



Legenes spesialistutdanning

Detaljutredning av Helsedirektoratets oppgaver i ny organisatorisk modell



Publikasjonens tittel: Legens spesialistutdanning. Detaljutredning av Helsedirektoratets oppgaver i ny organisatorisk modell

Utgitt: 08/2015

Bestillingsnummer: IS-2356

Kontakt: Utgitt av: Helsedirektoratet
Avdeling spesialisering og etterutdanning
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no

Hftet kan bestilles hos: Helsedirektoratet
v/ Trykksaksekspedisjonen
e-post: trykksak@helsedir.no
Tlf.: 24 16 33 68
Faks: 24 16 33 69
Ved bestilling, oppgi bestillingsnummer: IS-2356

FORORD

Helsedirektoratet leverte 30. november 2014 utredningene «Fremtidens legespesialister. En gjennomgang av legers spesialitetstruktur og innhold», IS 2079-3 og «Fremtidens legespesialister. Spesialitetsstruktur og –innhold i samfunns- og allmenntmedisin», IS 2139.

Som en oppfølging av disse oppdragene har Helse- og omsorgsdepartementet bedt om en detaljutredning og konkretisering av de oppgavene Helsedirektoratet tiltenkes i ny modell, jfr oppdragsbrev av 27.3.2014.

De regionale helseforetakene har fått tilsvarende oppdrag der de bes om å detaljutrede hvordan RHF vil løse sine oppgaver.

Disse to oppdragene henger nøye sammen. I prosessen med å besvare oppdragene har det vært derfor avholdt flere møter mellom aktørene der oppdragene og løsninger er diskutert.

Iverksettingen av ny modell berører både RHF/HF, universitetene, Legeforeningen og Helsedirektoratet, foruten målgruppen som er leger i spesialisering. Iverksettingen vil kreve betydelig innsats fra alle aktørene og god forankring, samarbeidsstrukturer og tilstrekkelige ressurser blir avgjørende. Med god planlegging og felles innsats har Helsedirektoratet stor tro på at intensjonene med omleggingen vil kunne realiseres.



Karin Straume
Divisjonsdirektør
Divisjon Kompetanse og personell

INNHold

FORORD	2
INNHold	3
1. BAKGRUNN	6
2. MÅLET MED NY MODELL	7
3. OM MYNDIGHETANSVARET	8
3.1 Om myndighetsansvaret generelt	8
3.2 Verdiene i offentlig forvaltning	8
3.4 Oppgavedeling i andre land	10
4. HELSEDIREKTORATETS SAMARBEID OM SPESIALISTUTDANNINGEN	12
4.1 Oppgavedelingen	12
4.2 Prosessbeskrivelse av spesialistutdanningen	13
5. RÅDSSTRUKTUREN	15
5.1 Formålet med rådsstrukturen	15
5.2 Spesialitetsrådene	15

INNHold

5.3	Det nasjonale rådet	16
6.	IVARETAKELSE AV MYNDIGHETSOPPGAVENE	18
6.1	Hva myndighetsoppgavene innebærer	18
6.2	Oppgaver knyttet til rådsstrukturen	19
6.3	Intern organisering	19
7.	FELLES KOMPETANSEMODULER	20
7.1	Modell for utvikling og implementering	20
7.2	Modell for ivaretagelse av veiledning	21
8.	ALLMENNMEDISIN	22
9.	BEHOVET FOR ET FELLES ELEKTRONISK VERKTØY	23
10.	KOSTNADER FOR HELSEDIREKTORATET	24
10.1	Bakgrunn	24
10.2	Helsedirektoratets kostnader	24
10.3	Samlet oversikt over kostnader	26
10.4	0-alternativet	27

11.	BEHOV FOR FORSKRIFTEENDRINGER	28
12.	FORUTSETNINGER FOR EN VELLYKKET IVERKSETTING	31
12.1	Noen kritiske faktorer	31
12.2	Betingelser for vellykket iverksetting	32
12.3	Overgangsordninger	32
13.	TIDSPLAN	34
14.	RISIKOVURDERING	36

1. BAKGRUNN

Det vises til oppdragsbrev av 27.03.2015 vedrørende legers spesialitetsstruktur og spesialistutdanning. Oppdraget gjelder detaljutredning av oppgaver for Helsedirektoratet i ny organisatorisk modell.

Mer konkret innebærer oppdraget at Helsedirektoratet skal:

- 1. Detaljtrede og konkretisere hvordan oppgaven ihht den overordnede beskrivelsen kan ivaretas og organiseres som en del av Helsedirektoratets virksomhet. Tilhørende framdriftsplan bes utarbeidet. Øvrige aktører trekkes inn på områdene der de skal bidra. To alternative økonomiske rammer legges til grunn; a) at arbeidet må skje innenfor ordinære budsjettammer og b) at det tilføres friske midler tilsvarende som i direktoratets utredning for modell 2 (men med justert fordeling på oppgaver, jf modell 3).*
- 2. Detaljtrede hvordan felles kompetansemoduler (jf direktoratets forslag) skal ivaretas i regi av Helsedirektoratet. Selv om det operative ansvaret for teoriundervisningen i den overordnede modellen legges til RHF/ regionsykehusene, ligger det skisserte innholdet i disse kursene tett på mange av helsemyndighetenes arbeidsområder, noe som begrunner at ansvaret for denne delen av teoriundervisningen legges til Helsedirektoratet.*
- 3. Prioriterer oppgavene med at turnustjenesten inngår som første felles del av spesialistutdanningen (jf tildelingsbrevet for 2015) og etableringen av ny spesialitet innrettet på akuttmottakene (jf oppdrag i eget brev).*

Når det gjelder pkt 3 er dette oppdraget som faller utenfor dette svaret. Integrering av del 1 i spesialistutdanningen med forslag til læringsmål og læringsaktiviteter er under planlegging og etableringen av egen spesialitet innrettet på akuttmottakene vil besvares separat. Denne rapporten utgjør derfor et svar på pkt 1 og 2 i oppdraget.

2. MÅLET MED NY MODELL

Det overordnede målet med omlegging til ny spesialitetsstruktur og tilhørende endringer i spesialistutdanning er å utdanne legespesialister med høy faglig kvalitet og med kompetanse tilpasset pasientenes og tjenestenes behov. Hensynet til kvalitet og pasientsikkerhet har vært førende for arbeidet.

Et hovedmål med ny modell for arbeidsdeling er å oppnå en effektiv organisering, forutsigbar og smidig gjennomføring, samt effektiv ressursbruk. Den nye oppgavedelingen skal sørge for et samsvar mellom ansvar og oppgaver, og at aktørene ikke skal inneha dobbeltroller. I oppdragsbrev av 27.03.2015 har HOD beskrevet en overordnet modell for organisering. Oppgavene fordeles her i henhold til den ordinære ansvars- og oppgavedelingen mellom aktørene: myndighetsutøvelse, operativt ansvar og opplæringsansvar. Helsedirektoratet skal ivareta myndighetsansvaret, mens de øvrige aktørene skal ha mer operativt ansvar eller undervisningsansvar.

3. OM MYNDIGHETANSVARET

3.1 Om myndighetsansvaret generelt

I den nye oppgavedelingen skal Helsedirektoratet ha en tydelig rolle som fag- og myndighetsorgan, med de oppgavene som følger av dette.

En slik omlegging har vært behandlet i Stortinget og lenge vært planlagt. Allerede i 1996 ble arbeidet med en ryddig i roller og ansvar lansert og vedtatt av Stortinget¹. I Lov om endringer i helsepersonelloven² ble det i 2008 tatt opp igjen og i oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet 2011 ble Helsedirektoratet bedt om å bistå i utredning av ny modell.

For å utlede hvordan myndighetsoppgavene i spesialistutdanningen skal ivaretas, vil det i dette avsnittet tas utgangspunkt i de verdier og prinsipper som offentlig myndighetsutøvelse er tuftet på. En beskrivelse av disse verdiene kan tydeliggjøre hvilke oppgaver som bør tilligge et offentlig myndighetsorgan.

Nasjonalt ansvar innebærer å gi rammer og felles verktøy for arbeidet med spesialistutdanningen og sikre helhet og faglig kvalitet. Utforming av forutsigbare og etterprøvbare læringsmål, krav til pedagogisk kvalitet på læringsaktiviteter, veiledning, vurdering og testing, samt godkjenning av spesialister og utdanningssteder er oppgaver som følger av dette ansvaret. Videre innebærer nasjonalt ansvar å overvåke kvaliteten på utdanningen og at spesialitetsstrukturen til enhver tid understøtter behovene i tjenesten.

3.2 Verdiene i offentlig forvaltning

Offentlig forvaltning er tradisjonelt tuftet på en del grunnleggende verdier. I St. meld nr. 19 (2008-2009) Ei forvaltning for demokrati og fellesskap er disse formulert som demokrati, rettsikkerhet, faglig integritet og effektivitet.

¹ St meld nr 24 (1996-97) Om faglighet og tilgjengelighet – om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste

² Ot prp nr 83 (2008-2009): Om lov om endringer i helsepersonelloven, kap 6

Innen forvaltningsforskningen er det skrevet mye om verdier i offentlig forvaltning. En måte å fremstille dette på er i form av et offentlig verdiunivers som en kjerne med ytre lag. Kjernen utgjør verdier som samfunnsansvar, rettsikkerhet, åpenhet, uavhengige profesjonelle standarder, likebehandling og kontinuitet – «det offentlige etos». Utenfor denne kjernen befinner det seg et lag med profesjonsverdier – et «fagspesifikt etos». Ytterst finner vi et arbeidsplass- og ledelsesetos knyttet til styring, ledelse og personalforhold i den enkelte organisasjon³

Kjernen i verdiuniverset innebærer verdier som hver på sin måte har relevans til spesialistutdanningsfeltet:

Samfunnsansvar: Helsedirektoratet vil ha et ansvar for å ivareta samfunnsperspektivet. Det innebærer i denne sammenheng å tilrettelegge for at spesialistutdanningen holder høy faglig kvalitet, samt at innholdet i de ulike spesialitetene er basert på beste tilgjengelig kunnskap og faglige råd, og i tråd med helsetjenestens og pasientenes behov. I dette ligger også å overvåke kvaliteten på spesialistutdanningen.

Faglig uavhengighet: Det er en sentral verdi i forvaltningen å ivareta faglig uavhengighet i ivaretakelsen av fagområder og i vurdering av saker. Den faglige uavhengigheten innebærer å både ivareta samfunnsperspektivet, samt å balansere ulike hensyn på et saksområde.

Rettsikkerhet: Hensynet til enkeltindividets rettsikkerhet er en bærende verdi i offentlig sektor. På dette aktuelle området innebærer det at enhver som utdanner seg som spesialist i Norge skal være sikker på at informasjon, søknadsprosesser og klageadgang ivaretas på en måte som ivaretar rettssikkerheten.

Åpenhet: Offentlig regelverk og beslutningsgrunnlag skal være transparent og innsyn kan gis. Det innebærer at informasjon om spesialistutdanning skal gjøres lett tilgjengelig for de som trenger det, hvis ikke personvern hensyn taler for det motsatte.

Habilitet: En viktig verdi i offentlig forvaltning er habilitet. Ansatte i offentlig sektor skal være nøytrale og upartiske i sin myndighetsutøvelse. I spesialistutdanningen innebærer dette at særinteresser ikke skal ha innflytelse på utfallet av en sak, men at vurderinger og beslutninger skal være preget av faglig uavhengighet. Dette gjelder både profesjonsinteresser og eierinteresser. Legitimiteten er svært sårbar for en sterk påvirkning av særinteresser og forvaltningens habilitet er avgjørende for legitimiteten. Samfunnet skal ikke kunne trekke habiliteten og uavhengigheten i tvil når det gjelder arbeidet med å fremskaffe beslutningsgrunnlag for vedtak eller beslutninger.

Likebehandling: En viktig verdi er likebehandling, dvs at like saker skal behandles likt. Enhver lege i spesialisering kunne være trygg på at vurderinger og saksbehandling skjer slik at likebehandling sikres. Like tilfeller skal i prinsippet også få samme resultat. Det samme gjelder

³ Beck Jørgensen, T. (2003). *På sporet av en offentlig identitet – verdier i stat, amter og kommuner*. Århus Universitetsforlag.

utdanningsavdelinger som søker godkjenning. Befolkningen må også kunne være trygg på at alle med en spesialisttittel innehar den kompetansen som kreves.

Kontinuitet: Saksbehandling og oppgaveutføring skal ikke være personavhengig, men ivaretas av forvaltningen som organisasjon og dermed sikre kontinuitet i oppgaveutførelse.

Disse verdiene utgjør noen viktige prinsipper som gir et godt grunnlag for å definere myndighetsoppgaver i spesialistutdanningen. De anses videre som verdier knyttet til beslutningsgrunnlaget for myndighetenes avgjørelser. I myndighetsutøvelsen i den nye oppgavefordelingen må Helsedirektoratet framstå med en uomtvistelig legitimitet; både i fagmiljøene, i helsetjenesten og i samfunnet for øvrig. Det stiller krav til hvordan vi må innrette myndighetsutøvelsen og hvordan bidrag fra forskjellige instanser håndteres.

3.4 Oppgavedeling i andre land

I arbeidet med å utrede forslag til ny spesialitetsstruktur har Helsedirektoratet sett hvordan andre land har organisert sitt arbeid med spesialistutdanningen.

Det er ingen ensartet måte å organisere spesialistutdanningen, men et særtrekk ved Norge er at Legeforeningen har såpass store oppgaver knyttet til utdanningen og at myndighetene har tilsvarende få oppgaver som her.

I Danmark har Sundhedsstyrelsen i oppgave å lage forskrifter og andre retningslinjer, gi autorisasjon, godkjenne målbeskrivelser, besørge inspeksjonsbesøk og rådggi de regionale sekretariater. I Danmark har de fem helseregionene slått seg sammen til tre utdanningsregioner med hvert sitt sekretariat. Sundhedsstyrelsen bestiller spesialitetsspesifikke kurs fra de danske medisinske selskapene og overfører penger for dette. De danske medisinske selskapene er atskilt fra Legeforeningen som fagforeningsorganisasjon. Selskapene er da ansvarlige for kursinnhold og gjennomføring. Universitetene har ingen formell rolle, men bidrar med kurs etter avtale med Sundhedsstyrelsen. Regionene har ansvaret for gjennomføringen av utdanningene, blant annet gjennom regionale utdanningsutvalg for alle spesialiteter. Disse utvalgene utarbeider forslag til utdanningsprogrammer og forløp.

I Sverige er Socialstyrelsen premissleverandør gjennom forskrifter, samt at de tar samfunnsperspektivet og sikrer fokus på nasjonalt prioriterte områder, eksempelvis pasientsikkerhet, inkl legemiddelhåndtering. Socialstyrelsen bestemmer videre hvilke spesialiteter man skal ha og hva innholdet skal være i hver enkelt.

I Sverige er Legeforeningen juridisk todelt - Svenske Läkarförbundet (SLF) (arbeidsrettslig) og Svenska Läkarselskapet (SLS) (faglig). Ingen av disse to, eller universitetene, har noen formelle roller i spesialistutdanningen, men Socialstyrelsen bruker SLS aktivt i utforming av de medisinskspesifikke målene. Bestilling av kurs er det Landstingene og kommunene som gjør, og de står fritt til å velge leverandører innenfor de rammene forskriften gir.

I Danmark har Sundhedsstyrelsen tyngre oppgaver, og det er de tre utdanningsregionene som langt på veg er utførere. I Sverige er også Socialstyrelsen tyngre inne i å legge premisser, mens selve utdanningen er svært desentralisert.

I utredningsarbeidet har vi også forsøkt å lære av erfaringer fra våre naboland, og den foreslåtte modellen er langt på veg et resultat av dette. Spesielt inspeksjonsordningen i Danmark og forskriftsarbeidet i Sverige danner gode modeller for myndighetsutøvelsen i Norge. I tillegg bruken av de medisinske selskapene som i begge land er atskilt fra fagforeningen og blir brukt til faglige råd balansert med andre aktører.

4. HELSEDIREKTORATETS SAMARBEID OM SPESIALISTUTDANNINGEN

4.1 Oppgavedelingen

Helsedirektoratets oppgaver er knyttet til myndighetsutøvelse, jfr ovennevnte. Iverksettingen av spesialistutdanningen skal skje i et tett samarbeid med andre aktører som har et operativt ansvar for utdanningen. I departementets beskrivelse skal både RHF, universitetssykehusene, Legeforeningen og universitetene ha oppgaver.

De regionale helseforetak skal ha følgende oppgaver:

- Sørge for at helheten i teori og praksis ivaretas og at systemer etableres
- Sørge for helhetlige utdanningsløp på tvers av helseforetakene
- Påse at samarbeidet med universitetene forankres i samarbeidsorganene om forskning og utdanning
- Bringe inn kommunene på en hensiktsmessig måte.

Universitetssykehusene har disse oppgavene:

- I samarbeid med universitetene, ha operativt ansvar for teoriundervisningen på oppdrag fra RHF
- Tilrettelegge for helhetlige utdanningsløp
- I samarbeid med universitetene ha ansvar for veiledning og vurdering av legene etter retningslinjer fra Helsedirektoratet.

Universitetene skal ha ansvar for:

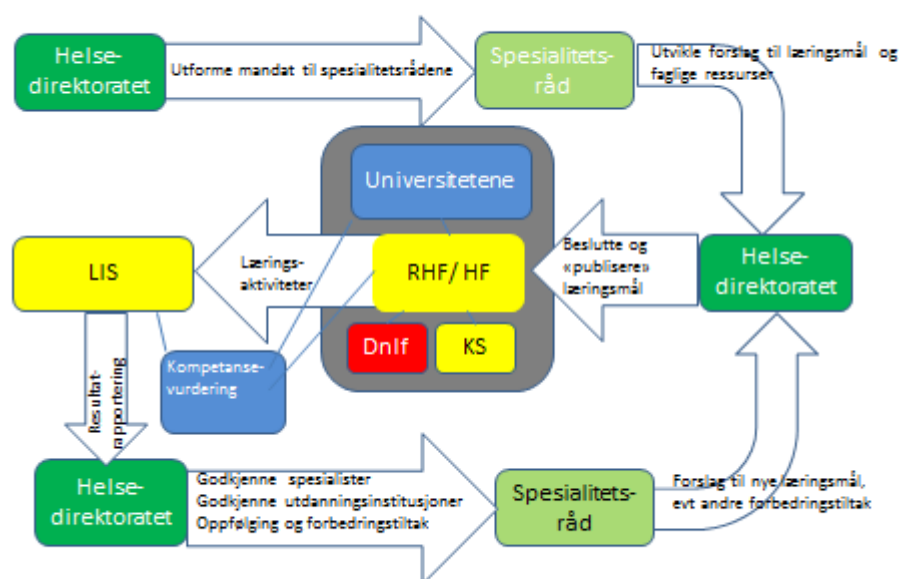
- Teoriundervisning på teoritunge områder
- Utvikling av veilederkurs
- E-læringskurs
- Pedagogisk kvalitetssikring
- Evt utvikling av tester.

Legeforeningen skal:

- Delta med faglig rådgivning til direktoratets arbeid, herunder i kvalitetsvurdering av utdanningsavdelingene
- Ivareta enkelte oppgaver innen spesialistutdanningen (f eks videre- og etterutdanning)
- Bistå i overgangsordninger.

4.2 Prosessbeskrivelse av spesialistutdanningen

I figuren nedenfor gis en illustrasjon av hvordan arbeidsflyten mellom samarbeidspartnerne i spesialistutdanningen kan skje. Denne modellen viser kun arbeidsflyt og arbeidsfordeling mellom Helsedirektoratet og de øvrige aktørene, jfr oppdraget. Hvordan samarbeidet skal skje mellom RHF, universitetene, KS og Legeforeningen i selve iverksettingen, vil beskrives i egen leveranse fra RHF, jfr oppdrag til RHF av 27.3.15. Det er derfor viktig å presisere at modellen kun viser en del av prosessen og ikke det store arbeidet med iverksetting av spesialistutdanningen ute i helseforetak og kommuner, dvs det gråmarkerte området i figuren nedenfor.



I det videre beskrives hvordan Helsedirektoratet kan organisere sin del av arbeidet innenfor denne modellen:

De foreslåtte spesialitetsrådene vil være Helsedirektoratets viktigste organer i utøvelsen av sine oppgaver. Disse er omtalt detaljert i kap 5. Helsedirektoratet utformer mandater for spesialitetsrådene. En del av rådsmandatet er å utforme læringsmål og beskrivelser av læringsutbytte. Helsedirektoratet vil her bistå med veiledningsmateriell og introduksjonskurs for

rådsmedlemmene om hvordan dette skal gjøres, slik at læringsmålene i størst mulig grad blir utbyttedefinerte og etterprøvbare.

Rådene vil også foreslå hvordan læringsmålene kan oppnås, dvs hvilke læringsaktiviteter som egne seg.

Spesialitetsrådene har et særlig ansvar for at innholdet i spesialistutdanningens del 1-3 er oppdatert og kunnskapsbasert. Når spesialitetsrådene har utformet beskrivelser av læringsutbytte med tilhørende læringsaktiviteter, vil disse sendes direktoratet for vurdering og godkjenning.

Ved forslag til vesentlige endringer i læringsmål eller læringsaktiviteter bør disse sendes til Legeforeningen, RHF, KS og universitetene for uttalelse før den endelige godkjenningen skjer. Denne oppgaven koordineres av direktoratet. De samme fagmiljøene kan foreslå slike endringer overfor Helsedirektoratet. Både Legeforeningen ved de fagmedisinske foreningene og universitetene vil spille en viktig rolle i en slik prosess.

Helsedirektoratet vil sørge for at alle vedtatte læringsmål og læringsaktiviteter publiseres til videre bruk av LIS, helseforetakene, RHF, kommunene og universitetene. Dette gjøres på relevante nettsider og det bør utvikles et eget elektronisk verktøy (se kap. 9).

Både utdanningsløp og kompetansevurderinger legges inn i et elektronisk verktøy til bruk både for den enkelte, for utdanningsstedet og i den endelige spesialistgodkjenningen. I det samme verktøyet bør det ligge data om kvaliteten på utdanningsavdelingene som sammen med læringsresultatene vil brukes i godkjenning av den enkelte spesialist og godkjenning av utdanningsinstitusjonene.

Når læringsmål og læringsaktiviteter er besluttet og publisert er det RHF og universitetssykehusene som står for iverksettingen. Det vises her til rapporten fra RHF om hvordan RHF planlegger dette utført.

Etter at et utdanningssted vurderer at kandidaten har nådd læringsmålene, sendes søknad om godkjenning til Helsedirektoratet for endelig vurdering i det elektroniske systemet. Dersom det fremkommer forhold som tyder på mangler i kvaliteten på utdanningen, vil Helsedirektoratet ta initiativ til et besøk til gjeldende utdanningsavdeling. Hvilke kriterier som et utdanningssted skal vurderes etter og hvordan denne kvalitetsoppfølgingen skal skje, vil utredes nærmere. Å utføre denne type gjennomgang med påfølgende rapport og evt pålegg om forbedringer, vil utføres i regi av Helsedirektoratet. Legeforeningen vil bistå med sin kompetanse i å utforme en slik ordning og vil bli invitert til å utnevne fagpersoner til å bistå i gjennomføringen.

5. RÅDSSTRUKTUREN

5.1 Formålet med rådsstrukturen

Det viktigste virkemidlet i utøvelsen av myndighetsoppgavene er de faglige spesialitetsrådene, ett for hver spesialitet, samt det overordnede nasjonale rådet. Disse rådene har store oppgaver og må utgjøre permanente strukturer.

5.2 Spesialitetsrådene

Spesialitetsrådene, ett for hver spesialitet, består utelukkende av fagfolk som på bakgrunn av sin faglige kompetanse anses å kunne bidra til å utvikle fagområdet ut fra pasientenes behov.

Spesialitetsrådene vil ha følgende oppgaver:

- Overvåke og vurdere utviklingen innen eget fagområde med tanke på forbedringer i spesialistutdanningen
- Vurdere behovet for endringer i eget fagområde på oppdrag fra Helsedirektoratet, som følge av samfunnsutviklingen, for eksempel teknologisk og demografisk utvikling eller politiske føringer.
- Utvikle utbyttedefinerte læringsmål for spesialiteten i tråd med den faglige og samfunnsmessige utviklingen.
- Foreslå læringsaktiviteter og hvilke ressursmiljøer som skal utvikle læringsaktivitetene
- Foreslå forbedringer i spesialitetsstruktur, innholdet i spesialiteten eller utdanningsopplegg. Utdanningsopplegg omfatter alle typer læringsaktiviteter.
- Bidra i vurdering av kvaliteten ved utdanningsavdelinger og ressursmiljøer på oppdrag fra Helsedirektoratet
- Være rådgivende i spørsmål om fremtidig behov for spesialister i fagområdet og utdanningskapasitet i alle spesialiteter
- Være rådgivende i enkeltsaker vedrørende spesialistgodkjenning.

Hvert spesialitetsråd består av 4-7 medlemmer avhengig av spesialitetens omfang. Rådene sammensettes ut fra medisinskfaglig kompetanse og skal ikke representere noen andre interesser. Alle medlemmene skal enten være ferdige spesialister eller være under spesialisering

i det angjeldende fagområdet. Hvert råd skal dekke kompetansebredden i sin spesialitet, og kunne ivareta fagets utfordringer.

Hvert spesialitetsråd settes sammen slik:

- 1 lege som ved oppnevning er i spesialisering
- 3-6 legespesialister, hvorav minst en med PhD
- 2 vara
- 1 vara for LIS.

Helsedirektoratet står for den endelige oppnevningen etter forslag fra helseforetakene, universitetene, Legeforeningen og fylkesmannsembetene (for de primærmedisinske spesialitetene). Disse vil bli bedt om å foreslå alternative kandidater, slik at direktoratet kan sette sammen råd som er balanserte i forhold til kompetansekravene, geografi, store og små sykehus osv. Rådene bør likevel sikre at minst to av medlemmene er foreslått av Legeforeningen, to av RHF og ett av universitetene i den grad det er mulig. Det Helsedirektoratet oppnevner leder og nestleder blant medlemmene.

Helsedirektoratet vil også etablere en struktur som ivaretar behovet for endringer på tvers av spesialitetene: Det må sikres at endringer i læringsmålene for én spesialitet, som kan få betydning for en annen, blir riktig håndtert.

5.3 Det nasjonale rådet

Det nasjonale rådet behandler generelle spørsmål knyttet til spesialistutdanning av leger.

- Ivareta et samfunnsmessig perspektiv på spesialistutdanningen av leger, herunder vurdere om gjeldende spesialitetsstruktur svarer til tjenestens og pasientenes behov
- Vurdere utviklingstrekk i samfunnet som har konsekvenser for mengde eller innhold i spesialistutdanningen og foreslå endringer på bakgrunn av dette
- Vurdere særlige utfordringer innen bestemte områder, enten når det gjelder fremtidig behov for spesialister, rekruttering til spesialiteter, fordeling av spesialister mellom spesialiteter og mellom regioner, samt mellom primær- og spesialisthelsetjenesten
- Vurdere prinsipielle spørsmål knyttet til innholdet i utdanningene
- Vurdere forslag fra spesialitetsrådene som kan ha større driftsmessige, økonomiske eller organisatoriske konsekvenser.

Det nasjonale rådet for spesialistutdanning oppnevnes av Helsedirektoratet og består av 11 medlemmer. I motsetning til spesialitetsrådene vil sammensetning av dette være basert på representasjon av interesser.

Helsedirektoratet leder det nasjonale rådet. De øvrige 10 medlemmene oppnevnes av direktoratet etter invitasjon til berørte aktører. Dette rådet sammensettes på bakgrunn av representasjon etter en slik fordeling:

1. Leder (Helsedirektoratet)
2. RHFene – 2 medlemmer
3. KS – 1 medlem
4. Spekter – 1 medlem
5. Legeforeningen – 1 medlem
6. Universitetene -1 medlem
7. Lege i spesialisering – 2 medlemmer, hvorav én fra de primærmedisinske spesialitetene
8. Brukerorganisasjoner (Norsk pasientforening) – 1 medlem
9. Helsetilsynet - 1 medlem
10. Fylkesmannsembetet – 1 medlem.

Både primær- og spesialisthelsetjenesten skal ha minst to legerepresentanter i rådet.

I tillegg til spesialitetsrådene, vil Helsedirektoratet opprette arbeidsgrupper etter behov. For eksempel opprettes det arbeidsgrupper for å forberede del 1, for veiledning og for felles kompetansemoduler.

6. IVARETAKELSE AV MYNDIGHETSOPPGAVENE

6.1 Hva myndighetsoppgavene innebærer

For Helsedirektoratet betyr den beskrevne omleggingen følgende:

- Helsedirektoratet har den overordnede styringen av rådene. Dette innebærer å utforme mandater, formidle styringssignaler ved å gi konkretiserte bestillinger til hvert spesialitetsråd, samt å følge opp at rådene leverer sine forslag i henhold til bestillingene.
- Helsedirektoratet har videre en oppgave med å beslutte læringsmål og bringe beslutninger videre til de instansene som ivaretar det operative ansvaret. Dette vil kreve *fagkompetanse* på behovsvurderinger og overordnede føringer. Det vil også bli behov for å koordinere aktivitetene i rådene og de vurderinger som rådene gir.
- Helsedirektoratet vil måtte stille krav til den som utfører de operative oppgavene og vurdere om resultatene er i tråd med intensjonene
- Helsedirektoratet vil også ha som oppgave å gi rammer for og sørge for god metodikk i utforming av målbeskrivelser. Dette tilsier behov for *pedagogisk kompetanse*.
- I noen tilfeller, for eksempel for de felles kompetansemødelene, vil direktoratet kunne ha en mer operativ rolle ved både å legge rammer for innhold og gjennomføring av læringsaktiviteter, og bidra i utvikling og gjennomføring.
- Helsedirektoratet har for øvrig oppgaven med å godkjenne og følge opp utdanningsavdelinger, dvs utdanningsstedene.

For å ivareta myndighetsoppgavene som beskrevet i kapittel 3, vil Helsedirektoratet ha behov for styrking. Dette består i ressurser til følgende ny oppgaver:

- Monitorere kvaliteten på spesialistutdanningen og tilrå endringer overfor HOD
- Vurdere alle innspill til endringer i spesialitetsstruktur og –innhold, samt spille inn råd om endringer til HOD
- Oppnå en forutsigbar og god godkjenningsprosess for spesialister

- Utvikle og drifte et nasjonalt elektronisk verktøy for planlegging og oppfølging av spesialistutdanningen og utdanningsstedene
- Utvikle, administrere og følge opp kvalitetsvurderingen av utdanningssteder Ha ansvaret for system for kvalitetsvurdering og godkjenning av spesialister og utdanningssteder.

6.2 Oppgaver knyttet til rådsstrukturen

For å bygge opp og drifte en rådsstruktur vil Helsedirektoratet måtte ha eget sekretariat. Hvert råd skal etableres og driftes. For å drifte rådene er det nødvendig med en sekretariatsfunksjon.

Rådssekretariatet vil ha følgende oppgaver:

Rådssekretariatets oppgaver
Utforme mandater til spesialitetsrådene, både det sentrale rådet og de ulike spesialitetstrådene
Forberede møter i det sentrale rådet og formidle sentrale føringer fra myndighetene og/eller det sentrale rådet til spesialitetsrådene til utdanningsansvarlige (RHF, HF, universitetene og Legeforeningen)
Bistå rådene i beskrivelser av læringsutbytte og anbefalinger om egnede læringsaktiviteter (kurs, simulatorentrening, ferdighetstrening, e-læringskurs etc)
Bygge opp og administrere tilgjengelige og oppdaterte oversikter over læringsmål og resultater, bl a ved å utvikle og videreutvikle nettsider om spesialistutdanning
Samarbeide med RHF, KS, universitetene og Legeforeningen i arbeidet med spesialistutdanning generelt og i mer konkrete saker
Monitorere resultatene av læringsaktivitetene, og for hver enkelt LIS
Foreslå forbedringstiltak av læringsaktiviteter overfor spesialitetsrådene og evt overfor RHF/HF
Koordinere læringsmål mellom forskjellige spesialiteter ved avhengigheter

Det anses nødvendig å holde årlige samlinger der alle deltakere fra alle rådene samles for gjensidig informasjon, formidle styringssignaler, se på eventuelle endringer i forholdet mellom de ulike spesialitetene og initiere utviklings- og forbedringsarbeid.

6.3 Intern organisering

I forbindelse med behovet for å samle og styrke innsatsen innen personell og kompetanseområdet, har Helsedirektoratet opprettet Divisjon for kompetanse og personell. Rådssekretariatet legges til Avdeling for spesialisering og etterutdanning i denne divisjonen. Disse organisatoriske strukturene vil etter direktoratets vurdering være avgjørende for å kunne iverksette, drifte og videreutvikle ny spesialistutdanning med de store oppgaver det innebærer.

7. FELLES KOMPETANSEMODULER

7.1 Modell for utvikling og implementering

Utvikling av felles kompetansemoduler (FKM) for alle spesialiteter vil utgjøre et viktig utviklingsarbeid. Helsedirektoratet er tillagt ansvaret for å utforme utbyttedefinerte læringsmål, foreslå læringsaktiviteter og hvilke ressursmiljøer som skal utvikle læringsaktivitetene. I tillegg til dette er direktoratet bedt spesielt om å ta ansvar for teoriundervisning på de temaene som omfattes av FKM.

Et grunnleggende prinsipp for de elementene som skal ivaretas av FKM, er at den beste læringen skjer nærmest mulig det daglige arbeidet og i tilknytning til de erfaringene kandidaten gjør der. Denne tilnærmingen medfører at teorikurs i tradisjonell forstand kun i liten grad vil være egnet til læring i FKM, og at det må utvikles andre læringsaktiviteter. FKM handler i stor grad om holdninger, arbeidsmetoder og tilnærminger.

Vi ser for oss en tredeling av læringsaktiviteter som følger:

- Alt som må gjøres borte fra jobb: samlinger, simulering etc
- Alt som kan studeres selv: e-læring, litteraturstudier, prosjektskriving etc
- Alt som bør skje i løpet av arbeidsdagen: anvendelse av FKM i klinisk praksis, gruppeveiledning, kommunikasjonstrening, delta i forbedringsprosjekter, møter med foredrag etc.

Teoretisk kunnskap, ferdigheter og holdninger vil kunne tilegnes på alle disse arenaene, og de forskjellige læringsaktivitetene må henge logisk sammen. Mye av innholdet i FKM bygger på nasjonale føringer for felleskompetanser som samfunnet ønsker at leger skal ha f.eks i kommunikasjon, samhandling, kunnskapsbasert praksis osv. Dette taler for at Helsedirektoratet tar ansvaret for å få utviklet læringsaktiviteter som inneholder felles tankegods og kan brukes på tvers av spesialiteter, foretak og kommuner, i den grad det kan hentes ressurser og kompetanse fra forvaltningen eller foretak. Eksempler kan være revisjon av fylkesmannens kurs, eller at Pasientsikkerhetsprogrammet lager et generisk opplegg for LIS som bygger på eksisterende aktiviteter i programmet, for eksempel en modell for grupperefleksjon rundt etiske og andre problemstillinger som praksiserfaringene reiser. Det kan også være aktuelt å ta ansvar for å få laget e-læringskurs til bruk i alle spesialiteter, men til dette kreves bistand fra universitet eller andre.

Hoveddelen av Helsedirektoratets arbeid med FKM vil foregå gjennom tre arbeidsgrupper som startet sitt arbeid i august 2015. Gruppene er sammensatt etter forslag til deltakere fra RHF/HF, fylkesmannen, universitetene og Legeforeningen og slik at de skal kunne utarbeide relativt konkrete og praktisk gjennomførbare læringsopplegg, i tillegg til å formulere etterprøvbare mål. Helsedirektoratet vil følge arbeidet tett og sørge for koordinering mellom gruppene. Der verken arbeidsgruppene eller forvaltningen/foretakene for øvrig ikke har nødvendig kompetanse eller ressurser, må oppdrag bestilles fra eksterne leverandører.

Forslag til læringsmål og skisse til aktiviteter for del 1 skal være overlevert Helsedirektoratet innen 15. desember 2015. En eventuell ytterligere detaljering av aktivitetene overleveres innen 1. mars 2016, parallelt med utviklingen av læringsaktiviteter som vil måtte skje våren 2016. Helsedirektoratet bistår med maler for utvikling av ulike læringsaktiviteter til bruk for de som skal utvikle det lokalt enten det er sykehusene, fylkesmannsembetene eller universitetene. Frist for overlevering av forslag til læringsmål og aktiviteter for FKM i del 2 og 3 er 1. mai 2016.

Når Helsedirektoratet får overlevert forslagene, vil læringsmål vedtas og videreformidles til RHF-ene etter samme prosedyre som for spesialitetsrådene. Utviklingen av læringsaktivitetene vil enten skje i regi av Helsedirektoratet jfr ovenfor eller av helseforetakene, fylkesmannsembetene eller Legeforeningen etter avtale. De ansvarlige universitetssykehusenes oppgave vil være å sørge for at læringsaktivitetene blir implementert.

Det er et mål at læringsmålene i FKM skal være godt integrert med læringsmålene innenfor del 1 og den enkelte spesialitet. Det må vurderes om arbeidsgruppene i FKM skal videreføres som permanente grupper for å forestå evaluering og oppdatering, eller om det opprettes nye grupper for dette ved behov.

7.2 Modell for ivaretagelse av veiledning

For å styrke veiledningen er det i konsekvensutredningen skissert et opplegg for veilederutdanning av alle LIS. I tillegg, og som en første etappe, skal det utdannes 100 overleger som superveiledere, som selv kan drive veiledning og ha et faglig ansvar for veiledning i foretaket/divisjonen. Helsedirektoratet skal, i følge brevet av 27. mars 2015, lage retningslinjer for veiledning. Vi tolker dette ansvaret til å inkludere både faglige retningslinjer for veiledning i foretak og kommuner og skisse til utviklingsopplegg.

Til hjelp i dette arbeidet har Helsedirektoratet i august 2015 nedsatt en arbeidsgruppe etter forslag til deltakere fra foretak, fylkeskommunene, universitetene og Legeforeningen. Mandatet for gruppen er å beskrive læringsmål og opplegg for veilederutvikling. Rammene for oppdraget er veilederutvikling slik den er beskrevet i konsekvensutredningen. Veilederutvikling gjelder både for foretak og kommuner.

8. ALLMENNMEDISIN

Det overordnede ansvaret for spesialiteten allmenntmedisin foreslås lagt til RHF, i likhet med de andre kliniske spesialitetene. En slik forankring i de regionale utdanningssentrene kan ha mange fordeler. Forutsetningene for å få til et godt utdanningsløp mellom sykehus og kommune i del 1 blir styrket. Videre vil det kunne bli lettere å få til en god innpassing av sykehusåret som en del av spesialiseringen i allmenntmedisin.

Samtidig vil en slik organisatorisk plassering kreve spesiell oppmerksomhet på allmenntmedisin som spesialitet, med de særegenheter den har. De allmenntmedisinske fagmiljøene må fortsatt bestemme innholdet i faget, og utdanningsaktivitetene må ivaretas tilstrekkelig i «konkurransen» med sykehusspesialitetene. RHF har ingen tradisjon for å ivareta denne utdanningen og sykehusene de har heller ikke fremtidig arbeidsgiveransvar for de ferdige utdannede allmenntmedisinere.

Helsedirektoratet ser det derfor som viktig at det allokeres ressurser slik at tilstrekkelig og god utdanning i allmenntmedisin sikres. Det er i den sammenheng viktig at det store arbeidet som utføres gjennom de lokale kurskomitéene, blir videreført på høvelig vis.

Det gode opplegget som er utviklet for gruppeveiledning i utdanning av allmenntmedisinere, vil også kunne brukes som modell for gruppeveiledning i utdanningen av sykehusspesialitetene.

9. BEHOVET FOR ET FELLES ELEKTRONISK VERKTØY

En viktig nøkkel til suksess er at det utvikles et godt og effektivt registreringssystem der opplysninger om utdanningsløpet for den enkelte LIS registreres. Det samme systemet bør også kunne benyttes i godkjenning av den enkelte spesialist og av utdanningsinstitusjonene.

Læringsmålene og resultatet av kompetansevurderinger bør legges inn i verktøyet slik at opplysningene kan brukes i godkjenningsarbeidet. Søknadsbehandling vedr spesialistgodkjenning blir dermed enklere og sikrere.

Helsedirektoratet trenger verktøyet også for monitorering og godkjenning av utdanningsstedene. Det er i denne sammenhengen viktig at verktøyet har standardiserte maler og at data som legges inn er slik at det blir velegnet for uthenting av statistikk og andre data til bruk i myndighetsutøvelsen.

Det planlegges en samling med RHF, universitetene og Legeforeningen i september om det slikt verktøy. Deretter vil det gå ut en anbudsinnbydelse til relevante miljøer med tanke på utvikling og implementering av verktøyet.

Vi er klar over RHF vurderer ett av verktøyene som mer aktuelt enn andre, og har igangsatt et arbeid vedr dette. Det bør stilles krav om at det systemet som velges, kan kommuniser godt med et system (evt. moduler) som er egnet til å ivareta myndighetsarbeidet. Det bør følgelig settes i gang et arbeid for å vurdere om Helse Vest sitt system kan brukes av Helsedirektoratet eller om det bør utvikles en egen «myndighetsmodul».

Helsedirektoratet vil uansett ha behov for et elektronisk verktøy til bruk for å ivareta sine oppgaver og verktøyet bør være på plass ved oppstart av første LIS i ny ordning.

10. KOSTNADER FOR HELSEDIREKTORATET

10.1 Bakgrunn

Helsedirektoratet har allerede i innspill til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) til statsbudsjettet for 2016 redegjort for kostnader til utvikling og drift av den foreslåtte modellen for spesialistutdanning. Vi forutsetter at HOD legger dette til grunn i det videre arbeidet, og vil i det følgende ytterligere utdype og begrunne innspillet.

10.2 Helsedirektoratets kostnader

a) Kostnader til å utføre myndighetsoppgaver

Arbeidet med å lede og koordinere utviklingen av myndighetsoppgavene, som i alt vesentlig er nye, vil kreve økte ressurser. Det er også behov for å rekruttere ny kompetanse; for oppfølging av kvaliteten på utdanningsinstitusjoner og pedagogisk kompetanse, som blant annet kan bistå inn i rådsarbeid, utarbeide maler og pedagogisk verktøy for rådene, sekretariatsfunksjon for rådene og støtte til operativt nivå. Til dette trengs det en administrativ ressurs som kan utvikle og vedlikeholde brukervennlig nettinformasjon, og ha oppgaver knyttet til administrasjon og økonomioppfølging av hele området.

Tabell 1 Ressursbehovet generelle myndighetsoppgaver

Kompetanse	Stillingsressurs
Monitorering av behovet for endringer, faglig koordinering	100 %
Pedagogisk ressurs	100 %
Oppfølging av kvalitet på utdanningsinstitusjoner	100 %
Administrativ ressurs	100 %
Sum	400 %

Til sammen utgjør dette 4 årsverk, noe som gir en årlig brutto kostnad på 1 mill. kr pr årsverk, dvs. totalt **4 mill. kr.**

b) Kostnader til drift av rådsstruktur

Oppbygging og drifting av rådsstrukturen vil kreve både faglige og administrative ressurser. Direktoratet trenger å ha både indremedisinsk og kirurgisk kompetanse i arbeidet med å lede oppbygging og drift av spesialitetsråd innen de aktuelle områdene. Det ansås tilstrekkelig med ½ stilling innen hver, dvs totalt 1 stilling. Det beregnes også en ressurs til det tilsvarende arbeidet med de øvrige spesialitetsrådene. Den største økningen vil imidlertid gå til ren administrativ støtte for spesialitetsrådene.

Tabell 2 Ressursbehovet drift rådsstruktur

Kompetanse	Stillingsressurs
Kirurgi (etablere og drifte spesialitetsråd innen kirurgiske fag)	50 %
Indremedisin (etablere og drifte spesialitetsråd innen indremedisin)	50 %
Legeressurs (etablere og drifte de øvrige spesialitetsrådene)	100 %
Administrativ ressurs	250 %
Sum	450 %

Ledelse og drift av rådssekretariatet er stipulert til 4,5 stillinger, dvs. 4,5 mill. kr. I tillegg vil det medgå kostnader til møtevirksomhet, reiser og opphold, ca. 2 mill. kr pr år. Rådssekretariatet vil dermed ha behov for **6,5 mill. kr totalt.**

c) Kostnader til å utvikle og inneha ansvaret for felles kompetansemoduler og veiledning

Utvikling av felles kompetansemoduler og veilederopplæring vil i all hovedsak være et nybrottsarbeid. Det etableres 4 arbeidsgrupper som skal jobbe med læringsmål og innhold/maler for læringsaktiviteter i felles kompetansemoduler og veiledning. Til dette trengs en prosjektleder, en pedagog og ressurser til drift av arbeidsgruppene. I tillegg må det påregnes noen utgifter til eksterne oppdrag for å utvikle og oppdatere tema-spesifikke nasjonale opplegg, eks. et e-læringskurs pr tema, minimum 1 mill. pr år.

Øvrige utgifter til administrasjon og nettinformasjon er inkludert i de andre tabellene. Administrative og faglige ressurser knyttet til detaljutvikling, bestilling og gjennomføring av aktivitetene er ikke medregnet. Forslag til hvor disse oppgavene skal ligge blir skissert i leveransen til HOD 30. august. Utgifter er foreløpig beregnet i rapporten IS-2180 (konsekvensutredningen).

Tabell 3 Ressursbehovet felles kompetansemoduler og veiledning

Kompetanse/oppgave	Ressursbruk
Prosjektledelse	1 mill
Kjøp av pedagogisk kompetanse i implementering	1 mill
Arbeidsgrupper – gjennomføring av møter (reise, opphold, kompensasjon ol)	0,4 mill
Eksterne oppdrag	1 mill
Sum	3,4 mill

d) *Kostnader til utvikling og implementering av elektronisk verktøy*

Alle de berørte trenger et felles elektronisk verktøy for å planlegge og følge opp, inkludert registrere kompetansevurdering, godkjenne de ulike trinnene i spesialistutdanningen og godkjenne utdanningsavdelinger.

Utvikling av et slikt verktøy vil koste om lag 5 mill. kr, men her er tallene beheftet med usikkerhet, avhengig av hvilken leverandør som velges. Dersom en dyrere leverandør velges, må disse oppgavene deles med RHF og universitetene. Driftskostnadene for et tilsvarende dansk verktøy beløper seg til 1,6 mill. kr per år (for 24 av i alt 38 spesialiteter). Med 46 spesialiteter i Norge vil vi anslå en driftskostnad på ca. 3 mill. pr år. I tillegg brukes ca. 3 årsverk i Sundhedsstyrelsen, noe som også vil medgå i Norge. Innlegging og oppdatering av læringsmål vil være en sentral driftsoppgave.

Dette gir en totalt årlig kostnad på **6,1 mill. kr**, utenom utviklingskostnadene som vil innebære en pukkelkostnad i 2016.

Tabell 4 Ressursbehovet elektronisk verktøy LISE

Kompetanse	Stillingsressurs
Innlegging og oppdatering av læringsmål	100 %
Veiledning til brukerne/brukerstøtte	100 %
Drift og oppdatering av verktøyet	100 %
Sum	300 %

10.3 Samlet oversikt over kostnader

De samlede kostnader for Helsedirektoratet vil dermed se slik ut:

Område	Kostnader i mill kr
Myndighetsstyring	4,0
Rådsstruktur	6,5
Felles kompetansemoduler	3,4
Elektronisk verktøy	6,1
Sum	20,0

Den totale kostnaden for Helsedirektoratets oppgaver blir dermed **20 mill. kr årlig**.

På lengre sikt vil denne omleggingen av ansvarsforhold og måter å utføre oppgavene på kunne gi noen effektiviseringer, både for direktoratet og for andre aktører.

Ved bedre systemer og verktøy for dokumentasjon og monitorering av den enkelte LIS og av utdanningsinstitusjonene, vil spesialistoppfølging og godkjenning av spesialister og institusjoner kunne forbedres. Spesialitetsrådene vil også kunne ivareta en del oppgaver som Helsedirektoratet i dag betaler Legeforeningen for å utføre.

10.4 0-alternativet

Helsedirektoratet er bedt om å skissere konsekvensen av et 0-alternativ.

Helsedirektoratet bruker i dag ca 2,2 årsverk til arbeidet med planlegging av iverksetting av ny spesialitetsstruktur. Dette er meget knapt, slik at direktoratet har måttet skyve en del utviklingsarbeid foran oss. Det er videre en rekke uløste oppgaver av faglig og administrativ art som ikke er fulgt opp. Ett av de store områdene er vurderingen av kompetanseområder.

Å skulle ivareta myndighetsoppgavene med oppbygging og drifting av rådsstruktur, håndtering av utvikling av læringsmål, utvikle opplegg for kvalitetsvurdering av utdanningsstedene, utvikle og følge opp felles kompetansemoduler, samt utvikle og drifte et egnet elektronisk verktøy vil neppe kunne realiseres.

Et alternativ her er at de midlene som i dag brukes av Legeforeningen til dette formålet, overføres til Helsedirektoratet og de andre aktørene. Dette er i så fall en sak mellom HOD, Spekter og Legeforeningen, og må tas opp ved neste hovedforhandling.

Dersom de økonomiske rammene for gjennomføring av den nye modellen for spesialistutdanning skulle bli vesentlig redusert i forhold til det som ligger i forslagene fra RHF og Helsedirektoratet, vil dette kreve en videre dialog mellom HOD og aktørene om framdrift og finansiering av oppgavene.

11. BEHOV FOR FORSKRIFTSENDRINGER

Den nye spesialistutdanningen innebærer en stor omlegging av eksisterende ordning som vil avstedkomme behov for endringer i forskrifter. Helsedirektoratet har levert et eget innspill til forskriftsarbeidet, men gjentar hovedpunktene her for fullstendighetens skyld.

I dag er det flere forskrifter som regulerer spesialistutdanningen. I fremtiden vil det være hensiktsmessig kun å ha én forskrift, dvs en generell forskrift om spesialistutdanning av leger.

En generell forskrift om spesialistutdanning vil måtte utformes i tråd med tenkningen i ny spesialistutdanning. Det anses derfor viktig at terminologien i forskriften er i overensstemmelse med den pedagogiske hovedinnrettingen i den nye ordningen.

Noen av de viktigste endringer er som følger:

a. Ny modell for arbeidsfordeling

Den nye modellen innebærer at flere aktører får andre oppgaver og dermed bør aktørenes plikter og rettigheter i ny modell bør forskriftsfestes.

RHFenes ansvar for å lage gode utdanningsløp og god logistikk på tvers av helseforetak og mellom helseforetak og kommuner bør forskriftsfestes.

b. Spesialitetsstrukturen

Den tredelte spesialistutdanningen der leger i spesialisering vil henholdsvis ha betegnelsene LIS1, LIS2 og LIS3 bør forskriftsfestes. Likeledes at lengden på del 2 og 3 vil variere avhengige av læringsmålene.

Mye av spesialistutdanningen vil dermed reguleres ut fra faglig kvalitet som bedømmes på fastsatte tidspunkt og ikke ut fra dagens tellende tjeneste. Dette bør forskriftsfestes.

Legeforeningen, RHF/KS og universitetene bør gis anledning til på eget initiativ gi innspill til endringer i spesialitetsstruktur og/eller læringsmål, samt å kunne gis anledning til å uttale seg om vesentlige endringer i struktur og innhold, noe som også bør forskriftsfestes.

c. Rådsstrukturen

Rådsstruktur med mandat, samt hvordan oppnevning og sammensetning skal være, bør forskriftsfestes.

d. Læringsmålene

Læringsmålene er ikke lenger hovedsakelig tidsbestemte eller prosedyrebestede, men skal definere læringsutbytte. Dette innebærer at en lege i spesialisering skal oppnå en definert kompetanse på et definert nivå. Læringsmål og beskrivelser av nødvendig læringsutbytte er dynamiske beskrivelser. Disse vil endres ofte i tråd med utviklingen på fagfeltet. Det er derfor ikke hensiktsmessig å ta læringsmål inn i selve forskriften, men i stedet referere til at de til enhver tid gjeldende læringsmål skal oppfylles, og la dem evt følge som vedlegg som er lette å oppdatere.

e. Utdanningsløpet

Det er arbeidsgiver som har plikt til å tilrettelegge for et planlagt utdanningsløp. Dette ansvaret bør forskriftsfestes.

f. Spesialistgodkjenning

Det er Helsedirektoratet som har ansvaret for godkjenning av spesialister noe som følgelig også bør forskriftsfestes.

g. Krav til utdanningsstedene

Det bør videre forskriftsfestes at utdanningsstedene skal utarbeide en utdanningsplan for den enkelte LIS, at det skal finnes veiledningskompetanse ihht til krav, at det skal tilrettelegges for læring og hvordan manglende oppfylte læringsmål skal håndteres.

Det bør videre forskriftsfestes at Helsedirektoratet har myndighet til å godkjenne utdanningsstedene. Det bør også vurderes om det bør forskriftsfestes at Helsedirektoratet innhenter råd fra fagmiljøene i dette arbeidet.

h. Legeforeningens oppgaver

Legeforeningen har store og viktige oppgaver i dagens spesialistutdanning. Den erfaringen og kompetansen Legeforeningen besitter er viktig å spille videre på.

Helsedirektoratet ser derfor betydningen av at fagmiljøene i Legeforeningen får en tydelig rolle i spesialistutdanningen. Hvor vidt dette skal skje ved forskriftsfesting eller ved avtaler mellom Helsedirektoratet og Legeforeningen, blir opp til departementet å vurdere.

12. FORUTSETNINGER FOR EN VELLYKKET IVERKSETTING

12.1 Noen kritiske faktorer

Modellen for arbeidsflyt i figur 1 viser Helsedirektoratets oppgaver, men ikke hvordan arbeidsflyt og samarbeidet mellom RHF, HF, universitetene og Legeforeningen skal organiseres. Dette svares ut i oppdraget til RHF.

Der er imidlertid en del områder som bør beskrives både fra RHF og fra Helsedirektoratet, særlig hvilke samarbeidsstrukturer som skal opprettes mellom alle aktørene.

Det er etter direktoratets vurdering behov for faste strukturer hos alle aktører. RHFene planlegger å etablere utdanningssentre knyttet til hvert regionssykehus.

For å koordinere arbeidet i oppstartsfasen vil det være behov for koordinerende strukturer. Helsedirektoratet foreslår slik koordinering på to nivå:

- Et overordnet nivå der prinsipielle problemstillinger tas opp, utfordringer med implementering eller behov for justeringer i tidsplaner etc. Et fast møte med en koordinerende struktur på ledernivå mellom RHF, KS, universitetene (dekan), Legeforeningen og Hdir. Hyppigheten bør vurderes etter behov, men i oppstarten kan det være behov for månedlige møter, mens det i en driftsfase kan være tilstrekkelig med kvartalsvise møter. I den nye modellen er det naturlig at RHF leder dette.
- Et mer operativt nivå der problemstillinger knyttet til konkrete utfordringer tas opp. Faste møter mellom de fire utdanningssentrene, universitetene (utdanningsansvarlig for spesialistutdanning), Legeforeningen og der Hdirs rådssekretariat stiller med er observatør.

12.2 Betingelser for vellykket iverksetting

En rekke faktorer må være tilstede for å oppnå en vellykket iverksetting av endringene.

Noen av disse er knyttet til gjennomføring av ny modellen for oppgave- og ansvarsfordeling. Andre er knyttet til innholdet endringene, dvs å få iverksatt de foreslåtte endringene.

- a) Forutsetninger knyttet til ny oppgave- og ansvarsfordeling
 - Godt forankring av ny modell i ledelsen, i fagmiljøene og hos brukerne
 - Etablerte samarbeidsstrukturer mellom RHF, KS, universitetet, Legeforeningen og direktoratet for å ivareta nye oppgaver
 - Tilstrekkelige tid og ressurser til planlegging og iverksetting
 - Et elektronisk verktøy til bruk i planlegging og oppfølging av LIS
 - Tilstrekkelig pedagogisk kompetanse i foretakene til planlegging og gjennomføring av læringsaktiviteter
 - Tillit og legitimitet i fagmiljøene, hos utdanningsansvarlige og veiledere og hos «brukerne»
 - Vilje til å gjennomføre endringene
 - Gode overgangsordninger.

- b) Forutsetninger knyttet til ny spesialitetsstruktur

Hvis man tar utgangspunkt i et spesialiseringsløp er det en rekke innsatsfaktorer som må være tilstede for at spesialistutdanningen skal bli god og løpet effektivt, blant annet:

 - Resurser til å styrke utdanningsfeltet
 - Styrking av veilederfunksjonen
 - Hensiktsmessig organisering lokalt og regionalt.

En siste, men viktig betingelse for å få til den nye ordningen er å få utviklet og innført et elektronisk verktøy til planlegging, monitorering og godkjenning av spesialister og utdanningsavdelinger. Dette omtales derfor særskilt i kap 9.

12.3 Overgangsordninger

Når første "kull" starter etter ny ordning, vil de i sin helhet gå et spesialiseringsløp etter ny ordning. De som har startet etter gammel ordning, dvs er i gang med spesialiseringen vil måtte fortsette etter gammel ordning.

Det anses vanskelig å la leger i spesialisering som har begynt i gammel ordning skifte over til ny ordning. Hovedårsaken til det er at i ny ordning er læringsmålene annerledes. I ny ordning skal det vurderes om læringsmålene er oppfylte på det nivå som er angitt på det stadium i

utdanningen LIS er. For eksempel vil en indremedisiner måtte kompetansevurderes for om læringsutbyttet er oppnådd etter både del 1 og 2 for å komme videre til del 3. Læringsutbyttet er trinnvis definert, slik at de må ha oppfylt nivå 1 før de anses å være på nivå 2 etc.

Dersom man starter etter gammel ordning gjelder de tids- og prosedyrebestemte læringsmålene som ikke sier noe om læringsutbyttet.

I og med at gjennomsnittlig utdanningslengde i gammel ordning er 8 år, innebærer dette et langt overgangsvindu.

Et alternativ ville være å lage en automatisk godkjenning av tidligere praksis fra og med en viss dato, og deretter starte ny ordning med innføring av de nye læringsmålene og kompetansevurderinger for alle.

For at ikke overgangsvinduet skal bli så langt, vil Helsedirektoratet i samarbeid med alle aktørene måtte en god løsning, presumptivt innen det siste alternativet.

13. TIDSPLAN

I det følgende presenteres et utkast til tidsplan for arbeidet. Denne forutsetter at alternativ 1 vedr ressurstilførsel får gjennomslag. Det er ikke utarbeidet noen tidsplan for alternativ 2, da dette vil være avhengig av for mange utenforliggende avhengigheter.

Aktivitet	Når	Aktører
Fase 1 Planlegge implementering	Høsten 2015-	
Etablere samarbeidsstrukturer	Høst 2015	Hdir, RHF og universitetene og Legeforeningen
Utvikle elektronisk verktøy LISE	Høst 2015-vår 2016	Hdir sammen med RHF, universitetene og Legeforeningen
Utvikle læringsmål del 1	Høst 2015	Arbeidsgruppe oppnevnt av Hdir
Utvikle læringsmål felles kompetansemoduler	Høst 2015	Arbeidsgrupper oppnevnt av Hdir
Utvikle opplegg for veilederutdanning	Høst 2015	Arbeidsgruppe oppnevnt av Hdir
Utrede læringsmål spesialitet tilknyttet akuttinntak	Høst 2015	Arbeidsgruppe oppnevnt av Hdir
Invitasjon til deltakelse i rådsarbeid	Høst 2015	Invitasjon til Legeforeningen, RHF/HF og universitetene
Utrede ordning for kvalitetsvurdering av utdanningsinstitusjoner	Høst 2015	Hdir og Legeforeningen
Fase 2 Oppstart rådsstruktur og utvikle tilbud		
Etablere rådssekretariat	Vår 2016	Hdir
Utvikle generiske opplegg for felles kompetansemoduler	Vår 2016	Hdir og HF
Integrere læringsaktiviteter del 1 og felles kompetansemoduler	Vår 2016	Hdir

Etablere et sentralt råd for spesialitetsstruktur for leger	Våren 2016	Hdir med deltakere fra universitetene, RHF, HF, Helsetilsynet, Legeforeningen, KS og Spekter
Etablere nye spesialitetsråd for samtlige spesialiteter	Våren 2016	Hdir
Utvikle og gjennomføre veilederutdanning	Våren 2016?	Universitetene
Fase 3 Oppstart og implementering	2016 -	
Utredning av eventuelle blokkansettelser eller andre ordninger som sikrer smidige løsninger ved behov for klinisk tjeneste arbeid på tvers av avdelinger i del 2 og 3	Høst 2015-vår 2016	RHF - sentralt råd for spesialitetsstruktur på oppdrag fra HOD
Sikre regelverk og overgangsordninger	Våren 2016	Hdir og spesialitetsrådene i samarbeid med RHF
Utvikle læringsmål for del 2 og 3	Vår 2016	Spesialitetsrådene på oppdrag fra Hdir
Gjennomføre veilederutdanning (forts)	Høst 2016	Universitetene
Utvikle kompetansetester og opplegg for kompetansevurdering	2016-2018	Universitetene på oppdrag fra Hdir
Oppstart LIS1 etter ny ordning	Høst 2016	RHF/HF
Definere krav til obligatorisk etterutdanning	2017 og videre	Spesialitetsrådene på oppdrag fra Hdir

Denne tidsplanen er svært ambisiøs. Med tanke på den store omleggingen dette innebærer og at RHF, HF og universitetene bør få anledning til å bygge opp strukturer for iverksetting, foreslår Helsedirektoratet å sette utsette oppstart til 1.1.2017.

Helsedirektoratet foreslår at det etableres en implementeringsgruppe der RHF, universitetene, Legeforeningen og Helsedirektoratet samarbeider om en mer detaljert implementeringsplan og implementering i ulike faser.

14. RISIKOVURDERING

Implementering av ny spesialistutdanning er beheftet med risiko.

Den største risikoen er slik Helsedirektoratet har vurdert det, er sannsynligheten for at helseforetakene ikke makter å bygge opp gode strukturer for iverksetting av endringene. Et viktig tiltak for å motvirke dette er at det tilføres midler for å etablere gode strukturer, og at dette gjøres i samarbeid med aktørene.

En annen alvorlig risiko er at helseforetakene ikke makter å lage en så god logistikk som det legges opp til i forslaget. Et godt elektronisk verktøy som hjelpemiddel vil her være av stor betydning.

En tredje risiko er at mangel på ressurser i Helsedirektoratet ikke gjør utvikling av rådsstruktur mulig og at deres oppgaver ikke blir gjennomført.

Det vurderes også som en sentral risiko at det ikke oppnås enighet og valg av elektronisk verktøy slik at det enten blir ulike verktøy eller at løsningen blir for kostbar.

Det er videre en risiko at forslaget om styrket veiledning ikke blir fulgt opp. Det foreslås derfor et stimuleringsstilskudd til sykehusene som kan understøtte styrkingen ved at det opprettes midlertidige engasjementer som kan ta et ansvar for å implementere tiltakene. I tillegg bør det planlegges en nettverksorganisering som sørger for at veiledning gjennom train-the-trainers følges opp og implementeres.

Legeforeningen ivaretar i dag en stor kurs- og veiledningsportefølje for spesialistene i allmenntidmedisin. En risiko er knyttet til at utdanningsansvaret for de primærmedisinske spesialitetene skal tillegges RHF, er at allmenntidmedisin nedprioriteres i og med at primærhelsetjenesten ikke sorterer under RHF, og at man ikke greier å videreføre de nødvendige utdanningsaktivitetene. Det foreslås derfor øremerkede ressurser for å ivareta

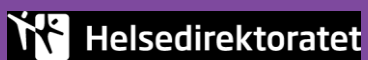
allmenntidisinutdanningen i regi av RHF til dette formålet og organisatoriske grep i utdanningssentrene slik at disse spesialitetene blir ivaretatt.

Utfordringene er her at ingen er klare til å overta disse oppgavene og at dette må det finnes en løsnings på. De rene administrative oppgavene kan legges til de regionale utdanningssentrene, mens de fagmedisinske foreningene og de lokale kurskomiteer kan fortsette å gjennomføre undervisningsaktiviteten.

Henviser her til oversendelsen fra Helsedirektoratet av økonomiske konsekvenser, R 2357 av 15.07.15.

Det vurderes også som en risiko at universitetene ikke blir i stand til å bygge opp sitt tilbud av kurs og kompetansetester, samt inneha de pedagogiske kvalitetssikringsoppgavene de er tiltenkt. Det er derfor også viktig at universitetene får en styrking som muliggjør en vellykket implementering.

En siste risiko som nevnes er frafall av nøkkelpersonell i utviklings- og implementeringsfasen. Å sikre tilstrekkelig og kompetent personell anses derfor av stor betydning for en vellykket implementering.



Postadresse: Pb. 7000,
St. Olavs plass, 0130 Oslo

Telefon: +47 810 20 050

Faks: +47 24 16 30 01

E-post: postmottak@helsedir.no

www.helsedirektoratet.no