



Yngre legers forening

POLICYDOKUMENT OM SPESIALISTUTDANNING

INNLEDNING

I Norge er det ikke bare en forventning om, men også lovpålagt at spesialisthelsetjenesten tilbyr forsvarlige og omsorgsfulle helsetjenester. Arbeidet som legespesialister utfører er kjerneoppgaven i norske sykehus. Dette impliserer både et krav om spesialister med tilstrekkelig kompetanse og også tilstrekkelig antall spesialister. Det er forventet spesialistmangel i Norge i mange år. Det er politisk ønsket at en lege blir spesialist så fort det lar seg gjøre. For å sikre dette må spesialiseringen av leger planlegges i langsiktige perspektiver. Det må bygges opp systemer som sikrer god kvalitet på spesialistene og som er fleksible nok til å integrere nyvunnen kunnskap og endringer i befolkningens behov for helsetjenester.

LOVGIVNING

Lovgivningen utløser plikter og rettigheter både for leger i spesialisering og for sykehusene. Krav til kvalitet, arbeidsmiljø og produktivitet i helsetjenesten gjør det nødvendig å etablere rammer, strukturer og krav til innhold i spesialiseringen av leger slik at denne innfrir sin hensikt. Dette må man også ta høyde for når sykehusene omorganiseres både på nasjonalt og lokalt nivå, samt ved endringer i både innhold, gjennomføring og ansvar for spesialistutdanningen av leger. Det er nødvendig at det fokuseres på kvalitet på alle nivå for å unngå at spesialistutdanningen forringes grunnet driftskrav og innsparinger.

FORMÅLET

Spesialisering av leger skal holde høy faglig kvalitet, følge internasjonale standarder og foregå innenfor ordinære arbeidsrettslige rammer. Det skal sikres at Norge har et tilstrekkelig antall legespesialister med kompetanse på internasjonalt nivå, og som kan ivareta norsk spesialisthelsetjeneste både nå og i fremtiden. Antall LIS-stillinger i alle kategorier må dimensjoneres for å sikre tilstrekkelig utdanningskapasitet til å dekke fremtidig behov for spesialister.

YLF MENER:

1. Norge skal være selvforsynt med spesialister
2. Det må sikres at spesialiseringen i Norge holder en høy faglig standard
3. Spesialiseringen av leger må planlegges slik at det tas høyde for demografiske og epidemiologiske endringer i befolkningen over tid. Samfunnets planmessige behov for en helhetlig spesialisthelsetjeneste skal være førende for spesialisering av leger i Norge.

RAMMER OG ANSVAR FOR SPESIALISTUTDANNINGEN

Rammer, innhold og ansvar for legespesialiseringen er basert på et nært samarbeid mellom helsemyndigheter, de regionale helseforetakene (RHF) og Legeforeningen. Spesialistforskriften regulerer ansvarsområder i spesialistutdanningen. Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet har det overordnede ansvaret for spesialistutdanningens innhold og kvalitet. De regionale helseforetakene (RHF) har delegert ansvar for den praktiske gjennomføringen. Legeforeningens spesialitetskomiteer har en rådgivende funksjon i faglige spørsmål.

Norsk sykehusstruktur bør styres etter tre behov: Faglig sentralisering for å sikre tjenester av best mulig kvalitet, helsetilbud i akseptable avstander fra der hvor folk bor og økonomisk forsvarlige drift. Sykehusstruktur påvirker kapasiteten i spesialiseringen leger.

YLF MENER:

4. Norske helsemyndigheter og helseforetakene har ansvaret for at spesialisering gjennomføres i tråd med spesialistforskriften
5. Det tette og konstruktive trepartssamarbeidet bør videreutvikles for å optimalisere og utvikle spesialitetene i samsvar med medisinsens utvikling og fremskritt

6. Ved endringer i sykehusstruktur på nasjonalt og lokalt nivå må konsekvenser for spesialiseringen analyseres og hensyntas. Dette gjelder både ved funksjonsfordeling, endring i behandlingstilbud og større organisatoriske endringer

INNHold

Spesialistutdanning i Norge baserer seg på prinsippet om kompetansebasert medisinsk utdanning. Innholdet i spesialistutdanningen fremgår av spesialistforskriften med vedlegg der læringsmålene for hver spesialitet står beskrevet. Helseforetakene utarbeider planer for anbefalte læringsaktiviteter og aktuelle læringsarenaer for den enkelte spesialitet. Læringsmål som ikke kan oppfylles ved eget sykehus/foretak må det legges til rette for at man får gjennomført ved samarbeidende foretak eller andre aktører. Avtaler om samarbeid mellom sykehus, helseforetak og andre aktører må være kjent og det må fremgå av foretakenes utdanningsplaner hvem man samarbeider med og i hvilket omfang det er nødvendig med annen tjeneste. Det skal det foreligge en skriftlig individuell utdanningsplan mellom arbeidsgiver og den enkelte lege som beskriver planen for hele spesialiseringsløpet, inkludert tidfesting, varighet og sted for nødvendig supplerende tjeneste.

Kompetansebasert medisinsk utdanning krever god kunnskap og forståelse for kompetansevurdering i en klinisk hverdag. Det må settes av tid og ressurser til å følge opp dette, og det er en grunnleggende forutsetning for å etterleve prinsippene spesialistforskriften bygger på. Utdanningsstrukturen skal bidra til å øke kvaliteten på spesialistutdanningen. Supervisjon og veiledning må være stedlig, av god kvalitet og gis av leger med nødvendig veiledningskompetanse innen samme spesialitet.

Spesialistutdanningen skal bygge på forskningsbasert kunnskap. Akademisk utdanning skal integreres i spesialisering i alle fag. Det er behov for reelle kvalitetsparametere for innholdet i utdanningen som helseforetakene måles på.

YLF MENER:

7. Spesialiseringen må være forutsigbar og følge planlagte og definerte løp som har tydelige spesifikke krav til innhold. Dette gjelder blant annet varighet, progresjon, prosedyrekrav, forskning, veiledningsopplegg, behov for annen relevant og nødvendig tjeneste og hvor dette skal gjennomføres.

8. Spesialistutdanningen må organiseres og gjennomføres etter felles standard for å sikre nasjonal utdanning av høy faglig kvalitet.

9. Supplerende tjeneste skal bare forekomme for å ivareta læringsmål som ikke kan oppfylles ved eget arbeidssted. Den skal være forutsigbar og det skal fremgå av utdanningsplanen hvor og når dette skal gjennomføres.
10. Samarbeidsordninger for supplerende tjeneste må være sosialt, geografisk og økonomisk akseptable for den enkelte lege. Samarbeidsordningene må ikke være til hinder for utdanningsløp på tvers av RHFene. Det bør utvikles nasjonale systemer for oversikt og organisering av rotasjon på tvers av helseforetak og regioner.
11. Spesialiseringen skal gjennomføres innenfor ordinære arbeidsrettslige rammer og være kostnadsfri for den enkelte lege.
12. Det bør legges opp til fysiske møtepunkter i spesialistutdanningen på tvers av foretak og regioner for å sikre utveksling av faglige erfaringer og prosedyre- og kompetanseutveksling på landsbasis. Dette inkluderer deltakelse på kurs.
13. Spesialitetskomitéens funksjon må videreføres og utvikles for å sikre at kvaliteten i spesialiseringene opprettholdes. Komitéenes kvalifiserte meninger tillegges vekt i forbindelse med funksjonsfordelinger, endring i sykehusstruktur og ved forslag til endringer i spesialistforskriften, herunder også ved endring i læringsmål. Spesialistkomitéens rolle i å følge med på kvaliteten i utdanningen ved de respektive sykehus/helseforetak må tydeliggjøres.
14. Rutiner for god kompetansevurdering må videreutvikles og kompetansevurderingen må gjennomføres på en slik måte at den fremmer læring.
15. Endringer i spesialistreglene skal kun gjøres med tanke på kvalitetsheving og etter grundig utredning.

STILLINGSSTRUKTUR

Lege i spesialisering skal som hovedregel ansettes i fast stilling. Som følge av dette ansettes leger på grunnlag av kvalifikasjonsprinsippet. Vikariater skal være lovlige og ved tilsetting i vikariat skal tilsettingsperioden være lik fraværperioden til den som opprinnelig innehar stillingen. Ylf er bekymret for den økende bruken av underordnede legestillinger som ikke benyttes til spesialisering av leger, og går utenom det etablerte utdanningssystemet. Alle stillinger for underordnede leger i sykehus skal være utdanningsstillinger.

YLF MENER:

16. Det må til enhver tid være god oversikt over legemarkedet i regionale og lokale helseforetak for å beregne fremtidig behov for spesialister og beregne utdanningskapasiteten i de forskjellige fag.
17. Alle stillinger for leger i spesialisering skal lyses ut nasjonalt ved elektroniske søknadsprosesser der hvor dette er mulig. Ansettelsesprosessene må være basert på vurdering av kompetanse, herunder også relevant forskningskompetanse, erfaring, egnethet og andre forhold som finnes relevante. Opprinnelses- eller bosted er ikke uttrykk for spesifikk kompetanse. Lokal tilhørighet kan tillegges vekt ved endelig avveining mellom ellers likt kvalifiserte kandidater. Helseforetakene må ha åpenhet om, og oppgi hvilke kriterier som vektlegges ved ansettelse.
18. Alle underordnede leger i sykehus skal være i spesialisering. All annen praksis må opphøre.
19. Tillitsvalgte skal involveres i ansettelsesprosesser. Innstillingen skal være begrunnet og forelegges tillitsvalgte for uttalelse. Arbeidsgivers valg må være basert på grundige prosesser, herunder innkalling til intervju. Vektleggingen skal baseres på en vurdering av reelle kvalifikasjoner og grundig saksbehandling.
20. Ved ansettelse skal det foreligge en skriftlig individuell utdanningsplan som beskriver planen for hele spesialiseringssløpet, inkludert tidfesting, varighet og sted for supplerende tjeneste. Arbeidssted må fremgå av arbeidsavtalen. Dette gjelder både fast ansatte leger og leger ansatt i vikariater.
21. Som hovedregel skal spesialistutdanning av leger foregå i den offentlige finansierte helsetjenesten, inkludert avtalespesialister og andre aktører. I de tilfeller hvor andre aktører er læringsarena for LIS-leger forutsettes det at de samme regler og krav som gjelder for utdanning i den offentlige helsetjenesten følges. Det må legges til rette for et samarbeid med den offentlige helsetjenesten for å sikre et helhetlig utdanningsløp inkludert vaktkompetanse der dette ansees relevant.
22. Helseforetakene skal opprette øremerkede stillinger med definerte utdanningsløp for leger som spesialiserer seg i ikke-sykehusbaserte spesialiteter.
23. Ylf mener at tungtveiende sosiale forhold skal kunne hensyntas ved fordeling av kommuneplasser til LIS1 ansatt i sykehus. Ved fordeling av kommuneplasser i LIS1 kan det tildeles særplass ved egen eller barns alvorlige sykdom der nærhet til behandler eller andre forhold er av avgjørende betydning, eller for aleneforsørgende med barn i skolepliktig alder.

DOBBELTLØP - AKADEMISK KOMPETANSE

Akademisk kompetanse er en grunnpilar i norsk helsevesen. For å starte rekruttering til forskning tidlig i karrieren må det legges til rette for at LIS kan tilegne seg akademisk kompetanse. Leger bør kunne tilegne seg PhD-grad parallelt med at de blir spesialister. Det bør legges til rette for at en viss andel av LIS-legene driver aktiv forskning i løpet av spesialiseringen.

YLF MENER:

24. Forskning skal kunne være integrerte deler av spesialiseringsløp
25. Forskning skal vektlegges i spesialiseringen. Helseforetakene/sykehusene må lage utdanningsløp der man ser på hvordan forskning kan erstatte klinisk arbeid for å oppfylle læringsmål.
26. Tilrettelegging er avgjørende for rekruttering til forskning blant LIS. Ylf mener at hver region bør ha lønnsmidler til fordypning tilsvarende 10% av sine LIS-stillinger.

DOBBELTLØP- TILLEGGSKOMPETANSER

God ledelse, forbedringsarbeid og kunnskap om E-helse og IKT er avgjørende for utvikling av helsetjenesten. Dette er alle områder hvor det er mulig å utvikle dobbeltløp parallelt med spesialistutdanningen.

YLF MENER:

27. Leger bør lede i sykehus og må derfor tilegne seg formell lederkompetanse. Kombinasjonen av medisinsk kompetanse og formell lederkompetanse vil sikre enhetlig ledelse med bred innsikt i alle enhetens aspekter.
28. Sykehus/helseforetak må legge til rette for at leger har kunnskap om forbedringsarbeid. Legers bidrag til forbedringsarbeid vil ivareta faglig kvalitet i utvikling av helsetjenesten.
29. Leger bør ha god kunnskap om, være tydelig premissleverandør for og aktivt deltakende i utvikling i utvikling av E-helse og IKT i norske sykehus. Det må legges til rette for at leger kan delta i slikt arbeid.