



## Hørings svar – Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften)

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har sendt på høring forslag til tillegg og endringer i forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger. Forskriften ble vedtatt i desember 2016, men inneholdt ikke regulering av ASA- spesialitetene.

Departementet og Legeforeningen ber om innspill knyttet til konkrete forslag.

Allmennlegeforeningens kommentarer følger i kursiv etter hvert punkt.

Allmennlegeforeningen har valgt å besvare høringen utelukkende for spesialistutdanningen i allmennmedisin, og har ikke tatt stilling til de tilsvarende forslagene for samfunnsmedisin og arbeidsmedisin.

1. Det foreslås at individuell veileder i ASA- spesialitetene skal være spesialist. Departementet er noe usikre på om det er tilstrekkelig antall spesialister til å fylle denne oppgaven og ber særskilt om innspill til om kravet er gjennomførbart (se punkt 6.5.4.2)

*Allmennlegeforeningen mener det er svært viktig at individuell veileder i ASA- spesialitetene selv er spesialist. Veilederen bør også ha særskilt veilederkompetanse, for eksempel ved å ha fullført veilederutdanning gjennom Legeforeningen. Tilstrekkelig kompetanse hos veileder er nødvendig for å sikre den faglige kvaliteten i spesialistutdanningen. Dersom en utdanningsvirksomhet ikke har tilstrekkelig antall spesialister til å selv tilby individuell veiledning til sine ALIS, bør de først og fremst søke samarbeid med andre utdanningsvirksomheter i geografisk nærhet. I en overgangsperiode kan man eventuelt tilby et alternativ hvor utdanningsvirksomheten kan søke dispensasjon fra dette kravet. Eventuelle dispensasjoner må forankres faglig gjennom rådgøring med aktuell spesialitetskomité.*

*Det skilles i ny spesialistforskrift mellom supervisjon og veiledning. Dette oppfattes som et riktig skille. Allmennlegeforeningen mener at for supervisjon er det viktigere at ALIS og supervisor har samme arbeidssted enn at supervisor er spesialist i allmennmedisin. Allmennlegeforeningen er enig i at noe supervisjon kan foregå ved hjelp av telefon eller annen digital kommunikasjon, men erfaring tilsier at for at supervisjon i allmennmedisin skal fungere må muligheten for å kunne vurdere en pasient sammen hyppig være til stede. Det krever geografisk nærhet i hverdagen og tilgjengelighet.*

*Det er foreslått å ikke stille noen særlige kompetansekrav til supervisor, men notert at det i mange tilfeller vil være en fordel om supervisor har medisinskfaglig bakgrunn. Allmennlegeforeningen mener at det må stilles krav om at supervisor i allmennmedisin må være en erfaren allmennlege eller være legespesialist.*

*I høringsforslaget er det lagt opp til at det skal være opp til den enkelte registrerte utdanningsvirksomhet hvordan det best legges til rette for at ALIS får nødvendig supervisjon. Allmennlegeforeningen er bekymret for at manglende nasjonale føringer kan*

*gi uønsket variasjon i kvaliteten på supervisjon, og mener at ALIS bør ha en erfaren allmennlege tilgjengelig for supervisjon på arbeidsstedet minst 40% av tiden. Det må samtidig estimeres hvor mye tid både ALIS og supervisor bruker på supervisjonsarbeidet, og dette må for næringsdrivende finansieres fullt ut, for eksempel med en timelønn i samme størrelsesorden som Normaltariffens takst 14.*

*Finansiering er i svært liten grad nevnt i departementets forslag. Mange av allmennlegene som i dag er i spesialisering arbeider på kontorer med næringsdrift. Flere av disse har uttrykt at terskelen for å be om supervisjon kan være høy når de vet at kollega har en økonomisk belastning ved å gi slik supervisjon. Dette kan mulig ses i sammenheng med situasjonen i norsk allmennmedisin generelt, hvor arbeidspresset har økt uten at det er tilført tilstrekkelig økte ressurser.*

2. Departementet foreslår at hovedregelen for spesialistutdanning innen ASA -spesialitetene er at tjenesten gjennomføres på heltid, men kan unntaksvis gjennomføres på deltid. Det foreslås en nedre grense på 50 % for den delen av spesialisering i allmennmedisin som skjer i åpen uselektert praksis, se § 8 i forskriften (se punkt 6.6.1)

*Allmennlegeforeningen er enig i at tjenesten skal kunne gjennomføres på deltid ned til 50%. Vi mener fleksibilitet i arbeidslivet er viktig, og at også spesialistutdanningen må kunne romme leger i ulike livssituasjoner og med ulike ønsker om daglig arbeidsbyrde, og stiller oss undrende til hva departementet legger i bruken av begrepene «hovedregel» og «unntaksvis». Vi mener den enkelte ALIS bør kunne påvirke stillingsprosent selv, og mener det vil være uheldig dersom det mellom utdanningsvirksomheter kan variere hvorvidt deltid aksepteres. Manglende aksept for deltidsarbeid vil blant annet kunne være til hinder for rekruttering av leger som ønsker bistilling innen f.eks. forskning eller samfunnsmedisin.*

*Det må være et absolutt krav at ved tjeneste i deltid forlenges tjenestetiden tilsvarende, slik at blant annet tjenestetid i åpen uselektert allmennpraksis beregnes til minimum 2 årsverk.*

3. Det foreslås å forskriftsfeste at minst to år av spesialistutdanningen i allmennmedisin skal foregå i åpen uselektert praksis (se punkt 6.3.1)

*Allmennlegeforeningen mener at åpen uselektert allmennpraksis er kjernen i spesialistutdanningen i allmennmedisin, og at det må forskriftsfestes to årsverk i åpen uselektert allmennpraksis.*

4. Det heter i høringsnotatet at læringsmål i ASA- spesialitetene som kun kan oppnås i spesialisthelsetjenesten skal skje ved praktisk tjeneste i denne tjenesten. Det er ikke regulert eller nærmere beskrevet hvordan det skal tilrettelegges for at denne tjenesten rent praktisk skal kunne gjennomføres (se punkt 6.3.1)

*Den nåværende spesialistutdanningen i allmennmedisin har ett års institusjonstjeneste i sykehus som obligatorisk læringsaktivitet. Med endringen til læringsmål i stedet for obligatoriske aktiviteter og tjenestetid mener Allmennlegeforeningen at det må gis rom for at andre deler av helsetjenesten enn spesialisthelsetjenesten kan benyttes for å oppnå læringsmålene, og at tjeneste i spesialisthelsetjenesten ikke blir noe krav i seg selv. Tjeneste ved KAD/ØHD, rehabiliteringsenheter eller palliative enheter i kommunene kan være eksempler på egnede steder. Det bør likevel forskriftsfestes at de regionale helseforetakene skal legge til rette for egne stillinger i helseforetak for ALIS som ønsker å oppnå relevante læringsmål gjennom tjeneste i spesialisthelsetjenesten. Det er også*

*nødvendig at dette nedfelles i samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak, slik det er omtalt i høringsnotatet.*

5. Det foreslås at individuell veiledning i allmennmedisin skal utgjøre en times veiledning hver annen uke (i forskrift om veiledet tjeneste var det forskriftsfestet to timer veiledning per uke). (se punkt 6.3.2)

*Allmennlegeforeningen mener at et gjennomsnitt på en time veiledning hver annen uke ikke er tilstrekkelig. Allmennmedisin er et stort fag der balansen mellom å håndtere mange problemstillinger hver dag og samtidig ikke overse alvorlig sykdom er utfordrende for nye leger. Tilstrekkelig veiledning er særdeles viktig for en sårbar gruppe som allmennleger, som ofte står alene med avgjørelser, og samtidig i mange tilfeller mangler en organisasjon med systemansvar rundt seg hvis noe går galt. Allmennlegeforeningen får hyppige tilbakemeldinger fra ALIS om at de ønsker økt faglig trygghet i utdanningsløpet. Allmennlegeforeningen mener kvalitet og omfang av veiledning i utdanningsløpet vil være avgjørende for rekrutteringen framover. Basert på innholdet i faget, mener vi det er fornuftig at ALIS skal ha tilgang på veiledning i samme omfang som leger i spesialisering i psykiatri. Vi foreslår derfor at man som et minimum må forskriftsfeste 1 time veiledning og 1 time supervisjon per uke. Supervisør bør som nevnt være tilgjengelig langt mer enn dette, og supervisjon bør også innbefatte felleskonsultasjoner/observerte konsultasjoner.*

*Det legges opp til en mulighet for gradering av veiledning, med mest tid brukt i starten av spesialisingsløpet og mindre etter hvert. Allmennlegeforeningen er usikre på om denne antagelsen om redusert veiledningsbehov sent i utdanningsløpet er riktig. Etter hvert som legen blir mer erfaren vil man ofte også i større grad reflektere over kompleksiteten i de faglige utfordringene man håndterer, og dermed ha behov for veiledning omkring dette.*

*Allmennlegeforeningen mener veiledning bør foregå ukentlig for å bidra til økt kvalitet i pasientbehandlingen som ALIS utfører. I tråd med allmennmedisinsk metode vil legen ved et utfordrende kasus ofte avtale oppfølgingstime med pasienten innen 1-2 uker. For å kunne nyttiggjøre seg veileders kompetanse i slike kasus må hyppigheten av veiledningen være tilstrekkelig.*

*En ujevn fordeling av veiledning gjennom et flerårig utdanningsforløp vil heller ikke i stor nok grad kunne ta høyde for at mange ALIS har flere vikariater og ulike arbeidssteder de første årene av karrieren. Allmennlegeforeningen er bekymret for at det kan bli vanskelig for ALIS som har flere avtaleforhold i løpet av utdanningen å få all den veiledningen de har krav på dersom man legger opp til at tilbudet om veiledning skal kunne variere fra år til år.*

*I høringsnotatet hevdes det at i perioder med gruppeveiledning vil det være mindre behov for reflekterende individuell veiledning, samt redusert kapasitet hos ALIS fordi gruppeveiledningen krever deltakelse og oppfølging mellom samlingene. Dette er vi uenige i. Gruppeveiledningen er viktig for refleksjon og modning i faget, men er ofte knyttet til fastsatte temaer, og vil ikke kunne erstatte behovet for individuell veiledning i denne perioden. I forhold til kapasitet mener Allmennlegeforeningen at i et utdanningsforløp må arbeidsmengden dimensjoneres på en slik måte at det er rom for begge disse veiledningsmetodene samtidig.*

*ALIS bør få omfanget av veiledning kontraktsfestet ved inngåelse av vikar- eller fastlegeavtale.*

6. Det foreslås at Helsedirektoratet gis myndighet til å registrere utdanningsvirksomheter og ha et overordnet ansvar for å sikre en enhetlig spesialistutdanning innen ASA-spesialitetene (se punkt 6.4.1 og punkt 6.5)

*Allmennlegeforeningen støtter dette forslaget.*

7. Det foreslås at kommunen får et særskilt ansvar for tilrettelegging av spesialistutdanningen, se forskriftsforslag § 5 (se punkt 6.4.2).

*Allmennlegeforeningen støtter dette forslaget, men ønsker å understreke at kommunene også må tilføres ressurser som gjør kommunen i stand til å gjennomføre en slik tilrettelegging på en god måte. Vi foreslår også at det stilles konkret krav til at kommuneoverlegen eller dennes stedfortreder har møte med ALIS ved oppstart, en gang i halvåret og ved avslutning av arbeidsforholdet eller spesialistutdanningen.*

8. Det foreslås at Legeforeningen skal fortsette å ivareta læringsaktiviteter som i dag for ASA-spesialitetene (se punkt 6.4.3)

*Allmennlegeforeningen støtter at Legeforeningen fortsatt skal ivareta læringsaktiviteter.*

9. Departementet foreslår ikke særskilte krav til supervisor for ASA-spesialitetene (se punkt 6.5.4.2).

*Allmennlegeforeningen har ikke forslag om særskilte krav til supervisor, men mener som nevnt under punkt 1 at minimumskrav til supervisjon må forskriftsfestes. Supervisjon må også finansieres.*

10. Det foreslås at vurdering og dokumentasjon av oppnådde læringsmål for ASA-spesialitetene skal være et ledelsesansvar og at det ved vurdering av oppnådde læringsmål skal innhentes anbefaling fra veileder og minst en som har deltatt i supervisjon. Dersom læringsmålene ikke anses oppnådd skal legen kunne kreve en ny vurdering. Dersom legen ber om det skal fylkesmannen legge til rette for at vurderingen kan foregå hos en annen, se forslag til § 26. (se punkt 6.6.1)

*Allmennlegeforeningen har flere bekymringer knyttet til vurdering og dokumentasjon av oppnådde læringsmål. Det er foreslått at dette skal være et ledelsesansvar. I mange kommuner er det dessverre slik at medisinsk faglig ledelse er mangelvare.*

*Allmennlegeforeningen mener det er uakseptabelt at legers spesialistutdanning skal kunne vurderes og godkjennes av personer uten legeutdanning, eller sågar uten helsefaglig utdanning, som vil være alternativet i en del kommuner gitt en slik ordning.*

*Ordningen med godkjenning av læringsmål legger opp til at store deler av spesialistgodkjenningen blir avhengig av enkeltpersoner som veileder og supervisor. I en slik situasjon må man vise årvåkenhet for den maktubalansen man da skaper, og vise hensyn til sårbarheten for den svake part.*

11. Det foreslås at Helsedirektoratet tillegges oppgaven med å godkjenne læringsmål for ASA-spesialitetene oppnådd i utlandet da det antas at kommuner og registrerte utdanningsvirksomheter ikke har tilstrekkelig kompetanse (se punkt 6.7.1)

*Allmennlegeforeningen støtter dette forslaget, forutsatt at ordningen hvor Helsedirektoratet innhenter sakkyndighetsvurderinger fra spesialitetskomiteen*

*videreføres.*

12. Det foreslås en annen overgangsordning for ASA- spesialitetene enn sykehusspesialitetene – Leger som er under spesialisering i ASA- spesialitetene den 1. mars 2019 skal ha rett til å gjennomføre spesialistutdanningen og søke om spesialistgodkjenning etter dagens ordning, se § 37 tredje ledd bokstav a. Legen kan imidlertid velge om de vil gjennomføre etter ny ordning. (se punkt 6.8).

*Allmennlegeforeningen støtter forslaget om at leger som har startet sin utdanning på tidspunktet hvor regelverket endres gis rett til å fullføre etter det regelverket de selv ønsker.*

*Tidligere har lang behandlingstid for spesialistsøknader vært et stort problem som har medført inntektstap for mange ALIS. Allmennlegeforeningen er bekymret for at behandlingstiden for søknader igjen vil øke i perioden hvor det er overgangsordninger for godkjenning. Direktoratet bør ha særlig fokus på dette og sørge for tilstrekkelige ressurser til arbeidet.*

13. Det bes om innspill til høringsnotatets omtale av de økonomiske og administrative konsekvensene (se kapittel 8).

*Allmennlegeforeningen mener at forslaget sterkt undervurderer de økonomiske og administrative konsekvensene av endringen i spesialistutdanningen. Det er i forslaget estimert en kostnad knyttet til individuell veiledning, men denne tar utgangspunkt i en veiledningsmengde som vi mener i seg selv er utilstrekkelig, samt at forslaget ikke tar høyde for at også supervisjon må finansieres. Det fremkommer heller ikke tydelig om forslaget tar høyde for at både ALIS og veileder/supervisor med næringsdrift vil ha behov for kompensering for tapt inntekt knyttet til medgått tid til veiledning og supervisjon. For ALIS i fastlønnede stillinger vil det også være økte kostnader for kommunen knyttet til økt fravær fra «produksjonsarbeid» for å gjennomføre utdanningsaktiviteter. På toppen av dette vil sannsynligvis de fleste kommuner måtte investere i økt kompetanse for å kunne adekvat fungere i rollen som utdanningsvirksomhet. Kommunene vil også etter all sannsynlighet ha økte kostnader knyttet til administrasjon og oppfølging av utdanningsforløpet for ALIS i sin kommune.*

*Det er i forslaget nevnt som en forutsetning at midlene i Utdanningsfond I og II videreføres til finansiering av læringsaktiviteter for ASA-spesialitetene. Som følge av at alle leger i kommunehelsetjenesten nå skal gjennomføre spesialistutdanning vil det være behov for en styrking av utdanningsfondene i forhold til tidligere bevilgninger. Dette må skje gjennom tilførsel av friske midler.*

14. Departementet foreslår ingen endringer i forskriftens § 2 siste ledd- det skal som hovedregel ikke fastsettes obligatoriske krav til læringsaktiviteter. Ved fastsettelse av læringsmål for alle spesialiteter har Departementet og Helsedirektoratet valgt ikke å inkludere krav til gjennomførte læringsaktiviteter for noen spesialiteter. Legeforeningen ber om høringsinstansenes synspunkter på manglende mulighet til å nedfelle obligatoriske krav til læringsaktiviteter. Legeforeningen ber også om deres vurdering av hvilke konsekvenser dette vil få for spesialistutdanningen.

*Allmennlegeforeningen mener at noen ferdigheter i de medisinske spesialiteter er så spesifikke at det må kreves både særskilte lister og særskilte antall gjennomføringer for å kunne akseptere at et læringsmål er oppfylt. For å unngå unødig og skadelig variasjon må det derfor være mulig å forskriftsfeste bestemte læringsaktiviteter på lik linje med*

*læringsmål.*

15. Ved godkjente utdanningsvirksomheter foreslås det at direktoratet kan gi dispensasjon fra kravet om å ha ansatt en spesialist i spesialiteten og til kravet om at individuell veileder skal være spesialist. Bestemmelsen vil være aktuell ved opprettelse av nye spesialiteter, se forskriften § 22 og § 25. (se punkt 7.2 og 7.3)

*Allmennlegeforeningen mener at med et helsevesen i kontinuerlig endring kan det være nødvendig med dispensasjoner i særskilte saker. Det må sikres at dispensasjoner ikke blir hyppig forekommende, og det må være en forutsetning at relevante fagmiljø gjennom aktuelle spesialitetskomiteer skal rådføres i dispensasjonssaker.*

16. Departementet foreslår at det ikke skal stilles krav til utdanningens lengde ved utdanning i spesialiteter i tillegg til den første godkjente spesialiteten, se forskriften § 31.

*Allmennlegeforeningen støtter at kravet til utdanningslengde kan fravikes ved spesialiteter etter den første. Det er samtidig en viktig forutsetning at læringsinnholdet blir det samme uavhengig om det er første eller senere spesialitet. Fravikelse av lengdekrav styrker også behovet for å kunne forskriftsfeste enkelte krav til tid og mengde for læringsaktiviteter i et spesialistutdanningsløp, som for eksempel to årsverk åpen uselektert allmennpraksis, et visst antall legevakter og konkrete ferdighetslister.*

I tillegg til det ovennevnte ønsker Allmennlegeforeningen å bemerke følgende punkter:

- *Allmennlegeforeningen savner omtale om håndtering av overganger mellom ulike avtaleforhold for de ALIS som arbeider ulike steder i løpet av spesialiseringen. Dette er svært vanlig, og gjelder sannsynligvis flertallet av ALIS. Flere læringsmål er formulert slik at de vil kunne være delvis oppnådd i et arbeids- eller avtaleforhold, og det må etableres rutiner som sikrer at ALIS ikke blir forsinket i sitt utdanningsløp som følge av uklarheter rundt vurdering og attestering i slike tilfeller.*
- *Allmennlegeforeningen mener at det gode arbeidet som gjøres knyttet til økt kvalitet i spesialistutdanningen blir svekket av at det i den vedtatte kompetansekravforskriften er et unntak fra kravet om å starte spesialistutdanning ved inntil ett års vikariater. Bekymringen knytter seg i hovedsak til at nye leger som starter karrieren som vikarer, av økonomiske årsaker i kommunene ikke skal gis samme rett til oppfølging, veiledning og supervisjon som leger som inngår lengre arbeids- eller avtaleforhold. Vi mener derfor at også i kortere vikariater enn ett år må en lege sikres retten til å starte sin spesialistutdanning dersom legen selv ønsker det. Det er også svært viktig for rekrutteringen til allmennmedisin at nye leger får tilbud om veiledning og supervisjon.*
- *Allmennlegeforeningen har merket seg at forskning og forskningstjeneste ikke er nevnt i forslaget til ny spesialistforskrift. Vi mener at det fortsatt må stimuleres til allmennmedisinsk forskning og kvalitetsforbedringsarbeid gjennom spesialistutdanningen, og ber om at dette omtales.*

På vegne av ALIS-utvalget og styret i Allmennlegeforeningen,

Elisabeth Stura

Leder ALIS-utvalget/Styremedlem Allmennlegeforeningen