

Vedlegg 1: Detaljert beskrivelse av ny utdanningsmodell for legespesialister

Formålet med ny spesialistutdanning for leger

Det overordna formålet med ny spesialiststruktur er å forbedre utdanningskvaliteten slik at helsetjenesten er klar til å møte fremtidens helseutfordringer og pasientenes behov. Dette skal oppnås ved;

- En klar rolle- og ansvarfordeling i utdanningen der ledelsesansvaret er tydeliggjort
- Økt fokus på pasientsikkerhet og pasientperspektivet
- Målstyrt utdanning og utvikling av helhetlige og forbedrede utdanningsløp
- Fortløpende vurdering og dokumentasjon av spesialistkandidatenes kompetanse
- Faglig harmonisering nasjonalt og med spesialistutdanningen i andre EU land.

Den nye spesialistutdanningen for leger i spesialisering (LIS) er den største kvalitetsreformen i nyere tid og innebærer en rekke endringer i blant annet ansvar, roller og myndighet. Forskriften fastslår spesialistutdanningen som et offentlig anliggende. I ny modell er sykehusene blitt ansvarlige for å organisere, gjennomføre og dokumentere individualiserte utdanningsløp for LIS. Ny utdanning er forankret i spesialistforskriften som stiller tydelige krav til hvordan utdanningen skal innrettes, gjennomføres og følges opp (<https://lovdata.no/forskrift/2016-12-08-1482>).

Spesialistutdanningen av leger er i stor grad en praktisk utdanning som foregår i daglig klinisk arbeid. Derfor er hovedansvaret for den nye spesialistutdanningen av leger er lagt til ledelsen ved de enkelte helseforetak/sykehus. Den nye spesialistforskriften må sees i sammenheng med innføringen av faste LIS stillinger i foretakene fra 2015 (avtalefestet 2014), forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring (<https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>), nasjonal helse- og sykehusplan 2016-2019 (Meld St.11, 2015-2016) og foretaksgruppens strategiske målsetninger for kompetanseforvaltning (HELSE 2035).

Et sentralt virkemiddel for at sykehusene skal kunne utvikle nødvendig kompetanse for fremtiden er at de nå har fått myndighet til å dimensjonere (kapasitet) og utdanne legespesialister etter eget behov. Dette gir de regionale helseforetakene en unik mulighet til å bruke LIS utdanningen som en strategisk ressurs for å målstyre, utvikle og sikre riktig kompetanse for å løse sine pålagte oppgaver. Det er også åpnet opp for å bruke nye læringsarenaer for LIS utenfor sykehusene (humanitært medisinsk arbeid, avtalespesialister, universitetene ol).

Sykehusene er ikke bare en viktig aktør innen utdanning av leger og legespesialister, men også for alle andre profesjoner innen helse- og omsorgstjenesten. Det er derfor nødvendig å legge til rette for at utdanning av LIS, sees i sammenheng med øvrig kompetanseutvikling i organisasjonen, og spesielt klarer å binde sammen profesjoner som arbeider tett sammen i tverrfaglige team. En god LIS-utdanning kan legge til rette for en utvikling som vil heve kvaliteten på all utdanningsvirksomhet i sykehusene. God kvalitet på profesjonsutdanningene gir god pasientbehandlingen. Et helhetlig fokus utdanning og kompetanseutvikling vil også definere om Helseforetakene blir en attraktiv arbeidsplass som skal tiltrekke seg, rekruttere, utvikle, anvende og beholde medarbeidere med høy kompetanse.

Den nye utdanningsmodellen for legespesialister (del 2 og 3) starter 1. mars 2019.

Ny spesialiststruktur

Den nye spesialistutdanningen består av to eller tre deler som har en varighet på 6.5 år (minstetid). Første del (LIS 1) er felles for alle spesialister og gjennomføres med ett år i spesialisthelsetjenesten etterfulgt av et halvt år i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. LIS 2 vil være en felles plattform for en rekke fag innenfor henholdsvis indremedisin og kirurgi (breddekompetanse) mens LIS 3 vil være den fagspesifikke spesialiseringen (spisskompetanse). Alle dagens grenspesialiteter blir hovedspesialiteter og det er opprettet ny spesialitet i akutt- og mottaksmedisin. LIS 2 og 3 omfatter 43 ulike sykehusspesialiteter.

Den tidligere valgfrie «sideutdanningen» (vanligvis 6-12 måneder) bortfaller. Gruppeføringen av sykehus (gruppe 1 og 2) forsvinner og i ny modell vil behovet for tjenestetid ved region- eller universitetssykehus bestemmes av om læringsmålene helt eller delvis kan oppnås i eget sykehus/foretak. Dette vil medføre at rotasjonstjenesten på region- eller universitetssykehusene i større grad må planlegges og tilrettelegges i forhold til læringsarenaer og innhold (læringsaktiviteter) enn i dagens system.

Ny spesialiststruktur med nytt innhold

For å legge til rette for et helhetlig helsetilbud på tvers av fag og profesjoner er det det innført nye felles kompetansemål som dekker et grunnleggende sett av kompetanser alle leger må ha for å fungere optimalt i legerollen (etikk, forebygging, forskningsforståelse, kommunikasjon, kvalitet- og pasientsikkerhet, lovverk, pasient- og brukermedvirkning, pasient og pårørende opplæring, samhandling, systemforståelse, organisasjonsutvikling og ledelse). Det er viktig at de felles kompetansemålene blir utviklet og tatt i bruk som en del av den kliniske hverdagen slik at de gir verdi i møte med den enkelte pasient.

Dette krever at sykehusene og de enkelte avdelingen bygger kompetanse på undervisningen innenfor disse fagområdene. Sentrale læringsarenaer vil være gruppeveiledning, internundervisning og klinisk praksis under supervisjon og veiledning. Dette krever lederinvolvering og kompetanseutvikling for de viktige emnene i de felles kompetansemålene.

Ny spesialiststruktur med nye virkemidler

Gjennomføring av LIS utdanningen etter den nye Spesialistforskriften innebærer flere endringer og bruk av nye virkemidler i forhold til dagens modell.

- Målstyrt LIS-utdanning gjennom forskriftsfestede læringsmål
- Krav til helhetlige utdanningsløp på tvers av klinikker, sykehus, helseforetak, private aktører og primærhelsetjenesten med klare planer for oppnåelse av læringsmål
- Økt fokus og krav til kvalitet i supervisjon og veiledning
- Formalisert kompetansevurderinger og dokumentasjon i felles nasjonalt IKT-verktøy

Målstyrt LIS-utdanning gjennom forskriftsfestede læringsmål

Kvalitet og pasientsikkerhet står sentralt i ny utdanningsmodell. I dag er det hvor lenge LIS har jobbet (tjenestetid) kombinert med gjennomføring av prosedyrekrav og teoretisk undervisning (obligatoriske kurs), som har vært avgjørende for om man får offentlig godkjenning som legespesialist. En sentral endring blir nå at det er oppnådde læringsmål med krav til realkompetanse (kompetansevurdering) som skal ligge til grunn for å bli legespesialist. Dette kommer i tillegg til minimum tjenestetid, teoretisk undervisning og prosedyrekrav.

Helsedirektoratet har med støtte fra spesialister og LIS (spesialitetskomiteene) utarbeidet og forskriftsfestet læringsmål som definerer kompetansen til den enkelte spesialist. Fagmiljøene har utarbeidet 4600 kliniske læringsmål (forskriftsfestede) fordelt på de 43 ulike sykehusspesialitetene. Læringsmålene gir en felles minste standard for hva en legespesialist skal forstå (kunnskapskrav), kunne eller være i stand til å utføre (ferdighetskrav).

Spesialisering for leger er en arbeidsrelatert utdanning der erfaring fra klinisk praksis skal være hovedarenaen for læring, trening og utvikling. Innføringen av målstyrt utdanning forutsetter at hensynet til å utdanne gode spesialister må vektlegges mer enn det har gjort i dagens utdanning og at LIS i alle deler av spesialiseringensløpet bør tildeles arbeidsoppgaver under supervisjon som gir grunnlag for læringsutbytte og kompetanseutvikling.

Krav til helhetlige utdanningsløp på tvers av klinikker, sykehus, helseforetak og private aktører med klare planer for oppnåelse av læringsmål

De ulike utdanningsvirksomhetene (helseforetakene) skal sørge for at utdanningen av spesialister i virksomheten skjer under faglig forsvarlige rammer og på en måte som sikrer tilstrekkelig kvalitet og gjennomstrømning i utdanningsløpet (§19 Spesialistforskriften). Sykehusene er i ny modell ansvarlige for å planlegge, organisere og sikre at LIS får delta i nødvendige prosedyrer og får møte et tilstrekkelig antall pasienter slik at de behersker kompetansekravene. Erfaringer fra dagens spesialiseringssløp er at utilstrekkelig logistikk og manglende kapasitet i utdanningsløpene fører til unødig ventetid på relevant tjenestested med forsinkelser i utdanningskapasitet. Det er også en utbredt utfordring at en i for liten grad evner å planlegge vekslingen mellom ulike avdelinger som igjen hindrer god og langsiktig planlegging av driften. Dette har store organisatoriske og økonomiske omkostninger for foretakene. Det er i tillegg et av de viktigste hindrene for god og planlagt utdanning av LIS leger.

Ved tilsetning skal LIS ha en individuell utdanningsplan, som er LIS sin plan for hvordan utdanningen er planlagt og tilrettelagt slik at LIS oppnår læringsmålene. Utarbeidelse og praktisk gjennomføring av individuelle helhetlige utdanningsløp vil kreve en omfattende koordinering og planlegging i eget sykehus, mellom helseforetakene og evt. mot andre aktuelle utdanningsvirksomheter. Planene som lages skal tilpasses føringer for faste stillinger, vikariater og "gjennomstrømsstillinger", og vil i stor grad medføre fortløpende endringer som resultat av ulike permisjoner (svangerskap, sykdom, forskning ol.).

Økt fokus på kvalitet i supervisjon og veiledning

I dagens utdanningsmodell gis ikke veilederoppgaven den prioritet den burde i forhold til det store potensialet som ligger i god veiledning. Det er mye opp til den enkelte veileder hvor forpliktende veiledningsansvaret tas og utøves. I ny modell er det arbeidsgiver som skal sørge for at det settes av tilstrekkelig tid til veiledning og at veileder har nødvendig veileder kompetanse. Det er av pasienthensyn videre lagt stor vekt på at leger i spesialisering skal arbeide med pasienter under god supervisjon (fra en spesialist i faget) slik at de får nødvendig kompetanse til å arbeide selvstendig som legespesialist. Bedre og målrettet supervisjon av leger i spesialisering betyr i praksis at arbeidsfellesskapet mellom spesialist og LIS må tilrettelegges bedre enn i dagens system. Veiledning er et viktig krav som skal ivaretas lokalt og veileder skal etter forskrift ha formell kompetanse på veiledningsmetodikk. Helse Vest har lagt til grunn at veiledning er en like obligatorisk oppgave å planlegge som den ordinære pasientbehandlingen. Svært mange avdelinger har allerede lagt dette inn som en del av den ordinære planleggingen i avansert oppgaveplanlegging.

Veiledersamtaler, inkludert gruppeveiledning og vurderingssamtaler, skal foregå minst én gang per måned. Det må lages en halvårlig plan og settes av tid til dette i arbeidsplaner for veileder og LIS. Veiledere bør plukkes ut etter motivasjon og bør kunne veilede inntil tre LIS. Det er et linjeansvar å legge til rette for gjennomføring av gode veiledersamtaler med kompetente veiledere. Skal denne kvalitetsreformen for LIS utdanning virke må også disse tiltakene planlegges og systematiseres. Den som er ansvarlig må sette av tid til dette og den enkelte LIS lege må knyttes opp til dette som en ordinær arbeidsoppgave. Dette vil strukturere og profesjonalisere dette på en synlig måte som vil bidra til å understreke at helseforetakene griper mulighetene og forpliktelsene dette innebærer for alle parter.

Formalisert kompetansevurderinger og dokumentasjon i felles nasjonalt IKT-verktøy

I tråd med økte krav til kvalitet og pasientsikkerhet skal utdanningskandidatenes læringsutbytte systematisk følges opp og før LIS kan få arbeide selvstendig (og trygt) som legespesialist og det skal gjennomføres en kompetansevurdering på sentrale områder. Leder skal sammen med, utdanningsansvarlig overlege og en eller flere supervisører godkjenne oppnådde læringsmål, samt sørge for at LIS får regelmessige vurderinger underveis. Veileder må derfor ha både summativ og formativ vurderingskompetanse, en kompetanse som må utvikles videre for mange leger.

Den formelle kompetansevurdering (Helsedirektoratet veileder for kompetansevurdering - er på høring) skal dokumenteres i et felles nasjonalt IKT-verktøy for LIS (følger legen uavhengig av arbeidssted). Kompetanseverktøyet vil kunne sikre at leger i spesialisering får arbeidsoppgaver tilpasset hvor langt de er kommet i utdanningsløpet og vil sikre at pasientene behandles av en lege med riktig kompetanse. Når alle læringsmålene er godkjent i sykehuset og LIS har nødvendig tjenestetid sendes søknad om godkjenning direkte til Helsedirektoratet gjennom det nasjonale IKT-verktøyet, noe som gjør den administrative godkjenningsprosessen enklere.

De konkrete endringene i oppgaver i ny spesialiststruktur for leger er oppsummert i vedlegg 2.