



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Statsråden

Helse- og omsorgskomiteen
Stortinget
0026 OSLO

Deres ref
2022/790

Vår ref
22/1103-

Dato
4. april 2022

Dokument 8:98 S (2021-2022) Representantforslag om å godkjenne leger utdannet i Danmark

Helse- og omsorgskomiteen har bedt om min vurdering av Representantforslag 98 S (2021-2022). Representantforslaget inneholder to konkrete forslag.

Representantforslag nr. 1:

«Stortinget ber regjeringen godkjenne læringsmål i LIS1 (lege i spesialisering) basert på oppnådd kompetanse i KBU (klinisk basisutdannelse). Leger utdannet gjennom KBU skal gis anledning til å søke direkte på LIS2/3 og gjennomføre manglende læringsmål i LIS1 i løpet av spesialistutdanningen.»

Det første forslaget innebærer at den danske praksisperioden KBU skal kunne telle som del av den norske spesialistutdanningen. Spørsmålet om KBU kan telle som del av norsk spesialistutdanning har vært problematisert av flere. Jeg har nylig redegjort for det aktuelle regelverket og myndighetenes handlingsrom i mine svar på spørsmål nr. 1090 og 1095 til skriftlig besvarelse fra stortingsrepresentantene Silje Hjemdal og Alfred Jens Bjørlo.

I disse svarene har jeg redegjort for hvilket handlingsrom vi har etter EØS-regelverket. Det er ingen EØS-rettslige hindre som stopper oss fra å telle KBU som en del av LIS1. EØS-regelverket har imidlertid regler om forskjellsbehandling. Dersom vi skal åpne for å telle KBU som del av LIS1, så kan ikke en slik ordning begrenses til kun KBU. Alle leger som er utdannet i EØS-området må få en tilsvarende mulighet til å få vurdert om praksisen som de har fullført som en del av grunnutdanningen, kan telle som en del av LIS1.

Jeg har i svarene mine redegjort for hvorfor dette vil være en dårlig løsning som i praksis vil føre til at vi ikke lenger kan opprettholde LIS1 som en første felles del av legenes spesialistutdanning:

- Det er uklart om det er mulig å skille mellom praksisperioder gjennomført etter graden cand.med. og praksisperioder som er fullført som en integrert del av cand.med.-utdanningen. Vi kan komme i en posisjon der vi må åpne for at alle EØS-utdannede kan sende inn søknad til direktoratet om å få fritak fra hele eller deler av LIS1 på bakgrunn av praksis tatt som del av grunnutdanningen.
- Dersom utenlandsutdannede gis fritak fra LIS1 på bakgrunn av praksiserfaring gjennomført under grunnutdanningen, vil det kunne bety at også norskutdannede leger må få en tilsvarende mulighet.
- Det vil være svært ressurskrevende for Helsedirektoratet å måtte behandle et stort antall søknader om fritak. Vi viser her til at om lag 1 150 leger, med stor variasjon i utdanningsbakgrunn, starter i LIS1-stilling hvert år.
- En slik situasjon vil kunne føre til at en betydelig andel, om ikke flertallet, av leger som får LIS1-stilling, også skulle hatt fritak for ulike deler av tjenesten. Dette ville vært svært krevende for tjenesten å forholde seg til og planlegge rundt, all den tid tjenesten i mange tilfeller er avhengig av arbeidskraften som LIS1-legene utgjør, spesielt i distriktene.
- En slik endring ville i praksis lagt betydelige skranker på utformingen av LIS1-ordningen og hvilke læringsmål som kan inkluderes, om vi fra norsk side må ta hensyn til hvilken praksiserfaring leger har med seg fra ulike medisinerutdanninger.
- En slik utvikling vil sannsynligvis ikke være bærekraftig og vil kunne tvinge fram en innholdsmessig omlegging eller avvikling av LIS1-ordningen.

Jeg minner om at det nylig har blitt gjennomført en større omlegging av spesialistutdanningen for leger. Det tok flere år å komme fram til den nye strukturen og organiseringen. Selve implementeringen, med overgang fra gammel til ny ordning, tok flere år, blant annet på grunn av behovet for ulike overgangsordninger.

Dersom vi ikke lenger kan opprettholde dagens ordning med LIS1 som første del av spesialistutdanningen, så vil dette også ha betydning for de øvrige delene av spesialistutdanningen. Følgene av representantenes forslag vil derfor kunne være at vi må igangsette en ny slik prosess. Dette vil ventelig skape usikkerhet og uforutsigbarhet både hos leger og i tjenesten. I tillegg vil en ny omlegging legge beslag på store ressurser hos alle aktørene som er involvert i spesialistutdanningen.

Som i svaret til stortingsrepresentantene, ønsker jeg å minne om at et av flere formål med å ha LIS1, er å sørge for at legespesialister som skal arbeide i Norge har erfaring fra og kjennskap til norsk kommune- og spesialisthelsetjeneste. Forslaget vil gå på bekostning av legenes kompetanse og kjennskap til norske helse- og omsorgstjenester. Selv om mange leger med utenlandsk utdanning, som del av sin grunnutdanning, har gjennomført praksisperioder på et høyt faglig nivå ved både sykehus og primærhelsetjeneste i aktuelle

utdanningsland, så vil ikke disse praksisperiodene gi legene erfaring og kunnskap om de norske helse- og omsorgstjenestene.

Forslaget vil også ha negativ påvirkning på legedekningen i landet. Det er viktig å huske at ordningen med LIS1-stillinger har en viktig funksjon for legerekuttering til distriktene, og at mange kommuner og sykehus er avhengige av LIS1-legene for å gi befolkningen et godt nok helsetilbud.

Regjeringen ønsker å opprettholde LIS1 som en første del av legenes spesialistutdanning. Jeg vil derfor anmode Helse- og omsorgskomiteen om å ikke gå videre med representantforslag nr. 1.

Jeg ønsker også å påpeke at Helse- og omsorgsdepartementet for tiden arbeider med flere tiltak som skal bidra til å bedre rekrutteringssituasjonen i kommunene.

Representantforslag nr. 2:

«Stortinget ber regjeringen automatisk godkjenne nyutdannede leger som har oppnådd cand.med-grad i Danmark, slik at det blir mulig å få legeautorisasjon etter endt utdanning og søke på LIS1 (lege i spesialisering) i Norge uten å ha gjennomført KBU (klinisk basisutdanning).»

I EØS-området finnes det i dag en felles ordning med automatisk godkjenning av grunnutdanningene i medisin. Denne ordningen er regulert i EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv, som er tatt inn i EØS-avtalen. Direktivet inneholder enkelte faglige og innholdsmessige minstekrav som alle grunnutdanningene i medisin i EØS-området må oppfylle. Ordningen fungerer slik at landene synliggjør hvordan de har bygget opp sine utdanninger, og hvilke diplomer og dokumentasjon som de utsteder til de uteksaminerte legene. Danske myndigheter har eksempelvis meldt inn at den danske grunnutdanningen består av fullført medisinsk embetseksamen og gjennomført KBU. Landene skal gi automatisk godkjenning, uten å vurdere innholdet i utdanningen, til de legene som kan legge fram de nødvendige diplomene og dokumentasjonen.

Representantforslaget innebærer i praksis at vi i Norge skal legge listen for automatisk godkjenning på et lavere nivå enn det som følger av den felles ordningen som gjelder for alle EØS-land. Som nevnt har EØS-avtalen regler om forskjellsbehandling, og vi har ikke adgang til å senke terskelen for automatisk godkjenning kun for de danskutdannede legene. En slik nasjonal ordning vil dermed måtte utvides til å også gjelde for medisinkandidater utdannet i de øvrige EØS-landene. Det er uklart hvordan vi fra norsk side skal kunne klare å innrette en slik ordning.

Ordningene som gjelder skal bidra til å ivareta pasientsikkerheten og kvaliteten i tjenesten. Jeg stiller meg undrende til at representantene ønsker å løse rekrutteringsutfordringene i allmennlegetjenesten ved at vi skal gi autorisasjon til medisinkandidater uten å vurdere om disse har tilstrekkelig kvalifikasjoner til å utøve yrket som lege. EØS-ordningen med

automatisk godkjenning gir oss en trygghet for at legene utdannet i EØS har kompetanse på et visst nivå. Dersom leger som ikke er omfattet av ordningen med automatisk godkjenning søker om autorisasjon i Norge, har vi i dag mulighet til å vurdere om utdanningen til de utenlandske legene er jevn god med de norske utdanningene. Dette er viktig, fordi både de norske og utenlandske utdanningene kan endre seg.

Ordningen som representantene foreslår, vil innebære at vi får redusert mulighet til å føre kontroll med kompetansen til legene som søker om autorisasjon i Norge.

Avslutningsvis ønsker jeg å vise til at alle de danskutdannede medisinkandidatene uten KBU som har søkt om autorisasjon i Norge, nå har fått autorisasjon. Det er derfor uklart hvilket problem representantene forsøker å løse, og hva som er formålet med forslaget. Gitt de negative konsekvensene av forslaget, og uklarhetene om det er mulig å følge opp, vil jeg tilråde komitéen å ikke gå videre med representantforslag nr. 2.

Med hilsen



Ingvild Kjerkol



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Statsråden

Helse- og omsorgskomiteen
Stortinget
0026 OSLO

Deres ref
2022/1174

Vår ref
22/1277-

Dato
4.april 2022

Dokument 8:128 S - Representantforslag om å sikre godkjenning av medisinerutdanning fra EU- og EØS-land i Norge

Helse- og omsorgskomiteen har bedt om min vurdering av Representantforslag 98 S (2021-2022). Representantforslaget består av følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen endre spesialistforskriften § 18 første ledd for å åpne for at leger som har gjennomført praktisk tjeneste i annet EU-/EØS-land, etter søknad og konkret vurdering av læringsmål kan få godkjent hele eller deler av den praktiske tjenesten som LIS1-tjeneste.»

Jeg vil først gjøre oppmerksom på at spesialistforskriften allerede åpner for at utenlandsk praksis gjøres tellende inn mot LIS1, som er første del av den norske spesialistutdanningen for leger. Det følger av § 32 at deler av spesialistutdanningen kan gjennomføres i et annet land i form av spesialistutdanning, praktisk tjeneste eller andre læringsaktiviteter. Helsedirektoratet kan etter søknad bekrefte at ett eller flere læringsmål skal anses som oppnådd.

Dette gjelder imidlertid bare praktisk tjeneste som er gjennomført *etter* fullført grunnutdanning i medisin. Dette betyr at for eksempel dansk KBU ikke er tellende som del av LIS1. Jeg antar det er dette siste kravet som representantene ønsker å endre.

Spørsmålet om praksis gjennomført som ledd i en grunnutdanning i medisin i et annet EØS-land kan telle som del av LIS1, har vært problematisert av flere. Jeg har nylig redegjort for det aktuelle regelverket og myndighetenes handlingsrom i mine svar på spørsmål nr. 1090 og 1095 til skriftlig besvarelse fra stortingsrepresentantene Silje Hjemdal og Alfred Jens Bjørlo.

I disse svarene har jeg redegjort for hvilket handlingsrom vi har etter EØS-regelverket. Det er ingen EØS-rettslige hindre som stopper oss fra å telle praksis gjennomført som ledd i en grunnutdanning i medisin i et annet EØS-land som en del av LIS1.

EØS-avtalen har imidlertid regler om forskjellsbehandling. Dersom vi skal åpne for å telle slik praksis som del av LIS1, så må en ordning omfatte alle leger som er utdannet i EØS-området.

Jeg har i svarene mine redegjort for hvorfor dette vil være en dårlig løsning som i praksis vil føre til at vi ikke lenger kan opprettholde LIS1 som en første felles del av legenes spesialistutdanning:

- Det er uklart om det er mulig å skille mellom praksisperioder gjennomført etter graden cand.med. og praksisperioder som er fullført som en integrert del av cand.med.-utdanningen. Vi kan komme i en posisjon der vi må åpne for at alle EØS-utdannede kan sende inn søknad til Helsedirektoratet om å få fritak fra hele eller deler av LIS1 på bakgrunn av praksis tatt som del av grunnutdanningen.
- Dersom man skulle gi utenlandskutdannede krav på fritak fra LIS1 på bakgrunn av praksiserfaring gjennomført under grunnutdanningen, vil det kunne bety at også norskutdannede leger må få en tilsvarende mulighet.
- Det vil være svært ressurskrevende for Helsedirektoratet å måtte behandle et stort antall søknader om fritak. Vi viser her til at om lag 1 150 leger, med stor variasjon i utdanningsbakgrunnen, starter i LIS1-stilling hvert år.
- En slik situasjon vil kunne føre til at en betydelig andel, om ikke flertallet, av leger som får LIS1-stilling, også skulle hatt fritak for ulike deler av tjenesten. Dette ville vært svært krevende for tjenesten å forholde seg til og planlegge rundt, all den tid tjenesten i mange tilfeller er avhengig av arbeidskraften som LIS1-legene utgjør, spesielt i distriktene.
- En slik endring vil i praksis legge betydelige skranker på utformingen av LIS1-ordningen og hvilke læringsmål som kan inkluderes, dersom vi fra norsk side må ta hensyn til hvilken praksiserfaring leger har med seg fra ulike medisinutdanninger.
- En slik utvikling vil sannsynligvis ikke være bærekraftig og vil kunne tvinge fram en innholdsmessig omlegging eller avvikling av LIS1-ordningen.

Jeg minner om at det nylig er gjennomført en større omlegging av spesialistutdanningen for leger. Det tok flere år å komme fram til den nye strukturen og organiseringen. Selve implementeringen, med overgang fra gammel til ny ordning, tok flere år, blant annet på grunn av behovet for ulike overgangsordninger.

Dersom vi ikke lenger kan opprettholde dagens ordning med LIS1 som første del av spesialistutdanningen, så vil dette også ha betydning for de øvrige delene av spesialistutdanningen. Følgene av representantenes forslag vil derfor kunne være at vi må igangsette en ny slik prosess. Dette vil skape usikkerhet og uforutsigbarhet både hos leger og i

tjenesten. I tillegg vil en ny omlegging legge beslag på store ressurser hos alle aktørene som er involvert i spesialistutdanningen.

Som i svaret til stortingsrepresentantene, ønsker jeg å minne om at et formål med å ha LIS1, er å sørge for at legespesialister som skal arbeide i Norge har erfaring fra og kjennskap til norsk kommune- og spesialisthelsetjeneste. Forslaget som fremmes vil gå på bekostning av legenes kompetanse og kjennskap til norske helse- og omsorgstjeneste. Selv om mange leger med utenlandsk utdanning har gjennomført praksisperioder på et høyt faglig nivå ved både sykehus og primærhelsetjeneste i aktuelle utdanningsland og som del av sin grunnutdanning, så vil ikke disse praksisperiodene gi legene erfaring og kunnskap om den norske helse- og omsorgstjenesten.

Forslaget vil også ha en negativ påvirkning på legedekningen i landet. Det er viktig å huske at ordningen med LIS1-stillinger har en viktig funksjon for legerekuttering til distriktene, og at mange kommuner og sykehus er avhengige av LIS1-legene for å gi befolkningen et godt nok helsetilbud.

Regjeringen ønsker å opprettholde LIS1 som en første del av legenes spesialistutdanning. Jeg vil derfor anmode Helse- og omsorgskomiteén om å ikke gå videre med representantforslaget .

Med hilsen



Ingvild Kjerkol