



Legeforeningen
v/Siri Næsheim

Deres ref.:

Vår ref.:

Dato: 22.11.2021

Høring – forslag til endringer i forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften)

Yngre legers forening takker for anledningen til å gi innspill til høringen «Forslag til endringer i forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften)». Styret har behandlet denne høringen i styremøte 22.11.2021.

For Yngre legers forening (Ylf) er det viktig at reformen med innføring av Spesialistforskriften og overgang til kompetansebasert medisinsk utdanning både blir et reelt kvalitetsløft for spesialistutdanningen i Norge og at man sikrer en nasjonal LIS-utdanning. Samtidig er det viktig for oss at spesialistforskriften legger gode rammer som ivaretar hensynet til kvalitet og trygg og god læring. Ylf mener også det er nødvendig med smidige overgangsordninger som forhindrer unødvendige forsinkelser i spesialistutdanningen for den enkelte som ikke er begrunnet i faglige og kvalifikasjonsmessige hensyn.

I høringsnotatet er det foreslått flere endringer i forskriften. Ylf kommenterer i det videre de foreslåtte endringene i kapittel 5 i høringsnotatet som vi oppfatter å være relevante for oss.

5.2.1 Utdanningsvirksomhetenes ansvar for utdanningsløpet til den enkelte lege

Slik vi leser forslag til endring i dette punktet, som omfatter § 25 i spesialistforskriften, omhandler det hvordan ansvaret for veiledning av LIS skal organiseres, både når LIS gjennomfører spesialiseringsperiode i annen virksomhet enn der LIS har sin faste stilling/er tilknyttet, og også når LIS i indremedisinske og bløtkirurgiske spesialiteter roterer innad i egen utdanningsvirksomhet for å gjennomføre tjeneste relevant for læringsmål i spesialistutdanningens del 2. Ylf er bekymret for den utviklingen den foreslåtte endringen vil medføre og ønsker å komme med flere kommentarer til dette.

Innledningsvis vil vi starte med å presisere viktigheten av at man ser på indremedisinske og bløtkirurgiske spesialistutdanninger som helhetlige utdanningsløp der del 2 og del 3 er integrert. Praksis i de fleste sykehusavdelinger er at man ser på dette som to separate deler av spesialistutdanningen der LIS settes i "rotasjonsstillinger" for å oppnå læringsmål tilhørende del 2 før man får lov til å starte i dedikerte LIS3-løp som på mange måter samsvarer med gamle B-grensstillinger. Dette er ikke etter spesialistforskriftens intensjon og det er viktig at det nå ikke gjøres endringer når det kommer til organisering av/ansvar for veiledning som på mange måter støtter opp under den kunstige inndelingen i del 2 og del 3 som er i ferd med å feste seg i sykehusene.

Videre ser Ylf behov for å presisere det som er skrevet i dette kapittelet om faste stillinger og vikariater. Faste stillinger skal være hovedregelen for ansettelse i sykehus. Praksis er imidlertid at de aller fleste LIS starter i midlertidige stillinger av relativt kort varighet og man har vanligvis jobbet i mange år før man får fast stilling som Lege i spesialisering.

Veiledning er en helt sentral del av spesialistutdanningen, slik det også fremgår av Helsedirektoratets faglige råd for veiledning av leger i spesialisering. Veiledning er samtidig en nødvendighet når det kommer til å etterleve målet om kompetansebasert medisinsk utdanning, og er en viktig del av den formative vurderingen av LIS. Veiledning er allerede en salderingspost i en travel klinisk hverdag og det foreslaget som nå foreligger bidrar ikke til å fremheve viktigheten av veiledning gjennom hele spesialistutdanningen til LIS. Det er uheldig.

Bestemmelsen om at veileder skal være spesialist i den spesialiteten som legen spesialiserte seg er foreslått videreført, og dette støtter Ylf. LIS skal nå ansettes i fagspesifikke spesialiseringssløp, hvilket medfører at dette dermed vil kunne være enkelte å etterleve. En intensjon om at LIS skal ha samme veileder så lenge som mulig er også noe vi støtter. Det er nyttig for å utvikle den tillitsrelasjonen en veileder-LIS-relasjon må være for å kunne få til meningsfull og utviklende veiledning.

For LIS i kortere vikariater i indremedisinske og bløtkirurgiske spesialiteter så er vi i og for seg ikke uenige i at veileder kan være en som er spesialist i en spesialitet som deler felles faglig plattform frem til LIS har fått stilling i ønsket spesialitet, gitt at intensjonen med dette er å sikre at LIS ikke trenger å bytte veileder oftere enn nødvendig. Det bør imidlertid da være slik at man tildeles veileder i den spesialiteten man har første stilling tilknyttet og beholder denne veilederen, forutsatt at veiledningen fungerer, inntil et evt bytte fordi LIS av faglige grunner trenger et bytte. Ylf vil presisere at det må være hensynet til kvalitet i veiledning som må være førende prinsipp for organisering av veiledningen og ikke driftsmessige behov.

Ylf mener forslaget til endring i § 25 fjerde ledd ikke er presist nok formulert da dette viser til LIS ansatt i vikariat i utdanningens andre del. Vi vil gjerne påpeke at LIS ikke skal være ansatt som vikar i del 2-stillinger, og dette bør rettes opp i formuleringen. Vi foreslår følgende endring i § 25 fjerde ledd, tredje punktum:

Dersom en lege er ansatt i vikariat i ~~utdanningens andre del~~ spesialiteter med del 2 og 3 er det tilstrekkelig at veilederen er godkjent spesialist i en av spesialitetene i den felles faglige plattformen den tiden LIS er i rotasjon til andre avdelinger for å oppfylle læringsmål tilhørende del 2.

For LIS i rotasjon mellom ulike avdelinger i en periode av spesialiseringssløpet i indremedisinske og bløtkirurgiske spesialiteter er det viktig og nødvendig at veiledning skjer like regelmessig og med god kvalitet som for LIS som ikke er i slik rotasjon. Ansvaret for dette mener Ylf må tydeliggjøres at ligger hos arbeidsgiver. For Ylf er det viktig å påpeke at det gjerne er tidlig i karrieren at det meste av slik rotasjon blir gjennomført, og det er også i den perioden hvor grunnlaget for utvikling av rolleforståelse og egen yrkespraksis legges. Det er i denne perioden også helt avgjørende med regelmessig veiledning nettopp for å støtte opp under refleksjon rundt blant annet slike tema. Slik vi leser forslaget fra Helsedirektoratet kan det se ut som om man ser på veiledning som mindre viktig i perioder med rotasjon, noe vi synes er bekymringsfullt.

Når det gjelder rotasjon til andre avdelinger med annen spesialitet, tilsvarende gammel sidetjeneste som for eksempel LIS i fødselshjelp og kvinnesykdommer som trenger rotasjon til en kirurgisk avdeling, så forstår vi det slik at det foreslås at LIS for den perioden kan ha veileder som er kirurg. Dette vil i stor grad være sammenfallende med gjeldende praksis og Ylf har ingen større innsigelser til dette. Det er likevel viktig for oss å presisere at ansvaret for utdanningsløpet og individuell utdanningsplan fortsatt ligger hos moderavdelingen.

Når det gjelder rotasjon til andre utdanningsvirksomheter for å oppnå læringsmål som ikke kan oppnås der LIS har sin faste tilhørighet, så er det naturlig at det skjer et veilederbytte, og Ylf støtter ikke at man i denne periode skal beholde veileder fra den utdanningsvirksomheten man kom fra. Det vil være tilnærmet umulig å gjennomføre god veiledning av LIS som befinner seg i en annen kant av landet. Ylf forutsetter imidlertid at man da får spesialist i samme spesialitet som LIS-legen utdanner seg i. Det vil være noen naturlige unntak fra dette, for eksempel for LIS i nevrologi som gjennomfører nevrokirurgisk tjeneste ved universitetssykehus – da er det naturlig at veileder er nevrokirurg. Ylf mener hovedregelen må være at LIS får relevant spesialist som veileder, tilpasset det spesialiseringsløpet LIS gjennomfører. For de fleste LIS vil det bety veileder i samme spesialitet som LIS er i spesialisering i, mens det vil være noen unntak fra dette begrunnet i faglige hensyn mtp hvilken tjeneste LIS har spesialiseringsperiode for å gjennomføre.

Slik forskriftsendringen er formulert er den etter sin ordlyd ikke begrensende ifht hvilken type spesialitet veileder skal inneha ved lengre tjeneste opphold utenfor den ansvarlige utdanningsvirksomheten. Ylf mener det må presiseres, og foreslår følgende endring i § 25 fjerde ledd, annet punktum:

Dersom en lege i spesialisering har et lengre tjenesteopphold utenfor den ansvarlige utdanningsvirksomheten under spesialistutdanningen kan veilederen i den perioden være godkjent spesialist i en annen spesialitet. skal veileder som hovedregel være godkjent spesialist i samme spesialitet som LIS. Dersom det er faglig begrunnet kan veileder i denne perioden være godkjent spesialist i annen spesialitet.

5.2.2 Vurdering og dokumentasjon av oppnådde læringsmål

Helsedirektoratet anfører i høringsnotatet at de foreslåtte endringene for §25 vedr organisering av veiledning, som beskrevet over, får konsekvenser for veileders rolle i vurdering av læringsmål. Dette er et premiss Ylf ikke er enig i og vi støtter heller ikke forslag til endring i §26. Dette utdypes under.

Det argumenteres innledningsvis med at dersom veileder og LIS ikke jobber ved samme avdeling/side om side i hverdagen, vil det være vanskelig for veileder å vurdere hvorvidt LIS oppnår læringsmålene og at det derfor er vanskelig å oppfylle kravet i §26 om at det skal innhentes opplysninger fra veileder og minst en supervisor før læringsmål godkjennes. Ylf er ikke enig i denne argumentasjonen.

Veiledning handler om mye mer enn en ren faglig vurdering, det går på refleksjon rundt yrkesutøvelse, rolleforståelse, progresjon m.m. Dette vil være en vesentlig del av den totale vurderingen av legens kunnskaps- og kompetansenivå. I tillegg skal også læringsmål i felles kompetansemål vurderes, der mye av innholdet omhandler refleksjon rundt ulike tema. Ylf mener dette i stor grad handler om organisatoriske utfordringer som utdanningsvirksomhetene må løse. Veileder bør derfor, som nevnt i kapittelet over, være tilknyttet den spesialiteten (og dermed avdelingen) hvor LIS starter i sin stilling slik at den

initiale relasjonen kan bygges. Videre vil veileder i perioder med mindre klinisk felles kontakt måtte innhente nødvendige opplysninger for å kunne gjennomføre veiledning.

Videre i dette kapittelet foreslår Helsedirektoratet å også fjerne kravet om at supervisor skal delta i vurdering av oppnådd kompetanse og godkjenning av læringsmål. Argumentet for dette er at det er utdanningsvirksomhetens ansvar å sørge for at LIS får løpende vurdering av oppnådde læringsmål, men det gis ingen ytterligere faglige argumenter for hvorfor man tar bort supervisor(er)s rolle i denne oppgaven.

Å fjerne kravet om at veileder og supervisor(er) skal rådføres før læringsmål godkjennes er på mange måter problematisk. Dette gir leder en selvstendig frihet til å godkjenne og avslå læringsmål på eget initiativ, og Ylf ser ikke at det kan være i tråd med prinsippet om kompetansebasert medisinske utdannelse, og mener at dette er en svært uheldig utvikling. Flere steder er heller ikke nærmeste leder lege, og vi stiller oss undrende til hvordan man da kan gjøre en faglig god vurdering av hvorvidt læringsmål er oppfylt eller ikke. Situasjonen vil da kunne bli at det ikke foreligger medisinskfaglig vurdering til grunn for godkjenning av spesialister i Norge, og det mener Ylf ikke fremmer en spesialistutdanning med høy faglig kvalitet. En annen uønsket utvikling en slik endring kan medføre, er at ledere i større grad delegerer godkjenning av læringsmål til LIS-legens veileder. Å godkjenne læringsmål, som er et arbeidsgiveransvar, og samtidig være LIS-legens veileder, mener vi er en interessekonflikt som ikke bør forekomme annet enn der det er så små forhold at annet ikke er mulig. I de tilfeller hvor LIS trenger sin veileder pga faglige utfordringer/dårlig progresjon, vil tillitsrelasjonen nødvendig for slik oppfølging kunne bli brutt dersom veileder skulle ha en slik uheldig dobbeltrolle.

I en travel hverdag er det vanskelig nok å etterleve de kravene som ligger i forskriften pr i dag, og vi er kjent med at det er mange ledere som godkjenner læringsmål dag 1 hos sine LIS for ikke å trenge å forholde seg mer til det, og også kjent med at ledere ikke vil godkjenne noen læringsmål fordi man er usikker på hvor lista for "godt nok" ligger. Det kan i seg selv være vanskelig, og det er nettopp derfor det er behov for en breddevurdering av LIS der ulike aspekter bringes inn for å kunne gjøre en god summativ vurdering av den enkelte lege. Ylf mener snarere tvert imot at behov for breddevurdering av læringsmål i større grad bør presiseres enn slik det foreligger i dag. Det er nødvendig for å sikre objektiv og transparent vurdering av legenes kompetanseutvikling gjennom spesialiseringssløpet.

5.3 Overgangsregler

Helsedirektoratet foreslår å forlenge fristen for å konvertere fra gammel til ny ordning i sykehusspesialitetene fra 1.mars 2022 til 31.desember 2023 med bakgrunn i etterslep i spesialistutdanning som følge av Covid-19-pandemien. Ylf støtter dette forslaget.

Ylf ønsker samtidig å presisere at det er mange andre sider av overgangsordninger og tilgrensende forhold for LIS som gir mange utfordringer, og som også burde ha vært løftet til egen diskusjon med henblikk på forskriftsendringer. Dette gjelder flere grupper leger. En gruppe som, etter vårt syn, ikke har et godt nok tilbud i dagens ordning, er leger som kommer fra andre land og har startet sin spesialistutdanning der, og har kanskje til og med jobbet som allmennlege en begrenset periode i Norge, men som likevel må gjennomgå del 1 for å kunne fortsette spesialiseringen sin. Vi er helt enige i at legene trenger en introduksjonsstilling til det norske helsevesenet, og også for å kunne gjøre en reell vurdering av legenes kompetanse, men vi er usikre på om fullverdig del 1 er det mest riktige for disse legene. Tilgangen på LIS1-stillinger er en knapphetsressurs og bør forbeholdes de legene som trenger det. Videre er det mange utfordringer med LIS som går i utdanningsløp i indremedisinske og

bløtkirurgiske spesialiteter som startet den generelle utdanningen i gammel ordning og kommer uheldig ut med grenspesialiteten som ikke kan gjennomføres i gammel ordning, men må konverteres til ny, hvilket medfører en reelt lenger utdanning enn kanskje nødvendig. I en tid med spesialistmangel er dette uheldig. En annen utfordring er LIS i de samme spesialitetene som ønsker/trenger dobbelspesialitet innen samme faggruppe med felles del 2 der man blir sidestilt med andre spesialiteter mht dobbelspesialisering og tidsforbruk, f.eks. dobbelspesialitet i generell kirurgi og urologi er sidestilt med dobbelspesialitet i voksenpsykiatri og øyesykdommer. Dette til tross for at en stor del av spesialiseringssløpet i to separate spesialistutdanninger er identisk sammenfallende gjennom felles del 2 for indremedisinske og bløtkirurgiske spesialiteter. Dette gir også mange utfordringer, all den tid de fleste av sykehusene i Norge ikke har seksjonerte vaktlag innen indremedisin og kirurgi og det er behov for generalistkompetanse på sykehusene.

Ylf opplever at det er behov for en større revisjon av spesialistforskriften, og opplever i liten grad at de forslagene som nå er lagt frem vil bidra til å bedre kvaliteten i spesialistutdanningen.

Med hilsen
Yngre legers forening

Kristin Kornelia Utne
leder

[Dokumentet er godkjent elektronisk](#)