevet.

Rådet savnet synliggjøring av hvor forbedringspotensialet ligger og etterlyste argumentasjonen for at de foreslåtte endringer vil føre til høyere kvalitet.

Evaluering av Nasjonalt råd

Dersom helsemyndighetene vurderer det slik at man er tjent med fortsatt å ha Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling, synes det rimelig at rådet blir et fagråd tillagt Sosial- og helsedirektoratet. Det er imidlertid viktig at rådet fortsetter å ha bred representasjon, slik at alle instanser i legers videre- og etterutdanning deltar i behandlingen av sakene. Spesialitetsrådet hadde imidlertid erfart at Nasjonalt råd i liten grad er blitt hørt i Departementet, og etter hvert har det blitt få møter i rådet med mest orienteringssaker. Nasjonalt råd har levert en rekke utredninger og konkrete forslag som ikke er fulgt opp i Departementet. De personene som er tilsatt i sekretariatet for Nasjonalt råd, synes nå å arbeide mest for Direktoratet og har liten kapasitet til arbeide med utredningssaker i Nasjonalt råd.

Regulering av legemarkedet

Spesialitetsrådet var av den oppfatning at det fortsatt er grunnlag for regulering av legemarkedet slik det var da dette startet for 25 år siden. I prinsippet er ikke situasjonen mye endret. Det er fortsatt svak dekning av allmennleger i enkelte geografiske områder, og det er fortsatt mange ubesatte overlegestillinger. En del mindre sykehus og perifert liggende sykehus, har ubesatte overlegestillinger og drives ved kostbare og faglig sett lite tilfredsstillende vikarstafetter.

Regulering av allmennmedisin hjemlene bør ikke overlates til den enkelte kommune, men sees på mer prinsipielt på landsbasis. Enkelte kommuner er mer attraktive enn andre, og man må se sammenhengen på landsbasis og regulere dette på nasjonalt plan. Det er fortsatt lav allmennlegedekning i mange kommuner, spesielt i Nord-Norge og på Vestlandet.

Spesialitetsrådets flertall så behov for fortsatt nasjonal regulering av overlegestillingene. "Frislipp" av overlegestillinger kan føre til ytterligere problemer i legedekning mellom periferi og sentrum, og man må se overlegestillingene og utdanningsstillingene under ett. Forholdet mellom overlegestillinger og utdanningsstillinger henger sammen, ikke minst som ledd i spesialistutdanningen.

Mindretallet mente at fordelingen av overlegestillingene må baseres på en funksjonsfordeling i regionene bestemt av de regionale helseforetakene.

RHF-ene må i fordeling av overlegestillingene bl.a. ta hensyn til antall leger under spesialisering.

Spesialitetsrådet støttet forslaget om at reguleringen av utdanningsstillinger forsetter, dette må reguleres sentralt og overvåkes nøye, både når det gjelder geografisk fordeling og fordeling mellom fagområder. Det bør i større grad gjøres beregninger av utdanningskapasiteten og behov for nye spesialister i den enkelte spesialitet. Det bør også vurderes sanksjonsmuligheter overfor sykehusene ved ledighold av utdanningsstillinger.

Fremtidig organisering av spesialistutdanningen

Spesialitetsrådet fremhevet at Norge har en målstyrt spesialistutdanningen og den har over tid beveget seg fra regelstyrt til stadig mer målstyrt. Det er ikke de store forskjeller som arbeidsgruppen beskriver mellom spesialistutdanningen i Sverige/Danmark og Norge i prinsippet. Rapporten gir ingen vurdering av den målstyring og kvalitetskontroll som gjelder for dagens spesialistutdanning i Norge. Det er derfor vanskelig å forstå innholdet i kritikken

av nåværende utdanning. Dagens spesialisering er i stor grad basert på veiledet, evaluert tjeneste ved utdanningsinstitusjoner som deltar i et fortløpende kontrollsystem. Legens spesialisering blir sammen med veileder evaluert ut fra utbytte og faktisk ervervet kompetanse. En viktig faktor som forsinker flyt i spesialiseringen i dag, er mangelfull organisering og planlegging av tjenesten på den enkelte avdeling. Uansett organisering vil både Nasjonalt råd og Direktoratet trenge faglig baserte råd fra instanser som kjenner innholdet i det enkelte fag og utviklingen internasjonalt.

Godkjenning av utdanningsinstitusjoner

Spesialitetsrådet advarte mot at dette gjøres til et forhold mellom regionalt helseforetak og Direktoratet. Den endelige godkjenning av utdanningsinstitusjoner kan gjøres av Sosial- og helsedirektoratet, men det må være basert på faglige vurderinger av den enkelte avdeling. En slik vurdering må gjøres av et faglig organ som har oversikt over fagområdet og hvordan det fungerer på den enkelte avdeling i Norge, og i forhold til internasjonal medisin. Dette må sees på i helhetlig perspektiv, og godkjenning av utdanningsinstitusjoner er ikke en engangsforeteelse, men krever kontinuerlig oppfølging, og ikke minst inspirasjon til å videreutvikle læringselementene ved den enkelte avdeling.

Godkjenning av den enkelte lege som spesialist

Spesialitetsrådet tok ikke stilling til hvilket organ som skal gi den endelige formelle spesialistgodkjenning. Rådet mente imidlertid helt klart at en slik godkjenning må være basert på en nøye faglig vurdering av en instans som kjenner fagområdet, innholdet i spesialiteten og hvordan utdanningen foregår, og hvilke eksplisitte krav som stilles i målbeskrivelse og gjennomføringsplan, ferdighetskrav m.v. Dette kan ikke gjøres som et rent byråkratisk arbeid, det må ligge en faglig saksforberedelse til grunn for en leges spesialistgodkjenning. Dersom nåværende system kan kalles egenregulering, slik arbeidsgruppen har gjort, er dette i seg selv ikke et uheldig system, men det kan derimot fremme kvalitetsprosesser. Gjennom kontinuerlig kontakt med institusjonene, detaljinnsikt, dialog og sanksjonsmuligheter har nåværende system bl.a. med spesialitetskomiteenes arbeid bidratt til en stabil kvalitetsøkning, både på avdelingsnivå og for den enkeltes utdanningsløp. Det er viktig at dette systemet bevares.

Spesialitetsrådet påpekte også det omfattende kvalitetsarbeid som spesialitetskomiteene gjennomfører gjennom behandling av søknader om spesialistgodkjenning, rådgivning til leger om hvordan de kan fullføre spesialistutdanning og vurdering av sykehusavdelingene som tilbyr en svært viktig del av spesialiseringen, nemlig mester-svenn-relasjonen.

Spesialitetskomiteene godkjenner kurs og gir oppdrag til fagmiljøer med å arrangere obligatoriske kurs. Spesialitetskomiteene har også gjennom spesialforeningene, god kontakt med internasjonal medisin og det arbeid som gjøres spesielt på europeisk nivå med å utvikle spesialistutdanningen. Basert på all denne kunnskap og innsikt er spesialitetskomiteene i stand til fortløpende å foreslå justeringer av spesialistregelverk, bearbeide målbeskrivelser, justere prosedyrekrav, foreslå endringer i kursinnhold m.v. Dette er kostnadseffektivt og det gir mulighet for relativt raske endringer i innholdet i spesialistutdanningen. Det er i det hele tatt vanskelig å se et alternativt system som kan måle seg med dette.

Gjennomføring av Europaparlaments- og rådsdirektiv 2001/19/EF – utvidet krav til veiledet tjeneste for å få adgang til å utøve virksomhet som allmennpraktiserende lege innenfor en nasjonal trygdeordning

Sak 10/4/05

Helse- og omsorgsdepartementet hadde fremlagt høringsnotat om utkast til forskrifter i forbindelse med gjennomføringen av direktiv 2001/19/EF (SLIM-direktivet) i norsk rett. Direktivet stiller krav om at leger som ønsker å utøve selvstendig virksomhet som allmennlege innenfor en medlemsstats nasjonale trygdeordning, må dokumentere minst tre års praktisk opplæring under veiledning, fra 1. januar 2006 mot to år som er dagens krav. De tre årene med veiledet tjeneste må bestå av minimum seks måneder fra sykehus og minimum seks måneder fra primærhelsetjenesten. Norge oppfyller det tidligere kravet til to års veiledet tjeneste gjennom praksisperioder under medisinstudiet og obligatorisk turnustjeneste etter cand. med.studiet. Departementet hadde foreslått at det innføres et ettårig veiledningsopplegg som kan gjennomføres ved at legen tiltrer eller vikarierer i en ledig fastlegehjemmel der det følger med et obligatorisk veiledningsopplegg. Alternativt var det foreslått at legen tiltrer en stilling som lege under spesialisering i sykehus. Den veiledelede tjenesten i kommunene skulle omfatte et obligatorisk kurs på fem dager i trygdemedisin, takstbruk mv.

Konsekvensen av forslaget slik det var presentert, var at leger som hadde veiledet tjeneste i sykehussektoren, og som siden arbeidet selvstendig for trygdens regning, ikke hadde fått gjennomføre kurset i trygdemedisin, takstbruk, forskriving av legemidler på blå resept, drift av egen praksis mv. Dette var etter rådets mening uheldig. Spesialitetsrådet mente at kurset skulle være et obligatorium uavhengig av hvilken form for veiledet tjeneste legen valgte.

Det syntes å være kommunenes oppgave at det ble etablert veiledningsopplegg og dette vil kreve ressurser. De økonomiske forhold knyttet til veileders kompetanse og veiledningsavtale mellom leger og veileder/kommune, måtte avklares. Veiledet tjeneste på 1 år i sykehus var tenkt gjennomført gjennom tjeneste i allerede opprettede assistentlegehjemler der legene gjennom disse var sikret oppnevnt veileder i spesialiteten. En slik ordning ville ikke utløse behov for å øke rammebevilgninger til helseforetakene. Spesialitetsrådet så det som urealistisk og useriøst at veiledningen ikke skulle medføre ekstra kostnader. Rådet pekte også på at slik gjennomføringen av det tredje året med veiledet tjeneste var planlagt organisert (sykehus/allmennpraksis), ville det kunne oppstå flaskehals i utdanningssystemet.

Det fremgikk i høringsnotatet at legen for å kunne delta i kommunalt legevaktarbeid, enten måtte ha innfridd kravet til treårig veiledet tjeneste eller være under veiledning i sitt ordinære kliniske arbeid som fastlege eller som assistentlege ved sykehus. Rådet mente at det måtte være anledning til å delta i legevaktordninger under den ettårige veiledelede tjenesten.

Forslag om endrede spesialistregler i karkirurgi – krav til forskning

Sak 11/4/05

Spesialitetskomiteen i karkirurgi hadde fremmet et preliminært forslag om endring av spesialistreglene i karkirurgi. Det var foreslått å innføre et krav om publisert artikkel i tidsskrift med fagfelleevaluering, eller gjennomføring av en faglig studie (kvalitetssikringsarbeid) presentert i nasjonalt eller internasjonalt karkirurgisk forum.

Saken var fremlagt for spesialitetsrådet for å drøfte det prinsipielle i saken.

Legeforeningen fremmet i 2000 et forslag om å gruppere de godkjente utdanningsinstitusjonene i vanlig utdanningsinstitusjoner og akademiske avdelinger, med krav om 12 måneders tjeneste ved akademisk avdeling, alternativt 6 måneders prosjektoppgave. Det var foreslått at prosjektoppgaven kunne gjennomføres ved en hvilken som helst godkjent utdanningsinstitusjon under veiledning fra akademisk miljø. Dette forslaget ble i Departementet stilt opp mot Nasjonalt råds forslag om innføring av obligatorisk

fordypningsoppgave utført i løpet av 10 uker, samt et obligatorisk 2-ukers metodekurs. Forslagene ble utsatt i påvente av pilotprosjekter ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, og i Midt-Norge.

Spesialitetsrådet fant det således ikke realistisk å reise forslag om å innføre obligatorisk forskning i én spesialitet. Dette må vurderes prinsipielt og innført for samtlige spesialiteter, og det er sannsynlig at man bør avvete evalueringen av pilotprosjektene i Oslo og Midt-Norge før det tas nytt initiativ i saken.

Spesialitetsrådet vedtok å fraråde at det på nåværende tidspunkt fremmes forslag om endring av spesialistreglene med krav om forskning i den enkelte spesialitet før dette prinsipielt er avklart.

Norsk lungemedisin – Status praesens og prognose – II. Rapport fra et utvalg i Norsk forening for lungemedisin

Sak 12/4/05

Et utvalg nedsatt av Norsk forening for lungemedisin hadde utarbeidet en rapport som tok for seg spesialistdekning, rekruttering og lungefagets innhold i framtiden – Norsk lungemedisin, status praesens og prognose.

Lederen i spesialitetskomiteen i lungesykdommer, Olav Kåre Refvem, redegjorde nærmere om innholdet i rapporten og tanker om hvordan en vil kunne møte de problemene som var skissert.

Bakgrunnen for rapporten var den store økningen av lungesykdommer i Norge, bl.a. kols, røykeskader og kreft. Også internasjonalt er det økning av denne type lungesykdommer.

Denne utviklingen har vist seg å bli en stor belastning for sykehusene. Det er nedsatt en gruppe i Stortinget for å se på problemstillingen – hva må gjøres for å rette opp utviklingen og hvordan skal sykehusene møte den voksende pasientgruppen?

En av konklusjonene i rapporten var at en må øke antallet spesialister. Det er for få spesialister ved avdelingene bl.a. til å gi den nødvendige opplæring.

Spørsmålet var om en god målbeskrivelse og prosedyreliste er tilstrekkelig for å sikre utdanningen i lungesykdommer. Komiteen er allerede i gang med å utbedre målbeskrivelsen.

Flaskehalsen for en lege i spesialisering er gruppe I-tjenesten. Det er for få utdanningsstillinger på gruppe I-sykehusene og dessuten er den utdanningen som kan tilbys på gruppe I-sykehusene blitt smalere. En lege under spesialisering vil på et gruppe I-sykehus ikke kunne få den bredden i utdanningen som kreves i hht målbeskrivelsen og prosedyrelisten. Gruppe II-institusjonene har en bredere utdanning.

Refvem tok til orde for at leger i spesialisering i lungesykdommer bør ha en ”plikt” til å avtjene gruppe II-tjeneste. Egentlig mente Refvem at 3 år på enkelte gruppe II-institusjoner bør kunne godkjennes for alle 3 årene som kreves. Eksempel på gode gruppe II-sykehus i lungesykdommer er i Tønsberg, Bodø og Fredrikstad. Han regnet med at komiteen sannsynligvis vil anbefale at utdanningen ved disse sykehusene kan telle med 2 år, og at det i

tillegg bare skal kreves 1 år ved gruppe I-avdeling. Mulighet til 2 års utdanning ved gruppe II-avdeling/seksjon vil være med på å få beholde legene på mindre sykehus.

Refvem presiserte at sjekklisten sikrer et bredt innhold i utdanningen.

Det lungemedisinske miljø foreslår at det legges ut på nettet hvilke prosedyrer man kan få erfaring i ved de forskjellige sykehusene. Rådet var enig i at dette ville være til stor hjelp for leger under spesialisering.

Rådet avventer konkrete forslag fra spesialitetskomiteen.

Etikk i legers videre- og etterutdanning

Sak 4/3/05

Saken hadde vært drøftet på rådets forrige møte 24.-25. april 2005.

Rådet mente at temaer om etikk i større grad burde kobles til internundervisningen. Det burde etter rådets syn også skje en kobling til de lokale, kliniske etikk-komiteene. Den mest effektive læring i etikk er på lokale arenaer basert på kasuistikker. Også veiledersamtalene burde inneholde etikktemaer.

Spesialitetsrådet vedtok å gi en tilbakemelding til spesialitetskomiteene. Komiteene informeres om det noe nedslående resultatet av den gjennomførte spørreundersøkelsen. Rådet ønsket å understreke overfor spesialitetskomiteene at etikk bør være et sentralt tema ved besøk på institusjonene. Det gis signaler om at etikktemaer i større grad må tas opp og synliggjøres i internundervisning og veiledning. Rådet anbefalte også at spørsmål om etikkundervisning bør bli et punkt i rapporten som innhentes fra institusjonene.

Forøvrig ble det informert om at Reidun Førde utarbeider et standard 3-timers undervisningsopplegg i etikk som kurskoordinatorene som kursledere vil imøtekomme i det obligatoriske kurset i administrasjon og ledelse.

Forslag fra spesialitetskomiteen i arbeidsmedisin om tellende tjeneste i deltid under 50%.

Sak 5/3/05, sak 11/3/05 a).

Leder av spesialitetskomiteen i arbeidsmedisin, Jan Haanes Marton, orienterte. Det var ønske om at 1 år av den valgfrie bedriftslegetjenesten til spesialiteten arbeidsmedisin kunne telle i stilling ned til 20 %. Forslaget var basert på at de fleste bedrifter ikke tilbyr så mye som 50 % stilling eller mer, som er dagens krav til stillingsbrøk for tellende tjeneste. Det var også et ønske fra spesialitetskomiteen om å bidra i forhold til rekrutteringsproblemer og desentralisert utdanningstilbud. Komiteen mente at det ikke var nødvendig å ha et stort arbeidsvolum og kvantitet i faget for å kunne tilegne seg dette erfaringsområdet.

Spesialitetsrådet drøftet hvorvidt stillingsbrøker ned til 20 %, eventuelt 30 % av full stilling, ville inneha den kvantitet og kvalitet som kreves i en spesialistutdanning selv om tjenesten ble gjennomført i henhold til målbeskrivelsens krav. Komiteens leder viste til at den type tjeneste måtte godkjennes på individuelt grunnlag. Komiteens leder kunne også strekke seg til en stillingsbrøk på 40 % tjeneste, tilsvarende som i de reviderte spesialistreglene i samfunnsmedisin. For at tjeneste i samfunnsmedisin skal godkjennes, må den i minimum 50%

stilling ha et gjennomsnittlig innhold av samfunnsmedisinsk arbeid på minimum 40 %. Også tjeneste med gjennomsnittlig innhold i samfunnsmedisin ned til 20 % kan godkjennes dersom tjenesten er organisert i særskilte samfunnsmedisinske nettverk. Ved innhold av samfunnsmedisinsk tjeneste under 40 % blir krav til tjeneste forlenget tilsvarende.

Lederen av komiteen mente at tjeneste i samfunnsmedisin vil være ganske lik bedriftslegetjeneste med hensyn til faglige, strukturelle og geografiske forhold.

Spesialitetsrådet fant ikke å kunne slutte seg til spesialitetskomiteens anbefaling. Det hjelper ikke et fag å senke kravene. Rådet så ingen bedret rekruttering av å senke kravet til deltids bedriftslegestilling. Det ville også bli mer detaljerte regler å håndheve. Rådet anbefalte å opprettholde kravet til min. 50% stilling (20% + 30% aksepteres). Rådet vil støtte faget i arbeidet med å få opprettet flere utdanningsstillinger i arbeidsmedisin.

Sosial- og helsedirektoratet – Referat fra arbeidsgruppemøte 13. april 2005 om felles vakttjeneste mellom to hovedspesialiteter

Sak 15/3/05

Det forelå referat fra møte i en arbeidsgruppe under Nasjonalt råd. Arbeidsgruppen skulle vurdere fellesvakt mellom avdelinger som representerer forskjellige hovedspesialiteter. Hilde Engjom og Jørgen J. Jørgensen deltar i arbeidsgruppen. Saken var utløst av at nevrologisk avdeling, Sykehuset Namsos HF ikke ble anbefalt godkjent som utdanningsinstitusjon på grunn av planlagt fellesvakt med indremedisinsk avdeling.

Saken har mange aspekter. Det er viktig å utnytte mulighetene for full utdanningskapasitet i spesialiteten nevrologi samtidig som det er viktig å opprettholde prinsipper for god spesialistutdanning. Vaktarbeid innenfor egen spesialitet er en viktig del av spesialiseringen. Vaktarbeid i annen spesialitet enn den man utdanner seg i, vil fjerne tid og oppmerksomhet og energi fra spesialiseringen i eget fag. Fellesvakt kan også medføre økt avspasering og redusert arbeid på dagtid med konsekvens dårligere kontinuitet i oppfølgingen av pasientene innenfor eget fagområde. En kan også stille seg spørrende til om fellesvakt mellom hovedspesialiteter dekker krav til forsvarlighet. Pasientene har krav på å bli møtt av leger som til daglig arbeider i og har erfaring fra det fag sykdommen tilhører. Det kan også hevdes at felles vaktordning mellom avdelinger som representerer forskjellige hovedspesialiteter anses tariffstridig. Avtalen mellom Legeforeningen og NAVO A2, §2. 1, sier at "tjenesteplikten for den enkelte lege skal være legearbeid relevant for stillingen".

Samtidig ser spesialitetsrådet at vaktordninger berører ressursbruken ved små sykehus. Pragmatiske løsninger må imidlertid ikke gå ut over spesialistutdanningen.

Det var enighet i spesialitetsrådet om at hovedprinsippet må være at det ikke skal etableres felles vaktordning mellom avdelinger som representerer forskjellige hovedspesialiteter. Samtidig kan det være gitte situasjoner hvor det må kunne gjøres unntak på visse betingelser.

Rådet tok saken til orientering.

Krav til utdanningsinstitusjoner i spesialistutdanningen av leger – Mellgren-utvalg 1

Sak 4/1/05

Utvalgets innstilling hadde vært sendt på høring til samtlige spesialitetskomiteer og til 21 tilfeldig valgte gruppe I-avdelinger/ tilsvarende avdelinger. Høringsuttalelsene fra spesialitetskomiteene ble behandlet i rådets møte 23. september 2004, Sak 4/5/04. Høringen gjaldt særlig de krav som var foreslått pålagt gruppe I-institusjoner/tilsvarende institusjoner (der gruppe I-institusjoner ikke eksisterer), herunder punktene 3.2.1.1 – 3.2.2.4.

Avdelingene så det som positivt med en styrking av forskningen i spesialistutdanningen. En formalisert utdyping av regelverket for hvordan utdanningen skulle gjennomføres, ville bidra til en mer enhetlig kvalitet. Flere avdelinger tok imidlertid til orde for et obligatorisk kurs for skolering i vitenskapsteori og forskningsmetodikk, både av kapasitetshensyn og for å sikre kvaliteten i denne opplæringen. Det ble også uttrykt bekymring for at kravene var satt for høyt, slik at flere godt fungerende gruppe I-institusjoner ikke lenger ville fylle de foreslåtte kravene. Det ble også anbefalt unntak for noen av kravene i forbindelse med små spesialiteter og grenspesialiteter, samt anbefalt rimelige overgangsordninger.

Utvalget var bedt om å gjøre en fornyet vurdering av punktene 3.2.1.2, 3.2.1.3 og 3.2.2.3 som omtaler overleger med doktorgrad/vitenskapelig kompetanse, fordypningsstillinger og opplæring i vitenskapsteori, forskningsmetodikk og etikk. Utvalget anbefalte pkt 3.2.1.2 uendret med følgende ordlyd: *Utdanningsinstitusjonen må som hovedregel ha minst to overleger med norsk (eller tilsvarende) doktorgrad. Alternativt må overlegen(e) ha likeverdig erfaring i vitenskapelig arbeid.* Utvalget anbefalte også pkt 3.2.1.3 uendret: *Det bør etableres fordypningsstilling(er) som benyttes til faglig fordypning i spesialiteten.* Utvalget anbefalte endring av pkt 3.2.2.3 til følgende: *Det forutsettes beskrevet hvordan legene under spesialisering får opplæring i vitenskapsteori, forskningsmetodikk og etikk.* Det siste punktet ble således rettet fra ”det forutsettes dokumentert” til ”det forutsettes beskrevet”. Ved enkelte utdanningsinstitusjoner kunne det også trekkes inn i vurderingen at annet personell uten medisinsk grunnutdanning, men med doktorgrad/ tilsvarende vitenskapelig kompetanse, deltar i utvikling av forskningsdelen av spesialistutdanningen. Utvalget anbefalte også at skoleringen i vitenskapsteori m.v. eventuelt kunne dekkes ved å delta i kurs i disse emnene, men prinsipielt skulle opplæringen skje i tilknytning til forskningen ved avdelingen.

Sak 3/2/05

Mellgrenutvalgets innstilling til krav til utdanningsinstitusjoner i spesialistutdanningen av leger, ble på ny behandlet av spesialitetsrådet. Det gjenstod drøfting rundt punktet 3.1.4 i innstillingen som omhandlet veiledning. Veiledningsmøtene skal gjennomføres regelmessig og inkludere evaluering. Rådet anbefalte at veiledningsmøtene ble gjennomført en gang per måned. Avdelingene kunne fravike denne regelen avhengig av individuelle behov.

Innstillingen ble anbefalt fremmet for sentralstyret.

Krav til gruppe I-tjeneste i generell kirurgi og indremedisin. Intensjon og målsetting med gruppe I-tjeneste. Forslag om krav til tjeneste bare i én grenspesialitet – Mellgren-utvalg 2

Sak 5/1/05

Spesialitetskomiteene i generell kirurgi og indremedisin representert henholdsvis ved Marius L. Dalin og Eystein Brandt orienterte om komiteenes syn på krav til tjeneste ved minst to seksjoner som ledd i gruppe I-tjenesten.

Mellgren-utvalget hadde foreslått at for lege som søkte spesialistgodkjenning i hovedspesialitet (indremedisin/generell kirurgi) og grenspesialitet samtidig, burde det være krav til gruppe I-tjeneste bare i den grenspesialiteten en videreutdannet seg i. Det vil si at kravet til tjeneste ved to seksjoner i gruppe I-tjenesten opphørte, og at all gruppe I-tjeneste til hovedspesialiteten kunne gjennomføres innenfor én grenspesialitet. For lege som søkte om spesialistgodkjenning kun i hovedspesialiteten, skulle det opprettholdes krav til gruppe I-tjeneste ved minst to seksjoner/innen minst to grenspesialiteter.

Spesialitetskomiteen i indremedisin var opptatt av den kliniske tjenesten i gruppe I-tjenesten. Det burde her vektlegges krav til tjeneste på to seksjoner ut fra krav til bredde og fremtidig vaktkompetanse. Indremedisin var under et visst press fra grenspesialitetene, men komiteen la vekt på generell vaktkompetanse, vaktberedskap og drift ved små sykehus. Det var heller ikke rasjonelt å skille spesialistutdanningen i to typer utdanningsløp; ett for dem som tar hovedspesialitet, og ett for dem som tar hoved- og grenspesialitet samtidig.

Spesialitetskomiteen konkluderte med å anbefale opprettholdt krav til tjeneste ved minst to seksjoner i gruppe I-tjenesten til spesialiteten indremedisin. En viktigere faktor i effektiviseringen av spesialistutdanningen var å gjennomgå potensialet ved og organiseringen av avdelingen for å legge til rette for et raskere og mer effektivt utdanningsløp.

Spesialitetskomiteen i generell kirurgi sluttet seg til uttalelsene fra spesialitetskomiteen i indremedisin. Gruppe I-tjenesten gav erfaring i klinisk arbeid fra et akademisk orientert klinisk miljø og en bredere basis for vaktkompetansen. Som i indremedisin er det et press på generell kirurgi i form av subspecialisering. Ideelt sett burde det kreves gruppe I-tjeneste både innen gastroenterologisk kirurgi, urologi og karkirurgi. Generell kirurgi gir en kirurgisk grunnutdanning, kunnskap om tilstøtende kirurgiske disipliner, og ikke minst en generell kirurgisk vaktkompetanse. Kirurgisk vaktkompetanse betyr kompetanse i å vurdere kirurgiske tilstander, vurdere hvem som skal forestå behandlingen og operere enklere akutte problemstillinger. Den brede kirurgiske basis er viktig av hensyn til geografi og sykehusstruktur. Innblikk i tilstøtende fag og internasjonale trender går også i retning av mindre subspecialisering. De høyspesialiserte spesialistene ser behov for bredde og basis i det generelle.

Andre muligheter enn å redusere krav til antall seksjoner i gruppe I-tjenesten for å effektivisere spesialistutdanning, var å vurdere stillingsstrukturen og regler rundt denne, funksjonsfordeling og tilrettelegging for oppfylning av operasjonslistene. Endring av kravet til å tjenestegjøre kun ved en gruppe I-seksjon, kom langt ned på listen når det gjaldt hva som påvirket flyt i spesialistutdanningen. Det knyttet seg stor usikkerhet til hvorvidt en fikk en raskere spesialistutdanning ved å endre kravet til innholdet i gruppe I-tjenesten. Hvilke leger blir hjulpet av forslaget om gruppe I-tjeneste ved bare en seksjon? Det hjelper ikke leger som tar hele utdanningen ved gruppe I. Heller ikke er det til hjelp for leger med 2-3 års tjeneste ved gruppe II, eller for dem som bare tar 18 måneders gruppe I-tjeneste og skal tilbake til gruppe II-sykehus. Disse legene får dårligere grunnlag for generell vaktkompetanse. Er det en sosial belastning ved å kreve tjeneste ved 2 seksjoner for leger som blir på gruppe I-avdeling? Komiteen så ikke hvilke problemer en løser ved forslaget.

Effekten av å fjerne kravet til gruppe I-tjeneste ved seksjoner ville dessuten være svekket vaktkompetanse, økt sentralisering og sterkere press i retning av grenspesialisering. Dette ville gjøre det vanskelig eller lite akseptert å tjenestegjøre også ved en annen seksjon. Legene

under spesialisering ville også miste retten til permisjon for å få tjenestegjort ved annen seksjon når det var nødvendig å tjenestegjøre på annet sykehus.

Rådet fant det uheldig med to regelsett i spesialistutdanningen. Det er vanskelig å finne rasjonale for andre regler når en søker om spesialistgodkjenning i hoved- og grenspesialitet samtidig i forhold til når det søkes om hovedspesialitet alene. Både i indremedisin og generell kirurgi var det også viktig med bredde i relasjon til vaktkompetansen. Rådet så det også som uheldig å innsnevre den praktiske tjenesten på gruppe I-nivå. Mellgren-utvalget hadde arbeidet under andre forutsetninger (Bakke-utvalget) enn det nåværende gruppeføring la opp til. I relasjon til forslaget om opphør av gruppeføring/ innføring av akademiske avdelinger og godkjenning av sykehusavdelinger ut fra erfaringsområder, ville imidlertid forslaget fra Mellgren-utvalget kunne være aktuelt.

Rådet fant at de to spesialitetskomiteene hadde god argumentasjon for å ønske å bevare kravet også til en viss bredde i gruppe I-tjenesten. Det var heller ikke dokumentert noe problem med å skaffe seg gruppe I-tjeneste ved to seksjoner for legene under spesialisering. Dette må sykehusavdelingene kunne organisere, hvilket de også syntes å klare.

Spesialitetsrådet vedtok å anbefale å opprettholde krav til gruppe I-tjeneste ved minst to seksjoner til hovedutdanningen i generell kirurgi og indremedisin. Saken fremmes ikke videre.

Andre viktige saker som har vært drøftet i spesialitetsrådet:

- Kompensasjons for kursledelse og foredrag ved grunnkursene i allmenntidmedisin – Sak 7/3/05
- Forslag fra spesialitetskomiteen i fødselshjelp og kvinnesykdommer om endring av punkt 1.b. i de omredigerte spesialistreglene i fødselshjelp og kvinnesykdommer – sak 8/3/05
- Legetjeneste ved Statens legemiddelverk (SLV) – tellende i relasjon til spesialistreglene – reglens punkt 1.c. – helseadministrativ legestilling – sak 9/3/05
- Tjeneste ved gruppe I-institusjon i henhold til samarbeidsavtale – sak 4/2/05
- Krav til organisering av internundervisningen som ledd i spesialistutdanningen – sak 5/2/05
- Tiltaksplan for medisinsk mikrobiologi – sak 6/2/05
- Tilsetting i professorater i medisinske fag – sak 13/2/05
- Kombinert tjeneste for hoved- og grenspesialitet – sak 6/1/05
- Forslag om endret kurskrav i spesialiteten nevrokirurgi – kostnadsanalyse av den foreslåtte kursendring – sak 10/1/05
- Oppfølging av Overlegeforeningens prinsipp- og arbeidsprogram, bistand fra spesialitetsrådet – sak 7/2/05, sak 17/1/05