

Foretaksreformen tema under årlig seminar om spesialistutdanningen

– Sykehusreformen er først og fremst en organisasjons- og ansvarsreform. Kravene som stilles til tjeneste for å bli godkjent som legespesialist, endres ikke som følge av reformen. Men den inneholder elementer som også vil ha konsekvenser for spesialistutdanningen.

Det sa Anne Kari Lande Hasle, departementsråd i Helsedepartementet, under spesialitetsrådets årlige seminar om spesialistutdanningen i mai.

De regionale helseforetakene har totalansvar for spesialisthelsetjenester i sin region. Dette innebærer at de må ha en bevissthet på

å sikre det nødvendige antall spesialister for de oppgavene som skal løses for regionens innbyggere. Og det innebærer at helseforetakene må ha et bevisst forhold til hvorledes spesialistutdanningen av leger skjer, sa hun.

– Det gjenstår imidlertid fortsatt mye arbeid før både organisering og faglig nivå er på det forventede nivå, sa Lande Hasle og la til at foretaksorganisering av spesialisthelsetjenesten også har konsekvenser for førstelinjetjenesten. Dette utredes nå av det såkalte Wisløff-utvalget. Lande Hasle understreket dessuten at det er departementets klare mål å styrke forskningen i helseforetakene og at Helsedepartementet i 2004 har etablert et nytt nasjonalt måle- og finansieringssystem for slik forskning.



Anne Kari Lande Hasle

Uten belønningssystem

– Det har vært relativt greit å få forståelse for forskning og utvikling i helseforetakstyrene, men når det gjelder utdanning har det vært mye vanskeligere, sa Kåre Løvstakken, ansatterepresentant i styret i Helse Øst.

– Noe av det som hjalp godt, var helseministerens styringsdokument som gir de regionale foretakene beskjed om at dette er en oppgave de skal løse. Vi skal fortsette å utdanne, og jeg tolker det slik at vi skal utdanne minst med samme kvalitet og kvantitet som vi gjør i dag, sa Løvstakken. – Av de tjenestene foretakene skal levere, er forskning og utdanning ting som skal leveres på lik linje med pasientbehandling. Problemet er imidlertid at det ikke hjelper så mye å lage disse avtalene, dersom man ikke kan gjøre noe i forhold til å måle utdanning. Vi har heller ikke noen system for å belønne eller ikke belønne utdanning. Det er derfor svært viktig å få til en kobling mellom utdanning og økonomi, sa Løvstakken. – Dersom det ikke er en sammenheng mellom de politiske ambisjonene og de økonomiske incentiver, så får vi det ikke til, understreket han.



Kåre Løvstakken

Spesialistutdanning i privat praksis

Professor Svein Ivar Mellgren har ledet et utvalg som foreslår at spesialister i privat praksis skal kunne delta i utdanning av både medisinstudenter og leger under spesialisering. Utvalgets mandat var å legge premisses for samarbeid mellom privat praksis og sykehusavdeling, med henblikk på at leger under spesialisering kan gjennomføre deler av utdanningen i en privat praksis. Spesialiteter som er vurdert som spesielt egnet er gynekologi, psykiatri, øre-nese-hals-sykdommer og øyesykdommer.



Svein Ivar Mellgren

Utvalget fokuserer på premisses for godkjenning av tjeneste, aktuelle spesialiteter og ikke minst økonomi, og er kommet frem til at man må åpne for å utnytte dette læringsmiljøet som et supplement til sykehustjeneste. Grunnen til dette er at en god del av aktiviteten i sykehusene er flyttet ut til spesialistpraksis og private sykehus. Utvalget har kun konsentrert seg om spesialistutdanningen.

Sentralstyret gav i mars 2004 tilslutning til utvalgets innstilling, og Legeforeningen sendte deretter et brev til Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling med anmodning om støtte til det skiserte opplegget.

Les hele referatet fra spesialitetsrådets samling på nett: www.legeforeningen.no/index.gan?id=8546

Lise B. Johannessen

lise.berit.johannessen@legeforeningen.no
Avdeling for informasjon og helsepolitikk

Nytt pilotprosjekt – Leif 2004

Prosjektet Legers etterutdanning i fremtiden (LEIF) har pågått i mange år med kommunelege Frank R. Andersen som prosjektleder. – Etterutdanningen har blitt en stadig «hetero potet» ettersom søkelyset på finansiering og legers forhold til industrien, er blitt større, var Andersens budskap på seminaret.

Det begynte med stortingsmelding 24 (1996–1997) *Tilgjengelighet og faglighet. Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste*. Der ble det fattet vedtak om at det skal stilles formelle krav til etterutdanning og regodkjenning av alle legespesialister, på linje med kravene som stilles til spesialister i allmennmedisin. Parallelt med dette hadde Legeforeningen sin egen utredning, *Leif-97*. Hovedkonklusjonen i den utredningen ble at

etterutdanning skal baseres på et *individuell* utdanningsprogram. Det ble videre jobbet frem et offisielt policydokument vedtatt i 1999, der Legeforeningen gikk inn for at man ikke skal innføre et system med obligatorisk regodkjenning, men at man skulle prøve å følge den internasjonale utviklingen.

Myndighetenes behov for sikring av kvalitet er begrunnet i at det skal være en kostnadseffektiv etterutdanning, og at man ønsket å klargjøre rollen for de viktigste aktørene. For å prøve ut systemet iverksatte Legeforeningen i 2000 en pilotstudie, kalt Leif-pilot. Hovedkonklusjonen etter gjennomføringen av Leif-pilot er at dette kan settes ut i full skala, med noen endringer.

Sentralstyret har nå vedtatt at det skal igangsettes et utvidet prøveprosjekt, Leif-

2004. Dette skal foregå blant alle spesialister i kvinnesykdommer og fødselshjelp, og i patologi. Det skal gjennomføres et utvidet forsøk med hovedvekt på å utvikle den kollegabaserte evalueringen med hensiktsmessig veiledningsmaterieell. Det skal lages rammebeskrivelse for etterutdanningen og det skal vurderes hvorvidt et elektronisk Internett-basert registreringssystem for etterutdanningsplaner kan innrettes, og til hvilke kostnader. Det er oppnevnt en prosjektgruppe som skal arbeide med målene for prøveprosjektet. Sluttrapport skal leveres sentralstyret innen 1.9. 2005.

Lise B. Johannessen

lise.berit.johannessen@legeforeningen.no
Avdeling for informasjon og helsepolitikk