

Fremtidens spesialistutdanning

Fremtidens spesialistutdanning:

Styret i Hedmark legeforening har avgitt hørings svar om fremtidens spesialistutdanning.

Utredning av Helsedirektoratets og RHFenes oppgaver i fremtidig spesialitetsstruktur

Hedmark legeforening (HELF) er generelt skeptiske til den foreslåtte endringen i utdanning av spesialister. Vi synes dagens ordning har fungert bra og ser at det vil bli vanskelig å få implementert de foreslåtte endringene med den korte tidsfrist som er skissert.

Hedmark legeforening (HELF) er generelt skeptiske til den foreslåtte endringen i utdanning av spesialister. Vi synes dagens ordning har fungert bra og ser at det vil bli vanskelig å få implementert disse endringene med den korte tidsfrist som er skissert.

Hedmark legeforening er meget skeptisk til den foreslåtte modellen og har vansker med å se hvorfor helsedirektoratet ønsker omleggingen. Det kommer ikke tydelig frem hvorfor man ønsker denne raske endringen. Hva er galt og hva fungerer ikke i dagens utdanning for norske spesialister? Det står i forordet at intensjonen er hensynet til kvalitet og pasient sikkerhet, uten at vi føler oss sikre på at dette vil bedres med ny godkjenningssystem. Vi er ikke kjent med at det er generell misnøye med dagens kvalitet på norske spesialister.

Forslaget om et overordnet spesialitetsråd må kommenteres med for liten legerepresentasjon (3 av 12 foreslåtte representanter leger?). Legene selv er selvsagt de som har størst forutsetning for å lage en god faglig spesialistutdanning og vurdere hva som kreves. HELF er skeptiske til byråkratisering av vurdering av kompetanse.

ALLMENNMEDISIN

HELF støtter ikke forslaget om å organisere ansvar for utdanning i allmennmedisin til RHF-ene. Det er svært liten kunnskap om allmennmedisin i RHF-ene og ingen tradisjon for å tenke på utdanningen i allmennmedisin. De særskilte behov i allmennmedisin vil ikke kunne ivaretas gjennom organisering i RHF. Allmennmedisin er et fag som i større grad enn mange andre spesialiteter endres og utvikles kontinuerlig. Det er derfor også det eneste faget hvor det er krav til etterutdanning og resertifisering

hvert 5.år. Kompetansebehov, utdanningsbehov og veilederbehov forstås best av de som arbeider i faget. Hvis det ikke er legeföreningen som skal organisere dette videre, er det vanskelig å se hvilke andre fagmiljø som kan ha denne oversikten. Fylkesmannembetet, slik det er i dag, har i de fleste fylker svært liten oversikt over de ulike fagmiljø og deres kompetanse i allmenmedisin. Universitetene er langt unna for de fleste, og fagmiljøene der har i liten grad oversikt over kompetansen lokalisert på legekantorene. Det er pr i dag ingen utdanningsstillinger i allmenmedisin. En LiS lege i allmenmedisin må ha fast lønn og det må etableres utdanningsansvarlige der LiS legen arbeider.

Dagens smågrupper er ikke nevnt i dokumentet. Dette er gode kilder til faglig oppdatering og samarbeid for de fleste fastleger.

Dagens veilederutdanning og veiledningsgruppene i regi av Dnlf er svært gode. Det vil være lite hensiktsmessig å endre på dette.

Det er viktig med gode lokale kurs, dagens ordning med lokale kurskomiteer har fungert bra. Det er vanskelig å se hvordan RHF-ene kan overta dette.

For å sikre allmenlegers mulighet til sideutdanning med tjeneste på sykehus kan RHF pålegges å opprette egne stillinger for dette. Det er ikke nødvendig at hele spesialistutdanningen organiseres gjennom RHF for å få til dette. Forslaget om 12 mnd tjeneste fordelt på bolker a 3 mnd er spennende, og synes hensiktsmessig. Det må da være klar struktur med klare læringsmål og uten vaktplikt (allmenleger kan ikke gå i vakt som LiS lege i et fag som ikke er deres eget og med kun kort erfaringstid på hver enkelt avdeling).

LIS-LEGER I RHF

HELF er skeptiske til at læringsmålene ikke lengre blir prosedyre eller tidsbestemt, men skal defineres ut ifra læringsutbytte. Dette blir ekstremt lite konkret og vanskelig å vurdere. Leger blir bedre ved praktisk øvelse på reelle pasienter og det er svært viktig at man i praktiske fag som f.eks kirurgi og anesthesiologi har et minimum av prosedyrer bak seg før man kan kalle seg spesialist. E-læring og simulatortrening kan ikke erstatte dette.

HELF er undrende til hvordan Helsedirektoratet i praksis skal klare å følge opp kvaliteten på utdanningen. Hvert RHF vil slik det er i dag med LIS i faste stillinger ha stor egen interesse i bedre faglig utdannelse av de legene som skal arbeide videre i foretaket. Det er viktig at Dnlf er sterkt med i styringen av spesialistutdanningen også for LIS leger i de RHF.

RHF-ene må få tilført betydelige økonomiske ressurser for å oppfylle kravene til utdanningskompetanse. Allerede hardt tidspressede spesialister vil vanskelig kunne prioritere å være "superveiledere" i tillegg til alle andre oppgaver.

HELF håper det i framtida blir laget ordninger der avtalespesialistene blir brukt i spesialistutdanningen. Avtalespesialistene sitter med svært mye erfaring, kompetanse og stort pasientgrunnlag. De har mye å bidra med i utdanningen av LIS. Det vil også være viktig for rekrutteringen av nye avtalespesialister at LIS får mulighet til å få en del av utdanningen sin utenfor sykehus. I mange fag utgjør avtalespesialistene en svært viktig del av den polikliniske offentlige helsetjenesten. Bruk av utdanningsmuligheter hos avtalespesialistene må systematiseres på nasjonalt plan.

HVORDAN IVARETA KOMPETANSE?

Legeforeningen har i over 100 år vært hovedansvarlig for spesialist utdannelsen av norske leger og har opparbeidet en stor kompetanse, og Hedmark legeforening mener at denne kompetansen bør ivaretas i langt større grad enn det er foreslått i dokumentet. Slik det er foreslått virker det kun som legeforeningen vil ha en perifer rådgiver funksjon. Funksjonen til legeforeningen bør i lang større grad tydeliggjøres og utdypes.

Hvorfor kan man ikke bygge videre på legeforeningens spesialistkomiteer? De foreslåtte spesialistråd virker likt organisert som dagens spesialistkomiteer. HELF mener det vil være enklere å opprettholde god kompetanse i rådene om disse organiseres gjennom Dnlf.

Mangeårig opparbeidet kompetanse i spesialistutdanning og vurdering må ikke gå tapt.

ØKONOMI

HELF merker seg den betydelige merkostnad for samfunnet dette forslaget innebærer. Utgiftene til H-dir er betydelige, i tillegg kommer utgifter til etablering av kompetansemiljø for utdanning i RHF-ene, Universitetene samt i allmennmedisin.

EØS-AVTALE; GJENSIDIG GODKJENNING

Rapporten beskriver hvordan de har sammenlignet utdanningssystemet med Sverige og Danmark. Norge har avtale om automatisk godkjenning av spesialister fra andre EU/EØS land og det er lite hensiktsmessig å ikke se på hvilke kvalifikasjoner som kreves for å oppnå spesialitet i de andre europeiske land. Utdanningskravene må samsvare med dette regelverket.

NASJONAL LIKHET

Det er uheldig om økonomien i de ulike RHF skal bli styrende for kvaliteten på spesialistutdanningen. Utdanning vil i en presset økonomi fort bli salderingspost.

Det er viktig at spesialistutdanningen blir nasjonal og at mulighetene for å bli spesialist blir like i hele landet. Spesielt i allmenmedisin er det vanskelig om det skulle bli geografiske skiller for hvor man kan ta utdanning/delta på kurs. Mange kommuner er randsoner i forhold til RHF og vil profitere på å kunne bruke tilbud i et annet RHF enn det de er organisert under.

For styret i Hedmark legeforening

Marte Kvittum Tangen, leder