



Lokalforeninger  
Fagmedisinske foreninger  
Spesialforeninger  
Yrkesforeninger  
Nmf  
Spesialitetskomiteene  
Spesialitetsrådet  
Turnusrådet

Deres ref.:

Vår ref.: 10/2310

Dato: 03.05.2010

## **Høring - Helsedirektoratets forslag om endring av turnustjenesten til nybyrjarstilling for legar - praktisk og pedagogisk oppfølging av nyutdanna legar**

### Innledning

Helse- og omsorgsdepartementet ( HOD) gav i juni 2008 Helsedirektoratet (Hdir) i oppdrag å følge opp rapporten ” Turnustjenesten for leger – en helhetlig gjennomgang ” som Hdir leverte den 17. mars 2008.

Direktoratets utredning i mars 2008 inneholdt et forslag om treårig pliktløp for leger. Forslaget fra Hdir møtte motstand i Legeforeningen, og landsstyret 2008 uttrykte i resolusjon kritikk til den foreslåtte ordningen.

To år senere foreligger rapporten ”Nybyrjarstilling for legar – praktisk og pedagogisk oppfølging av nyutdanna legar”. Rapporten er vedlagt.

### Formål og hovedendringer i direktoratets forslag

Formålet med turnustjenesten var utdanningshensyn, å gjøre turnuslegen i stand til å arbeide selvstendig som lege for å få autorisasjon. Dette medførte rett til stilling for alle cand.med., og samtidig plikt for myndighetene å skaffe til veie det nødvendige antall stillinger.

EU – reglene sier at dersom tjenesten defineres som utdanning, er det et nasjonalt anliggende, og noe som gir mulighet til å forbeholde tjenesten for leger utdannet i Norge.

Direktoratet definerer nybegynnerstillinger som arbeid, med fri tilgang for alle leger innenfor EU/EØS. Leger utdannet i Norge vil når de søker på disse stillingene, ha begrenset autorisasjon (lisens). Etter det nye forslaget har staten heller ikke ansvar for å skaffe til veie det nødvendige antall stillinger som nybyrjarlege. Virkningen kan være at norske cand.med. må vente i mange år før de får fullført løpet mot autorisasjon. Dette forhindrer også norske leger med begrenset autorisasjon ( lisens ) å søke stillinger i utlandet. Ordningen skiller seg også fra utviklingen i andre europeiske land, der trenden er at obligatorisk praktisk tjeneste reduseres. Det vises også til forarbeidene i Helsepersonelloven, Ot.prop. nr 13 (1998 -1999), der et av hensynene bak autorisasjonsordningen er harmonisering med Norden og Europa.

### Kort presentasjon av direktoratets forslag

Direktoratet anbefaler å avvikle dagens turnustjeneste. Det foreslås at den skal erstattes med en 2 årig tidsbegrenset nybegynnerstilling som også skal være en del av spesialistutdanningen for leger. Den er sammensatt av 1 år i sykehus og 1 år i kommunehelsetjenesten.

Nybegynnerstillingen blir en obligatorisk første del av et samlet kvalifiseringsløp, men uten at det er definert som utdanning med ansvar for staten.

Målet med nybegynnerstillingen er angivelig å gjøre legen i stand til å arbeide selvstendig på en forsvarlig måte. Det foreslås at det gis begrenset autorisasjon i 2,5 år, og at det deretter gis autorisasjon samtidig med at kravene for å jobbe selvstendig for trygdens regning er oppfylt, noe som det i henhold til EU reglene kun gjelder for de leger som skal ha personlig rett til å praktisere for trygdens regning.

Det er foreslått at nybegynnerstillingen skal søkes på etter vanlige kriterier i arbeidslivet.

Omleggingen er begrunnet ut fra en rekke forhold. Det fremgår at følgende forutsetninger har vært førende for valg av fremtidig modell:

- Staten må dimensjonere tjenesten ut fra helsetjenesten behov, ikke etter tilgangen på tilmeldte cand.med. til turnustjenesten for leger.
- Samhandlingsreformens prioritering av kommunehelsetjenesten og planer for økt legekapasitet i kommunene, dvs en styrking av antall legestillinger i kommunene.
- Stortingets anmodningsvedtak om gjennomgang av spesialistordningene for helsepersonell og departementets oppdrag om å vurdere spesialistutdanningen for leger.

I forordet blir disse forutsetningene utdypet og kommentert.

Direktoratet ønsker også å se forslaget i sammenheng med den varslede gjennomgangen av spesialitetsordningen for helsepersonell og spesielt for leger.

### Videre prosess

Helsedirektoratet har nå sendt rapporten på høring. Det vises til vedlagte høringsbrev. Høringsfrist for Legeforeningen er 30. juni 2010.

De forskjellige forslagene står i sammendraget på side 10 og i kapittel 4 i rapporten.

Direktoratet har i høringsbrevet tydelig bedt om tilbakemelding på noen spesifikke forslag. Det gjelder forslaget om nybegynnerstillinger, den faglige dimensjon i ordningen, statlig styring med antall legestillinger, søknad på stilling og styrking av kommunehelsetjenesten.

De områdene som direktoratet har bedt om spesiell tilbakemelding på, er nummerert fra 1. – 5. i dokumentet. Legeforeningen må i tillegg til disse spørsmålene vurdere andre forhold av betydning.

Relaterte spørsmål under disse punktene vil også bli beskrevet, og på enkelte områder også kommentert. Det gjelder spesielt de elementer som fremstår utydelige og uferdige i forslaget.

Helsedirektoratet forslag må også sees i forhold til landsstyrets vedtak om basistjeneste som en obligatorisk spesialitetsforberedende tjeneste. Landsstyrets vedtak 2009 er vedlagt.

I tillegg til kommentarer på områder som nevnt ovenfor, ønsker Legeforeningen at det tas

utgangspunkt i tre ulike forslag for organisering av den praktiske tjenesten i fremtiden. Det første forslaget gjelder direktoratets forslag om nybyrjarstilling. Deretter landsstyrets forslag om basistjeneste. Til sist ber vi høringsinstansene vurdere en modifisert modell, som tar opp i seg elementene fra forslaget om basistjeneste, men er justert ift direktoratets forslag, og sentralstyrets foreløpige reservasjoner til hovedelementene i forslaget fra direktoratet.

Det gjøres oppmerksom på at forslaget vil bli behandlet i landsstyret som finner sted 26. – 28. mai 2010. Fristen for tilbakemeldinger til Legeforeningen er 3. juni 2010. Det vil derfor være hensiktsmessig at den enkelte høringsinstans behandler forslaget i lokale organer før landsstyrets behandling, og at høringsinstanser avventer med å sende sitt høringssvar til Legeforeningen etter at landsstyret har behandlet saken.

### **Generelle kommentarer til forslaget**

#### *Spørsmål knyttet til autorisasjon*

Direktoratet foreslår at den nyutdannede legen får en begrenset autorisasjon, dvs. lisens, i perioden med veiledet nybegynnerstilling i sykehus og i kommunehelsetjenesten. Det fremgår at denne autorisasjonen er begrenset både i tid og yrkesutøvelse. Det nærmere innholdet i lisensen er ikke angitt.

I dag er det en tilsvarende ordning med lisens, men da i kombinasjon med et begrenset utdanningsløp med rettigheter for den enkelte legen i form av stilling som turnuslege. Direktoratet legger opp til at antall stillinger skal opprettes etter behov for legearbeidskraft og ikke etter antall leger som har behov for stillingen. En kan derfor se for seg en situasjon der leger ikke har mulighet til å få den tjenesten de har behov for å oppnå fulle rettigheter som lege.

Som i pliktøvsrapporten for to år siden har direktoratet kombinert EU – direktivet om tre års veiledet tjeneste for å kunne praktisere selvstendig for trygdens regning - og vilkårene for autorisasjon, uten at det er tatt hensyn til at ikke alle leger vil ha behov for veiledet tjeneste for å praktisere for trygdens regning. (I Norge teller praktisk tjeneste i studietiden som ½ år av kravet om 3 års veiledet tjeneste.)

Direktoratet anfører her en begrunnelse og ordning som innebærer at alle leger skal oppfylle EU – direktivets krav til veiledet tjeneste før de får autorisasjon.

Det bør være kjent at direktivet kun gjelder den gruppen av næringsdrivende leger som skal praktisere selvstendig for trygdens regning. At alle leger for å oppnå autorisasjon skal gjennomføre pliktøvet for å kunne praktisere selvstendig for trygden, synes uhenktsmessig, og innebærer et for vidt inngrep ved pålegg overfor den enkelte lege som ikke kan begrunnes i de hensyn autorisasjonskravene skal ivareta.

Det er primært lagt opp til at legen får full autorisasjon som lege i Norge etter at EU – direktivet er nådd, dvs. etter 2 år i nybegynnerstilling og ytterligere ett ½ år i spesialisering eller at legen skaffer seg en veiledet stilling på annen måte for å oppnå autorisasjon. Subsidiært er det foreslått autorisasjon etter 2 år i nybegynnerstilling, dvs. autorisasjon 1 eller ½ år senere enn i dag.

I EU – landene praktiseres gjennomgående 12 – 18 måneders turnustjeneste etter grunnutdanning, mens noen land ikke har krav til praktisk tjeneste etter cand.med.

Forslaget innebærer dermed 1 – 1,5 års lengre tjeneste enn øvrige land i EU/EØS. Legeforeningen kan ikke se noen god begrunnelse for at Norge skal ha et vesentlig lengre obligatorisk utdanningsløp for å oppnå autorisasjon enn andre land i Europa.

#### Konsekvenser for faglig innhold - spesialiseringen som helhet

Det er foreslått at de 2 årene i nybegynnerstilling skal inngå i spesialistutdanningen. Direktoratet er tydelige på at det er ønskelig at gjennomsnittstiden for spesialisering reduseres. Ved å integrere nybegynnertjeneste i spesialistutdanningen vil tiden fra cand.med. til ferdig spesialist kunne reduseres.

Det betyr at tjenesten i allmenntjenestemedisin kan benyttes enten som utdanning til spesialiteten allmenntjenestemedisin ("hovedutdanning") eller som supplerende tjeneste ("sideutdanning") for en sykehusspesialitet. Sykehustjenesten kan brukes som del av utdanningen i en sykehusspesialitet, enten som tjeneste i spesialfaget eller som alternativ tjeneste ("sideutdanning") avhengig av hvilken avdeling man har vært ved. Sykehustjenesten kan også benyttes for ett år av utdanningen i allmenntjenestemedisin. For samfunnsmedisin må man ha ett år klinisk tjeneste hvor både sykehustjeneste og allmenntjenestemedisin kan benyttes.

Hvis denne ordningen blir bestemt, må spesialistreglene i alle spesialiteter gjennomgås. Det kan få konsekvenser for spesialistreglene i enkelte fag at det ikke lenger vil være obligatorisk med generell kirurgisk og indremedisinsk tjeneste i en turnustjeneste. Det er derved ikke gitt at tiden fra cand.med. til spesialistgodkjenning blir forkortet ved den foreslåtte ordningen, fordi enkelte kanskje vil måtte supplere med andre fag i henhold til kravene i spesialistutdanningen. Prosedyrekravene i spesialistutdanningen vil fortsatt i stor grad måtte være styrende for innhold og lengde på spesialiseringstiden. Det er nødvendig med ytterligere konsekvensutredning før man kan vite hvilken betydning de endringene forslaget innebærer vil ha for spesialistutdanningen som helhet både hva gjelder faglig innhold, kvalitet og tid. Det må også drøftes om en friere organisering av tjenesten, slik det legges opp til i nybegynnerstillingen i sykehus, med få læringsmål og ferdighetskrav, vil øke behovet for supervisjon og veiledning.

#### Forlengelse av tjenesten i kommunehelsetjenesten - veiledning

Forslaget legger opp til ett års tjeneste i kommunehelsetjenesten. Dette begrunnes ut fra de føringene som ligger til grunn i samhandlingsreformen om økt behov for fastleger. Forslaget om ett år i kommunehelsetjenesten er ikke begrunnet ut fra faglige hensyn, og det begrunnes ikke hvorfor dette eventuelt skal være nødvendig tjeneste innenfor alle spesialiteter. En slik endring vil kreve en økning i veiledningskapasiteten i allmenntjenestemedisin. Det er i forslaget ikke drøftet hvordan tilførselen av ressurser til dette skal skje.

Det fremgår at direktoratet ser for seg at flere veiledningsressurser må benyttes for å kvalifisere flere leger med rett til trygderefusjon, men det drøftes ikke hvorvidt en økning i behovet for veiledning vil kunne føre til mindre veiledningsressurser i den øvrige spesialistutdanningen i allmenn-, arbeids- og samfunnsmedisin.

### **Kommentarer til de fem problemstillingene direktoratet ønsker tilbakemelding på**

#### 1. Forslaget om nybyrjarstilling

Helsedirektoratet foreslår at dagens turnustjeneste avvikles i sin helhet, og erstattes av nybegynnerstilling for leger som del av spesialistutdanningen i samtlige spesialiteter.

Det nye forslaget innebærer at en lege etter grunnutdanning må gå inn en to årig obligatorisk første del av en spesialistutdanning og deretter ett halvt år i en valgt spesialistutdanning på minimum ½ år for både å få autorisasjon samt rett til å praktisere selvstendig for trygdens regning. Legen må selv besørge at det er mulig å oppnå stillinger slik de er beskrevet.

I tillegg til at legen selv blir ansvarlig for å skaffe seg nødvendige nybegynnerstillinger i henhold til kravene, er tidsperioden før endelig autorisasjon tidligst kan oppnås forlenget. Helsedirektoratet foreslår at det ikke gis autorisasjon før EU – direktivet om tre års veiledet tjeneste for å kunne praktisere selvstendig for trygdens regning er nådd. Forslaget innebærer en økning av tiden frem til autorisasjon i forhold til nåværende ordning, dvs fra 1,5 til 2,5 år. Nybegynnerstillingen vil være tellende med to år som spesialistutdanning. Subsidiært er det foreslått autorisasjon etter 2 år i nybegynnerstilling

Direktoratet foreslår å opprette et fastsatt antall nybegynnerstillinger i helseforetak etter estimerte behov for legespesialister i helsetjenesten i årene fremover. Det tas m.a.o. ikke hensyn til antallet utdannede leger i Norge og innflyttere fra andre land i EU/EØS med like rettigheter. De 900 turnuslegestillingene i sykehus samt 450 stillinger i kommunehelsetjenesten er tenkt omgjort til nybegynnerstillinger. I tillegg foreslås det 450 nye stillinger i kommunehelsetjenesten.

Som aktuelle avdelinger for sykehus-tjeneste er nevnt: Barnesykdommer, fødselshjelp og kvinnesykdommer, generell kirurgi, indremedisin, ortopedisk kirurgi, psykiatri og revmatologi.

## 2. Det faglige fokuset i dagens turnustjeneste er foreslått videreført og videreutviklet i nybegynnerstillingen

Helsedirektoratet har foreslått følgende mål for faglig innhold i nybegynnerstillingen for leger:

- Trening i kommunikasjon og samarbeid med pasienter og pårørende
- Trening i klinisk arbeidsmåte
- Håndtering av akutte tilstander
- Samhandlingskompetanse og systemkunnskap

Målet med nybegynnerstillingen er å gjøre legen i stand til å arbeide selvstendig på en forsvarlig måte, men det er ikke angitt hvordan opplæring skal skje og hvem som har ansvaret for å tilby opplæring.

De faglige målene er ikke konkretisert ytterligere. Det er heller ikke fremsatt forslag til faglig innhold i stillingene. Det foreligger ingen nærmere forslag om læringsmål eller ferdighetskrav for nybegynnerstillingen.

Det er ikke angitt om nybegynnertjenesten skal representere en felles standard og et felles utgangspunkt for videre spesialisering i form av at alle legene skal ha gjennomført de samme prosedyrer eller vært gjennom opplæringsopplegg som er felles for alle. Legearbeid krever praktisk kunnskap, i tillegg til teoretisk kunnskap.

Rapporten gir ikke svar på hvilken praktisk kunnskap man anser nødvendig. Hvordan denne praktiske kunnskapen skal kunne erverves i nybegynnerstillingene, når forslag til overordnede læringsmål i sykehus eller i kommunehelsetjenesten og ferdighetskrav / prosedyrer som ville kunne gi nybegynnerstillingene et faglig innhold ikke beskrives, er heller ikke redegjort for i rapporten.

I utredningen heter det at skal legges vekt på rollemestring, kommunikasjon, samhandling og systemforståelse, mindre fokus på ferdigheter og prosedyrer. Det er vanskelig å tenke seg hvordan rollemestringen skal fungere og bli best mulig, når fokus på ferdigheter og prosedyrer mangler.

#### *Pedagogiske virkemiddel i nybegynnerordningen*

Direktoratet forutsetter at de pedagogiske virkemidlene i dagens turnustjeneste blir videreført i ny ordning. Dette gjelder ordningene med gruppeveiledning i kommuneturnus og forsøkene med det i sykehusturnus. Det vil også være aktuelt å videreutvikle kurstilbudet som fylkesmennene arrangerer for nyansatte i kommunehelsetjenesten, dvs. akuttkurs og kurs i kliniske ferdigheter.

Det fremgår ikke om de pedagogiske virkemidlene er tilpasset strukturen i spesialistutdanningen.

#### *Fagområder i sykehustjenesten*

Det er uttrykt at flere kliniske avdelinger i sykehus kan være egnet for nybegynnerstillinger. Det nevnes for eksempel avdeling for barnesykdommer, fødselshjelp og kvinnesykdommer, generell kirurgi, indremedisin, ortopedisk kirurgi, psykiatri og revmatologi.

Direktoratet mener at små sykehus / lokalsykehus vil være best egnet for nybegynnerstillinger. Det må være en forutsetning at sykehusene må fylle kravene til godkjente utdanningsinstitusjoner i spesialistutdanningen.

Slik forslaget er utformet, er det gjort få vurderinger når det gjelder om noen fagområder har så stor relevans for alle former for legearbeid, at det må settes opp et krav om at disse skal inngå. Det er ikke foreslått noen obligatoriske fagområder i sykehus, slik det er i dagens ordning. Legeforeningens landsstyre har anbefalt at indremedisin bør være et obligatorisk fag i en basistjeneste. Det må vurderes hvordan akuttmedisinske situasjoner i allmennpraksis uten erfaring i indremedisin evt skal håndteres. Fylkesmannens 2 – 3 dagers kurs kan ikke erstatte læringsmål, ferdighetskrav og prosedyrer.

Det er dessuten ikke lagt inn noen anbefalinger om at tjenesten skal kunne ha akuttfunksjon slik det er i dagens turnustjeneste, og slik det er lagt opp i Legeforeningens eget forslag om basistjeneste. Forslaget åpner opp for at psykiatritjeneste vil kunne være eneste fagområde i sykehus i nybegynnerturnustjenesten for noen leger. Det vil gi begrenset erfaring med somatisk sykehustjeneste og akuttmedisin.

Når det legges opp til en større valgfrihet når det gjelder fagområder i sykehus, vil det være nødvendig med tydelige og konkrete læringsmål og ferdighetskrav for innholdet i nybegynnerturnustjenesten, som også er et grunnlag for videre spesialisering, i tillegg til ferdighetskrav.

#### *Innhold i kommunehelsetjenesten*

Det foreslås at nybegynnerstillinger i større grad enn i dag må gi mulighet til å arbeide med offentlige allmennmedisinske oppgaver. Det foreslås at det skal etableres ettårige utdanningsstillinger i kommunene. Det er foreslått at psykisk helsearbeid / rus etter hvert kan / skal inngå som obligatorisk del av gjennomføring av tjenesten i kommunen. Det gis også eksempler på at nybegynnerlegen kan delta i oppsøkende arbeid, og delta i tverrfaglige team i rusarbeid, rehabilitering, aldersmedisin etc.

Det foreligger heller ingen forslag til faglig innhold i kommunehelsetjenesten, herunder læringsmål / ferdighetskrav.

### 3. Statlig styring med oppretting av tallet på legestillinger

Direktoratet legger til grunn at staten i dag har en plikt til å opprette turnusstilling for alle som melder seg til norsk turnustjeneste. Legeforeningen vil understreke at utdanning er et nasjonalt anliggende. De fire friheter i EU/EØS retten gjelder arbeid og ikke utdanning. Derimot kan norske myndigheter i dag tilby leger fra andre land turnustjeneste etter konkrete vurderinger. Dersom tjenesten defineres som arbeid, vil det grunnleggende prinsippet i EU/EØS- avtalen om fritt arbeidsmarked gi leger med autorisasjon fra andre EU/EØS land lik rett til arbeid i Norge.

Direktoratet begrunner avvikling av nåværende turnustjeneste med fri flyt av arbeidskraft uten vurdering eller innretning av turnustjeneste som nødvendig ledd av utdanningen frem til autorisasjon. Direktoratet legger dermed til grunn at turnustjenesten skal defineres som et arbeidsforhold, ikke som utdanning. Det får betydning for hvilken konkurranse leger med norsk embetseksamen kan få om de stillinger som lyses ut, selv om denne tjenesten er avgjørende for å oppnå autorisasjon.

Direktoratet viser til erfaringer med at den norske turnustjenesten er svært gunstig for nyutdannede leger fra land med dårligere lønns- og arbeidsvilkår. Direktoratet anfører at det er et økende problem med stadig flere søkere til norske turnusplasser. Per 15. august 2009 var 191 nyutdannende på venteliste. 43 % av søkerne var utdannet i utlandet. Den norske stat har dermed valgt å gi tilbudet om utdanningsplass til andre enn de som er utdannet i Norge, noe som i denne sammenheng benyttes som argument for å avvikle ordningen.

Ifølge direktoratet svekker dette den statlige styringen av legestillinger. Forslaget legger opp til at det er helsetjenesten sitt behov og ikke søkermassen som skal være avgjørende for hvor mange legestillinger Norge trenger i årene fremover. Legeforeningen er av den oppfatning at det verken i kommunene eller sykehusene er incentiver til oppretting av nybegynnerstillinger.

Direktoratet anfører at nåværende ordning er for attraktiv, og at den undergraver norsk politikk når det gjelder etisk rekruttering av helsepersonell.

Legeforeningen vil i denne sammenheng peke på at dersom en nyutdannet lege (cand. med.) får avgrensede rettigheter, bør det være et ansvar for staten å opprette tilstrekkelig med stillinger som muliggjør fullføring av utdanningen og full autorisasjon.

### 4. Ordinære ansvarslinjer ved tilsetning

Direktoratet foreslår at ordningen med loddtrekning bortfaller, og blir erstattet med at den enkelte cand.med. selv søker på en nybegynnerstilling. Dette er hovedsaklig begrunnet med det stadig økende antall utenlandske leger som melder seg til norsk turnustjeneste.

#### *Søknad på stilling*

Det er foreslått at legen søker nybegynnerstilling, og arbeidsgiver tilsetter på ordinær måte. Arbeidsgiver skal vurdere hvem som får tilbud om stilling etter vanlige regler i arbeidslivet. Arbeidsgiver vil ansette den som anses best egnet.

Staten skal ikke lenger ha plikt å tilby til alle som ønsker det å få et første arbeidsforhold etter

utdanning, selv om dette er en forutsetning for å oppnå autorisasjon. En overgang til søknad betyr at den enkelte cand. med har rett til å søke, men ingen rettighet til stilling.

En overgang til et søkerbasert system, vil ifølge direktoratet bidra til at det er helsetjenestens behov, og ikke antall turnusleger som bestemmer antall stillinger.

Det er ikke angitt i utredningen om man planlegger noen sentrale føringer for et søkersystem, eller om det skal utvikles et felles koordinert søkersystem. Hver enkelt nyutdannet lege må forventes å sende mange søknader, også til arbeidsgivere som bare har middels høy prioritet hos søker. Både for sykehus og i kommunene kan utfordringen ved å håndtere et så stort antall søknader medføre at der hvor det ikke er rekrutteringsvansker velges andre løsninger enn å tilby nybegynnerstillinger.

Utredningen mangler informasjon om hvordan et søknadssystem skal utformes. Et søknadsbasert system må være standardisert. Det bør være nettbasert, og det må nedfelles kriterier for hva som skal kunne være basisinformasjon i en søknad.

Sverige praktiserer et søknadsbasert system for ansettelse til plasser i sin ”turnustjeneste”. En slik konkurranse likner vanlige ansettelser i arbeidslivet, og søkerne konkurrerer om ledige plasser uten at det finnes kriterier som prioriterer enkelte utdanningsland. AT – plassene blir utlyst som sammensatte blokker to ganger i året, dvs at den inneholder både sykehustjeneste og kommunehelsetjeneste. Det er landstinget som oppretter, finansierer og utlyser plassene. Antall AT – plasser blir regulert ift hvor mange leger som uteksamineres i Sverige hvert år, i tillegg til et antall plasser for leger utdannet utenfor EU / EØS til å søke AT. Det blir også nevnt i forslaget at det kan være aktuelt å se hen til Sveriges søknadsbaserte system.

Et søknadsbasert system vil kunne gi økt grad av individuell frihet for den enkelte søker, og gi mulighet til valg av lokalisering av tjeneste samt valg av retning på tjenestens innhold etter interesse og ønsket spesialisering. Et søknadsbasert system vil være en nødvendig konsekvens av at ordningen med nybegynnerstillinger har sitt hovedfokus på arbeid og ikke utdanning.

Systemet vil også kunne åpne opp for at distriktene i større grad kan bruke tjenesten som et rekrutteringsverktøy og knytte til seg kandidater som ønsker å bli værende. Etersom basistjenesten inntreffer på et tidspunkt der legene er uerfarne, må et slikt desentralt opptakssystem ha klare, definerte ansettelseskriterier. Uten et etablert opptakssystem risikerer man bl.a. at nepotisme kan kunne bli viktigere enn kvalifikasjoner ved ansettelse av nyutdannede leger.

Direktoratet anfører videre at det kan være aktuelt at den enkelte cand.med. søker en nybegynnerstilling som vil være en del av en samlet utdanningspakke. Et slikt system forutsetter at den enkelte lege tidlig i sin karriere – allerede etter ferdig grunnutdanning – må bestemme seg for valg av spesialisering. Imidlertid vil en slik løsning også kunne være hensiktsmessig og forutsigbar for den enkelte lege, dersom det tilbys en samlet utdanningspakke i en spesialitet.

### 5. Styrking av kommunene

Direktoratet foreslår å styrke kommunehelsetjenesten med å tilføre 450 nybegynnerstillinger, i tillegg til de nåværende 450 turnuslegestillingene, for å skaffe leger til alle deler av landet. Direktoratet anfører at dette kan oppnås ved at det stilles krav til at alle som skal gjennomføre en spesialistutdanning om å ha arbeidserfaring under veiledning i kommunehelsetjenesten.



Forslaget er sett i sammenheng med Samhandlingsreformen. Reformen legger opp til at veksten i legetjenester i de kommende årene skal komme i kommunene. Direktoratet viser til sin egen utredning med mål om å styrke kommunene med 2000 årsverk frem mot år 2015, dvs cirka 285 legeårsverk per år. Det fremgår av premissene for endringsforslaget at dersom nåværende turnustjeneste skal endres eller avvikles, må fremtidens ordning for nyutdannede leger bidra til å styrke kommunehelsetjenesten, og å sikre leger til alle deler av landet.

Rapporten bærer generelt preg av hensynet til å skaffe leger til alle strøk av landet, dvs et ønske om rekruttering til allmennmedisin.

Det kan reises spørsmål om det er en tilfredsstillende måte å styrke primærhelsetjenesten på, å tilføre kommunene relativt uerfarne leger med pålegg om tjeneste i ett år.

Det foreligger ingen faglig begrunnelse for utvidelse av tiden i kommunehelsetjenesten med ½ år. Forslaget synes å være mer helsepolitisk begrunnet.

#### Vurdering av forslaget ift landsstyrets vedtak i 2009

Landsstyret vedtok i 2009 forslag om en basistjeneste som en spesialitetsforberedende tjeneste. Helsedirektoratets forslag er i noen grad sammenfallende med Legeforeningens landsstyrevedtak 2009 om endringer i turnustjenesten. Landsstyret anbefalte å arbeide for 12 måneders tjeneste i sykehus, herav 6 måneder indremedisin samt 6 måneder i allmennmedisin. Den foreslåtte ordning er ½ år lenger, og tidspunktet for full autorisasjon utsettes med 1 år.

Helsedirektoratets forslag er i tråd med landsstyrets forslag om at basistjenesten helt eller delvis skulle kunne telle med i spesialisering. Direktoratet foreslår at de 2 årene i nybegynnerstilling teller som del av spesialistutdanningen. Direktoratets forslag er i tråd med landsstyrets anbefaling om to stadier i autorisasjonen. Imidlertid innebærer forslaget at autorisasjon kommer 1 år senere, nemlig 2 ½ år etter cand.med.

Landsstyret forutsatte at basistjeneste som praktisk klinisk ferdighetstrening skal være harmonisert med tilsvarende tjeneste i andre land og i tråd med internasjonale regler for utdanningen av leger innenfor EU/EØS. Den foreslåtte 2 års tjeneste i nybegynnerstilling er atskillig lenger enn det som er vanlig innenfor EU-systemet. I europeiske land er krav til "turnus" 0 – 18 måneder.

Landsstyret forutsatte bedre sikring av kvalitet i tjenesten bl.a. ved å opprette et sentralt organ som kan kontrollere kvalitet og innhold og gi råd og veiledning om tjenestens faglige innhold. Helsedirektoratets utredning inneholder ikke noe forslag om dette.

Landsstyret 2009 vedtok at trekning av plass til spesialitetsforberedende tjeneste burde opprettholdes. Landsstyret anførte at dette ville sikre like muligheter for alle som ville bli spesialister, jfr pkt 10 i vedtaket.

Imidlertid er forholdene for turnustjenesten svært endret de senere år, bl.a. når det gjelder forholdet mellom antallet tilgjengelige turnusplasser og antallet søkere til disse plassene. De siste årene har det vært mange flere søkere til turnusplasser, enn antall plasser. Tjenestens organisering og struktur har gjort det vanskelig å respondere på disse endringene.

Det er stor etterspørsel etter turnusplasser. Behovet for turnusplasser antas å øke med 30 %

frem mot år 2014. Per 15.08.10 er det 910 søkere til omlag 450 ledige turnusplasser, dvs at omkring 50 % av søkerne ikke har fått tilbud om turnusplass ved første gangs tildeling. En annen utfordring er at omlag 30 % av søkerne til turnus søker om særplass, utsettelse eller permisjon. Det betyr at kun 20 % av de nyutdannede får tildelt plass etter ordningens hovedregel ved første tildeling.

Det tradisjonelle systemet med loddtrekning er under press, hovedsakelig på grunn av kapasitetsproblematikken. Trekningsssystemet gir i utgangspunktet likebehandling av studentene, men kan likevel ha konsekvenser som oppleves urettferdige. Inkonsekvente rutiner i enkelte situasjoner fra de styrende organer både vedrørende hovedfordelingen, særplasser, permisjonssøknader o.l. har gjort at støtten for en slik inngripen i studentenes liv har blitt satt på prøve.

Ventelistene – som i utgangspunktet ble etablert for å utjevne forskjellene mellom kullene som påbegynner turnustjenesten høst og vår - har øket misnøyen med loddtrekning.

Myndighetene er tydelige på at det er ønskelig å gjøre noe med kapasitetsproblematikken. På dette grunnlaget foreslår de innføring av søknad på nybegynnerstillingene. Dersom man fortsatt skal kunne opprettholde ordningen med loddtrekning, vil det med forventede antall oppmeldte til praktisk tjeneste, bety at et stort antall nyutdannede vil måtte risikere å stå på venteliste i lang tid. Det er ikke ønskelig. Imidlertid legger de til grunn at man i skal arbeide i 2, 5 år før man får autorisasjon. Det er vanskelig å innføre en søknadsbasert tjeneste, dersom man samtidig skal gis begrenset autorisasjon. I dag har de som står på venteliste, garantier om plass ved neste turnusstart, dvs etter seks måneder. I forslaget til direktoratet tas denne garantien bort. For å opprettholde forutsigbarhet for den enkelte lege, er det rimelig at det gis autorisasjon etter cand.med. slik at den enkelte lege selv kan velge fremtidige stillinger.

#### Sentralstyrets synspunkter på forslaget

Forslaget om nybegynnerstillinger innebærer en fullstendig omlegging både når det gjelder organisering, tid og innhold ift dagens turnustjeneste og ift andre land ellers i Europa.

Forslaget om å integrere en praktisk tjeneste som en obligatorisk tjeneste i første del av spesialistutdanningen, er bra. Imidlertid er de andre elementene i forslaget vanskelige å slutte seg til.

Ønsket om etablering av et enhetlig system for veiledning ved å kombinere autorisasjon og EU – direktivets krav om tre års veiledet tjeneste for å arbeide selvstendig for trygden, preger også forslaget. Sentralstyret finner det uhensiktsmessig at alle nyutdannede - for å oppnå autorisasjon – skal gjennom dette løpet.

Faglige krav til innhold i nybegynnerstillingen, i form av læringsmål, ferdighetskrav etc, er mangelfullt utredet og ikke tilstrekkelig vektlagt. Sentralstyret mener at faglige krav er viktige for denne delen av legens utdanning.

Omleggingen er i det vesentligste begrunnet med at staten bør kunne dimensjonere antall stillinger etter helsetjenestens behov, legefördeling, distriktspolitikk, rekruttering til allmenmedisin, og ikke minst Samhandlingsreformens mål om flere stillinger til kommunene.

Direktoratet legger opp til at det skal være behovet for leger i helsetjenesten til enhver tid som det avgjørende for dimensjoneringen av ordningen, og ikke utdanningshensyn. Til nå har alle som søker seg til norsk turnustjeneste, vært sikret mulighet for en turnuslegestilling som forutsetning for autorisasjon som lege i Norge. Det betyr at legen ikke anses å kunne arbeide med fulle rettigheter før praktisk tjeneste er gjennomført.

Det er foreslått at nybegynnerstillingen skal søkes på etter vanlige kriterier i arbeidslivet. Ansettelse i nybegynnerstilling, kan likevel vanskelig sees som et ordinært ansettelsesforhold, da legen er avhengig av å få og beholde stillingen for å få full autorisasjon. Når det ikke defineres som utdanning, vil søkere fra andre EU/EØS land måtte vurderes på lik linje med leger utdannet i Norge.

Det innebærer at staten ikke har noen forpliktelser til å skaffe til veie det tilstrekkelige antall stillinger det er behov for, og den enkelte cand.med. har heller ingen rett til stilling, selv om det er en nødvendig forutsetning for autorisasjon. Forslaget legger opp til at det ikke er mulig å bli autorisert som lege uten gjennomføring av dette løpet. Staten foreslår å implementere et pålegg uten at staten har noe ansvar for verken tilrettelegging av antall plasser, fordeling eller innhold. Som en følge av forslaget kan den enkelte cand. med. dermed risikere å ikke komme videre i utdanningen, og dermed ikke oppnå autorisasjon som lege. Det er uheldig at ikke myndighetene har foretatt noen analyse av fordeler og ulemper for den enkelte cand.med. ved å innføre et slikt pålegg. I tillegg bidrar dette til en mindre forutsigbarhet for den enkelte når det gjelder fremtidig yrkeskarriere.

Sentralstyret mener at dersom en tjeneste er nødvendig for å fullføre profesjonsutdanningen som lege, må det medføre rettigheter til å få slik tjeneste.

Samhandlingsreformens mål om økt legekapasitet i kommunene er tillagt avgjørende vekt i utformingen av forslaget, både når det gjelder antall stillinger og varighet, tidspunktet for autorisasjon i kombinasjon med EU – direktivet om tre års veiledning for å arbeide selvstendig for trygden er oppfylt. Det er svært betenkelig at myndighetene, for å nå sine mål og helsepolitiske utfordringer, tenker å benytte seg av nyutdannede leger til dette. Det er i tillegg ekstra betenkelig at myndighetene uttrykker, utsløret, at dette vil være den mest effektive måten å løse Samhandlingsreformens intensjoner, jfr side 54 i rapporten:

” ... ordninga vil truleg vere langt billigare enn alternative måter å styrke legetenesta på.”

Sentralstyret erkjenner at dagens system neppe kan opprettholdes på grunn av et økende antall leger som trenger tjenesten. Det er nødvendig å gjøre vurderinger i forhold til tjenestens rolle som utdanning og/eller arbeid. Hovedmålet er å utdanne kompetente leger på en så god måte som mulig. Etter sentralstyrets mening er det mulig å gjøre dette på en annen måte en i dag, men det vil i så fall kreve tydelige læringsmål med sjekklister, på samme måte som man allerede har i dagens spesialistutdanning. Direktoratet foreslår nå å innføre søknadsbasert tjeneste. Etter sentralstyrets vurdering kan dette ikke gjennomføres dersom en opprettholder begrenset autorisasjon.

Sentralstyret har derfor i samarbeid med sekretariatet skissert en modifisert modell for ny ”turnustjeneste”. Modellen er basert på landsstyrets vedtak i 2009, men det er tatt hensyn til at myndighetene tydelig ønsker ordinære ansettelsesforhold i nybegynnerstillingen. I og med at dette innebærer at den nyutdannede ikke lenger har rett til stilling for å oppnå autorisasjon, legges det frem et forslag til en modifisert modell der tidspunktet for autorisasjon er flyttet til cand.med. Modellen gir forutsigbarhet, reduserer køproblemerkene for den enkelte søker, og

ivaretar hensynet til at kvalitet og faglig innhold kan ivaretas og utvikles på en bedre måte enn det direktoratets forslag legger opp til.

Sentralstyret ber om kommentarer som nevnt innledningsvis under ”*Videre prosess*”, og tillegg ber vi om at høringsinstansene kommenterer, og tar stilling til de tre modellene for praktisk tjeneste som er beskrevet nedenfor. Vi ber høringsinstansene særlig merke seg modell 3.

**Modell 1.      *Helsedirektoratets modell om nybyrjarstillingar***

- Endring fra 1, 5 års turnustjeneste til 2 års nybegynnerstilling.
- Autorisasjon etter 2, 5 år samtidig med rett til å praktisere selvstendig for trygdens regning.
- Nybegynnerstillingens innhold og pedagogiske mål.
- Søknad på nybegynnerstilling, ikke loddtrekning. Man er i prinsippet ikke garantert å få den nødvendige praktiske tjeneste som er nødvendig for å få fulle rettigheter som lege.
- Regulering av legearbeidsmarkedet med tilgang på nybegynnerstillinger ( forslag om 900 i sykehus og 900 i kommunehelsetjenesten).
- Nybegynnerstilling som del av spesialistutdanning.
- Den helsepolitiske aspekt i forslaget med styrking av kommunehelsetjenesten ved 1 års pliktjeneste for nyutdannende leger. Er det riktig måte å styrke kommunehelsetjenesten på?

**Modell 2.      *Modell basert på landsstyrets vedtak 2009 om basistjeneste som del av en spesialitetsforberedende tjeneste***

- Basistjeneste som en spesialitetsforberedende tjeneste som helt eller delvis skal kunne telle med i spesialisering.
- Landsstyret anbefalte å arbeide for 12 måneders tjeneste i sykehus, herav 6 måneder indremedisin samt 6 måneder i allmenntjeneste.
- Lisens (begrenset autorisasjon) etter medisinsk embetseksamen, med begrensning mht arbeid i selvstendig legevakt til etter at basistjenesten i kommunehelsetjenesten er slutført
- Loddtrekning av plass opprettholdes. Sikrer like muligheter for alle leger . Ordningen må være tilrettelagt med et forpliktende antall plasser, slik at ingen skal måtte vente på tilgang til basistjeneste etter gjennomført studium, og at ingen turnusplasser blir stående ubrukt.
- Basistjeneste som praktisk klinisk ferdighetstrening skal være harmonisert med tilsvarende tjeneste i andre land og i tråd med internasjonale regler for utdanningen av leger innenfor EU/EØS.
- Bedre sikring av kvalitet i tjenesten bl.a. ved å opprette et sentralt organ som kan kontrollere kvalitet og innhold og gi råd og veiledning om tjenestens faglige innhold.

**Modell 3.      *Modifisert forslag som sentralstyret ber om synspunkter på – basistjeneste med autorisasjon etter cand.med. der kvalitet og innhold ivaretas og utvikles***

Det foreslås at det legges opp til en modell der basistjenesten / den praktiske tjenesten bygges inn som en integrert del av spesialistutdanningen i alle fag, dvs en spesialitetsforberedende tjeneste i alle 30 hovedspesialiteter. Tjenesten skal gjennomføres ved et sykehus i en klinisk enhet med akutfunksjon.

Det foreslås en basistjeneste på 1,5 år. 1 år i sykehus og ½ år i kommunehelsetjenesten. Året i sykehus bør være definert i den enkelte spesialitets regelverk. Deretter foreslås

det ett halvt år med klinisk allmennmedisin i kommunehelsetjeneste med vaktjeneste før man starter opp i et valgt spesialiseringløp.

Forslaget innebærer en avgrenset introduksjonsperiode i praktisk legearbeid som en del av spesialistutdanningen. Modellen innebærer en forlengelse av spesialiseringstiden, men ikke den totale utdanningstiden etter cand.med.

Turnustjenestens opprinnelige hensikt var å kvalifisere medisinske kandidater til å utføre selvstendig legearbeid. For mange leger var turnustjenesten tidligere avslutningen på den formelle profesjonsutdanningen, og det utgjorde starten på en livslang selvstendig yrkeskarriere. I dag er spesialistkompetanse i praksis et minimumskrav for å få fast overlegestilling ved et sykehus.

Hensikten med klinisk basistjeneste er at den skal kunne fungere som en læringsramme for den nyutdannende legens overgang fra et universitetsstudium til klinisk arbeide som lege. Vesentlig i basistjenestetiden er at legen tilegner seg kjennskap til pasientforløp og pasientkontakt. Videre får legen i basistjenesten konkret kjennskap til helsevesenets oppbygning.

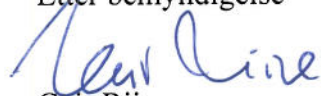
En obligatorisk periode som første bolck av spesialiseringen i alle spesialiteter vil kunne sikre den breddekompetanse, akuttmedisinske kompetanse og samhandlingskompetanse som er nødvendig for å starte spesialisering.

Enkeltelementer i modell 3 det bes tas stilling til:

- Autorisasjon samtidig med cand.med..
- Det bygges inn et generelt utdanningskrav i spesialistreglene i samtlige hovedspesialiteter.
- Basistjeneste som en integrert første del av spesialistutdanningen i alle fag, dvs en spesialitetsforberedende tjeneste i alle 30 hovedspesialiteter.
- Varighet tilsammen 1,5 år.
- 1 år i sykehus i klinisk enhet med akutfunksjon og vaktjeneste.
- ½ år i klinisk allmennpraksis med vaktjeneste
- Tjeneste tilpasset spesialistreglene i valgt spesialitet.
- Utarbeides læringsmål for tjenesten i sykehus og i kommunehelsetjenesten.
- Utarbeides ferdighetslister ved hver avdeling/kommune der legen skal arbeide.
- Søknad på stilling evt på et komplett videre utdanningsløp
- Vurdere ”pakkeløsninger” for sykehus og allmennpraksis ved søknadsbasert basistjeneste

Det bes om uttalelse **innen 3. juni 2010.**

Den norske legeforenings sentralstyre  
Etter bemyndigelse

  
Geir Riise  
generalsekretær

  
Bjarne Riis Strøm  
fagdirektør

Saksbehandler: Øydis Rinde Jarandsen, tlf 23 10 91 05