



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Ot.prp. nr. 83

(2008–2009)

Om lov om endringer i helsepersonelloven

(opphevelse av adgangen til å delegere spesialist-
godkjenningsmyndighet til private yrkesorganisasjoner)

Innhold

1	Proposisjonens hovedinnhold ...	5	4.7	Helsedirektoratets råd for spesialistutdanning av tannleger	18
2	Bakgrunnen for lovforslaget	6			
2.1	Dagens ordning	6	5	Regulering og organisering i andre land	19
2.2	Helse- og omsorgsdepartementets høringsnotat	6	5.1	Danmark	19
2.3	Høringen	6	5.2	Sverige	19
			5.3	Finland	20
3	Gjeldende rett	10	5.4	Island	20
3.1	Innledning	10	5.5	Oppsummering	20
3.2	Helsepersonelloven	10			
3.3	Spesialistgodkjenningsforskriften med tilhørende retningslinjer	10	6	Departementets vurdering og forslag	21
3.4	Spesialisthelsetjenesteloven	11	6.1	Gjeldende rett	21
3.5	Kommunehelsetjenesteloven	11	6.2	Nærmere om forslaget i hørings- notatet	21
3.6	Tannhelsetjenesteloven	11	6.3	Høringen	22
4	Omfang, organisering og finansiering av dagens spesialistgodkjenningsordning	12	6.4	Departementets vurderinger og forslag	28
4.1	Innledning	12	6.5	Videre arbeid på feltet	31
4.2	Optikere	13	6.5.1	Innledning	31
4.2.1	Innledning	13	6.5.2	Organisering av spesialistgodkjenningsarbeidet og fremtidig saksbehandling av søk- nader om spesialistgodkjenning	31
4.2.2	Vilkår for å få spesialistgodkjenning	13			
4.2.3	Omfang og organisering	13	6.5.3	Gjennomgang av spesialist- utdanningsfeltet og spesialistgod- kjenningsforskriften	32
4.2.4	Finansiering	13	6.5.4	Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling	33
4.3	Tannleger	13			
4.3.1	Innledning	13	7	Økonomiske og administrative konsekvenser	34
4.3.2	Vilkår for å få spesialistgodkjenning	13	7.1	Innledning	34
4.3.3	Omfang og organisering	13	7.2	Optikere	34
4.3.4	Finansiering	14	7.3	Tannleger	34
4.4	Leger	14	7.4	Leger	34
4.4.1	Innledning	14			
4.4.2	Vilkår for å få spesialistgodkjenning	14	8	Merknader til lovendringene	36
4.4.3	Omfang og organisering	15			
4.4.4	Finansiering	15			
4.5	Nærmere om Legeforeningens rolle	16			
4.6	Nasjonalt råd for spesialistut- danning av leger og legefördeling	16			
4.6.1	Bakgrunn	16			
4.6.2	Mandat	17			
4.6.3	Evaluerings av Nasjonalt råd	17			
				Forslag til lov om endringer i helsepersonelloven	37



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Ot.prp. nr. 83

(2008–2009)

Om lov om endringer i helsepersonelloven

(opphevelse av adgangen til å delegere
spesialistgodkjenningsmyndighet til private
yrkesorganisasjoner)

*Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet av 8. mai 2009,
godkjent i statsråd samme dag.
(Regjeringen Stoltenberg II)*

1 Proposisjonens hovedinnhold

Helse- og omsorgsdepartementet legger med dette fram forslag om endringer i lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). I proposisjonen foreslår departementet å endre helsepersonelloven § 53 slik at Helsedirektoratets adgang til å delegere godkjenningsmyndighet til private yrkesorganisasjoner når det gjelder offentlig spesialistgodkjenning av helsepersonell, opphører.

Hensikten med lovendringsforslaget er å sørge for at myndighetsutøvelse på dette feltet tydeliggjøres og legges til offentlige helsemyndigheter, der staten har en overordnet styring av administrativ, økonomisk, samfunnsmessig og helsefaglig art. Dette er også i samsvar med ordningen i de andre nordiske landene.

2 Bakgrunnen for lovforslaget

2.1 Dagens ordning

Helsepersonelloven § 53 første ledd siste punktum gir Sosial- og helsedirektoratet (fra 1.april 2008 endret Sosial- og helsedirektoratet navn til Helsedirektoratet) adgang til å delegere myndighet til å gi spesialistgodkjenning til private yrkesorganisasjoner. Helsedirektoratet har delegert slik myndighet til yrkesorganisasjonene for leger (Den norske legeforening), tannleger (Den norske tannlegeforening) og optikere (Norges Optikerforbund). I forskrift 21. desember 2000 nr. 1384 om spesialistgodkjenning av helsepersonell, er det gitt nærmere regler om spesialistgodkjenning for disse tre helsepersonellgruppene.

For vedtak om å gi blant annet spesialistgodkjenning til helsepersonell, er det i helsepersonelloven § 68 fastsatt at klageinstans for disse vedtakene er Statens helsepersonellnemnd.

I proposisjonens kapittel 3 og kapittel 4 er det redegjort nærmere for gjeldende regelverk, samt omfang, organisering og finansiering av dagens spesialistgodkjenningsordning.

2.2 Helse- og omsorgsdepartementets høringsnotat

I høringsnotatet av 23. januar 2009 påpekte departementet flere forhold som tilsa behov for en gjennomgang av organiseringen av spesialistutdanningen for de tre helsepersonellgruppene som har offentlig spesialistutdanning, og da særlig når det gjaldt organiseringen av spesialistutdanningen for leger.

Departementet viste blant annet til at befolkningssammensetning, befolkningens sykdomsmønster, medisinskteknologiske endringer og organisatoriske endringer kan medføre endret behov for kompetanse.

Departementet uttalte videre at helsemyndighetene i sterkere grad ønsker styring med samhandlingen mellom det offentlige og de private yrkesorganisasjonene når det skal tenkes nytt i forhold til spesialistgodkjenning av helsepersonell. Dette gjelder både med hensyn til å oppheve

adgangen for Helsedirektoratet til å delegere godkjenningsmyndighet til private yrkesorganisasjoner, og med hensyn til å foreta en bred gjennomgang av organiseringen av spesialistutdanningen. Når det gjaldt en eventuell innføring av spesialistutdanning og spesialistgodkjenning/dobbeltautorisasjon for andre autoriserte helsepersonellgrupper, uttalte departementet at det ville bli foretatt en egen gjennomgang av dette på et senere tidspunkt.

Departementet påpekte også at den norske godkjenningsordningen av spesialister medfører at yrkesorganisasjonene for leger, tannleger og optikere er gitt myndighet som i andre nordiske land ligger i den sentrale helseforvaltningen. I notatet uttalte departementet at denne formen for myndighetsutøvelse burde legges til helsemyndighetene også i Norge.

Departementet foreslo derfor å fjerne delegasjonsadgangen i helsepersonelloven § 53 første ledd og å legge oppgaven med godkjenning av spesialister til sentrale helsemyndigheter.

I proposisjonens punkt 6.2 er det redegjort nærmere for høringsnotatets innhold.

2.3 Høringen

Høringsnotatet ble 23. januar 2009 sendt på høring med 6 ukers høringsfrist til følgende instanser:

Departementene
Landets fylkeskommuner
Landets fylkesmenn / Sysselmannen på Svalbard
Landets kommuner
Sametinget

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet
Barneombudet
Bioteknologinemnda
Datatilsynet
Domstolsadministrasjonen
Forbrukerombudet
Helsedirektoratet
Helsetilsynet i fylkene
Klagenemnda for behandling i utlandet
Konkurransetilsynet

Kreftregisteret	Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Sør-Norge
Likestillings- og diskrimineringsombudet	Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Vest-Norge
Mattilsynet	Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Øst-Norge
Nasjonalt folkehelseinstitutt	Akademikerne
Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	Apotekforeningen
Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling	Bioingeniørfaglig institutt (BFI), NITO
NOKUT	Den Norske Advokatforening
Norges forskningsråd	Den norske Dommerforening
Norsk Pasientskadeerstatning	Den Norske Jordmorforening
Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste	Den norske legeforening
Norsk sykehus- og helsetjenesteforening	Den norske tannlegeforening
Pasientskadenemnda	Fagforbundet
Personvernemnda	Farmasi Forbundet
Politidirektoratet	Fellesorganisasjonen
Regjeringsadvokaten	Finansforbundet
Riksadvokaten	Finansnæringens Hovedorganisasjon
Riksrevisjonen	Handels- og Servicenæringens Hovedorganisasjon
SINTEF Helse	Kliniske ernæringsfysiologers forening
Statens autorisasjonskontor for helsepersonell	Kommunenes Sentralforbund
Statens helsepersonellnemnd	Landsorganisasjonen i Norge
Statens helsetilsyn	Legeforeningens forskningsinstitutt
Statens legemiddelverk	Legemiddelindustriforeningen
Statens råd for likestilling av funksjonshemmede	Nettverket for Private helsevirksomheter
Statens seniorråd	Norges Farmaceutiske Forening
Statens strålevern	Norges Juristforbund
Statsadvokatembetene	Norges Optikerforbund
Stortingets ombudsmann for forvaltningen	Norges Tannteknikerforbund
Teknologirådet	Norsk audiografforbund
Aleris Helse	Norsk Ergoterapeutforbund
Først medisinske laboratorium AS	Norsk Forskerforbund
Landets distriktpsykiatriske sentra	Norsk Fysioterapeutforbund
Landets helseforetak	Norsk Helse- og Sosiallederlag
Landets regionale helseforetak	Norsk Helsesekretærforbund
Volvat Medisinske Senter AS	Norsk Kiropraktikerforening
De regionale kompetansesentre for rusmiddel-spørsmål	Norsk Logopedlag
Forskningsstiftelsen FAFO	Norsk Manuellterapeutforening
Haraldsplass diakonale høyskole	Norsk Psykiatrisk Forening
Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin	Norsk Psykologforening
Landets høyskoler (m/helsefaglig utdanning)	Norsk Radiografforbund
Landets universiteter	Norsk Sykepleierforbund
Senter for medisinsk etikk, SME	Norsk Tannpleierforening
Senter for sjeldne sykdommer og diagnosegrupper	Norsk Tjenestemannslag
Tannhelsetjenestens kompetansesenter Nord-Norge	Norske Fotterapeuters Forbund
Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin (NEM)	Norske Ortoptister forening
Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Midt-Norge	Næringslivets Hovedorganisasjon
Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Nord-Norge	PARAT
	PARAT Helse
	PRISY - Privatsykehusenes fellesorganisasjon
	Privatpraktiserende Fysioterapeuters Forbund
	Røntgeninstituttene Fellesorganisasjon
	SABORG – Sammenslutning for alternativ behandlerorganisasjoner

Samfunnsviternes fagforening
SPEKTER
Statstjenestemannsforbundet
UNIO
Universitets- og høyskoleutdannedes forbund
Utdanningsforbundet
Yngre legers forening
Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund

Aurora, Støtteforeningen for mennesker med
psykiatriske helseproblem
Den norske Kreftforening
Forum for Bioteknologi
Funksjonshemmedes fellesorganisasjon
Fylkesrådet for funksjonshemmede
Helse- og sosialombudet i Oslo
Human-Etisk Forbund
Hørselshemmedes Landsforbund
Landets pasientombud
Landsforeningen for Hjerte- og Lungesyke
Mental Helse Norge
Nasjonalforeningen for folkehelsen
Norges Astma- og Allergiforbund
Norges Blindeforbund
Norges Diabetesforbund
Norges Døveforbund
Norges Handikapforbund
Norges Røde Kors
Norsk Pasientforening
Norsk Revmatikerforbund
Redd Barna
Rådet for psykisk helse
Samarbeidsforumet av funksjonshemmedes
organisasjoner

Departementet har mottatt uttalelser fra:

Arbeids- og inkluderingsdepartementet
Barne- og likestillingsdepartementet
Justis- og politidepartementet
Landbruks- og matdepartementet
Miljøverndepartementet
Nærings- og handelsdepartementet
Samferdselsdepartementet
Utenriksdepartementet

Fylkesmannen i Vestfold
Fylkesmannen i Oslo og Akershus

Buskerud fylkeskommune
Hedmark fylkeskommune
Troms fylkeskommune
Vestfold fylkeskommune

Bergen kommune

Holmestrand kommune
Oslo kommune

Barneombudet
Bioteknologinemnda
Datatilsynet
Dispensasjons- og klagenemnda for behandling i
utlandet
Domstolsadministrasjonen
Folkehelseinstituttet
Helsedirektoratet
Likestillings- og diskrimineringsombudet
Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og
legefordeling
Norges Forskningsråd
Politidirektoratet
Riksadvokaten
Riksrevisjonen
Statens autorisasjonskontor for helsepersonell
Statens helsepersonellnemnd
Statens legemiddelverk
Statens seniorråd
Statens strålevern

Akershus universitetssykehus HF
Helse Midt-Norge RHF
Helse Nord RHF
Helse Sør-Øst RHF
Helse Vest RHF
Oslo Universitetssykehus HF, enheten
Rikshospitalet
Sykehuset Asker og Bærum HF
Sykehuset i Vestfold HF
Sykehuset Østfold HF
Sørlandet sykehus HF

Høgskolen i Akershus
Høgskolen i Buskerud
Høgskolen i Molde
Høgskolen i Telemark
Høgskolen i Ålesund
Lovisenberg diakonale høyskole
Nasjonalt råd for helse- og sosialfagutdanning
Norges teknisk-naturvitenskapelig
universitet (NTNU)
Universitetet i Bergen
Universitetet i Oslo
Universitetet i Tromsø

Akademikerne
Arbeidsgiverforening Spekter
Den norske legeforening
Den norske tannlegeforening
Fellesorganisasjonen
Finansnæringens Hovedorganisasjon

Kommunesektorens interesse og arbeidsgiver-organisasjon

Landsorganisasjonen i Norge

Norges Farmaceutiske Forening

Norges Ingeniør- og Teknologorganisasjon

Norges Optikerforbund

Norsk Ergoterapeutforbund

Norsk Fysioterapeutforbund

Norsk Kiropraktorforening

Norsk Manuellterapeutforening

Norsk Psykologforening

Norsk Radiografforbund

Norsk Sykepleierforbund

Næringslivets Hovedorganisasjon

Funksjonshemmedes fellesorganisasjon

Landsforeningen for hjerte- og lungesyke

Norges Astma og Allergiforbund

Norsk Pasientforening

Rådet for psykisk helse

Av disse svarte følgende at de ikke hadde merknader til høringsnotatet eller at de ikke ønsket å avgi realitetsuttalelse til forslagene:

Landbruks- og matdepartementet

Samferdselsdepartementet

Nærings- og handelsdepartementet

Miljøverndepartementet

Arbeids- og inkluderingsdepartementet

Barne- og likestillingsdepartementet

Fylkesmannen i Vestfold

Fylkesmannen i Oslo og Akershus

Barneombudet

Bioteknologinemnda

Datatilsynet

Dispensasjons- og klagenemnda for behandling i utlandet

Domstolsadministrasjonen

Likestillings- og diskrimineringsombudet

Politidirektoratet

Riksadvokaten

Statens legemiddelverk

Statens strålevern

Høgskolen i Akershus

Finansnærings Hovedorganisasjon

Næringslivets Hovedorganisasjon

I proposisjonens punkt 6.3 er det redegjort for konkrete uttalelser fra høringsinstansene.

3 Gjeldende rett

3.1 Innledning

Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) har flere bestemmelser som regulerer offentlig spesialistgodkjenning av helsepersonell. I helsepersonelloven § 51 er departementet gitt hjemmel til å kunne gi forskrift om spesialistgodkjenning av helsepersonell. Bestemmelser om dette er gitt i forskrift 21. desember 2000 nr. 1384 om spesialistgodkjenning av helsepersonell.

Utover bestemmelsene i helsepersonelloven med tilhørende forskrift, er offentlig spesialistgodkjenning av helsepersonell indirekte regulert av bestemmelser i lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m., lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og lov 3. juni 1983 nr. 54 om tannhelsetjenesten.

I det følgende vil de mest relevante bestemmelsene for lovendringsforslaget bli kort beskrevet.

3.2 Helsepersonelloven

Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) § 53 gir myndighet til Sosial- og helsedirektoratet (fra 1. april 2008 endret Sosial- og helsedirektoratet navn til Helsedirektoratet) til å gi autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning til helsepersonell. Dette fremgår av bestemmelsens første ledd første punktum.

I § 53 første ledd siste punktum er Helsedirektoratet gitt adgang til å delegere myndighet til private yrkesorganisasjoner til å gi spesialistgodkjenning til den enkelte spesialist. Som nevnt er dette gjort for de tre helsepersonellgruppene som kan gis offentlig spesialistgodkjenning, nemlig leger, tannleger og optikere.

Helsepersonelloven § 51 gir departementet hjemmel til å gi forskrifter om vilkår for godkjenning av autorisert helsepersonell som spesialister innen en avgrenset del av det helsefaglige området. Slik forskrift omtales nærmere i punkt 3.3.

For vedtak om å gi blant annet spesialistgodkjenning til helsepersonell, er det i § 68 fastsatt at klageinstans for disse vedtakene er Statens helsepersonellnemnd.

Av de 29 helsepersonellgruppene som etter helsepersonelloven § 48 første ledd har rett til autorisasjon, er det som nevnt kun leger, tannleger og optikere som på fastsatte vilkår kan få offentlig spesialistgodkjenning. Det er imidlertid flere andre helsepersonellgrupper som har videre- og etterutdanningstilbud som ikke omfattes av den offentlige spesialistgodkjenningsordningen i henhold til helsepersonelloven §§ 51 og 53. Innholdet i disse tilbudene er dels fastsatt av egen yrkesorganisasjon. Både sykepleiere, psykologer og fysioterapeuter har videreutdanningstilbud og respektive yrkesorganisasjoner gir med bakgrunn i slik videreutdanning bransjegodkjenning. Når det gjelder spesialsykepleiere gir ikke Norsk sykepleierforbund godkjenning for gjennomgått videreutdanning. Videreutdanningene er lagt til høyskoler/universitet og det er disse som gir vitnemål på gjennomført videreutdanning. Innholdet i videreutdanningene som har rammeplaner fastsettes av Kunnskapsdepartementet. I tillegg finnes videreutdanninger som lages av høyskoler/universitet og hvor innholdet fastsettes av disse ut fra ønsket behov fra arbeidsgivere, sykepleiere eller faggrupper.

3.3 Spesialistgodkjenningsforskriften med tilhørende retningslinjer

Forskrift 21. desember 2000 nr. 1384 om spesialistgodkjenning av helsepersonell regulerer godkjenning for personellgruppene optikere, tannleger og leger.

I forskriften § 3 fremgår det at det er departementet som fastsetter hvilke avgrensede deler av medisinske og odontologiske fagområder det kan gis spesialistgodkjenning i. Det fremgår videre at det er departementet som skal fastsette nærmere regler om gjennomføringen av spesialistutdanning av leger og tannleger og om vilkår ved blant annet den gjennomførte utdanningen.

Når departementet utøver myndighet på ovennevnte områder, skal sakene henholdsvis forelegges Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling (Nasjonalt råd) eller Den norske tannlegeforening og de odontologiske læresteder.

dene. Nasjonalt råd innhenter i sin tur uttalelser fra Den norske legeforening.

Når det gjelder optikerne finnes det kun spesialistutdanning for kontaktlinsekompetanse, jf. forskriften § 9.

I spesialistforskriftens § 8 er det gitt overgangsbestemmelser for leger. I overgangsbestemmelsene er det listet opp til sammen 19 ulike retningslinjer som i stor grad er knyttet til krav til tellende tjeneste og kursdeltagelse for spesialistgodkjenning. Helsedirektoratet og Nasjonalt råd benytter dette regelverket i vurdering av saker som gjelder godkjenning av utdanningsinstitusjoner og endring av spesialistregler.

Vilkår for å få godkjenning som spesialist er gitt i spesialistforskriften § 7 og det fremgår her blant annet at spesialistutdanningen må være gjennomført ved godkjent utdanningsinstitusjon (med unntak av spesialitetene allmennmedisin og samfunnsmedisin). For både leger, tannleger og optikere kan helsepersonell med utenlandsk utdanning på det aktuelle spesialistområdet få norsk spesialistgodkjenning dersom fastsatte vilkår er oppfylt, jf. forskriften § 7.

Helsedirektoratet godkjenner institusjoner som skal utdanne leger som spesialister, jf. forskriften § 4. Før vedtak treffes skal saken forelegges Nasjonalt råd til uttalelse. Søknader om godkjenning av utdanningsinstitusjoner sendes også til Legeforeningen for faglig vurdering i tråd med fastsatte retningslinjer godkjent av direktoratet.

Vedtak om godkjenning som spesialist eller avslag på slik søknad kan påklages til Statens helsepersonellnemnd.

3.4 Spesialisthelsetjenesteloven

Lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. har bestemmelser som på en mer indirekte

måte har betydning for spesialistgodkjenning av særlig leger. I § 3-8 pålegges sykehusene å ivareta utdanning av helsepersonell. Dette inkluderer også spesialistutdanning av helsepersonell i den grad det er bestemt at dette skal ligge til det enkelte sykehus og den enkelte avdeling/enhet.

I § 3-10 er sykehusene videre pålagt å sørge for at ansatte gis opplæring, etterutdanning og videreutdanning som er påkrevet for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig.

3.5 Kommunehelsetjenesteloven

Lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene § 1-3a, pålegger kommunene å planlegge, organisere og legge til rette for at helsepersonell kan oppfylle krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift. Denne bestemmelsen har på samme måte som de ovenfor omtalte bestemmelsene om sykehusenes ansvar, betydning for helsepersonells spesialistutdanning der dette skal skje i regi av kommunen.

Kommunenes plikt til å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell, herunder videre- og etterutdanning, fremgår direkte av §§ 6-1 og 6-2.

3.6 Tannhelsetjenesteloven

Lov 3. juni 1983 nr 54 om tannhelsetjenesten § 1-1 første ledd, pålegger fylkeskommunen å «sørge for at tannhelsetjenester, herunder spesialisttjenester, i rimelig grad er tilgjengelig for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i fylket.»

Fylkeskommunenes plikt til å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av tannhelsepersonell, herunder videre- og etterutdanning, fremgår direkte av § 6-1.

4 Omfang, organisering og finansiering av dagens spesialistgodkjenningsordning

4.1 Innledning

Historikk

Spesialistutdanning for leger har historiske røtter tilbake til tiden rundt første verdenskrig, mens spesialistutdanning for tannleger startet noe senere. Etter lov om lægers rettigheter og plikter (lov 29. april 1927 nr 1) og lov om tannlægers rettigheter og plikter (lov 29. april 1929 nr 2), lå det til departementet å fastsette hva som krevdes for å få autorisasjon for å utføre bestemte undersøkelser og behandlingsmåter og i hvilken utstrekning den skulle gjelde.

Lov 13. juni 1980 nr. 42 om leger (legeloven) og lov 13. juni 1980 nr. 43 om tannleger (tannlege-loven) som trådte i kraft våren 1982, gjorde spesialistgodkjenning mv. til gjenstand for offentlig regulering. Det formelle ansvaret for legers og tannlegers spesialistutdanning ble lagt til departementet. Begge lovene inneholdt hjemler til i forskrift å fastsette regelverk om godkjenning av og vilkår for å være spesialist og om tilbakekall av godkjenning, samt til å fatte enkeltvedtak på dette området.

I henhold til forskriften av 1982 om spesialiteter i medisin, ble myndigheten til å behandle og avgjøre søknad om godkjenning som spesialist i medisin og sak om tilbakekall av spesialistgodkjenning, «inntil videre» delegert til Legeforeningen. Etter samme forskrift skulle «Spesialistregler for Den norske lægeforening» legges til grunn «inntil videre» for behandling av disse sakene. Tilsvarende myndighet på det odontologiske området ble delegert til Den norske tannlegeforening ved forskrift om spesialiteter i odontologi av 1984. Forskrift om godkjenning m.v. av optikere ble gitt i 1988.

Ovennevnte forskrifter ble erstattet av forskrift 21. desember 2000 nr. 1384 om spesialistgodkjenning av helsepersonell da helsepersonelloven trådte i kraft 1. januar 2001, jf. nærmere om denne forskriften i punkt 3.3.

På bakgrunn av forslag i St.meld. nr. 24 (1996-1997) ble Nasjonalt råd for spesialistutdanning av

leger og legefordeling (Nasjonalt råd) opprettet i 1999. Rådet oppnevnes av Kongen.

Staten overtok fra og med 2002 eieransvaret for spesialisthelsetjenesten i Norge. Spesialisthelsetjenesten ble organisert som helseforetak og det ble etablert fem regionale helseforetak med ansvar for sykehus og annen spesialisthelsetjeneste. Samtidig ble Helsedirektoratet etablert som et forvaltningsorgan direkte underlagt departementet. I forbindelse med opprettelsen overtok direktoratet sekretariatsfunksjon for Nasjonalt råd.

Legers, tannlegers og optikerses spesialistutdanninger og godkjenningsordninger er organisert forskjellig og finansieres på ulikt vis. I punkt 4.2 – 4.4 vil de tre yrkesgruppene bli beskrevet nærmere.

Nærmere om enkelte begreper

Spesialistutdanning er den form for kompetanseheving som blir regulert i forskrift 21. desember 2000 nr. 1384 om spesialistgodkjenning av helsepersonell. Det betyr at denne betegnelsen er knyttet til spesialistutdanning av leger, tannleger og optikere. Disse spesialistutdanningene er også ofte omtalt som offentlige spesialistutdanninger, og de som godkjennes har tittelbeskyttelse i henhold til helsepersonelloven § 74.

Videre- og spesialutdanninger utover grunnutdanningen er studiepoenggivende utdanning som tilbys av universiteter og høyskoler. Videre- og spesialutdanningene vil vanligvis omfatte et avgrenset område av grunnutdanningen. Disse utdanningene reguleres ikke av forskriften om spesialistgodkjenning av helsepersonell.

I tillegg til spesialistutdanningene og videre- og spesialutdanningene, benytter flere av yrkesorganisasjonene seg av betegnelsen spesialistutdanning og har opprettet *bransjebaserte ordninger* der personer som har gjennomgått ulike utdanningsløp får en bransjegodkjenning som spesialist innen et avgrenset fagområde. Dette helsepersonellet er ikke offentlig godkjente spesialister i henhold til helsepersonelloven § 53.

4.2 Optikere

4.2.1 Innledning

Optikere har én offentlig godkjent spesialitet. Norges optikerforbund har ansvaret for optikernes spesialistutdanning og behandler søknader om spesialistgodkjenning etter delegert myndighet.

4.2.2 Vilkår for å få spesialistgodkjenning

I forskrift 21. desember 2000 nr. 1384 om spesialistgodkjenning av helsepersonell § 9, fremgår det at den som har fått autorisasjon som optiker og som i tillegg har gjennomgått godkjent utdanning i kontaktlinsetilpasning, etter søknad kan få godkjenning som optiker med kontaktlinsekompetanse.

4.2.3 Omfang og organisering

Kontaktlinsestudiet er et deltidsstudium på 30 studiepoeng som går over et halvt år med tre kursperioder på totalt syv uker. Studiet tilbys kun av Høgskolen i Buskerud. Det kreves autorisasjon som optiker og ett års relevant praksis for å bli tatt opp som student ved studiet.

I den første kursperioden vektlegges kontaktlinsetilpasning generelt. I tillegg til teoretisk undervisning er det satt opp omfattende laboratorievirksomhet. Utdanningsprogrammet er lagt opp som en kombinasjon av teoretisk undervisning og praktiske/kliniske oppgaver, fordelt med ca. 50 % på hver undervisningsform.

Studentene blir evaluert etter siste kursperiode. Det blir arrangert en praktisk/klinisk eksamen og en teoretisk eksamen som begge må bestås.

Norges Optikerforbund har oppnevnt én spesialistgodkjenningskomité bestående av tre personer (to optikere og en høyskolelærer) som behandler søknader om spesialistgodkjenning.

Det er i dag ca. 1050 optikere med spesialistgodkjenning i kontaktlinsetilpasning. Det godkjennes drøyt femti spesialister hvert år. Få av dem har utdanning fra utlandet.

4.2.4 Finansiering

Studiet finansieres delvis innenfor rammene til Høgskolen i Buskerud, delvis med studieavgift på kr 37.500 (høsten 2008) som betales av den enkelte deltager. Norges Optikerforbund tar ikke betalt for å behandle søknader om spesialistgodkjenning.

4.3 Tannleger

4.3.1 Innledning

Det er pr. i dag syv godkjente spesialiteter innenfor odontologi. Spesialistutdanning har hittil bare blitt gitt på de odontologiske lærestedene ved universitetene i Oslo og Bergen eller desentralisert i regi av lærestedene i samarbeid med regionale odontologiske kompetansesentre. Det planlegges spesialistutdanning i kjeveortopedi fra 2009 ved Universitetet i Tromsø.

Helse- og omsorgsdepartementet har besluttet at det skal utredes og utprøves en spesialitet i klinisk odontologi ved Universitetet i Tromsø. Det er i tillegg utredet et felles studieforløp som fører frem til dobbeltkompetanse (spesialist og forskerkompetanse). Det tas sikte på å ta opp kandidater i en slik dobbeltkompetanseutdanning i løpet av 2009, og det er lagt opp til at kandidatene skal motta lønn under hele forløpet. Forslag om endringer i spesialistreglene for tannleger fremmes av Helsedirektoratet blant annet på bakgrunn av innspill fra direktoratets Råd for spesialistutdanning av tannleger, se nærmere om dette i punkt 4.7.

4.3.2 Vilkår for å få spesialistgodkjenning

Forskrift 21. desember 2000 nr. 1384 om spesialistgodkjenning av helsepersonell § 7, behandler vilkårene for spesialistgodkjenning av leger og tannleger i samme bestemmelse, jf. første ledd som lyder:

«Enhver som har norsk autorisasjon som lege, kan få godkjenning som spesialist innen en avgrenset del av det medisinske fagområdet dersom søkeren oppfyller de krav til gjennomført utdanning ved godkjente utdanningsinstitusjoner og andre vilkår som er fastsatt, jf. § 4. Tilsvarende gjelder for tannleger.»

4.3.3 Omfang og organisering

Spesialistutdanning for tannleger er som hovedregel et tre års heltidsstudium (fem år for oral kirurgi og oral medisin). Før opptak til spesialistutdanning, må kandidatene ha minimum to års praksis etter fullført odontologisk grunnutdanning. For tannleger som søker opptak til felles studieforløp som fører frem til dobbeltkompetanse, er det gitt unntak fra kravet om to års praksis.

For alle disiplinene gjennomfører kandidatene et obligatorisk kjernekurs (Core curriculum). Kandidatene påbegynner utdanningen ved sin fagavdeling umiddelbart etter studiestart, og klinisk undervisning og pasientbehandling starter i første

semester. Etter fullført studium avlegger kandidatene eksamen og får tildelt diplom for gjennomført studium.

Helse- og omsorgsdepartementet fastsatte 19. desember 2008 nærmere regler om gjennomføringen av spesialistutdanningen av tannleger. Reglene er utarbeidet av Helsedirektoratet og departementet i samarbeid med tannlegeforeningen og de odontologiske lærestedene. Reglene gir generelle bestemmelser for utdanning i alle spesialiteter og spesielle bestemmelser for den enkelte spesialitet.

Søknadene om godkjenning behandles av Tannlegeforeningens spesialistkomité. Den består av leder som ikke er spesialist, samt representanter for alle spesialitetene. Komiteen har møter to ganger i året og gir sine anbefalinger til Tannlegeforeningens hovedstyre.

Det godkjennes i gjennomsnitt 20-30 spesialisttannleger årlig. Om lag halvparten har sin utdanning fra utlandet. Fra 1. januar 2007 økte antallet spesialiteter fra fire til syv da videreutdanningene i endodonti, protetikk og radiologi ble godkjent som spesialiteter. Det medførte en periode med økning i godkjenningene for kandidater med tidligere avlagt eksamen. Det er i dag ca. 470 tannleger med spesialistutdanning, hvilket utgjør ca. 10 % av landets tannleger.

4.3.4 Finansiering

Det gis ikke lønn til kandidatene under spesialistutdanningen, men kandidatene kan motta noe kompensasjon fra universitetene for instruktørvirksomhet ved grunnutdanning av tannleger. Enkelte fylkekommuner tilbyr også videreutdanningskandidatene delvis lønn under spesialistutdanningen. Helsedirektoratet forvalter tilskuddsmidler til utdanningsinstitusjonene og regionale odontologiske kompetansesentre for å utdanne tannlegespesialister. I 2008 og 2009 har Helsedirektoratet gitt særskilte tilskudd til de odontologiske lærestedene som stipendmidler til tannleger under utdanning som fører fram til dobbeltkompetanse.

Tannlegeforeningen beregner et gebyr på kr 1200,- fra hver kandidat som søker godkjenning. Beløpet er vedtatt endret til kr 2500,- fra 2009 for norske søkere og kr 1000,- for søkere med spesialistgodkjenning fra EØS-land.

4.4 Leger

4.4.1 Innledning

De fleste leger velger å spesialisere seg ved å gjennomføre en formalisert spesialistutdanning innen

et avgrenset medisinsk fagområde. Før legen kan påbegynne spesialistutdanningen, kreves norsk autorisasjon som lege. Autorisasjon krever grunnutdanning i medisin og (som hovedregel) gjennomført turnustjeneste.

Dagens spesialitetsstruktur omfatter 30 hovedspesialiteter og 14 grenspesialiteter, dvs. i alt 44 spesialiteter. 41 av spesialitetene omtales som sykehusrelaterte spesialiteter, mens tre av spesialitetene innbefatter virksomhet i førstelinjen.

Spesialistutdanningen foregår over flere år, mens legen arbeider som lege. Utdanningen består av praksis, veiledning og teori. Spesialistutdanningen i de 41 sykehusrelaterte spesialitetene gjennomføres ved at legene tilsettes i godkjente utdanningsstillinger ved godkjente utdanningsinstitusjoner (dvs. avdelinger) i helseforetakene. I disse stillingene har legen rett til utdanningsprogram, supervisjon og individuell veiledning. I tillegg kreves et visst antall kurstimer, i gjennomsnitt ca. 150 timer. Spesialistutdanningen i de tre øvrige spesialitetene skjer ved at legen, i tillegg til å arbeide innenfor det aktuelle fagfeltet, gjennomfører et veiledet utdanningsprogram med spesifikke krav til arbeidsoppgaver og prosedyrer. Veiledningen foregår ofte i grupper, der gruppene møtes annenhver uke over en periode på 2-3 år.

Spesialistutdanningen tar i gjennomsnitt vel 8 år frem til spesialistgodkjenning, og gjennomsnittsalderen for den enkelte lege ved første spesialistgodkjenning er vel 40 år. Enkelte blir spesialister i flere spesialiteter, eller, som innenfor kirurgi og indremedisin, får grenspesialisering.

4.4.2 Vilkår for å få spesialistgodkjenning

Som nevnt i punkt 4.3.2 behandler § 7 første ledd i forskrift 21. desember 2000 nr. 1384 om spesialistgodkjenning av helsepersonell, vilkårene for spesialistgodkjenning av leger og tannleger i samme bestemmelse. Departementet viser i den forbindelse også til punkt 3.3 hvor det er redegjort nærmere for spesialistgodkjenningsforskriften med tilhørende retningslinjer.

For 41 spesialiteter som gjelder spesialisthelsetjenesten skal spesialistutdanning foregå ved godkjent utdanningsinstitusjon. Helsedirektoratet godkjenner helseforetak hvor slik utdanning foregår etter søknad fra det regionale helseforetaket. Spesialistutdanning i allmennmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin foregår til dels i kommunehelsetjenesten der det ikke er krav om godkjenning av utdanningsinstitusjonene/tjenestestedene der hvor utdanningen foregår.

Legeforeningen behandler søknader om spesialistgodkjenning og søker må oppfylle de krav til spesialistutdanning som er fastsatt i spesialistreglene for de enkelte spesialitetene.

Forslag om opprettelse av nye spesialiteter/grensespesialiteter eller endringer i spesialistregler fremmes oftest av fagmiljøene, Legeforeningen eller av Helsedirektoratet. Forslag om mindre endringer i spesialistreglene fremmes som regel av Legeforeningen på bakgrunn av innspill fra spesialitetskomiteene eller andre.

Ved ansettelse i utdanningsstilling i helseforetakene, vil legene få undervisning og praktisk opplæring som kan føre frem til spesialistgodkjenning. Det er oppnevnt utdanningsutvalg ved de godkjente utdanningsinstitusjonene som har ansvar for å tilrettelegge utdanningen og oppnevne veileder for den enkelte lege under spesialisering. De inngåtte avtaler understøtter dette, både i helseforetakene og i kommunene.

De medisinske fakultetene ved universitetene har siden 1960-tallet hatt ansvar for deler av den teoretiske videre- og etterutdanningen, i første rekke gjennom kursvirksomheten. Dette skjer i nært samarbeid med Legeforeningens koordinatorkontorer og spesialitetskomiteer. Totalt arrangeres det ca. 500 kurs pr år.

4.4.3 Omfang og organisering

I følge legestatistikk fra Den norske legeforening var det pr. 1. september 2008 totalt 15 660 godkjente spesialister. Antall yrkesaktive spesialister under 70 år i Norge er oppgitt til 10 640. I 2007 ble det gitt 1007 nye spesialistgodkjenninger. Av disse var 454 overføring av utenlandske spesialistgodkjenninger. I tillegg ble det gitt 375 resertifiseringer av spesialister i allmennmedisin. Til sammenligning ble det gitt ca. 800 spesialistgodkjenninger i 2004.

Legeforeningen har nedsatt spesialitetskomiteer for samtlige spesialiteter. Komiteene skal i følge «Bestemmelser for spesialistutdanningen» § 1 «ha sin oppmerksomhet henvendt på alle forhold av betydning for videre- og etterutdanning i vedkommende spesialitet», jf. spesialistgodkjenningsforskriften § 8.

Komiteene skal fungere som sakkyndig og rådgivende organ for Legeforeningens sentralstyre i spørsmål som vedrører spesialistutdanningen i den enkelte spesialitet. Komiteene har en viktig rolle i forhold til å følge med på innholdet i spesialistutdanningen. Forslag om endringer av spesialistreglene, herunder kursutdanningen, kommer oftest fra spesialitetskomiteene. Komiteenes opp-

gave er også å avgi innstilling ved søknader om godkjenning av helseforetak/institusjoner som utdanningsinstitusjon. De utfører også et betydelig arbeid ved å overvåke utdanningsinstitusjonene. Komiteene vurderer også de årlige rapportene som avgis fra samtlige godkjente institusjoner/avdelinger. Komiteene foretar også besøk på utdanningsinstitusjonene for å vurdere kvaliteten og innholdet i spesialistutdanningen ved de ulike institusjonene. Spesialitetskomiteenes oppgave er også å avgi innstilling til alle søknader om spesialistgodkjenning.

Legeforeningen har et spesialitetsråd som er rådgivende organ for Legeforeningens sentralstyre i spørsmål som gjelder legers videre- og etterutdanning. Spesialitetsrådet skal ha sin oppmerksomhet henvendt på alle forhold av betydning for videre- og etterutdanning av spesialister. I tillegg til Legeforeningens medlemmer har Spesialitetsrådet medlemmer fra staten, arbeidsgiversiden og Norsk pasientforening.

På Legeforeningens internettsider legges all informasjon knyttet til spesialistutdanningen ut, blant annet oppdaterte lister over godkjente utdanningsinstitusjoner, gjeldende spesialistregler, godkjente spesialister og alt regelverk knyttet til legers etter- og videreutdanning.

4.4.4 Finansiering

Legers spesialistutdanning foregår i hovedsak i lønnede utdanningsstillinger i helseforetakene. Spesialistutdanningen finansieres dermed i stor grad av helseforetakene. Det kreves også at tjenesten foregår under supervisjon og veiledning av overlege/spesialist i faget. Det gis ikke noe ekstra statlig tilskudd for å kompensere for veiledning og supervisjon av utdanningskandidater. Leger som tar spesialistutdanning i allmennmedisin arbeider i hovedsak i fastlegehjemmel.

I tillegg til tjenestekravet stilles det krav til gjennomført kursutdanning. I avtaleverket mellom arbeidsgiverorganisasjonene og Legeforeningen er det nedfelt at arbeidsgiver forplikter seg til å gi lege i spesialisering permisjon med lønn for å delta i nødvendige kurs for å gjennomføre spesialistutdanning. Kursutdanningen foregår ved kurs som i vesentlig grad blir holdt av universitetene, men Legeforeningens organer og andre offentlige institusjoner holder også mange av kursene. Legeforeningen har koordinatører knyttet til hvert av de medisinske fakultetene for å samordne kursvirksomheten. Kursutdanningen finansieres i stor grad gjennom Legeforeningens utdanningsfond. Utdanningsfondene finansierer etablering/drift av de

ulike kursene. Den enkelte lege kan også søke om midler til dekning av kursavgifter fra utdanningsfondene. Det gis i tillegg direkte statlig tilskudd til gruppeveiledningsprosjekter i utkantfylker for å styrke utdanningen i de primærbaserte spesialitetene (allmennmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin).

Det finnes tre ulike fond. Fond II (for privatpraktiserende og kommunalt ansatte legers videre- og etterutdanning) ble etablert som ledd i forhandlingene om overgang til driftstilskuddsordning høsten 1983 (kommunehelsereformen). Ved forhandlingene i 1987 foreslo Legeforeningen etablering av et Fond III (for sykehuslegers videre- og etterutdanning), som skulle ha samme funksjon som fond II hadde for leger utenfor sykehus. Staten gikk med på etablering av slikt fond i 1988.

I tillegg har Legerforeningen et fond for videre- og etterutdanning av leger (Fond I) som etter visse retningslinjer dekker generelle utgifter knyttet til legenes spesialistutdanning, f.eks. utgifter i forbindelse med arrangement av kurs, utgifter til foredragsholder og andre utdanningsaktiviteter. Fond I ble etablert i 1967, fordi Legeforeningen fikk gjennomslag overfor Rikstrygdeverket og det daværende Sosialdepartementet om behovet for et krafttak for videre- og etterutdanningen generelt, men først og fremst for de privatpraktiserende allmennlegene. Dette fondet har også bidratt til å etablere universitetsinstitutter i allmennmedisin og samfunnsmedisin.

Den delen av arbeidet med spesialistutdanningen som blir ivaretatt av Legeforeningens sekretariat blir også tildels finansiert gjennom Fond I. Reise- og oppholdsutgifter for medlemmene i Legeforeningens spesialitetsråd/spesialistkomiteer dekkes av Fond I. Medlemmenes arbeid antas delvis finansiert av arbeidsgiver som ordinære lønnskostnader og delvis som ulønnet innsats.

Fondene er bygget opp ved årlige avsetninger i forbindelse med Normaltarifforhandlingene, opprinnelig ved «avståelse fra økninger av takster og tilskudd». Etter at Normaltariffen fra 1974 ble gjenstand for formaliserte forhandlinger mellom Staten og Legeforeningen, har bestemmelsene om fondsavsetninger vært en del av avtalen. Det forhandles først om økning av avtalens totalramme, før økningen fordeles mellom takster, basis- eller driftstilskudd og de ulike fondene. Avsetningenes størrelse varierer derfor fra år til år.

Spesialistgodkjenningsordningen for leger finansieres ikke særskilt. Spesialitetskomiteenes og sentralstyrets arbeid med vurdering av søknader er basert på frivillig arbeid. I avtaleverket mel-

lom Legeforeningen og arbeidsgiverorganisasjonene er det nedfelt at leger som er medlem i spesialitetskomiteer og lignende får permisjon med lønn til å utføre vervet. Legeforeningen dekker eventuelle reiseutgifter i forbindelse med møter i komiteene og i sentralstyret. Det tas ikke gebyr for behandling av søknad om spesialistgodkjenning.

4.5 Nærmere om Legeforeningens rolle

Legeforeningens rolle er formelt sett avgrenset til å behandle og avgjøre søknad om spesialistgodkjenning, samt være representert i Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling (Nasjonalt råd). Legeforeningen har historisk sett hatt en sentral rolle når det gjelder legers spesialistutdanning. Foreningens organisering er også til en viss grad innrettet for å håndtere oppgaver knyttet til legenes utdanning generelt og spesialistutdanningen spesielt, jf. spesialitetskomiteene, spesialitetsrådet, sentralstyret og legeforeningens sekretariat.

I dag er Legeforeningen en sentral initiativtaker og pådriver i utviklingen av spesialistutdanningen gjennom sin representasjon i Nasjonalt råd. Foreningen har gode forutsetninger for dette, både organisatorisk og ressursmessig, samt også kompetansemessig. Særlig spesialitetskomiteene/spesialforeningene har god innsikt i den enkelte spesialitets utvikling, både når det gjelder sykdomsbilde og utvikling internasjonalt. I tillegg innhenter Legeforeningen årlig en rekke opplysninger som skal gi oversikt over det totale utdanningsmiljøet ved utdanningsinstitusjonene i helseforetakene. Legeforeningen, ved spesialitetskomiteene, avlegger årlige besøk ved utdanningsinstitusjonene for å kvalitetssikre utdanningen. På den bakgrunn gir Legeforeningen tilrådninger til direktoratet om hvilke avdelinger som bør godkjennes som utdanningsinstitusjoner. Legeforeningen betrakter dette arbeidet som sentralt i kvalitetssikringen av spesialistutdanningen.

4.6 Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling

4.6.1 Bakgrunn

Nasjonalt råd for spesialistutdanning for leger og legefördeling ble etablert i 1999 som følge av forslag i *Stortingsmelding nr. 24 (1996-97) Tilgjengelighet og faglighet – Om sykehus og annen spesialist-*

helsetjeneste. Nasjonalt råd avløste det partsammensatte «Utvalg for legestillinger og stillingsstruktur». Bakgrunnen var at myndighetene ønsket å ta et fastere grep og større ansvar for spesialistutdanningen av leger, og at initiativet til endringer i spesialistutdanningen skulle ligge i dette rådet. Rådet var organisert som et selvstendig forvaltningsorgan som ga sin tilråding til departementet.

Nasjonalt råds virksomhet er regulert i spesialistforskriftens § 5 der det heter:

«Kongen oppretter et nasjonalt råd som skal være rådgivende organ for departementet og Sosial- og helsedirektoratet i overordnede spørsmål om spesialistutdanning av leger og legefordeling.»

Nasjonalt råd består av 19 representanter som representerer sentrale parter i gjennomføringen av spesialistutdanningen av leger og legeforderingsordningen. Rådet er sammensatt med representanter fra staten (2), Kommunenes Sentralforbund (2), RHFene (5), universitetene (4), Legeforeningen (4) og pasientorganisasjoner (2).

Etter foretaksreformen og reformen i den sentrale helseforvaltningen i 2002, ble rådet videreført, og rådets sekretariat organisert som del av det nye Helsedirektoratet. Forskriften ble samtidig endret slik at rådet skulle være rådgivende for både departementet og direktoratet.

4.6.2 Mandat

Ved opprettelsen ble Nasjonalt råd gitt i mandat å særlig skulle vurdere og gi råd vedrørende:

- Godkjenning av spesialiteter, spesialitetsstruktur, utdanningens omfang, antall spesialister og fordelingen av disse
- Godkjenning av spesialistregler
- Godkjenning av utdanningsinstitusjoner
- Gjennomføring og kvalitetssikring av spesialistutdanningen
- Fordeling av nye legestillinger
- Omgjøring av legestillinger
- Overvåking av legemarkedet

Forskrift om spesialistgodkjenning av helsepersonell ble endret i 2001 og trådte i kraft 1. januar 2002. Endringene innebar blant annet at det nå er Helsedirektoratet som godkjenner utdanningsinstitusjoner for spesialistutdanning av leger. Ut fra rådets oppgaver gitt i spesialistforskriften og i rådets mandat kan Nasjonalt råds oppgaver beskrives som følgende:

- Gi råd om eventuelle nye spesialiteter/grensespesialiteter eller nedlegging av spesialiteter, og om vesentlige endringer i de generelle spesialistreglene eller spesialistreglene for hver av spesialitetene
- Medvirke til at spesialistutdanningen er i overensstemmelse med helsetjenestens behov og utrede behov for forbedringer i spesialistutdanningens rammevilkår, kvalitativt og kvantitativt. Videre skal rådet gi råd om utdanningskapasiteten i hver enkelt spesialitet er tilstrekkelig til å dekke forventet behov for spesialister, samt identifisere rekrutteringsmessig sårbare spesialiteter
- Gi årlig tilråding til departementet om kvote for nye legestillinger i henhold til det lovbaserte legerereguleringssystemet. Nasjonalt råd skal gi råd i forhold til søknader om nye legestillinger i kommunehelsetjenesten og overvåke legesituasjonen i fastlegeordningen. Nasjonalt råd utarbeider årlige rapporter om tildelte legestillinger og ubesatte legestillinger i spesialisthelsetjenesten fordelt på spesialitet, stillingskategori og helseregion
- Gi råd om søknader fra de regionale helseforetakene om omgjøring av legestillinger mellom spesialiteter og stillingskategori. Omgjøring av legestillinger er regulert fordi det påvirker utdanningskapasiteten for legespesialister.

4.6.3 Evaluering av Nasjonalt råd

Helse- og omsorgsdepartementet etablerte i mai 2004 en intern arbeidsgruppe for å vurdere mandatet for og sammensetningen av Nasjonalt råd. Foranledningen var behov for å vurdere mulige tilpasninger for rådet i lys av de endringer og reformer som hadde vært i helsetjenesten siden rådet ble opprettet i 1999.

Det ble utarbeidet en evalueringsrapport som ble sendt på bred høring juni 2005. Rapporten omtaler foruten synspunkter på Nasjonalt råd, blant annet en framtidig organisering av spesialistutdanningen av leger, godkjenning av utdanningsinstitusjoner og godkjenning av den enkelte spesialist. Det ble her foreslått at departementet skulle delegere hele ansvaret for å videreutvikle regelverket for spesialistutdanning av leger til Helsedirektoratet. Direktoratet skulle i denne sammenheng opprette et rådgivende fagorgan med utgangspunkt i Nasjonalt råd. Det ble skissert hvilke oppgaver det nye rådet burde ha. Forslagene i rapporten er hittil ikke fulgt opp av departementet. Rådet ble i påvente av eventuelle endringer som følge av

evalueringsrapporten reoppnevnt av departementet i 2006, med fungeringstid «inntil videre».

4.7 Helsedirektoratets råd for spesialistutdanning av tannleger

Helsedirektoratet opprettet i 2003 Råd for spesialistutdanning av tannleger. Rådet skulle være et rådgivende organ for Helsedirektoratet i alle overordnede spørsmål som angår spesialistutdannin-

gen av tannleger. Rådet besto av representanter fra Den norske tannlegeforening, de regionale kompetansesentrene, fylkestannlegene, utdanningsstedene og KS. Helsedirektoratet hadde sekretariatsfunksjonen.

Rådet har ikke lenger samme rolle som før og under utarbeidelsen av nye regler for spesialistutdanning av tannleger, men skal etter 21. januar 2009 fungere som en referansegruppe for Helsedirektoratets prosjekt med å etablere en plan for desentralisert spesialistutdanning for tannleger.

5 Regulering og organisering i andre land

5.1 Danmark

Danmark har offentlig spesialistgodkjenning for lege, tannlege, sykepleier og optiker. Ordningen og vilkår for spesialistgodkjenning er regulert av Lov nr. 451 av 22. mai 2006 om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed, og av bekjentgjørelser eller sirkulærer (rundskriv) som gjelder de enkelte spesialistutdannings-/spesialistgruppene. For leger gjelder forskriftene «Bekjentgjørelse om speciallæger» og «Bekjentgjørelse om utdanning av speciallæger». Der er gitt tilsvarende forskrifter for de andre gruppene.

Ministeren har nedsatt et nasjonalt råd for legers spesialistutdanning. Rådet skal være rådgivende for myndighetene i spørsmål om legers spesialistutdanning. Ministeren fastsetter nærmere regler om rådets sammensetning, mens Sundhedsstyrelsen fastsetter regler for rådets virksomhet. Det er tre regionale spesialistutdanningsråd som har til oppgave å gi råd til regionene, fatte vedtak vedrørende fordeling av utdanningsplasser, godkjenne utdanningsinstitusjoner og tilrettelegge utdanningsforløp m.v. Sundhedsstyrelsen fastsetter regler for rådenes virksomhet og er klageinstans for deres vedtak. Likeledes er det i 2008 opprettet et «Nasjonalt råd for tandlægers videreuddannelse».

Sundhedsstyrelsen vedtar endringer i spesialistregler for de enkelte gruppene på bakgrunn av forslag fra de nasjonale rådene. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse beslutter hvilke personalgrupper som skal ha en offentlig spesialistgodkjenning og hvilke spesialiteter som skal omfattes etter forslag fra Sundhedsstyrelsen. Det er også Sundhedsstyrelsen som godkjenner den enkelte kandidat.

Sundhedsstyrelsen har delegert kompetansen til å godkjenne den enkelte leges spesialistutdanningsløp til de regionale rådene. De regionale rådene fatter vedtak etter en vurdering av om kompetansekravene som er godkjent av Sundhedsstyrelsen er oppfylt.

For optikere er det offentlig spesialistgodkjenning i kontaktlinsetilpasning. Den nåværende opti-

kerutdanningen gir bare rett til autorisasjon som optiker slik at det kreves gjennomført kurs/utdanning som kontaktlinseoptiker for å få godkjenning som kontaktlinseoptiker.

Den danske optikerutdanningen er under revisjon. Den nye profesjonsbachelorutdanningen i optometri gir rett til autorisasjon som både optiker og kontaktlinseoptiker med rett til å utøve yrket som både optiker og kontaktlinseoptiker. De første studenter på den nye utdanningen startet i august 2008 og forventes å bli ferdige i slutten av 2011.

For sykepleiere er det fem spesialistutdanninger: Psykiatrisk sykepleie, anestesisykepleie, intensivsykepleie, infeksionshygiene og kreftsykepleie. Utdanningene er regulert i bekjentgjørelser fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Sundhedsstyrelsens bekjentgjørelser og sirkulærer. Bestemmelsene fastsetter konkret og detaljert innholdet i utdanningene.

Gjennomgått spesialistutdanning gir rett til titelen «specialuddannet sygepleierske». Utdanningen tas som regel i forbindelse med et ansettelsesforhold og omfatter både teoretisk undervisning og systematisert, veiledet klinisk undervisning. Varigheten er fra 30 uker til 1 ½ år.

Sykepleiere med utenlandsk spesialsykepleierutdanning kan henvende seg til et lokalt spesialutdanningsråd for å få vurdert om denne utdanningen kan godkjennes. Før søknaden kan fremmes, må vedkommende ha fått autorisasjon som sykepleier.

5.2 Sverige

Sverige har offentlig spesialistgodkjenning for lege og tannlege. Det fremgår av lov (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS), jf. 3. kap, § 9, hvilke yrkesgrupper som gis spesialistgodkjenning. Nærmere bestemmelser om spesialistutdanningen er regulert i förordningen (1998:1513) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (FYHS) og förordning (2008:668) for tannleger. Socialstyrelsen har i forskrift angitt hvilke kunnskaper, ferdigheter og andre forhold som skal gjelde for den enkelte

legespesialitet i form av målbeskrivelser. Det er ikke tilsvarende forskrifter for tannlegespesialist.

Autorisert lege eller tannlege som har gjennomgått den foreskrevne spesialistutdanningen, skal etter søknad gis spesialistgodkjenning, jf. LYHS 3. kap, § 9.

Regjeringen (Socialdepartementet) beslutter hvilke yrkesgrupper som skal omfattes av offentlig spesialistgodkjenning og med hvilke spesialiteter, og vedtar spesialistreglene for den enkelte yrkesgruppe.

Socialstyrelsen fatter på bakgrunn av søknad fra enkeltpersoner vedtak om spesialistgodkjenning.

Socialstyrelsen samarbeider med Läkarförbundet og Svenska Läkaresällskapet i utarbeidelsen av målbeskrivelse/kompetansekrav for spesialistutdanning av leger. Sammen har de to yrkesorganisasjonene dannet en stiftelse, SPUR, som skal bidra til å opprettholde kvaliteten i spesialistutdanningen. SPUR foretar kontinuerlige kvalitetskontroller i utdanningsinstitusjonene.

5.3 Finland

Finland har offentlig spesialistgodkjenning for leger og tannleger. Ordningene er regulert i lov (559/1994) om yrkesutbildad personal inom hälsovården og förordning (564/1994) om yrkesutbildad personal inom hälsovården, förordning (678/1998) om legespesialisteksamen og förordning (316/2003) om tannlegespesialisteksamen. Spesialistutdanningene er regulert av statsrådets forordning for de respektive utdanningene.

Søknad om spesialistgodkjenning behandles av Rättsskyddscentralen för hälsovården. Endringer i spesialistutdanningene kan vedtas av utdanningsministeriet på bakgrunn av henvendelse fra universitetene/spesialistnemndene. Det er Sosial- og helsøvsrdsministeriet som avgjør om nye grupper skal gis spesialistgodkjenning.

5.4 Island

Island har offentlig spesialistgodkjenning for lege, psykolog, sjukgymnast, tannlege, sosialrådgiver, sykepleier, biomedisinsk analytiker og farmasøyt.

Helsedirektoratet (Landlæknisembættid) behandler og fatter vedtak etter søknad om autorisasjon og spesialistgodkjenning fra personell med islandsk eller utenlandsk utdanning/yrkeskvalifikasjoner. Før vedtak fattes, sender Helsedirektoratet søknadene til vurdering, enten til spesialistnemnder nedsatt av helseministeren for den enkelte yrkesgruppe (gjelder yrkesgruppene lege, psykolog, sjukgymnast, tannlege og sosialrådgiver) eller til utdanningsinstitusjoner og/eller yrkesorganisasjoner. Spesialistgodkjenning er regulert i lov og forskrift for den enkelte yrkesgruppe.

5.5 Oppsummering

Helsemyndighetene er ansvarlige for de ulike ordningene knyttet til spesialistgodkjenning i de andre nordiske landene. Dette gjelder hvilke grupper som skal omfattes av offentlige spesialistgodkjenninger og med hvilke spesialiteter, vilkår for spesialistgodkjenning, krav til utdanning og godkjenning av den enkelte søker. Myndighetene innhenter råd fra sakkyndige med kompetanse innen det særlige fagfeltet, eventuelt ved å opprette nasjonale råd og komiteer som skal bistå myndighetene. Yrkesorganisasjonene gir råd og anbefalinger i saker knyttet til spesialistgodkjenning og spesialistutdanning.

Den norske spesialiststrukturen er på linje med de nordiske landene. Det finnes omtrent samme antall spesialiteter i Norge som i Danmark og på Island, men færre enn i Sverige og Finland. De 25 største spesialitetene er identiske i de nordiske landene. Spesialistbegrepet er internasjonalt. Det er gjensidig godkjenning innen EU/EØS-området for de spesialitetene som kan gjenfinnes i flere land. Per i dag gjelder dette ca 40 spesialiteter.

6 Departementets vurdering og forslag

6.1 Gjeldende rett

Helsepersonelloven § 53 første ledd siste punktum gir Sosial- og helsedirektoratet (fra 1. april 2008 endret Sosial- og helsedirektoratet navn til Helsedirektoratet) adgang til å delegere myndighet til å gi spesialistgodkjenning til private yrkesorganisasjoner. Helsedirektoratet har delegert slik myndighet til yrkesorganisasjonene for leger (Den norske legeforening), tannleger (Den norske tannlegeforening) og optikere (Norges Optikerforbund). I forskrift 21. desember 2000 nr. 1384 om spesialistgodkjenning av helsepersonell, er det gitt nærmere regler om spesialistgodkjenning for disse tre personellgruppene.

For vedtak om å gi blant annet spesialistgodkjenning til helsepersonell, er det i helsepersonelloven § 68 andre ledd fastsatt at klageinstans for disse vedtakene er Statens helsepersonellnemnd.

I proposisjonens kapittel 3 og kapittel 4 er det redegjort mer detaljert for gjeldende rett, samt spesialistgodkjenningsordningens omfang, organisering og finansiering.

6.2 Nærmere om forslaget i høringsnotatet

I høringsnotatet påpekte departementet at flere forhold tilsa behov for en gjennomgang av organiseringen av spesialistutdanningen for de tre helsepersonellgruppene som har offentlig spesialistutdanning, og da særlig når det gjaldt organiseringen av spesialistutdanningen for leger.

Departementet viste blant annet til at momenter som befolkningssammensetning, befolkningens sykdomsmønster, medisinskteknologiske endringer og organisatoriske endringer kan medføre endret behov for kompetanse. Også internasjonalisering og økt migrasjon av helsepersonell vil kreve harmonisering av regelverk mellom aktuelle land. Behovet for god samhandling og brukerinnflytelse for å sikre kvalitet i helsetjenesten, ble også fremhevet som viktige faktorer som krever nytenkning rundt spesialistgodkjenningen av helsepersonell.

Departementet uttalte at helsemyndighetene i sterkere grad ønsket styring med samhandlingen mellom det offentlige og de private yrkesorganisasjonene når det skal tenkes nytt i forhold til spesialistgodkjenning av helsepersonell. Dette gjelder både med hensyn til å oppheve delegasjonsadgangen for Helsedirektoratet til å delegere myndighet til private yrkesorganisasjoner, og med hensyn til å foreta en bred gjennomgang av organiseringen av spesialistutdanningen dersom Stortinget vedtar lovendringsforslaget.

Når det gjaldt en eventuell innføring av spesialistutdanning og spesialistgodkjenning/dobbeltautorisasjon for andre autoriserte helsepersonellgrupper, uttalte departementet at dette ville bli vurdert ved en egen gjennomgang på et senere tidspunkt.

Departementet påpekte også at den norske godkjenningsordningen av spesialister medfører at yrkesorganisasjonene for leger, tannleger og optikere er gitt myndighet som i andre nordiske land ligger i den sentrale helseforvaltningen. Etter departementets oppfatning burde denne formen for myndighetsutøvelse legges til helsemyndighetene også i Norge.

Selv om dagens ordning i det vesentlige har fungert bra, påpekte departementet det prinsipielt uheldige ved å delegere offentlig myndighetsutøvelse til private yrkesorganisasjoner. Ikke minst gjelder dette på helseområdet hvor det er nødvendig med overordnet statlig styring for å ivareta hensyn av økonomisk, samfunnsmessig og helsefaglig art. Det er vist til at dagens sykehusstruktur i stor grad motsvarer legenes spesialiststruktur, noe som kan være problematisk for myndighetene sett i relasjon til påkrevde omorganiseringer og nye oppgave- og funksjonsfordelinger i helseforetakene og mellom helseforetakene og kommunene. Departementet mente derfor det kunne fremstå som uheldig med yrkesorganisasjonenes dobbeltrolle både som faglig premissleverandør og fagforening.

Departementet foreslo derfor å fjerne delegasjonsmuligheten i helsepersonelloven § 53 første ledd og å legge oppgaven med godkjenning av spesialister til sentrale helsemyndigheter.

6.3 Høringen

Et stort flertall av de høringsinstanser som avga realitetsuttalelse har uttalt at de støtter forslaget eller at de støtter forslaget med visse forbehold eller forutsetninger. Kun tre høringsinstanser har eksplisitt uttalt at de ikke støtter forslaget.

Blant de høringsinstanser som støtter forslaget har *Norges Optikerforbund* blant annet uttalt:

«Norges Optikerforbund er av den oppfatning at det offentlige bør ha ansvaret for innholdet i spesialistutdanningen og stå for godkjenning av helsepersonell. At offentlig myndighetsutøvelse er tillagt private yrkesorganisasjoner kan gi en uheldig rolleblanding, som verken organisasjonene eller myndigheten er tjent med.

Norges Optikerforbund støtter på denne bakgrunn det fremlagte forslag og er positive til at det nå legges til rette for en ordning med spesialistgodkjenning som samsvarer med de andre nordiske land.»

I høringsuttalelsen fra *Den norske tannlegeforening* heter det blant annet:

«Etter vår oppfatning fungerer dagens godkjenningsordning av odontologiske spesialister godt. Spesialistkomiteens synspunkter og vurderinger synes å ha tillit innad i foreningen, blant søkerne og ved lærestedene. I tillegg til å være en yrkesorganisasjon, har Tannlegeforeningen lang tradisjon for å ivareta våre medlemmers faglige interesser gjennom etterutdanning og kurs. Gjennom myndigheten til å godkjenne odontologiske spesialister har Tannlegeforeningen verdifullt samarbeid med fakultetene og fagmiljøene som utdanner spesialistkandidatene og dessuten mulighet til å fungere som et faglig korrektiv til disse.

Den norske tannlegeforening har imidlertid forståelse for departementets ønske om en enhetlig godkjenningsstruktur for spesialister. Dersom departementets forslag om endring av helsepersonelloven vedtas og Statens autorisasjonskontor for helsepersonell tillegges oppgaven med å godkjenne spesialister, vil Tannlegeforeningen be om å bli representert i autorisasjonskontorets godkjenningsapparat. Vi håper også at Tannlegeforeningen og våre underliggende organer vil få bidra med sin erfaring og kompetanse i gjennomgangen av spesialistutdanningen som forespeiles i høringsnotatet.»

Norsk Sykepleieforbund (NSF) uttaler blant annet:

«NSF støtter grunnlaget og prinsippet for endring av helsepersonelloven § 53 hvor hensikten

er å sørge for at myndighetsutøvelse på dette feltet tydeliggjøres og legges til offentlige helsemyndigheter. Det betyr at staten tar overordnet styring av administrativ, økonomisk, samfunnsmessig og helsefaglig art.

NSF mener spesialistgodkjenningen formelt skal gjøres av en uhildet, statlig myndighet for alle grupper. Dermed kan helsemyndighetene på en bedre måte sikre tilgangen til spesialister innen de ulike fagområdene, og se dette i forhold til de behovene som til enhver tid er i befolkningen. Myndighetsansvaret må gjelde hele helsetjenesten. Det betinger at spesialistgrupper som ikke har myndighetsgodkjenning i dag inngår i fremtidig ordning.»

Også *Norsk Fysioterapeutforbund, NITO Norges Ingeniør- og Teknologorganisasjon, Norsk Radiografforbund, Norsk Ergoterapeutforbund* og *Norsk Kiropraktorforening* støtter forslaget. *Norsk Psykologforening* uttaler at høringsnotatet går langt i å underkjenne yrkesorganisasjonenes habilitet ved kvalitetssikring av egne medlemmers kompetanse, men støtter forslaget.

I en felles høringsuttalelse har *dekanene ved de medisinske fakultetene i Bergen, Tromsø og Trondheim* og *direktørene ved Oslo Universitetssykehus (med unntak av Rikshospitalet), Haukeland universitetssykehus, St. Olavs Hospital Universitetssykehuset i Trondheim og Universitetssykehuset i Nord-Norge* uttalt at de støtter forslaget. Det uttales blant annet at ansvaret for spesialistutdanningen bør overføres til universitetene og helseforetakene, og da slik at universitetene får ansvaret for teoriutdanningen, mens de regionale helseforetakene får ansvaret for praksisutdanningen.

Også *Universitetet i Oslo, Universitetet i Tromsø* og *Universitetet i Bergen* støtter forslaget.

Høgskolen i Buskerud er den eneste norske utdannings- og forskningsansvarlige institusjonen innen optometri og synsvitenskap og har ansvar for optikerutdanningen og spesialistutdanning av optikere. I sin høringsuttalelse har de blant annet uttalt:

«HiBu ser det som positivt at helsemyndighetene selv vil ta ansvar for offentlig spesialistgodkjenning av helsepersonell og støtter forslaget om endring av helsepersonellovens § 53, slik at Helsedirektoratets adgang til å delegerer godkjenningsmyndighet til private yrkesorganisasjoner, opphører.»

Videre uttales det:

«Problemstillingen de private yrkesorganisasjonene står i som både faglig premissleverandør og fagforening er uheldig. Problemstillingen har ulik grad av kompleksitet for de tre profesjonene som omfattes av spesialistgodkjenningsordningen, blant annet fordi Norges Optikerforbund ikke er en arbeidstagerorganisasjon. (...) Det er positivt at myndighetene gir yrkesforeningene anerkjennelse for det arbeidet som er gjort i forhold til spesialistgodkjenning. Et godt samarbeid med yrkesorganisasjonene er avgjørende for at en ny ordning skal lykkes.»

Helse Midt-Norge RHF, Helse Sør-Øst RHF, Helse Vest RHF og Helse Nord RHF har uttrykt støtte til forslaget. Også *Sykehuset i Vestfold* støtter forslaget. Når det gjelder legene presiseres det blant annet:

«Dagens godkjenningsordning har fungert godt gjennom en årrekke. Som høringsnotatet fremhever, er det faglige elementet i ordningen så tungt at legenes fortsatte engasjement er viktig for å sikre kvalitet i utforming og gjennomføring av spesialistutdanningen, samtidig som helsemyndighetenes styring sikres. Det er viktig at dette tas med i den praktiske utformingen av ny ordning. Ordningen må finansieres slik at den ikke medfører en økt økonomisk belastning på helseforetakene.»

Statens helsepersonellnemnd støtter forslaget og i uttalelsen begrunnes dette blant annet med erfaringer nemnda har gjort i kraft av å være klageorgan i saker om avslag på søknad om spesialistgodkjenning. Blant annet uttales det:

«Nemnda har vært bekymret for at helsepersonellovens opprettede klageordning for spesialistgodkjenning ikke fungerer som forutsatt (...). Dette spesielt med bakgrunn i det lave antall klagesaker som er oversendt til Statens helsepersonellnemnd fra Legeforeningen. Legeforeningen mottar årlig mellom 2500-3000 søknader om spesialistgodkjenning og forhåndsgodkjenning av tjeneste og annen utdanning. I 2006, 2007 og 2008 har nemnda mottatt henholdsvis ingen, to og ingen saker fra Legeforeningen. Nemnda er ikke kjent med hvor mange søknader Optikerforbundet og Tannlegeforeningen mottar hvert år, men Optikerforbundet godkjenner cirka 50 spesialister per år mens Tannlegeforeningen godkjenner cirka 20-30. Fra nemnda trådte i funksjon våren 2001 til januar 2008 ble det ikke oversendt noen klager fra nevnte organer. I 2008 mottok nemnda to klager fra Tannlegeforeningen.

Legeforeningen har etter henvendelse fra nemnda opplyst at en stor del av de søknadene de mottar ikke behandles «som endelig søknad om spesialistgodkjenning og blir dermed heller ikke avsluttet med formelt vedtak» som kan påklages. Det er opplyst at en årsak til at søknadene ikke behandles som endelige, er at Legeforeningen i sine svarbrev til søkerne har gitt råd om hva utdanningen skal suppleres med før det kan påregnes at søknadene kan innvilges.

Av forvaltningsloven § 28 (...), fremgår at enkeltvedtak kan påklages. Alle sider ved vedtaket kan påklages. Det er derfor ikke adgang til å unnlate å behandle søknader om spesialistgodkjenning som «endelige» søknader. Det at Legeforeningen gir opplysninger i sine vedtak om hva de mener søkerne må supplere sine utdanninger med for å oppfylle gjeldende regelverk, endrer ikke det forhold at det er truffet et avslagsvedtak. Søkerne har ikke fått det de har søkt om, og det foreligger derved en avgjørelse som kan påklages (...). Det skal derfor opplyses at det foreligger klageadgang til Statens helsepersonellnemnd i slike tilfeller.

Nemnda er også kjent med at det foreligger ulike nivåer - sekretariatet, spesialitetskomiteene og sentralstyret - i Legeforeningen som behandler en del av det nemnda har oppfattet som klager fra leger over avslag på spesialistgodkjenning. Dette er heller ikke i samsvar med lovens system. Klager skal oversendes fra Legeforeningen etter første gangs vedtak direkte til Statens helsepersonellnemnd. Det er et grunnleggende prinsipp i forvaltningsretten at det foreligger klagerett direkte til klageinstansen, jf. forvaltningsloven § 33. Legeforeningen er kun gitt fullmakt til å treffe vedtak i første hånd, og skal ikke behandle klagen utover å foreta slik tilrettelegging av klagen som fremgår av forvaltningsloven, jf. også her § 33.

De få sakene nemnda har fått oversendt til klagebehandling fra Legeforeningen og Tannlegeforeningen har også gitt grunn til bekymring for om regler om saksbehandling blir fulgt. Sakene har vist at vedtakene som oftest ikke er begrunnet slik forvaltningslovens § 24 krever. Dette er særlig uheldig av hensyn til klageren som ikke får en forklaring på hvorfor deres tjeneste ikke faller inn under spesialistreglene.

Nemnda har også merket seg at Tannlegeforeningen kun har to møter per år. Det vil si at det bare er to ganger i året at spesialistgodkjenning kan gis, og søkerne risikerer derved at det kan gå uforholdsmessig lang tid før avgjørelsen foreligger. Ved at kompetansen legges til offentlig myndighet vil søknader kunne avgjøres fortløpende.»

Videre har Helsepersonellnemnda uttalt:

«I saker om klage over avslag på søknad om autorisasjon eller lisens har nemnda i en rekke saker erfart at det kan være vanskelig å få faglige råd, spesielt fra universitetene. Dette gjelder både i saker vedrørende tannleger og leger. (...).

Det er nødvendig at det finnes tilgjengelige sakkyndige hvis en skal gå bort i fra den ordning der de ulike spesialitetskomiteene gir faglige råd. Nemnda har merket seg at det av høringsnotatet fremgår at universitetene har gitt uttrykk for at de ønsker en sterkere rolle i spesialistutdanningen. I så fall er det etter nemndas syn også nødvendig at universitetene viser større fleksibilitet og aktivitet enn det som i dag er tilfelle ved behandling av søknader om autorisasjon og lisens.

Det er universitetene som i dag gir spesialistutdanning til tannleger. Dette innebærer at universitetene kan komme i en dobbeltrolle ved at de både skal gi den aktuelle utdanningen og komme med faglig råd i enkeltsaker, selv om de ikke fatter vedtak om å gi spesialistgodkjenning. En eventuell dobbeltrolle kan, slik nemnda ser det, være uheldig.»

Endelig vises det til at dagens regelverk er omfattende og uoversiktlig, noe som kan forhindre rettssikkerhet og forutberegnelighet. Det anses derfor hensiktsmessig med en helhetlig gjennomgang av regelverket.

Også *Statens autorisasjonskontor for helsepersonell, Helsedirektoratet, Nasjonalt Folkehelseinstitutt og Norges Forskningsråd* støtter opphevelse av Helsedirektoratets adgang til å delegere spesialistgodkjenningsmyndighet til private yrkesorganisasjoner.

Kommunesektorens interesse og arbeidsgiverorganisasjon (KS) har blant annet uttalt:

«KS mener prinsipielt at det er uheldig å legge forvaltningsmyndighet til yrkesorganisasjoner. Det åpner for en sammenblanding av interesser som fagforening og som forvaltningsmyndighet, uten at vi med dette kan hevde at det har vært tilfelle under dagens regime for spesialistgodkjenning. Den norske legeförening har stor innflytelse på utviklingen av helsetjenesten. Det er nødvendigvis ikke noe galt i det, men vi mener en uheldig konsekvens av delegasjonsordningen har vært nasjonale helsemyndigheters fravær og passivitet i denne viktige delen av helsepolitikken. Det har dermed ikke vært systematisk samsvar mellom utdanning av spe-

sialister og de sentrale helsepolitiske prioriteringer.»

Som begrunnelse for sin støtte har KS blant annet påpekt at endringen vil sikre at utvikling av spesialister blir i tråd med politiske og faglige prioriteringer og en langsiktig bærekraftig utvikling av helsetjenesten, man vil unngå at kontroll over spesialistutdanningen brukes for å oppnå innflytelse for egne profesjonsinteresser og man vil forhindre et for stort gap mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Videre har KS uttalt at endringen vil «(L)egge forholdene mer til rette for en effektiv etterlevelse av politiske vedtatte målsetninger og endringer. Det er videre KS sin oppfatning at forslaget vil gjøre det lettere for kommuner og andre interessegrupper å spille inn endringsforslag og dermed øke andre interessegruppers mulighet til å påvirke utforming av spesialisthelsetjenesten, men slik at staten etter å ha hørt alle interessegrupper har det endelige ansvaret for utforming av godkjenningsordningen. Prinsippet om likhet til helse og lik tilgjengelighet uansett bosted er et hovedmål i helsepolitikken. Da er det vesentlig at legenes spesialistutdanning ikke er sentraliserende for hvor og hvilke lidelser/sykdommer som blir ivaretatt, men blir tilpasset dagens og morgendagens helseutfordringer.»

Også *Arbeidsgiverforeningen Spekter* støtter forslaget og har blant annet uttalt:

«Det er viktig at staten har overordnet styring med spesialistutdanningen for alle yrkesgrupper. Dette er en naturlig rendyrking av statens rolle som myndighetsutøver.

Profesjonsorganisasjonene har ulike roller. Dels som yrkesfaglig organisasjoner og dels som fagforeninger. Det kan gi uheldige utslag når rollene ikke er avklart. Vi har bl.a. registrert eksempler på at det i forhandlinger er reist som problemstilling at en manglende imøtekommelse av krav vil kunne få konsekvenser for spesialistutdanningen i foretaket. Dette er selvfølgelig en helt uakseptabel rolleblanding og har blitt konsekvent avvist.»

Troms fylkeskommune støtter intensjonen i forslaget. I den forbindelse har de blant annet uttalt:

«Private yrkesorganisasjoner bør ikke gis anledning til å styre nasjonal helsepolitikk. 90 % av spesialistene innenfor tannhelsetjenesten i Norge er private. Innenfor tannhelsetjenesten er det i alle fall en teoretisk mulighet for at delegert myndighet til private yrkesorganisasjoner kan brukes til å begrense antall spesialister for å styrke egne næringsinteresser. Knapphet på spesialister kan føre til høyere priser, høyere

egenandeler og høyere trygdeutgifter enn nødvendig (f eks innen kjeveortopedi). Troms fylkeskommune vil derfor sterkt støtte intensjonene i lovforslaget.»

Oslo kommune har vist til at begrunnelsen for dagens ordning er historisk i karakter og at det derfor er riktig at man nå bringer regelverket på dette området i tråd med vanlige prinsipper for moderne offentlig forvaltning og myndighetsutøvelse. Videre uttales det blant annet:

«Oslo kommune er opptatt av at spesialistreglene og utdanningen tilpasses i større grad helsetjenestens behov for leger med spesialisert kompetanse. Oslo kommune har ansvar for helsetjenester hjemlet i kommunehelsetjenesteloven til en befolkning på ca 560 000 personer. Kommunen har imidlertid i dag liten innflytelse både på spesialiststrukturen for leger og på innholdet i utdanningen. Kommunen er primært opptatt av kompetanse innenfor allmennmedisin, samfunnsmedisin, legevaksmedisin, behandling av pasienter med rusmiddelproblemer, og sykehjemsmedisin. Det er også viktig for kommunen at det i spesialisthelsetjenesten satses i større grad på breddekompetanse ved lokalsykehusene og geriatri. Etter kommunens vurdering er disse felt som ikke i tilstrekkelig grad har vært prioritert.

Flere av kompetanseområdene som det er behov for i kommunehelsetjenesten har ikke egen spesialitet, og tjeneste ved eksempelsvis legevakt eller sykehjem teller i begrenset grad til andre spesialiteter. (...). Oslo kommune forutsetter at den foreslåtte endringen vil føre både til at nødvendige endringer i spesialistreglene raskere kan gjennomføres, og at kommunehelsetjenesten kan få samme rolle i forhold til førstelinjespesialitetene som spesialisthelsetjenesten har i forhold til legespesialitetene i annenlinjen.»

Også *Bergen kommune* støtter forslaget, og ber om at det utvikles nye spesialiteter der kommunehelsetjenestens behov for breddekompetanse vektlegges. Det understrekes at Legeforeningens opparbeidede kompetanse bør tas med i det videre arbeidet med spesialistutdanningen.

I tillegg til ovennevnte instanser har blant annet også *Landsforeningen for hjerte- og lungesyke*, *Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon* og *Norges Astma- og Allergiforbund* uttalt at de støtter forslaget.

Som nevnt har kun tre høringsinstanser eksplisitt uttalt at de ikke støtter forslaget.

Den norske legeforening har i sin høringsuttalelse fremført en rekke innvendinger til forslaget og forslagets begrunnelse. Under henvisning til

høringsnotatets prinsipielle begrunnelse om at myndighetsutøvelse på dette feltet må tydeliggjøres og at godkjenningsmyndighet derfor bør ligge hos offentlige helsemyndigheter, har Legeforeningen understreket at spesialistgodkjenningen per i dag er offentlig. Når det gjelder høringsnotatets påpeking av at det er ønskelig med en statlig overordnet styring med spesialistgodkjenningen og -utdanningen, har Legeforeningen blant annet uttalt:

«Legeforeningen vil påpeke at Helse- og omsorgsdepartementet per i dag har det overordnede ansvaret for spesialistutdanningen av leger, herunder myndighet til å utvikle og beslutte spesialitetsstruktur, spesialistregler, dimensjonering av utdanningen og godkjenne utdanningsavdelinger. Basert på lang erfaring med utdanning av spesialister og faglige kriterier gir Legeforeningen anbefalinger og råd til departement/direktorat.

Norge har i dag en velfungerende utdanningsordning av god kvalitet basert på et samarbeid mellom myndighetene, Legeforeningen, universitetene og arbeidsgiverne. Legeforeningens bidrag er blant annet faglig forankring i fagmiljøene og bredt faglig engasjement blant legene i den enkelte spesialitet.

Myndighetenes tilsynelatende misnøye med dagens spesialistutdanning har forut for denne høringen ikke vært formidlet. Tvert imot har tilbakemeldingene stadig vært at Legeforeningens oppgaver løses svært godt.»

Legeforeningen fremhever videre at de har oppfattet sosialkomiteens uttalelser i forbindelse med behandling av Dok. 8: 1995 som en tillitserklæring og anerkjennelse av den omfattende virksomhet som foreningen har utført for legers videre- og etterutdanning, og uttaler i forlengelsen av dette:

«Legeforeningen er ikke kjent med at Stortinget har endret oppfatning i forhold til det som ble uttalt i 1995. Vi er derfor overrasket over at det mer enn antydes at Legeforeningen er til hinder for utviklingen av spesialistutdanningen, når det motsatte etter vår, og Stortingets oppfatning, er tilfelle. Vi ber om at bakgrunnen for denne tilsynelatende endring av oppfatning utdypes. Legeforeningen oppfatter det dessuten som beklagelig at dette ikke har vært formidlet til Legeforeningen tidligere slik at behov for korrigering kunne vært diskutert.

Det vises forøvrig til en rekke henvendelser, råd og forslag Legeforeningen har fremmet for departementet i den hensikt å utvikle utdanningen i tråd med den faglige og samfunnsmessige utviklingen. Flere av disse ligger dess-

verre ubehandlet hos myndighetene etter tildels flere år. Myndighetene har alle muligheter og virkemidler for å styre, endre og forbedre spesialistutdanningen. At myndighetenes manglende oppfølging nå tilsynelatende lastes Legeforeningen, oppleves som uberettiget og urimelig.»

Når det gjelder høringsnotatets omtale av Legeforeningens rolle som profesjonsforening og at foreningen har for stor adgang til å påvirke utformingen og organiseringen av spesialistutdanningen, uttales det blant annet:

«Uttalelsene i høringsnotatet vitner om manglende forståelse for profesjonsforeningens oppbygging, faglige integritet og rolle i samfunnet. Legeforeningen består av 3 akser, den faglige aksens, yrkesforeningsaksens og en helsepolitisk akse. Profesjonsforeningen har et sterkt faglig engasjement og en av profesjonsforeningens viktigste roller er nettopp å være en faglig premissleverandør. Det ville være usedvanlig om fagmyndighetene ikke la vekt på råd fra profesjonsforeningene som helt sentrale aktører innenfor de ulike fagene. At profesjonsforeningene også har et ansvar for å ivareta fagforeningsinteresser, betyr ikke at den faglige integriteten av den grunn svekkes. Legeforeningen har hatt disse rollene i alle år – og ivaretatt sitt faglige engasjement i spesialistutdanningen til myndighetenes tilfredshet, uttrykt gjentatte ganger.

I tillegg underslås det faktum at det er departement og direktorat som har avgjørende myndighet på området. At råd og innspill fra profesjonsforeningen følges, bør på den bakgrunn ses på som et utslag av at helsemyndighetene anser dem relevante og faglig fornuftige og velbegrunnede.»

Legeforeningen påpeker videre at en alternativ modell må være utredet før lovendringsforslaget fremmes for Stortinget. I den forbindelse uttales det:

«For Legeforeningen er høy kvalitet på spesialistutdanningen viktigere enn hvem som foretar den formelle godkjenningen av spesialistene. Det antydes i høringsnotatet at hele spesialistutdanningen skal revurderes og endres, men det mangler redegjørelse for hva som skal erstatte det nåværende system, og hvilke konsekvenser endringene vil få for kvaliteten av dagens helsetjeneste. Det foreliggende høringsnotat bærer i så måte preg av hastverksarbeid. Dette skaper usikkerhet mht hvilke intensjoner som ligger bak lovendringen, og vi finner det vanskelig å støtte lovendringsforslaget slik det foreligger.

Verken spesialistutdanningen eller det omfattende system for behandling av søknader om spesialistgodkjenning, kan erstattes på en rask og enkel måte av noe myndighetsorgan i dag. Legeforeningen samarbeider med universitetene, og kan ikke se at de medisinske fakultetene i dag er i stand til å overta ansvaret for spesialistutdanningen. (...).

Legeforeningen er videre svært opptatt av at utdanningen må være en nasjonal ordning slik at spesialistenes kompetanse ikke er avhengig av hvor i landet man er utdannet. En desentralisering av ansvaret for spesialistutdanningen, for eksempel til det enkelte RHF, er derfor en løsning Legeforeningen vil stille seg svært kritisk til. Dette begrunnes også ut fra et premiss om at utdanningen må være uavhengig av årlige budsjetter og stadige omorganiseringer. Det kan heller ikke forventes å være faglig kompetanse og kapasitet tilgjengelig i alle regioner for å opprettholde og utvikle spesialistutdanning i 44 spesialiteter.

Det er svært uheldig både ressursmessig og faglig dersom et velfungerende system opparbeidet ved samarbeid mellom myndighetene og Legeforeningen gjennom mange tiår, forkastes uten at det er tatt stilling til hva som skal erstatte det. En for omfattende forenkling av utdanningen vil svekke samspillet mellom aktørene, og derigjennom kvaliteten på spesialistutdanningen. (...).

Når det gjelder en fremtidig modell ved en eventuell endring av helsepersonelloven, har Legeforeningen uttalt:

«Som påpekt ovenfor, skal og bør profesjonen være en sentral faglig premissleverandør i utdanningen av spesialister. Dersom lovforslaget skulle vedtas, vil en naturlig fremtidig modell være at Legeforeningens faglige akse innstiller angående godkjenning av spesialister, spesialitetsregler og utdanningsinstitusjoner og at Helsedirektoratet fatter vedtaket. Ved en slik modell vil godkjenningsstempelet bli gitt av offentlig instans, samtidig som den faglig baserte vurdering opprettholdes gjennom behandlingen i Legeforeningens faglige organer.

Vi forutsetter at en eventuell gjennomgang og endring av spesialistutdanningen skjer etter en bred og grundig prosess som involverer alle relevante aktører.»

Også Akademikerne går mot forslaget. I høringsuttalelsen er det blant annet uttalt:

«Departementets prinsipielle innfallsvinkel til saken er behovet for tydelighet og overordnet styring i myndighetsutøvelsen. Dette er hensyn vi støtter, men vi vil også fremheve at de må

suppleres med hensynet til kvalitet og effektivitet. Dette er grunnleggende viktig for å sikre befolkningens behov for behandling av spesialisert helsepersonell. Akademikerne mener at departementets forslag ikke ivaretar totaliteten som er viktig for å sikre disse hensyn. Akademikernes hovedinnvending til forslaget er departementets vurdering av profesjonsorganisasjonenes samfunnsbidrag. Denne vurderingen bryter med forutsetningene for den veletablerte, norske samarbeidstradisjonen – en tradisjon som utgjør en vesentlig del av kjernen i den norske velferdsmodellen.

Høringsnotatet fremstiller dagens ordninger som om de ligger utenfor offentlig styring og myndighet. Dette medfører ikke riktighet. Ordningene er basert på lov og forskrift med avgjørelsesmyndighet i departement og direktorat. Beslutninger som fattes i henhold til delegert godkjenningsmyndighet kan påklages til Statens Helsepersonellnemnd som er et offentlig oppnevnt klageorgan.»

Videre uttales det at departementet i høringsnotatet går langt i å underkjenne yrkesorganisasjonenes habilitet ved kvalitetssikring av egne medlemmers kompetanse, samt at departementet synes å fokusere ensidig på rollen som fagforening og at rollen som faglig forening neglisjeres. I forlengelsen av dette uttales det:

«Vi mener departementets fremstilling savner forankring i realitetene. De tradisjonelle – «rene»- profesjonsorganisasjonene i Norge har en lang, vedvarende og meget overbevisende tradisjon og ståsted som faglige foreninger. De har stort sett alle over hundre års historie basert på et hovedfundament som er faglig profesjonsrettet. Dette gjelder ikke minst blant helseprofesjonsforeningene. Den faglige forankringen er helt fundamental i disse organisasjonenes virksomhet, og det er denne som gjør at man har en betydelig evne til å mobilisere fagmiljøer og ressurser. Departementets fremstilling gir et skjevt bilde av hvordan dette forholder seg både i Norge og i andre land. I alle land det er naturlig å sammenligne seg med, er helseprofesjonsforeningene en viktig aktør i utvikling og kvalitetssikring av spesialistordningene.»

Det påpekes også at høringsnotatet i liten grad gir svar på hvordan spesialistordningen skal forvaltes dersom myndighetene overtar ansvaret for gjennomføringen og at det mangler både konsekvensutredning og redegjørelse for hva som skal erstatte det nåværende systemet. Avslutningsvis uttales det:

«Akademikerne finner det overordentlig viktig for samfunnet at profesjonsforeningene fortsatt skal ha en sentral rolle i utvikling og faglig kvalitetssikring – herunder mobilisering av faglige ressurser. Dette er ikke minst viktig for å sikre at det opprettholdes en «bro» mellom de levende, praktiske fagmiljøene og spesialistordningene. Spesialistordningene må ikke endres til byråkratiserte ordninger, men fortsatt sikres faglig forankring i den enkelte spesialitet i daglig kontakt med klinisk arbeid.»

Den tredje høringsinstansen som eksplisitt går mot forslaget, *Norsk Pasientforening*, har blant annet uttalt:

«Norsk Pasientforening stiller seg i utgangspunktet negativ til forslaget om å oppheve Helseinspektatets adgang til å delegere godkjenningsmyndighet når det gjelder offentlig spesialistgodkjenning av helsepersonell. NP mener at spørsmålet om hvordan spesialistgodkjenningen av helsepersonell skal organiseres for å gi det beste grunnlag for god pasientbehandling, betinger en bredere debatt enn høringsnotatet gir. En diskusjon hvor spesialistgodkjenningen av helsepersonell skal forankres administrativt, bør komme etter at det er drøftet hvordan spesialistutdanningen skal knyttes opp til de kliniske utøverne av yrket.»

Videre fremheves det som en svakhet ved høringsnotatet at forslaget fremsettes uten diskusjon om hvordan det faglige kvalitetssikringsarbeidet som er inkludert i dagens ordning skal fortsette. Norsk Pasientforening understreker at en eventuell endring av godkjenningsordningen av spesialister fortsatt vil kreve en sterk faglig forankring i praksisfeltene.

I tillegg synes *Oslo universitetssykehus HF, Enheten Rikshospitalet* å ikke støtte forslaget nå, selv om dette ikke uttales eksplisitt. I høringsuttalelsen heter det blant annet:

«Rikshospitalet ser de prinsipielt uheldige sider ved dagens ordning vedrørende spesialistgodkjenning av helsepersonell, noe som understøtter forslaget om endret delegeringsordning. Endret delegeringsordning kan imidlertid, som det også fremgår av høringsnotatet, iverksettes uten den foreslåtte lovendring.

Det er svært viktig for Rikshospitalet at spesialistutdanningen fungerer kvalitativt godt og gjennomføres kostnadseffektivt. Dagens ordning har i det store og hele god kvalitet og god forankring i fagmiljøet og gjennomføres med betydelig innsats fra helseforetakene. Rikshospitalet vil derfor understreke behovet for at det foretas en full gjennomgang av spesialistutdan-

ningen, og at det foreligger en alternativ ordning for spesialistutdanningen som fungerer minst like godt som dagens, før en eventuell lovendring iverksettes. Helseforetakene og de medisinske fakultetene bør ha en sentral rolle i en slik gjennomgang.»

Endelig viser departementet til at et flertall (15 av 18) av medlemmene i *Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling* ikke har konkludert i saken, men isteden har påpekt enkelte momenter relatert til fagkvalitet som må ivaretas i en fremtidig organisering av spesialistgodkjenningen/-utdanningen. Det fremheves som en svakhet ved høringsnotatet at forslaget fremsettes uten diskusjon av hvordan det faglige kvalitetssikringsarbeidet som er inkludert i dagens ordning skal fortsette. Uavhengig av fremtidig ordning for godkjenning av spesialister, forutsetter Nasjonalt råd at spesialistutdanningskvaliteten og nivå sikres og videreutvikles, og at godkjenning av spesialister ikke endres til en rent byråkratisk ordning, men fortsatt sikres faglig forankring innenfor den enkelte spesialitet med daglig kontakt i klinisk arbeid.

6.4 Departementets vurderinger og forslag

De private yrkesorganisasjonene, og da i særlig grad Legeforeningen, har i årenes løp utført et stort og meget viktig arbeid når det gjelder spesialistutdanning, herunder selve godkjenningen av den enkelte spesialist.

Departementet varslet i *Nasjonal helseplan (2007-2010)* en gjennomgang av dagens utdanningssystemer, herunder å vurdere tiltak som kan bidra til at innholdet i legenes spesialistutdanninger står i forhold til helsetjenestens oppgaver og utfordringer, samt kravet om effektive utdanningsløp.

Behovet for en gjennomgang har vært erkjent lenge. Legenes spesialistutdanning sto sentralt i *St.meld. nr. 24 (1996-1997) Tilgjengelighet og faglighet – om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste*. Meldingen førte blant annet til etablering av Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling i 1999. Rådet leverte i 2001 en delrapport om fremtidig organisering av spesialistutdanning av leger. Her tas det blant annet til orde for at det er behov for en reorganisering av dagens utdanning.

Det kan anføres en rekke utviklingstrekk eller helsepolitiske avveininger som har betydning for hvordan dagens spesialistgodkjenningsordninger og spesialistutdanninger kan vurderes med hen-

blick på endringer. Flere av disse utviklingstrekkene eller avveiningene har også Legeforeningen tidligere påpekt overfor departementet eller Helsedirektoratet i ulike sammenhenger, samt i den forbindelse også kommet med forslag til endringer av spesialistutdanningsordningen. Departementet vil særlig fremheve følgende:

- Behovet for bedret samhandling mellom ulike grupper helsepersonell og ulike spesialiteter/specialiteter øker blant annet som følge av økt spesialisering i helsetjenesten. Det er behov for å vurdere hvordan legenes spesialistutdanning kan legge til rette for god samhandling, både ved å skape en riktig balanse mellom spiss- og breddekompetanse, og ved å gi leger nødvendig samhandlingskompetanse.
- Den demografiske og epidemiologiske utviklingen medfører endret behov for kompetanse. Eksempelvis vil andelen eldre i Norge øke kraftig etter 2010, noe som blant annet vil bidra til vekst i antallet krefttilfeller. Både i Norge og internasjonalt ser man dessuten allerede i dag en vekst i antallet indremedisinske øyeblikkelig hjelp innleggelser. Disse endringene medfører behov for breddekompetanse, for eksempel styrket kompetanse innen geriatri, aldersmedisin, onkologi og akuttmedisin. Sentrale spørsmål er om kompetansebehovene best ivaretas ved tilpasninger i eksisterende utdanninger, eller ved etablering av nye og endring i antall spesialiteter.
- Det er en økende erkjennelse av brukerperspektivets betydning for god kvalitet i helsetjenesten og det er grunn til å vurdere hvordan brukerne kan få innflytelse også i forhold til innholdet i spesialistutdanninger.
- Ny medisinsk og annen helsefaglig kunnskap og teknologi medfører endringer i arbeids- og ansvarsdelingen mellom spesialistene og mellom leger og annet helsepersonell. Dette gjør blant annet at grensene mellom fagfelt er blitt mer uklare. For eksempel har grensen mellom radiologi og kliniske spesialiteter endret seg som følge av intervensjonsmedisins utvikling. Fagfeltet intervensjonsmedisin omfatter blant annet laparoskopiske og minimalt invasive teknikker, intervensjonsradiologi og robot- og bildeveiledet kirurgi. Også grensen mellom sykehusspesialistenes og allmennlegenes ansvarsfelt har endret seg som følge av endringer i medisinsk kunnskap og teknologi. Dette skaper behov for en gjennomgang av de berørte spesialitetene, herunder en vurdering av behovet for nye spesialiteter.

- Rask medisinsk kunnskapsutvikling stiller krav til kontinuerlig oppdatering av legenes kunnskap. En kunnskapsbasert praksis krever kunnskap om vitenskapelig metode. Det har gjennom flere år vært diskutert hvordan dette best skal kunne integreres i spesialistutdanningen, herunder hvordan man skal kunne legge til rette for effektive fellesløp, der utdanningskandidatene både kan gjennomføre en spesialistutdanning og en forskerutdanning (doktorgradsarbeid), såkalt dobbeltkompetanse. Det siste kan være viktig for å rekruttere flere leger til forskning. Det er etablert et eget utdanningsløp for dobbeltkompetanse i psykologi og det er under oppstart et eget løp i odontologi, men dette kan også være et godt virkemiddel for å rekruttere flere leger til forskning.
 - Rask kunnskapsutvikling og teknologisk utvikling, samt hyppigere organisatoriske reformer, skaper behov for et dynamisk system innenfor spesialistutdanningen. Dette reiser blant annet spørsmål om det er ønskelig med etablering av formaliserte fag-/kompetanseområder i tillegg til formelle spesialiteter.
 - Den teknologiske utviklingen skaper nye muligheter i forhold til utdanning og undervisning, blant annet øker muligheten for desentralisert undervisning og for opplæring/ferdighetstrening ved hjelp av simulering.
 - De organisatoriske reformene i helsetjenesten har endret rammebetingelsene for utdanningen som skjer i praksisfeltet i helsetjenesten. Reformene har skjedd uten at betydningen for utdanningen har vært vurdert i tilstrekkelig grad. Med dagens regelverk vil ytterligere funksjonsendringer kunne medføre at flere sykehus, fremfor alt de mindre, mister status som utdanningsinstitusjoner. Dette vil være uheldig både fordi tjeneste ved små sykehus kan bidra til en annen kompetanse (mer breddekompetanse) enn tjeneste ved større sykehus, samt fordi dette kan svekke rekrutteringen til små sykehus og til allmennlegetjenesten i opptaksområdet. Behovet for å tilpasse legespesialistutdanningen til dagens og den ønskede struktur i helsetjenesten, herunder sykehusstruktur, er understreket blant annet i sluttrapporten til en bredt sammensatt arbeidsgruppe som har utredet lokalsykehusenes akuttfunksjoner. Denne rapporten ble overlevert Helse- og omsorgsdepartementet 20. mars 2007.
 - Internasjonalisering og økt migrasjon av helsepersonell krever harmonisering av regelverk mellom land. Det ble i 2007 gitt 1 007 spesialistgodkjenninger i Norge, hvorav ca. 40 % ble gitt til søkere fra andre EØS/EU-land. Et eksempel på EØS-regler med konsekvenser for Norge, er kravet om 3-årig veiledet tjeneste for å kunne praktisere for trygdens regning.
 - Flere av de regionale helseforetakene har gitt uttrykk for at de i felleskap med universitetene i større grad må få et helhetlig ansvar for spesialistutdanningen (herunder ivaretagelse av helhetlige utdanningsløp) – dvs. en regional utdanning supplert med nasjonale målbeskrivelser. Fra universitetene er det også gitt uttrykk for at de ønsker en sterkere rolle i spesialistutdanningen.
 - Forskriften om spesialistgodkjenning av helsepersonell gir «inntil nye regler er vedtatt og trer i kraft» visse overgangsbestemmelser som skal «gjelde så lang de passer», jf. forskriftens § 8. Disse overgangsbestemmelsene omfatter en rekke dokumenter fastsatt av Legeforeningen, der enkelte skriver seg helt tilbake til 1960-tallet. Dette tilsier at det kan være problematisk å overskue relevante rettsregler, slik at øvrige aktørers innflytelse, forutberegnelighet og rettssikkerhet kan utfordres. Forskriften må derfor gjennomgås, både med tanke på tekniske og materielle endringer.
 - Yrkesorganisasjonene for leger, tannleger og optikere er i dag gjennom godkjenningsordningen av spesialister gitt myndighet som i andre nordiske land ligger i den sentrale helseforvaltningen.
- Etter departementets oppfatning tilsier ovennevnte forhold at det nå er behov for en gjennomgang av spesialistutdanningen og godkjenningsordningen for spesialister.
- Legeforeningen er den største aktøren med hensyn til godkjenningsordningen for spesialister, både når det gjelder antall spesialister som årlig godkjennes, og antall utdanningsinstitusjoner og fagspesialiteter som omfattes av ordningen. Legeforeningen gir faglige råd til departementet om fagområder som kan godkjennes som egen spesialitet og gir innspill til regelverket for gjennomføring av spesialistutdanningen (spesialistreglene). Legeforeningen gir videre råd til Helsedirektoratet om godkjenning av utdanningsinstitusjoner. Legeforeningen er dermed en sterk premissleverandør i hele spesialistutdanningens organisering, struktur og innhold, noe som gir foreningen en relativ stor innflytelse på oppgaver som er et statlig myndighetsansvar og som i større grad også bør håndteres av statlige myndigheter.
- Mye av begrunnelsen for behovet for endring av den delegerte myndighetsutøvelsen i henhold

til helsepersonelloven § 53 er derfor knyttet til Legeforeningens engasjement på området. Selv om departementet nylig har hatt en omfattende gjennomgang av tannhelsefeltet, og lagt til rette for en rasjonell og hensiktsmessig spesialistutdanning på dette feltet, ønsker departementet likevel å inkludere spesialistgodkjenningsordningene for alle de tre personellgruppene i den foreslåtte lovendringen. Når Legeforeningen, Tannlegeforeningen og Optikerforbundet har fått delegert myndighet til å gi spesialistgodkjenning på sine områder, kan dette etter departementets oppfatning gi organisasjonene en for sterk innflytelse og kontroll på oppgaver som er, og bør være, et statlig myndighetsansvar. Ordningen kan slik sett påvirke helsemyndighetenes kontroll med utforming og organisering av spesialisthelsetjenesten.

Selv om dagens ordning i det vesentlige har fungert bra, er det slik departementet vurderer det prinsipielt uheldig å delegere offentlig myndighetsutøvelse til private yrkesorganisasjoner. Ikke minst gjelder dette på helseområdet hvor det er nødvendig med overordnet statlig styring for å ivareta hensyn av økonomisk, samfunnsmessig og helsefaglig art. En prinsipiell innvending mot dagens ordning er at den legger opp til en sammenblanding av å være faglig premissleverandør og fagforening. Den sykehusstrukturen vi har i dag motsvarer i stor grad legenes spesialiststruktur, noe som kan være problematisk sett i relasjon til påkrevde omorganiseringer og nye oppgave- og funksjonsfordelinger i helseforetakene og mellom helseforetakene og kommunene. Det kan derfor framstå som uheldig med yrkesorganisasjonenes dobbeltrolle både som faglig premissleverandør og fagforening.

Nye arbeidsformer og arbeidsdeling mellom sykehus, og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunenes helsetjenester, tilsier et sterkere grep fra helsemyndighetenes side også når det gjelder selve godkjenningen av spesialister. Ny kunnskap og teknologi medfører endringer i arbeids- og ansvarsdelingen mellom spesialistene, noe som også nødvendiggjør en vurdering av behovet for nye spesialiststrukturer. Det er gjensidig avhengighet mellom organisering av helsetjenesten og spesialistutdanningen, og da i særlig grad for legespesialistutdanningen. Etter departementets oppfatning bør derfor spesialistutdanningen av leger i størst mulig grad tilpasses og understøtte ønsket struktur i spesialist- og primærhelsetjenestene.

Departementet vil også vise til at et stort flertall av høringsinstansene har støttet lovendringsforslaget ut fra prinsipielle betraktninger om at det er

uheldig å delegere offentlig myndighetsutøvelse til private yrkesorganisasjoner. Departementet har i den forbindelse merket seg at en rekke av disse høringsinstansene likevel har understreket at den fremtidige spesialistgodkjenningsordningen ikke må bli en byråkratisk ordning med lang saksbehandlingstid og at fremtidig organisering av de ulike spesialistutdanninger må skje i nær kontakt med de kliniske fagmiljøene.

Legeforeningen har i sin høringsuttalelse påpekt at hverken spesialistutdanningen eller det omfattende system for behandling av søknader om spesialistgodkjenning, kan erstattes på en rask og enkel måte av noe myndighetsorgan i dag. I den forbindelse har foreningen uttalt at høy kvalitet på spesialistutdanningen er viktigere enn hvem som foretar den formelle godkjenningen av spesialistene, samtidig som det presiseres at alternativ modell bør være utredet før lovendringsforslaget fremmes.

Departementet vil til dette understreke at det i et fremtidig arbeid med organisering av ny spesialistgodkjenningsordning og gjennomgang av spesialistutdanningene, vil være nødvendig med et tett og omfattende samarbeid med blant annet aktuelle yrkesorganisasjoner, fagnettverk, de regionale helseforetakene og utdanningsinstitusjonene.

Som nevnt har Statens helsepersonellnemnd i sin høringsuttalelse påpekt enkelte sider ved dagens spesialistgodkjenningsordning og praktiseringen av denne som oppfattes som uheldige. Det er blant annet vist til at det i mange saker ikke treffes formelle avslagsvedtak, at avslagsvedtak ikke er begrunnet i henhold til forvatningsloven og at dagens regelverk er omfattende og uoversiktlig. Departementet vil i den forbindelse presisere viktigheten av at saksbehandlingen på dette feltet skjer i henhold til de krav som følger av forvaltningsloven. Departementet er videre enig i at dagens regelverk er så vidt omfattende og til dels uoversiktlig, at det kan være uheldig for ivaretagelse av den enkeltes krav på rettssikkerhet og forutberegnelighet. Dette er i seg selv momenter som underbygger behovet for en helhetlig gjennomgang av regelverket på feltet.

Departementet viser også til at en endring som den foreslåtte vil bringe den norske spesialistgodkjenningsordningen i samsvar med det som gjelder i de øvrige nordiske landene, nærmere bestemt at godkjenningsmyndighet legges til den sentrale helseforvaltningen.

Som nevnt har Legeforeningen i sin høringsuttalelse fremhevet at spesialistgodkjenningen i dag er offentlig idet det her er snakk om utøvelse av offentlig myndighet etter delegasjon, samt at

departementet per i dag har det overordnede ansvaret for spesialistutdanningen.

Departementet vil til dette bemerke at den myndighet som Helsedirektoratet i medhold av helsepersonelloven § 53 første ledd siste punktum har delegert til Legeforeningen, Tannlegeforeningen og Optikerforbundet, kan trekkes tilbake. Formelt sett vil det dermed ikke være behov for lovendring for å tilbakeføre godkjenningsmyndigheten. Departementet vil imidlertid påpeke at så lenge det av lovens § 53 fremgår at godkjenningsmyndighet kan delegeres til private yrkesorganisasjoner, så vil Helsedirektoratet formelt sett ha adgang til å foreta slik myndighetsdelegasjon. Etter departementets oppfatning er dette uheldig, idet det på prinsipielt grunnlag ikke er ønskelig med slik myndighetsdelegasjon. Slik departementet vurderer det bør lovreguleringen være i samsvar med den faktiske organisering som er ønskelig på området.

I dag er ansvaret etter helsepersonelloven når det gjelder utstedelse av autorisasjon og lisens, lagt til Helsedirektoratet. Direktoratet har delegert myndigheten til å tildele autorisasjon og lisens videre til sin underliggende instans, Statens autorisasjonskontor for helsepersonell, som er en offentlig instans etablert for dette formålet. Etter departementets oppfatning bør myndighetsutøvelse i form av utstedelse av offentlig spesialistgodkjenning, i likhet med utstedelse av autorisasjon og lisens til helsepersonell, utøves av offentlig myndighet.

Nasjonale forpliktelser i henhold til EØS-reglene bør ivaretas av et offentlig organ. Også dette tilsier at myndighetsutøvelse i form av utstedelse av spesialistgodkjenning bør utøves av offentlig myndighet.

For å tydeliggjøre at spesialistgodkjenningsmyndigheten skal være gjenstand for offentlig myndighetsutøvelse, og under henvisning til ovennevnte, foreslår derfor departementet at adgangen til å delegere myndighet til private yrkesorganisasjoner i henhold til helsepersonelloven § 53 første ledd siste punktum, oppheves.

6.5 Videre arbeid på feltet

6.5.1 Innledning

Dersom Stortinget vedtar den foreslåtte lovendringen, vil departementet legge opp til at den videre oppfølging skal skje i to faser. Den *første fasen* vil være å utrede hvordan fremtidig arbeid med spesialistgodkjenninger skal organiseres, jf. punkt 6.5.2. Den *andre fasen* vil innebære en bred gjennom-

gang av organiseringen av spesialistutdanningene. Det vil da også være behov for å revidere dagens spesialistforskrift og å gjennomgå Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling sett i forhold til framtidige behov for rådgivende organer på dette feltet, jf. punkt 6.5.3 og 6.5.4.

Departementet vil i samarbeid med blant annet Helsedirektoratet utrede dette. Endringene vil innebære en prosess som vil ta tid å gjennomføre og det vil være nødvendig med dialog og samarbeid med blant annet berørte yrkesorganisasjoner, utdanningsinstitusjoner og de regionale helseforetakene.

6.5.2 Organisering av spesialistgodkjenningsarbeidet og fremtidig saksbehandling av søknader om spesialistgodkjenning

Som nevnt i punkt 6.4 mener departementet at offentlig myndighet bør utstede offentlig spesialistgodkjenning, i likhet med myndighetsutøvelse i form av utstedelse av autorisasjon og lisens til helsepersonell. Etter helsepersonelloven er Helsedirektoratet gitt myndighet til å utstede autorisasjon og lisens og direktoratet har delegert slik myndighet videre til sin underliggende instans, Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH).

Dersom Stortinget vedtar at adgangen til å delegere spesialistgodkjenningsmyndighet til private yrkesorganisasjoner etter helsepersonelloven § 53 skal bortfalle, kan direktoratet velge enten selv å utføre denne myndigheten eller å delegere dette til en underliggende instans, og da mest naturlig SAFH. Slik departementet vurderer det kan gode grunner tale for at oppgaven med å gi spesialistgodkjenning i første omgang bør ligge i Helsedirektoratet. Etter at det er skaffet nødvendig praktisk erfaring om de ulike sidene ved utøvelsen av myndigheten på dette feltet, kan oppgaven eventuelt delegeres til SAFH. Ved å samle godkjenningsmyndigheten i et offentlig organ, vil man sikre en mer enhetlig forvaltningspraksis for spesialistgodkjenning av ulike helsepersonellgrupper.

Departementet vil imidlertid påpeke at iverksetting av en eventuell lovendring ikke vil kunne skje før Helsedirektoratet har bygget opp tilstrekkelig kompetanse på saksfeltet og etablert nødvendige saksbehandlingssystemer.

Departementet vil i samarbeid med blant annet Helsedirektoratet utrede hvordan fremtidig arbeid med spesialistgodkjenningssøknader skal organiseres. I dette arbeidet vil det være nødvendig med tett dialog og samarbeid med berørte yrkesorganisasjoner. De yrkesorganisasjonene som i dag

utøver myndighet i henhold til spesialistgodkjenningsforskriften har mange års erfaring med å vurdere enkeltsøknader om spesialistgodkjenning. Departementet ser at det blant annet vil være behov for kunnskapsoverføring fra yrkesorganisasjonenes spesialitetskomiteer til Helsedirektoratet.

Foreløpig ser departementet for seg at når det gjelder godkjenning av spesialister innenfor kontaktlinsetilpasning og innenfor odontologi, så bør vedtaket i ordinære saker kunne fattes av godkjenningsinstansen på bakgrunn av dokumentert avlagt eksamen. Når det gjelder legene må godkjenningsinstansen kunne gi godkjenning på bakgrunn av fremlagte attester, sjekklister, kursbevis, osv., samt bekreftelse på at tjenesten er gjennomført ved godkjent utdanningsinstitusjon. Det må i den forbindelse finnes sjekklister for hver enkelt spesialitet som søkers fremlagte dokumentasjon kan vurderes opp mot.

I henhold til ovennevnte vil det trolig bare være behov for å innhente sakkyndig råd når innsendt dokumentasjon er vanskelig å vurdere opp mot fastlagte kriterier for godkjenning eller ved vurdering av søknader fra personer med utenlandsk spesialistutdanning. Yrkesorganisasjonenes spesialitetskomiteer benyttes i dag til vurdering av enkelt-søknader før sentralstyrene fatter vedtak. Det bør vurderes hvorvidt denne kompetansen kan videreføres eller benyttes i den fremtidige organiseringen av spesialistgodkjenningsarbeidet.

Flere høringsinstanser har uttrykt bekymring for at den fremtidige spesialistgodkjenningsordningen skal bli en for byråkratisk ordning med lang saksbehandlingstid. Departementet vil i den forbindelse påpeke at godkjenning av den enkelte spesialist skal skje ved at det på bakgrunn av en individuell søknad fattes et enkeltvedtak i henhold til forvaltningsloven. De krav som loven stiller til saksbehandling, opplysning av saken, begrunnelse av enkeltvedtak og rett til å påklage et vedtak er viktige forutsetninger for å ivareta søkers retts-sikkerhet og vil også være førende for saksbehandlingen, herunder saksbehandlingstid. Det må forutsettes at godkjenningsinstansen har nødvendig kompetanse til å sikre god forvaltningspraksis.

Som nevnt vil departementet i samarbeid med blant annet Helsedirektoratet utrede hvordan fremtidig arbeid med spesialistgodkjenninger skal organiseres, dersom Stortinget vedtar den foreslåtte lovendringen. Endring av dagens spesialistgodkjenningsordning i tråd med lovforslaget, vil innebære en prosess som vil ta tid å gjennomføre og det vil være nødvendig med dialog og samarbeid med blant annet berørte yrkesorganisasjoner,

universitetene, høyskoler og de regionale helseforetakene. Departementet antar derfor at fra det tidspunkt Stortinget eventuelt har vedtatt lovendringen, vil det kunne ta ca to år før Helsedirektoratet kan overta spesialistgodkjenningsfeltet. En slik periode vil antagelig være nødvendig for å utrede fremtidig organisering, bygge opp tilstrekkelig kompetanse og etablere nødvendige saksbehandlingssystemer.

6.5.3 Gjennomgang av spesialistutdanningsfeltet og spesialistgodkjenningsforskriften

Av proposisjonens kapittel 4 fremgår at dagens offentlige spesialistgodkjenningsordning bare omfatter tre av de 29 helsepersonellgruppene som etter helsepersonelloven § 48 har rett til autorisasjon.

Som påpekt ønsker helsemyndighetene i sterkere grad styring med samhandlingen mellom det offentlige og de private yrkesorganisasjonene når det nå skal tenkes nytt i forhold til spesialistgodkjenning av helsepersonell. Dersom Stortinget slutter seg til lovendringsforslaget vil derfor departementet foreta en bred gjennomgang av organiseringen av spesialistutdanningen.

Flere høringsinstanser har i den forbindelse påpekt at spesialistutdanning må organiseres i nær kontakt med de kliniske fagmiljøene, noe som særlig fremheves som viktig i forhold til legene. Dette gjelder både i forhold til spesialitetsstruktur og faglig innhold i de ulike spesialitetene. Yrkesorganisasjonene har tradisjonelt hatt en sentral rolle i spesialistutdanningen av leger, tannleger og optikere. Spesielt legene som profesjon har en sentral og viktig rolle gjennom spesialistforeningene og Legeforeningen sentralt. Dette må sees i sammenheng med den betydning «mester-svenn» prinsippet har i gjennomføringen av utdanningene. Etter departementets vurdering er det faglige elementet så tungt at legenes fortsatte engasjement er nødvendig for å sikre kvalitet i utforming og gjennomføring av spesialistutdanningen.

Departementet vil understreke at det i et utredningsarbeid vil være nødvendig med et tett og omfattende samarbeid med aktuelle yrkesorganisasjoner, fagnettverk, de regionale helseforetakene, universitetene og høyskoler. I et slikt utredningsarbeid vil det også være nødvendig å involvere kommunalt nivå i forhold til de primærhelse-tjenestebaserte legespesialiteter og fylkeskommunalt nivå i forhold til tannhelsetjenester. Slik departementet ser det vil dette være avgjørende for å komme fram til utdanningsordninger, utdan-

ningsinnhold og en spesialisetsstruktur som har legitimitet innad i de ulike fagmiljøene. I den forbindelse vil departementet understreke viktigheten av å sikre at kompetanse og erfaring fra dagens spesialistutdanningsordninger blir benyttet i utredningsarbeidet slik at kvaliteten i spesialistutdanningene sikres. Det vil i dette utredningsarbeidet også bli foretatt en vurdering av fremtidige behov for eventuell etablering av rådgivende organer i arbeidet med å sikre kvaliteten på spesialistutdanninger.

Ved en gjennomgang av organiseringen av spesialistutdanningene vil det også måtte foretas en revidering av forskrift 21. desember 2000 nr. 1384 om spesialistgodkjenning av helsepersonell, som i dag kun regulerer godkjenning for personellgruppene optikere, tannleger og leger. Som påpekt ovenfor vil det være sentralt at det foreligger et regelverk der vilkårene for godkjenning av spesialistutdanninger er tilstrekkelig klare, slik at behovet for skjønsmessige vurderinger minimaliseres.

For de fleste av de andre helsepersonellgruppene eksisterer det dels omfattende tilbud om kompetanseheving, etter- og videreutdanning og spesialisering. Tilbudene kan være i regi av yrkesorganisasjoner, helseinstitusjoner eller utdanningsinstitusjoner, for eksempel i form av ulike etter- og videreutdanninger ved universitet, høyskole eller på fagskolenivå. Innholdet kan være fastsatt av egen yrkesorganisasjon, ofte under betegnelsen spesialistutdanning. Personell som har gjennomgått ulike utdanningsløp kan av sin yrkesorganisasjon få en bransjegendkjenning som spesialist innen et avgrenset fagområde. Dette helsepersonellet er imidlertid ikke offentlig godkjente spesialister i henhold til helsepersonelloven § 53.

Departementet er kjent med at flere andre personellgrupper ønsker å bli omfattet av den offentlige spesialistgodkjenningsordningen, dette gjelder blant annet psykologer, sykepleiere, fysioterapeuter og provisorfarmasøyter. Hvorvidt det skal innføres spesialistutdanning og offentlig spesialistgodkjenning for andre autoriserte helsepersonellgrupper utover dagens tre personellgrupper, vil bli vurdert ved en egen gjennomgang på et senere tidspunkt. Dette arbeidet vil måtte sees i sammenheng med nevnte gjennomgang av dagens spesialistutdanning og vil derfor måtte strekke seg over noe tid.

6.5.4 Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling

I proposisjonens punkt 4.6.3 er det vist til at Helse- og omsorgsdepartementet i mai 2004 etablerte en intern arbeidsgruppe for å vurdere mandatet for og sammensetningen av Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling. Arbeidsgruppen utarbeidet en evalueringsrapport som ble sendt på bred høring juni 2005. Rapporten omtaler foruten synspunkter på Nasjonalt råd, blant annet en framtidig organisering av spesialistutdanningen av leger, godkjenning av utdanningsinstitusjoner og godkjenning av den enkelte spesialist. I rapporten er det pekt på muligheten for at Nasjonalt råd i sin nåværende form nedlegges og at det etableres et statlig råd som har en rolle som kan overta en del av funksjonene som i dag er lagt til Nasjonalt råd.

I lys av den lovendring som departementet nå foreslår, vil det også bli foretatt en vurdering av Nasjonalt råds nåværende funksjon og oppgaver, sett i forhold til framtidige behov for rådgivende organer på dette feltet.

7 Økonomiske og administrative konsekvenser

7.1 Innledning

Den praktiske organisering og finansiering av det fremtidige utdannings- og godkjenningsarbeidet vil bli utredet nærmere dersom Stortinget vedtar lovendringen.

Overføring av myndighet til å gi *spesialistgodkjenning* til leger, tannleger og optikere til det offentlige, i stedet for at dette ivaretas av yrkesorganisasjonene til disse gruppene slik det gjøres i dag, vil få betydelige økonomiske og administrative konsekvenser. Kostnader knyttet til dagens spesialistgodkjenningsordning omfatter administrasjon, inklusiv innhenting av faglige råd om den enkelte søknad, rapportering, dataregistrering og kvalitetssikring, samt klagebehandling.

De økonomiske konsekvensene er synliggjort i det følgende ved at det for hver av de tre yrkesgruppene er anslått en kostnad ved dagens godkjenningsarbeid. De administrative konsekvensene er avhengig av hvilken modell man velger for fremtidens organisering av spesialistgodkjenningsordningen. En nærmere vurdering av økonomiske og administrative kostnader som følge av modellvalg, vil det derfor være naturlig å komme tilbake til dersom Stortinget vedtar lovendringen.

I tillegg til å oppheve adgangen for Helsedirektoratet til å delegere spesialistgodkjenningsmyndighet til private yrkesorganisasjoner, tar departementet som nevnt også sikte på en bred gjennomgang av organiseringen av *spesialistutdanningen*. En slik gjennomgang vil nødvendigvis også måtte berøre rollene til blant annet de regionale helseforetakene, utdanningsinstitusjonene og høyskolene. Økonomiske og administrative konsekvenser av endret organisering av spesialistutdanningene i sin helhet, er ikke vurdert i denne omgang. Dersom Stortinget vedtar lovendringsforslaget vil økonomiske og administrative konsekvenser ved ulike løsninger for organisering av spesialistutdanningen bli vurdert.

7.2 Optikere

Administrasjon av ordningen ivaretas av Optikerforbundet og består av en komité med tre personer. Antall søknader er ca. 50 pr. år. Søknadene bygger på gjennomgått og godkjent høyskolekurs og praksis, og antas ikke å innebære omfattende saksbehandling.

Departementet estimerer at oppgavene representerer ca. 0,2 årsverk. Inklusiv rapportering, dataregistrering og kvalitetssikring anslår departementet dagens kostnad til 0,2 million kroner inklusiv driftskostnader.

7.3 Tannleger

Administrasjon av ordningen ivaretas av Tannlegeforeningen og består av en komité med representanter for alle spesialitetene. Om lag 20-30 tannleger søker årlig godkjenning av spesialistutdanning fra Norge og utlandet. Søkertallet var høyere i 2007 etter innføring av tre nye spesialiteter i 2007. Søknadene bygger på gjennomgått og godkjent spesialistutdanning på 3-5 år ved universitetet, mappevurdering av kasuistikker mv.

Departementet antar at forberedende saksbehandling representerer ca. 0,2 årsverk, og at selve søknadsbehandlingen i komiteen på inntil 10 personer representerer ytterligere 0,2 årsverk. Inklusiv rapportering, dataregistrering og kvalitetssikring anslår departementet dagens kostnad til 0,5 – 1 million kroner, inklusiv driftskostnader.

Fra 2009 er gebyr til Tannlegeforeningen for spesialistgodkjenning fastsatt til 2500 kroner (1000 kroner for EØS-konverteringer). Dette innebærer gjennomsnittlig en årlig inntekt for Tannlegeforeningen på 50.000 kroner.

7.4 Leger

Administrasjon av ordningen ivaretas av Legeforeningen. Omfanget er i overkant av 1000 søknader pr. år inkludert EØS-konverteringer.

Søknadene bygger på gjennomgått tilstrekkelig godkjent spesialistutdanning på 4-8 år, hovedsaklig i klinisk tjeneste som lege under veiledning. Arbeidet omfatter koordinering og faglige råd fra den enkelte spesialitetskomité der det enkelte medlem uttaler seg om søknaden, dels ved e-post-kommunikasjon, dels i møter. Saken oversendes fra administrasjonen for vedtak i sentralstyret som kan få saken til fornyet behandling etter avslagsvedtak. Prinsipielle spørsmål vedrørende spesialistutdanningen drøftes i Legeforeningens spesialitetsråd og en årlig konferanse, og prinsipielle vedtak fattes i landsstyret.

Legeforeningen administrerer et kvalitets- og oppfølgingssystem i forhold til spesialistutdanningen. Dette omfatter årlig rapportering fra og regelmessige oppfølgingsbesøk med driftsenheter der spesialistutdanning foregår. Oppfølgingsbesøkene foretas av spesialitetskomiteens medlemmer.

Legeforeningen ivaretar oppdatert informasjon på hjemmesidene om vilkårene for spesialistutdanning og har etablert en database med opplysning om godkjente spesialister.

Ordningen er finansiert ved dekning av lønns- og driftsutgifter til sentraladministrasjonen og dekningsbidrag for administrative kostnader ved overføring av midler fra Legeforeningens videre- og etterutdanningsfond, jf. proposisjonens punkt 4.4.4. I tillegg utføres et betydelig arbeid desentralt av medlemmer i spesialitetskomiteene. Dette arbeidet utføres etter det departementet kjenner til i lønnet arbeidstid, samt ubetalt i legenes fritid.

I de årlige takstforhandlingene avsettes midler til foreningens utdanningsfond. Det antas at Legeforeningen bruker ca 15- 20 millioner kroner til administrative oppgaver i forbindelse med spesialistutdanningen. Dette omfatter også arbeid med selve utdanningsprogrammet, ikke bare godkjenningsordningen.

Departementet antar at Legeforeningens arbeid i forbindelse med spesialistutdanning av leger, herunder godkjenning av den enkelte spesialist, er i størrelsesorden 15 - 25 millioner kroner pr. år. I tillegg kommer verdien av legenes arbeid i arbeidstiden og ubetalt arbeid på fritiden. Verdien av dette er ikke beregnet.

8 Merknader til lovendringene

Til § 53

Sosial- og helsedirektoratet endret 1. april 2008 navn til Helsedirektoratet. I bestemmelsens *første, andre og fjerde* ledd foreslås derfor en rent teknisk endring i så måte.

I bestemmelsens *første* ledd foreslås fjerde punktum opphevet. Dette innebærer at Helsedirektoratets adgang til å delegere godkjenningsmyndighet til private yrkesorganisasjoner når det gjelder offentlig spesialistgodkjenning av helsepersonell, opphører.

Etter bestemmelsens første ledd er Helsedirektoratet tillagt myndighet til å gi autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning, samt myndighet til å gi rett til å utøve yrke som helsepersonell midlertidig i Norge uten norsk autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning. Tilføyelsen i første ledd av «*eller den det bemyndiger*», innebærer at Helsedirektoratet kan delegere denne myndigheten til underliggende organ. Myndighet er i dag delegert til Statens autorisasjonskontor for helsepersonell når det

gjelder å gi autorisasjon og lisens. Endringen innebærer at også det å gi spesialistgodkjenning kan delegeres til Statens autorisasjonskontor for helsepersonell dersom Helsedirektoratet ønsker det.

Tilsvarende tilføyelse i bestemmelsens *andre* og *fjerde* ledd innebærer at Helsedirektoratet også kan delegere myndighet til underliggende organ når det gjelder å nekte autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning i henhold til bestemmelsens andre ledd eller påleggelse av sakkyndig undersøkelse i henhold til bestemmelsens fjerde ledd.

Helse- og omsorgsdepartementet

tilrår:

At Deres Majestet godkjenner og skriver under et framlagt forslag til proposisjon til Stortinget om lov om endringer i helsepersonelloven.

Vi **HARALD**, Norges Konge,

stadfester:

Stortinget blir bedt om å gjøre vedtak til lov om endringer i helsepersonelloven i samsvar med et vedlagt forslag.

Forslag til lov om endringer i helsepersonelloven

I

I lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. skal § 53 lyde:

§ 53 Tildeling av autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning

Helsedirektoratet eller den det bemyndiger gir autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning mot nærmere fastsatt godtgjørelse. *Helsedirektoratet eller den det bemyndiger* gir også rett til å utøve yrke som helsepersonell midlertidig i Norge uten norsk autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning, jf. § 52 første ledd. Departementet kan i forskrift pålegge den enkelte utdanningsinstitusjon og andre med utdanningsansvar å gi autorisasjon for utdanninger der det ikke kreves praktisk tjeneste (turnustjeneste), jf. § 48 andre ledd *bokstav b*.

Helsedirektoratet eller den det bemyndiger kan nekte en søker autorisasjon, lisens, spesialistgodkjenning eller rett til å utøve yrke som helsepersonell midlertidig i Norge uten norsk autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning, hvis det foreligger omstendigheter som ville gitt grunnlag for tilbakekall etter § 57.

Vedtak etter bestemmelsens første og andre ledd er enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

Hvis det er grunn til å tro at tilbakekallsgrunn foreligger, kan *Helsedirektoratet eller den det bemyndiger* pålegge helsepersonell å underkaste seg undersøkelser som omtalt i § 60.

II

Loven gjelder fra den tid Kongen bestemmer.
