

# **Evalueringsrapport**

## **Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording**

### **1. Bakgrunn for evalueringen**

Tidligere helseminister Dagfinn Høybråten meddelte i et møte med leder for Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording (NR) den 28. april 2004, at Nasjonalt råd skulle evalueres og at spesialistutdanningen av leger og stillingsreguleringen av legemarkedet skulle tilpasses reformene i helsetjenesten. Helsedepartementet nedsatte en intern arbeidsgruppe til å forestå evalueringen.

Både sykehusreformen med statlig overtagelse av sykehusene og reformen i den sentrale helseforvaltning fra 1. januar 2002 innebar betydelige organisatoriske endringer. De regionale helseforetakene fikk økte fullmakter, herunder utforming av struktur/innhold i spesialisthelsetjenesten, ansvar for utdanning av helsepersonell og fordeling av legestillinger fra en samlet ramme. Rammen fordeles foretakene, eventuelt opprettes det driftsavtalehjemler for privat spesialistpraksis. Nasjonalt råd opphørte på samme tid som egen etat. På bakgrunn av forslag i *St.prp. nr. 84 (2000-2001) om tilleggsbevilgninger og omprioriteringer i statsbudsjettet medregnet folketrygden 2001*, jf. *Innst. S. nr.325 (2000-2001)*, ble rådets sekretariat organisert som en del av det nye Sosial- og helsedirektoratet. Rådets oppgaver ble imidlertid ikke endret i særlig grad (bortsett fra å skulle gi råd til både departement og direktorat).

### **1.1 Arbeidsgruppens mandat og sammensetning**

#### Arbeidsgruppens sammensetning

Prosjektdirektør Gerd Vandeskog (leder), avdelingsdirektør Heidi Langaas, avdelingsdirektør Kjell Røynesdal, rådgiver Janne Hjelm Gabrielsen (sekretær)  
I følge mandatet skal arbeidsgruppen:

- 1. Beskrive Nasjonalt råd for legespesialistutdanning og legefording sitt mandat, sammensetning og oppgaver i lys av de forvaltningsmessige endringer som har skjedd siden opprettelsen.*
- 2. Vurdere resultatene av rådets virksomhet.*
- 3. Vurdere behovet for framtidig regulering av legemarkedet (herunder nasjonal legefording og styring av spesialistutdanningen) og oppgavefordelingen mellom aktørene. Arbeidsgruppen skal foreslå forenklinger i dagens system for legefording og spesialistutdanning.*

Arbeidsgruppen skulle innhente skriftlige kommentarer fra berørte organer/etater og ha en nær dialog med Nasjonalt råd. Arbeidet skulle ferdigstilles innen 31. desember 2004.

Arbeidsgruppen har gjennomført strukturerte fellesintervjuer med rådets medlemmer og dets leder, Ole Mjøs. Rådets sekretariat har levert et skriftlig innspill.

## **2. Om Nasjonalt råd**

### **2.1 Historikk**

Sosial- og helsedepartementet foreslo i *St meld nr 24 (1996-1997) Tilgjengelighet og faglighet. Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste* å opprette et Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger, med representanter fra staten, helseregionene, universitetene, Kommunenes sentralforbund (KS) og Den norske lægeforening (legeforeningen/Dnlf). Rådet skulle overta oppgaver som på det tidspunkt var delegert til Statens helsetilsyn og legeforeningen. Det skulle være rådgivende organ for departementet i overordnede spørsmål om spesialistutdanningen av leger. Hovedargumentet var at staten skulle ta et klarere ansvar for spesialistutdanningen, og at rådet skulle bidra til å forenkle/effektivisere utdanningsstrukturen for legespesialister. Stortinget sluttet seg til dette, jf *Innst.S.nr.237 (1996-1997)*. Med virkning fra 22. januar 1999 besluttet departementet i brev av samme dag å delegere myndighet til Nasjonalt råd etter § 1 annet ledd i forskrift om spesialistutdanning av leger og godkjenning av leger som spesialist, fastsatt ved regjeringens resolusjon av 3. september 1998 med hjemmel i lov 13. juni 1980 nr 42 om leger § 14 første ledd.

Av *Ot prp nr 4 (1998-99) Om lov om endringer i folketrygdloven og i enkelte andre lover* (samleproposisjon høsten 1998) går det fram at legeknapphet lenge var et velkjent problem i norsk helsetjeneste. Fra 1979 til 1983 eksisterte det en midlertidig lov om adgang til regulering av legetjenester som sa at alle nye legestillinger skulle godkjennes av et regjeringsoppnevnt råd. På slutten av 1980-tallet førte mangel på leger og skjev fordeling av leger til innføring av midlertidig lov av 30. mai 1988 nr 30 om stillingsstopp for leger, med et generelt forbud mot opprettelse av nye stillinger i offentlig og privat virksomhet. Den ga også departementet adgang til å forby nyttilsetting i ledige stillinger. Loven ble opphevet 1. juli 1989 og avløst av en avtale om tiltak for å bedre legedekningen i utkantstrøk (Legefordelingsavtalen), inngått av Kommunenes Sentralforbund, Oslo kommune og Dnlf. Avtalen ble senere tiltrådt av staten. Etter denne skulle nye legestillinger ikke opprettes uten tillatelse av et partssammensatt utvalg (Utvalg for Legestillinger og Stillingsstruktur - ULS), med leder oppnevnt av Sosial- og helsedepartementet. Ellers inngikk representanter fra KS, Oslo kommune og Dnlf. Avtalen omfattet alle kommunale, fylkeskommunale og statlige legestillinger, samt private institusjoner som inngikk i fylkenes helseplaner. I 1985 inngikk staten, KS, Oslo kommune og Dnlf også en avtale om legers tilsetting i utdanningsstillinger - Stillingsstrukturavtalen, for å sikre tilstrekkelig kapasitet, god

kvalitet og en rimelig geografisk fordeling av legespesialister. Avtalen ble forvaltet av ULS. I løpet av 1997 ble det klart at sykehusene i løpet av 90-tallet hadde opprettet et betydelig større antall ikke godkjente legestillinger. Avtalene ble sagt opp fra årsskiftet 1998/99.

Et lovbasert system for nasjonal legefordeling ble vedtatt av Stortinget i desember 1998 gjennom endringer i lov 19. juni 1969 nr 57 om sykehus § 19b (i dag regulert i *spesialisthelsetjenesteloven § 4-2<sup>1</sup>*) og lov 19. november 1982 nr 66 om helsetjenesten i kommunene § 1-1 a. Legefordingssystemet gjelder all medisinsk virksomhet regulert i nevnte lover. Dette omfatter også privat sykehus med avtale med de regionale helseforetakene (tidligere fylkeskommunale avtaler). Et sentralt formål med den statlige reguleringen var å begrense økningen av legestillinger i spesialisthelsetjenesten slik at tilstrekkelige legehjemler i kommunehelsetjenesten kunne opprettes i forbindelse med forberedelsene til fastlegereformen. En betydelig økning i utdanningskapasiteten av leger i løpet av 90-tallet ville bidra til å rekruttere leger til allmennlegetjenesten. Effektiviteten i utdanningen skulle bedres gjennom en bedre kapasitetsutnytting av utdanningsstillinger og gi en bedre geografisk dekning i spesialisthelsetjenesten gjennom at antall ledige stillinger ville bli redusert.

## **2.2 Nasjonalt råds mandat og sammensetning**

Nasjonalt råds mandat går fram av forskrift om spesialistutdanning av leger og godkjenning og tilbakekalling av godkjenning av leger som spesialist fastsatt ved Regjeringens resolusjon 3. september 1998, med hjemmel i lov 13. juni 1980 nr 42 om leger § 14 første ledd, sist endret i forbindelse med opprettelsen av Sosial- og helsedirektoratet.

### **"2.1 Mandat**

*Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger (NR) er rådgivende for departementet eller den departementet delegerer myndighet til, i alle overordnede spørsmål som angår gjennomføring av kvaliteten på all spesialistutdanning (videre- og etterutdanning) av leger.*

*NR skal særlig vurdere og gi råd vedrørende:*

- ◆ *godkjenning av spesialiteter, spesialitetsstruktur, utdanningens omfang, antall spesialister og fordelingen av disse*
- ◆ *godkjenning av spesialistregler*
- ◆ *godkjenning av utdanningsinstitusjon*
- ◆ *gjennomføring og kvalitetssikring av spesialistutdanningen"*

En nærmere beskrivelse av Nasjonalt råds mandat går fram av Sosial- og helsedepartementets brev av 22. januar 1999. Departementet skal forelegge alle

---

<sup>1</sup> **Sphtl** § 4-2 ble sist endret 15. juni 2001, med ikrafttredelse fra 1. januar 2002 (tilpasning til den nye eierstrukturen).

søknader om fordelig av legestillinger for Nasjonalt råd før endelig vedtak treffes. Det presiseres i brevet at Nasjonalt råds hovedoppgave er å være rådgivende for departementet, og at rådet skal oversende sine anbefalinger departementet. Nasjonalt råd fikk i tillegg avgjørelsesmyndighet når det gjelder mindre endringer i regelverket "som ikke har prinsipielle, politiske, faglige eller økonomiske konsekvenser".

Fra høsten 1999 hadde rådet 21 medlemmer:

Leder oppnevnt av departementet; Kommunenes Sentralforbund(3); helseregionene(5); Oslo kommune(1); universitetene(4); Legeforeningen(4); Helsetilsynet(1); fylkeslegene(1); Norsk pasientforening(1). Rådets medlemmer oppnevnes for 4 år.

Nasjonalt råds sammensetning måtte justeres som følge av statlig overtagelse av spesialisthelsetjenesten. Rådet ble derfor reoppnevnt ved brev 25. mars 2002. Medlemstallet ble redusert til 19. Fylkeslegene og Oslo kommune ble ikke lenger representert, KS' representasjon ble redusert til to. Brukerrepresentasjonen ble økt og inkluderte ett medlem fra FFO. Helseregionenes representanter ble erstattet med representanter fra de fem nye regionale helseforetakene.

Nasjonalt råds sekretariat, jf notat fra dets leder mottatt i departementet den 3. november 2004, har tolket rådets mandat til å inneholde følgende punkter:

- Gi råd om eventuelle nye spesialiteter/grenspesialiteter og eventuell omgjøring eller nedlegging av spesialiteter
- Gi råd om vesentlige endringer i spesialistreglene, - generelle regler eller reglene for hver enkelt av de 43 spesialitetene
- Medvirke til at spesialistutdanningen er i overensstemmelse med helsetjenestens behov
- Utrede forbedringer i spesialistutdanningens rammevilkår, kvalitativt og kvantitativt
- Påse at utdanningskapasiteten i hver enkelt spesialitet er tilstrekkelig til å dekke forventet behov for spesialister
- Identifisere rekrutteringsmessig sårbare spesialiteter
- Gi årlig tilråding til departementet om kvote for nye stillinger spesifisert på spesialiststillinger (overleger og avtalespesialister) og utdanningsstillinger
- Vurdere vilkårene for denne kvoten med hensyn til hvilke spesialiteter som tilrås prioritert det enkelte år

- Utarbeide årlig rapport om stillinger totalt og ubesatte stillinger i spesialisthelsetjenesten fordelt på spesialitet, stillingskategori, helseregion og årsak til ledigheten
- Drifte en database over godkjente legestillinger (NR-databasen)

## **2.3 Nasjonalt råd sitt sekretariat**

NR fikk fra starten et eget uavhengig sekretariat (nå en del av direktoratet) med leder og medarbeidere. I de tre årene som egen etat hadde det gjennomgående 6 årsverk til disposisjon. Etter omorganiseringen har dette etter hvert blitt redusert til ca 3,3 årsverk. Hovedoppgaven for sekretariatet, ifølge departementets delegasjonsbrev av 22. januar 1999, er å bistå rådet i dets arbeid, dvs. forberede saker for Nasjonalt råd i alle overordnede og prinsipielle spørsmål knyttet til legenes spesialistutdanning og godkjenning av utdanningsinstitusjoner samt legefördelingsspørsmål. Det går i tillegg fram at avgjørelsesmyndighet i enkeltsaker kan delegeres sekretariatet.

Oppgaver delegert til sekretariatet er:

- Behandle løpende søknader om nye stillinger i kommunehelsetjenesten og overvåke legesituasjonen i fastlegeordningen
- Behandle søknader om omgjöring av legestillinger mellom spesialiteter og stillingskategori (overlege – assistentlege)
- Godkjenne utdanningsinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten
- Godkjenne mindre endringer i spesialistregelverket om prosedyrekrav, kurskrav eller operasjonslister

Det informeres om beslutninger i påfølgende rådsmöte.

## **2.4 Nasjonalt råd sin arbeidsform og utredninger**

De to første årene hadde rådet fem möter årlig, deretter i to år fire möter og fra og med 2003 har antall årlige möter blitt redusert til tre. De fleste mötene er halvannen dags möter. Godt over halvpartene har vært holdt utenfor Osloregionen. Det er vanligvis satt av to til tre timer for lokale kontaktmöter. Det har i rådets arbeid vært lagt stor vekt på å komme fram til vedtak basert på konsensus. Rådet har derfor behandlet sakene etter eksterne høringer, og gjerne gjennom flere möter. Etter arbeidsgruppens oppfatning har Nasjonalt råd arbeidet mest med rammebetingelser (organisering og finansiering)

og mindre med spesialistutdanningens innhold når det gjelder spesialistutdanning av leger.

#### **2.4.1 Forslag vedrørende spesialistutdanningen**

Nasjonalt råd har utarbeidet fire større utredninger i perioden fra 2001 fram til i dag:

##### *1. Utdanning av leger i sykehusbaserte spesialiteter, januar 2001*

*Innhold:* Det foreslås en styrking av universitetenes deltakelse i spesialistutdanningen, blant annet at universitetene besørger teoriundervisning gjennom obligatorisk veiledning og fordypningsoppgaver.

*Oppfølging:* Departementet har ikke tatt endelig stilling til forslaget. Det er imidlertid satt i gang et begrenset forsøk i åtte spesialiteter i regi av NTNU og Helse Midt-Norge. Forsøket er dekket over statsbudsjettet ut 2005.

##### *2. Etterutdanning av legespesialister, februar 2002*

*Innhold:* Det foreslås en offentlig finansiert obligatorisk etterutdanning for legespesialister.

*Oppfølging:* Utredningen er ikke fulgt opp av departementet blant annet på grunn av høye kostnader og av hensyn til likebehandling av helsepersonell når det gjelder finansiering av etterutdanning. Finansiering av etterutdanning er primært en oppgave for arbeidsgiver, alternativt den enkelte arbeidstaker. Helsepersonell er i følge lov om helsepersonell § 4 selv direkte forpliktet til å utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

##### *3. Vurdering av spesialitetsstrukturen i indremedisin og kirurgi, november 2004*

*Innhold:* Det foreslås redusert utdanningstid for spesialistutdanning i indremedisin og kirurgi fra 7 til 6 ½ år, at inntil 6 måneders veiledet tjeneste i sykehjem på bestemte vilkår kan telle for den fagspesifikke delen i spesialitetene indremedisin og geriatri, og som valgfri utdanning i alle øvrige spesialiteter. Det foreslås etablering av ny grenspesialitet i mammaendokrinkirurgi.

*Oppfølging:* Utredningen er nylig sendt til behandling i departementet.

##### *4. Ny spesialistutdanning i samfunnsmedisin, oktober 2003*

*Innhold:* Det foreslås, på bakgrunn av endrede rammevilkår for fagene samfunnsmedisin og Stortingets vedtak om de samfunnsmedisinske områder, en styrking av spesialistutdanningen i samfunnsmedisin.

*Oppfølging:* Utredningen har vært på høring med høringsfrist 31.12.2004. Departementet avventer oversendelse med direktoratets tilrådning.

#### **2.4.2 Fastsettelse av spesialiteter**

Et forslag om å omdanne geriatri fra indremedisinsk grenspesialitet til hovedspesialitet fikk tilslutning av et flertall av høringsinstansene til utredningen, men Nasjonalt råd valgte å ikke anbefale dette. Et forslag om endringer i spesialistreglene i kjevekirurgi er til vurdering i departementet.

#### **2.4.3 Endringer i legespesialistreglene**

Nasjonalt råd har foreslått og iverksatt mindre endringer i spesialistreglene.

#### **2.4.4 Legefordeling**

##### *Spesialisthelsetjenesten*

Nasjonalt råd har årlig levert forslag om nye legestillinger. Forslagene har vært fordelt på antall overlege- og utdanningsstillinger i helseregionene. Rådet har pekt på spesialiteter som anses spesielt sårbare og har foreslått egne rammer for disse.

##### *Allmennlegetjenesten*

Nasjonalt råd har fått kompetanse til å godkjenne opprettelse av nye fastlegehjemler, basert på søknad fra den enkelte kommune. De første årene var delegasjonen begrenset av en ramme. De siste årene har det ikke vært begrensninger i antall hjemler ettersom det har vært et begrenset antall søknader hvert år. Alle kommunene som søker får godkjent hjemmelen basert på søknaden.

##### *Nytt forslag til regulering av legestillinger i spesialisthelsetjenesten*

Nasjonalt råd fattet i siste rådsmøte høsten 2004 på grunnlag av lange drøftelser og under dissens, flere vedtak som gikk på etablering av en prøveordning for regulering av legestillinger. Forslaget ble oversendt departementet i brev av 6. desember 2004, og er til vurdering i departementet. Prøveordningen begrunnes med at legemarkedet ikke lenger er i samme grad av ubalanse som i 1999, og at det er gjennomført viktige reformer i helsetjenesten. Forslaget innebærer at de regionale helseforetakene får ansvar for tildeling av kvoter for og omgjøring av overlegestillinger. Nye hjemler skal etter forslaget fortsatt registreres i direktoratets database samtidig som arbeidet med nasjonal statistikk over leger og legestillinger foreslås styrket. Det legges blant annet vekt på å overvåke utviklingen når det gjelder utdanningsstillingene. Etter forslaget pålegges sekretariatet å lære opp de regionale helseforetakene. Samtidig foreslås det at departementet ved eierstyring, skal pålegge regionale helseforetak å sørge for

tilfredsstillende rekruttering til alle medisinske spesialiteter. Dette inkluderer å sikre tilstrekkelig antall utdanningsstillinger. Eierstyringen må skje gjennom presise styringssignaler.

### **3. Nasjonalt råd sitt forhold til departementet og de regionale helseforetakene**

#### **3.1 Forholdet til departementet**

Rådet er etablert for å gi råd til myndighetene ved departement og direktorat. Departementet har fulgt opp tilrådingene på følgende måte:

Tilrådingen om legefordeling til spesialisthelsetjenesten har i hovedsak vært fulgt opp av departement og regionale helseforetak innen de rammer som er satt. I noen grad har departementet tildelt de regionale helseforetakene noen flere stillingshjemler enn rådets anbefaling, med noe mindre detaljerte instruksjoner.

Når det gjelder råd om spesialistutdanningen er bildet noe annerledes. Departementet har ikke sett det mulig å følge opp forslag og utredninger som innebærer store endringer i rammebetingelsene, særlig av finansiell karakter, jf. kap 2.4. Konkrete råd om endring av reglene for de enkelte spesialiteter har imidlertid i hovedsak vært fulgt. Et forslag om endringer av spesialistreglene for kjevekirurgi er til vurdering i departementet.

#### **3.2 Forholdet til de regionale helseforetakene**

Etter statens overtakelse av sykehusene, oppnevnte de regionale helseforetakene (som har omfattende kompetanse på Nasjonalt råd sitt arbeidsfelt, jf § 3-5 i lov om spesialisthelsetjenester) representanter til Nasjonalt råd. Det er imidlertid arbeidsgruppens inntrykk, og det har også framkommet fra informantene, at samarbeidet mellom rådet og RHF ikke har vært prioritert høyt nok. Nasjonalt råd har henvendt seg direkte til det enkelte helseforetak, og de regionale helseforetakene har ikke gjennomført strategiske diskusjoner om sin rolle. Kontakten har imidlertid blitt bedre det siste året.

### **4. Intervjuer med involverte parter**

Arbeidsgruppen har intervjuet medlemmene i Nasjonalt råd gruppevis, etter den organisasjon de representerer i rådet.

#### **4.1. Synspunkter på Nasjonalt råd før sykehusreformen**

Mange informanter peker på en smertefull fødsel, der legeforeningen ikke lenger var enerådende som premissleverandør når det gjelder spesialistutdanningen av leger. Det



kom en ny arena for samfunnsmessig innflytelse og debatt, og det tok en del tid før rådet fant sin arbeidsform.

## **4.2. Enkelte synspunkter på Nasjonalt råd i dag**

### **4.2.1 Legefordeling og geografisk spredning**

Det synes å være enighet om at Nasjonalt råd gjennom sin rådgivning, har vært svært viktig når det gjelder departementets regulering av det samlede legemarkedet. Rådene har også hatt stor betydning for regulering innen spesialisthelsetjenesten, særlig i forhold til rekrutteringssvake spesialiteter. Ingen har gått inn for å opprettholde dagens regulering uendret, men de fleste mener det fortsatt er behov for en oversikt over legemarkedet. Det er ikke alle regioner som har problemer med å skaffe spesialister.

### **4.2.2 Godkjenning av den enkelte legespesialist**

De fleste mener i hovedsak det er en praktisk løsning at Den norske lægeforening godkjenner den enkelte legespesialist.

### **4.2.3 Godkjenning av utdanningsinstitusjoner, jf forskriftens § 4**

Flere sier det kan synes som om sykehuseier/RHFene er trukket for lite inn i godkjenningen av utdanningsinstitusjonene. Samtidig ser det ut til å være relativ tilfredshet med den arbeidsdelingen som har utviklet seg med legeforeningen tungt inne med tilrådinger til Nasjonalt råd om hvor stor del av utdanningen som kan skje ved den enkelte institusjon.

### **4.2.4 Gjennomføring og kvalitetssikring av spesialistutdanningen, prognoser og effektivisering**

Mange mener nasjonalt råd har hatt betydning som forum for åpne drøftelser av spesialistutdanningens organisering og innhold, men at de regionale helseforetakenes innrapporteringsrutiner for nye stillinger ikke er gode nok. Rapporteringssystemet har dessuten vært sårbart på grunn av avhengighet av enkeltpersoner i sekretariatet. De fleste mener det fortsatt er behov for en oversikt over legemarkedet. Det pekes på at det er gjort for lite arbeid på nasjonale analyser og perspektivanalyser (for eksempel aldersfordelingen av legene), tilgang, avgang og fordeling av legespesialister.

Blant rådets medlemmer er det uenighet om utdanningsstrukturen i dag er riktig.

Ingen mener Nasjonalt råd sin virksomhet har ført til en mer effektiv spesialistutdanning.

Flere av rådets medlemmer mener imidlertid rådet har påvirket kvaliteten i spesialistutdanningen ved at samfunnsinteresser brynes mot faglige interesser.

#### 4.2.5 Universitetenes rolle

Det er usikkerhet om universitetenes rolle i spesialistutdanningen, selv om mange sier dette er et viktig spørsmål. Universitetsrepresentantene selv mener rollen burde styrkes. Ett regionalt helseforetak viser til gode erfaringer med å legge mer ansvar på universitetene.

#### 4.2.6 Sekretariatsfunksjonen

Flere peker på et prinsipielt problem med mulighet for sammenblanding av roller når alle medarbeidere i rådets sekretariat samtidig fremmer innstillinger for rådet og deretter utformer direktoratets vurderinger og råd til departementet. Noen mener sekretariatet kan ha en tendens til å legge noe stor vekt på å oppnå konsensusvedtak.

### 4.3. Synspunkter på en framtidig ordning/ hvilke alternativer foreligger?

#### *Legefordeling*

Det er overveiende støtte for at det ikke lenger er behov for samme strenge styring av legemarkedet/faste stillinger i spesialisthelsetjenesten. Flere er imidlertid bekymret for at en deregulering vil kunne føre til for lite oppmerksomhet fra de regionale helseforetakene når det gjelder utdanning, og faren for manglende interesse for å opprettholde utdanningskapasiteten av legespesialister. Midlertidige stillinger er i følge disse fortsatt nødvendig for å sikre utdanningskapasiteten. En helseregion tar til orde for en forholdstallstenkning (mellom spesialist- og utdanningsstillinger) som regionene rapporterer inn om, og mulighet for de regionale helseforetakene til å pålegge helseforetak å opprette utdanningsstillinger. Flere understreker at sentraliseringstendensene og nedprioriteringen av enkeltfag må stanses. Manglende innrapportering bør ifølge ett av medlemmene få konsekvenser. En annen spør om slike krav ikke kan stilles i styringsdokumentet til de regionale helseforetakene. Noen ønsker et nasjonalt rapporteringssystem for å overvåke en riktig fordeling. Noen av rådets medlemmer mener en eventuell regulering av nyansettelser bør overlates arbeidsgiver, andre mener fortsatt regulering er nødvendig for å unngå sentral overetablering.

De fleste peker på problemet med å bestemme behovet for framtidig etterspørsel av legespesialister, og mener rådet ikke har levd opp til forventningene. Det har også vært understreket at Nasjonalt råd ikke kan eller skal være proaktivt på dette området.

#### *Spesialistutdanning*

De fleste synes å mene at et framtidig råd bør konsentrere seg om utdanningsspørsmål i tillegg til analyser av tilgang på/etterspørsel av legespesialister.

### *Omfang*

Flere sier arbeidet i et eventuelt framtidig råd bør rasjonaliseres, og en mener at ett møte i året kan være nok.

## **5. Løsningene i Sverige og Danmark**

Arbeidsgruppen har hatt møter med Socialstyrelsen i Sverige og Sundhedsstyrelsen i Danmark. Beskrivelsen nedenfor er basert på møter med disse og dokumenter arbeidsgruppen har mottatt.

### **5.1 Sverige**

Forholdene i Sverige når det gjelder legemarkedet og spesialisutdanning av leger er et resultat av beslutninger i Riksdagen tidlig på 90-tallet. Bestemmelsene trådte i kraft fra 1992 og hadde tre hovedformål:

- en avregulering av legemarkedet
- større fleksibilitet i spesialistutdanningen av leger
- innføring av normer for utdanningenes varighet og ansettelsesforhold

#### *Legemarkedet*

Hvert år opptas 1100 studenter på medisinstudiet i Sverige. Ca. 850 – 900 fullfører studiet og påbegynner turnustjenesten. I tillegg tar mange svenske ungdommer medisinstudiet i utlandet (*"utlandet er det nest største medisinske fakultetet"*). Det er ingen nasjonal fordeling av turnusleger og de medisinske kandidater må selv søke turnusplass i landstingene. Oversikter i Socialstyrelsen viser at det er en regional ubalanse i legemarkedet, og landstingene utenom Stockholm, Västra Götaland og Skåne har problemer med å rekruttere leger.

I Sverige er det landstingene (tilsvarende fylkeskommunene) som har ansvar for både allmennlegetjenesten (distriktslækartjenesten) og spesialisthelsetjenesten. Det er ingen statlig regulering av legemarkedet på nasjonalt nivå. Det er opp til det enkelte landsting å etablere det antall allmennlegehjemler og legehjemler i spesialisthelsetjenesten som anses nødvendig. Legehjemlene i sykehus omfatter både tidsbegrensede hjemler for leger under spesialistutdanning og faste hjemler for ferdigutdannede spesialister.

#### *Spesialistutdanningen av leger*

Spesialistutdanningen av leger har vært offentligrettslig regulert siden 1960. En utredning fra 1985 resulterte i store endringer av både spesialistutdanningen og av spesialiststrukturen. Endringene ble gjennomført over en periode fra 1992 til 1999.

Formålene med endringene har vært å skape større grad av fleksibilitet i utdanningen slik at målene i utdanningene kunne oppnås på ulike måter avhengig av lokale forhold. Over en 7-års periode ble spesialistutdanningene endret fra å være detalj- og regelstyrt

til å bli målstyrt. Det var også en ambisjon å redusere antall spesialiteter. Resultatet ble derimot en økning fra 44 til 60 spesialiteter.

For hver spesialitet finnes en målbeskrivelse som er fastsatt av Socialstyrelsen. Socialstyrelsen har presentert en ny modell for målbeskrivelse. I forslaget foreslås kompetansekrav til hhv medisinsk kompetanse, kompetanse i ledelse, kommunikasjon og medisinsk vitenskap og kvalitetsarbeid. Minimumstiden for utdanningen er 5 år. Majoriteten av kandidatene har en utdanningstid på 6,5 til 7,5 år. Det er virksomhetens ledelse som har ansvar for kvalitetskontrollen av spesialistutdanningen, og som skal dokumentere at spesialistutdanningens mål er oppfylt for den enkelte kandidat. Socialstyrelsen gir spesialistgodkjenning basert på tilsendt dokumentasjon.

Landstingene har ansvar for å finansiere spesialistutdanningsstillingene og for utdanning av veiledere for utdanningskandidatene. Det er i tillegg stor grad av frivillig deltagelse fra legenes interesseorganisasjoner i kvalitetssikringen av spesialistutdanningen. En viktig innsats i denne sammenheng er det program for kvalitetssikring av utdanningen som utføres gjennom inspeksjoner av utdanningsenhetene. Dette ble innført permanent fra 1993 gjennom opprettelsen av Sveriges läkarförbunds og Svenska Läkaresällskapets stiftelse for utdanningskvalitet (den såkalte SPUR-stiftelsen). Stiftelsen tilbyr inspeksjoner mot en avgift på 10 000 – 15 000 SEK som dekker de faktiske kostnader. Inspeksjonene er frivillige og bekostes av den enhet som bestiller inspeksjonen. Resultatet av inspeksjonene publiseres i Läkartidningen og på forbundets hjemmeside. Siden starten har ca. 1000 enheter innen 35 spesialiteter blitt inspisert.

Når det gjelder videre- og etterutdanning av leger har Landstingsförbundet, Svenska Läkaresällskapet og Sveriges läkarförbund i samarbeid etablert et institutt benevnt som IPULS. Instituttet har i oppdrag av de nevnte eiere å initiere, kvalitetsgranske, samordne og markedsføre videre- og etterutdanning av leger. Ansvar for kurser som er obligatoriske i spesialistutdanningen av leger ble høsten 2002 overført fra Socialstyrelsen til IPULS.

Det er etablert et partssammensatt nasjonalt råd for utdanning av legespesialister, som er rådgivende for Socialstyrelsen. I rådet sitter representanter for Socialstyrelsen, Svenska Läkaresällskapet, Sveriges läkarförbund, landsting og de private vårdgivare. Rådets formål er å fordype statens og de øvrige partenes engasjement i kvalitetsaspektene i spesialistutdanningen. Socialstyrelsen skal samrå seg med rådet knyttet til målbeskrivelsene for spesialistutdanningene, være støtte til landstingene for å oppnå høy kvalitet i spesialistutdanningen, fremme utdanningen av veiledere, støtte studierektorfunksjonene, følge opp kvaliteten i spesialistutdanningen og beslutninger om de medisinske spesialiteter.

## 5.2. Danmark

### *Legemarkedet*

Amtene (tilsvarende fylkeskommunene) har ansvar for så vel allmennlegetjenesten (fastlegeordning) som for spesialisthelsetjenesten. Det er krav om spesialitet i allmennmedisin for å få fastlegehjemmel.

Det finnes ingen statlig regulering av det samlede legemarkedet. Årlig opptas ca. 1150 studenter til medisinstudiet. Ca. 850 fullfører studiet. Spesialistutdanningen består av turnustjenesten (18 mndr hvorav 6 mndr i allmennlegetjenesten), et introduksjonsår (1 år) og hovedutdanning.

Sundhedsstyrelsen fastsetter hvor mange turnusplasser og utdanningsstillinger det skal være i hver region. Fordelingen av utdanningsstillinger på de enkelte sykehus foretas på regionsnivå (3 regioner i landet).

### *Spesialistutdanningen av leger*

I løpet av de siste 5-6 år har spesialistutdanningen av leger gjennomgått betydelige endringer. Hovedformålet med endringene har vært å overføre mer ansvar til regionene, styre utdanningen etter målbeskrivelser (fremfor tidsstyring) og innføre evalueringssløyfer som sentrale elementer i læringsprosessen. Utdanningen er regulert i forskrift, som regulerer ansvar og oppgaver for hhv Sundhedsstyrelsen, amtsregionene og den enkelte avdeling/sykehus.

Sundhedsstyrelsen godkjenner målbeskrivelser for de enkelte spesialiteter, som angir den teoretiske og praktisk-kliniske kompetanse som kreves for å bli godkjent spesialist. Det er også Sundhedsstyrelsen som gir spesialistgodkjenning.

I hver region (3) er det etablert et råd som godkjenner utdanningsprogrammer som beskriver hvordan kompetansekravene kan oppnås konkret, og som vedtar den praktiske tilrettelegging. Ansettelsesstedet og den enkelte spesialistkandidat utarbeider en individuell utdanningsplan innen det fastsatte program. De aller fleste spesialistutdanninger forutsettes å ha en varighet på 5 år ut over turnustjenesten, med unntak av de indremedisinske og de kirurgiske spesialiteter som har varighet på 6 år. Det er tilsammen 37 spesialiteter.

På nasjonalt nivå er det opprettet et partssammensatt nasjonalt råd som er rådgivende organ for sundhedsministeren og for Sundhedsstyrelsen i alle forhold vedrørende spesialistutdanningen av leger på overordnet og på prinsipielt nivå. Rådets virksomhet er regulert i forskrift. Rådet avgir gjennom Sundhedsstyrelsen en innstilling til sundhedsministeren om hvilke deler av legevirkksomheten som bør ha spesialistgodkjenning, og om opprettelse og nedlegging av spesialiteter. Rådet gir også Sundhedsstyrelsen råd bl.a. om endringer i utdanningenes lengde og innhold, prinsipielle spørsmål vedrørende målbeskrivelser, utdanningsprogrammer og

evaluering. Videre gir rådet råd angående dimensjoneringen av videreutdanningsplasser basert på blant annet prognoser. Under rådet er det oppnevnt et forretningsutvalg, et utvalg for bedømmelse av utdanningen og et utvalg for prognose og dimensjonering. Sundhedsstyrelsen ivaretar sekretariatsfunksjonen.

Amtskommunene (tilsvarende fylkeskommunene) er i forskrift gitt ansvar for å nedsette regionale videreutdanningsråd med representanter fra berørte parter. Formålet med de regionale videreutdanningsrådene er å sikre kvalitet i utdanningen, sikre bruk av relevante pedagogiske metoder, sikre smidig håndtering av den enkeltes utdanningsforløp og foreta en løpende tilpasning av utdanningskapasiteten.

### **5.3 Arbeidsgruppens vurdering**

Gjennomgangen av ordningene med legeregulering og spesialistutdanning av leger viser store forskjeller mellom de tre nordiske land.

Norge har en stram nasjonal styring av det samlede legemarkedet, og forvaltningsansvaret for allmennlegetjenesten og spesialisthelsetjenesten er fordelt på hhv primærkommunene og staten. I både Sverige og Danmark er forvaltningsansvaret for begge tjenestenivåer samlet på hhv landstings- og amtskommunenivå (begge tilsvarende fylkeskommuner – i Danmark er det vedtatt en regionalisering av tjenestene). Sverige har ingen statlig regulering av markedet (med unntak av antall turnusplasser), mens i Danmark er antall turnusplasser og utdanningsstillinger regulert av Sundhedsstyrelsen.

Når det gjelder spesialistutdanningen av leger er det også store forskjeller. Både Sverige og Danmark har hentet ideen om et partssammensatt nasjonalt råd for spesialistutdanning fra Norge. Regulering av rådene, rådenes formål, sammensetning og oppgaver varierer. Begge nabolandene har meget god erfaring med rådene. I Danmark er det også etablert råd på regionsnivå, regulert i egen forskrift.

De største forskjellene mellom Norge på den ene siden og Sverige/Danmark på den annen side er knyttet til ansvar, oppgaver og styring av spesialistutdanningen. Både Sverige og Danmark har lagt betydelig vekt på desentralisering av ansvar og oppgaver til landstings-/regionsnivå. Dessuten er det lagt stor vekt på innføring av målstyring av utdanningene og systematiske evalueringer og kvalitetskontroller av utdanningsstedet samt løpende oppfølging overfor den enkelte kandidat.

Både Socialstyrelsen og Sundhedsstyrelsen opplyser at innføringen av målstyring fremfor tidsstyring av spesialistutdanningene har gitt sykehusene og dets eiere en mye større fleksibilitet når det gjelder gjennomføring av nødvendige endringer av funksjonsfordeling mellom sykehus og endringer i selve pasientbehandlinger som kan utføres poliklinisk.

## **6. Arbeidsgruppens vurderinger og konklusjoner**

Når det gjelder vurderingen av NRs virksomhet til nå, viser arbeidsgruppen til kap.3.1 og har ingen tilføyelser til dette. Arbeidsgruppen har i hovedsak konsentrert sine vurderinger om framtidige reguleringsspørsmål.

### **6.1 Framtidig behov for regulering av legemarkedet**

Som omtalt foran i pkt 2.1 var innføringen av den statlige reguleringen av legemarkedet fra 1999 begrunnet i behovet for å ha kontroll med veksten av legehjemler i spesialisthelsetjenesten. Det var også et ønske om å øke utdanningskapasiteten og effektivisere utdanningen. Dette skulle blant annet bidra til å sikre nødvendig tilgang på legehjemler og leger til allmennlegetjenesten, noe som var av stor betydning i forbindelse med den kommende innføringen av fastlegeordningen. Ved utgangen av 1998 var det 219 ledige legehjemler i allmennlegetjenesten og 765 ledige stillinger i spesialisthelsetjenesten.

Tilgangen på leger har økt betydelig fra utgangen av 1998 og frem til utgangen av 2004. Som følge av økt utdanningskapasitet av leger i Norge og stor økning av antall norsk ungdom som studerer medisin i utlandet, er det årlige antall autoriserte leger med norsk statsborgerskap økt fra ca 310 til ca. 750 per år. I tillegg søker mange utenlandske leger norsk autorisasjon hvert år.

I denne perioden er spesialisthelsetjenesten av departementet blitt tildelt fra 80 til 120 nye legehjemler hvert år. I forbindelse med innføringen av fastlegeordningen fra 01.06.01 ble allmennlegetjenesten tildelt 55 legehjemler i 1999, 278 i 2000 og 33 i 2001. Etter innføringen er kommunene tildelt 28 legehjemler i 2002 og 37 i 2003. De aller fleste søknader innvilges.

#### **6.1.1. Regulering av stillinger i kommunehelsetjenesten**

Behovet for overvåkning av allmennlegemarkedet er i hovedsak ivaretatt gjennom trygdeetatens fastlegeregister. Samtlige legehjemler og navn på fastleger er til enhver tid registrert i dette registeret. Omfanget av legeressurser til det offentlige legearbeid i kommunene (allmennmedisin og samfunnsmedisin) registreres årlig gjennom kommune-KOSTRA forvaltet av SSB. Det er den enkelte kommune som løpende skal vurdere behovet for fastleggehjemler og for legeressurser til det offentlige legearbeid. Når en legehjemmel er utlyst og besatt, meldes legens navn og det listetak vedkommende skal ha til trygdeetatens fastlegeregister.

Behovet for en statlig regulering av allmennlegemarkedet med søknadsprosedyre fra kommune til Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling synes nå overflødig. Kommunene må opprette antall hjemler som er nødvendige for å ivareta innbyggernes rettigheter i fastlegeordningen og for å dekke behovet for nødvendig legehjelp forøvrig. Det må derfor være tilstrekkelig at kommunene selv avgjør opprettelse av nye legehjemler. Nye hjemler med listestørrelse blir uansett meldt til

fastlegeregisteret. Kommunene slipper dermed også det administrative merarbeid med søknadsprosedyrer mm, og ressurser spares hos både fylkesmannsembetene og i sekretariatet til Nasjonalt råd.

Arbeidsgruppen foreslår derfor at den statlige regulering av allmennlegemarkedet opphører.

### **6.1.2. Regulering av stillinger i spesialisthelsetjenesten**

Nasjonalt råd for legespesialistutdanning og legefordeling anbefaler i dag hvor mange overlegestillinger og utdanningsstillinger for legespesialister som bør opprettes innenfor hver helseregion. Tilgangen på leger er i ferd med å bli vesentlig bedre pga økt utdanningskapasitet, se avsnitt 6.1. Etter den statlige overtakelsen av landets sykehus har departementet også adgang til å regulere opprettingen av nye stillinger som eier, dersom det skulle vise seg nødvendig for å sikre god geografisk fordeling av legespesialister. Arbeidsgruppen mener derfor at et framtidig nasjonalt råd ikke bør ha som del av sitt mandat å gi råd om regulering av stillinger for overleger i sykehus.

Når det gjelder oppretting og fordeling av utdanningsstillinger er det etter arbeidsgruppens vurdering hensyn som taler for å opprettholde en viss regulering også de nærmeste årene. Tilgangen på søkere til de ulike medisinske spesialitetene er fortsatt ujevn. Enkelte medisinske spesialiteter synes stadig å være sårbare mht tilgang og fordeling mellom regionene. De enkelte helseforetakene kan ikke forventes å ta ansvar for at det til enhver tid er et tilstrekkelig antall utdanningsstillinger som sikrer hele landet tilstrekkelig dekning og framtidig tilgang på legespesialister. Arbeidsgruppen mener derfor at staten bør ta et overordnet ansvar for at det til enhver tid er et tilstrekkelig antall utdanningsstillinger i spesialisthelsetjenesten for å sikre framtidig behov for legespesialister i alle regioner. Nasjonalt råd bør fortsatt ha en rådgivende funksjon i å utarbeide prognoser over behovet for framtidige spesialister, overvåke at antallet opprettede utdanningsstillinger opprettholdes, og gi råd om hvor mange nye utdanningsstillinger som bør opprettes årlig for å sikre riktig framtidig tilgang på spesialister.

## **6.2 Framtidig nasjonal styring med spesialistutdanningen av leger**

Gjeldende forskrift om spesialistutdanning av leger beskriver hvordan helsemyndighetene fastsetter struktur på spesialistutdanningen, utdanningens innhold og omfang, hvilke spesialiteter som skal forefinnes og kravene til den enkelte spesialist som kan godkjennes. Arbeidsgruppen mener det er riktig at disse oppgavene tilligger nasjonale helsemyndigheter også i framtiden, og at retningslinjer for dette bør framgå av nevnte forskrift.



I dag er deler av disse oppgavene delegert til Sosial- og helsedirektoratet, mens en del ligger til departementet. Arbeidsgruppen vil tilrå at Sosial- og helsedirektoratet delegeres myndighet til å fastsette rammer, mål og innhold i legespesialistutdanningen, samt fastsette hvilke spesialiteter som kan godkjennes og hvilke krav som må tilfredsstilles for at den enkelte spesialist kan få godkjenning (spesialitetsreglene). Saker av vesentlig samfunnsmessig betydning, eller som har budsjettmessige konsekvenser, må forelegges departementet. Forskriften foreslås revidert i samsvar med dette.

Spørsmål knyttet til rammer for, innhold i og gjennomføring av legespesialistutdanningen har stor betydning for organiseringen av spesialisthelsetjenesten, kvaliteten på behandlingstilbudet og effekten av de helsetjenester vi tilbyr befolkningen. Arbeidsgruppen mener derfor at vesentlige spørsmål knyttet til organiseringen av og innholdet i utdanningen av legespesialister bør drøftes med berørte parter, som kan gi råd til den aktuelle myndighet. Arbeidsgruppen vil derfor anbefale at Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger opprettholdes som et råd tillagt Sosial- og helsedirektoratet. Rådet bør så vidt mulig reduseres i antall medlemmer, men slik at det er sammensatt av representanter fra regionale helseforetak, universitetene, bruker/pasientforeninger, og Den norske lægeforening. Rådet og dets mandat foreslås fortsatt hjemlet i forskrift.

Arbeidsgruppen vil anbefale at Sosial- og helsedirektoratet med bistand fra rådet får i oppdrag å revidere opplegget for legespesialistutdanningene og kravene til utdanningene. Dagens utdanningsplaner er i stor grad basert på gjennomført tjeneste ved spesifiserte institusjoner/avdelinger som er godkjent som utdanningssted for den enkelte spesialitet, og på antall gjennomførte kurs. Arbeidsgruppen mener norske utdanningsplaner for legespesialister i større grad bør være mål- og resultatbaserte, slik at gjennomføring kan evalueres ut fra utbytte og faktisk ervervet kompetanse før den enkelte blir godkjent som legespesialist. Vi viser til de endringene i mål og innholdsbeskrivelser for legespesialistutdanningen som er gjennomført i Sverige og Danmark, se pkt. 5. Erfaringene fra nabolandene viser at slike utdanningsmodeller gir større fleksibilitet for eierne i spesialisthelsetjenesten ved organisering og gjennomføring av nødvendige funksjonsendringer.

Sosial- og helsedirektoratet bør ha ansvaret for å drifte den nasjonale databasen som inneholder oversikt over antall og type legespesialiststillinger i sykehus. Regionale helseforetak må også i framtiden rapportere nødvendig informasjon til direktoratet.

### **6.3 Godkjenning av utdanningsinstitusjoner**

Arbeidsgruppen mener i utgangspunktet at myndighetsansvaret for å godkjenne utdanningsinstitusjoner bør ligge i direktoratet. Det bør samtidig diskuteres om satsningen på målstyring tilsier at vi i det hele tatt bør opprettholde en sentral godkjenningsordning for utdanningsinstitusjoner. Inntil ny beslutning tas, må imidlertid direktoratet fortsatt stå for godkjenningen. Dersom myndigheten skulle bli delegert til

de regionale helseforetakene, måtte det etableres et system for evaluering og kvalitetskontroll.

*Konklusjon:* Sosial- og helsedirektoratet godkjenner utdanningsinstitusjoner etter forslag fra de regionale helseforetakene. Direktoratet må utarbeide kravsspesifikasjoner som grunnlag for de regionale helseforetakenes forslag.

#### **6.4 Hvem skal godkjenne den enkelte spesialist?**

Godkjenning av den enkelte legespesialist er i forskrift delegert Den norske lægeforening. Delegering av godkjenningsmyndighet til en yrkesorganisasjon er å anse som en form for egenregulering. Det er arbeidsgruppens oppfatning at godkjenningen av den enkelte spesialist prinsipielt er et myndighetsansvar og således bør tilligge et offentlig myndighetsorgan på samme måte som godkjenning av helsepersonell etter lov om helsepersonell (lisens og autorisasjon). Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH) vil dermed være det aktuelle godkjenningsorgan.

Egenreguleringen har det fortrinn at legeforeningen og dens spesialforeninger har særlig god og tilgjengelig kunnskap over eget fagfelt og kan utøve en disiplin over egne medlemmer. Det er imidlertid flere motargumenter. Særlig viktig er at praksisen reiser spørsmål knyttet til *tredjeparters oppfatninger om faren for rollekonflikt* (integritetsproblemer, habilitetsspørsmål). Brukerne bør kunne forvente at en slik myndighet tilligger et myndighetsorgan.

*Konklusjon:* Endringer av systemet med myndighetsgodkjenning av den enkelte spesialist bør forberedes parallelt med et nytt utdanningssystem, jf. kap. 6.2.

#### **6.5 Oppsummering og administrative konsekvenser**

Arbeidsgruppen mener at opprettelsen av Nasjonalt råd og den strukturen som ble lagt for over fem år siden har gitt en del resultater, men rådets virksomhet må nå tilpasses ny tid og nye rammebetingelser.

Arbeidsgruppen foreslår å gjøre følgende forenklinger i dagens system for legefordeling og spesialistutdanning:

- Helse- og omsorgsdepartementet delegerer hele ansvaret for å videreutvikle/oppdatere regelverket for spesialistutdanning av leger til Sosial- og helsedirektoratet.
- Direktoratet oppretter i den sammenheng et rådgivende fagorgan med utgangspunkt i Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling. Rådets størrelse tilpasses signalene i St. meld nr. 15 (2002-2003).

- Rådet skal overfor direktoratet foreslå endringer i/videreutvikling av legespesialistreglene, med vekt på målbeskrivelser. Prinsipielle saker forelegges departementet.
- Godkjenningsordningen for nye legehjemler forenkles. Godkjenning av stillingshjemler i allmennlegetjenesten opphører. Nasjonalt råd vil ikke lenger ha noen oppgave ved opprettelse av stillinger for overordnede leger i spesialisthelsetjenesten.
- For å sikre framtidig rekruttering av legespesialister pålegger departementet i bestillerdokumentet de regionale helseforetakene å ha et visst antall utdanningsstillinger fordelt på spesialiteter. Regionale helseforetaks rolle i gjennomføring av utdanningen klargjøres.
- Sosial- og helsedirektoratet sørger for overvåking av legemarkedet og utarbeider prognoser for framtidig etterspørsel.
- Departementet delegerer ansvaret for kvalitetssikring av spesialistutdanningen til Sosial- og helsedirektoratet, som sammen med legeforeningen og RHF utvikler en revisjonsordning for overvåking av kvaliteten i spesialistutdanningen.
- På grunnlag av målbeskrivelser for spesialistutdanningen godkjenner Sosial- og helsedirektoratet utdanningsinstitusjoner etter forslag fra de regionale helseforetakene. Direktoratet må utarbeide kravspesifikasjoner som grunnlag for de regionale helseforetakenes forslag.
- Endringer av systemet med myndighetsgodkjenning av den enkelte spesialist bør forberedes parallelt med et nytt utdanningssystem. Ansvaret for å godkjenne den enkelte legespesialist legges til SAFH.