

Rapport LISKART-prosjektet

Kartlegging av spesialistutdanningen i Helse Nord

Hvordan skal vi sikre attraktive og smidige spesialiseringsløp med høy kvalitet for leger i Nord-Norge



Forord

Denne rapporten er resultatet av et omfattende kartleggingsarbeid med spesialistutdanningen i Helse Nord. Arbeidet har vært gjennomført som del av LISKART-prosjektet. Målet har vært å innhente informasjon om hva som skal til for å lykkes den nye spesialistutdanningen.

Arbeidet har involvert bred deltakelse fra alle sykehusforetakene i Helse Nord. Det har vært en nyttig prosess der mange har bidratt med verdifull innsikt og engasjement.

En stor takk til arbeidsgruppene fra helseforetakene, regionalt utdanningscenter (RegUt) og forum for LIS-utdanning for deres innspill og konstruktive bidrag gjennom hele prosessen. De lokale innspillene har vært avgjørende for å få frem et helhetlig bilde av dagens utfordringer med spesialistutdanningen i Helse Nord.

Takk også til kontinuerlig forbedring ved UNN som har bistått med metodikk og støtte underveis i arbeidet. Det har vært viktig for å systematisere og analysere utfordringene.

Ikke minst takk til de utdanningskoordinerende overlegene som har bidratt med solid faglig innsikt og bred oversikt til prosjektgruppen. Uten denne kunnskapen har det ikke vært mulig å få til dette arbeidet.

Rapporten synliggjør noen felles utfordringer i Helse Nord. For å lettere kunne ta fatt på tiltakene vi skal i gang med, er det også utarbeidet en regional handlingsplan som legger et godt grunnlag for videre samarbeid om en god og attraktiv spesialistutdanning i Helse Nord.

Bodø 23. september 2024

Anita Mentzoni-Einarsen, HR-direktør Helse Nord

Innhold

Forord	2
Ordliste/forkortelser	5
Sammendrag	7
1 Innledning	10
1.1 Mandat	10
1.1.1 Organisering	10
1.2 Metodikk	12
1.3 Om Rapporten	15
2 Resultater	16
2.1 Ledelse	16
2.1.1 Rekruttere og beholde	16
2.1.2 Prioritering av utdanningsoppgaver	20
2.1.3 Personalledelse og individuell oppfølging av LIS.....	22
2.1.4 Organisering og tid til utdanningsoppgaver.....	24
2.1.5 Mangel på kunnskap om ny spesialistutdanning	26
2.1.6 Arbeidsmiljø	27
2.1.7 Individuell utdanningsplan (IUP)	29
2.2 Læringsmiljø	33
2.2.1 Veiledning	33
2.2.2 Supervisjon.....	35
2.2.3 Rollemodeller	36
2.2.4 Kompetansevurdering.....	37
2.2.5 Utdanningsansvarlige overleger (UAO).....	39
2.3 Kompetanseoppnåelse	42
2.3.1 Læringsarenaer	42
2.3.2 Læringsaktiviteter	44
2.3.3 Kliniske læringsmål.....	46
2.3.4 Felles kompetansemål (FKM)	47
2.3.5 Kliniske prosedyrer.....	48
2.3.6 Fordypningstid	50

2.3.7	Simulering og ferdighetstrening	51
2.3.8	Kurs	52
2.3.9	Spesialiseringsperioder	54
2.4	Administrativ støtte.....	58
2.4.1	Kompetanseportalen	58
2.4.2	Koordinering spesialiseringerperioder.....	59
2.4.3	Mangel på føringer for behov for spesialiteter.....	62

Ordliste/forkortelser

FKM Felles kompetansemål. Læringsmål i spesialistutdanningen som er felles for alle spesialiteter.

Gjennomstrømningsstilling En stilling LIS i spesialiseringsperiode hos samarbeidsforetak får.

Helse Nord vs. Helse Nord RHF Når begrepet «Helse Nord» benyttes, menes hele foretaksgruppa, med alle helseforetakene inkludert det regionale helseforetaket. «Helse Nord RHF» betyr eieren, det regionale helseforetaket.

Hovedarbeidsgiver Det helseforetaket som LIS opprinnelig er ansatt i.

IUP Individuell utdanningsplan. En plan for gjennomføring av utdanningen for den enkelte LIS.

LIS 1-tjeneste En obligatorisk felles tjenestetid for alle leger som skal spesialisere seg i Norge. Den varer i 1,5 år (tidligere kalt turnustjeneste). I rapporten benyttes benevnelsen LIS 1 om leger som gjennomfører denne tjenesten.

LIS Forkortelse for lege i spesialisering. I rapporten brukes denne benevnelsen om lege i spesialisering som gjennomfører del 2 eller 3 av spesialistutdanningen.

LISKART Navn på prosjektet som har jobbet frem kartleggingen. Ledes av Helse Nord RHF.

LIS-koordinator Jobber administrativt i helseforetakene med å koordinere utdanningsløpene for LIS, herunder legge til rette for spesialiseringsperioder.

LUU Lokalt utdanningsutvalg. Alle helseforetakene har LUU i de ulike avdelingene/spesialitetene. Utvalget består som regel av minimum en overlege, en LIS og en lederrepresentant.

Overordnet samarbeidsavtale RHF-ene med tilhørende helseforetak har inngått en overordnet samarbeidsavtale som regulerer samarbeidet omkring spesialiseringsperiodene.

RegDig Regional kompetansetjeneste for digital læring. Fungerer som pådriver for digitalisering i utdanningene og deltar inn i tverrregionalt samarbeid om digital læring i spesialisthelsetjenesten.

RegSim Regionalt senter for simulering er underlagt RegUt. Fungerer som pådriver for å optimalisere simulering i helseforetakene. Deltar også inn i tverrregionalt samarbeid om simulering i spesialisthelsetjenesten.

RegSys Regional systemenhet. Ivaretar regionalt forvaltning av HR og lønssystemer, herunder Kompetanseportalen.

RegUt Regionalt utdanningscenter. Et regionalt senter for utdanning som driftes av RHF-et. Senteret jobber regionalt og tverregionalt for å etablere godt samarbeid om spesialistutdanning. Arrangerer blant annet nasjonale anbefalte kurs.

RUR Regionalt utdanningsråd. Det finnes et RUR for hver spesialitet i regionen. Rådet gir blant annet faglige råd og anbefalinger til helseforetakene, fagsjef/-direktør og RegUt om spesialistutdanning.

Samarbeidsforetak Et helseforetak som hovedarbeidsgiver inngår fagavtale med for å sikre oppfyllelse av kompetansemål som ikke kan oppnås hos hovedarbeidsgiver.

Spesialiseringsperiode Avgrensede perioder innenfor spesialistutdanningen, f.eks. seks måneder der kompetanse innenfor på forhånd avtalte læringsmål skal oppnås. I helseforetakene brukes begrepet først og fremst ved avtaler om opphold ved andre læringsarenaer. (Tidligere kalt gruppe 1- tjeneste).

UKO Utdanningskoordinerende overlege Foretaksovergripende stilling som skal bidra til overordnet koordinering og kvalitetssikring av LIS-utdanningen på tvers av alle spesialiteter.

UAO Utdanningsansvarlig overlege UAO skal være en pådriver og bidra til å videreutvikle læringsmiljøet og spesialistutdanningen i spesialiteten, samt være rådgiver for leder i utdanningsfaglige spørsmål. Alle helseforetakene har UAO i hver spesialitet.

Spesialistutdanning For å bli spesialist må en lege fullføre en spesialistutdanning i en av de 46 spesialitetene.

Sammendrag

LISKART er et regionalt prosjekt i regi av Helse Nord RHF som handler om kvalitet og kapasitet i spesialistutdanningen for leger. Denne rapporten dreier seg i all hovedsak om del 1 av prosjektet; kvalitet.

LISKART-prosjektet har i første del kartlagt utfordringer og forbedringsområder i spesialistutdanningen del 2/3. Formålet har vært å avdekke flaskehalsen for å sikre gode og effektive utdanningsløp. Arbeidet har benyttet kontinuerlig forbedringsmetodikk. Flaskehalsene omtales i arbeidet som forbedringsområder.

Kartleggingen har identifisert fire innsatsområder;

1. Ledelse
2. Kompetanseoppnåelse
3. Læringsmiljø
4. Administrativ støtte

Ledelse

Etter overgangen til ny spesialistutdanning har helseforetakene blitt utdanningsvirksomheter. Det innebærer et tydelig ledelsesansvar.

Overgangen til kompetansebasert utdanning oppfattes som et kvalitetsløft, men medfører en betydelig økning i ressursbruk som ikke er økonomisk kompensert.

Helseforetakene i Helse Nord tilfredsstill ikke alle forskriftskravene i ny spesialistutdanning. Mangelfull prioritering av spesialistutdanningen pekes på som en mulig årsak til disse avvikene. Det går utover oppfølgingen av kvalitet, utdanningskapasitet og progresjon. Dette er et ledelsesansvar som må forankres tydeligere i helseforetakenes toppledelse, og videre ned i lederlinjen.

Helseforetakene har gode forutsetninger for å lykkes med spesialistutdanningen. De fleste strukturene og rollene for utdanningen er på plass. Det handler om å ta dem i bruk.

Læringsmiljø

Flere har lyktes godt med å bygge gode læringsmiljøer for LIS. Disse miljøene preges av engasjerte ledere, veiledere og overleger som ivaretar LIS, og skaper et trygt og godt arbeidsmiljø.

Andre har ikke lyktes like godt. Kartleggingen tyder på at det er de samme som sliter med å rekruttere og beholde LIS. Det må etableres kultur og systemer som sikrer læring og erfaringsutveksling fra de som lykkes.

De utdanningsansvarlige overlegenes rolle (UAO) anses som viktige for at helseforetakene skal kunne lykkes med å bygge gode strukturer for kvalitet, kompetansevurdering og progresjon i spesialistutdanningen. Men UAO-rollene fungerer ikke godt nok i Helse Nord. Det er avgjørende at UAO har avsatt tid til å ivareta oppgavene, samt riktig kompetanse og motivasjon.

Kompetanseoppnåelse

Ledere, overleger, UAO-er og andre nøkkelroller som jobber med LIS, må ha god kunnskap om spesialistutdanning. Kartleggingen har avdekket kunnskapshull hos flere av disse rollene, men utfordringen synes å være størst hos ledere. Det resulterer i mangelfull oppfølging av LIS og uhensiktsmessig organisering av utdanningen. Som et minimum må leder som lager arbeidsplaner kjenne til forskriftens krav.

Vi må øke kompetansen innen veiledning og medisinsk pedagogikk blant overlegene som skal veilede og supervisere LIS. Det vil bidra til økt kvalitet på utdanningen.

Deltakelse på nasjonalt anbefalte kurs er en flaskehals av flere årsaker. Planlegging av når LIS-ene skal gjennomføre nasjonale kurs må forbedres. Kursene må inngå i Individuell utdanningsplan (IUP) og arbeidsplanene. Det er forholdsvis små grep som skal til for at dette skal bli bedre.

Spesialiseringsperioder hos samarbeidende helseforetak er for de fleste spesialitetene nødvendig, og noe mange LIS ser frem til. Helseforetakene erfarer at lange spesialiseringstidene bidrar til at enkelte LIS flytter permanent, fordi de er i etableringsfase med barn og familie når spesialiseringstiden gjennomføres. Kartleggingen har avdekket tilfeller av unødvendig lange spesialiseringstidene, sett ut fra hva kompetansen i læringsmålene som inngår i fagavtalen skulle tilsi. Dette må løses for å redusere lekkasjen av fremtidige spesialister ut av regionen.

Administrativ støtte

Systemstøtten i spesialistutdanningen i Helse Nord er ikke god nok på flere områder. Dette gjelder blant annet for individuell utdanningsplan (IUP) og oppfølging av LIS som skal i spesialiseringstid utenfor Helse Nord.

Det etterlyses tydeligere føringer for hvilke spesialiteter helseforetakene bør prioritere å lyse ut LIS-stillinger i. Det tar i snitt 10 år å utdanne en spesialist. Det er behov for langsiktig framskriving av utdanningsbehov og tydeligere føringer for hvilke spesialiteter helseforetakene skal utdanne. Dette behovet vil ivaretas av den andre delen av LISKART-prosjektet som har til hensikt å etablere system for fortløpende framskrivinger av behov innen alle spesialiteter.

Rekrutteringsutfordringene i Helse Nord utfordrer strukturene for spesialistutdanningen, særlig innen fagområder med høy vaktbelastning. Mangelen på spesialister og bruk av vikarer uten veiledningsansvar svekker utdanningskvaliteten,

spesielt ved lokalsykehus som må utdanne egne spesialister. En stabil kjerne av faste spesialister er avgjørende for å opprettholde en god spesialistutdanning.

1 Innledning

Utdanning av helsepersonell er en av fire hovedoppgaver for Helse Nord. Sykehusene er involvert på alle nivå i de mange ulike helsefaglige utdanningene, fra grunnutdanning til spesialistutdanning.

I 2019 trådte en ny forskrift for spesialistutdanningen for leger i kraft for del 2 og 3 av utdanningen. En vesentlig endring er at helseforetakene har blitt utdanningsvirksomheter og har fått et virksomhetsansvar for utdanningen. Helseforetakene skal sørge for å legge til rette for at utdanningen av spesialister skjer innen faglig forsvarlige rammer, og på en måte som sikrer tilstrekkelig kvalitet og gjennomstrømmning i utdanningsløpet. Implementering av den nye ordningens del 2 og 3 for spesialistutdanningen startet i mars 2019. De regionale helseforetakene har de siste årene jobbet med å kartlegge disse to delene av spesialistutdanningen. Adm. direktører i RHF-ene ble enig om følgende (AD-møte i 2021, ref. sak 18/2021:

AD-ene i RHF-ene vil sørge for kartlegging av LIS-utdanningen for alle spesialiteter i egen region. Det bes samtidig om at PO-/HR-direktørene sørger for en sammenstilling når alle regionene har fullført sine kartlegginger. Sammenstillingen legges frem for AD-ene i RHF-ene.

LISKART-prosjektet i Helse Nord ble etablert for å svare ut dette oppdraget.

1.1 Mandat

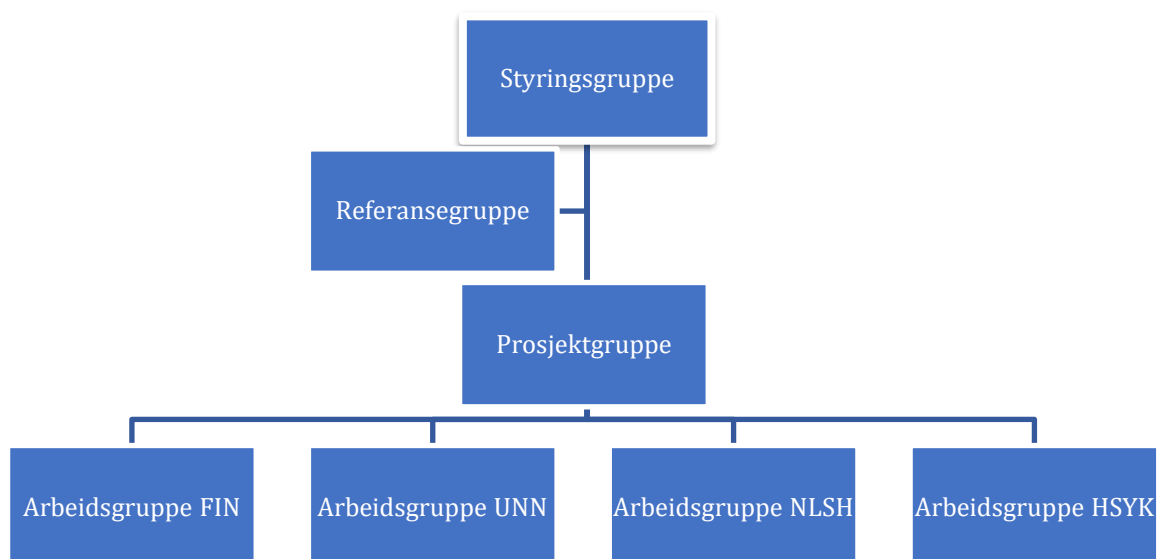
Hensikten med LISKART-prosjektet er å sikre tilstrekkelig utdanningskapasitet i de ulike legespesialitetene. Utdanningsløpene skal samordnes og harmoniseres regionalt for økt gjennomstrømmning og færre forsinkelser.

Prosjektet skal gjøre en kartlegging av dagens spesialistutdanning, vurdere fremtidige bemanningsbehov og foreslå riktig utdanningskapasitet.

LISKART-prosjektet er organisert med to faser. Del en handler om kartlegging av spesialistutdanningen og del to handler om å vurdere fremtidige utdanningsbehov. Denne rapporten fokuserer i all hovedsak på del en av prosjektet.

1.1.1 Organisering

Arbeidet har vært organisert som et prosjekt ledet av Helse Nord RHF ved HR- og organisasjonsavdelingen. Prosjektperioden ble ved oppstart av første fase satt til 1. oktober 2023 - 31. desember 2024. Prosjektorganisasjonen har bestått av en styringsgruppe, en arbeidsgruppe fra hvert helseforetak, en prosjektgruppe og en referansegruppe.



Styringsgruppe

Styringsgruppen har hatt fire møtepunkter i året og har bestått av:

Navn	Stilling
Anita Einarsen-Mentzoni	HR-direktør, Helse Nord, leder styringsgruppen
Geir Tollåli	Fagdirektør, Helse Nord
Kenneth Grav	HR-sjef, Finnmarkssykehuset
Gøril Bertheussen	HR-sjef, UNN
Kari Råstad	HR-sjef, Nordlandssykehuset
Trine Håjen Gretesdotter	HR-sjef, Helgelandssykehuset
Michael Strehle	Fagsjef Finnmarkssykehuset
Tove Skjelbakken	Forskning- og utdanningssjef, UNN
Marte Lødemel Henriksen	Fagsjef, UNN
Tonje Hansen	Fagsjef, Nordlandssykehuset
Arpad Totth	Fagsjef, Helgelandssykehuset
Gro-Marith Karlsen	Klinikkjef, medisinsk klinikk, Nordlandssykehuset
David Johansen (t.o.m. mai 2024)	Klinikkjef, medisinsk klinikk, UNN
Martin A. Øien Jenssen	Konserntillitsvalgt Akademikerne

Arbeidsgruppe

Hvert foretak har oppnevnt en arbeidsgruppe som har vært ledet av utdanningskoordinerende overlege (UKO) i hvert foretak. Arbeidsgruppene har vært bredt sammensatt bestående av tillitsvalgt, LIS-leger, LIS-koordinator, ledere, utdanningsansvarlige overleger (UAO) og UKO.

Arbeidsgruppene har gjennomført workshop og hatt møter for oppfølging av det foretaksvisе arbeidet med utvikling av tiltak.

Prosjektgruppe

Prosjektgruppen har bestått av prosjektleder, spesialrådgiver utdanning fra Helse Nord RHF og UKO fra hvert helseforetak.

Prosjektgruppen har jobbet tett sammen og har hatt møter hver 14. dag i prosjektperioden. Prosjektgruppen har bestått av;

Navn	Stilling
Trine Holmvåg	Prosjektleder, Helse Nord RHF
Halvor Hygen	Spesialrådgiver, Helse Nord RHF
Harald Sunde	UKO, Finnmarkssykehuset
Heidi Høifødt (deltok frem til feb. 2024) Lisa Joensen (fra feb. 2024)	UKO, Universitetssykehuset i Nord-Norge
Kristina Slåtsve	UKO, Nordlandssykehuset
Kristine Olaisen Talseth	UKO, Helgelandssykehuset

Referansegruppe

Referansegruppen har vært regionalt forum for LIS-utdanning. Prosjektgruppen har deltatt i dette forumet hver 14. dag

Navn	Stilling
Tina Mari Bruvoll	Seksjonsleder, RegUt
Hege Marte Hoe	Regional koordinator LIS, RegUt
Harald Sunde	UKO, Finnmarkssykehuset
Evy Adamsen	LIS-koordinator Finnmarkssykehuset
Heidi Høifødt (deltok frem til feb. 2024) Lisa Joensen (fra feb. 2024)	UKO, UNN
Hanna Skår Nerdal	LIS-koordinator, UNN
Kristina Slåtsve	UKO, Nordlandssykehuset
Ingrid Jørgensen	LIS-koordinator, Nordlandssykehuset
Kristine Olaisen Talseth	UKO, Helgelandssykehuset
Morten Forsjord	LIS-koordinator, Helgelandssykehuset
Halvor Hygen	Spesialrådgiver, Helse Nord RHF
Trine Holmvåg	Prosjektleder, Helse Nord RHF

1.2 Metodikk

Kartleggingen består av både kvalitative og kvantitative datainnsamlinger. I arbeidet med å analysere og sammenstille resultatene er kontinuerlig forbedringsmetodikk

benyttet som verktøy. Prosjektgruppen har hatt bistand fra kontinuerlig forbedring ved UNN i arbeidet med metodikk og analyser av resultatene.

Kartleggingen har pågått i perioden des 2023 til mai 2024.

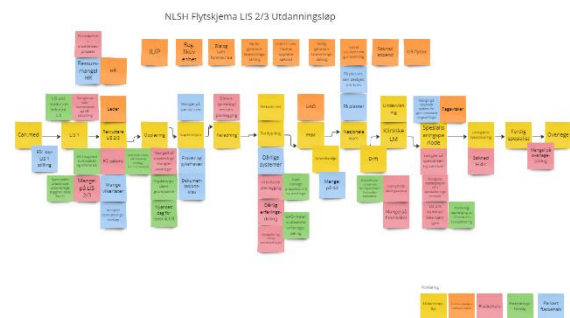
A. Strukturert gjennomgang av Helse Sør-Øst sitt arbeid

Prosjektgruppen gjennomførte en strukturert gjennomgang av Helse Sør-Øst sitt arbeid med *P/LIS-prosjektet*. Hensikt var å identifisere relevante problemstillinger for Helse Nord. Prosjektgruppen vurderte flere tiltak som aktuelle og har inkludert dem i arbeidet. Gjennomgangen har synliggjort at Helse Nord er kommet lengre i implementeringsarbeidet med ny spesialistutdanning, enn det Helse Sør-Øst var på deres kartleggingstidspunkt (2022). Flere av tiltakene utarbeidet i deres handlingsplan er allerede iverksatt i Helse Nord.



B. Foretaksvise workshops og utarbeidelse av flytskjema

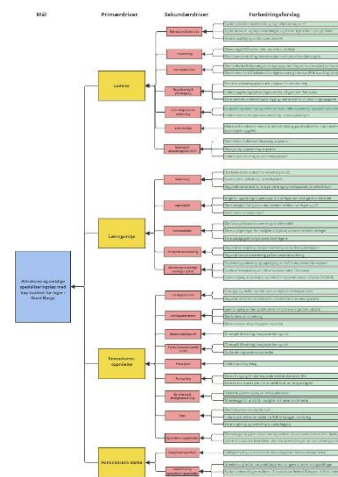
Hver arbeidsgruppe har gjennomført en kartlegging i eget foretak ved hjelp av forbedringsmetodikk. I Nordlandssykehuset og UNN ble det gjennomført fysiske workshops, mens i Helgelandssykehuset og Finnmarkssykehuset var disse workshopene digitale.



I workshopene har arbeidsgruppene tegnet opp utdanningsløpet i et flytskjema. Flytskjemaene viser sentrale områder i utdanningsløpene, opplevde flaskehalser og mulige løsningsforslag. Arbeidsgruppene har hatt møter i etterkant for å diskutere og bearbeide problemstillingene nærmere.

Møteaktiviteten i arbeidsgruppene har vært ulik ved foretakene. Utskifting av personell i UKO-stillingene har medført at det ikke har vært mulig å opprettholde like god kontinuitet i arbeidet ved UNN og Finnmarkssykehuset, som ved Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset.

C. Regionalt driverdiagram for spesialistutdanningen
 Prosjektgruppen har utarbeidet et [regionalt driverdiagram](#) for spesialistutdanningen i Helse Nord, med utgangspunkt i det foretaksvisse workshop-arbeidet. Driverdiagrammet viser de mest sentrale driverne for flaskehalsar og utfordringer. Driverdiagrammet viser også løsningsforslag som arbeidsgruppene og prosjektgruppen har jobbet fram.



Prosjektgruppen har definert følgende problemsstilling som arbeidet skal bidra til; *Attraktive og smidige spesialiseringssløp med høy kvalitet for leger i Nord-Norge.*

D. Regional spørreundersøkelse til LIS

Det er gjennomført en regional spørreundersøkelse til alle LIS 2/3 med utdanningsløp i Helse Nord. Spørsmålene tok utgangspunkt i områdene som ble avdekket i workshopene og ble utarbeidet av prosjektgruppen med innspill fra arbeidsgruppene.

Formålet med undersøkelsen var å verifisere om identifiserte (mulige) forbedringsområder opplevdes som relevante for LIS. Undersøkelsen var spisset mot noen utvalgte områder, men inkluderte likevel de fleste relevante problemstillinger i spesialistutdanningen (Se vedlegg 2).

Spørreundersøkelsen ble gjennomført i perioden 4.-24. mars 2024 i arbeidsplansystemet Gat. Alle LIS ansatt i Helse Nord mottok undersøkelsen, med unntak av LIS som var i spesialiseringsperiode utenfor Helse Nord i tidsrommet undersøkelsen pågikk. Dette skyldes at det ikke var teknisk mulig i Gat å sende undersøkelse til ansatte med ansattforhold utenfor Helse Nord. For fremtidige spørreundersøkelser til LIS bør en vurdere en annen teknisk løsning slik at også denne gruppen også kan motta undersøkelsen.

Det ble sendt to purringer på SMS og e-post for å øke svarprosenten. Svarprosenten fordeler seg slik mellom helseforetakene:

Helseforetak	Antall utsendte	Antall svar	Svarprosent
Finnmarkssykehuset	61	20	32,8 %
Helgelandssykehuset	54	22	40,7 %
Nordlandssykehuset	170	75	44,1 %
UNN	322	120	37,3 %

Selv om svarprosenten er under 50 %, vurderer vi resultatene som pålitelig ettersom dette er en undersøkelse til en spisset målgruppe der alle mottakere er relevante.

Undersøkelsen gir informasjon på foretaksnivå. Det har ikke vært mulig å fremstille informasjon på klinikknivå på grunn av det er utfordrende å ivareta anonymiteten med en så liten gruppe LIS. Undersøkelsen inneholder mange fritekstsvaer der LIS har gitt flere nyttige tilbakemeldinger. Noen av kommentarene inngår som sitater i denne rapporten.

E. Innspill fra referansegruppe og RegUt

Forum for LIS-utdanning har Teams-møter annenhver uke. Prosjektgruppen deltok i disse møtene og diskuterte flere av problemstillingene som har blitt adressert i kartleggingen, dette for å oppnå bredere forståelse og regional harmonisering av arbeidet underveis.

F. Prosjektgruppemøter

Prosjektgruppen har hatt faste møter annenhver fredag for å diskutere og følge opp kartleggingsarbeidet. Møtene har blitt brukt til å avstemme resultater fra kartleggingen og diskutere løsningsforslag. UKO-ene har også diskutert problemstillinger og løsningsforslag med egen arbeidsgruppe.

1.3 Om Rapporten

Resultatene fra kartleggingsarbeidet presenteres nedenfor.

Resultatene følger strukturen som er utarbeidet i forbindelse med prosessen med driverdiagrammet og bygger på identifiserte primær- og sekundærdrivere.

I rapporten beskrives arbeidsgruppene arbeid, spørreundersøkelsen til LIS (del 2/3) og prosjektgruppens arbeid. Rapporten bygger i stor grad på kvalitative tilbakemeldinger. Kartleggingen har hatt fokus på gjennomgående flaskehalser og problemstillinger som preger de fleste helseforetak i Helse Nord. Parallelt har det blitt jobbet frem forbedringsområder og forslag til løsninger.

Arbeidet har vist at spesialistutdanningen preges av svært mange drivere, hvor flere av dem avhenger av hverandre. Problemstillingene kan ikke ses isolert, men må settes i sammenheng med flere områder. Rapporten gir en oversikt over de mest sentrale utfordringsområdene, med forslag til aktuelle løsninger

2 Resultater

Nedenfor presenteres resultat fra kartleggingen. Resultatene baserer seg på tilbakemeldinger fra arbeidsgruppen og prosjektgruppen, spørreundersøkelse til LIS 2/3 og prosjektgruppens tilbakemeldinger.

2.1 Ledelse

Spesialistutdanningen er et ledelsesansvar. Helseforetakene har et virksomhetsansvar for å legge til rette for at LIS kan gjennomføre utdanningen i tråd med spesialistforskriften. Det innebærer at arbeidet med spesialistutdanning må være forankret i hele lederlinjen, fra toppledelse til nærmeste leder på alle nivåer.



2.1.1 Rekruttere og beholde

Sykehusene er avhengig av å rekruttere og beholde spesialister for å levere spesialisthelsetjenester, og være godkjente utdanningsvirksomheter. Det er utfordrende å rekruttere ferdige spesialister. Sykehusene må i all hovedsak utdanne spesialistene som trengs selv og oppgir at det nå også har blitt vanskeligere å rekruttere leger også til LIS 2/3- stillinger.

Rekrutteringsutfordringene er en underliggende problemstilling som preger handlingsrommet for spesialistutdanningen i Helse Nord. Samtlige arbeidsgrupper uttrykker bekymring knyttet til økt knapphet på søkere til LIS-stillinger.

Stillingsannonser

Flere arbeidsgrupper trekker frem at utlysningstekstene for LIS-stillingene ikke appellerer godt nok til leger som søker spesialisering. Tekstene mangler i mange tilfeller en tydelig beskrivelse av utdanningsløpet, og legger for mye vekt på "tradisjonell" markedsføring som natur og fritidsmuligheter. Arbeidsgruppenes oppfatning er at rekrutteringsarbeidet kan bli mer effektivt hvis stillingsannonsene legger større vekt på utdanningsaspektet ved stillingen.

Det er i stor grad HR-personell og enhetsledere som har ansvar for utforming av stillingstekstene. Arbeidsgruppene mener fagpersoner for den enkelte spesialitet, med god innsikt i utdanningsløpet, bør involveres for å vurdere hva som bør fremheves i annonsene. UAO er en naturlig rolle å involvere.

Mangelfull markedsføringsstrategi mot yngre generasjoner

En annen tilbakemelding er at helseforetakene mangler strategier for hvordan markedsføringen bør innrettes for å ivareta legene som er del av en yngre generasjon. Den yngre generasjonen innhenter mye informasjon på sosiale medier (SoMe)-plattformer som eksempelvis YouTube, Snapchat og Instagram. HR-rådgiver har pekt på at helseforetakene bør utarbeide en tydeligere markedsføringsstrategi som inkluderer

disse plattformene. Erfaringene er at stillingsannonseene alene ikke rekrutterer like godt i dagens arbeidsmarked.

Utforming av utdanningsplaner

Hver spesialitet skal ha en utdanningsplan som beskriver hvordan utdanningsløpet er organisert med hensyn til opplæring, gjennomføring, veiledning, læringsmål, læringsaktiviteter, supervisjon, spesialiseringsperioder osv.

Arbeidsgruppene fremhever at attraktive utdanningsplaner er viktig for å tiltrekke LIS, og peker på at utdanningsplanene har forbedringspotensial. Det er viktig å tenke gjennom hvordan utdanningsplanene kan gjøres faglig interessante og spennende under utarbeidelsen. I spørreundersøkelsen oppgir LIS at faglig interesse er den mest fremtredende motivasjonsfaktoren ved valg av spesialitet.¹ De faglige forholdene har trolig stor betydning for leger som søker LIS-stilling.

Spesialisingsperioder – rekruttere LIS «hjem» igjen

De aller fleste spesialisingsløpene innebærer en eller flere spesialisingsperioder ved et samarbeidsforetak, og/eller ved et annet sykehus i eget helseforetak, for å oppnå kompetanse i læringsmålene som ikke kan oppnås hos hovedarbeidsgiver.

Ved Finnmarkssykehuset og Helgelandssykehuset kan ingen spesialisingsløp fullføres i eget helseforetak. Alle LIS må gjennomføre spesialisingsperiode ved et samarbeidende helseforetak i perioder som varierer fra 6 til 36 måneder. Ved Nordlandssykehuset kan 5 av 32 utdanningsløp fullføres uten spesialisingsperiode, mens dette gjelder for 38 av 42 utdanningsløp ved UNN. De fleste spesialisingsperiodene varer over ett år, med en vanlig varighet på rundt 18 måneder. Spesialisingsperiodene gjennomføres som regel mot slutten av utdanningsløpet.

Erfaringene fra arbeidsgruppene viser at spesialisingsperioder av lengre varighet er en av årsakene til at LIS slutter hos hovedarbeidsgiver. Forklaringen, som har vært diskutert i LISKART-prosjektet, er at mange LIS er i en etableringsfase og ønsker å 'slå rot' samtidig som de gjennomfører spesialistutdanningen.

Kortere spesialisingsperioder (under ett år) løses ofte ved pendling, mens lengre spesialisingsperioder (over ett år) er mer krevende for LIS som har etablert seg med familie og barn. Noen LIS velger i slike tilfeller å flytte permanent.

I videre arbeid med å analysere turnover og sluttårsaker bør problemstillingen med spesialisingsperioder vies særskilt oppmerksomhet. Det bør også inngå som del av sluttsamtalene med LIS.

Enkelte av de mer erfarne legene argumenterer med at spesialisingsperioder har vært en del av spesialistutdanningen i alle år. De gir uttrykk for at «*dagens leger*» også må være fortrolige med denne delen av spesialistutdanningen. Yngre leger gir på den andre

¹ Vedlegg 1: Rapport fra spørreundersøkelse 2024 i Helse Nord. Vil du bidra til en bedre spesialistutdanning.

siden uttrykk for at det er viktig å anerkjenne at unge voksnes forventninger knyttet til familie og fritid har endret seg. Dette kom også frem i spørreundersøkelsen.

«Hele spesialiseringsperioden må legges om dersom en ønsker å få fremtidens leger til å gå med på dette. En har etablert seg ett sted med bolig, samboer i fast jobb og barn etablert i miljø i barnehage/skole. Så må en reise bort i 18-24 måneder for å jobbe på «gulvet», gå vakter, gjøre arbeidsoppgaver en gjør på sin nåværende arbeidsplass»

Det har vært et betydelig skifte i hvem den typiske legen er. Før var de fleste menn, mens nå er det flest kvinner som blir lege. I perioden 2003-2021 var 64 % av de uteksaminerte medisinstudentene ved Norges arktiske universitet i Tromsø (UIT) kvinner. Universitetene rapporterer at den kvinnelige andelen i dag har økt til nærmere 80 %.

Arbeidsgruppene rapporterer også at dagens LIS ønsker seg mer fritid for å ha tid til familie og fritidsaktiviteter. Dette bygger opp om en forståelse for at det er viktig å anerkjenne at dagens LIS har andre forventninger til arbeidshverdagen, hvis sykehusene i regionen skal lykkes med å rekruttere og beholde unge leger framover.

Spesialiseringstidene skal bidra til kompetanse i læringsmålene som LIS ikke får oppfylt i eget helseforetak, og er viktig for å skaffe erfaring og modning i faget. Det er verdt å merke at flere LIS ser frem til spesialiseringstiden. Prosjektgruppen mener det ikke bør være et mål i seg selv at alle spesialiseringstider kortes ned, men at det er behov for å se nærmere på om lengden og innholdet samsvarer med kompetansen som skal oppnås. Problemstillingen omtales nærmere under pkt. 3.9 i rapporten.

Arbeidsgruppene har pekt på at økonomiske støtteordninger for spesialiseringstidene ikke er tilpasset dagens bo- og levekostnader. Det medfører at enkelte LIS kvier seg for å gjennomføre spesialiseringstiden. Flere uttrykker at det er krevende å finne egnet bolig innenfor dagens støtteordning i flere av storbyene hvor spesialiseringstidene gjennomføres, eksempelvis Bodø, Tromsø, Oslo, Trondheim og Bergen².

Arbeidsgruppene rapporterer at oppfølgingen av LIS i spesialiseringstider hos et annet helseforetak til dels er mangelfull. Det fremheves at personlig oppfølging, for eksempel oppringing fra nærmeste leder og/eller veileder hos hovedarbeidsgiver, vil tydelig signalisere at LIS er ønsket tilbake etter fullført spesialisering. Prosjektgruppen mener at dette kan bidra til å rekruttere LIS tilbake etter endt spesialisering. Bedre økonomiske støtteordninger, som gjør det lettere for LIS å pendle hjem under

² Bokostnadsindeks, 2023 (<https://www.huseierne.no/huseiernes-bokostnadsindeks/>)

spesialiseringsperioden, vil også kunne motvirke at LIS avslutter arbeidsforholdet og etablerer seg et annet sted

Ivaretagelse av LIS1

Arbeidsgruppene peker på at LIS1-tjenesten er svært viktig for å rekruttere til LIS 2 og 3-stillinger. Sykehusene må jobbe mer helhetlig for å ivareta også LIS1 på en god og trygg måte, slik at de får en positiv opplevelse.

Sykehusene må gjennomgå og systematisk følge opp tilbakemeldingene fra den årlige LIS 1 undersøkelsen.

Anbefalte forbedringsforslag:

✓ Styrke samspillet mellom HR, fag og kommunikasjon i rekrutteringen av LIS

Stillingsannonsene må inneholde informasjon om utdanningsløpet, hvor læringsmålene oppnås og hvor eventuell spesialiseringsperiode(r) gjennomføres, i tillegg til annen relevant faginformasjon. Utdanningsplanene kan med fordel synliggjøres på helseforetakets webside, som kan fungere som landingsside for annonsen.

UAO kjenner utdanningsløpet i sin spesialitet. Det vil være naturlig å involvere UAO for å styrke det utdanningsfaglige fokuset i stillingsannonsene.

✓ Ivareta rekrutteringsperspektivet i utforming av utdanningsplaner

For å sikre attraktive og forutsigbare utdanningsløp er det viktig at utdanningsplanene er utformet på en oversiktlig måte, slik at LIS kan se hvordan utdanningsløpet er planlagt. Planene bør legge opp til gode løsninger med hensyn til gjennomføring av spesialiseringsperiode og rotasjoner mellom avdelinger/læringsarenaer. Leder har ansvar for å rekruttere LIS, og har god kjennskap til hvilke faktorer som kan styrke rekrutteringsarbeidet. Økt samarbeid mellom ansvarlige ledere og utdanningsutvalg i dette arbeidet kan bidra til mer attraktive utdanningsplaner.

✓ Tettere oppfølging av LIS fra hovedarbeidsgiver i spesialiseringsperioden

Tettere og mer personlig oppfølging fra ansvarlig leder hos hovedarbeidsgiver i spesialiseringsperioden vil trolig styrke LIS sin tilhørighet og ønske om å komme tilbake. Dette kan for eksempel være at leder eller veileder ringer LIS og sjekker hvordan spesialiseringsperiode går. Eller at LIS blir invitert til å delta på sosiale og faglige jobbarrangementer av betydning, der det lar seg gjøre.

Arbeidsgruppene mener det vil bidra til at LIS opplever seg ønsket tilbake, og øke sannsynligheten for at LIS returnerer etter endt spesialisering.

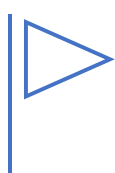
Oppfølgingen bør gjøres av nærmeste leder, i samarbeid med veileder.

✓ Styrket stipend- og bostøtteordning

En styrket stipend- og bostøtteordning kan redusere de økonomiske barrierene som enkelte LIS opplever i forbindelse med spesialiseringsperioder. Dette kan gjøre det lettere for LIS å fullføre spesialiseringsperioden uten forsinkelser i utdanningsløpet.

Bistand til å skaffe og finansiere barnehageplasser, eksempelvis gjennom et samarbeid med kommuner, bør også vurderes.

I oppsummeringer fra arbeidsgruppene kommer det fram at en styrket bostøtteordning, som også inkluderer dekning av hjemreiser, vil kunne være med å redusere den økonomiske barrieren.



2.1.2 Prioritering av utdanningsoppgaver

Utdanning er en av sykehusenes fire hovedoppgaver. Med ny spesialistutdanning og helseforetakene som utdanningsvirksomheter, er oppgaven blitt desto større. Det krever at helseforetakene setter av ressurser som tid, økonomi og personell til oppfølging av utdanningsoppgavene.

Samtlige arbeidsgrupper har uttrykt bekymring for at utdanningsoppgavene ikke gis tilstrekkelig prioritet for å kunne ivareta spesialistutdanningen. Dette gjelder både forskriftskrav og nasjonale anbefalinger. Eksempel på forskriftskrav som ikke har tilstrekkelig prioritet i dag er oppfølging av individuell utdanningsplan, veiledning, supervisjon, internundervisning og fordypningstid. Eksempler på anbefalte krav som ikke ivaretas godt nok i alle ledd er bruk av vurderingskollegium og kompetanseheving i pedagogikk og veiledning.

Kultur

Kartleggingen tyder på at det virker å ha etablert seg en forståelse og kultur for at «*sånn må det bare være*», som følge av tidspresset i arbeidshverdagen. Samtidig peker arbeidsgruppene på at problemet med manglende prioritet til å avsette nødvendige ressurser til spesialistutdanningen er økende. Det uttrykkes en bekymring for hvordan spesialistutdanningen vil ivaretas når helsetjenesten blir enda mer presset på kapasitet enn den er i dag.

Vaktbelastning

Tilbakemeldingene fra LIS 2/3 i spørreundersøkelsen understøtter bekymringen om at vedvarende høy vaktbelastning gjør det krevende å fullføre spesialistutdanningen innen normert tid. En rekke tilbakemeldinger omhandler at kurs må avlyses, det settes av lite tid til prosedyrer, supervisjon og veiledning som følge av høy arbeidsbelastning.

Høy arbeids- og vaktbelastning trekkes frem som en sentral flaskehals som påvirker progresjon i utdanningsløpet, i tillegg til at det oppleves demotiverende. Samtidig er det viktig å presisere at utdanningen skal foregå i driften, og ikke på siden av. Årsaken til at driften trekkes frem som en flaskehals dreier seg kanskje om at driften ikke gir

tilstrekkelig rom for utdanning, og oppgavene som må gjennomføres for at læringen skal bli god.

«Drift er største hinder for progresjon. LIS blir omplassert til vakt eller poliklinikk i stedet for prosedyrer. Prosedyrer gjøres av overleger for at det skal gå raskere. Gjør at det tar lang tid å samle volum og erfaring».

Mangel på struktur

Kartleggingen tyder på at helseforetakene ikke har klart å etablere gode nok strukturer som sikrer at forskriftskrav i ny spesialistutdanning ivaretas. Dette gjelder for samtlige helseforetak, med noen variasjoner mellom sykehusene.

Arbeidet kan høres omfattende ut, men rollene som trengs for å bygge en god spesialistutdanning finnes, eksempelvis UKO, UAO, LIS-koordinator og RegUt. Det handler om å faktisk ta i bruk rollene som allerede finnes, og sette dem i et system som er håndterbart.

Utdanningskoordinerende overlege (UKO)

UKO har en viktig rolle med å koordinere og sikre at spesialistutdanningen ivaretas på en god måte i helseforetakene. De sitter på kunnskap, kompetanse og deltar i flere regionale og nasjonale fora for å sikre kvalitet i utdanningen.

I Helse Nord er samtlige UKO-er plassert i faglinjen, mens spesialistutdanningen krysser ansvarsområdene til HR- og faglinjen. Det er viktig å være oppmerksom på dette, ettersom informasjon som berører spesialistutdanningen går i både HR- og faglinjen.

Samtlige UKO opplever at deres arbeid ikke er godt nok koblet på ledelse og utvikling av sykehusdriften. Dette gjelder for eksempel når det tas beslutninger om endringer i sykehusdriften, som får konsekvenser for spesialistutdanningen og godkjenningene helseforetaket har i ulike spesialiteter. Dette er spesielt sårbart i en tid med pågående, store omstillingsprosesser i helseforetakene og er en tilbakemelding som også rapporteres fra RegUt.

Det er gitt innspill på at UKO bør ha mulighet til å ta del i ledergruppemøter når saker relatert til UKO-arbeidet er på agenda. RegUt har videre gitt innspill på at UKO-stillingene med fordel kan plasseres i direktørens stab. Dette for å fungere mer

Utdannings- koordinerende overlege (UKO)

UKO-rollen er en foretaksovergripende funksjon som skal bidra til overordnet koordinering og kvalitetssikring av spesialistutdanningen. Stillingen ble innført 2019 i forbindelse med ny spesialistutdanning.

Samtlige helseforetak i landet innehar stillingen.

tverrfaglig og sikre overordnet lederforankring av det ansvaret helseforetakene har som utdanningsvirksomhet.

Prosjektgruppen mener det bør stilles krav om overlegekompetanse for UKO-stillingene. Dette for å sikre tilstrekkelig forståelse for spesialistutdanning. For å sikre oppmerksomhet og kontinuitet i arbeidet, bør helseforetakene tilstrebe ansettelse i 100 % faste stillinger i disse rollene.

Anbefalte forbedringsforslag:

✓ **Gjennomgå UKO-rollen**

Prosjektgruppen anbefaler at helseforetakene gjennomgår UKO-stillingenes rolle, ansvar og organisatorisk plassering. Det bør ses på hvordan UKO kan innlemmes bedre i lederlinjestrukturer for å ivareta virksomhetsansvaret som utdanningsvirksomhet og den rollen UKO-ene har med å koordinere dette ansvaret på tvers av sykehusforetakene i regionen.

✓ **Gjennomføre internrevisjon og etablere internkontroll med spesialistutdanningen**

Prosjektgruppen anbefaler at helseforetakene innfører internkontroll og internrevisjon av spesialistutdanningen, for å sikre at forskriften etterleves. Internrevisjon vil være et viktig ledd for å sikre kvalitet og tilstrekkelig prioritet tilknyttet dette utdanningsansvaret som er tillagt foretakene.



2.1.3 Personalledelse og individuell oppfølging av LIS

LIS har en forskriftsfestet rett til en individuell plan som skal være utarbeidet i et samarbeid mellom leder og LIS. Planen skal revideres regelmessig og ved behov. I tillegg er det krav om at helseforetaket tilrettelegger for at utdanningen kan skje etter planen.

Spesialistutdanningen har med andre ord nokså tydelige føringer for at utdanningsløpene skal være individuelt tilpasset, og ta hensyn til den enkelte LIS sine behov. I praksis innebærer det at nærmeste leder må ha jevnlig dialog med LIS om utdanningsløpet og progresjon. Utdanningsløpene bør preges av fleksibilitet. En klar tilbakemelding fra arbeidsgruppene og prosjektgruppen er at sykehusene er generelt sett for svak på den individuelle oppfølgingen.

Individuell tilpasning

Selv om LIS får tildelt en individuell gjennomføringsplan, er det det ikke ensbetydende med at dokumentet sikrer et tilpasset utdanningsløp. Arbeidsgruppene mener sykehusene må gå fra å fylle ut en individuell gjennomføringsplan, til *faktisk* individuell oppfølging og tilrettelegging. Planen bør eksempelvis ta hensyn til at LIS har ulik progresjon i oppnåelse av kompetanse og at familiesituasjonen kan kreve tilpasninger av blant annet spesialiseringsperioder. Oppfølging og justering av IUP er spesielt viktig i perioder med høyt arbeidspress og høy vaktbelastning. Nærmeste leder må ta føringen på oppfølgingen av LIS, og sørge for tett dialog med både LIS og veileder.

Enkelte arbeidsgrupper har gitt innspill på at det er personalpolitiske føringer i foretakene som oppleves som for rigide for god individuell oppfølging av LIS og dermed utgjør flaskehals.

Variasjoner

Kartleggingen tyder på at det er variasjoner mellom helseforetakene, og innad i helseforetakene på hvor godt de lykkes med individuell oppfølging av LIS.

Samtlige arbeidsgrupper trekker frem at det i enkelte miljøer er behov for å jobbe med lederskapet. Flere oppgir at det finnes ledere for LIS som oppleves å ikke inneha de personlige egenskapene, interessen og kvalifikasjonene som trengs for å være personalleder. Konsekvensene blir mangelfullt lederskap, uro i arbeidsmiljøet og mangelfull oppfølging av LIS. Prosjektgruppen mener det bør stilles tydelige krav til egnethet i lederrollen. Ledere som har utfordringer med lederskapet, må få tilbakemelding og veiledning.

Løsningsorienterte ledere

Det er viktig å trekke frem at enkelte avdelinger roses for å lykkes med individuell oppfølgingen. De kjennetegnes ved at de har løsningsorienterte ledere som er opptatt av dialog, fleksibilitet og kvalitet i utdanningen. Dette bidrar til trivsel, trygghet og arbeidsglede. Avdelingene har ofte et godt omdømme blant LIS. Det gjør at de lykkes med å beholde og rekruttere nye LIS.

«Har en svært synlig og løsningsorientert sjef. Da blir jeg også løsningsorientert».

Anbefalte forbedringsforslag:

✓ Ledere for LIS bør prioriteres for lederutviklingsprogram

Godt lederskap er nøkkelen til å lykkes med oppfølgingen av LIS. Ledere som trenger å styrke sitt lederskap bør prioriteres for lederutvikling i helseforetakene, med særlig vekt på ferdighetstrening. Ledere bør få tydelige forventninger til sitt lederskap og veiledning samt oppfølging i det lederskapet de utøver, tilpasset deres kontekst.

✓ Sikre individuell tilpasning med utgangspunkt i legens livssituasjon (livsfasetiltak)

Helseforetakene i Helse Nord tilbyr flere livsfasetiltak som skal bidra til at ansatte kan stå i arbeid gjennom ulike livsfaser, fra småbarnsforeldre til seniorer. Dette gjelder også for overleger og LIS.

Tiltakene bør videreutvikles og gjøres mer tilgjengelige for LIS og overleger. Eksempler på tilrettelegging kan være tidsbegrenset individuell arbeidstid og arbeidsoppgaver, kombinasjon av pensjon og arbeid, god overlapping, med mer.

Livsfasetiltak bør ligge til grunn for individuell tilpasning av legers utdanningsløp.



2.1.4 Organisering og tid til utdanningsoppgaver

[Spesialistforskriften § 22](#) stiller krav om at helseforetakene er pliktig til å legge til rette for at LIS skal kunne fullføre utdanningen og sørge for at utdanningen av spesialister i virksomheten skjer innen faglig forsvarlige rammer og på en måte som sikrer tilstrekkelig kvalitet og gjennomstrømning i utdanningsløpet. Dette innebærer blant annet at læringsaktiviteter og vaktplaner organiseres slik at det blir rom for gjennomføring.

Deltakelse på kurs og andre læringsaktiviteter må tilpasses arbeids- og vaktplaner, både for overleger og LIS. Det samme gjelder opplegg for veiledning og kompetansevurdering. Det må også tilrettelegges for nødvendig supervisjon av en mer erfaren lege, eller annet kvalifisert personell. Læringsaktivitetene må imidlertid tilpasses den daglige driften, slik at kvalitet, sikkerhet og ventetider ikke påvirkes negativt.

Mangelfull tilpasning av utdanningsoppgaver i arbeidsplanene

Signalene fra arbeidsgruppene, prosjektgruppen og spørreundersøkelsen er entydige: utdanningsoppgavene blir ikke godt nok ivaretatt! Arbeidstidsplanleggingen oppleves som urealistisk, da det ikke settes av tilstrekkelig tid til utdanningsoppgaver i arbeidsplanene. Dette gjelder for alle helseforetakene.

Mange enheter organiserer veiledning og vurderingskollegium ut fra når LIS og veileder har ledig tid, noe som ofte fører til at oppgavene utsettes eller bortfaller. Det settes heller ikke av nok tid i arbeidsplanene til LIS og overleger som har ansvar for supervisjon og veiledning, noe som spesielt går utover veiledning, fordypningstid og supervisjon.

Noen peker på at fravær og mangel på overleger fører til at driftsoppgaver må prioriteres foran utdanningsrelaterte oppgaver.

Enkelte LIS oppgir at de bruker fordypningstiden til å håndtere andre arbeidsoppgaver, som etterarbeid fra poliklinikken. Flere LIS peker også på at vaktarbeid ikke nødvendigvis gir optimal læring, og at høy vaktbelastning bidrar til forsinkelser i utdanningsløpet. Prosjektgruppen er imidlertid usikker på om dette er et riktig bilde. Drift og vakt er en sentral del av LIS-arbeidet, og flere læringsmål oppnås i vakt. Problemstillingen kan være aktuell for enkelte fagområder, og bør vurderes nærmere i de aktuelle fagene.

«Sykt godt arbeidsmiljø, litt lite gjennomtenkt og planlagt LIS forløp».

Et viktig budskap som flere fremhever, er at det ikke bør skilles mellom drift og utdanning, men heller skape rom for læring i driften. Ved å ta hensyn til utdanningsoppgaver i arbeidsplanene, kan spesialistutdanningen bli en integrert del av driften. Det er viktig å påpeke at LIS rapporterer om gode læringsmiljøer der det tilrettelegges for utdanning.

Mangelfull struktur på opplæring

Arbeidsgruppene og prosjektgruppen understreker behovet for å strukturere opplæringen av nyansatte LIS bedre, slik at de får tilstrekkelig opplæring og et felles verdigrunnlag. Mange opplever at opplæringen i dag er tilfeldig og lite strukturert. Dette er spesielt viktig for å sikre at LIS har tilstrekkelig vaktkompetanse før de settes opp på vakt.

«Ingen strukturert opplæring, for eksempel i pacemakerkontroller og ekkokardiografi, i hovedsak opp til meg selv å tilegne meg nødvendig kunnskap før rotasjon til aktuelle seksjon. Hadde vært nyttig med en form for praktisk innføring først».

Anbefalte forbedringsforslag:

✓ Sikre avsatt tid til utdanningsoppgaver i arbeidsplaner

Tid til utdanningsoppgaver må hensyntas i arbeidstidsplanleggingen for LIS, overleger, veiledere og UAO. Helseforetakene må følge Helsedirektoratet sine [nasjonale faglige råd for veiledning](#) og [kompetansevurdering](#) av leger i spesialisering, der det er utarbeidet. Der det ikke finnes nasjonalt anbefalte råd, må de enkelte fagområdene gjennomgå og vurdere konkret hvilke utdanningsoppgaver det må settes av tid til i arbeidsplaner.

Følgende oppgaver må hensyntas;

- Opplæring av nye LIS - ekstra tid de første ukene når LIS er ny
- Supervisjon – gjennomføres fortløpende i daglig drift
- Planlagt og systematisk veiledning – [Nasjonal anbefaling: Minimum 45-60 minutter hver fjerde uke](#)
- Systematisk kompetansevurdering (vurderingskollegium) – [ved innfrielse av læringsmål](#)
- Gruppeveiledning
- Internundervisning – [Spesialistforskriften § 24: 70 timer i året](#)
- Fordypningstid – 4 timer per uke
- Kurs – i henhold til gjeldende kurslister
- Ferdighetstrening og simulering (enkelte fag, eks. kirurgi, har omfattende krav)
- Oppfølging og revisjon av IUP – [hver 6. mnd.](#)

✓ Innføre opplæringsprogram for nyansatte LIS

Det bør etableres systemer som sikrer god opplæring og et felles faglig verdigrunnlag. Programmene bør dekke de viktigste områdene som LIS trenger å kjenne til, og kan strukturere ved hjelp av sjekklister eller digital systemstøtte i Kompetanseportalen. Helseforetakene bør vurdere om det er mest hensiktsmessig å gjennomføre opplæringsprogrammene avdelingsvis eller spesialisertvis. I tillegg bør det vurderes generelle introduksjonsprogram, med fadderordning som del av programmet. Her vil det nye digitale onboardingssystemet, Talmundo, som nå innføres i alle helseforetakene i regionen være et godt egnet som systemstøtte for dette formålet.



2.1.5 Mangel på kunnskap om ny spesialistutdanning

I den nye spesialistutdanningen har helseforetakene ansvaret for å tilrettelegge utdanningsløpet for LIS, i motsetning til tidligere da dette ansvaret lå hos LIS selv. Dette stiller større krav til oppfølging fra både foretaksnivå og fagmiljøer, som nå må bidra mer til veiledning, supervisjon og kompetansevurdering. Ansvarlige ledere må ha solid kompetanse på spesialistforskriften for å kunne følge opp IUP og LIS sin progresjon i utdanningsløpet. Mangel på kunnskap om spesialistutdanning i lederlinjen

Arbeidsgruppene peker på en generell mangel på kunnskap om spesialistutdanningen i hele organisasjonen, spesielt blant ledelsen. Dette kommer blant annet til uttrykk ved at gamle begreper fortsatt brukes, og at det eksisterer en oppfatning om at LIS selv har ansvaret for å organisere sitt eget utdanningsløp.

Det er flere eksempler på at LIS ikke får (IUP) innen en rimelig tid, at veiledning ikke tilrettelegges, og at LIS ikke får tilstrekkelig informasjon om hva de kan forvente i utdanningsløpet ved ansettelse.

Kartleggingen viser at kunnskapsmangelen ikke bare gjelder nærmeste leder og lederlinjen for øvrig, men også overleger som superviserer og veileder LIS, samt flere UAO-er. Mangel på kunnskap om spesialistutdanningen skaper utfordringer i ledelsens oppfølging av LIS og deres progresjon, noe som kan føre til forsinkelser i utdanningsløpet.

«5 år etter overgang til ny ordning er ledelsen her fremdeles ikke oppdatert på endringer, utdanningsløp og ansvar som leder».

Det er viktig at ledere og andre som har en rolle i å utarbeide arbeidsplaner har kunnskap om spesialistutdanningen, slik at de kan ta hensyn til tid og omfang av utdanningsoppgaver for LIS, UAO og veiledere.

Anbefalte forbedringsforslag:

✓ **Gi ledere og andre sentrale roller opplæring i ny spesialistutdanning**

Alle arbeidsgrupper har påpekt behovet for et kompetanseløft om spesialistutdanningen for ledere. Prosjektgruppen mener også at overleger som veileder og superviserer, bør få økt kompetanse om blant annet legers læring.

✓ **Innføre modul om spesialistutdanning/å lede LIS i lederopplæringen**

Arbeidsgruppene foreslår å inkludere en egen modul om spesialistutdanningen som en del av lederopplæringen og som et obligatorisk kompetansekrav i kompetanseportalen.

✓ **Gi UAO opplæring i spesialistutdanning**

UAO trenger nødvendig kompetanse for å utføre sine oppgaver. Det bør utarbeides og tilbys opplæringsmoduler, kurs eller andre kompetansehevende tiltak til alle UAO. De som allerede er i rollen, bør få dette som et kompetansekrav med tilhørende tilbud.

Opplæringen bør dekke kunnskap om spesialistutdanningen, forventninger til UAO-rollen og forståelse av legers læring.



2.1.6 Arbeidsmiljø

Arbeidsmiljøet er en viktig faktor for arbeidstakernes helse, spesielt den psykiske helsen. Ifølge rapporteringer fra Den norske legeforeningen (DNLF) opplever leger å ha en høyere arbeidsbelastning enn

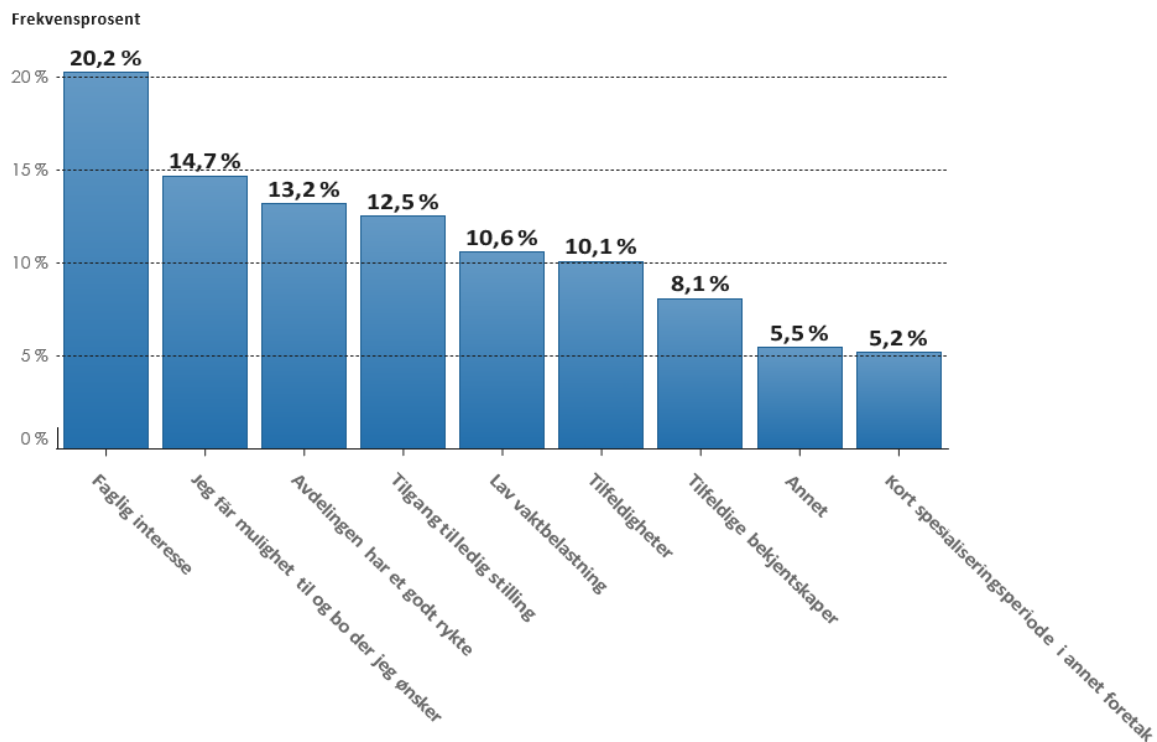
gjennomsnittet i norsk arbeidsliv.³ Fokus fra DNLF er at leger for å kunne tåle denne typen press over tid trenger et arbeidsmiljø preget av sosial støtte fra ledere og kollegaer, samt en følelse av trygghet.

Trygghet er en grunnleggende forutsetning for læring og for å skape et godt læringsmiljø. Psykologisk trygghet oppstår i et arbeidsmiljø hvor LIS føler seg komfortable med å stille spørsmål, gjøre feil og be om hjelp. Dette er spesielt viktig under vaktarbeid, der tidskrisiske situasjoner med alvorlig sykdom eller skade, samt hyppige samtidigskonflikter, kan oppstå.

LIS trenger trygghet

Gjennom arbeidet med LISKART-prosjektet har mange påpekt viktigheten av at både LIS og overleger må kunne føle seg trygge for å kunne håndtere krevende arbeidssituasjoner og ta riktige beslutninger best mulig. Noen mener at betydningen av trygghet er underkommunisert. Arbeidsgruppene påpeker også store variasjoner i evne til å skape trygge miljøer for dette på ulike organisatoriske nivå.

Alle arbeidsgruppene rapporterer at de opplever at arbeidsmiljøet har stor innvirkning på kvaliteten i utdanningsløpet, samt på ansvarlige lederes evne til å rekruttere og beholde LIS. Der det er et trygt og godt arbeidsmiljø er det lettere for LIS å be om hjelp og gi beskjed om feil eller forbedringsmuligheter. Dette er nært knyttet til arbeidet med pasientsikkerhet og meldekultur.



Figur 1 Hva inspirerte deg mest når du valgte spesialitet (LIS i Helse Nord)

³ Legeforeningen (2024). Arbeidsmiljø for leger i sykehus.

I spørreundersøkelsen til LIS 2/3 oppgir LIS at et godt rykte som rekrutterer er den tredje viktigste faktoren ved valg av spesialitet. Dette understreker hvor viktig et godt arbeidsmiljø er for LIS. Sosial støtte og trygghet bidrar til et inkluderende miljø som fremmer både læring og trivsel.

«Vi har en avdeling med flat struktur og god takhøyde, hvor alle kan komme med innspill og forslag. Selv om overleger er dårlig bemannet tar de seg som regel god tid til å hjelpe LIS som settes stor pris på. Det er lav terskel for å ringe bakvakt ved behov for hjelp på vakt. Det gode miljøet på jobb er en stor faktor til god trivsel hos oss».

God ledelse og et trygt, støttende arbeidsmiljø som ivaretar alle LIS inkludert LIS1 og overleger, er sannsynligvis det viktigste tiltaket for å oppnå en attraktiv spesialistutdanning med et godt omdømme.

Anbefalt forbedringsforslag:

✓ **Videreutvikle arbeidet med arbeidsmiljø og pasientsikkerhet i sammen (psykologisk trygghet)**

For å kunne dele erfaringer, tanker, bekymringer eller rapportere om feil, er det avgjørende at LIS opplever trygghet og føler seg fri til å si ifra uten risiko for at dette skal gi negative konsekvenser. Dette henger tett sammen med både arbeidsmiljø, kvalitet og pasientsikkerhet.

Det pågår et regionalt arbeid for å integrere fokuset på arbeidsmiljø med pasientsikkerhetsarbeidet i spesialistutdanningen. Det anbefales at det prioriteres tiltak som kan bidra positivt for LIS.



2.1.7 Individuell utdanningsplan (IUP)

Spesialistforskriften pålegger helseforetakene å utarbeide en IUP, i samarbeid med LIS. IUP skal beskrive hvordan utdanningsløpet skal gjennomføres. Ifølge § 25 i spesialistforskriften skal planen være individuelt tilpasset og oppdateres jevnlig. Helseforetaket har også plikt til å legge til rette for at utdanningen følger planen. Dette innebærer at spesialistutdanningen må tilpasses den enkelte LIS gjennom tett dialog med nærmeste leder.

IUP er et sentralt verktøy for oppfølgingen av LIS i utdanningsløpet. Den skal fungere som en fremdriftsplan og bidra til å prioritere og tilpasse utdanningsløpet til den enkelte LIS.

Mangelfull Individuell Utdanningsplan (IUP)

Det er i regionen ikke etablert en felles eller standardisert mal som fullt ut tilfredsstillende forskriftens krav til IUP. Det finnes to oppfølgingsverktøy i Kompetanseportalen som dekker deler av kravene: tildelte *læringsmålsplaner* i kompetansemodulen og *individuell gjennomføringsplan*.

1. *Læringsmålsplanene* er et digitalt verktøy som gir oversikt over hvilke læringsmål og aktiviteter LIS skal oppfylle. LIS registrerer læringsaktivitetene, og disse signeres fortløpende av supervisor eller veileder. Lederen godkjenner de fullførte læringsmålene.
2. *Individuell gjennomføringsplan* er et skjema i Kompetanseportalen som gir oversikt over når LIS skal i spesialiseringsperioder og hvilket samarbeidsforetak som er involvert. Planen tildeles automatisk i Kompetanseportalen og fungerer som et planleggingsverktøy for spesialiseringsperioder. Den er sentral i dialogen mellom nærmeste leder, LIS og LIS-koordinator ved innmelding til spesialiseringsperioder.

Disse verktøyene dekker imidlertid ikke oppfølging på flere viktige områder, som for eksempel planlegging av nasjonale kurs og hvilke læringsmål LIS skal fokusere på i ulike perioder. Dette fører til at kravene til individuell tilpasning av utdanningsløpet ikke blir godt nok ivarettatt. Tilbakemeldinger fra spørreundersøkelsen understøtter dette behovet for forbedring.

«Det finnes en utdanningsplan som sier når og hvor du skal være LIS 2, LIS 3 og hvor man skal ha gr. 1 tjeneste. Men dette er et dokument jeg opplever at vi sjeldent forholder oss til eller har noe eierskap ovenfor»

Spørreundersøkelsen til LIS 2/3 viser også at LIS ikke har et forhold til begrepet *IUP* men er kjent med begrepet *gjennomføringsplan* og læringsmålene i Kompetanseportalen. Tilbakemeldingene tyder på at de verktøyene som brukes til individuell oppfølging ikke fungerer i samsvar med intensjonen i forskriften.

«Det er ikke laget IUP, og det er lite snakk om dette, opp til hver enkelt kandidat å få ordnet dette selv, men ikke opplevd oppfølging rundt dette».

Arbeidsgruppene peker på at manglende kunnskap, blant ledere og veiledere, om bruken av IUP er en hovedårsak til at dette ikke fungerer tilfredsstillende i dag. Videre fremkommer det at det mangler en helhetlig mal for IUP. Dette gjør at ledere som skal planlegge og tilpasse utdanningsløpene til den enkelte LIS mangler helhetlige og gode verktøy for dette og at oppfølgingen dermed blir av variabel kvalitet

Et utdanningsløp kan inneholde flere hundre læringsmål som skal oppnås, noe som gjør det krevende å holde oversikt over forventet og faktisk progresjon. En IUP som revideres jevnlig vil gi bedre oversikt over LIS' progresjon for både LIS, veileder og nærmeste leder. På lengre sikt kan dette også gi helseforetaket verdifull styringsinformasjon om hvor langt LIS er kommet i sitt utdanningsløp.

Anbefalte forbedringsforslag:

✓ **Opprette en ny mal for IUP**

Dagens mal for IUP, *gjennomføringsplan*, ivaretar ikke alle kravene og behovene som spesialistforskriften stiller til en IUP. Det er nødvendig å utvikle en ny mal som oppfyller intensjonen i forskriften. Denne malen bør ivareta alle behovene for oppfølging av LIS, samtidig som den fungerer som et effektivt standardisert digitalt støtteverktøy for nærmeste leder.

✓ **Sikre faktisk individuell tilpasning av IUP**

Ledere, UAO, veiledere og LIS må få forståelse for formålet med en IUP. Det er også viktig at ledere får opplæring i hvordan planen kan brukes som et ledelsesverktøy for å følge opp utdanningsløpet til den enkelte LIS.

Et individuelt tilpasset utdanningsløp kan redusere belastningen for LIS ved å ta hensyn til deres livssituasjon. Bedre tilpasning av utdanningsløpet kan dermed bidra til en mer effektiv progresjon.

✓ **Sikre jevnlig oppdatering av planen**

Regelmessig oppdatering av IUP er avgjørende for at LIS skal få et tilpasset utdanningsløp. Det er også nødvendig for at LIS-koordinatoren skal være informert om endringer som påvirker den avtalte tiden for spesialiseringsperioden ved samarbeidsforetaket.

Ledere må sikre en god dialog med veiledere og gjennomføre jevnlig oppfølgingssamtaler med LIS, der behovet for oppdatering av IUP er et sentralt tema.

✓ **Innføre periodisering av utdanningsplanen**

Periodisering innebærer å organisere utdanningsplanen i avgrensede perioder, hvor hvert tidsrom har et spesifikt antall læringsmål som skal oppnås. Dette vil gi både LIS og ansvarlige ledere bedre oversikt over hvilken kompetanse som forventes på ulike tidspunkt i utdanningsløpet. En klar struktur kan hjelpe ledere, veiledere og LIS med å forstå forventet progresjon, noe som forenkler arbeidet med IUP og oppfølgingen av LIS.

I tillegg kan periodisering bidra til bedre styringsinformasjon hvor LIS er i utdanningsløpet.

Det er viktig at dette arbeidet inkluderer en gjennomgang som sikrer regional harmonisering av utdanningsløpet.

2.2 Læringsmiljø

Gode læringsmiljøer kjennetegnes av trivsel, godt samarbeid og dialog mellom overleger og LIS, anerkjennelse, oppmuntring og læring i støttende rammer.



2.2.1 Veiledning

[Spesialistforskriften § 25](#) stiller krav om at LIS skal ha tilgang til nødvendig veiledning fra kvalifisert lege. Veileder må være spesialist innen det aktuelle fagområdet og ha kompetanse i veiledningsmetodikk samt metoder for kompetansevurdering.

Veiledningen består av planlagte og regelmessige samtaler mellom LIS og veileder, hvor det settes av tid til hver økt. Jevnlige samtaler bidrar til å sikre progresjon i læringen og legger til rette for kontinuerlig vurdering av oppnådde læringsmål⁴.

I spørreundersøkelsen oppgir nær 98 % av de som har svart på undersøkelsen at de har fått tildelt veileder, noe som tyder på at flertallet har fått oppfylt dette kravet. Det finnes imidlertid noen få tilfeller der veiledning ikke har blitt etablert, trolig på grunn av at LIS nylig har startet i stillingen.

Prosjektgruppen og alle arbeidsgrupper understreker at veiledning er et viktig verktøy i oppfølgingen av LIS og utdanningsløpet. Likevel fungerer veiledningen ikke i samsvar med intensjonen fra Helsedirektoratet. Den viktigste årsaken er at det kan være utfordrende å finne tid til veiledning i en hektisk arbeidshverdag, noe som fører til at samtaler ofte blir utsatt. Dette fremkommer også i flere av de skriftlige tilbakemeldingene fra LIS i spørreundersøkelsen.

Veiledning

Helsedirektoratet anbefaler det settes av tid til veiledning minst hver fjerde uke, med en varighet på 45-60 minutter.

Veiledning er et essensielt pedagogisk verktøy i spesialistutdanningen som fremmer refleksjon mellom teori og praksis.

Veiledning utgår pga. drift. Mulighet til å forberede seg går ut p.g.a. drift».

Hovedårsakene til at veiledning ikke gjennomføres tilstrekkelig synes å være mangelen på avsatt tid i arbeidsplanene for LIS og veileder. Dette fører til at de må finne tid for veiledning i «tidsvinduer» i løpet av arbeidsdagen. Mangel på kunnskap om betydningen

⁴ Helsedirektoratet (2021) Faglige råd for veiledning av leger i spesialisering

Det påpekes også at mangel på kunnskap om betydningen av veiledning, samt hvor ofte den bør gjennomføres, bidrar til at veiledning ikke prioriteres i arbeidsplaner og drift. Dette er et ledelsesansvar.

Felles kompetansemål (FKM) krever at LIS skal besitte gode ferdigheter i veiledning og supervisjon. I Helse Nord løses dette ved at LIS og overleger deltar på lokale veilederkurs. Imidlertid opplever sykehusene utfordringer med å gjennomføre disse kursene på grunn av mangel på kvalifiserte kursholdere. UNN har ingen kursholdere, mens Finnmarkssykehuset og Helgelandssykehuset har én kursholder hver. Nordlandssykehuset har flere kursholdere og har bistått Finnmarkssykehuset ved en anledning. Den nåværende tilgangen til kursholdere er sårbar.

Prosjektgruppen mener at veiledningskompetansen får for lite oppmerksomhet og ikke er tilstrekkelig systematisert. Mange overleger og LIS trenger å styrke sin veiledningskompetanse for å heve kvaliteten på utdanningen.

Det er etablert et regionalt veiledernettsverk, men tilbakemeldingene fra UKO-ene viser lav interesse blant legene for å delta.

Anbefalte forbedringsforslag:

✓ **Avsatt tid til veiledning i arbeidsplaner**

Det må settes av tid i arbeidsplanen for veiledningssamtale på 45-60 minutter hver måned for LIS og veileder.

✓ **Ta i bruk beste-praksis anbefalinger for veiledning av LIS.**

Helsedirektoratet har utarbeidet [Nasjonale faglige råd](#) for veiledning av leger i spesialisering. Disse rådene inneholder nyttige tips og retningslinjer for å sikre vellykket veiledning. Det anbefales at helseforetakene i større grad tar disse rådene i betraktning i sin veiledningspraksis. Et tiltak kan være å legge det inn som et obligatorisk kompetansekrav til alle ansvarlige ledere og overleger i Kompetanseportalen.

✓ **Utvikle et regionalt samarbeid om veiledningskompetanse**

Det nåværende regionale nettverkssamarbeidet om veiledning bør styrkes. Det er nødvendig å utarbeide et nytt mandat som i større grad forplikter helseforetakene til samarbeid. Mandatet bør inkludere fokus på samarbeid på oppbygging av veiledningskompetanse og gjennomføring av veilederkurs.

Det anbefales å utarbeide en regional kompetansetrapp basert på en "Train-the-Trainers" (TTT) modell for oppbygging av veiledningskompetanse. Dette vil bidra til å systematisere arbeidet og øke harmoniseringen av veiledningskompetansen i regionen.

Videre bør helseforetakene vurdere rekrutteringstiltak for å sikre tilstrekkelig veiledningskompetanse. Samarbeid med medisinstudenter ved UiT kan også vurderes nærmere for å øke kapasiteten, i tråd med de [nasjonale rådene](#) fra Helsedirektoratet.



2.2.2 Supervisjon

Supervisjon handler om å bistå, gi råd og vurdere LIS i konkrete arbeidssituasjoner, med mål om å fremme læring. En supervisor er en erfaren lege eller annen relevant fagperson. Selv om det ikke er spesifisert hvor ofte supervisjon skal forekomme, er det avgjørende for en god spesialistutdanning at LIS har tilgang til kontinuerlig supervisjon. Helsedirektoratet har [utarbeidet nasjonale faglige råd om supervisjon](#).

Ifølge spørreundersøkelsen til LIS 2/3 oppgir 82 % av respondentene at de enkelt kan få hjelp fra erfarne kolleger i hverdagen. I tillegg rapporterer 54,7 % at de får gode, konstruktive tilbakemeldinger gjennom supervisjon.

Det er imidlertid flere som opplever mangelfull supervisjon (11,6 %) enn de som finner det vanskelig å få hjelp fra kolleger (2,9 %). Dette indikerer et potensial for å forbedre kvaliteten på supervisjonen ytterligere.

Tilbakemelding fra arbeidsgruppene tyder på at en presset arbeidsdag kan redusere kvaliteten på supervisjonen. Dette fremkommer også i tilbakemeldingene fra LIS.

«Behov for mere dybdegående supervisjon, blir ofte for overfladisk pga. travelhet blant overlegen eller fordi man selv har for travelt på poliklinikken. Burde være avsatt en overlege som bare bruker tid på supervisjon og evt. henvisninger derimellom. Behov for mere tid pr. pasient på poliklinikken som LIS, bør ikke være samme som overlegene».

Prosjektgruppen anser supervisjon som en bærebjelke i spesialistutdanningen, da det er essensielt for å sikre kvalitet og trygghet både i utdanningen og i pasientbehandlingen. God supervisjon er et avgjørende tiltak for å stabilisere og rekruttere LIS.

For å lykkes med supervisjon er det nødvendig med gode rollemodeller. Det bør etableres en kultur der alle overleger aktivt bidrar til kvalitetsfull supervisjon.

Anbefalte forbedringsforslag:

✓ Sikre opplæring i supervisjon til leger som superviserer LIS

Overleger trenger økt kompetanse i supervisjon. Det anbefales å etablere et regionalt samarbeid for å sikre en felles standard i regionen på dette. Dette bør samordnes med utviklingen av en kompetansetrapp for veiledning.

✓ Tilrettelegge for løpende supervisjon

For å lykkes med supervisjon er det viktig å skape arenaer som gir den nødvendige tiden for overleger til å veilede LIS. Arbeidsplaner og ressurser må organiseres slik at LIS og erfarne leger kan samarbeide for erfaringsutveksling og deling av taus kunnskap.

Fysisk nærhet mellom overleger og LIS, både i tid og rom, er avgjørende for å legge til rette for kontinuerlig supervisjon. Fysiske møtepunkter, som morgenmøter, avdelingsmøter og internundervisning, er viktige for å bygge tillit, fremme gode rollemodeller og skape et trygt læringsmiljø.



2.2.3 Rollemodeller

Jevnlige tilbakemelding på utførelsen av både faget og legerollen er en viktig del av spesialistutdanningen. Begrepet "mester-svenn" har tradisjonelt blitt brukt for å beskrive hvordan erfarne leger fungerer som rollemodeller og læremestre for sine mindre erfarne kolleger. I de senere årene har begrepene supervisjon og veiledning fått mer fokus i denne konteksten, noe som også reflekterer LIS sitt ansvar for å tilegne seg nødvendig kunnskap.

Prosjektgruppen understreker at begrepet "rollemodell" er viktig å bevare, spesielt i sammenheng med supervisjon fra overleger. Overleger gir ikke bare faglig supervisjon i pasientbehandling, men fungerer også som rollemodeller for etiske holdninger, kommunikasjon og samarbeid med andre yrkesgrupper.

Leger som gir konstruktive tilbakemeldinger oppfattes som gode rollemodeller og læremestre. Det er derfor avgjørende at overleger er bevisste på hvordan de kan fungere som positive forbilder for LIS.

LIS fremhever også hvor mye de setter pris på muligheten til å tilbringe tid sammen med erfarne leger.

«Til tider hektisk, men svært spennende og givende. Godt læringsmiljø med erfarne kolleger som stiller opp og støtter».

Anbefalte forbedringsforslag:

✓ Økt fokus på overlegens betydning som rollemodell

Overleger må være bevisste på sitt ansvar som gode rollemodeller for LIS. Fokus på dette ansvaret bør innlemmes i opplæringen i supervisjon for overleger.

✓ Sikre pedagogisk kompetanse blant legene

Leger som veileder, supervisorer og følger opp LIS i utdanningsløpet trenger økt pedagogisk kompetanse. Medisinsk pedagogikk er et raskt voksende forskningsfelt som tilbyr viktig kunnskap for å forstå og forbedre legeutdanningen. Det er nødvendig med systematisk kompetanseheving på dette området.

Dette arbeidet bør sees i sammenheng med utviklingen av kompetansetrapp for oppbygging av veiledningskompetanse.



2.2.4 Kompetansevurdering

Kompetansevurdering omfatter både underveisvurderinger og sluttvurderinger. LIS skal motta læringsfremmende tilbakemeldinger gjennom hele utdanningsløpet, i forbindelse med læringsaktiviteter, supervisjon, veiledning, kurs og simulering. Helsedirektoratet har utarbeidet [nasjonale anbefalinger for kompetansevurdering](#).

Veiledere og supervisorer har en viktig rolle i den daglige kompetansevurderingen av LIS. Det er imidlertid nærmeste leder som har ansvaret for å sikre at LIS blir vurdert. Dette innebærer aktiv innhenting av vurderinger fra veiledere og supervisorer. Basert på disse vurderingene kan nærmeste leder godkjenne læringsmålene i Kompetanseportalen.

Mangelfullt system for kompetansevurdering

Alle arbeidsgruppene er enige om at arbeidet med kompetansevurdering bør forbedres og systematiseres for å gi bedre oppfølging av utdanningsløpene. En nåværende utfordring er manglende kompetanse blant veiledere og ledere om hvordan vurderingene bør gjennomføres.

Vurderingskollegium

Vurderingskollegium er en anbefalt metode for vurdering av læringsmål.

I et vurderingskollegium bør leder, veileder, aktuelle supervisorer og eventuelt andre kolleger av LIS delta. Det bør være åpenhet om hvem som deltar og hvilke kompetanser som skal vurderes. LIS bør også delta

Sykehusene mangler effektive strukturer for å legge til rette for kompetansevurdering, noe som kan føre til at LIS og nærmeste leder i enkelte tilfeller mangler oversikt over gjenstående læringsaktiviteter og hvordan disse kan oppnås.

Flere arbeidsgrupper og prosjektgruppen har fremhevet viktigheten av kunnskap om planlegging og gjennomføring av vurderingskollegium for å heve kvaliteten på kompetansevurderingen.

Vurderingskollegium må breddes ut

Vurderingskollegium er delvis implementert i Helse Nord. Nordlandssykehuset benytter dette regelmessig og planlegger å utvide til flere fagområder. Helgelandssykehuset arbeider aktivt med å etablere vurderingskollegium og har vedtatt en overordnet anbefaling, som inkluderer registrering av gjennomføringen i Kompetanseportalen. Implementeringen pågår nå i alle avdelinger. Ved UNN og Finnmarkssykehuset er vurderingskollegium derimot kun tatt i bruk sporadisk.

UKO-ene oppgir at det er ulik praksis i sykehusene for hvordan vurderingskollegium gjennomføres. Blant annet hvorvidt LIS deltar eller ikke. Helgelandssykehuset legger opp til at LIS skal delta, mens Nordlandssykehuset gjør det i noen fag. Tilbakemelding fra UKO-ene er at det ikke alltid lar seg praktisk gjennomføre. I spørreundersøkelsen fremkommer det at LIS savner tilbakemelding når de selv ikke deltar.

«Savner tilbakemeldingene fra evalueringskollegium ...»

Prosjektgruppen vurderer at bruk av vurderingskollegium som metode for kompetansevurdering er svært effektiv for å heve kvaliteten på utdanningen. Det framkommer samtidig at helseforetakene mangler kompetanse på metodikken, bruk av vurderingsverktøy og avsatt tid til gjennomføring av slike metoder.

Anbefalte forbedringsforslag:

✓ **Regional kompetanseheving på kompetansevurdering**

Prosjektgruppen foreslår at det tas initiativ til et regionalt kompetanseløft på god kompetansevurdering av LIS. Dette vil bidra til å øke kvaliteten på spesialistutdanningen.

✓ **Regional retningslinje for gjennomføring av vurderingskollegium**

Prosjektgruppen anbefaler at det utarbeides felles retningslinjer og veiledere i regionen for gjennomføring av vurderingskollegium.



2.2.5 Utdanningsansvarlige overleger (UAO)

Utdanningsansvarlig overlege (UAO) har en viktig rolle med å sikre kvalitet i utdanningen. UAO skal bidra til å videreutvikle læringsmiljøet og være en pådriver for faglig utvikling. Rollen skal fungere som en rådgiver og stedfortreder for leder i forvaltning, av og oppfølging av, spesialistutdanningen.

Helse Nord konkluderte i fagsjefsmøte 4. desember 2020 at alle helseforetakene skal etablere UAO-rollen for å sikre faglig gode utdanningsløp. Det ble gjort følgende konklusjon:

1. *Fagsjefenes vurdering er at vi i regionen er avhengig av godt samarbeid og godt koordinert arbeid, for å få til faglig gode utdanningsløp for LIS. Å etablere rollen utdanningsansvarlig overlege/lege vil medføre økt kvalitet i utdanningsløp i foretakene.*
2. *Fagsjefene anbefaler at foretakene utarbeider en funksjonsbeskrivelse utdanningsansvarlig overlege/lege med, avgrensning, plass i organisasjonen, formål og oppgaver, slik det er konkludert med i saksfremlegget.*
3. *Fagsjefene anbefaler overfor direktørmøte at det avsettes tid og ressurser slik at utdanningsansvarlige overleger/leger kommer på plass i alle foretak i løpet av 2021.*

Helseforetakene har hatt ansvaret for å formalisere rollen som UAO gjennom en funksjonsbeskrivelse, der UAO skal være en tilleggsfunksjon til klinisk stilling.

Sentrale oppgaver for UAO inkluderer å være rådgiver for ledelsen i utdanningsfaglige spørsmål, bistå med IUP og tildeling av veileder, delta i lokalt utdanningsutvalg (LUU), engasjere seg i arbeidet med utdanningsplaner, samt delta i lokale og regionale nettverks og opprettholde en tett dialog med UKO.

UAO-rollen er blitt innført for de fleste spesialiteter i alle fire helseforetak, med unntak av små fagområder hvor behovet for UAO ikke anses som nødvendig. I spesialiteter med mange LIS praktiseres det én UAO per læringsarena.

Da UAO-rollen ble etablert i Helse Nord, var intensjonen at den kliniske stillingen skulle reduseres tilsvarende. Normen som ble lagt til grunn er som følger:

- 10 % stilling for UAO med ansvar for inntil 7 LIS
- 20 % stilling for UAO med ansvar for 7 eller flere LIS

UAO er en suksessfaktor i Danmark

Danmark gikk i 2004 over til kompetansebasert spesialistutdanning, tilsvarende dagens spesialistutdanning i Norge.

Erfaringene fra Danmark er at innføringen av UAO-rollen i hver avdeling har vært en av de viktigste suksessfaktorene.

UAO har ikke avsatt tid til oppgavene

Prosjektgruppen og samtlige arbeidsgrupper vurderer at dette ikke fungerer etter hensikten. Alle helseforetakene ser ut til å ha etablert UAO-rollen, men det settes ikke av tilstrekkelig tid til oppgavene. Dette er et gjennomgående problem, selv om noen avdelinger har funnet løsninger som fungerer. Uten avsatt tid vil arbeidet komme i tillegg til det kliniske arbeidet. Det resulterer i at UAO-rollen blir nedprioritert og til dels fraværende.

«Jeg mener rollen som utdanningsansvarlig overlege er undervurdert og det gis alt for lite tid/rom i den kliniske hverdagen for at denne rollen skal kunne utøves på en god måte. Det har mye å si for kvaliteten på utdanningen at denne rollen/oppgavene følges opp».

Mangelfull deltakelse i UAO-nettverk

Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset har etablert en intern nettverksstruktur for UAO som ledes av UKO. Disse møtepunktene er et viktig for erfaringsutveksling og informasjonsformidling. Tilbakemeldingene fra UKO tyder på noe manglende deltakelse fra UAO, samt manglende interesse for å delta i det utdanningsfaglige arbeidet. Dette hemmer kvalitetsarbeidet i spesialistutdanningen.

Finnmarkssykehuset og UNN har ikke kommet i gang med UAO-nettverksmøter.

I regionen gjennomføres det regionale utdanningsråd (RUR) for hver spesialitet, der UAO fra hvert helseforetak møtes. Disse rådene gir råd i utdanningsfaglige saker av regional karakter. Mens noen RUR møtes jevnlig, er andre inaktive.

Mangelfull lederoppfølging av UAO-oppgaver

Arbeidsgruppene peker på at manglende oppfølging fra ledere på UAO-oppgavene kan også være en forklaring på hvorfor dette ikke fungerer i tråd med intensjonen. En annen forklaring er at UAO-rollen oppleves mer som et verv tilsvarende det å være verneombud og tillitsvalgt.

Anbefalte forbedringsforslag:

Forventningsavklaring og oppfølging av UAO-rollen i helseforetakene

Det er behov for en gjennomgang av funksjonsbeskrivelsen til UAO og hvilke oppgaver som ligger til denne rollen. Det bør også vurderes om personene i disse stillingene er motiverte og har interesse for spesialistutdanning. Klinikledelsen bør aktivt etterspørre oppgavene som UAO er satt til å ivareta.

✓ **Etablere eller revitalisere UAO-nettverk og møter i helseforetakene**

Prosjektgruppen anbefaler at helseforetakene utvikler en struktur som muliggjør regelmessige UAO-møter med bred deltakelse. Møtene bør være forutsigbare, planlegges i god tid, og ledelsen må tilrettelegge for at deltakerne har tid til å være med.

✓ **Gjennomgang av innholdet i regionale spesialitetsvise råd (RUR)**

Det er behov for en gjennomgang av RUR-ene i regionen. Noen RUR fungerer veldig godt og har et solid faglig samarbeid, mens andre er inaktive. Det vil være hensiktsmessig å vurdere muligheten for å koble RUR-ene til eksisterende fagråd.

2.3 Kompetanseoppnåelse

Ny spesialistutdanning er en kompetansebasert utdanning som vektlegger læringsmål for å vurdere kandidatens faktiske kompetanse. Denne tilnærmingen anerkjenner at leger lærer på forskjellige måter og i ulikt tempo.



2.3.1 Læringsarenaer

En læringsarena er et sted hvor LIS kan oppnå sine læringsmål, og dette kan være en klinikk, divisjon, avdeling, seksjon eller lignende. For eksempel kan Nordlandssykehuset Lofoten fungere som en læringsarena. Når helseforetakene søker godkjenning, angir de hvilke læringsarenaer som skal brukes for å oppfylle læringsmålene.

Helseforetaket har ansvar for å velge læringsarenaene og må sikre at disse har tilstrekkelige strukturer for veiledning, supervisjon og kompetansevurdering av LIS.

Aktivitet

En av utfordringene ved enkelte læringsarenaer dreier seg om å sikre LIS tilgang til tilstrekkelig antall læringsaktiviteter, slik at kompetansen i læringsmålene kan oppfylles. Dette er særlig utfordrende ved kirurgiske miljøer med lav operasjonskapasitet. Eksempelvis har Ortopedi ved UNN Tromsø gjennom flere år hatt utfordringer med dette.

Bruk av alternative læringsarenaer, eksempelvis lokalsykehusene, kan være en løsning. Ved å tilrettelegge for rotasjon eller pendling til lokalsykehusene, kan tilgangen til læringsaktiviteter økes.

Verken LIS eller sykehusene er tjent med at progresjonen i utdanningsløpet stopper opp. På kort sikt kan det være hensiktsmessig å se på rotasjoner til lokalsykehusene som innebærer kortere varighet/pendling, slik at LIS ikke trenger å flytte. På lengre sikt bør en se på forventninger og betingelsene ved ansettelse av nye LIS i de største byene.

Flere har pekt på at LIS som tar utdanningsløp ved et universitetssykehus, vil være tjent med å rotere til lokalsykehus for å skaffe seg verdifull breddekompetanse. Dette trekkes også frem i det regionale arbeidet som jobber med å vurdere behovet for breddekompetanse i kirurgi og indremedisin i Helse Nord.

Private aktører som læringsarena

Outsourcing av operasjoner og andre helsetjenester til private aktører medfører at enkelte læringsaktiviteter for LIS flyttes. Når en stor andel av de kliniske prosedyrene outsources, kan det medføre utfordringer med tilgang til læringsaktiviteter for LIS. Helseforetakene har vært tilbakeholden med å benytte private aktører som læringsarena, av frykt for at LIS skal bli rekruttert på permanent basis.

En outsourcing av deler av LIS-utdanningen til private aktører fordrer at Helse Nord RHF sikrer at utdanningskvaliteten opprettholdes på samme nivå som i offentlig sektor. Dette innebærer tydelig kvalitetskontroll, regulering og sertifisering av private aktører

for å sikre at utdanningsinnholdet følger nasjonale standarder. Det er også viktig å etablere gode fagavtaler for å sikre kontinuitet i opplæringen og for å fremme kunnskapsutveksling.

Spesialistdekning

Lokalsykehusene er opptatt av å være godkjente læringsarenaer for å kunne utdanne LIS. Det er viktig for å rekruttere fremtidige spesialister. Utfordringen for helseforetakene ligger i å etablere gode og stabile utdanningsstrukturer ved disse læringsarenaene.

Det må tilrettelegges for veileder som er spesialist i aktuell spesialitet og det må være kompetanse i kollegiet på supervisjon og kompetansevurdering, i tillegg er det viktig å legge til rette for gruppeveiledning og fordypningstid, men små fagmiljøer kan være sårbare for slike krav. Høy bruk av overlegevikarer kan ytterligere utfordre disse utdanningsstrukturene.

Spesialistforskriften stiller krav om at det må være én eller flere ansatte spesialister for hver spesialitet som det søkes godkjenning for, og minst halvparten av disse må være fast ansatte. Dette kan være en utfordring for sykehus som er avhengige av vikarbruk. Sykehusene rapporterer at vikarene i liten grad har kompetanse om spesialistutdanning og derfor ikke kan benyttes til utdanningsoppgaver som veiledning. Helseforetakene ønsker at spesialistutdanningen skal ledes av faste ansatte for å sikre høy kvalitet.

Anbefalte forbedringsforslag:

✓ **Kartlegge og skaffe oversikt over uutnyttede læringsarenaer**

Prosjektgruppen mener helseforetakene i stor grad utnytter de læringsarenaene som er mulig i dag. Imidlertid vil det være behov for å jevnlig vurdere om det finnes uutnyttede læringsarenaer, ved endringer i drift og spesialistdekning. Det bør ses nærmere på om private aktører kan benyttes som læringsarena i fagområder med stort volum. Eksempelvis har avtalespesialister stort volum i fagområdene øye, ØNH, gyn og hud.

Det anbefales at helseforetakene kartlegger om det finnes uutnyttede læringsarenaer i spesialiteter som har utfordringer med tilgang til læringsaktiviteter.

✓ **Regional omforent forståelse til minstekravet til en læringsarena**

Prosjektgruppen anbefaler en regional gjennomgang på hva minstekravet til en læringsarena bør være, for å sikre regional harmonisering av kvaliteten i utdanningen. Eksempelvis bør en vurdere krav til omfang av aktivitet og spesialistdekning.



2.3.2 Læringsaktiviteter

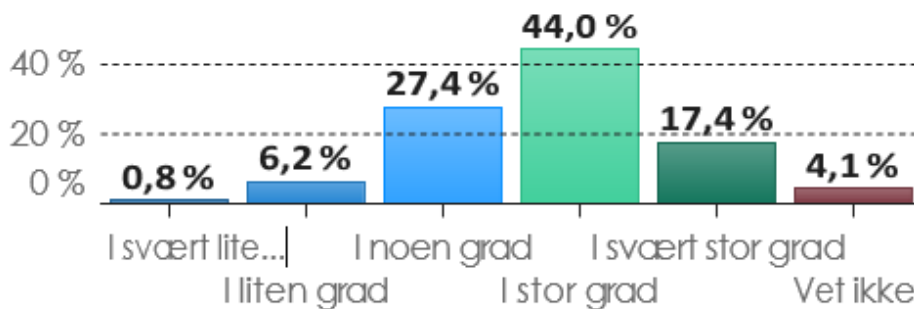
En læringsaktivitet er en definert og avgrenset aktivitet som kan være enten teoretisk eller praktisk. Målet med disse aktivitetene er å bidra til å oppnå kompetansen som kreves for læringsmålene. Et læringsmål kan omfatte flere forskjellige læringsaktiviteter, hvor en operasjon er et

konkret eksempel.

Hver læringsaktivitet må signeres i Kompetanseportalen når den er innfridd, enten ved egenregistrering eller ved signering fra supervisor eller veileder.

Arbeidsgruppene har påpekt utfordringer knyttet til tilgjengeligheten av enkelte læringsaktiviteter. Denne problemstillingen skyldes primært lavt pasientgrunnlag, og det gjelder spesielt avdelinger med lite volum av pasientcaser.

Tilbakemeldingene fra LIS i spørreundersøkelsen viser imidlertid at de fleste opplever å ha tilgang til nødvendige læringsaktiviteter. Totalt i Helse Nord oppgir 61,4 % at de i stor eller svært stor grad får gjennomført de aktivitetene som kreves for å oppnå læringsmålene.



Figur 2 Helse Nord samlet

I spørreundersøkelsen er det flere LIS som oppgir at det er tid- og ressurskrevende å signere ut læringsaktivitetene i Kompetanseportalen, som følge av et stort antall registreringer. Noen peker på at fortløpende registreringer oppleves uoverkommelig i hverdagen. Problemstillingen adresseres nærmere under kapittel 4 i tilknytning til Kompetanseportalen.

Arbeidsgruppene har påpekt at simulering er en effektiv læringsaktivitet som kan benyttes i større grad. God simulering kan både supplere og erstatte enkelte

læringsaktiviteter der det er mangel på pasientcaser, og den har trolig et uforløst potensial.

[Behov for gjennomgang av hva som gir best læring](#)

Prosjektgruppen påpeker at det er lite fokus på pedagogikk og hvilke læringsaktiviteter som gir best læringsutbytte. Det er derfor behov for et kompetanseløft innen dette området for å heve kvaliteten på spesialistutdanningen. Tilbakemeldingene fra LIS, inkludert de fra LIS 1-undersøkelsene, indikerer også at e-læring og digitale kurs ofte gir lavt læringsutbytte. Læringsaktiviteter bør derfor bygge på solid kunnskap om medisinsk pedagogikk og legers læring.

Anbefalte forbedringsforslag:

✓ **Økt kunnskap om pedagogikk og læring**

Det er behov for et kompetanseløft innen medisinsk pedagogikk og legers læring i spesialistutdanningen. Dette bør inkluderes som ett av flere tiltak for å heve kvaliteten på spesialistutdanningen. Kunnskapen er særlig viktig for veiledere, gruppeveiledere, ledere og overleger som utfører supervisjon.

✓ **Øke bruken av simulering**

Styrket simulering og ferdighetstrening inngår som et tiltak i Helse Nord sin [PUK handlingsplan for 2024-2026](#).

Prosjektgruppen anbefaler at spesialistutdanningen inkluderes i denne satsingen, i samarbeid med RegUt og herunder Regionalt senter for simulering (RegSim). Det bør gjennomføres en kartlegging i hver spesialitet for å vurdere hvilke læringsaktiviteter som kan suppleres eller erstattes med simulering, slik at læringsmålene oppnås mer effektivt. Dette kan være en oppgave som også inkluderer RUR.

✓ **Gjennomgang av læringsaktiviteter som gir best utbytte**

Prosjektgruppen anbefaler en gjennomgang av hvilke læringsaktiviteter som gir best læringsutbytte. Regional kompetansetjeneste for digital læring (RegDig) ved UNN, har ressurser tilgjengelig for å bistå med rådgivning om didaktikk. RegDig er tillegg en del av et tverregionalt nettverk for digital læring som gir god oversikt over interregionale læringsressurser som kan deles. Et samarbeid mellom RegDig, RegUt og RegSim og RegSys (regional systemenhet med forvaltningsansvar for kompetanseportalen) vil være naturlig i denne sammenhengen.



2.3.3 Kliniske læringsmål

Læringsmålene er forskriftsfestede krav som finnes i [spesialistforskriftens vedlegg II](#). Helsedirektoratet har ansvaret for å utarbeide og revidere læringsmålene.

Samtlige læringsmål må godkjennes før LIS kan søke godkjenning som spesialist. Oppfyllelse av læringsmål står sentralt i spesialistutdanningen, og utgjør en stor del av hverdagen til LIS.

For læringsmål som ikke kan oppnås i eget helseforetak, må det inngås en samarbeidsavtale (fagavtale) med et annet helseforetak om en spesialiseringsperiode for LIS for innfrielse av resterende læringsmål. I de aller fleste spesialitetene i Helse Nord må det inngås fagavtale med ett eller flere andre helseforetak, om oppfyllelse av læringsmål som ikke kan oppnås hos hovedarbeidsgiver. Som hovedregel forsøkes dette løst innad i egen regionen. Der det ikke er tilstrekkelig pasientvolum, inngås det fagavtaler med helseforetak og/eller private leverandører i egen eller andre regioner.

Det kan være hensiktsmessig at LIS skaffer seg erfaring fra ulike regioner som de kan ta med seg tilbake til hovedarbeidsgiver.

I noen spesialiteter er det lettere å få tilgang til læringsaktiviteter som innfrir kliniske læringsmål på dagtid og i poliklinikk, enn i vakt. Høy vaktbelastning trekkes frem som en flaskehals som kan bidra til at det tar lengre tid å oppfylle kompetansen i de kliniske læringsmålene. For høyt vaktbelastede fag, eksempelvis anestesi, er problemstillingen motsatt.

Behov for å revidere enkelte læringsmål

Arbeidsgruppene og prosjektgruppen peker på at det er behov for å se nærmere på læringsmålene innenfor enkelte spesialiteter. Dette er særlig aktuelt innfor indremedisin og generell kirurgi. Våren 2024 har Helsedirektoratet gjennomført et rådslag for å få innspill til endringsbehov. Helse Nord har deltatt inn i dette arbeidet, som trolig vil føre frem til revisjon av læringsmål.

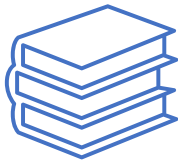
Tilbakemeldinger fra LIS i spørreundersøkelsen bekrefter at det er behov for å revidere læringsmålene.

«Noen læringsmål fremstår utdatert (gamle analysemetoder som brukes ekstremt sjeldent) og noen fremstår for fremtidsrettet (læringsmål om tema som så vidt er begynt å bli aktuelt i feltet)»

Anbefalte forbedringsforslag:

✓ Gi innspill til endring i nasjonale læringsmål

Helse Nord må være en tydelig stemme ovenfor Helsedirektoratet i arbeidet med å vurdere behov for revisjon av læringsmål, og gi gode innspill basert på tilbakemeldinger fra LISKART-prosjektet og regionens behov.



2.3.4 Felles kompetansemål (FKM)

FKM ble innført i forbindelse med ny spesialistutdanning og består av et sett læringsmål som strekker seg gjennom hele utdanningsløpet til LIS. Læringsmålene er felles for alle spesialitetene. Eksempel på tema er veiledning, etikk, forskningsforståelse, kommunikasjon, samhandling og kunnskapshåndtering.

Det er helseforetakene som har ansvar for å arrangere FKM. Prosjektgruppen påpeker at dette er svært ressurskrevende, ettersom mange av læringsaktivitetene, som gruppeveiledning og kurs, er krevende å gjennomføre. Spesielt kursene nevnes i denne sammenhengen.

Det er indikasjoner på at det på nasjonalt nivå er ulik oppfatning av hvor omfattende FKM skal være, samt hvilke læringsaktiviteter som er mest hensiktsmessige. Våren 2024 pågikk det et nasjonalt arbeid for å revidere FKM, der representant fra Helse Nord deltok. Resultatene fra dette arbeidet er ikke avsluttet, men det forventes en tydeliggjøring av anbefalte læringsaktiviteter.

FKM-kurs oppleves som en flaskehals

Alle arbeidsgrupper fremhever at FKM-kursene (og andre kurs) utgjør en flaskehals, da det er ressurskrevende å ta leger ut av avdelingen og erstatte dem med vikarer. Ved sykefravær må ofte FKM-kursdeltakelse avlyses for å dekke vakter, noe som fører til at LIS ikke får oppfylt nødvendige læringsaktiviteter og kompetanse, og må vente til neste kurs blir arrangert.

Arbeidsgruppene er klare på at alle FKM-kurs LIS skal delta på, må planlegges inn i arbeidsplanene i avdelingen, slik at driften tar hensyn til fraværet. Flere peker på at dagens kursplanlegging på avdelingsnivå har forbedringspotensial. Mer om dette vil bli omtalt under punkt 3.5.

I spørreundersøkelsen oppgir enkelte LIS at de opplever FKM som tidkrevende og ikke ser den klare nytteverdien. Noen bemerker at FKM-kursene kan føre til forsinkelser i utdanningsløpet, fordi kursene gjennomføres for sjeldent.

«Læringsmål i FKM forsinker spesialisering pga. sjeldent kurs og krav til mange læringsaktiviteter som tar bort mye tid fra klinisk arbeid, prosedyrer og læring».

Prosjektgruppen anerkjenner utfordringene knyttet til organiseringen av læringsmålene for FKM, men mener likevel at FKM representerer et viktig kvalitetsløft i spesialistutdanningen. FKM er essensielt for å sikre nødvendig kompetanse blant spesialistene.

Anbefalte forbedringsforslag:

✓ **Gi innspill til endring i nasjonale læringsmål**

Helse Nord deltar i et nasjonalt arbeid med å revidere FKM og må sørge for å gi gode innspill i dette arbeidet.

✓ **Styrke det regionale samarbeidet**

Prosjektgruppen anbefaler å etablere et regionalt samarbeid om gjennomføringen av FKM-kurs. Regionen bør samarbeide både om de faglige kursholder-ressursene og vurdere felles kursadministrasjon. RegUt bør bidra, da de har ansvar for kursadministrasjon. Dette inkluderer håndtering av på- og avmeldinger, booking av lokaler, mat, kursbevis og kommunikasjon med kursholderne om gjennomføringen.



2.3.5 **Kliniske prosedyrer**

Kliniske prosedyrer er en læringsaktivitet som benyttes innenfor alle fag. Helsedirektoratet gir anbefalinger om type kliniske prosedyrer og antall kliniske prosedyrer som bør gjennomføres i læringsmålene. Tid til å trene på ulike kliniske prosedyrer er viktig for at LIS skal bli trygg i

jobben.

I spørreundersøkelsen fremkommer flere tilbakemeldinger fra LIS som uttrykker mangel på tid til trening og læring av kliniske prosedyrer. Det rapporteres at det er for stort fokus på drift (vakt) i hverdagen, og for lite fokus på utdanningsdelen av stillingen. Denne tilbakemeldingen er konsekvent fra alle helseforetak. En LIS deler at vedkommende har brukt sin fritid (før og etter nattevakt) til å øve på kliniske prosedyrer.

Flere peker på at sykefravær og en presset arbeidshverdag medfører at overleger i flere tilfeller gjennomfører de kliniske prosedyrene for at det skal gå raskere. Her er noen av tilbakemeldingene fra LIS:

- Høy vaktbelastning - ønskelig med mer tid på sengeposter
- Lite tid til poliklinisk aktivitet/prosedyretrening
- Manglende tid til fordypningstid som kan benyttes til å lese seg opp på prosedyrer i forkant av gjennomføring.

- Manglende tid til å forberede seg på prosedyrer i forkant av gjennomføring. Medfører risiko for feil og uønskede hendelser.
- Sykefravær som fører til omplassering av LIS fra dagtid til vakt, postarbeid og poliklinikk

Den begrensede tilgangen til kliniske prosedyrer er en flaskehals som kan forlenge utdanningsløpet.

Tilgang til kliniske prosedyrer krever ofte tilgang til pasienter, og for flere kirurgiske fag kan det være utfordrende å få tilstrekkelig trening ved lav operasjonskapasitet. Dette resulterer i at LIS må dele på operasjoner og inngrep, noe som fører til færre kliniske prosedyrer per LIS.

Flere LIS oppgir også at registreringene av kliniske prosedyrer i Kompetanseportalen er uoversiktlig. Det medfører at LIS ikke får registrert alle kliniske prosedyrer, og mister oversikt over gjennomførte læringsaktiviteter.

Anbefalte forbedringsforslag:

✓ **Innføre klinisk prosedyredag- tilrettelegge for økt ferdighetstrening**

Prosjektgruppen anbefaler sykehusene å samle ulike inngrep, kliniske prosedyrer og behandlinger på en eller flere faste dager, slik at LIS raskt får mengdetrening innenfor ett læringsmål-område.

Kompetansemålsoppnåelse kan i tillegg styrkes ved å koble fordypning og ferdighetstrening på modell/simulator i forkant av slike dager. Ferdighetstrening på modell/simulator vil kunne gi økt mulighet for kompetanseoppnåelse også ved minkende aktivitet.

✓ **Effektivisering og systematisk bruk av læringsaktiviteter som allerede finnes**

Prosjektgruppen mener det ligger et uforløst potensial i å effektivisere og systematisere kliniske prosedyrer som allerede eksisterer i sykehusene, for å tilfredsstillere læringsaktivitetene. Eksempelvis jobbes det i de kirurgiske fagmiljøer på tvers av helseforetakene i regionen med å inndele operasjonene i ulike nivåer, der kompetansenivået på nivå en er lavere enn nivå to og tre. Det øverste nivået indikerer ferdighetsnivå for operatør/LIS.

En slik inndeling vil bidra til bedre utnyttelse av operasjoner ved at flere LIS på ulike kompetansenivå kan bruke samme operasjon som læringsaktivitet.



2.3.6 Fordypningstid

LIS har rett til en arbeidsplan der det er satt av tid til faglig fordypning. Dette inngår i legeforeningens avtale med Spekter og Virke. Fordypningstiden kan eksempelvis brukes til litteraturstudier, kvalitetssikring, forskningsarbeid eller praktisk opplæring i prosedyrer.

Omfanget av fordypningstid avtales lokalt. I Helse Nord er dette 4 timer per uke.

Flere av LIS-ene har i spørreundersøkelsen gitt tilbakemelding om at ordningen med fordypningstid ikke fungerer i tråd med intensjonen. En gjennomgående tilbakemelding er at en presset arbeidshverdag gjør at LIS ofte blir opptatt med vakt og andre oppgaver, noe som resulterer i at den planlagte fordypningstiden faller bort.

I tillegg nevner flere LIS at de bruker fordypningstiden til å ta igjen etterarbeid fra poliklinikken.

«Ordning med fordypningsdager fungerer svært dårlig. Man trekkes inn i klinikken, og det er svært vanskelig å planlegge fordypningsdager for at disse skal bli produktive».

En arbeidsgruppe påpekte at LIS ikke automatisk har tilgang til medisinske tidsskrifter, noe som gjør fordypningstiden mindre effektiv og fører til at LIS må bruke tid på å lete etter nødvendig kunnskap.

Prosjektgruppen støtter tilbakemeldingene om at fordypningstiden ikke fungerer etter intensjonen. I mange tilfeller er tiden ikke tilstrekkelig planlagt eller strukturert, noe som resulterer i en tilfeldig bruk av denne tiden.

Anbefalte forbedringsforslag:

✓ Sikre tilgang til medisinske tidsskrifter

LIS må ha tilgang til relevante medisinske tidsskrifter. Prosjektgruppen anbefaler at veilederne sørger for at LIS får denne tilgangen ved ansettelse.

✓ Etablere en strukturert plan for bruk av fordypningstid

Veiledere bør bistå LIS med å utvikle en strukturert plan for bruken av fordypningstiden. Dette bør være et fast tema i veiledningsmøtene, slik at fordypningstiden knyttes til aktuelle læringsaktiviteter og læringsmål som LIS arbeider med å oppfylle.



2.3.7 Simulering og ferdighetstrening

Simulering og ferdighetstrening er anbefalte læringsaktiviteter innen flere læringsmål. I enkelte fagområder, som kirurgi, er det krav om omfattende simulering, for eksempel 40 timer med trening på simulatorer.

Simulering gir effektiv trening i alt fra individuelle ferdigheter til tverrprofesjonell samhandling i akutte og komplekse situasjoner. Det har et stort uforløst potensial i spesialistutdanningen.⁵

Hvert helseforetak i Helse Nord har en koordinerende enhet for simulering. I tillegg har vi en regional enhet for simulering (RegSim), som fungerer som pådriver for å optimalisere foretakene. RegSim er underlagt seksjonen for Regionalt utdanningscenter ved UNN (RegUt) og har følgende oppgaver:

- Sikre at alle helseforetak i nord har velfungerende enheter for både simulering og ferdighetstrening
- Knytte simulering og ferdighetstrening sammen i et regionalt nettverk
- Overføre erfaringer mellom helseforetakene
- Utvikle kompetanse innen ferdighets- og simuleringstrening for å opprettholde høy faglig kvalitet
- Oppfordre til hensiktsmessige evalueringer og eventuelt forskning på ferdighets- og simuleringaktiviteter

En av utfordringene som trekkes frem for å øke omfanget av simulering er kapasitetsutfordringer knyttet til utstyr og lokaler. Prosjektgruppen påpeker at behovet ikke nødvendigvis er høyteknologiske og avanserte simulatorer, men heller tilstrekkelig fysisk plass og kapasitet i øvingsrommene.

Videre fremhever prosjektgruppen at simulering og ferdighetstrening har et uforløst potensial for å styrke kvaliteten i spesialistutdanningen. Disse aktivitetene kan i langt større grad struktureres og integreres i klinisk prosedyreopplæring på tvers av spesialiteter. RegSim kan spille en enda tettere rolle som pådriver i dette arbeidet.

Simulering har et uforløst potensial

Helsedirektoratet åpner for økt bruk av simulering i opplæringen.

Simulering kan effektivisere utdanningsløpene ved å innfri læringsaktiviteter som krever prosedyretrening. I noen tilfeller kan simulering erstatte prosedyretrening på pasienter.

Simulering er spesielt godt egnet for ferdighetstrening i tidskritiske og alvorlige situasjoner som sjeldent inntreffer. Det kan gi ekstra trening som bidrar til å trygge LIS i ulike scenarier

⁵ Helsedirektoratet. [Kompetansevurdering av leger i spesialisering](#).

Simulering og ferdighetstrening bør også ses i sammenheng med fordypningstiden.

«Systemet legger opp til tellekantkompetanse heller enn praktisk vurdering av klinisk ferdighet».

Anbefalte forbedringsforslag:

✓ **Utstyr og arealer**

Sykehusene bør tilgjengeliggjøre lokaler for LIS som har behov for å øve på ferdigheter og kliniske prosedyrer. Disse lokalene må være utstyrt med nødvendig simuleringsutstyr. Prosjektgruppen understreker at det ikke alltid er behov for det mest avanserte utstyret.

✓ **Didaktisk gjennomgang av læringsaktiviteter**

Det er viktig å ta en gjennomgang for å vurdere hvilke læringsaktiviteter som gir best læringsutbytte, og hvilke aktiviteter vi bør redusere. Prosjektgruppen mener at en slik gjennomgang er nødvendig for å heve kvaliteten på læringen. Dette bør sees i sammenheng med en generell vurdering av læringsaktiviteter.

✓ **Tilrettelegge for at LIS får lære av de beste**

Erfarne leger som er dyktige til å lære bort, fungerer som gode rollemodeller for LIS. Det anbefales at det legges til rette for at LIS får mulighet til å jobbe sammen med erfarne og kompetente leger.



2.3.8 Kurs

Kurs utgjør en viktig læringsaktivitet innen både de kliniske læringsmålene og FKM. De regionale utdanningssentrene (RegUt) har ansvar for å gjennomføre nasjonalt anbefalte kurs i ulike spesialiteter og har fordelt spesialitetskontakten for de ulike spesialitetene.

Kursene er åpne for deltakelse for LIS fra alle fire regionene. RegUt planlegger og publiserer kursdatoer flere år i forveien. Påmeldingen åpner normalt seks måneder før kursstart, med en svarfrist for LIS på tre måneder.

Alle arbeidsgruppene har identifisert kurs som en sentral flaskehals i utdanningsløpet for LIS, med flere medvirkende årsaker, som også fremkommer i spørreundersøkelsen.

Frekvens

FKM-kurs og nasjonale kurs gjennomføres sjeldent, noe som fører til lange ventetider for LIS som ønsker å delta. Enkelte kurs holdes årlig, mens andre avholdes annethvert år, og dette skaper unødvendige forsinkelser. Det rapporteres også om for få plasser på enkelte kliniske kurs.

Tid til tilbakemelding

Arbeidsgiver bruker ofte lang tid på å gi tilbakemelding om kursdeltakelse, noe som kan resultere i at LIS ikke rekker å melde seg på før kursene blir fulle. Enhetsledere påpeker at dette kan skyldes at kursbudsjettene er brukt opp, eller at de ikke er tilstrekkelige til å møte behovene til LIS. En løsning kan være å opprette et eget budsjett for LIS-kurs. Dette bør ses i sammenheng med ekstra finansiering av 200 millioner til foretakene i Helse Nord til formål tilknyttet rekruttere og beholde personell og tiltak i regional handlingsplan for personell, utdanning og kompetanse.

Kursadministrative verktøy

RegUt har gitt innspill på at mangelen på et eget effektivt kursadministrativt støtteverktøy bidrar til forsinkelser. RegUt bruker et kursbookingsystem fra Helse Midt, men det finnes tre ulike systemer nasjonalt, noe som kan skape forvirring for LIS. Dette er en utfordring som det jobbes med å finne løsninger på i samarbeid mellom RegUt, RegDig og Helse Nord RHF.

Reiseutfordringer

Finnmarkssykehuset rapporterer at kursgjennomføring er svært ressurskrevende, dels på grunn av lange reiseveier og mange dager borte fra drift. Dette gjør det krevende å la LIS delta på kurs.

Pilotprosjekt i Helse Sør Øst (HSØ)

I RegUt HSØ gjennomføres det et forsøk med bruk av samordnet kursopptak for bedre kursplanlegging. Prosjektet skal gi bedre oversikt av reelle kursplasser.

Dersom prosjektet lykkes, vil det kunne være en løsning også for RegUt i Helse Nord.

«Flaskehals kurs!!! Særlig kurs som er hvert 2. år. kan forsinke spesialitet. indremed. kurs enten ikke får du ikke plass eller ikke fri fra avd. som du er rotert til. Det er det som er største problem».

En viktig tilbakemelding fra LIS er at læringsutbyttet ved digitale kurs er langt svakere enn ved fysiske kurs. LIS oppgir at det å erstatte fysiske kurs med digitale kurs vil være en uheldig løsning med hensyn til kvalitet og ber om at fysiske kurs ikke erstattes med digitale alternativer.

Anbefalte forbedringsforslag:

✓ Sikre langsiktig og oversiktlig kursplanlegging

RegUt trenger et kursbookingssystem som kan håndtere av- og påmeldinger på en bedre måte.

Avdelingene må forbedre planleggingen av LIS sin deltakelse på kurs. Det er viktig å etablere enighet mellom veileder, leder og LIS om hvilke kurs som bør prioriteres i det kommende året. Dette kan skrives inn i IUP. Langsiktig kursplanlegging vil gi leder bedre styring og forutsigbarhet med hensyn til budsjett og økonomi, samt sikre at kursfravær blir tatt hensyn til i arbeidsplanene.

✓ Innføre øremerkede midler til kursgjennomføring

Flere enhetsledere har foreslått å innføre øremerkede midler til nødvendige kurs for LIS. Helseforetakene har mottatt ekstra midler for rekrutteringsmidler, ref. [Styresak 71-2024](#). Det vil være hensiktsmessig å bruke disse midlene til å støtte kursdeltakelse for LIS.



2.3.9 Spesialiseringsperioder

Dersom LIS ikke kan oppfylle alle læringsmålene hos hovedarbeidsgiver, inngås det en fagavtale med et annet helseforetak (samarbeidsforetak) om en spesialiseringsperiode for at LIS kan oppnå kompetansen i aktuelle læringsmål som inngår i avtalen.

Spesialiseringsperioder er viktig for at LIS skal kunne skaffe seg bredere og mer erfaring i et større fagmiljø med mer volum.



Figur 3: Avtaler som regulerer spesialiseringsperioder

samarbeidet mellom helseforetakene som skal sende eller motta LIS i

RHF-ene har inngått en avtale om at spesialiseringsperioder som hovedregel skal løses innenfor egen region, men flere spesialiteter har også avtaler utenfor regionen. Helseforetakene i Helse Nord har flere slike avtaler i ulike spesialiteter, blant annet med OUS, St. Olav og Haukeland universitetssykehus.

Spesialiseringsperioden er regulert gjennom tre avtalenivåer; *Overordnet samarbeidsavtale* regulerer

spesialiseringsperioder. Dagens avtale er inngått i 2019 med intensjon om revisjon etter fem år. Avtalen er signerte av samtlige RHF med underliggende helseforetak, med unntak av foretaksgruppen i Helse Sør-Øst.

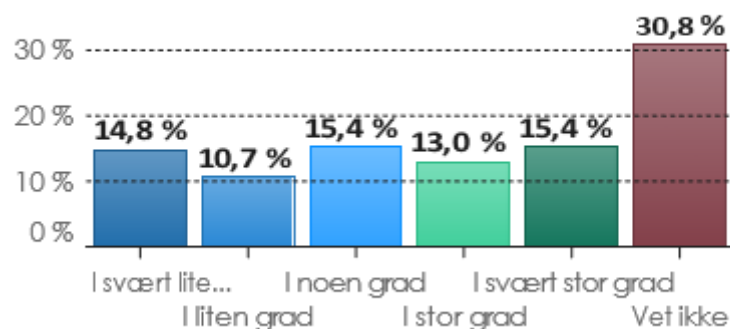
Fagavtalen inngås mellom hovedarbeidsgiver og samarbeidsforetaket. Avtalen regulerer bl.a. hvilke læringsmål og på hvilken læringsarena (sykehus) spesialiseringsperioden skal gjennomføres. Avtalen beskriver også normert tid for spesialiseringsperiode. Avtalen inngår når helseforetaket søker Helsedirektoratet om godkjenning som utdanningsvirksomhet.

Arbeidsavtaler med hovedarbeidsgiver og tilleggsavtale med samarbeidsforetak regulerer arbeidsforholdet mellom LIS og arbeidsgiver.

Lengden på spesialiseringsperiodene for de ulike spesialitetene varierer fra noen uker til opptil tre år. I løpet av spesialiseringsperioden er hovedmålet å oppnå kompetansen knyttet til læringsmålene i fagavtalen. Imidlertid må LIS også delta i den ordinære driften og vaktene hos samarbeidsforetaket, noe som kan forlenge spesialiseringsperiodene sammenlignet med om LIS utelukkende skulle fokusere på læringsmålene.

Utdanningsløpene i Helse Nord preges i større grad av at LIS må reise bort i en eller flere spesialiseringsperioder, enn utdanningsløpene i de andre regionene. Årsaken er svakere pasientgrunnlag.

I en spørreundersøkelse rapporterer flere LIS at spesialiseringsperiodene fører til forsinkelser og skaper usammenhengende utdanningsløp. 43,8 % av LIS oppgir at spesialiseringsperiodene bidrar til forsinkelser i varierende grad, fra noe til svært stor grad. 30,8 % er usikker på betydningen.



Figur 4: I hvilken grad opplever du forsinkelser i utdanningsløpet på grunn av spesialiseringsperioder som medfører flytting eller pendling?

Arbeidsgruppene påpeker at spesialiseringsperiodene kan utgjøre en betydelig belastning for LIS og deres familier, spesielt når det er nødvendig å pendle eller flytte. Dette kan føre til at enkelte nøler med å prioritere spesialiseringsperioden. Noen LIS

velger å flytte permanent for å fullføre spesialistutdanningen, mens andre velger å utsette spesialiseringsperioden.

«Hele spesialiseringsperioden må legges om dersom en ønsker å få fremtidens leger til å gå med på dette. En har etablert seg ett sted med bolig, samboer i fast jobb og barn etablert i miljø i barnehage/skole. Så må en reise bort i 18-24 måneder for å jobbe på «gulvet», gå vakter, gjøre arbeidsoppgaver en gjør på sin nåværende arbeidsplass. Det er lite som strømlinjeformes for at kandidaten kan ha kortest mulig opphold ved universitetssykehus, med mest mulig utbytte».

Lange spesialiseringsperioder oppgis å være en av årsakene til turnover blant LIS i Helse Nord. Utfordringen er spesielt uttalt for Helgelandsykehuset og Finnmarkssykehuset, som preges av flest spesialiseringsperioder.

Uenigheter om varighet på spesialiseringsperioder

Kostnader knyttet til spesialiseringsperiodene dekkes vanligvis av samarbeidsforetaket. Det finnes enkelte spesialiseringsperioder som varer mindre enn tre måneder, hovedsakelig for UNN. I slike tilfeller betaler hovedarbeidsgiver lønn til samarbeidsforetaket, slik at LIS kan legges «på topp» i bemanningen.

Det finnes ingen nasjonal eller regional omforent norm for lengden på spesialiseringsperiodene. Hovedregelen er at *tilegnet kompetanse* skal være det førende prinsippet for å beregne varighet på spesialiseringsperioden. Tidligere var det krav om å gjennomføre en 1,5 år lang tjeneste ved et såkalt *gruppe I-sykehus* i de aller fleste spesialitetene. Det var Helsedirektoratet som etter råd fra DNLF avgjorde gruppeinndelingen. Dette er nå lagt til helseforetakene i fellesskap å bli enig. I Helse Nord brukes Regionalt utdanningsfaglig råd (RUR) for å bli enig om lengde på spesialiseringsperioder. Ved uenighet er det samarbeidsforetaket som har det siste ordet.

Det er en utfordring at det finnes flere tilfeller der samarbeidsforetaket ønsker at LIS skal gjennomføre en lengre spesialiseringsperiode for å inngå i bemanningen, og ta del i drift og vakt. Selv om drift- og vaktarbeid kan være faglig nødvendig for å opparbeide nødvendig kompetanse, kan det i noen tilfeller ilegges for stor vekt. Arbeidsgruppene mener det finnes flere eksempler der spesialiseringsperioden er unødvendig lang. Det er

Uenigheter om varighet

Et eksempel på uenighet om varighet er fagavtalen mellom Nordlandssykehuset og OUS innenfor radiologi.

Den signerte fagavtalen angir en normert tid på 9 mnd. Men OUS har besluttet at LIS må være 18 måneder for å kunne delta i avdelingens ordinære driftsoppgaver. OUS viser til tidligere vurderinger fra spesialistkomiteen i radiologi.

En forskjell på 9 måneder er betydelig når LIS skal vurdere om det er hensiktsmessig å flytte midlertidig eller permanent.

viktig å være oppmerksom på at utfordringer med uenighet knyttet til lengde også gjør seg gjeldende mellom noen av helseforetakene i Helse Nord, blant annet mellom Helgelandssykehuset, Nordlandssykehuset og UNN.

Anbefalt forbedringsforslag:

✓ **Gjennomgå overordnet samarbeidsavtale på tverrregionalt nivå**

Det er behov å evaluere avtalen for å vurdere om den fungerer etter hensikten. Helse Nord RHF bør initiere et revisjonsarbeid der følgende bør ses på;

- Etablere en tverrregional felles forståelse for fagavtaler og innhold i disse
- Etablere felles beslutningsstruktur ved uenighet om normert tid i fagavtaler
- Vurdere tilretteleggingsplikten mht. å sikre både progresjon og innhold i spesialiseringsperioder hos samarbeidsforetaket
- Innlemme samtlige RHF med underliggende helseforetak i avtalen

✓ **Tilrettelegge og gjøre spesialiseringsperioder enklere med hensyn til flytting**

Spesialiseringstidene kan innebære en belastning for LIS. Helseforetakene må gjøre en gjennomgang av de ulike spesialitetene for å vurdere om lengden på spesialiseringstiden er hensiktsmessig.

2.4 Administrativ støtte

Spesialistutdanningen består av flere områder som må fungerer sammen, for at spesialistutdanningen skal være god. Gode systemer og administrativ støtte er et viktig bidrag.

2.4.1 Kompetanseportalen

Kompetanseportalen er et digitalt verktøy som benyttes for dokumentasjon av spesialistutdanningen. Alle LIS som skal søke spesialistgodkjenning etter ny forskrift må legge ved dokumentasjon på oppfylte læringsmål fra Kompetanseportalen. Verktøyet er et sentralt støttesystem for spesialistutdanningen som flere roller har oppgaver knyttet til.

Rolle	Oppgaver i Kompetanseportalen
Leder	<ul style="list-style-type: none">- Tildeler utdanningsplan til LIS- Godkjenner eller underkjenner læringsmål LIS har sendt til godkjenning- Følge LIS' progresjon, eksempelvis ved å hente ut rapporter
Supervisør	<ul style="list-style-type: none">- Godkjenne eller avvise læringsaktivitetene LIS har sendt til godkjenning
Veileder	<ul style="list-style-type: none">- Godkjenne eller avvise læringsaktivitetene LIS har sendt til godkjenning- Oppretter veiledningssamtaler med LIS- Både LIS og veileder kan skrive forberedelse til, og referat fra, veiledersamtalen- Kun veileder kan ferdigstille samtalen- Både LIS og veileder kan lese over gamle veiledningssamtaler ved behov
LIS	<ul style="list-style-type: none">- LIS fullfører læringsaktiviteter og sender til supervisør eller veileder for godkjenning- LIS sender læringsmål til leder for godkjenning- LIS kan skrive forberedelse og referat fra veiledningssamtaler, samt lese over samtalene i ettertid.⁶

Manglende systemstøtte for IUP

En av utfordringene med Kompetanseportalen handler om manglende digital systemstøtte for IUP. IUP er et sentralt verktøy i leders oppfølging og tilrettelegging av LIS sitt utdanningsløp. Dokumentet er forskriftsfestet.

I praksis består IUP i Helse Nord av det som omtales som *gjennomføringsplan*, som tilfredsstillende deler av kravene til en IUP. Gjennomføringsplanen er et skjema som må fylles ut manuelt, og lastes opp i Kompetanseportalen når det er ferdig utfyllt. Prosessen

⁶ Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/autorisasjon-og-spesialistutdanning/spesialistutdanning-for-leger/artikler/kompetanseportalen>

fremstår unødvendig komplisert og tidkrevende. Det medfører at gjennomføringsplanen i liten grad blir oppdatert, og vurdert som et gjøremål som prioriteres.

IUP er et viktig verktøy for oppfølging av LIS, og prosjektgruppen mener det er avgjørende å finne en løsning på denne problemstillingen.

Manglende oversikt over progresjon

En annen utfordring er mangelen på oversikt over progresjon i utdanningsløpet. Dette henger sammen med flere faktorer, blant annet at læringsmålene ikke er periodisert. Periodisering av utdanningsplanene er en løsning som er pekt på tidligere i rapporten. Det krever først en faglig gjennomgang av planene, før det kan gjennomføres endringer i Kompetanseportalen.

Manglende fortløpende signering av læringsaktiviteter

Det er viktig at veileder og leder kontinuerlig signerer læringsaktiviteter og læringsmål for at LIS skal ha en klar oversikt over sin progresjon. Det øker LIS sin motivasjon til å gjennomføre utdanningsløpet. Flere LIS har gitt tilbakemelding om at dette ikke prioriteres tilstrekkelig i det daglige arbeidet til leder og veileder. Det er nødvendig å sette søkelys på viktigheten av å gjennomføre disse oppgavene.

«Dossier/kompetanseportalen fremstår noe uoversiktlig. Leder signerer ikke ut gjennomførte læringsmål slik at det er vanskelig å holde oversikten over totale bildet gjennomførte læringsmål»

Anbefalte forbedringsforslag:

✓ Digitalisering av IUP

IUP er et sentralt verktøy for oppfølging av LIS. Prosjektgruppen mener at det bør utvikles en digital løsning som gjør det enklere for både LIS og ledere å opprette og oppdatere planen. Dette vil styrke IUP som et reelt verktøy for individrettet oppfølging.

I første omgang bør de ses på en kortsiktig løsning i Kompetanseportalen med å utvikle et digitalt skjema for dette. LIS-koordinatorene har pekt på en mulig løsning for dette.

På lengre sikt bør RHF-ene sørge for å få utviklet en heldigital løsning for IUP som gir god styringsinformasjon. En slik løsning kan eksempelvis tilbys med API, slik at løsningen kan integreres med Kompetanseportalen.

2.4.2 Koordinering spesialiseringsperioder

Ved utfylling av Individuell gjennomføringsplan registrerer LIS sin tentative spesialiseringsperiode. Nærmeste leder varsler LIS-koordinatoren, som deretter registrerer behovet i et regionalt kø-system (Fiktiv enhet) for spesialiseringsperioder.

Denne registreringen plasserer LIS i kø for spesialisingsperioden hos det aktuelle samarbeidsforetaket.

I Helse Nord har alle LIS-kordinatorer tilgang til systemet, noe som gir dem innsikt i LIS sin plassering i køen. Dette gir både LIS, hovedarbeidsgiver og samarbeidsforetaket nødvendig oversikt og forutsigbarhet.

Sårbare kommunikasjonslinjer

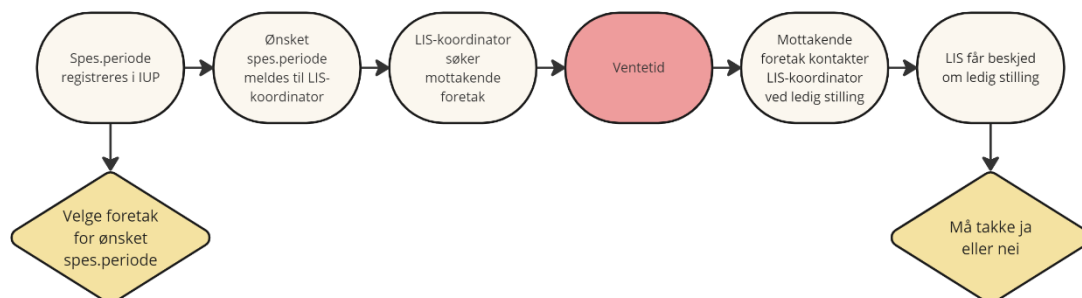
LIS-kordinatorene påpeker at innmeldingen er sårbar, da den avhenger av flere manuelle prosesser som både leder og LIS må huske. Det forekommer situasjoner der den planlagte spesialisingsperioden ikke meldes til LIS-kordinator ved oppstart av arbeidsforholdet. Dette kan resultere i at LIS havner lenger bak i køen, noe som igjen kan forsinke utdanningsløpet.

I spørreundersøkelsen rapporterer et flertall av LIS at det i liten eller noen grad er fokus på progresjon i utdanningsløpet under dialogen med nærmeste leder. Flere uttrykker at det er mer naturlig å ha denne samtalen med veileder i stedet for leder. Denne tilbakemeldingen støttes av arbeidsgruppene, som mener at oppfølgingen av progresjonen i utdanningsløpet er utilstrekkelig.

«Det er hovedsakelig opp til meg selv å se til at jeg har progresjon i utdanningsløpet, og evt. etterspørre det jeg trenger»

Mangel på kø-ordning for spesialisingsperioder utenfor regionen

Når spesialisingsperioden skal gjennomføres utenfor Helse Nord, er prosessen noe mer uklar. LIS-kordinatoren tar initiativ til å kontakte det aktuelle samarbeidsforetaket med en søknad om gjennomstrømningsstilling, hvor ønsket om en tentativ tidsperiode blir spesifisert. Etter at søknaden er sendt, er det imidlertid lite oppfølging og kommunikasjon mellom hovedarbeidsgiver og samarbeidsforetaket. Det er først når det blir en ledig gjennomstrømningsstilling at samarbeidsforetaket tar kontakt med LIS-kordinatoren.



Figur 5: Arbeidsflyt for å skaffe gjennomstrømningsstilling for spesialisingsperiode

Det finnes ingen nasjonal køordning for LIS som trenger spesialiseringsperiode utenfor egen region. Det skaper uforutsigbarhet for LIS og hovedarbeidsgiver om når spesialiseringsperioden kan gjennomføres, og kompliserer planleggingen av utdanningsløpet. For mange LIS medfører spesialiseringsperioden flytting av hele familien, noe som krever en lengre planleggingshorisont. Deltakere i arbeidsgruppene rapporterer at denne uforutsigbarheten kan forsterke barrierene for å gjennomføre spesialiseringsperioden, og kan bidra til utsettelse og forsinkelser i utdanningsløpet.

Forfordeling av LIS

Kartleggingen har også avdekket flere tilfeller der overleger ordner spesialiseringsperioder for LIS gjennom egne fagnettverk, noe som kan føre til forfordeling av enkelte LIS. Dette kan trolig relateres til tidligere praksis i spesialistutdanningen, der det var opp til den enkelte LIS å skaffe spesialiseringsperiode.

Praktisk barriere med flytting

Flytting er en tidkrevende prosess som innebærer organisering av mange praktiske aspekter, som å finne ny bolig, sikre jobb til partneren, ordne barnehage, skolefritidsordning og skole for barna. I tillegg må LIS tilpasse seg en ny arbeidsplass, noe som medfører egne utfordringer. Arbeidsgruppene har fremhevet dette som en praktisk barriere som kan føre til at LIS kvier seg for å gjennomføre spesialiseringsperioder, eller utsetter dem.

Anbefalte forbedringsforslag:

✓ **Utrede mulighet for nasjonalt køsystem for gjennomstrømningsstillinger**

Et felles nasjonalt køsystem for spesialiseringsperioder på tvers av regionene kan bidra til økt transparens og forutsigbarhet. Dette vil også kunne forbedre planleggingen av utdanningsløpene og gi LIS bedre tid til å forberede seg, samt tilrettelegge for familien ved en eventuell flytting.

Helse Nord RHF bør ta initiativ til å utrede mulighetene for et slikt system i samarbeid med de andre RHF-ene.

✓ **Forbedre samhandlingen mellom LIS-koordinator, leder og LIS**

Samhandlingen og informasjonsflyten mellom LIS-koordinatorer, ledere og LIS i helseforetakene må gjennomgås og forbedres. Det bør legges særlig vekt på registreringen av planlagte spesialiseringsperioder i det fiktive enhetssystemet.

✓ **Vurdere om Helseforetakene kan gi LIS mer praktisk støtte i forbindelse med flytting**

Det anbefales at helseforetakene vurderer egne mulighetene for å gi mer praktisk støtte i forbindelse med spesialiseringsperiodene. Det kan for eksempel være bistand til å skaffe leiebolig og barnehage, der Helseforetaket har tilgjengelige leieboliger. Helseforetakene kan også vurdere samarbeide med kommuner om å disponere barnehageplasser.

2.4.3 Mangel på føringer for behov for spesialiteter

Flere enhetsledere oppgir at helseforetakene mangler føringer for hvilke spesialiteter som bør vektlegges i rekrutteringsarbeidet, og etterlyser en tydeligere strategi for hvilket behov helseforetaket har for å rekruttere til ulike legespesialiteter.

Tidligere spesialistutdanning krevde at leger først måtte oppnå spesialistgodkjenning i indremedisin eller generell kirurgi før de kunne velge en grenspesialitet. Denne modellen vektla i for stor grad LIS sine ønsker, snarere enn sykehusenes og regionens faktiske behov for spesialister.

I den nye spesialistutdanningen er alle spesialiteter blitt hovedspesialiteter, noe som betyr at LIS ansettes direkte i en hovedspesialitet fra starten av utdanningsløpet. Dette fordrer at helseforetakene vurderer sine spesialistbehov når det lyses ut LIS-stillinger.

Det tar i snitt 10 år å utdanne en spesialist, og derfor må helseforetakene ha et langsiktig perspektiv når de vurderer hvilke LIS-stillinger som skal utlyses.

Anbefalte forbedringsforslag:

✓ Identifisere behov for spesialiteter på lengre sikt

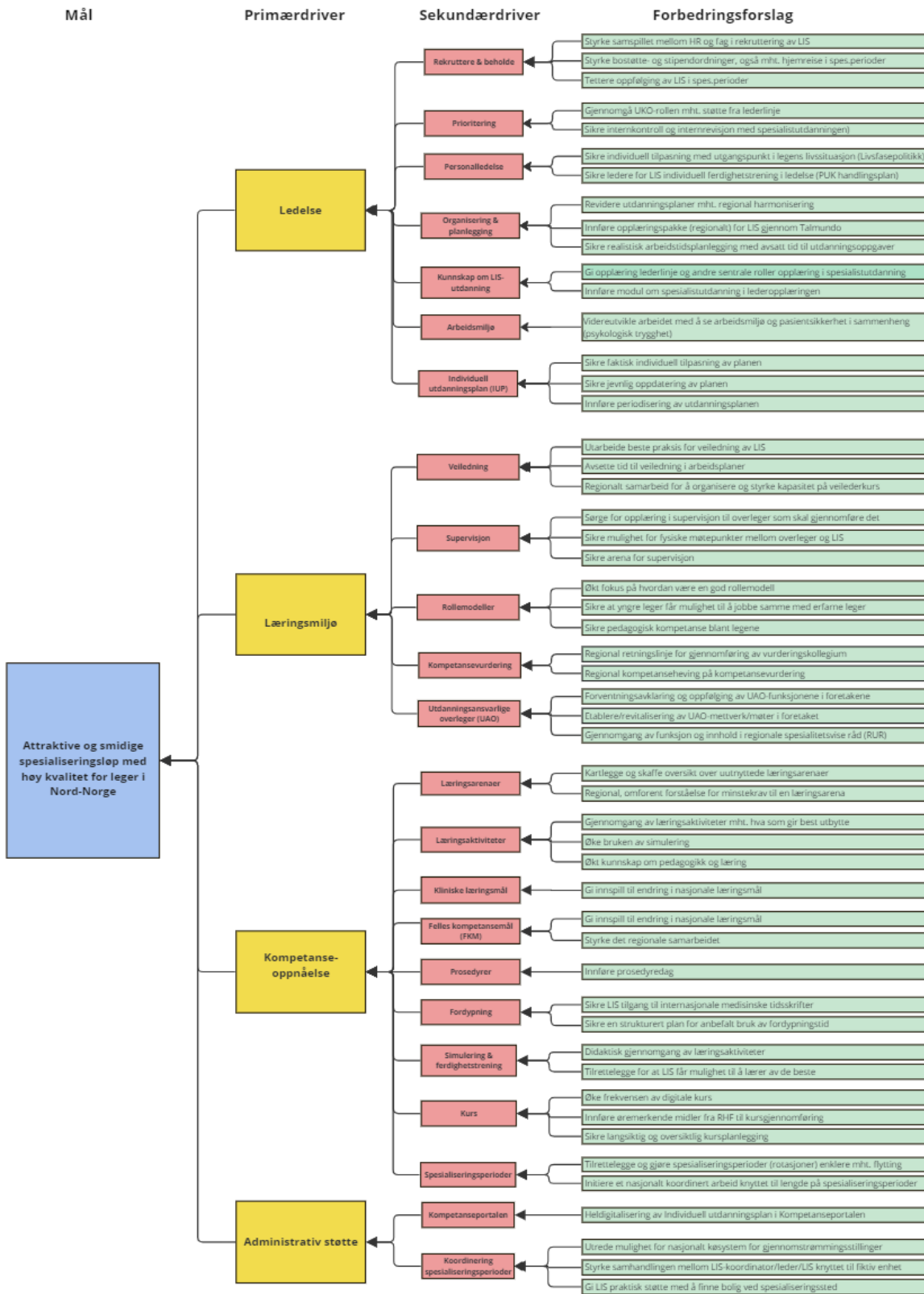
Helseforetakene bør identifisere hvilke typer legespesialiteter som trengs for å dekke langsiktige behov når LIS-stillinger lyses ut.

RHF-et vil ta initiativ til et regionalt samarbeid om framskrivings arbeid, noe som vil gi tydeligere føringer for hvilke LIS-stillinger som bør prioriteres. Dette vil gjøre rekrutteringsarbeidet mer målrettet

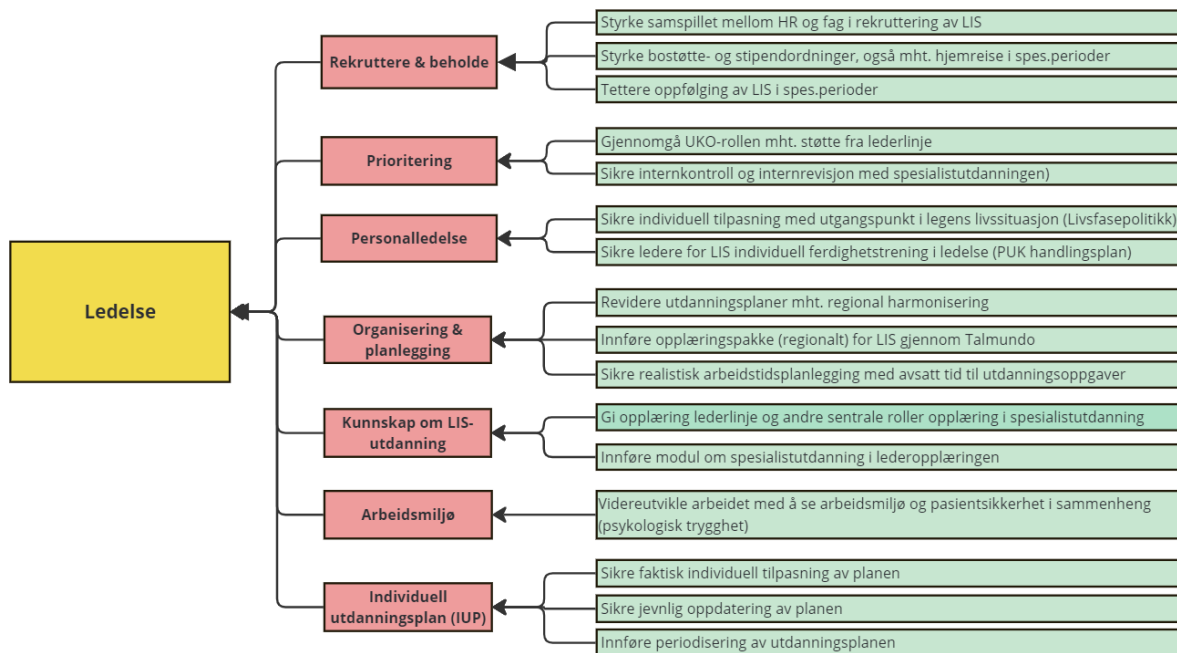
✓ Utlyse og målrette LIS-ansettelsen direkte koblet til en spesialitet

Spesialistforskriften krever at LIS ansettes i hele utdanningsløpet knyttet til en hovedspesialitet. Helseforetakene må slutte å ansette LIS i del 2-løp og i stedet utlyse stillinger for hele utdanningsløpet. Dette vil gi helseforetakene bedre oversikt over hvilke spesialister som er under utdanning innen de ulike spesialitetene, og det vil forenkle identifiseringen av utdanningsbehov.

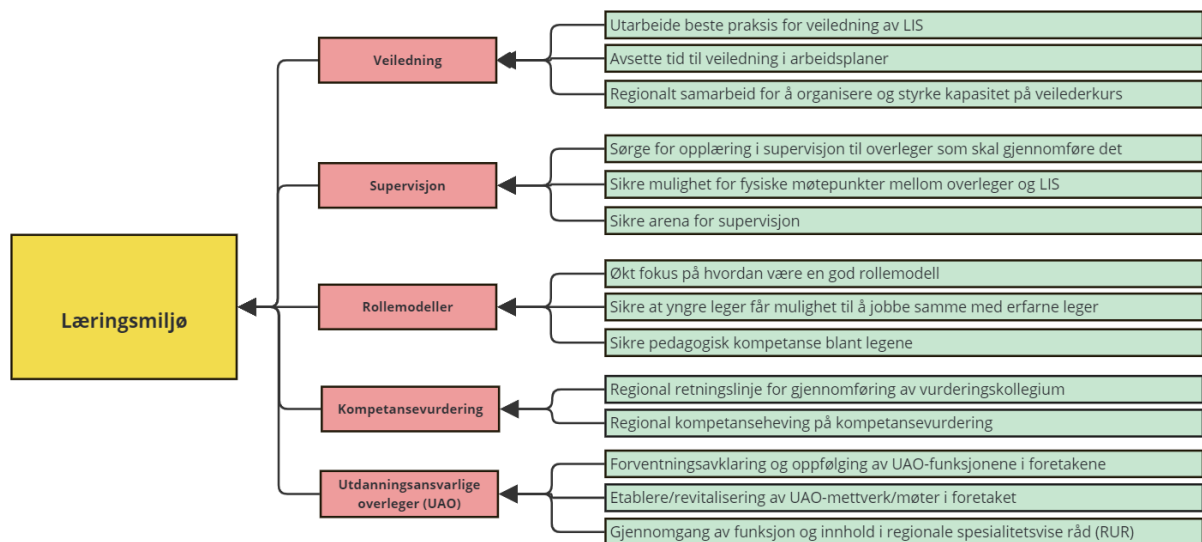
VEDLEGG: DRIVERDIAGRAM FOR SPESIALISTUTDANNING I HELSE NORD



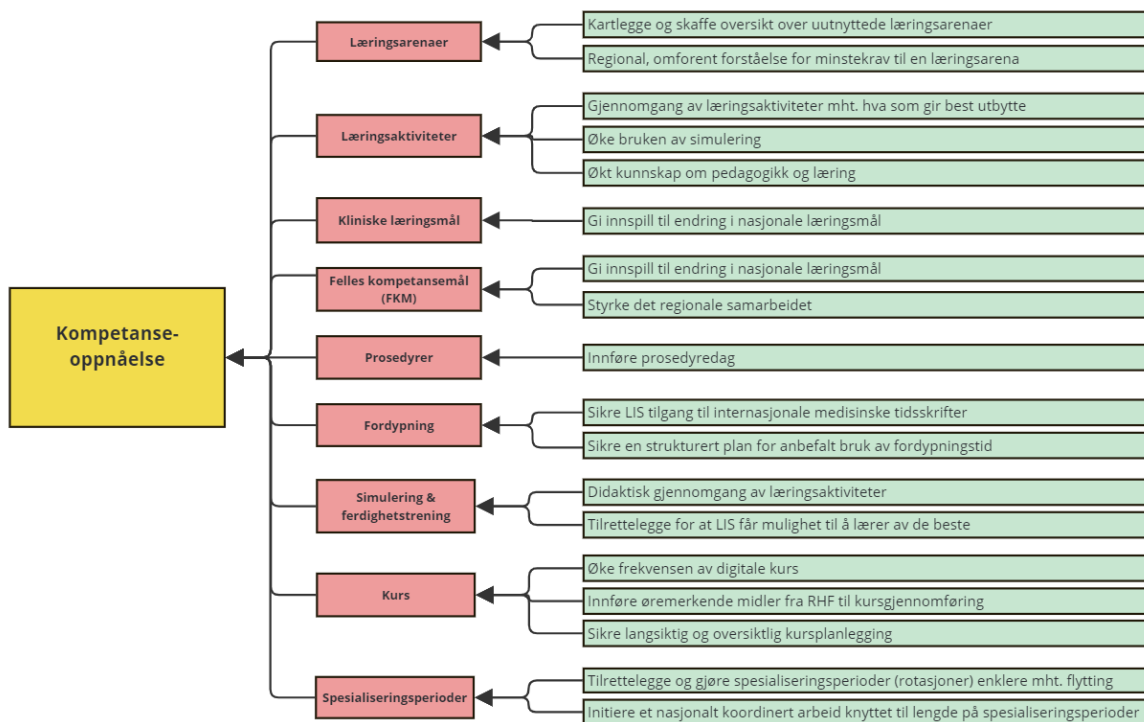
Primærdriver: Ledelse



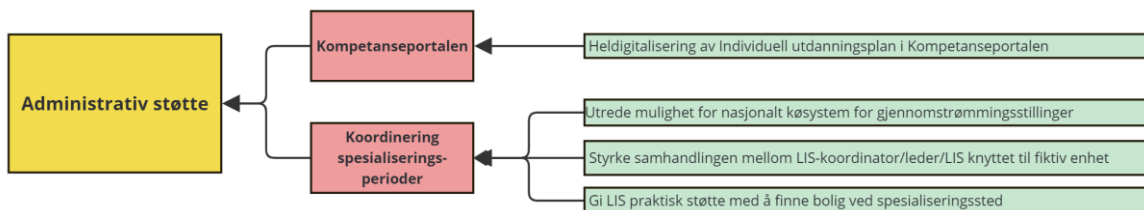
Primærdriver: Læringsmiljø



Primærdriver: Kompetanseoppnåelse



Primærdriver: Administrativ støtte



VEDLEGG 2: OVERSIKT OVER ANBEFALTE FORBEDRINGSFORSLAG

Ledelse – 18 anbefalte forbedringsforslag:

1. Styrke samspillet mellom HR, fag og kommunikasjon i rekrutteringen av LIS
2. Ivareta rekrutteringsperspektivet i utforming av utdanningsplaner
3. Tettere oppfølging av LIS fra hovedarbeidsgiver i spesialiseringsperioden
4. Styrket stipend- og bostøtteordning
5. Gjennomgå UKO-rollen
6. Gjennomføre internrevisjon og etablere internkontroll med spesialistutdanningen
7. Ledere for LIS bør prioriteres for lederutviklingsprogram
8. Sikre individuell tilpasning med utgangspunkt i legens livssituasjon (livsfasetiltak)
9. Sikre avsatt tid til utdanningsoppgaver i arbeidsplaner
10. Innføre opplæringsprogram for nyansatte LIS (inkludert fadderordning)
11. Gi ledere og andre sentrale roller opplæring i ny spesialistutdanning
12. Innføre modul om spesialistutdanning/å lede LIS i lederopplæringen
13. Gi UAO opplæring i spesialistutdanning
14. Videreutvikle arbeidet med arbeidsmiljø og pasientsikkerhet i sammen (psykologisk trygghet)
15. Opprette en ny mal for IUP
16. Sikre faktisk individuell tilpasning av IUP
17. Sikre jevnlig oppdatering av planen
18. Innføre periodisering av utdanningsplanen

Læringsmiljø – 12 anbefalte forbedringsforslag:

1. Avsatt tid til veiledning i arbeidsplaner
2. Ta i bruk beste-praksis anbefalinger for veiledning av LIS
3. Utvikle et regionalt samarbeid om veiledningskompetanse
4. Sikre opplæring i supervisjon til leger som superviserer LIS
5. Tilrettelegge for løpende supervisjon
6. Økt fokus på overlegens betydning som rollemodell
7. Sikre pedagogisk kompetanse blant legene
8. Regional kompetanseheving på kompetansevurdering
9. Regional retningslinje for gjennomføring av vurderingskollegium
10. Forventningsavklaring og oppfølging av UAO-rollen i helseforetakene
11. Etablere eller revitalisere UAO-nettverk og møter i helseforetakene
12. Gjennomgang av innholdet i regionale spesialitetsvise råd (RUR)

Kompetanseoppnåelse – 19 anbefalte forbedringsforslag:

1. Kartlegge og skaffe oversikt over uutnyttede læringsarenaer
2. Regional omforent forståelse til minstekravet til en læringsarena
3. Økt kunnskap om pedagogikk og læring
4. Øke bruken av simulering
5. Gjennomgang av læringsaktiviteter som gir best utbytte
6. Gi innspill til endring i nasjonale læringsmål

7. Gi innspill til endring i nasjonale læringsmål
8. Styrke det regionale samarbeidet
9. Innføre klinisk prosedyredag- tilrettelegge for økt ferdighetstrening
10. Effektivisering og systematisk bruk av læringsaktiviteter som allerede finnes
11. Sikre tilgang til medisinske tidsskrifter
12. Etablere en strukturert plan for bruk av fordypningstid
13. Utstyr og arealer
14. Didaktisk gjennomgang av læringsaktiviteter
15. Tilrettelegge for at LIS får lære av de beste
16. Sikre langsiktig og oversiktlig kursplanlegging
17. Innføre øremerkede midler til kursgjennomføring
18. Gjennomgå overordnet samarbeidsavtale på tverregionalt nivå
19. Tilrettelegge og gjøre spesialiseringsperioder enklere med hensyn til flytting

Administrativ støtte – 6 anbefalte forbedringsforslag:

1. Digitalisering av IUP
2. Utrede mulighet for nasjonalt køsystem for gjennomstrømningsstillinger
3. Forbedre samhandlingen mellom LIS-koordinator, leder og LIS
4. Vurdere om helseforetakene kan gi LIS mer praktisk støtte i forbindelse med flytting
5. Identifisere behov for spesialiteter på lengre sikt
6. Utlyse og målrette LIS-ansettelsen direkte koblet til en spesialitet