

Svar på oppdrag fra HOD om regionenes oppgaver i legenes spesialistutdanning

Det vises til oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), gitt de regionale helseforetakene (RHF) i brev av 27.03.15, om å utrede og konkretisere oppgaver i ny organisatorisk modell for legenes spesialitetsstruktur og spesialistutdanning. Svarfrist for oppdraget er 30. 08.15.

RHFene fikk et tilleggsoppdrag den 26.06.15, der HOD ba om et begrunnet, omforent forslag til fordeling av 65 mill. kroner mellom RHFene, universitetene og Helsedirektoratet, knyttet til ny spesialiststruktur og spesialistutdanning for leger. Tilleggsoppdraget ble levert 14. 08.15.

RHFene er tilfreds med at hovedtilnærmingen i den nye organisatoriske modellen for legespesialisering er å styrke utdanning og veiledning i praksisfeltet. Utdanning er en av kjerneoppgavene i spesialisthelsetjenesten, og har stor betydning for pasientbehandlingen. Endringene er omfattende og meget ressurskrevende for helseforetakene, i det som kommer til å bli en langsiktig utviklingsprosess.

HOD har lagt til grunn at Helsedirektoratet ivaretar myndighetsansvaret. RHFene vil ha det helhetlige "sørge for"-ansvaret for organisering og gjennomføring av utdanningen, og for at systemer etableres, herunder samarbeidsavtaler med universitetene.

Prosjektgruppen har valgt å bruke begrepet "regionsykehus" tilsvarende de tidligere regionsykehusene (St. Olavs Hospital, Haukeland universitetssykehus, Universitetssykehuset Nord-Norge og Oslo universitetssykehus).

Grunnlag for oppdraget

Rammene for oppgavedelingen mellom Helsedirektoratet, RHFene, universitetene og Legeforeningen er gitt i oppdragsbrevet under avsnittet "Overordnet modell (modell 3)". Modell 3 skal legges til grunn for konkretiseringen av de regionale oppgavene, og siteres:

RHFene skal i ordinær styringslinje ha ansvar for at helheten i undervisningen i teori og praksis ivaretas og at systemer etableres, jamfør det helhetlige ansvaret for å sikre tilstrekkelig og kvalifisert personell. Herunder er ansvaret for helhetlige utdanningsløp på tvers av helseforetakene et viktig område. RHF skal påse at samarbeidet med universitetene forankres i samarbeidsorganene for forskning og utdanning. Det skal sikres at kommunene bringes inn på en hensiktsmessig måte.

De største universitetssykehusene (regionsykehusene) ivaretar operativt ansvar for teoriundervisningen på oppdrag av RHF, i samarbeid med universitetene, og i tråd med direktoratets føringer. Videre ivaretar de ansvar, på oppdrag fra RHF, for å tilrettelegge for helhetlige utdanningsløp, i samarbeid med øvrige HF, som har arbeidsgiveransvaret for legene, kommunene og RHF. Faste LIS-stillinger vil bli utgangspunkt for utdanningsløpene i tråd med pågående arbeid på området. Videre har de ansvar for veiledning og vurdering av legene etter retningslinjer fra direktoratet og i samarbeid med universitetene.

Alle HF har på oppdrag fra RHF ansvar for veiledning og vurdering av legene etter retningslinjer fra direktoratet, og i tråd med kunnskap om veiledning fra universitetene. I tillegg har de ansvar for å legge til rette for læringsaktiviteter og utdanningsløp for LIS.

Helsedirektoratet ivaretar myndighetsansvaret. Dette omfatter beslutninger om helhet, tilrådning om spesialitetsstruktur, fastsette læringsmål, beskrivelser av faginnhold, drift av sekretariat for faglige rådgivende grupper mv.

Universitetene ivaretar teoriundervisningen på teoritunge områder, ivaretar utvikling av veilederkurs, e-læringskurs, pedagogisk kvalitetssikring, evt. utvikling av tester. Universitetenes ansvar og oppgaver formaliseres i instruksen til de regionale helseforetakene om samarbeid om forskning og utdanning med universiteter og høyskoler, forankres i samarbeidsorganene mellom universitetene og RHFene/regionsykehusene og formaliseres i avtaler.

Legeforeningen deltar med faglig rådgivning til direktoratets arbeid, herunder kvalitetsvurdering av utdanningsavdelingene, ivaretar enkelte oppgaver innen spesialistutdanningen (f. eks. etter- og videreutdanning), og bistår i overgangsordninger.

HOD ber også om at det tas utgangspunkt i følgende forslag til endringer - sitat:

- *Helhetlige utdanningsløp på 6-6,5 år (del 1 felles, del 2 felles for faggrupper og del 3 ren spesialisering)*
- *Kompetansemoduler*
- *Moderne pedagogikk med større vekt på å beskrive læringsutbytte i stedet for krav til tjenestetid og prosedyrer, større vekt på e-læring, simulatortrening, veiledning, vurdering og evt testing.*
- *Krav om tjenestetid på gruppe 1 og 2 opphører. Det etableres helhetlige utdanningsløp og faste LIS-stillinger.*
- *Vurdere å innføre obligatorisk etter- og videreutdanning.*
- *Klinisk forskning kan inngå i utdanningsløpene.*

Det er satt som mål at første ansettelse av leger i spesialisering (LIS 1-stillinger) skal skje høsten 2016. HOD forutsetter at et organisatorisk apparat er på plass til den tid, for å ta hånd om undervisningen av LIS1.

Prosjektorganisering

Helse Sør-Øst RHF fikk i samråd med de øvrige regionale helseforetakene ansvar for å koordinere og gjennomføre utredningsarbeidet. Det er etablert et tverregionalt prosjekt, ledet av Helse Sør-Øst RHF, ved professor, avdelingsleder Johny Kongerud, Oslo universitetssykehus. Det nasjonale AD-møte er styringsgruppe for prosjektet.

Representanter fra de fire RHFene og kontaktpersonen for universitetene, prodekan Hilde Grimstad, medisinsk fakultet ved NTNU, utgjør prosjektgruppen. Det er etablert prosjektteam på hvert RHF og en tverregional referansegruppe, som består av regionale fag- og HR-direktører, og ledes av fagdirektør i HSØ RHF.

Prosjektet har hatt møter med Legeforeningen, Helsedirektoratet, HOD og universitetene, samt med de regionale fagdirektørene og HR- direktørene. Ansvar for

samarbeidet med universitetene og forankringen i helseforetakene og samarbeidsorganene, har vært tillagt de regionale prosjektteamene.

Prosjektets anbefalinger

Prosjektgruppen har valgt å besvare spørsmålene fra HOD fortløpende:

1. Konkretisering av hvordan oppgavene for RHFene og helseforetakene i henhold til modell 3 skal ivaretas og organiseres og fungere i operativ drift.

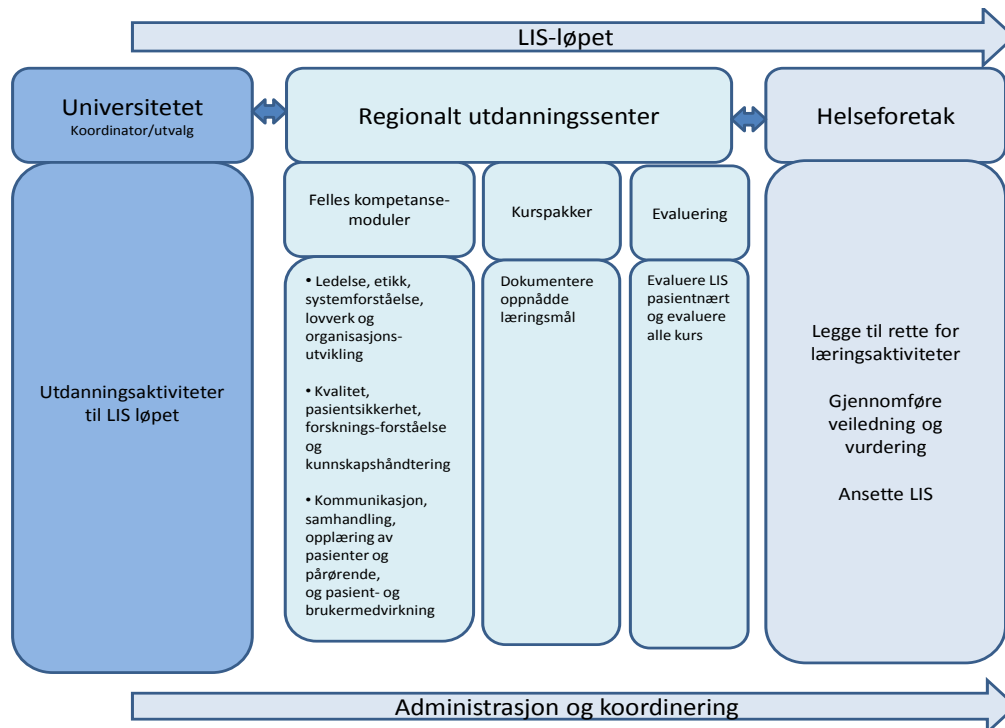
De regionale helseforetakene har ansvar for det helhetlige utdanningsløpet på tvers av helseforetakene (HF). Utdanningsaktiviteten på sykehus, som gjennomføres tett integrert med klinisk tjeneste, må tilligge helseforetakene. Teorikursene holdes gjerne av erfarne klinikere og av leger som har kombinerte stillinger i helseforetak og universitet. Denne organiseringen skal formaliseres og arbeidsgiveransvaret tydeliggjøres, herunder tiden som brukes til undervisning i foretakenes og universitetenes regi. Det er behov for å etablere en sterkere koordinerende funksjon for å ivareta regionsykehusenes omfattende rolle i utdanningsvirksomheten.

Det anbefales å etablere ett **regionalt utdanningscenter** i hver region med oppgaver som listet opp nedenfor, samt en tverrregional styringsgruppe. De fire RHFene vil delegere oppgaver knyttet til regional organisering av legers spesialistutdanning til regionsykehusene. De regionale utdanningssentrene må samarbeide tett med foretakene i egen region. RHF-ene sørger gjennom styringslinjene for at helseforetakene etablerer planer for progresjon, der deler av spesialiseringssløpene skal skje i mer enn ett HF. Sammen med de øvrige helseforetakene i regionen, skal de regionale utdannings-sentrene planlegge praktiske utdanningsløp innen de ulike spesialitetene, og i samarbeid med universitetet planlegge den teoretiske delen av utdanningen basert på nasjonale læringsmål. Med dette som utgangspunkt finner arbeidsgruppen det naturlig at de funksjoner som nå ivaretas av koordinatorkontoret for legers videre- og etterutdanning i de respektive regioner, overføres til de nevnte regionsykehus, der det opprettes regionale utdanningssentre med blant annet følgende oppgaver:

- Koordinere, legge til rette for og sikre progresjon for alle LIS-løp innen alle spesialiteter innen regionen, samt mellom regionene for å sikre avtaler mellom foretakene vedr. særskilte funksjoner
- Sørge for planlegging, gjennomføring, utvikling og evaluering av alle kurs som inngår i **fellesmodulene**, inkludert veilederkurs
- Koordinere og delegere både de obligatoriske **fagspesifikke** kursene innen hver spesialitet, samt valgfrie kurs, slik dagens regionale kontorer gjør, inkludert systemer for evaluering og oppfølging av LIS
- Sørge for evaluering; lære opp leger til å evaluere LIS pasientnært/"bedside".
- Sørge for kurskatalog, påmeldingssystemer, nettside for å kommunisere alt rundt legers spesialistutdanning
- Bidra til bruk og utvikling av nye pedagogiske virkemidler som simulering og e-læringsmoduler
- Koordinere utvikling av veilederkurs og "teach to teach"-kurs innen veiledning
- Sørge for pedagogisk opplæring av utvalgte LIS/overleger, som ledd i mulig karriereløp. Disse kan frikjøpes på deltid, eventuelt knyttet opp til en

universitetsstilling med ansvar for prioriterte områder/tema som skal implementeres i den daglige drift lokalt

Figur 1. Skisse for utdanningscenteret



De regionale utdanningscenterene skal bidra til at kursarrangørene får støtte til nye pedagogiske virkemidler, som simulering og e-læringsmoduler. Det er stort behov for mer **simulering og systematisk ferdighetstrening**, med tilhørende ferdighetstesting/sertifisering i spesialistutdanningen. Dette er en viktig styrking og kvalitetsforbedring for utdanningen innen de enkelte spesialiteter. Funksjoner og ressurser til regionale simuleringssenter/senter for ferdighetstrening bør utredes nærmere. Det kan være behov for nasjonale funksjoner for mindre spesialiteter og lokale funksjoner for generelle ferdigheter. Enkle simuleringssenter vil med fordel kunne etableres lokalt, eventuelt i samarbeid mellom små og mellomstore sykehus. Et simuleringssenter bør kunne bistå alle HF i regionen og være nært knyttet opp til det regionale utdanningscenteret, men behøver ikke være en del av utdanningscenteret. Simuleringssenteret kan med fordel samarbeide med universitetene og helseforetakene om videre- og etterutdanningene.

Utviklingen mot kortere utdanningsløp for leger vil nødvendigvis medføre mindre erfaring for den enkelte lege. Dette, kombinert med stadige og avanserte nyvinninger innenfor medisinskteknisk utstyr, øker behovet for systematisk simuleringssenter og ferdighetstrening. De ulike regionssykehusene vil måtte investere betydelig i drift og vedlikehold av simuleringssenter og ferdighetssenter, dersom disse skal kunne fylle de helt nødvendige, tiltenkte funksjoner.

Behov for samordning på tvers av regionene må identifiseres, og det beskrives hvordan dette kan ivaretas for å sikre en nasjonal utdanning.

Spesialistutdanningen skal være nasjonal. Dette bør kvalitetssikres ved en så lik organisering som mulig i regionene, og det bør foreligge en interregional koordinering. Det overordnede praktiske ansvaret for de ulike obligatoriske spesialistkursene foreslås delt mellom regionsykehusene på samme måte som dette er delt mellom de regionale kontorene til legeföreningen i dagens system. Det vil bidra til å sikre nasjonal overbygning/likhet. Departementene bør avklare hvordan samarbeidet mellom de regionale helseforetakene/helseforetak og universitetene skal fungere. Finansiering bør tydeliggjøres.

En viktig tverrregional oppgave blir å vurdere **dimensjonering** av utdanningskapasitet i forhold til behov, og gjennomføre simuleringer og prognosearbeid ved bruk av nasjonal bemanningsmodell. En slik modell vil være tilgjengelig for de regionale helseforetakene i november 2015, gjennom det nasjonale Fremskrivningsprosjektet (15-00813-1 Fremskrivningsprosjektet - Innspill til ny nasjonal helse- og sykehusplan).

Det bør etableres en overbygning på interregionalt nivå, som overvåker og legger til rette for riktig dimensjonering av utdanningsstillinger ut fra samfunnets behov, samt muliggjør utdanningsforløp på tvers av regionene, der dette er ønskelig eller nødvendig. RHFenes rapportering av progresjon i utdanningsløpene, samt data fra legestillingsregisteret og nasjonal bemanningsplan, vil være blant kildene til dette arbeidet.

Det må være et nært og tydelig samarbeid på regionalt og nasjonalt nivå i gjennomføringen av **teorikursene**. For å sikre det organisatoriske samarbeidet kan helseforetakene i regionene ha representasjon i de regionale utdanningsssentrene. For eksempel bør de nye felles kompetansemodulene, som skal implementeres som teorikurs, og ikke minst praktiseres pasientnært gjennom hele spesialiseringsløpet (Del 1-Del 3), kunne gjennomføres lokalt og mellom helseforetak. Dette vil være rasjonelt både for å redusere fravær og kostnader, samt gi en større lokal tilhørighet og kompetansebygging. På sikt bør det være et mål å utvikle en nasjonal plattform for e-læring i spesialisthelsetjenesten.

Det er et mål å kunne bruke et nasjonalt elektronisk verktøy for å samordne all kursvirksomhet, simuleringstrening og LIS-løp. De regionale helseforetakene er i prosess med bruk av felles IKT-løsning for dette. Helse Vest har bidratt i utviklingen av et slikt system. IKT-løsningen vil dekke minimum tre viktige funksjonaliteter for spesialistutdanningen:

1. Følge opp planlegging av LIS-løpene på system og individnivå, og progresjon i læringsmålene som settes i utdanningen
2. Verktøyet skal kunne brukes til planlegging av kurs i den enkeltes spesialistutdanning. Det vil inneholde kursene som arrangeres og som er nødvendige for spesialistutdanningen
3. Det legges til rette for rapportering av progresjon på ulike nivå, som vil dokumentere gjennomføringsgrad og gi oversikt over utdanningskapasitet, tilbud og etterspørsel

Det er i dag betydelig utveksling av LIS mellom foretak og regioner under utdanningsløpene. Dette blant annet på bakgrunn av kapasitet, utvikling i spesialitetene, nasjonale- og regionale funksjoner, samt enkeltpersoners ønsker. Det er helt nødvendig at RHF-/HFene er med i utviklingen av IKT-løsninger, slik at blant annet informasjon om den enkelte kandidat kan deles mellom helseforetak innen og mellom regioner.

Kursene bør i langt større grad enn i dag basere seg på **e-læring**, tilrettelagt for det enkelte kurs, og kunne integreres med den elektroniske kompetanseportalen. Sentrale element i e-læringskurs er:

- Tradisjonelle e-læringskurs hvor tekst/bilder, lyd/video og interaktive oppgaver leder brukeren gjennom et tema, på en lærende måte
- Tilgang på kursmateriale
- Pre-tester som skal være bestått før en kommer til kurset, og mer formelle kursprøver etter gjennomgått kurs
- E-forelesninger (digitale opptak) og andre former for e-læring
- Henvisninger til sentrale og viktige ressurser på web (video, bilder, publikasjoner og referanseverk som f.eks. UpToDate) som en del av kursgrunnlaget
- Innlevering av oppgaver der dette er en del av kurset

Hvis potensialet i e-læring brukes fullt ut, vil dette kunne legge til rette for mer interaktive samlinger omkring case, diskusjoner, gruppeoppgaver. Dette vil også ha potensiale for å redusere antall kursdøgn, noe som vil være gunstig for alle parter.

En milepælsplan som ivaretar målet om oppstart med LIS 1 høsten 2016.

Selv om LIS 1 ikke medfører vesentlige endringer sammenlignet med dagens turnustjeneste, er prosjektgruppens vurdering at dette er starten på en omfattende og meget krevende endring av hele spesialistutdanningen. Det vil bli formulert nye læringsmål for LIS 1, og det skal etableres veiledning og deltakelse i fellesmodulene. Utdanningen skal også tilpasses mer helhetlige pasientforløp. De teoretiske aktivitetene knyttet til kompetansemodulene (totalt 30-timer) vil trolig bli introdusert i Del 1 og Del 2. Prosjektgruppen mener kompetansemodulene må være på plass innen utgangen av 2015, for å kunne igangsettes høsten 2016.

Det er utarbeidet et utkast til milepælsplan for oppstart LIS1, med fordeling av ansvar og tidsfrister for RHF/de store universitetssykehusene (regionsykehusene).

Forslag til milepælsplan for innføring av ny spesialitetsstruktur

| Aktivitet | 2015 | | | 2016 | | | | | 2017 | | | | | Ansvar/utfører | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|---|---|------|---|---|---|---|------|---|---|---|---|----------------|---|---|----------------------------------------------------|
| | A | S | O | N | D | J | F | M | A | M | J | J | A | | S | O | N |
| Definere læringsmål/læringsutbytte i felles kompetansemoduler | | | | | | | | | | | | | | | | | Hdir |
| Utvikle læringsmål for veiledere | | | | | | | | | | | | | | | | | Hdir |
| Utvikle kliniske læringsmål Del 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | Hdir - spesialitetsråd |
| Ta i bruk/videreutvikle elektroniske verktøy for LIS løp | | | | | | | | | | | | | | | | | RHF/HF |
| Prosjekt for opprettelse av utdanningscenter | | | | | | | | | | | | | | | | | RHF/RS |
| Utvikle kompetansetester og opplegg for kompetansevurdering | | | | | | | | | | | | | | | | | Univ. i samarbeid med RS/HF |
| Utrede ordning for kvalitetsvurdering av utdanningsinstitusjoner | | | | | | | | | | | | | | | | | Hdir, Dnlf (rådgivning) |
| Utvikle kurs i veiledning | | | | | | | | | | | | | | | | | RS/HF i samarbeid m Univ |
| Planlegge koordinering og administrasjon av obligatoriske og valgfrie kurs ved regionalt utdanningscenter | | | | | | | | | | | | | | | | | RS, samarbeidsorganene, universitetene, rådgivning |
| Videreutvikle felles kompetansemoduler | | | | | | | | | | | | | | | | | Dnlf |
| Utvikle kurs fellesmoduler for del 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | RS/univ/Hdir |
| Oppstart av Utdanningscenter | | | | | | | | | | | | | | | | | RS |
| Utvikle kliniske læringsmål Del 2 og Del 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | Hdir - spesialitetsråd |
| Sikre regelverk og overgangsordninger for LIS | | | | | | | | | | | | | | | | | Hdir, spes.rådene, RHF |
| Arrangere kurs i veiledning | | | | | | | | | | | | | | | | | RS i samarbeid m Univ |
| Oppstart LIS1 2016 | | | | | | | | | | | | | | | | | HF |
| Planlegge koordinering og administrasjon av LIS løp Del 2, Del 3 ved regionalt utdanningscenter | | | | | | | | | | | | | | | | | RS/HF/RHF-Avklare organisering |
| Utllysning av LIS løp med oppstart jan 2018 | | | | | | | | | | | | | | | | | Alle HF |
| LIS Del 1 forsettes organisert som i dag via Hdir | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Farvekode: | | | | | | | | | | | | | | | | | Forkortelser: |
| Felles kompetansemoduler | | | | | | | | | | | | | | | | | RS: Regionsykehusene |
| Veilederkurs | | | | | | | | | | | | | | | | | Hdir: Helsedirektoratet |
| Kurs obligatoriske og valgfrie | | | | | | | | | | | | | | | | | Dnlf: Legeforeningen |
| Kliniske læringsmål | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| LIS løp | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Oppstart med LIS 1 høsten 2016, forutsetter at Helsedirektoratet leverer læringsmål og faglig innhold i kompetansemodulene ved årsskiftet 2015/2016. Det forutsettes også at de regionale helseforetakene umiddelbart gis i oppdrag å overta ansvaret for å ivareta helheten i utdanningen av LIS, med tilhørende finansiering. RHFene vil trenge tid til å etablere de regionale utdanningssentrene, som igjen vil trenge 6-12 måneder fra læringsmålene er definert til de kan følges opp i praksis. Det må også påpekes at en oppstart høsten 2016 forutsetter at arbeidet med læringsmål for øvrige moduler utarbeides i 2016, slik at arbeidet med videre organisering av spesialistutdanningen som følger etter LIS 1 kan starte opp så tidlig som mulig.

To alternative økonomiske rammer legges til grunn

a) at arbeidet må skje innenfor ordinære budsjettammer

Ny spesialistutdanning innebærer så omfattende endringer, at den ikke kan gjennomføres innenfor dagens budsjettammer uten at det får konsekvenser for andre prioriterte oppgaver. Nye typer kurs (fellesmoduler), vesentlig mer vekt på veiledning som vil redusere tiden for klinisk arbeid både for overleger og LIS og økt bruk av moderne pedagogiske metoder (simuleringsmodeller, e-læringskurs), er bare noen av de endringer som krever betydelig utvikling og vil være ressurskrevende. Dette betyr at dersom arbeidet må skje innenfor nåværende budsjettammer, vil dette gi endringer i driften og nedgang i aktivitet.

b) at det gis finansiering tilsvarende direktoratets modell 2 (men med justert fordeling på oppgaver, jf. modell 3)

Omkostningene for RHFene ved å overta, organisere og sørge for at det utføres nye oppgaver, vil være omfattende i den innledende fasen. RHFene vil ha behov for anslagsvis 74 mill kroner for å etablere og utvikle de fire regionale utdanningsentrene i tråd med intensjonen med reformen. Det er videre behov for å utrede IKT-kostnader per region og tverregionalt. I tillegg kommer kostnader knyttet til omlegging av drift som følge av den nye spesialistutdanningen.

Det er i dag omlag 4000 leger i spesialisering. Det antas at det kan hentes økonomisk effekt av kortere utdanningsforløp, men dette vil ta tid. I mellomfasen vil det bli en betydelig økning i driftskostnadene for helseforetakene. Beregninger i forbindelse med høringsprosessen i 2014, viste at tiltakene vil gi betydelig økte driftskostnader til veiledning, økte kostnader ved at færre kan gå i vakt og merkostnader til kjøp av spesialistkurs, e-læring, veilederkurs og etterutdanning fra universitetene. I høringsuttalelser fra RHFene er det beregnet årlige kostnader for Helse Sør-Øst RHF på over 250 mill kroner (forutsatt at LIS 1 går i vakt). Dette indikerer betydelige kostnader før en kan høste av fremtidige gevinster (kvalitative og kostnadmessige).

Innføringen og oppstart av en kvalitetsreform som det her er snakk om, må følges opp med finansiering utover eksisterende budsjetttrammer, en opptrappingsplan/nedtrappingsplan, koordinert med den gradvise implementeringen/utviklingen av den nye spesialistutdanningen. Se ellers nærmere beskrivelse av ressursbehovene til RHFene i vedlegg til brevet fra RHFene datert 14.08.15: Legenes spesialitetsstruktur og spesialistutdanning – tilrådning om fordeling av midler.

2. Hvordan kan regionsykehusenes (de største universitetssykehusenes) oppgaver med å ivareta den obligatoriske teoriutdanningen innen kliniske fagområder, i tråd med læringsmål fastsatt i direktoratet, organiseres?

Det er utdanningsentrene som skal se til at læringsmålene som fastsettes av direktoratet følges opp i utdanningsløpene. Ifølge departementets oppdrag legges det til grunn at "de største universitetssykehusene (regionsykehusene) ivaretar operativt ansvar for teoriundervisningen på oppdrag av RHF, i samarbeid med universitetene, og i tråd med direktoratets føringer". Det forutsettes nært samarbeid med universitetene i utdanningsentrene.

Nåværende **regionale kontorer for legers videre- og etterutdanning** har Den norske legeforening som arbeidsgiver. Hvert kontor har en lege i bistilling som koordinator, i tillegg til administrativ støtte. Disse utgjør koordinatorkontorene. Stillingene blir finansiert av Legeforeningens Fond 1 for legers videre- og etterutdanning. Fondet dekker også honorar til kursleder og forelesere dersom dette ikke dekkes ved kursavgift. Videre yter Legeforeningens Fond 2 blant annet refusjon til leger i spesialisering i allmenntidrett, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin, mens Fond 3 yter refusjon til leger i spesialisering i spesialisthelsetjenesten.

Arbeidsgivers tilskudd til Fond 3 er nedfelt i overenskomsten mellom Spekter og Akademikerne/Den norske legeforening, basert på en ordning som ble etablert i KS i

2000. Fondene sikrer i dag blant annet at leger som går på kurs får dekket reise og opphold. Fond 3 brukes også til å finansiere reise/oppholdsutgifter ved overlegers etterutdanning.

Fondene har blitt etablert og utviklet i et to- og trepartssamarbeid med felles forståelse av formål. Hensikt og formål med fondene endres ikke av ny utdanningsstruktur og flytting av oppgaver, men det må tas hensyn til at utviklings- og gjennomføringskostnadene nå ligger regionalt, i tillegg til den administrative koordineringsjobben. Det ville være mest hensiktsmessig om den som har kurs- og utdanningsansvaret også har ansvaret for kostnadssiden ved legers videre- og etterutdanning.

Felles kompetansemoduler består hovedsakelig av temaer som i dag ikke er en del av spesialistutdanningen. Det er i dag få personer å spille på med hensyn til kurs og oppfølging av fellesmodulene i den kliniske hverdag. Det legges opp til få kurstimer/aktiviteter utenfor egen arbeidsplass (30 timer, eksklusive lederkurset). Det er føringer på at læringen innen temaene skal skje i den daglige drift, for eksempel i forbindelse med felles morgenmøter, internundervisning, veiledning og supervisjon, samt at de skal finne sted gjennom hele utdanningsforløpets Del 1- Del 3.

Dersom man skal lykkes med å implementere kompetansemodulene som en viktig del av legenes roller og «profesjonalitet», fordrer det fokus på undervisningsferdigheter og pedagogiske metoder i klinikken i større grad enn i dag. De beste sykehusene internasjonalt på spesialistutdanning har allerede jobbet med dette i 10-15 år. Der en har lykkes best, er det satset på å bygge kunnskap og ferdigheter tidlig i LIS-løpet, og utvalgte LIS har etter hvert fått ansvar og «veilederroller» overfor de yngre (jf. Johns Hopkins). Dette gir mulighet til at egnede LIS kan velge en "pedagogisk ledelsesutdanning". LIS med denne type kvalifikasjoner og erfaring vil på sikt være ettertraktet også som ledere av kliniske avdelinger/seksjoner.

Administrativt personell og fagpersoner med universitetstilknytning bør tilknyttes utdanningscenteret i tilstrekkelig volum. Ved de større helseforetakene kan man ha fagpersoner (leger) tilknyttet klinikkene, med oppgaver med å implementere fellesmodulene i den kliniske hverdag. Disse rollene/ressursene finnes i liten grad i dag på det enkelte helseforetak. Det innebærer at en må bygge opp denne kapasiteten og kompetansen både på tema og pedagogikk, med simulering og e-læring som viktige verktøy. De medisinske fakultetene ved universitetene arbeider med å etablere helse- og medisinskpedagogisk kompetanse. Dette kan være et godt grunnlag for samarbeid om spesialistutdanningen.

Veiledning innebærer «planlagte og regelmessige samtaler mellom lege i spesialisering og veileder»¹. Til forskjell er supervisjon den erfarne legens faglige råd i det daglige kliniske arbeidet, og knyttes til den erfarne legen som faglig rollemodell. I begge rollene inngår tilrettelegging for at LIS selv kan reflektere over egen atferd. I dag skal alle LIS få oppnevnt veileder. Veiledersamtaler mellom LIS og veileder skal foregå minst en gang per måned. Det er få veiledere som har formell veilederkompetanse i dagens system.

¹ Den Norske Legeforening: Hva er god veiledning? En praktisk innføring i veiledning av leger i spesialisering i sykehus

Legeforeningen har de siste 25 år vært en sentral aktør som har tilbudt veilederkurs for leger. I dag har Legeforeningen én person som honoreres tilsvarende 1 dag/uke for å holde veilederkurs i hele landet. Veilederkursene er finansiert via Legeforeningen. Universitetene har ikke hatt noen rolle ved veiledningskurs.

I ny spesialitetsstruktur er veiledere tiltenkt en viktig og utvidet rolle sammenlignet med i dag. Behovet for å styrke kvaliteten i veiledningen innebærer at det er helt avgjørende å synliggjøre veiledningens nøkkelrolle i den enkelte LIS-leges faglige utvikling. Man tenker at veiledningen vil være en viktig arena for læring i de fagene som inngår i fellesmodulene, som for eksempel kommunikasjon, etikk og kunnskapshåndtering. Et viktig virkemiddel som foreslås er å innføre en obligatorisk veilederutdanning som også gir kompetanse til å drive gruppeveiledning. En slik utdanning vil også utvikle styrket kompetanse til supervisjon. Tiden som går med til veiledning av LIS, er helseforetakenes ansvar og vil få konsekvenser for driften.

Veilederutdanningen må på bakgrunn av dette styrkes og utvides. Man kan tenke at universitetene kan bidra med å utvikle kurs sammen med erfarne leger med kunnskap og erfaring innen veiledning og gruppeveiledning.

Det anbefales videre at det utvikles «teach to teach»-kurs, slik at utvalgte veiledere kan holde veilederkurs lokalt på sine helseforetak. Dette fordrer en satsning på oppbygging av veilederkompetanse basert på de læringsmålene som en veileder skal inneha. Dette må det tas høyde for når man skal etablere en kompetanseplattform for veiledere.

I ny spesialiststruktur legges det opp til **vurdering og evaluering av kandidatene i forhold til læringsmål**. Det betyr at man evaluerer kandidatene pasientnært, hvor både faglige og ikke faglige ferdigheter (kommunikasjon, samhandling etc.) blir evaluert knyttet opp til en reell situasjon. Det legges opp til at universitetene skal bidra med evalueringsmetoder, mens selve evalueringen skjer ute i miljøene av sykehusets ansatte. Denne type evaluering er ikke nødvendigvis ment som en eksamen, men heller som en systematisk måte for LIS å få tilbakemelding og hjelp underveis slik at man sikrer progresjon.

Organisatoriske løsninger for hvordan universitetene kan bringes inn i teoriundervisningen på særlig teoritunge temaer, og hvordan universitetene kan bidra på de områdene de har særlige fortrinn, jf den overordnede arbeidsdelingen.

Universitetene bringes inn i undervisningen ved at utdanningssentrene innhenter nødvendig kompetanse gjennom avtaler med universitetene, og finansierer etter Kunnskapsdepartementets regelverk.

Det anbefales å be fakultetene på universitetene om bistand til avansert veilederutdanning («teach to teach»-kurs), pedagogiske kompetanse og relevant kursinnhold innenfor alle aktuelle læringsformer. De regionale utdanningssentrene får ansvar for den fagspesifikke teoriutdanningen. Sistnevnte skjer i samarbeid mellom

fagmiljøene på helseforetakene/sykehusene i hele regionen og tilsvarende universitetsfagmiljøer.

Hvordan kan universitetenes bidrag formaliseres i avtaler mellom RHFene og universitetene? Det forutsettes at dette gjøres i prosess med universitetene.

Samarbeidsorganet har stor betydning for samarbeidet mellom det regionale helseforetaket og universitetene. Det er også gjennomført mange forskjellige avtaleinngåelser mellom ulike aktører i flere av samarbeidsorganene. Siden samarbeidsorganene er rådgivende organ, kan det ikke fattes vedtak som binder opp partene. Samarbeidsorganet bør ha en strategisk rolle i forhold til samarbeidet mellom universitet og RHF i spesialistutdanningen.

Det er en felles erfaring at RHFenes samarbeidsorgan med universitetene har hatt hovedfokus på forskning/forskningsmidler, selv om også utdanning ifølge instruksjonen er en av hovedoppgavene. Om samarbeidsorganene skal ha en rolle i avtaleinngåelser med universitetene om utdanningsaktivitet innenfor spesialiseringen av leger, må organene styrke sin oppmerksomhet og involvering i utdanningsspørsmål. De fire regionene har i dag en noe ulik organisering med hensyn til involvering og samarbeid med universitetene. Samarbeidsorganets rolle med hensyn på utdanning bør styrkes, for eksempel ved å etablere tidsbegrensede, eventuelt permanente arbeidsutvalg/underutvalg som blant annet forbereder og behandler spørsmål og problemstillinger knyttet til spesialistutdanningen for leger.

I felles møte med HOD og Helsedirektoratet hvor universitetene har deltatt, har universitetene fremhevet at de ønsker å delta i spesialistutdanningen av legene. Universitetene forutsetter at det lages avtaler mellom universitetene og de regionale helseforetakene, eventuelt med departementene, om leveranser og finansiering før den nye spesialistutdanningen implementeres. Universitetene påpeker at finansieringen må være på plass før de kan inngå bindende avtaler og oppdrag. Universitetene fremhever for øvrig at den foreslåtte modellen er problematisk ved at de har oppfattet at RHFene skal gi universitetene oppgaver gjennom Samarbeidsorganet. HOD har i brev av 26.06.15 understreket "at det ikke er tatt beslutninger om styringslinje for universitetenes rolle".

En arbeidsgruppe under Samarbeidsorganet for Helse Sør-Øst og Universitetet i Oslo skal se på hvordan slike avtaler kan utformes og hvilke områder som er aktuelle. Dette kan være et underlag for hvordan samarbeidet kan organiseres.

3. Hvordan kan teoriutdanningen best integreres i helhetlige utdanningsløp på tvers av helseforetak, med utgangspunkt i faste LIS-stillinger.

Et viktig tiltak for å kunne lykkes med å integrere teoriutdanning mot helhetlige utdanningsløp på tvers av helseforetak, er å benytte felles elektroniske verktøy for koordinering og oppfølging av leger i spesialisering.

Alle helseforetak/sykehus har på oppdrag fra RHF ansvar for å gjennomføre veiledning og vurdering av legene etter retningslinjer fra Helsedirektoratet, og i tråd med kunnskap

om veiledning fra universitetene. I tillegg har de ansvar for å bidra med å legge til rette for læringsaktiviteter og utdanningsløp for LIS.

Nye læringsmål vil føre til endringer som følge av at spesialiseringsforløpene endrer struktur og innhold. Inntil læringsmål og faglig innhold er på plass for de enkelte spesialiteter, er det vanskelig å forutse mulige endringene i sin fulle bredde og konsekvens. Dette gjelder også for LIS 1. Det er ønskelig at LIS 1 i større grad enn tidligere skal følge pasientforløp internt i sykehuset og helt ut i kommunehelsetjenesten.

Omlegging til ny spesialistutdanning skal gi større forutsigbarhet i utdanningsløpet både for den enkelt LIS og helseforetakene. Andre viktige effekter er å kunne planlegge fravær, forberede bruk av vikarer, øke kvaliteten på helsetjenesten, oppnå en mer tilfredsstillende arbeidssituasjon for LIS og redusere utfordringer for løpende drift.

Før 1.juli 2015 var spesialistkandidatene selv ansvarlig for å søke seg til steder som gir den nødvendige tjenesten for å bli spesialist. Ved tilsetting av LIS fra 1. juli 2015 i faste stillinger, er det arbeidsgiver som har ansvaret for å sørge for at LIS får tjeneste ved andre avdelinger/sykehus for å få fullført sin spesialitet. Alle helseforetak i regionen skal tilby, eller samarbeide med andre foretak for å tilby, tjeneste i tråd med de læringsmål som blir besluttet. Det innebærer at universitetssykehus og regionsykehus må «sette av» et antall utdanningsstillinger som skal dekke behovet for samarbeidende helseforetak. Vikarstillinger kan også benyttes. LIS 2- og LIS 3-vikarer må gjennom arbeidsavtale sikres at de får tjeneste som dekker nødvendige læringsmål.

Det skal ikke opprettes flere LIS-stillinger utover behovene for å sikre nødvendig utdanningskapasitet og gjennomstrømming. Noen LIS-stillinger må imidlertid være disponible til midlertidige ansettelse, fordi LIS har fast ansettelse et annet sted. Faste ansettelse skal være tilpasset samfunnets fremtidige behov. For helseforetakene vil fast ansettelse av LIS innebære utfordringer i forhold til logistikk og tilrettelegging for gode utdanningsløp med planlagt progresjon, både for den praktiske og teoretiske delen av utdanningen. Gjennomgående mener likevel helseforetakene dette er en ønsket og riktig utvikling, som vil bidra til bedre kvalitet på utdanningen og styrke pasientsikkerheten.

Det er viktig at utdanningskandidaten får en fast LIS-stilling og et helhetlig utdanningsforløp som også er forutsigbart med hensyn til teoriutdanningen. Unntak vil være for enkelte LIS-stillinger ved regionsykehus som ikke kan være faste stillinger. Helseforetakene vil stå i en situasjon over flere år hvor de skal administrere og forholde seg til to ulike utdanningsløp. Når læringsmålene endres, må man vurdere om kandidatene kan tilbys å komme over i nytt utdanningssystem, slik at en slipper mange overgangsordninger og parallelle systemer. De som er i ny ordning må ikke fortrenge de som er i dagens spesialisingsløp. Overgangsordninger for LIS er et viktig tema som snarlig bør vurderes nærmere.

4. Opplegg for ivaretagelse av teoriutdanningen for spesialitetene i primærhelsetjenesten, samt hvordan disse spesialitetenes behov for sykehuspraksis kan ivaretas.

Dersom RHFene/regionsykehusene skal ta ansvar for teoriutdanningen for spesialitetene i primærhelsetjenesten, forutsettes det at samme organisatoriske modell (modell 3) legges til grunn som for de andre spesialistutdanningene. Prosjektgruppen foreslår at dagens undervisnings-/kursressurser lokalt, regionalt og nasjonalt videreføres administrert av de regionale utdanningssentrene. I likhet med andre spesialiteter, vil primærhelsetjenesten bli tilbudt de obligatoriske, felles kompetansemodulene.

I grunnlaget for videre detaljering står det i brevet fra HOD at "RHF skal påse at samarbeidet med universitetene forankres i samarbeidsorganene for forskning og utdanning. Det skal sikres at kommunene bringes inn på en hensiktsmessig måte". Dette er i tråd med revisjon av instruks for samarbeidsorganene som ble gjennomført i 2013. I tråd med Samhandlingsreformen, har RHF/HF inngått samarbeidsavtaler med kommunene. I denne sammenheng har en blant annet laget delavtaler relatert til utdanningssamarbeid som det kan bygges videre på. Ytre rammer og finansiering må være klar før man går inn i samarbeid om avtaler og gjennomføring.

Kravet til obligatorisk **sykehustjeneste** er i dag 12 mnd uten nærmere spesifisering eller læringsmål. De fleste innen primærhelsetjenesten må søke tilfeldige vikariater i konkurranse med LIS som er under spesialisering i sykehus. I ny spesialistutdanning for allmenntilleggsmedisin vil det kreves til sammen minst 12 måneders tellende sykehustjeneste, fordelt på 3 måneders bolker fra fire forskjellige spesialiteter. En av bolkene skal være psykiatri og en indremedisin. Tjenestested til Del 2 må være godkjent av Helsedirektoratet. LIS i primærhelsetjenesten kan velge ytterligere tjeneste på 1-2 avdelinger á 3 måneder.

En slik ordning vil ha betydelige økonomiske driftskonsekvenser. Skifte av nye LIS hver 3. måned og færre som går i vakt vil bety lengre tjenesteplaner for de andre sykehus-LIS og mindre kontinuitet. Opplæring vil også kreve mer tid og totalt sett vil man ha behov for flere stillinger. Dette vil være spesielt krevende i en overgangsfase der de som i dag mangler slik tjeneste (bare 60 % av allmennlegene er spesialister), i løpet av noen få år skal ha gjennomført minimum 2 bolker á 3 måneder. RHFene vil be kommunene i de ulike opptaksområder om å bistå med å beregne kapasitets- og utdanningsbehov, slik at stillinger kan etableres ut fra et best mulig estimert behov. I denne sammenheng må finansiering avklares.

Det forutsettes i modell 3, slik prosjektgruppen ser det, at LIS i primærhelsetjenesten skal delta i ordinære vaktordninger. Et alternativ for å kunne imøtekomme de særskilte ønskene for primærlegenes praksis i sykehus (vaktfritak, egne læringsmål, korte praksisperioder), kan være å opprette egne LIS-stillinger for denne gruppen. Et eksempel kan være egne 6 mnd-stillinger med vakter for LIS i allmenntilleggsmedisin innen fag som må styrkes i tråd med samhandlingsreformen (psykiatri og rus, palliasjon, geriatri). De økte utgiftene for helseforetakene må også dekkes utover dagens rammer, og kommunenes bidrag må i denne sammenheng avklares.

5. Grenseflater til Helsedirektoratets arbeidsområde som må utredes og avklares

Koordineringen av undervisningen i småfagene

Den teoretiske undervisningen vil for de små fagene foregå som for de store, i regi av utdanningssettene i regionene. Logistikken gjennom LIS-løpet bør håndteres med samme elektroniske verktøy som for øvrige fag, og ansvaret for LIS-løpene vil, slik HOD har definert det, ligge på RHFene – med delegasjon til de regionale utdanningssettene.

Det bør utredes hvorvidt det er mulig å etablere et samarbeid med avtalespesialister om å påta seg undervisnings- og veiledningsoppgaver i småfagene. Det pågår i dag ulike prosjekt, blant annet i regi av Oslo universitetssykehus innen fagområdet hud, for gjennomføring av spesialisering.

Informasjonssystemer for teoriundervisningen (jf dagens kurskatalog)

I dag er det et fungerende elektronisk system i regi av legeforeningen. Tilsvarende system bør utvikles integrert i det elektroniske systemet som velges for å organisere og administrere LIS-løpene. Bruk av kursoversikter i e-læringsportalen og/eller kurskataloger bør administreres av de regionale utdanningssettene.

Vurdere behov for kontakt mellom Helsedirektoratets spesialitetsråd og det operative arbeidet med kursavviklingen, samt utrede eventuelle systemer for dette.

Alle obligatoriske kurs anbefales organisert og gjennomført i regi av utdanningssettene på oppdrag fra Helsedirektoratets spesialitetsråd, når det gjelder sykehusspesialitetene. Det foreslås at utdanningssettene organiserer og utvikler kursene i kompetansemodulene (felleskursene som alle LIS også i primærhelsetjenesten skal ha) og trekker inn kompetanse fra universitetene på kort og lang sikt, samt inngår avtaler som sikrer finansiering i tråd med KDs regelverk. Slike kurs bør også kunne arrangeres i samarbeid mellom to eller flere helseforetak og slik at selve arrangementet foregår lokalt med bistand fra det regionale utdanningssettet, også med bruk av lokale, kvalifiserte lærerkrefter.

Det er viktig at det er forståelse for et fremtidsrettet helsevesen med pasienten i sentrum og behovet for moderne læringsmetoder som e-læring, simulering og ferdighetstrening. Dette bør være førende for sammensetningen i fagrådene. Det bør eventuelt lages kriterier for kvalifikasjoner som bør være tilstede i spesialitetsrådene.

Viktige forhold i oppfølgingen

Avslutningsvis ønsker prosjektgruppen å gjøre oppmerksom på særskilt viktige forhold i det videre arbeid med spesialistutdanningen:

- *Tydelige beslutningslinjer i utdanningsforløpet*
Oppdraget fra HOD skisserer ulike modeller med ulik ansvarsfordeling. Den tverrregionale prosjektgruppen mener at beslutningslinjene må være synkronisert og tydelig i hele utdanningsforløpet, både for å unngå parallelle

prosesser og for å kunne detaljplanlegge aktiviteter i de ulike fasene av utdanningsforløpet (for eksempel administrering av alle kursene). De ulike råd eller utvalg som etableres må også ha en avklart rolle overfor de som har beslutningsansvar i RHFene, Helsedirektoratet, helseforetakene og de regionale utdanningssentrene.

- *Avklaring av fremtidige midler til utviklingsarbeid*
Helseforetakene får et stort ansvar i utviklingen av en mer effektiv og praksisbasert utdanning, der arbeidsgiver har et større ansvar for tilrettelegging. De vil få betydelige ressursutfordringer både med hensyn til bemanning og økonomi. Prosjektgruppen mener at utvikling og implementering av en fullstendig spesialiststruktur og spesialistutdanning krever en finansiell opptrappingsplan, med fordeling av midler etter behov i hele innføringsfasen.
- *Ansvar for de primærmedisinske spesialitetene*
RHFene har fått i oppdrag å konkretisere opplegg for teoriutdanningen for spesialitetene i primærhelsetjenesten. Administrasjon av kursvirksomheten er foreslått organisert i utdanningscenteret, mens man beholder det nåværende lokale, regionale og nasjonale apparat for utforming og gjennomføring av kursene. Allmennlegeforeningen støtter ikke at organiseringen skjer i regi av RHFene. Det må arbeides videre med forslag til hvordan dette skal kunne håndteres.

De regionale helseforetakene vil få et stort og helhetlig ansvar for utdanningene og LIS-løpene. De regionale utdanningssentrene kommer til å utføre store deler av utviklingsarbeidet og skal legge til rette for at ordningen kan implementeres i praksis. For å komme i gang med LIS 1 høsten 2016, må kompetansemodulene og læringsmålene være utarbeidet og de regionale utdanningssentrene finansiert og i drift, ved årsskiftet. Endringene vil kreve et godt samarbeid med universitetene, noe som er viktig for å sikre kvalitet i teoriutdanningen. En så omfattende kvalitetsreform er ikke mulig å gjennomføre innen ordinære budsjettammer, og behovet for fullfinansiering av ordningen understrekes.

Vedlegg:

Brev fra RHFene til HOD datert 14.08.15: Legenes spesialitetsstruktur og spesialistutdanning – tilrådning om fordeling av midler