

Fremtidens legespesialister  
*En gjennomgang av legers spesialitetsstruktur og – innhold*

Hørings-  
utkast

Heftets tittel: Fremtidens legespesialister

Utgitt: Juni/2014

Bestillingsnummer: IS-2079-2

ISBN-nr. 978-82-8081-291-9

Utgitt av: Helsedirektoratet

Kontakt: Avdeling sykehustjenester

Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo

Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01

[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)

Hefet kan bestilles hos: Helsedirektoratet  
v/ Trykksaksekspedisjonen  
e-post: [trykksak@helsedir.no](mailto:trykksak@helsedir.no)

Tlf.: 24 16 33 68

Faks: 24 16 33 69

Ved bestilling, oppgi bestillingsnummer: IS-2079-2

## Innhold

<b>1</b>	<b>Sammendrag</b>	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>Oppdraget og målene med gjennomgangen</b>	<b>12</b>
2.1	Bakgrunn	12
2.2	Målene med spesialistutdanningen	13
2.3	Målene med gjennomgangen	13
<b>3</b>	<b>Organiseringen av arbeidet</b>	<b>15</b>
3.1	Prosjektorganisasjonen	15
3.2	Arbeidsform	17
3.3	Endringer fra foregående forslag	18
<b>4</b>	<b>Begrepsavklaringer og definisjoner</b>	<b>19</b>
4.1	Begrepsavklaringer og definisjoner	19
4.2	Spesialiteter og spesialitetsstruktur for leger	19
4.3	Kompetanse, kompetanseområde og kompetanseplattform	20
4.4	Videre- og etterutdanning	21
<b>5</b>	<b>Spesialitetsstrukturen for leger før og nå</b>	<b>22</b>
5.1	Kort historikk	22
5.2	Hva har formet spesialitetsstrukturen for leger?	25
5.3	Nåværende spesialitetsstruktur for leger	27
5.4	Dagens inndeling i hoved- og grenspesialiteter	28
5.5	Dagens spesialiseringsordning	30
5.6	Særskilt om allmenntidmedisin	31
<b>6</b>	<b>Faktorer som påvirker spesialitetsstrukturen for leger</b>	<b>32</b>
6.1	Generelt	32
6.2	Endringer i ytre rammebetingelser	33
6.2.1	Internasjonale føringer og utviklingstrekk i Europa	33
6.2.2	Samfunnsmessige og politiske forhold	36
6.2.3	Samfunnsøkonomiske forhold	36
6.2.4	Privatisering av helsetjenester	37
6.2.5	Befolkningen behov for helsetjenester	37
6.3	Faktorer innen helsetjenesten	38
6.3.1	Endringer i pasientrollen og pasientenes forventninger	38
6.3.2	Utvikling innen de medisinske fagene	38
6.3.3	Utvikling av medisinsk teknologi	39
6.3.4	Utviklingen av E-helse	39
6.3.5	Organisering av helsetjenesten	40
6.3.6	Vaktberedskap	41
6.3.7	Endringer i legerollen	41
<b>7</b>	<b>Et mulig fremtidsbilde</b>	<b>42</b>
7.1	Om å spå om fremtidens helsetjeneste	42
7.2	Kort beskrivelse av rammebetingelsene	42
7.3	Kommunenes roller	42
7.4	Sykehusenes rolle	43
7.5	Å være hjemme som pasient	44

<b>8</b>	<b>Konsekvenser av forslag til ny spesialitetsstruktur og –innhold</b>	<b>45</b>
8.1	Konsekvenser av de største endringsfaktorene	45
8.2	Ivaretagelse av både behov for spiss- og breddekompetanse	46
8.3	Konsekvenser av samhandlingsreformen	46
8.4	Utfordringer i helsetjenesten	47
8.5	Grensene for myndighetsansvaret	48
8.6	De foreslåtte hovedgrepene	49
<b>9</b>	<b>Forbedring av spesialistutdanningen for leger</b>	<b>50</b>
9.1	Forbedringsbehovene	50
9.2	Hovedgrep for forbedring av spesialistutdanningen	52
9.2.1	Nasjonale, tydelige og etterprøvbare mål	52
9.2.2	Kompetansetesting	53
9.2.3	Bedre veiledning	54
9.2.4	Moderne pedagogiske metoder	55
9.2.5	Bedre logistikk	55
<b>10</b>	<b>Forslag til ny spesialitetsstruktur for leger</b>	<b>57</b>
10.1	Prinsipper for oppbygging av spesialitetsstruktur	57
10.2	Oppbyggingen av ny spesialitetsstruktur	57
10.3	Felles ikke-medisinske kompetansemoduler	58
10.4	Spesialisering del 1	60
10.5	Spesialisering del 2	64
10.6	Noen endringer i struktur som gjelder fra del 2	65
10.6.1	Omgjøring av gren- til hovedspesialiteter	65
10.6.2	Annen valgfri relevant tjeneste foreslås avvirket	68
10.6.3	Avvikling av krav om gruppe I -tjeneste	68
10.7	Indremedisinske spesialiteter	68
10.7.1	Dagens spesialitetsstruktur	68
10.7.2	Foreslåtte endringer i for indremedisinske fag	69
10.7.3	Indremedisinsk del 2	69
10.7.4	De indremedisinske spesialiteters del 3	70
10.8	En spesialitet knyttet til behovene i akuttmottakene	71
10.8.1	Utfordringene i dagens akuttmottak	71
10.8.2	Opptaksområde og organisering av akuttmottakene	71
10.8.3	Hvem er pasientene som kommer i mottak?	72
10.8.4	Hvordan er pasientstrømmene i sykehuset?	75
10.8.5	Hvilken kompetanse i mottak vil være viktig for å møte pasientenes behov?	76
10.8.6	Hvilke arbeidsoppgaver/pasienter i akuttmottaket skal den nye spesialiteten kunne ha/ta ansvar for?	77
10.8.7	Hva skal være læringsmål for en ny spesialitet?	78
10.8.8	Hvem skal ha vaktfunksjoner i akuttmottak hvis det etableres en ny spesialitet?	79
10.8.9	Behov for generelle enheter?	80
10.8.10	Hvilke arenaer kan en ny spesialitet være knyttet til?	81
10.8.11	Rekruttering mulig?	82
10.8.12	Tidligere utredninger	83
10.8.13	Akuttmedisin som spesialitet/fagområde i andre land	84
10.8.14	Norsk spesialitet for arbeid i akuttmottak	87
10.8.15	Hvordan ser en slik spesialitet ut i norske forhold?	87

10.8.16	Hva skal spesialiteten hete?	89
10.9	Kirurgiske spesialiteter	89
10.9.1	Dagens spesialitetsstruktur	89
10.9.2	Kirurgiske hovedspesialiteter	89
10.9.3	Dagens kirurgiske grenspesialiteter	90
10.9.4	Andre spesialiteter som har krav om kirurgi	90
10.9.5	Endring i spesialitetsstruktur som gjelder del 2 og 3	90
10.9.6	Felles faglig kompetanseplattform for de kirurgiske spesialiteter, del 2	92
10.9.7	De andre kirurgiske spesialiteters del 2	93
10.9.8	Del 3 for tidligere kirurgiske grenspesialiteter	94
10.9.9	Del 3 for andre kirurgiske spesialiteter	94
10.9.10	Spesialitetene voksenpsykiatri, barne- og ungdomspsykiatri og rus- og avhengighetsmedisin	95
10.10	Bilediagnostiske fag, radiologi og nukleærmedisin	96
10.10.1	Generelt	96
10.10.2	Radiologi	97
10.10.3	Intervensjonsradiologi	97
10.10.4	Nukleærmedisin	97
10.11	De øvrige sykehusspesialitetene	98
10.12	Spesialitetene i allmenn- og samfunnsmedisin	99
10.12.1	Systematisk kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid	99
10.12.2	Kompetanse i front	100
10.13	Nye spesialiteter og kompetanseområder	101
10.14	Forskningens plass i ny spesialitetsstruktur	102
10.15	Obligatorisk videre- og etterutdanning	103
<b>11</b>	<b>Forslag til ny rolle- og ansvarsfordeling</b>	<b>105</b>
11.1	Rolle- og ansvarsfordelingen i et historisk perspektiv	105
11.2	Dagens rolle- og ansvarsfordeling	107
11.3	De andre nordiske landene	109
11.4	Funksjoner som skal dekkes	110
11.4.1	Premissgiver og styringsfunksjonen	110
11.4.2	Utviklingsfunksjonen	111
11.4.3	Implementeringsfunksjonen	111
11.4.4	Kontroll- og tilsynsfunksjonen	112
11.5	Forslag til ny oppgavefordeling	112
11.5.1	Myndighetenes oppgaver	112
11.5.2	Helseforetakenes oppgaver	113
11.5.3	Universitetenes oppgaver	114
11.5.4	Oppdragsgiveres oppgaver (RHF og KS)	115
11.5.5	Legeforeningens oppgaver	115
11.6	Forslag til ny rådsstruktur	116

## Litteraturliste

# Forord

Denne rapporten er utarbeidet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Første utgave av «Fremtidens spesialister. En gjennomgang av legers spesialitetsstruktur og –innhold» ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet i juni 2013. Like i etterkant kom et oppfølgingsoppdrag om å utrede konsekvenser av de foreslåtte tiltakene. Høsten 2013 kom et tilleggsoppdrag om å utrede en spesialitet knyttet til behovene i akuttmottakene.

Den foreliggende rapporten inneholder flere endringer og tydeliggjøringer sammenlignet med første utgave. Disse er både et resultat av innspill fra aktørene siden førsteutgaven og innspill gjennom konsekvensutredningen, samt et eget kapittel der en spesialitet knyttet til behovene i akuttmottak er utredet. Endringene er omtalt samlet i kap 3.3.

Oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet som ble gitt i 2011 var å utrede en fremtidsrettet spesialitetsstruktur. Det har vært en premiss fra departementet at gjennomgangen skal ta opp i seg hovedretningen som ligger til grunn i Samhandlingsreformen, samt Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og Lov om folkehelsearbeid fra 2011.

For å få et bilde av hva som er fremtidsrettet, la Helsedirektoratet i 2012 frem rapporten «Behovet for spesialisert kompetanse i spesialisthelsetjenesten. En status-, trend- og behovsanalyse fram mot 2030». De vurderingene som ble gjort der utgjør en del av grunnlaget for den foreliggende rapporten.

Anbefalingene er et resultat av en analyse av hvilke faktorer som påvirker behovet for endringer i spesialitetsstruktur og innhold for leger, hvordan fremtidsbildet ser ut gitt de påvirkningsfaktorene vi kjenner til, og hvilke konsekvenser dette ser ut til å få for behovet for legers kompetanse, samt behov for endringer i spesialitetsstruktur og -innhold.

Utredningen omfatter tre hovedtema: a) forslag til ny spesialitetsstruktur og –innhold, b) forslag til forbedring av spesialistutdanningen og c) forslag til endret rolle- og ansvarsfordeling mellom de aktørene som er involvert i spesialistutdanningen av leger.

Den foreliggende rapporten er et høringsutkast som vil slutføres etter høringsrunden, dvs ved utgangen av 2014.

Konsekvensutredningen av de foreslåtte endringene beskrives i en egen rapport: «Konsekvensutredning av forslag til ny spesialitetsstruktur og –innhold», juni 2014.

Oslo 18. juni 2014

  
Bjørn Guldvog  
helsedirektør



# 1 Sammen drag

## **Bakgrunn og mål**

Helsetjenesten er i stadig utvikling og kravene til helsetjenesten endres raskt. Medisinskfaglig og teknologiske utvikling, demografiske endringer, endringer i pasientrollen, samt en rekke andre faktorer påvirker kompetansebehovet i helsesektoren. Samhandlingsreformen og de to nye lovene, Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og Lov om folkehelsearbeid, gir begge klare føringer for helsetjenesten. I brev av 04.05.2011 ga Helse- og omsorgsdepartementet i oppdrag å foreta en gjennomgang av legers spesialitetsstruktur og -innhold med sikte på å vurdere behovet for eventuelle endringer på bakgrunn av ovennevnte endringer.

Hvilke legespesialister vi utdanner og innholdet i spesialistutdanningen, vil ha stor betydning for hvor godt helsetjenesten fungerer. Derfor er det behov for, med jevne mellomrom, å foreta en gjennomgang av legenes spesialitetsstruktur og – innhold for å justere eller legge om strukturene i tråd med de utviklingstrekkene man ser kommer, eller for å motvirke uheldige utviklingstrekk. Dette er bakgrunn for denne helhetlige vurderingen av den eksisterende spesialitetsstruktur og – innhold for leger.

Det overordnede målet med endringene som foreslås er en *bedre kvalitet i diagnostisering, behandling og oppfølging av pasientene, med god samhandlingen mellom nivåene*. Hensynet til å *bedre pasientsikkerheten* har stått sentralt. Her ses en god spesialistutdanning og spesialister med høy og riktig kompetanse som et viktig virkemiddel for å oppnå disse målene.

For å oppnå en mer fremtidsrettet spesialitetsstruktur og et bedre spesialiseringsløp, foreslår Helsedirektoratet tre hovedgrep:

- 1) En tredelt fleksibel modell for spesialitetsstruktur som ivaretar både behovet for breddekompetanse og spisskompetanse, samt ny kompetanse på områder som vil styrke kvalitet og pasientsikkerhet og som er nødvendig for å utføre legerollen på en god måte
- 2) Forbedring og effektivisering av spesialiseringsløpet basert på god logistikk, moderne pedagogikk og tilpassede verktøy med større vekt på læringsutbyttet for den enkelte lege i spesialisering
- 3) En ryddig og tydelig oppgavefordeling som understøtter en god implementering av modellen.

Disse grepene er gjensidig avhengig av hverandre, og bør til sammen betraktes som en helhetlig modell for en fremtidsrettet spesialitetsstruktur med en ryddig oppgave- og ansvarsfordeling.



## **En spesialitetsstruktur som ivaretar hensynet til både bredde- og dybdekompetanse**

Helsedirektoratet foreslår en tredelt generisk modell for spesialistutdanning av leger. Modellen er basert på de analyser og vurderinger av fremtidens behov for spesialistkompetanse som har framkommet under gjennomgangen. Ikke minst utgjør de foreslåtte endringene et svar på flere utfordringer som helsetjenesten har, og som kan tilbakeføres til svakheter i dagens spesialistutdanning.

På grunn av de raske endringene som påvirker kompetansebehovene må det etableres en spesialitetsstruktur som er fleksibel og som både kan tilpasses endrede behov og ulik sykehusorganisering. Utviklingen har over flere år gått i retning av mer spesialisering og subspecialisering. Denne utviklingen mener direktoratet vil fortsette, men det må treffes tiltak som sikrer også en god breddekompetanse. Både bosettingsmønsteret i Norge og det økte volum av pasienter med sammensatte sykdommer krever at hensynet til breddekompetanse ivaretas. Dette vil det være helt sentralt for å sikre gode, helhetlige pasientforløp både innen spesialisthelsetjenesten og ikke minst mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

Medisinsk behandling kan etterhvert i enda større grad skreddersys og tilpasses den enkelte pasients behov, noe som fører til at det oppstår en rekke områder der det etterspørres særlig kompetanse. Derfor må det legges opp til påbygging av spesialistutdanningen i samsvar med de oppgaver den enkelte lege har. Helsedirektoratet legger derfor opp til en formell spesialistutdanning som kan påbygges med formelle og uformelle kompetanseområder, tilpasset behovet til det enkelte sykehus og de oppgaver den enkelte spesialist utfører.

### **Den foreslåtte spesialitetsstrukturen**

Den foreslåtte modellen er tredelt og i hovedsak skal de tre delene bygge på hverandre:

#### *Spesialistutdanning del 1*

Denne delen starter etter endt grunnutdanning og består av 18 måneders tjeneste, 12 måneder på sykehus og 6 måneder i kommunehelsetjenesten. Dette er en felles kompetanseplattform, men med fire alternative løp. Kirurgi, indremedisin og psykiatri kan velges i ulike kombinasjoner. Et nytt element er at inntil 6 måneder tidsmessig kan telle med i den senere spesialistutdanningen der dette passer.

Det er reist spørsmål om del 1 bør begrenses til 6 måneder i sykehus for derved å gi mer tid til den mer fagspesifikke del av spesialiseringen. For LIS som ønsker å bli allmenntillegger, bør da del 2 inneholde lengre sykehustjeneste.

I del 1 starter også innføringen i felles kompetansemoduler som alle spesialiteter skal ha, som er omtalt senere.

#### *Spesialistutdanning del 2*

Del 2 omfatter felles kompetanseplattform for grupper av fag. Det gjelder indremedisinske fag, kirurgiske fag og psykiatri/rus- og avhengighetsmedisin. De øvrige fagene vil ikke ha en felles kompetanseplattform, men kan eventuelt ta moduler fra del 2 når man tar del 3. Læringsmålene for de indremedisinske fag vil

utformes slik at legene har vaktkompetanse etter gjennomført del 2 og derved kan ha selvstendig vaktansvar i akuttmottaket, og at de skal kunne håndtere de utfordringer som møtes der. De fleste sykehus vil i tillegg ha spesialistvakter som overtar ansvaret for pasientene knyttet til spesialisert behandling. For de kirurgiske fag vil denne vaktkompetanse tilsi at de kan gjøre nødvendige vurderinger av pasienter og kanalisere dem til riktig kompetanse i sykehuset, men ikke at de selv kan gjennomføre nødvendige kirurgiske inngrep.

### *Spesialistutdanning del 3*

Dette er den spesialitetsspesifikke utdanningen. Den forutsetter at del 1 og eventuelt del 2 er gjennomført med obligatoriske kompetansemoduler, nødvendig klinisk tjeneste og obligatoriske kurs/ferdighetstrening. Innhold, form og omfang av del 3 vil variere mellom ulike spesialiteter. Sikring av spesialistkompetanse for vakt i eget fag vil være sentralt, men for de indremedisinske spesialiteter vil også vedlikehold og utvikling av ervervet vaktkompetanse i generell indremedisin være nødvendig.

Det foreslås videre at alle grenspesialiteter innen kirurgi og indremedisin omgjøres til hovedspesialiteter. Den offentlige spesialistgodkjenningen vil i ny struktur kun godkjenne hovedspesialitetene. Videreutdanning utover det må tilpasses det enkelte foretakets behov, alt etter hvilke oppgaver som skal utføres. Spesialiteten generell indremedisin videreføres i en litt endret drakt. Generell kirurgi fjernes som egen spesialitet og hovedspesialiteten gastrokirurgi bygges ut slik at kan være den vaktbærende spesialitet innen bløtdelskirurgi.

Det er viktig å understreke at omgjøringen ikke innebærer noen innsnevring av det faglige innholdet i spesialitetene og dermed ikke utgjør noen «spissing»:

- o Del 1 blir hovedsakelig som nåværende turnus
- o Del 2 i hovedsak som nåværende generell indremedisin eller kirurgi
- o Del 3 i hovedsak som nåværende grenspesialisering.

Forslaget innebærer tvert imot en styrking av breddekompetanse ved flere av tiltakene.

Å omgjøre grenspesialiteter til hovedspesialiteter er i tråd med utviklingen i andre land, eksempelvis Sverige, Tyskland og Hellas.

### **Felles kompetansemoduler for samtlige spesialiteter**

Det foreslås innført egne obligatoriske kompetansemoduler innen kommunikasjon, etikk, kunnskapshåndtering, kvalitetsarbeid, systemforståelse, samhandling, samt organisasjon og ledelse. Disse vil fases inn i spesialiseringssløpet der hvor det er mest relevant og knyttes nært opp til legens erfaringer fra klinikken.

Dette er alle moduler med et innhold som skal sette legen i stand til å utøve legerollen på en måte som styrker kvaliteten i helsetjenesten og som setter pasientsikkerhet og kvalitet i sentrum.

### **Ny spesialitet knyttet til mottak**

Utfordringene i akuttmottakene er godt dokumentert i tilsynsrapporter og fra flere medieoppslag. Analysen av disse utfordringene sammen med en analyse av pasientenes nåværende og fremtidige behov, har resultert i at Helsedirektoratet i går inn for å etablere en spesialitet som er innrettet mot behovene i akuttmottakene. Denne spesialiteten tilrås å bli en egen full spesialitet med minimum 6,5 års utdanning. Et forslag om dette var inkludert i Helsedirektoratets rapport juni 2013, men etter oppdrag fra HOD har dette blitt vurdert på nytt av en egen arbeidsgruppe med representanter oppnevnt av RHF/HF. Arbeidsgruppens vurderinger er omtalt i kapittel 9.8.

En analyse av pasientstrømmene i akuttmottaket tilsier at bred indremedisinsk kompetanse vil være det viktigste element i en spesialitet innrettet mot akuttmottak. 60-70 % av pasientene i akuttmottak har symptomer på indremedisinske sykdommer/tilstander, og de har ofte flere kroniske sykdommer og bruker mange medikamenter. Derfor foreslås det å etablere en egen breddespesialitet med solid diagnostiseringskompetanse både for indremedisinske og andre pasientgrupper, samt kompetanse i å behandle mange av de vanligste indremedisinske sykdommene. I tillegg tilrås det at denne spesialiteten får særlig kompetanse i pasientlogistikk, organisasjon og ledelse.

Spesialiteten vil kunne anvendes både i akuttmottakene, utredningsenheter, kortidsposter, ikke-kardiologiske overvåkingsposter, generelle indremedisinske avdelinger og poliklinikker. I tillegg vil den ha en kompetanse som passer til de utvidete oppgaver kommunene har fått gjennom samhandlingsreformen.

### **Valgfri tjeneste bortfaller**

Tidligere kunne deler av spesialiseringen gjennomføres ved valgfri tjeneste i annen relevant spesialitet eller i forskning. Denne muligheten foreslås tatt bort. Annen tjeneste som er en obligatorisk del av et spesialiseringsløp videreføres. At valgfri tjeneste bortfaller, henger sammen med ønsket om en mer målstyrt spesialistutdanning der konkrete læringsmål bestemmer innholdet i utdanningen. Moduler kan settes ulikt sammen avhengig av hvilken spesialitet de skal anvendes i, og kan bestå av klinisk tjeneste og/eller ulike typer kurs.

### **Rekkefølgebestemmelser**

Etter spesialistutdanning del 1, som må gjennomføres først for alle spesialiteter, kan det være aktuelt å lage fleksible løsninger for rekkefølgen av kompetansemodulene i spesialistutdannings del 2 og del 3. For noen spesialiteter vil felles moduler i del 2 være en basis breddekompetanse for faget som tas før den unike del av utdanningen, mens det for andre spesialiteter kan være mer hensiktsmessig å ha erfaring i eget fag før man går inn i felles moduler i del 2.

### **Forbedring og effektivisering av spesialistutdanningen**

En viktig endring som foreslås er å forbedre spesialistutdanningen. I dette ligger det følgende hovedgrep:

- Å styrke læringsaspektet i spesialistutdanningen ved å legge sterkere vekt på læringsmål som gjenspeiler læringsutbyttet, dvs hvor gode spesialistene blir i sine fag etter fullført spesialisering.

- Å utvikle og i større grad ta i bruk pedagogiske verktøy som e-læring, simulatorentrening og ferdighetslaboratorier
- Å innføre obligatorisk veilederutdanning og styrke veiledningsfunksjonene
- Å innføre kompetansetesting av læringsutbyttet på de mest sentrale modulene underveis i utdanningen
- Å innføre obligatorisk etterutdanning for spesialister som må gjennomføres innen en tidsramme på fem år.

Ved å få til en bedre logistikk og bedre planlagte løp, anses muligheten til å forkorte spesialiseringstiden som god. Det legges opp til en minimumramme for utdanningstiden i de enkelte spesialiteter på 6 - 6 ½ år, mot dagens 6 ½, dvs 8 år når turnustjeneste medregnes. Det vil imidlertid være vurderingene av hvorvidt læringsmålene er oppfylt som vil avgjøre spesialiseringstidslengden for den enkelte.

Det er viktig å presisere at spesialistutdanningen av leger også fortsatt skal være praksisbasert, og klinisk tjeneste skal være hovedarenaen for spesialistutdanningen. De foreslåtte endringene skal imidlertid sørge for at den enkelte lege i spesialisering har et system rundt seg som sikrer at spesialiseringssløpet er kvalitativt godt og effektivt.

### **En ryddig og tydelig oppgavefordeling**

For å oppnå målene om en fremtidsrettet spesialitetsstruktur og en godt organisert og effektiv spesialistutdanning, er det viktig at rolle- og ansvarsfordelingen er tydelig, og at det er godt samsvar mellom myndighet og ansvar. Det ligger derfor i vår anbefaling at myndighetsansvaret, det vil si den overordnede styringen av spesialistområdet bør ivaretas av Helsedirektoratet på delegasjon fra HOD.

Den norske legeförening har siden begynnelsen av forrige århundre hatt ansvar for legespesialitetene, og fra 1980 ble oppgaven delegert fra myndighetene. Foreningen har gjort en formidabel innsats i denne sammenheng. Den norske legeförening vil i den nye ordningen fortsatt være en vesentlig aktør i arbeidet med spesialistutdanningen, blant annet ved å være representert i råd og utvalg som skal legge føringene for utvikling av spesialitetsstruktur og – innhold, men foreningen vil ikke ha en egen, selvstendig rolle.

Helsedirektoratet foreslår videre at universitetene får et økt ansvar både for den obligatoriske teoretiske opplæringen, og for å sikre god pedagogikk i utdanningen. Universitetene bør ha som oppgave å utvikle veilederopplæring, utvikle veiledere, samt utvikle og administrere kompetansetesting. Dette er viktig for å få en nasjonal spesialistutdanning basert på gode pedagogiske metoder. De bør også ha oppgaver knyttet til å sikre en god pedagogikk i utvikling av ferdighetslaboratorier og simulatorentrening. Ved at universitetene får en tydeligere rolle, legges det også et godt grunnlag for en god sammenheng mellom grunnutdanning, spesialistutdanning og obligatorisk etterutdanning.

Leger i spesialisering vil også i fremtiden i hovedsak være ansatt i helseforetakene og utføre ordinært legearbeid. Unntaket fra dette er allmenntidspesialister og samfunnsmedisiner som i det vesentlige vil få sin utdanning i kommunene.

Helseforetakene vil ha det samme ansvar og oppgaver som i dagens system, rent bortsett fra at rollen blir tydeligere og det vil i større grad følges opp at de omtalte utdanningsoppgavene blir implementert. Det gjelder oppgaver knyttet til å sikre at vi til enhver tid har en kvalitativ og kvantitativ tilstrekkelig spesialistutdanning. Særlig vil helseforetakene ha et ansvar for å organisere gode og effektive utdanningsløp, sørge for at nok veiledere har veilederutdanning, at veiledning gjennomføres og organiseres godt lokalt, i tillegg til å tilrettelegge den kliniske tjenesten som den viktigste læringsarenaen. Videre innebærer helseforetakenes ansvar å utarbeide hensiktsmessige arbeidsordninger som ivaretar læring.

Helsemyndighetene vil i den nye ordningen ikke lenger delegere oppgavene knyttet til spesialistutdanningen til Legeforeningen. Det medfører at Helsedirektoratet har behov for et apparat for å kunne ivareta myndighetsstyringen på en kvalitativt god måte. Dette foreslås ivaretatt av en rådsstruktur. Som en del av omleggingen tilrås det følgelig opprettelse av et sentralt råd for spesialistutdanning av leger, samt et spesialitetsråd for hver spesialitet, som rapporterer direkte til Helsedirektoratet. Spesialitetsrådene for den enkelte spesialitet vil ha store oppgaver knyttet til å sørge for at hver spesialitet har en spesialistutdanning med et innhold som er i tråd med pasientenes behov, er bygget opp med moderne pedagogiske metoder og har læringsmål som i størst mulig grad reflekterer ønsket læringsutbytte. Spesialitetstrådene vil utforme bestillinger på obligatoriske kurs til universitetene som på dette grunnlaget utformer kurs. Rådene vil også være rådgivende i kompliserte godkjenningssaker. En slik rådsstruktur vil være et sentralt grep for å tydeliggjøre myndighetsrollen og bidra til kort vei mellom fagmiljøenes vurderinger av endringsbehov til beslutning.

### **Konsekvensvurdering**

Som en oppfølging av forslag til ny spesialitetsstruktur og –innhold for leger fikk Helsedirektoratet i oppdrag å utrede konsekvenser både for pasientene, helseforetakene, universitetene og Helsedirektoratet. Konsekvensutredningen utgjør en egen rapport<sup>1</sup>, og konsekvensene omhandles derfor ikke i denne rapporten.

---

<sup>1</sup> Helsedirektoratet: Konsekvensvurdering av forslag til ny spesialitetsstruktur og –innhold for leger, 2014. IS-2180.

## 2 Oppdraget og målene med gjennomgangen

### 2.1 Bakgrunn

Helsedirektoratet skal bidra i Helse- og omsorgsdepartementets (HOD) brede gjennomgang av organisering av spesialistutdanning og godkjenningsordninger for helsepersonell.

På bakgrunn av dette har Helsedirektoratet fått flere oppdrag. Ett av oppdragene omfatter en gjennomgang og vurdering av eventuelle endringer i struktur og innhold i spesialistutdanning av leger, samt en konkretisering av fremtidige roller, ansvar og oppgaver på feltet (jfr presiseringsbrev 04.05.2011).

I presiseringsbrevet heter det:

«Det skal foretas en gjennomgang av spesialitetsstruktur for leger med tanke på at den skal gjenspeile framtidige behov for spesialistkompetanse hos leger.

Gjennomgangen av spesialistfeltet skal ta opp i seg hovedretningen som ligger til grunn i Samhandlingsreformen og ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og folkehelsearbeid (2011)».

Arbeidet med denne gjennomgangen skal munne ut i følgende leveranser:

- *Forslag til en spesialitetsstruktur for leger, både hovedspesialiteter og grenspesialiteter som gjenspeiler kommunenes og helseforetakenes faktiske og framtidige oppgaver, og som tar inn i seg nye og endrede kompetansebehov som følge av utvikling av helsetjenesten og samhandlingsreformen, medisinskfaglig og teknologisk utvikling, samt demografiske endringer.*
- *Vurdering av innholdet i legers spesialistutdanning*
- *Vurdering av logistikken i utdanningsløpet*
- *Vurdering av om det skal bli tydeligere fokus på læringsmål i stedet for krav om varighet på enkelte utdanningssteder*
- *Vurdering av om det bør innføres eksamener eller annen form for kompetansetesting*
- *Vurdering av om det skal innføres resertifisering for andre spesialiteter enn allmenntilleggsmedisin.*

I tillegg ligger det i oppdraget at Helsedirektoratet skal bistå Helse- og omsorgsdepartementet med modell for organisering av spesialistutdanningen for leger med tanke på å oppnå en ryddigere rolle- og ansvarsfordeling mellom myndigheter, arbeidsgivere, universitet og Legeforeningen.

Det er en forutsetning at løsningene skal være i tråd med EUs regelverk på området.

Juni 2013 ble en første utredning om ny spesialitetsstruktur og –innhold levert Helse- og omsorgsdepartementet. Allerede 26.06.13 ga departementet Helsedirektoratet i oppdrag å utrede konsekvenser av det foreliggende forslaget.

I oppdragsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet fra november 2013 bes direktoratet om å særlig utrede ny spesialitet innrettet på behovene i akuttmottakene. Det vises særlig til Helsetilsynets rapporter fra 2007 og 2009 og de forholdene som der ble avdekket. I oppdragsbrevet heter det at «målet» er at ny spesialitet skal sikre at pasientene møter høy kompetanse i front i akuttmottakene og å motvirke fragmentering i sykehusene behandlingstilbud.

I denne rapporten er et eget kapittel viet det sistnevnte. En egen arbeidsgruppe har våren 2014 utredet dette under ledelse av Helsedirektoratet.

## **2.2 Målene med spesialistutdanningen**

Et overordnet mål med spesialistutdanning av leger er å sikre befolkningen og pasientene en kvalitativ og kvantitativ optimal diagnostisering, behandling og oppfølging.

For helsetjenesten som sådan er det vesentlig at det i spesialistutdanningen etableres en helhetstenkning for utdanningen slik at helsetjenesten bedre kan møte de fremtidige utfordringer, og som sikrer god kompetanse, kvalitet i utøvelsen og ivaretagelse av pasientsikkerheten.

Målet med spesialistutdanningen for den enkelte lege er å sette vedkommende i stand til å utføre helsetjenester på et høyere kompetansenivå innen et mer avgrenset område enn grunnutdanningen gir. Dette skal skje ved tilegnelse av kunnskaper, ferdigheter og holdninger som samsvarer med det aktuelle spesialistområdet.

Det er viktig å presisere at en god spesialistutdanning skal understøtte hensiktsmessig drift og organisering av helsetjenestene.

## **2.3 Målene med gjennomgangen**

Målet med gjennomgangen av spesialitetsstruktur og -innhold for leger er at spesialitetsstrukturen skal gjenspeile framtidige behov for spesialisert kompetanse hos leger slik det blant annet er beskrevet i utredningen "Framtidig behov for spesialisert kompetanse i helsesektoren. En status-, trend- og behovsanalyse fram mot 2030" (Helsedirektoratet, februar 2012). Framtidig kompetansebehov har også vært et tema underveis i prosessen hvor fagmiljøene, RHFene/HFene, universitetene, pasientforeningene og Legeforeningen har kommet med sine innspill.

Målet med gjennomgangen er også å gi en vurdering av hvordan løpet i spesialistutdanningen kan forbedres, samt å foreslå en tydelig rolle- og ansvarsfordeling.

De overordnede målene for direktoratets utredning er å få en høyere kvalitet i diagnostisering, behandling, oppfølging og samhandling om pasientene. I dette ligger det implisitt at hensynet til pasientsikkerhet står sentralt i arbeidet.

Delmålene avledet av de overordnende målene er følgende:

- Å etablere en spesialitetsstruktur som er fremtidsrettet og møter fremtidens behov og tar opp i seg de endrede demografiske forutsetninger og den medisinskfaglige utviklingen, teknologisk utvikling, samhandlingsreformen, og endringer i pasient- og legerollen.
- Å oppnå kvalitet i helsetjenesten innebærer at helsepersonellet har rett kompetanse. Dette sikres ved at innholdet i utdanningen er oppdatert og har et adekvat innhold i henhold til pasientenes behov, samt at den enkeltes kompetanse oppdateres jevnlig.
- Å sørge for at spesialistutdanningen kvalitetssikres, både på individnivå og på systemnivå, samt å tilrettelegge for gode og effektive utdanningsløp.
- Å sørge for at vi har de riktige spesialitetene, og med et innhold som er i tråd med pasientenes behov.
- Å sørge for en spesialitetsstruktur som understøtter en organisering som ivaretar gode pasientforløp og god samhandling.
- Å etablere en spesialitetsstruktur som motvirker tendensen til en stadig sterkere spissing på bekostning av breddekompetanse, med påfølgende oppsplitting og fragmentering av tjenestene.



### 3 Organiseringen av arbeidet

#### 3.1 Prosjektorganisasjonen

Arbeidet med gjennomgangen av spesialitetsstruktur og -innhold for leger har vært organisert som et eget prosjekt forankret i Avdeling sykehustjenester i Divisjon spesialisthelsetjenester og ledet av seniorrådgiver Irene Sørås.

Dette prosjektet har vært organisert i et større program bestående av flere oppdrag som gjelder spesialistutdanning av leger, Program spesialistområdet, ledet av programdirektør Hans Petter Aarseth.

Seniorrådgiver Terje Vigen i Avdeling sykehustjenester har sammen med programdirektør og prosjektleder utgjort programledelsen i direktoratet.

En direktoratsintern prosjektgruppe bestående av avdelingsdirektører i flere berørte avdelinger har vært i funksjon gjennom hele prosjektperioden. Prosjektgruppen har sørget for bred forankring internt i direktoratet.

Prosjektet har vært organisert slik:

Figur 3.1 Organisering av prosjekt spesialitetsstruktur og –innhold



Prosjektet har hatt flere arbeidsgrupper: En direktoratsintern arbeidsgruppe har stått for planlegging av de fire store temasamlingene:

- Erik Fosse, dr med og leder Intervensjonssenteret OUS/seniorrådgiver Avdeling sykehus tjenester, Helsedirektoratet
- Elma Turkovic, førstekonsulent Avdeling sykehus tjenester, Helsedirektoratet
- Kjell Maartmann-Moe, dr med og seniorrådgiver Avdeling primærhelsetjenester, Helsedirektoratet
- Irene Sørås, seniorrådgiver Avdeling sykehus tjenester, Helsedirektoratet (leder av arbeidsgruppen)
- Stein A Evensen, dr med og seniorrådgiver Helsedirektoratet (fra 15. oktober 2012)
- Tale Norbye Wien, dr med og seniorrådgiver, Helsedirektoratet (fra 6. januar - 20. april 2013).

En egen referansegruppe har sammen med ovennevnte arbeidsgruppe vært delaktige i planleggingen av temasamlingene og gitt innspill underveis. Denne har bestått av

- Bente Skulstad, avdelingsdirektør Helsedirektoratet
- Cathrine Hannevig Welle-Wathne, seniorrådgiver Helsedirektoratet
- Jon-Torgeir Lunke, avdelingsdirektør Helsedirektoratet
- Edvard Hauff, dr med Oslo universitetssykehus
- Elisabeth Søyland, dr med Oslo universitetssykehus
- Guro Birkeland, Norsk Pasientforening
- Ole Steen, Avdelingsoverlege og dr med Oslo universitetssykehus
- Torunn Janbu, prosjektleder Helse Sør-Øst.

I tillegg har det i en periode vært nedsatt syv arbeidsgrupper med oppdrag å gå i dybden på enkelte tema og problemstillinger. Disse arbeidsgruppene har vært sammensatt av representanter fra de fleste spesialitetene, rundt kjerneområdene indremedisin, kirurgi, psykiatri/rus- og avhengighetsmedisin, allmennmedisin og billediagnostikk. Arbeidsgruppene har vært sammensatt med representanter fra de aller fleste spesialistene, stor og små sykehus, alle helseregioner, samt spredning i alder. Legeforeningen og universitetene har hatt sine representanter med i gruppene.

En åttende arbeidsgruppe i Helsedirektoratet har sett spesielt på rolle- og ansvarsfordeling mellom aktørene på området. Vedrørende dette temaet har det vært møter mellom Helsedirektoratet, universitetene og Legeforeningen, samt med RHF ved fagdirektørene.

Da oppdraget om å utrede en egen spesialitet knyttet til akuttmottak kom i november 2013, ble det behov for å etablere en egen arbeidsgruppe som kunne vurdere dette. Denne gruppen har vurdert både innholdet i en slik spesialitet og konsekvenser av å innføre den.

Sammensetningen av alle arbeidsgruppene er vist i vedlegg 1.

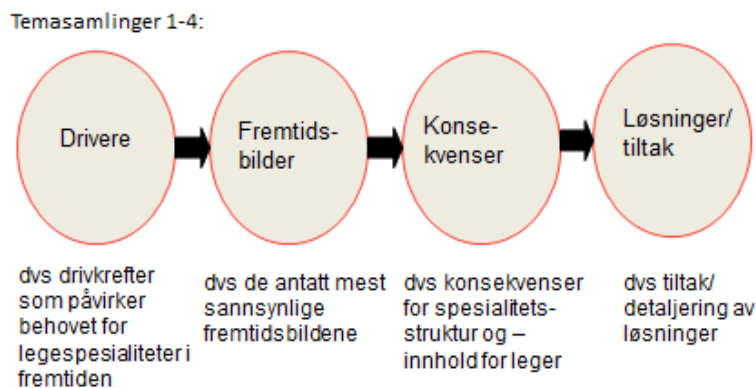
Arbeidet med gjennomgangen av spesialitetsstrukturen har vært basert på et utstrakt samarbeid med en rekke aktører, særlig universitetene, Legeforeningen,

de regionale helseforetakene, helseforetakene og kommunehelsetjenesten. Samarbeidet er ivaretatt gjennom a) flere egne møter både med RHFene, med universitetene og med Legeforeningen og b) ved at aktørene har vært representert i flere referansegrupper. Det har i denne sammenheng vært avholdt fire møter med Nasjonalt råd for spesialistutdanning og legefordeling som har gitt nyttige innspill underveis<sup>2</sup>.

### 3.2 Arbeidsform

Gjennomgangen av spesialitetsstruktur og -innhold for leger er lagt opp som en prosess i fire faser:

Figur 3.2 Prosessen i arbeidet



Den første fasen besto i å identifisere hvilke drivere eller faktorer som antas å ha betydning for spesialitetsstruktur og – innhold (kapittel 6). Ut fra en vurdering av hvilke faktorer som i størst grad vil påvirke behovet for endringer, ble det utledet et sannsynlig fremtidsbilde av helsetjenesten (kapittel 7). De to siste fasene ble brukt til å utlede hvilke konsekvenser fremtidsbildet gir for spesialitetsstruktur og – innhold (kapittel 8) og hvilke mer konkrete tiltak og løsninger som kan svare på utfordringene (kapittel 9, 10 og 11).

I takt med fasene i arbeidet er det arrangert fire store temasamlinger. På disse har en rekke aktører deltatt: Universitetene, RHF, helseforetakene, Legeforeningen, Spekter, KS, pasientforeninger, Norsk Psykologforening og Norsk sykepleierforbund.

Samlingene har hatt som hovedformål å få innspill til det videre arbeidet. Oppsummeringene fra disse samlingene er lagt ut på internett med oppfordring til deltakerne om å kommentere. I tillegg har samlingene tatt opp historikk,

<sup>2</sup> Nasjonalt råd for spesialistutdanning og legefordeling (NR) opphørte 1. juli 2013

internasjonale forhold og bevaringsområder ved nåværende spesialitetsstruktur og – innhold.

De 7 arbeidsgruppene omtalt ovenfor la grunnen for diskusjonen i den avsluttende temasamlingen.

Som det fremgår har det vært en bredt anlagt prosess med flere innspillsrunder underveis. Den foreliggende rapport er et resultat av denne prosessen. Med en såpass bred anlagt prosess som har involvert svært mange, vil det måtte være slik at alle ikke kan kjenne seg igjen i samtlige forslag og konklusjoner. I tillegg har Helsedirektoratet har også måttet foreta en endelig vurdering slik at det foreliggende forslaget er så konsistent og helhetlig som mulig.

### **3.3 Endringer fra foregående forslag**

Som nevnt innledningsvis har det kommet innspill underveis siden forrige rapport (juni 2013). Det har både kommet i brev form fra RHF, gjennom møter i arbeidsgruppene og via referansegruppene. Helsedirektoratet har vurdert innspillene og flere av disse har medført endringer i forslaget.

Endringene i den reviderte rapporten er som følger:

- Vaktkompetanse innen kirurgiske fag oppnås etter del 3 (og ikke etter del 2 som ble foreslått i første omgang). Etter del 2 skal kirurger ha vurderingskompetanse og kunne avgjøre hvorvidt og hvor inngrep eventuelt skal utføres
- Del 2 i kirurgi foreslås å variere for de ulike spesialitetene fra 1-3 år. De spesialitetene som trenger raskt å bli gode på sitt fagområde (for eksempel urologi og bryst- og endokrinologi) kan ha en felles del 2 på kun ett år, mens gastroenterologisk kirurgi bør ha 3 år.
- Anbefaling av ny breddespesialitet i mottaks- og indremedisin tilpasset behovene i akuttmottak, dvs en egen hovedspesialitet basert på indremedisin.

## 4 Begrepsavklaringer og definisjoner

### 4.1 Begrepsavklaringer og definisjoner

I utredningen lanseres en del begreper som kan forårsake uklarhet og misforståelser. En del begreper er velkjente, mens andre er nye for enkelte.

Det gis derfor nærmere definisjoner på de vanligste begrepene som blir brukt i utredningen.

### 4.2 Spesialiteter og spesialitetsstruktur for leger

Den norske legeförenings Stillingsstrukturutvalg I ga i en utredning av 1. juni 1981 følgende definisjoner vedrørende medisinsk spesialiteter:

*”En medisinsk spesialitet er en formelt godkjent, avgrenset del av det medisinske fagområde. Avgrensningen følger organer/organsystemer, sykdomsgrupper, pasientaldersgrupper og spesielle undersøkelses- og/eller behandlingsmetoder”.*

Det anføres videre:

*”Avgrensningen er foretatt for å sikre adekvat forebyggelse, undersøkelse og behandling av gitte sykdomsgrupper”.*

Den svenske Översynsutredningen (2003)<sup>3</sup> stiller disse kravene til spesialiteter:

- Kunnskapsfeltet bør være kunnskapsmessig sammenhengende og av et tilstrekkelig omfang
- Det bør være avgrensbart i forhold til andre spesialiteter
- Det bør ha et tilstrekkelig antall utøvende spesialister for å opprette og opprettholde spesialiteten
- Det bør avspeile pasientenes og helse- og omsorgssektorens behov.

Hva som er ”tilstrekkelig omfang” og ”tilstrekkelig antall utøvende” er ikke definert nærmere.

I den danske utredningen ”Speciallegeuddannelse, -status og perspektivering”<sup>4</sup> anbefales det at det legges følgende kriterier til grunn for at et kunnskapsområde skal kunne betegnes som en spesialitet:

- Størrelse og omfang på det legevitenskapelige området:
- Størrelsen på pasientgrunnlaget

<sup>3</sup> Läkarnas specialistutbildning och strukturen för medicinska specialiteter – En översyn. Stockholm: Socialstyrelsen 2003.

<sup>4</sup> Speciallegeuddannelse, -status og perspektivering”, Sundhedsstyrelsen 2012

- Antall driftsenheter (representasjon i alle tre videreutdanningsregioner i Danmark)
- Et tilstrekkelig antall spesialister.

Det legevitenskapelige området bør etter denne definisjonen ha:

- Få berøringsområder ved andre spesialiteter vedrørende funksjon og utdanning
- Selvstendig forskningstradisjon.

Som det fremgår er definisjonene noe forskjellig. Spesialiteter omtaler både som kunnskapsområde og legevitenskapelig område. Videre er kriteriene ulike og omfatter både egenskaper ved fagområdet, pasientpopulasjon og organiseringen av utdanningen.

Helsedirektoratet vil i det følgende benytte disse definisjonene:

En **hovedspesialitet** betegner en medisinsk spesialitet hvor utdanningen i hovedsak foregår innen spesialiteten og således i det alt vesentlige uavhengig av utdanning i andre spesialiteter.

En **grenspesialitet** betegner en ytterligere avgrensning av en del av en hovedspesialitet, hvor utdanningen bygger på utdanning i hovedspesialiteten og utdyper et område av den.

En **subspesialitet** betegner en ikke godkjent undergruppering av en spesialitet uten formelle utdanningskrav og uten formell kompetanse.

En **spesialist** er en lege som har dokumentert at hun/han oppfyller de definerte kravene innen en spesialitet, og som på det grunnlag er godkjent som spesialist.

Med **spesialitetsstruktur** menes i denne utredningen inndelingen i spesialiteter, dvs antall hoved- og grenspesialiteter, fordelingen mellom dem, samt grensene mellom dem.

#### 4.3 Kompetanse, kompetanseområde og kompetanseplattform

**Kompetanse** er de samlede kunnskaper, ferdigheter og holdninger som gjør det mulig å utføre aktuelle funksjoner og oppgaver i tråd med definerte krav og mål<sup>5</sup>.

**Vaktkompetanse** definerer den kompetanse en lege må ha for å kunne diagnostisere og gi nødvendig (tidskritisk) behandling til pasienter i akuttmottak.

**Spesialistvakt** defineres som de vaktlag av spesialister det enkelte sykehus etablerer for å kunne gi tidskritisk behandling til de pasienter som overføres fra akuttmottak.

<sup>5</sup> Linda Lai: Strategisk kompetansestyring. 2004.

Et **kompetanseområde** er et avgrenset fagområde som ligger utenfor den spesialiteten man har og som er felles arbeidsområde med én eller flere andre spesialiteter (Helsedirektoratet).

Denne definisjonen er annerledes enn Legeforeningens som sier at «et kompetanseområde er karakterisert ved at leger med en særlig interesse og kompetanse arbeider innenfor et område som griper inn i tre eller flere spesialiteter».

Begrepet kompetanseområde er følgelig ikke det samme som spesialområder innen en hoved- eller grenspesialitet ("kvistspesialitet", "subspesialitet").

Det kan være flere veier inn i et kompetanseområde. Det kan derfor ikke stilles krav om at godkjenning innenfor et kompetanseområde kun kan skje på grunnlag av godkjenning i én bestemt spesialitet. Spesialistgodkjenning i én av de spesialitetene som kompetanseområdet bygger på, er forutsetning for legens godkjenning i kompetanseområdet.

Utdanningen innenfor et kompetanseområde skal være basert på et etablert regelverk med definerte læringsmål.

Kompetanseplattform tilsvare det som på engelsk heter 'common trunk' og på svensk 'gemensam kunnskapsbas'

Med **felles kompetanseplattform** for leger mener vi *kunnskap, erfaringer og ferdigheter som alle leger må ha for å praktisere som spesialist.*

Med **faglig kompetanseplattform** mener vi *kunnskap, erfaringer og ferdigheter som er felles for en gruppe spesialiteter, f.eks. kirurgiske fag eller indremedisinske fag.*

**Kompetansemodul** vil i denne sammenheng bety *et tematisk avgrenset område som inngår i en kompetanseplattform eller et kompetanseområde.*

#### 4.4 Videre- og etterutdanning

**Videreutdanning** er *utdanning etter autorisasjon som lege og som fører frem til formelt godkjent kompetanse. Videreutdanning fører frem til en formell kompetanse som spesialist, og eventuelt til annen formell kompetanse etter dette*

**Etterutdanning** er *utdanning for å opprettholde og videreutvikle kunnskap innen feltet man er spesialist i.*

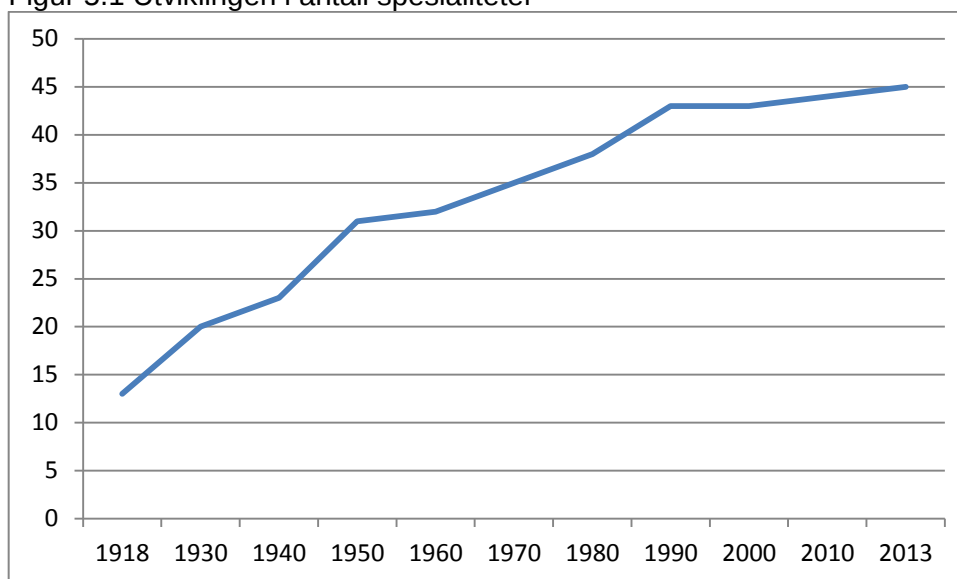
Det skilles mellom formell og uformell etterutdanning. Det første er systematisk og målrettet opplæring i samsvar med normerte krav. Det andre er erfaring man får i kraft av arbeidet som gjøres.

## 5 Spesialitetsstrukturen for leger før og nå

### 5.1 Kort historikk

Historien om legenes spesialisering strekker seg tilbake til 1918 da de første 13 spesialitetene ble opprettet. Antall spesialiteter har vokst fra 13 til 45 på årene siden 1918. Det var en jevn økning i antall frem til 1990, men etter dette har det flatet ut.

Figur 5.1 Utviklingen i antall spesialiteter



Siden 1918 har det vært en rekke endringer i struktur, innhold og organisering av spesialistutdanningen for leger. Det vil føre for langt å gi en detaljert og inngående fremstilling av spesialitetsstrukturens historie. Denne er godt beskrevet i flere utredninger, blant annet i Per Haaves bok «I Medisinens sentrum»<sup>6</sup> og i Ole Bergs bok «Spesialisering og profesjonalisering. En beretning om den sivile norske helseforvaltnings utvikling fra 1809 til 2009»<sup>7</sup>. I denne sammenheng vil imidlertid noen av de mest sentrale utredningene om spesialitetsstruktur nevnes:

Eldjarn-komiteén (1973): Utga retningslinjer for opprettelse av nye spesialiteter og grenspesialiteter. Denne la til grunn en restriktiv linje i forhold til antall spesialiteter, men gikk inn for å opprette grenspesialiteter innen indremedisin og kirurgi.

Inndelingen i hoved- og grenspesialiteter ble i første rekke begrunnet ut fra behovet for kompetanse ved de mange små sykehusene<sup>8</sup>. Indremedisin ble hovedspesialitet med fem tilhørende grenspesialiteter fra 1975

<sup>6</sup> Per Haave: I medisinsens sentrum. Den norske legeforsking og spesialistregimet gjennom hundre år. Unipub 2011.

<sup>7</sup> Ole Berg: Spesialisering og profesjonalisering- En beretning om den sivile helseforvaltnings utvikling fra 1809 til 1909. Helsetilsynet 8/2009

<sup>8</sup> Skoglund, Einar: Spesialistutdanningens historie, Tidsskr Nor Legeforsking 2009: 129



(infeksjonssykdommer, nyresykdommer, endokrinologi, lungesykdommer og blodsykdommer). Antall grenspesialiteter er senere blitt utvidet til åtte.

I 1977 ble det innført en tilsvarende inndeling for de kirurgiske fag: Generell kirurgi som hovedspesialitet med barnekirurgi, gastrokirurgi, ortopedisk kirurgi, thoraxkirurgi og urologi som grenspesialiteter. Også her er det kommet flere grenspesialiteter til (karkirurgi og mamma-para-/thyreoideakirurgi) slik at det i dag er seks. Ortopedi ble egen hovedspesialitet i 1997.

Selandkomitéen lanserte i 1989 kompetanseområder som et alternativ til å opprette små spesialiteter.

Haffner-utvalget ble nedsatt av Statens helsetilsyn og avga to rapporter. I en utredning fra 1994 ble spesialisthelsetjenester innen kirurgi og medisin vurdert. Utredningen fra 1996 tok opp spesialistbehovet, vaktkompetanse, kompetansekrav og organiseringen av spesialistutdanningen. Den anbefalte at grenspesialitetene skulle omgjøres til hovedspesialiteter og at den tidligere valgfrie sideutdanningen skulle opphøre.

Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording har utarbeidet flere utredninger om spesialitetsstruktur<sup>9</sup>. Rådet foretok i 2002 en vurdering av de kirurgiske fagene som resulterte i høringsnotatet "Gjennomgang av spesialitetsstrukturen i kirurgi" (2002). Denne foreslo å avvikle generell kirurgi som en hovedspesialitet og å slå sammen grenspesialitetene urologi, bryst – og endokrin- kirurgi.

Spesialitetsrådet under ledelse av Jørgen J Jørgensen kom samme år med utredningen "En vurdering av spesialitetsstrukturen i Norge".

Børve-utvalgets innstilling (2002) konkluderte med behovet for en plan for et nasjonalt utdanningssystem for spesialister med klart sterkere styring av både hvilke spesialiteter som skulle utdannes og fortløpende regulering av stillingsstruktur. Der er i denne sammenheng interessant å merke seg at Børve-utvalgets definisjon av spesialist var direkte knyttet til organiseringen av sykehus: en spesialist skulle være kompetent til å gå i bakvakt<sup>10</sup>.

I januar 2003 la Dnlfs utvalg ledet av Torgeir Løvig frem en utredning om spesialitetsstrukturen innen de kirurgiske fag, der mamma-endokrinkirurgi ble foreslått opprettet som ny kirurgisk grenspesialitet.

Tabellen på neste side viser hvordan spesialitetene er vokst fram og hvordan så godt som alle er endret underveis<sup>11</sup>:

<sup>9</sup> Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording: Utdanning av sykehusbaserte spesialiteter, 2000 og Etterutdanning av legespesialiteter, 2002.

<sup>10</sup> «Spesialistutdannelsen for leger». 1986.

<sup>11</sup> Skoglund, Einar: Spesialistutdanningens historie. Tidsskr Nor Legeforening 2009; 129: 1124-7

Tabell 5.1 Historisk oversikt over etableringen av spesialitetene i Norge. 1918-2012.

Spesialitet	År	Etablert/justert
<b>Barnesykdommer</b>	<b>1918</b>	
Fødselshjelp	<b>1918</b>	Slått sammen med <i>kvinnesykdommer</i> til <b>Fødselshjelp og kvinnesykdommer 1947</b>
Hud og kjønnssykdommer	<b>1918</b>	Hudsykdommer 1949. <b>Hud- og veneriske sykdommer 1965</b>
<b>Indremedisin</b>	<b>1918</b>	Hovedspesialitet <b>1975</b>
Kirurgi	<b>1918</b>	<b>Generell kirurgi 1965</b> , hovedspesialitet <b>1977</b>
Kvinnesykdommer	<b>1918</b>	Slått sammen med <i>fødselshjelp</i> til <b>Fødselshjelp og kvinnesykdommer 1947</b>
Lungesykdommer og Lungetuberkulose	<b>1918</b>	<b>Lungesykdommer 1963</b> , grenspesialitet under indremedisin <b>1984</b>
Massasje, sykegymnastikk og ortopedisk behandling	<b>1918</b>	Ortopedi 1932, ut av massasje og sykegymnastikk. Massasje og sykegymnastikk avviklet som spesialitet <b>1949</b> . <b>Ortopedisk kirurgi 1949</b> , grenspesialitet under generell kirurgi <b>1977</b> . Hovedspesialitet igjen i <b>1997</b>
Nervesykdommer	<b>1918</b>	<b>Neurologi 1949</b>
Røntgenundersøkelse og – behandling	<b>1918</b>	Medisinsk radiologi 1932. <b>Radiologi 1989</b>
Sinnssykdommer og nervøse lidelser	<b>1918</b>	<b>Psykiatri 1949</b>
<b>Øre-nese-halssykdommer</b>	<b>1918</b>	
<b>Øyesykdommer</b>	<b>1918</b>	
Revmatiske sykdommer	<b>1929</b>	<b>Revmatologi 1987</b>
Klinisk patologi	<b>1930</b>	Patologisk anatomi 1947. <b>Patologi 1961</b>
Epidemiske sykdommer	<b>1931</b>	Avviklet 1967
Idrettsmedisin	<b>1940</b>	Innlemmet i Fysikalsk medisin i 1965.
Dental kjevekirurgi	<b>1945</b>	Kjeve- og munnhulesykdommer 1965. <b>Kjevekirurgi og munnhulesykdommer 1971</b> . <b>Maxillofacial kirurgi 2012</b> .
Medisinsk bakteriologi og serologi	<b>1945</b>	<b>Medisinsk mikrobiologi 1965</b>
Medisinsk biokjemi og fysiologi	<b>1947</b>	Klinisk kjemi 1965. <b>Medisinsk biokjemi 2001</b> .
Plastisk kirurgi	<b>1948</b>	<b>Plastikkirurgi 1965</b>
Urinveiskirurgi	<b>1948</b>	<b>Urologi 1969</b> , grenspesialitet under generell kirurgi <b>1977</b>
Anestesi	<b>1949</b>	<b>Anestesiologi 1965</b>
Yrkesmedisin	<b>1949</b>	Yrkessykdommer 1969-1975. <b>Arbeidsmedisin 1991</b>
<b>Thoraxkirurgi</b>	<b>1950</b>	Grenspesialitet under generell kirurgi <b>1977</b>
Barnepsykiatri	<b>1951</b>	<b>Barne- og ungdomspsykiatri 1989</b>
Tropesykdommer	<b>1952</b>	Innlemmet i <b>infeksjonssykdommer 1979</b> , grenspesialitet under indremedisin
<b>Nevrokirurgi</b>	<b>1953</b>	
Fysikalsk medisin	<b>1955</b>	<b>Fysikalsk medisin og rehabilitering 1979</b>
<b>Klinisk neurofysiologi</b>	<b>1957</b>	
Immunhematologi	<b>1959</b>	Immunhematologi og medisinsk immunologi 1975. <b>Immunologi og transfusjonsmedisin 1990</b>
Medisinsk blodtypeserologi	<b>1959</b>	Avviklet som spesialitet 1965 og inkludert i medisinsk mikrobiologi.
Sosialmedisinsk attføring	<b>1959</b>	Attføringsmedisin 1963. Klinisk sosialmedisin 1979. Innlemmet i Fysikalsk medisin og rehabilitering 1986.
<b>Barnekirurgi</b>	<b>1963</b>	Grenspesialitet under generell kirurgi <b>1977</b>
<b>Hjertesykdommer</b>	<b>1965</b>	Grenspesialitet under indremedisin <b>1975</b>
Klinisk fysiologi	<b>1965</b>	Avviklet <b>1994</b>
Terapeutisk radiologi	<b>1965</b>	Terapeutisk onkologi og radioterapi 1979. <b>Onkologi 1991</b>
<b>Fordøyelsesykdommer</b>	<b>1967</b>	Grenspesialitet under indremedisin <b>1975</b>
<b>Medisinsk genetik</b>	<b>1971</b>	
<b>Geriatrici</b>	<b>1975</b>	Grenspesialitet under indremedisin
<b>Gastroenterologisk Kirurgi</b>	<b>1977</b>	Grenspesialitet under generell kirurgi
<b>Nyresykdommer</b>	<b>1979</b>	Grenspesialitet under indremedisin
<b>Endokrinologi</b>	<b>1983</b>	Grenspesialitet under indremedisin
<b>Samfunnsmedisin</b>	<b>1984</b>	
<b>Allmenmedisin</b>	<b>1985</b>	
<b>Blodsykdommer</b>	<b>1985</b>	Grenspesialitet under indremedisin
<b>Karkirurgi</b>	<b>1986</b>	Grenspesialitet under generell kirurgi
<b>Klinisk farmakologi</b>	<b>1988</b>	
<b>Nukleærmedisin</b>	<b>1997</b>	
<b>Ortopedisk kirurgi</b>	<b>1977</b>	Grenspesialitet fra 1977. Hovedspesialitet fra 1997.
<b>Bryst- og endokrinkirurgi</b>	<b>2008</b>	

## 5.2 Hva har formet spesialitetsstrukturen for leger?

Det vil føre for langt å gå i detalj inn på de ovennevnte utredningene. I stedet gis det her noen perspektiver på tenkningen som har preget debatten rundt spesialitetsstruktur og endringene i den over tid. Utviklingen i spesialitetsstrukturen kan forstås som et resultat av flere faktorer:

### *Medisinsk-faglig utvikling*

Kunnskapsveksten innen medisin har klart vært en viktig faktor for flere endringer i spesialitetsstruktur. Eksempelvis betydde oppdagelsen av antibiotika at en opprinnelig kirurgisk spesialitet som øre-nese-hals ble mer lik indremedisin. Kunnskapsmengden har etter hvert blitt så stor innen de ulike spesialitetene at det har blitt svært vanskelig å holde seg oppdatert på hele fagfeltet. Dette har vært en sentral driver for oppdelingen i nye spesialiteter og grenspesialiteter.

### *Politiske føringer*

Offentlig myndighetsstyring av spesialistutdanningen har vært et eksplisitt og implisitt tema over flere år. Med legeloven av 1980 overtok myndighetene det formelle politiske og juridiske ansvaret for spesialistutdanningen.

Det har åpenbart vært flere politiske hensyn som har påvirket spesialitetsstrukturen:

Hensynet til distriktpolitikk og bevaringen av små sykehus og en differensiert sykehusstruktur har vært en sterk medvirkende årsak til å bevare generalistinnslaget. Den kanskje viktigste politiske saken har vært behovet for legedekning i mindre sentrale strøk. Dette ble påpekt allerede i innstilling til Lov om folketrygd fra 1939. Karl Evang tok i sin periode som helsedirektør (1938-1972) sterkt til orde for en beordring av leger til utkantstrøk. Regulering av stillingsstrukturen er også et klart eksempel på en politisert sak hvor hensynet til geografisk fordeling var en viktig føring for arbeidet, og hvor det også har lyktes å sikre primærhelsetjenesten høy kompetanse.

Eldjarn-komiteen tok på sin side til orde for at spesialitetsstrukturen i stor grad skulle tilpasses sykehusstrukturen, og være i samsvar med behovene i helsevesenet.

Politiske idéer om et sterkt Norden og ønsket om ett felles nordisk arbeidsmarked har medført noen tilpasninger mellom de nordiske landene, blant annet nedfelt i Nordisk overenskomst.

*Den teknologiske utviklingen* har hatt klare konsekvenser for spesialitetsstruktur. Diagnostisering, behandling og oppfølging har medført behov for fordypninger innen nye fagområder. Grensen mellom bildediagnostikk og behandling er blitt endret. Behandling av sykdommer som tidligere kun ble utført av kirurger, utføres nå for eksempel også av radiologer.

På et vis kan man hevde at den teknologiske utviklingen i mange tilfeller har vært årsak til fagutviklingen. Særlig gjelder dette innen bildediagnostikk og kirurgiske fag.

### *Profesjonsinteresser*

Det har naturlig nok eksistert ulike oppfatninger av spesialisering som virkemiddel i utvikling av profesjonen. Fra spesialistenes side har det ofte blitt stilt stadig høyere krav til kvalifikasjoner, noe som er blitt oppfattet som et forsøk på å verne om egne interesser<sup>12</sup>. På den ene siden har Legeforeningen ønsket å motvirke forsøk på å splitte en samlet legestand, mens spesialforeningene har hatt en noe annen agenda ved å fremme spesialistenes egne interesser.

Opprettelse av samfunnsmedisin som spesialitet sprang ut fra behovet for å styrke medisinsk kompetanse for å kunne vurdere helsemessige konsekvenser på mange områder i samfunnet, eksempelvis smittevern, teknisk hygiene og næringsmiddelkontroll. Dette var oppgaver som i de fleste kommuner tidligere ble lagt til helserådsordføreren. Med økt spesialisering på mange fagområder vokste det frem et økende behov for å markere den medisinske kompetansen som premissleverandør og rådgiver overfor samfunnet. Dette førte til en gradvis utvikling av samfunnsmedisinen som spesialitet. Karl Evang foreslo en slik spesialisering i offentlige legeoppgaver så tidlig som i 1948 og den ble innført fra 1. januar 1984.

Historien har flere eksempler på at debatten om spesialitetsstruktur har vært preget av motstridende hensyn og har splittet Legeforeningen innad. Opprettelse av spesialiteten allmenntilleggsmedisin er et av eksemplene på dette.

Spesialiteten i allmenntilleggsmedisin er et nordisk, nederlandsk og anglosaksisk fenomen. I Norge ble allmenntilleggsmedisin en egen spesialitet i 1985. Denne har bidratt til å muliggjøre et sterkt desentralisert helsevesen i landet.

### *Praktikerbasert opplæring versus forskningsbasert praksis*

Fra 1950-tallet ble tanken om å endre spesialistutdanningen fra å være ren mester-svenn- opplæring til et løp med større vekt på akademisk undervisning lansert. Dette skulle løses ved hjelp av en sterkere tilknytning til de medisinske fakultetene. Både Strøm-komiteén (1957), Seip-utvalget (1964), Aubert-utvalget (1967 og 1969) la opp til en mer akademisk spesialistutdanning. I 1965 ble spesialistreglene endret slik at dette kunne muliggjøres, uten at dette førte til at de medisinske fakultetene fikk en større rolle, slik de var tiltenkt. Tvert imot ble resultatet at spesialitetskomitéene fikk en sterkere rolle enn tidligere.

### *Enkeltpersoners engasjement*

Flere av spesialitetene er utvilsomt blitt etablert som en følge av enkeltpersoners faglige engasjement og innsats. Disse har ofte drevet frem sine synspunkter og fått tilslutning i både faglige og politiske miljøer.

### *Internasjonale føringer*

Norge har hatt et mangeårig samarbeid omkring spesialistutdanning av leger, i hovedsak med andre europeiske land, både gjennom EØS-samarbeidet og gjennom de europeiske legeforeningenes samarbeid gjennom UEMS.

På et felles nordisk sentralstyremøte for de nordiske legeforeninger i 1974 ble det besluttet å oppnevne en «SamNordisk Arbetsgrupp för Prognos och

---

<sup>12</sup> Haave, Per: I medisinsens sentrum.

Specialistutbildningsfrågor (SNAPS).» Den hadde som intensjon både å arbeide med arbeidsmarkedsutviklingen for leger i Norden, samt å vurdere og sammenligne innholdet i videreutdanningen av ulike typer i de nordiske landene SNAPS-gruppen har fra 1978 hvert annet år fremlagt en rapport om utviklingstrender og framskrivning av arbeidsmarkedssituasjonen for leger i Norden sammen med en oversikt over innhold og varighet i de ulike spesialitetene<sup>13</sup>.

#### *Vurdering*

Veien fram til dagens spesialitetsstruktur i Norge har med andre ord vært preget av et komplekst samspill mellom blant annet helsepolitikk, sykehusvesenets infrastruktur, medisinfagenes utvikling, utvikling av en sterk primærhelsetjeneste, profesjonsinteresser, internasjonalt samarbeid og sterke enkeltpersoners innflytelse.

### **5.3 Nåværende spesialitetsstruktur for leger**

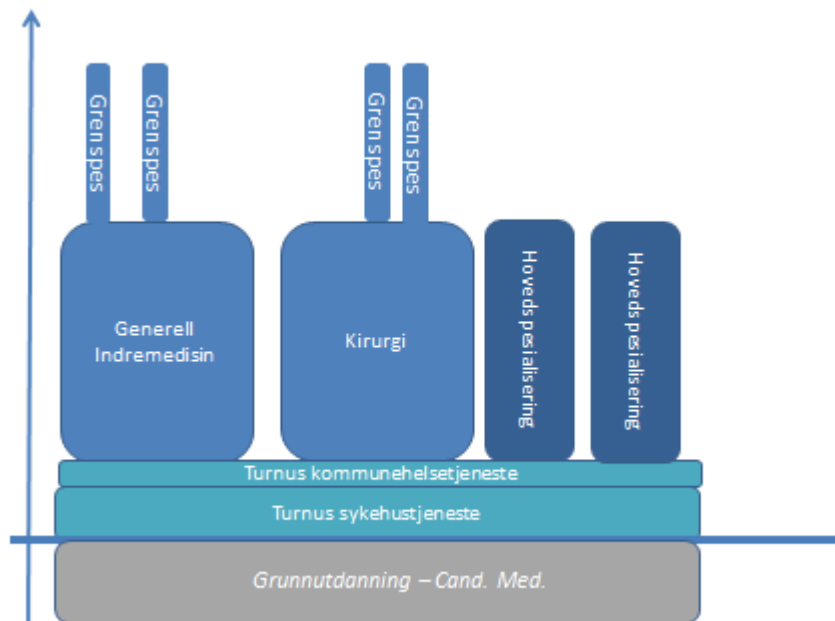
Spesialitetsstrukturen omfatter ordningen med inndeling i hoved- og grenspesialiteter. Per 2012 er det 30 hovedspesialiteter og 14 grenspesialiteter. Med den vedtatte innføring av en egen spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin blir det 45 spesialiteter. Av de 14 grenspesialitetene er åtte indremedisinske og seks kirurgiske grenspesialiteter.

Strukturen kan illustreres slik:

---

<sup>13</sup> SNAPS: Läkares vidareutbildning i de nordiska länderna. 2010.

Figur 5.2 Dagens spesialitetsstruktur



Det har også utviklet seg subspecialiteter som kan bygge enten på hovedspesialitet eller som en videreutdanning av en grenspesialitet i et avgrenset fagområde. Subspesialitetene er ikke formelt godkjente.

#### 5.4 Dagens inndeling i hoved- og grenspesialiteter

I neste oversikt vises dagens inndeling i hoved- og grenspesialiteter:

Tabell 5.2 Inndeling i hoved- og grenspesialiteter per 2014

<b>Hovedspesialitet</b>	<b>Grenspesialitet</b>
Indremedisin	
Generell indremedisin	
	Hjertesykdommer
	Lungesykdommer
	Endokrinologi
	Nyresykdommer
	Blodsykdommer
	Fordøyelsesykdommer
	Infeksjonssykdommer
	Geriatrici
Kirurgi	
Generell kirurgi	
	Karkirurgi
	Thoraxkirurgi
	Gastroenterologisk kirurgi
	Urologi
	Barnekirurgi
	Bryst- og endokrinkirurgi
Allmennedisin	
Anestesiologi	
Arbeidsmedisin	
Barne- og ungdomspsykiatri	
Barnesykdommer	
Fysikalsk medisin og rehabilitering	
Fødselshjelp- og kvinnesykdommer	
Hud- og veneriske sykdommer	
Immunologi og transfusjonsmedisin	
Maxillofacial kirurgi	
Klinisk nevrofysiologi	
Klinisk farmakologi	
Medisinsk biokjemi	
Medisinsk genetikk	
Medisinsk mikrobiologi	
Nevrokirurgi	
Nevrologi	
Nukleærmedisin	
Onkologi	
Ortopedisk kirurgi	
Patologi	
Plastikkirurgi	
Psykiatri	
Radiologi	
Revmatologi	
Rus- og avhengighetsmedisin	
Samfunnsmedisin	
Øre-, nese- hals sykdommer	
Øyesykdommer	

## 5.5 Dagens spesialiseringsordning

Inntil nå har spesialistutdanningen startet etter endt turnustjeneste. Ved forskriftsendring i 2012 oppnås autorisasjon etter cand med.-eksamen og spesialisering kan påbegynnes direkte.

Turnustjenesten har bestått av ett år ved sykehus, fortrinnsvis i indremedisinsk og kirurgisk avdeling, og et halvt år i kommunehelsetjenesten. Tiden i kommunehelsetjenesten skal bestå av arbeid hos en allmennpraktiker, deltagelse i sykehjem, skole-helsetjeneste og helsestasjonsarbeid. Formålet har vært at legene ved arbeid i akuttmottak skal lære å vurdere og hjelpe kritisk syke pasienter, samt at alle leger skal få en generell kunnskap om hvordan helsetjenesten fungerer på begge nivå, uavhengig av hvor de senere skal arbeide. Det er til sammen 4870 utdanningsstillinger ved sykehusene, mens tilsvarende stillinger eller posisjoner ikke er definert for allmenn- og samfunnsmedisin.

Spesialistutdanningen omfattes av praksis som utføres i avdelinger som er godkjent av Helsedirektoratet for dette formål. De enkelte spesialitetsregler har definert hvilke sykehusavdelinger som teller for spesialistutdanning og tiden det skal ta. Dette vurderes konkret for den enkelte avdeling/seksjon, og vedtas av Helsedirektoratet etter innhenting av faglige råd fra Legeforeningen. For de fleste spesialiteter er det krav om at noe av tjenesten skal være ved såkalt gruppe I sykehus, det vil si sykehus som har den mest spesialiserte behandlingen<sup>14</sup>. Det stilles krav om veiledning og internundervisning, men den viktigste læringsarena er den daglige aktivitet under supervisjon (mester-svenn) og samarbeidet med andre kolleger og annet helsepersonell. I tillegg til obligatorisk praksis/tjeneste kan legen også få godkjent relevant tjeneste i et annet fag eller forskning. Som oftest er rammen for annen relevant tjeneste ett år.

Tid fra endt turnustjeneste til å bli godkjent spesialist er i gjennomsnitt 8 år, med variasjon mellom spesialitetene fra 7 til 10 år.

Det andre elementet av spesialistutdanningen er obligatoriske og valgfrie kurs. Rammen for kursdeltagelse varierer mellom 50-400 timer mellom spesialitetene og ca 200 timer i løpet av spesialiseringstiden er ikke uvanlig. Leger under spesialisering har krav på permisjon med lønn for å delta i slike kurs.

Universitetene har bidratt til den teoretiske del av spesialistutdanningen (kursene) i sykehus gjennom å legge forholdene praktisk til rette for gjennomføring og yte lærekrefter til gjennomføring av kurs. Spesialitetskomitéer oppnevnt av Legeforeningen og lokale koordinatorfunksjoner, betalt av Legeforeningen, har i realiteten hatt det faglige og pedagogiske ansvaret for kursene og den administrative og økonomiske driften av dette.

Kursinnholdet er forhåndsgodkjent, og det er spesialister fra sykehusene, universitetsansatte leger, allmennleger, leger i offentlige stillinger eller fagpersoner fra andre akademiske disipliner som underviser. For noen små fagområder er noe av kursaktiviteten internasjonal. Kursene i allmennmedisin arrangeres i det vesentlige av Legeforeningens lokale kurskomitéer.

---

<sup>14</sup> Dette gjelder ikke for patologi, barne- og ungdomspsykiatri, voksenpsykiatri, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin.



## 5.6 Særskilt om allmenntmedisin

Historikken for spesialiteten i allmenntmedisin må omtales særskilt da den i enda større grad enn for «sykehusspesialitetene» har vært drevet frem, organisert, finansiert og gjennomført av Legeforeningens organer.

Før 1975 var det ingen spesialitet, men en ren Legeforeningsordning i form av «Godkjent allmenntpraktiker Dnlf» med normert utdanningsløp etter turnus på 5 år og resertifisering hvert femte år. I 1985 ble allmenntmedisin en spesialitet på linje med de andre spesialitetene i Norge, og med krav om resertifisering hvert femte år. I dag er omtrent 60 % av allmenntlegene i Norge spesialister, og anslagsvis 20-25 % er i et spesialiseringsløp. De fleste allmenntleger (nær 95 %) er selvstendig næringsdrivende.

I tillegg til turnus er det krav om 4 års arbeid som allmenntlege i åpen og uselektert praksis og ett års sykehustjeneste. Det er omfattende krav til teoretisk utdanning, både obligatorisk og valgfri. Det er systematisk veiledning i grupper, med skolerte veiledere. Den teoretiske del av spesialiseringen tilbys i stor utstrekning av egne kurskomitéer i regi av allmenntlegeforeningene.

Legeforeningens lokalavdelinger i samarbeid med NAV, spesialisthelsetjenesten og universitetene. Det er nasjonale rammer for innholdet. Allmenntmedisin har hatt liten forankring i det akademiske miljø. For å rette på dette ble det på 1970-tallet etablert allmenntmedisinske og samfunntmedisinske institutter ved universitetene og senere etablering av fire allmenntmedisinske forskningsenheter.

EU har foreløpig ikke godkjent spesialiteten i allmenntmedisin, men så vel nordiske land, Nederland og de anglosaksiske landene har spesialistutdanning i allmenntmedisin.

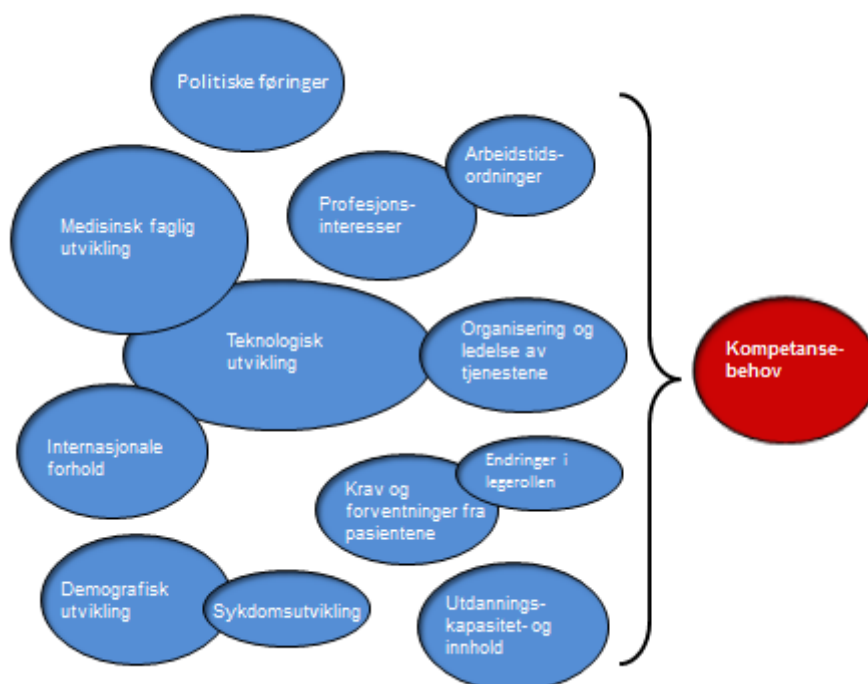
## 6 Faktorer som påvirker spesialitetsstrukturen for leger

### 6.1 Generelt

Oppdraget fra Helse- og sosialdepartementet sier at det skal utredes en fremtidsrettet spesialitetsstruktur. For å sette vurderingen av spesialitetsstrukturen inn i en større sammenheng, er det påkrevet å se på hvilke faktorer som påvirker behovet for endringer i spesialitetsstruktur og –innhold.

En rekke faktorer påvirker kompetansebehovet i helsesektoren og dermed behovet for spesialiteter og for tilpasninger i spesialitetsstrukturen. De viktigste av disse faktorene er vist i figuren under.

Figur 6.1 Oversikt over faktorer som påvirker kompetansebehovet



Faktorene kan inndeles i to hovedgrupper: ytre rammebetingelser og interne forhold i helsetjenesten.

## 6.2 Endringer i ytre rammebetingelser

### 6.2.1 Internasjonale føringer og utviklingstrekk i Europa

Innen EU er det to hovedarenaer som legger føringer på spesialitetsstruktur og – innhold. Den første er de formelle EU-organene som vedtar direktiver og andre bestemmelser. Den andre er samarbeidsarenaen for de europeiske legeforeningene (UEMS).

#### *EU/EØS*

Innen EU ligger det en rekke føringer som utgjør muligheter og begrensninger for utviklingen av spesialitetsstruktur for leger.

Artikkel 28 i EØS-loven sier at det skal være fri bevegelighet for arbeidstakere mellom EU og EFTA-land. Dette innebærer at all forskjellsbehandling av arbeidstakere fra disse landene på grunnlag av statsborgerskap skal avskaffes når det gjelder sysselsetting, lønn og andre arbeidsvilkår. I dag har derfor alle EØS-borgere rett til å flytte fritt mellom EU-land for å arbeide, studere eller bosette seg.

Leger var i utgangspunktet ikke inkludert i gruppen av arbeidstakere med rett til fri bevegelighet. Det ble følgelig utarbeidet to legedirektiver i 1975 for å samkjøre kompetansebevis og minstekrav til leger fra de ulike medlemslandene. Alle de tidlige direktivene som gjaldt leger (både spesialister og allmennpraktiserende) ble i 2005 sammenfattet i et direktiv – yrkeskvalifikasjonsdirektivet. Målet med dette direktivet er å sikre at helsepersonell som har kvalifisert seg i en EU/EØS-stat ikke blir diskriminert når de søker adgang til å utføre et regulert yrke i en annen EU/EØS-stat.

Da Norge ble medlem av EØS, trådte de samme reglene i kraft for Norge. Det europeiske arbeidsmarkedet for leger reguleres av prinsippet om fri bevegelighet for varer, tjenester og arbeidskraft.

EU og EØS-avtalen har ført til åpne grenser mellom Norge og resten av Europa, det er fri flyt av kapital, tjenester og mennesker, samt et mye tettere samarbeid mellom landene.

Dette har hatt en påvirkning på planleggingen fremover med tanke på både spesialistutdanning og spesialitetsstruktur, og flere land har gjennomført omfattende reformer de siste årene.

Basert på en gjennomgang av relevant EU regelverk, har det kommet frem at regelverket ikke stiller vilkår som begrenser en medlemsstats organisering av spesialisthelsetjenesten, verken når det gjelder utdanning, opplæring eller struktur. EU-regelverket derimot stiller krav som skal hindre ulik behandling av arbeidstakere med lik kompetanse i medlemslandene.

Andre krav innebærer at EU/EØS-land skal anerkjenne spesialistgodkjenning tildelt statsborgere i medlemslandene og gi samme kvalifikasjoner i eget land. Grunnutdanningen skal vare minst seks år, eller 5500 timer, med teoretisk og praktisk opplæring på et universitet eller lignende institusjon.

For at fri flyt av leger og helsepersonell skal være så trygt og kvalitetssikret som mulig, har EU og en rekke andre organisasjoner jobbet for harmonisering av spesialistutdanningen i Europa. Dette har ført til europeisk minimumskrav til utdanning. EU stiller minimumskrav til utdanningslengde på alle 52 spesialitetene som er godkjent i yrkeskvalifikasjonsdirektivet. Av de 52 godkjente spesialitetene, er det bare 17 som er godkjent i alle medlemsland.

Tabell 6.1 Oversikt over EUs minimumskrav til spesialistutdanning

3 år	4 år	5 år
Allergologi	Arbeidsmedisin	Akuttmedisin
Anestesiologi	Barne- og ungdomspsykiatri	Barnekirurgi
Blodsykdommer	Barnesykdommer	Indremedisin
Endokrinologi	biologisk hematologi	Generell kirurgi
Fysikalsk medisin og rehabilitering	Dermatologi	Gastroenterologisk kirurgi
Hud- og veneriske sykdommer	Diagnostisk radiologi	Karkirurgi
Stomatologi	Fordøysessykdommer	Kjevekirurgi og munnhulesykdommer
Øre-nese-hals sykdommer	Fødselshjelp og kvinnesykdommer	Medisinsk onkologi
Øyesykdommer	Geriatrici	Nevrokirurgi
	Hjertesykdommer	Nevropsykiatri
	Immunologi og transfusjonsmedisin	Ortopedisk kirurgi
	Infeksjonssykdommer	Plastikkirurgi
	Klinisk biologi	Thoraxkirurgi
	Klinisk kjemi	Urologi
	Klinisk farmakologi	
	Klinisk nevrofysiologi	
	Kjevekirurgi og munnhulesykdommer (tannlege og lege)	
	Lungesykdommer	
	Medisinsk genetikk	
	Medisinsk mikrobiologi	
	Nyresykdommer	
	Nevrologi	
	Nukleærmedisin	
	Patologi	
	Psykiatri	
	Radiologi	
	Radioterapi	
	Revmatologi	
	Samfunnsmedisin	
	Tropisk medisin	
	Venerologi	

Nye spesialiteter kan bare bli tatt opp i systemet dersom de er representert i 2/5 av medlemslandene.

#### *Den europeiske organisasjonen for legespesialister (UEMS)*

Flere av de europeiske yrkesorganisasjonene jobber i dag for å få til økt harmonisering og standardisering i Europa, og for å kvalitetssikre utdanning, behandlinger og yrkeskvalifikasjoner. Disse organisasjonene, som eksempelvis Den europeiske organisasjonen for legespesialister har spilt en stor rolle i utviklingen og kommer til å fortsette å være viktige aktører i den europeiske helsepolitikken. Også utenfor Europa har helsefeltet gjennomgått en utvikling, og land som Canada har fungert som et eksempel som flere europeiske land har latt seg inspirere av.

UEMS arbeider med å utforme felles målbeskrivelser for en rekke spesialiteter, der det også er fokus på felles kunnskapsbase for de ulike spesialitetene. Målet har lenge vært å sikre trygg flyt av spesialister innenfor EU og å arbeide for god kvalitet på utdanningen av spesialister gjennom felles kvalitetskrav for spesialistgodkjenning. Gjennom felles regler ønsker man å ta vare på og oppdatere medisinsk kunnskap for å sikre at medisinske spesialister opprettholder sin faglige kompetanse.

#### *Noen utviklingstrekk*

Et sentralt utviklingstrekk i Europa er at flere og flere land går mot et system der de fjerner grenspesialitetene, og innfører en felles faglig kompetanseplattform (common trunk) for flere spesialiteter.

I desember 2011 fremmet Europakommisjonen et forslag om modernisering av yrkeskvalifikasjonsdirektivet, der det foreslås blant annet at det skal innføres mindre kompliserte godkjenningsprosedyrer ved hjelp av et europeisk yrkeskort, at det må skapes mer klarhet med tanke på språkferdigheter, og økt kontrollmekanisme i form av et varslingsssystem for helseyrker som omfattes av automatisk godkjenning, slik som for leger. Det er også nevnt av minstevarigheten av legeutdanningen skal kortes ned til fem år, istedenfor dagens seks.

I vurderingen av spesialitetsstrukturen er det viktig både å kjenne til og å ta hensyn til utviklingen internasjonalt, særlig i Europa. På den annen side er det viktig å ta hensyn til de særegne forholdene vi har i Norge med vår geografi. Det er i første rekke pasientenes behov som vil avgjøre hvilke spesialitetsstruktur som er å anbefale i Norge.

Det er verdt å merke seg at det ikke er uvanlig at spesialitetene er ulike og at det er mulig innen EUs regelverk å tilpasse spesialitetsstrukturen til egne lands behov. Det fleste land har således spesialiteter som ikke lar seg konvertere. Norge har eksempelvis allmenntilleggsmedisin og bryst og endokrinkirurgi som ikke er EU-godkjent.

Eksempel på andre spesialiteter som våre naboland har etablert og som ikke er konverterbare er klinisk nevrofysiologi (hovedspesialitet i Danmark), håndkirurgi (grenspesialitet) i Sverige, Finland og Island, nevreradiologi (grenspesialitet i

Sverige og Island), barne- og ungdomsallergologi (grenspesialitet i Sverige og Island).

### **6.2.2 Samfunnsmessige og politiske forhold**

Politiske forhold har ofte hatt stor innvirkning på utformingen av spesialistutdanningen av leger, både helsepolitiske, distriktspolitiske og profesjonspolitiske forhold.

Helsetjenesten har de siste tiårene blitt stadig mer rettighetsbasert. Innføring av pasientrettighetsloven i 1999 har blitt fulgt opp av rett til å velge tjenestested og tilbydere av helsetjenester. For noen sykdommer har det blitt innført mål om behandlingsfrister.

Et sentralt helsepolitisk mål som går direkte på spesialitetsstruktur har vært å ha en struktur som er bemannings- og rekrutteringsmessig god, samt å gjøre det mulig for helseforetakene å holde antall vaktlag på et rimelig nivå.

Et distriktspolitisk mål har vært ønsket om å beholde et sykehusstilbud også i mindre lokalsamfunn. Det politiske ønsket om å beholde et akuttmedisinsk tilbud ved de små sykehusene har videre klart påvirket spesialitetsstrukturen: Hensynet til kirurgisk beredskap har medvirket til opprettholdelse av generell kirurgi som basis for de kirurgiske grenspesialitetene.

Profesjonspolitiske mål har i flere tilfelle preget utviklingen av spesialitetsstrukturen: Historisk sett har det vært ønsket om å «løsrive seg» eller å konsolidere sin egenart som har bidratt til etablering av nye spesialiteter. Et eksempel er etableringen av ortopedisk kirurgi som egen spesialitet. Dette ble tatt opp i en Stortingsmelding<sup>15</sup> og ble til etter behandling av denne. Hensikten med å opprette samfunnsmedisinsk spesialitet ble den gang sett på som «å sikre legene makt og innflytelse i primærhelsetjenesten»<sup>16</sup>.

### **6.2.3 Samfunnsøkonomiske forhold**

Hvorvidt den økonomiske situasjonen er preget av vekst, stagnasjon eller tilbakegang vil klart påvirke hvilke muligheter myndighetene har til å utvikle helsetjenesten. Ved økonomisk stagnasjon eller tilbakegang vil ressurstilførselen bli berørt, noe som vil ha klar innvirkning på mulighetsrommet for organisering, faglig utvikling, forskning og utøvelse av tjenesten.

Andelen av bruttonasjonalprodukt som går med til helsetjenester i OECD-landene har blitt nesten tredoblet fra 1960. Til tross for en slik utvikling har gapet mellom tilbud og etterspørsel vokst. Noen mener at hovedforklaringen på dette er utstrakt bruk av avansert og kostbar teknologi og dyre legemidler<sup>17</sup>. Hvorvidt dette medfører riktighet, er usikkert. Andre hevder at økte lønnskostnader er hovedforklaringen på utgiftsøkningen. En tredje, og sannsynlig forklaring, er at

<sup>15</sup> St meld 24 (1996-97): Tilgjengelighet og faglighet

<sup>16</sup> Per Haave: I medisinenes sentrum, s 265

<sup>17</sup> Leif Arne Heløe: «Velferdsstatens grenser», kronikk i Klassekampen 25.03.2013

mulighetsrommet har endret seg betraktelig som følge av den medisinske utviklingen og at det derfor brukes mer på helsetjenester.

Når den økonomiske situasjonen i mange europeiske land er inne i en krise, er det grunn til å ta med i betraktning at også norsk økonomi kan bli rammet, med den konsekvens at helsetjenesten må foreta nedskjæringer.

#### **6.2.4 Privatisering av helsetjenester**

Til tross for en tverrpolitisk enighet om et sterkt norsk offentlig helsevesen, er det mye som tyder på at utviklingen går mot en større grad av privatisering av helsetjenester. Det er grunn til å tro at pasienter i større grad vil benytte seg av 'drop-in' kjøp av helsetjenester, enten det er diagnostisering eller behandling.

#### **6.2.5 Befolkningen behov for helsetjenester**

##### *Endret alderssammensetning*

Andelen eldre vil øke sterkt i årene som kommer. I 2030 vil andelen over 67 år ha økt med 64 % i forhold til i 2012.

Denne sterke økningen i andelen eldre innebærer en økning av pasienter med aldersrelaterte sykdommer, eksempelvis hjerte-/karsykdommer, lungesykdommer, nyresykdommer, demens, kreft, og muskel- og skjelettsykdommer. Særlig vil de eldste ha høy forekomst av flere sykdommer, noe som vil kreve både god bredde- og dybdekompetanse. Forekomsten av psykiske lidelser og rusmisbruk forventes også å øke. Mange eldre har i dag, og vil sannsynligvis fortsatt ha, et multifarmasi-forbruk, noe som vil stille store krav til vurdering av legemidler som virker med og mot hverandre.

De eldre vil på flere måter utgjøre en særegen pasientgruppe. Forventningene til pasient-lege-relasjonen og kompetansen innen bruk av kommunikasjonsteknologi er ofte annerledes enn blant de yngre.

Å diagnostisere, behandle og følge opp eldre pasienter har konsekvenser for kompetansebehovet hos helsepersonellet. Eksempelvis vil det være viktig at en eldre kirurgisk pasient blir behandlet med minimalt invasive metoder for å unngå komplikasjoner. Å inneha kompetanse til å vurdere totalbildet hos pasienten og se ulike symptomer i sammenheng blir enda viktigere for denne gruppen pasienter.

##### *Flerkulturelt samfunn*

I Norge vil vi få en økende andel pasienter med minoritetsbakgrunn. Dette vil kreve kompetanse på ulikheter i sykdomsoppfatning, forventninger til helsetjenesten og betingelser for «compliance» for å sikre et godt og velfungerende helsetjenestetilbud. I tillegg byr flerkulturell pasientpopulasjon på språklige utfordringer.

Flere av minoritetsgruppene har et noe annet sykdomsbilde enn etnisk norske. Blant annet finner man større forekomst av diabetes og en del smittsomme sykdommer som ikke er utbredt i Norge.

## 6.3 Faktorer innen helsetjenesten

### 6.3.1 *Endringer i pasientrollen og pasientenes forventninger*

Pasientrollen er i endring. Medvirkning i behandling av egen sykdom er blitt lovfestet og må legges til grunn for organisering og gjennomføring av diagnostisering, behandling og oppfølging. Kommunikasjonen skal endres i retning mer likeverdig toveis-kommunikasjon.

Endringene i pasientrollen bekreftes gjennom flere forhold:

- Det blir flere opplyste og informerte pasienter som
  - setter seg grundig inn i sin sykdom og behandlingsoalternativer – også internasjonalt
  - stiller større krav til kvalitet i helsetjenesten
  - stiller større krav til effektivitet i helsetjenesten
  - stiller krav om jevnbyrdighet i forholdet mellom pasient og lege
- Medvirkning og pasientmakt økes og blir mer reell
- Helhetstenkningen i helsetjenesten understøttes
- Det skjer en satsing på gode helhetlige pasientforløp
- Pasientens tilbakemelding brukes aktivt i kvalitetsarbeidet i helsetjenesten

Økningen i andel «opplyste pasienter» kan ha flere konsekvenser:

- Økt press på helsetjenesten
- Endring av indikasjon for behandling
- Endring av behandlingsmetoder
- Krav om mer utenlandsbehandling.

Samtidig vil denne utviklingen også føre til større forskjeller mellom brukere av helsetjenestene, og den vil kunne utfordre likhetsprinsippet som helsetjenesten bygger på.

### 6.3.2 *Utvikling innen de medisinske fagene*

Utviklingen innen de medisinske fagene blir av mange ansett som den viktigste faktoren som påvirker behovet for endringer i spesialitetsstrukturen.

Gjennom forskning og utvikling innen de ulike medisinske fagområdene oppnås stadig økt kunnskap. Det utvikles nye metoder for diagnostikk og behandling, og kravet om kunnskapsbasert praksis er etter hvert blitt gjennomgående i de aller fleste medisinske fagmiljøer.

Med økende kunnskap blir det etter hvert umulig å opprettholde inngående kunnskap om et stort fagfelt. Dette har medført behov for opprettelse av nye spesialiteter.



Stadig økende kunnskap utfordrer en statisk spesialitetsstruktur. Raske endringer i kunnskap, tilsier en spesialitetsstruktur med en innebygget fleksibilitet som muliggjør tilpasninger til nye behov på en relativt enkel måte. Den nye spesialitetsstrukturen legger derfor opp til en tredelt spesialistutdanning med stor grad av moduler som kan endres ved behov. Det legges også opp til jevnlig og systematisk monitorering av endringsbehov slik at alle spesialiteter justerer utviklingen i tråd med pasientenes behov.

### **6.3.3 Utvikling av medisinsk teknologi**

En faktor som med all sannsynlighet vil ha stor og særlig uforutsigbar innvirkning på behovet for endringer i spesialitetsstrukturen, er utvikling og økende bruk av avansert medisinsk teknologi.

Det er utviklet teknologi som muliggjør langt mer presis og raskere diagnostisering (MR, CT, ultralyd, PET-CT, sensorteknologi etc). Behandlingsmetodene har utviklet seg raskt med innføring av nye bildeveilede behandlingsteknikker og mini- eller non-invasive intervensjonsmetoder.

Utviklingen av medisinsk teknologi har også medvirket til at grensene mellom spesialitetene har endret seg og i noen tilfelle blitt opphevet. I dag utfører eksempelvis kardiologer flere inngrep i behandlingsøyemed som før var forbeholdt kirurger. Det samme gjelder grensen mellom bildediagnostikk og nukleærmedisin, der begge spesialitetene i dag er påkrevet for å utføre en PET-CT.

En del av den nye avanserte teknologien og nye legemidler muliggjør behandling av sykdommer som før ikke lot seg behandle. I noen tilfeller er prisen på slik behandling svært høy. Dette medfører behov for en diskusjon om prioritering, noe som i sin tur kan bety at alle nye behandlingsmetoder ikke lar seg implementere fullt ut.

Velferdsteknologi vil utvikle seg raskt fremover, noe som muliggjør at førstelinjen blir i stand til å gjøre flere oppgaver enn tidligere, ofte i samarbeid med spesialisthelsetjenesten, og at pasientene vil kunne bo hjemme lenger enn tidligere.

### **6.3.4 Utviklingen av E-helse**

Utviklingen innen kommunikasjonsteknologi vil utvilsomt også føre til store endringer, både i måten kommunikasjon mellom pasient og behandler vil foregå på, for tilgangen til helsetjenester og for utbredelsen av on-line-tjenester for pasienter. Det er svært sannsynlig at en del av behandlingen og oppfølgingen vil kunne skje ved hjelp av on-line-tjenester eller ved hjelp av programmer som er spesialdesignet for den enkelte pasients sykdom.

Det er allerede etablert flere sosiale nettsteder som fungerer både som kunnskapsdatabase, kontaktforum mellom pasienter og som kanal for å formidle medisinske råd og veiledning mellom pasient og behandler<sup>18</sup>.

---

<sup>18</sup> Et eksempel på dette er MedHelp

Kommunikasjon mellom ulike deler av helsetjenesten vil også endres. Dette vil stille krav til ansatte i helsetjenesten om å ta moderne kommunikasjonsteknologi i bruk på en måte som tar hensyn både til krav til datasikkerhet, pasientrettigheter, taushetsplikt og til samtykke.

Selv om mange pasienter vil bruke IKT både for å orientere seg om helserelaterte spørsmål og benytte helseteknologi, vil IKT-kompetansen hos pasientene variere. Til enhver tid vil det være en relativt stor gruppe pasienter, som ofte har flere kroniske sykdommer, som ikke klarer å nyttiggjøre seg den nye teknologien.

### **6.3.5 Organisering av helsetjenesten**

#### *Økende spesialisering og seksjonering*

Tradisjonelt var sykehus inndelt i avdelinger for medisin, kirurgi og røntgen. Dette gjenspeiler de tradisjonelle hovedskillene mellom spesialitetene.

I det moderne samfunn ser man en økende grad av spesialisering og funksjonsdeling. Jo mer komplekst et fagområde blir, desto sterkere er tendensen til oppsplitting i nye funksjoner. Innen industri og teknologi har det vokst frem en mengde nye typer jobber basert på spissede utdanninger.

I dag har gjerne alle spesialiteter i helsetjenesten egne avdelinger eller seksjoner. Dette har fått som konsekvens at pasientene ofte ikke opplever å få en helhetlig behandling i spesialisthelsetjenesten.

#### *Sentralisering av funksjoner*

Funksjonsfordeling med samling av like funksjoner i større spesialiserte enheter har likeledes vært en langvarig tendens. Med økende grad av spesialisering og smalere spesialiteter, øker behovet for felles kunnskapsområder for å ivareta behovet for vaktkompetanse.

Organiseringen av sykehusene vil ha stor betydning for spesialitetsstruktur og -innhold. Størrelsen på sykehuset, hvilke funksjoner som er lagt til sykehuset og hensynet til vaktberedskap vil være faktorer som alle har konsekvenser både for hvilke spesialiteter som kreves og for innholdet i dem.

#### *Teamorganisering og samarbeid*

En god del av virksomheten i sykehus organiseres som formelle eller uformelle team. For å yte optimal helsehjelp, er velfungerende team en suksessfaktor. Med økende innslag av samarbeid vil behovet for innsikt i teamorganisering og ledelse øke.

#### *Samhandlingsreformen og andre større endringer*

De senere årene har vært preget av store omlegginger i helsetjenesten, som foretaksreformen, fastlegeordningen og nå sist, Samhandlingsreformen. Intensjonene i denne tilsier:

- Behandling og kontroller nær pasienten ved hjelp av teknologiske hjelpemidler (telemedisin med mer)
- Større andel av helsehjelpen skjer i primærhelsetjenesten
- Bedre samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

Samhandlingsreformen og Nasjonal helse- og omsorgsplan er noen av premissene det skal tas hensyn til i denne gjennomgangen, og den bør følgelig legges inn som en rammebetingelse for vurdering av fremtidig kompetansebehov.

Dersom pasientenes behov skal være mer førende, vil det måtte få konsekvenser for spesialitetsstruktur og –innhold, samt for organiseringen av tjenestene.

### **6.3.6 Vaktberedskap**

Ivaretagelse av vaktberedskap har vært en faktor som i stor grad har påvirket utviklingen av legers spesialitetsstruktur og -innhold.

Den akutte delen av kirurgien har vært et område som alle kirurger derfor har måttet tilegne seg. Dette var et av argumentene for å beholde generell kirurgi som en hovedspesialitet og grunnlag for alle kirurgiske grenspesialiteter. Innføring av ortopedisk kirurgi som egen spesialitet medførte behov for en ny organisatorisk enhet med egen vaktordning for ortopedier ved sykehusene.

### **6.3.7 Endringer i legerollen**

På samme måte som pasientrollen er også legerollen i endring. Mye tyder på at leger i fremtiden vil få en atskillig mer likeverdig rolle overfor pasientene. Samtidig vil legen alltid være den faglige autoritetspersonen på sykdomsområdet. Det er grunn til å anta at leger i fremtiden vil ha flere oppgaver knyttet til å veilede pasienter i forhold til all den informasjonen som pasientene oppsøker på internett.

En stadig større del av legenes arbeidsoppgaver vil bestå av kunnskapsinnhenting og rådgivning. Dette vil stille større krav til kompetanse innen kommunikasjon, forskningsforståelse og kunnskapshåndtering, systemkunnskap og kunnskap om forbedringsarbeid og ledelse. Dette er områder som er felles for alle spesialiteter og som blir viktigere jo større krav som stilles til helsetjenesten, både fra pasientenes økte forventninger og ut fra hensynet til best mulig kvalitet i alle ledd i tjenesten.

## 7 Et mulig fremtidsbilde

### 7.1 Om å spå om fremtidens helsetjeneste

Å spå om fremtidens helsetjeneste kan sammenlignes med å danse på meget slak line. Sannsynligheten for å feile er stor og fallhøyden kan være høy.

Å la være å forsøke på en viss analyse av hva fremtiden ser ut til å bringe, er å unnlate å ta et aktivt grep for å skape en fremtidsrettet helsetjeneste.

I dette kapitlet skisseres derfor det som kan kalles et mulig fremtidsbilde. Tidsperspektivet er 25-30 år frem i tid. Vi følger et tenkt pasientforløp fra å bli syk, kontakt med fastlege, via sykehusinnleggelse til hjemsendelse.

### 7.2 Kort beskrivelse av rammebetingelsene

Det forutsettes at det fremdeles finnes to nivå i helsetjenesten; en primærhelsetjeneste i kommunene som førstelinjetjeneste og en spesialisthelsetjeneste. I mindre kommuner er imidlertid mange av funksjonene drevet gjennom interkommunalt samarbeid. Det er opprettet helsehus eller lokalmedisinske sentra som både har akuttfunksjoner og ø-hjelpssenger. De fleste fastlegene er også lokalisert i disse sentraene eller har et faglig fellesskap med sentrene ved hjelp av kommunikasjonsteknologi. De største sentrene bemannes gjerne også med legespesialister, psykologer, sykepleiere, spesialsykepleiere, fysioterapeuter, sosionomer og ernæringsfysiologer.

### 7.3 Kommunenes roller

Pasientene henvender seg i hovedsak her, enten hos fastlegen eller til legevakten på senteret. En meget stor andel av pasientene, 90-95 %, får utredning, behandling og oppfølging herfra, og trenger derved hverken henvisning til eller innleggelse i sykehus.

Kommunale sentere kan utføre relativt avansert billeddiagnostikk både ved hjelp av mobile enheter, men også mer stasjonære modaliteter som siden 2013 har utviklet seg meget raskt.

Det brukes mye ressurser på forebyggende helsearbeid og her er allmennleger og flere andre yrkesgrupper involvert.

En god del av pasientene som henvender seg er eldre med diffuse symptomer som krever bred kompetanse i vurdering og diagnostisering. De fleste av disse får behandling på stedet og trenger ikke sykehusinnleggelse. Mange får kontakt med legevakt via on-linetjenester slik at de slipper å dra på legevakten for utredning.

Pasienter med akutte tilstander som krever øyeblikkelig medisinsk hjelp henvender seg til sin fastlege, nærmeste legevakt eller AMK. De hentes gjerne inn til legevakten med ambulanse. Der møtes de av høyt kompetente leger som raskt «triagerer», og om nødvendig sender pasienten til rett sted i spesialisthelsetjenesten.

En del av oppfølgingen av pasientene som bor hjemme eller på sykehjem foregår dels ved besøk og dels ved hjelp av medisinsk teknologi og velferdsteknologi i hjemmet. Eksempler på dette er blodprøvetaking, testing av fysisk aktivitet, monitorering av ernæring, etc. Resultatene av disse prøvene og testene går rett til fastlegens journal. «En innbygger- en journal» er innført med selvbetjenings- og on-line-tjenester for pasientene. Mye av kontakten foregår ved hjelp av online kommunikasjonsteknologi mellom pasientene og behandlere, der dette er hensiktsmessig.

Pasientforløpene er strømlinjeformet og det meste av behandlingen er kunnskapsbasert.

Et slikt fremtidsbilde vil kreve solid breddekompetanse. I tillegg vil det være behov for solid kompetanse innen vurdering og diagnostisering, «sortering», akuttmedisin, eldremedisin, psykiatri, rus- og avhengighetsmedisin foruten kompetanse på de vanligste kroniske sykdommene.

#### **7.4 Sykehusenes rolle**

Sykehusene i 2030 tar i mot pasienter som trenger avansert tverrfaglig utredning og behandling, samt pasienter som har flere sykdommer som krever både breddekompetanse og kompetanse innen spisse områder.

Den medisinske utviklingen har medført at langt flere pasienter kan behandles for sykdommer som før ikke lot seg behandle, og de spesialiserte tjenestene tilbys i første rekke på sykehus. Sykehusene disponerer avansert og kostbart utstyr som det ikke er mulig hverken å finansiere eller å drive lokalt. For å stille vanskelige diagnoser og utføre behandling kreves spesialisert kompetanse som ikke lar seg rekruttere til mindre fagmiljøer. Disse mindre miljøene vil i realiteten kunne ha «pasientmangel» i forhold til å få behandlingsvolumer som gir grunnlag for å opprettholde god nok kvalitet. Mange pasienter krever i 2030 å komme til spesialist fordi de mener det er her de kan få den beste behandlingen, slik de har funnet ut på egen hånd gjennom sosiale medier eller på internett.

De mindre sykehusene tar i mot pasienter innen de vanligste diagnosene som ikke trenger «høyspesialiserte» tjenester. Deres kompetanseprofil er i hovedsak breddekompetanse med tillegg av utvalgte spesialiteter.

Oppgavefordelingen mellom yrkesgrupper på sykehus er endret fra 2013. For eksempel har både sykepleiere, radiografer, bioingeniører med spesialutdannelse fått nye oppgaver.

## 7.5 Å være hjemme som pasient

Oppfølgingen av de fleste pasienter skjer fra det lokalmedisinske senteret, da særlig av fastlegen, ofte i et tverrfaglig samarbeid. Oppfølgingen av enkelte sykdommer gjøres av andre personellgrupper som eksempelvis psykologer, sykepleiere, fysioterapeuter og ernæringsfysiologer. Disse er også knyttet til helsehusene eller det lokalmedisinske senteret.

I tillegg er det utviklet ny teknologi som monitorerer sykdomsstatus både i hjemmet og i sykehjem.

Diabetes blir eksempelvis monitorert ved at pasienten selv tar blodprøver og der prøvesvar sendes elektronisk direkte til pasientjournalen hos legen. Når blodverdiene viser avvik fra ønskede verdier, får legen et varsel fra den elektroniske journalen som så vurderes. Deretter kan pasienten veiledes on-line eller innkalles for konsultasjon og eventuell videre henvisning.

## 8 Konsekvenser av forslag til ny spesialitetsstruktur og –innhold

### 8.1 Konsekvenser av de største endringsfaktorene

Analysen av de ulike faktorene som påvirker spesialitetsstruktur og – innhold (kapittel 6) og mulige framtidsbilder (kapittel 7), synliggjør noen endringsbehov i dagens spesialitetsstruktur og – innhold:

Fagutvikling blir vurdert som den viktigste driveren for nødvendigheten av utvikling av spesialitetsstruktur og – innhold for leger. Fagutvikling innen de medisinske spesialitetene er som oftest enten forskningsbasert eller teknologidrevet og vil i årene fremover skje i et økende tempo. Dette gjør det ønskelig med en spesialitetsstruktur som er fleksibel og som kan tilpasses utviklingen.

Utviklingen innen medisinsk teknologi vil muliggjøre både diagnostisering, behandling og oppfølging av mange sykdommene ute i kommunene. Med ny teknologi i form av on-line helsetjenester, sammen med teleteknologi, vil pasienter i langt større grad kunne behandles lokalt. Dette er noe av grunnlaget for at samhandlingsreformen kunne iverksettes. Kommunenes større muligheter, og nødvendigheten av å sentralisere den mer spesialiserte behandling, tilsier en flytting av de mindre spesialiserte funksjoner fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Dette medfører økt behov for kompetanse i primærhelsetjenesten og ved lokalmedisinske sentra og helsehus. Den demografiske utviklingen med en varig økning i andel eldre som ofte har flere kroniske sykdommer aksentuerer dette behovet, både for å kunne gi god oppfølging, men også for å kunne sikre at de pasienter som trenger mer spesialisert behandling blir sendt til rett sted i spesialisthelsetjenesten.

Den økende spesialiseringen i de medisinske fagområdene byr på store utfordringer for helsetjenesten, og derved også for pasientene. De mange eldre med kroniske sykdommer, mange diagnoser og mange medikamenter vil stille store krav til leger med kompetanse for å kunne forstå og behandle helheten. Samtidig har de også krav på å få den spesialiserte behandling når de har behov for det. Denne utfordringen kan ikke møtes bare ved å endre spesialitetsstruktur og spesialitetsinnhold, det vil også stille krav til helsetjenestens organisering, hvordan arbeidsoppgavene fordeles og hvor ansvaret for pasientbehandlingen legges. Også hensynet til helhetlige pasientforløp og god samhandling mellom sykehus og kommuner tilsier at det er tydelige ansvarspunkter for den enkelte pasient under en henvisningsperiode.

For lettere å kunne tilpasse spesialitetsstrukturen til pasientens og helsetjenestens behov, blir det viktig å etablere en fleksibel spesialitetsstruktur. Derfor vil Helsedirektoratet tilrå en modell med større innslag av felles kompetanseplattformer, både faglige kompetanseplattform og felles obligatoriske kompetansemoduler. Dette vil sørge for at helsetjenesten vil få en stor andel

spesialister med et bredt felles kompetansegrunnlag. Det kan dessuten bli noe lettere å endre spesialiseringssløp underveis og lettere eventuelt å ta to ulike spesialiseringer.

Krav om obligatorisk etterutdanning vil bidra til å sikre at den enkelte lege har kompetansen som er nødvendig for de oppgaver legen har.

Spesialitetsstrukturen må sist, men ikke minst kunne la seg implementere i sykehus av ulik størrelse og organisering.

## **8.2 Ivaretagelse av både behov for spiss- og breddekompetanse**

Med velinformerte pasienter, som i langt større grad stiller krav til behandling og gjerne krav om å få komme rask til spesialist, vil etterspørselen etter spesialiserte tjenester sannsynligvis øke. Denne utviklingen tilsier en ytterligere spesialisering innen spesialisthelsetjenesten. Sett fra et medisinskfaglig ståsted, kan dette tilsi at den enkelte leger i spesialisering ønsker raskere perfektionering i eget fag fremfor større felles kompetanseplattformer.

En annen faktor som bidrar til spissing, er at innholdet i fagene etter hvert blitt store og omfatter for mye. Det er derfor nødvendig å se særlig på om noen av spesialitetene er blitt for omfattende og vurdere om grenspesialiteter bør omgjøres til hovedspesialiteter.

En uheldig konsekvens av spesialiseringen har vært at spesialisering ofte har medført krav om egne seksjoner for gren- og subspesialiteter. Dette henger sammen med en lang tradisjon om å organisere sykehus etter legespesialiteter. Det er her viktig å presisere at det ikke er noen nødvendig sammenheng mellom spesialitetsinndeling og organisering. Teamarbeid rundt pasientens behov blir mer og mer vanlig der grensene mellom spesialiteter og profesjoner brytes til fordel for hensynet til adekvat kompetansesammensetning.

For å motvirke uheldige effekter av en økende spesialisering, ofte med tilhørende fragmentering og oppsplitting, ønsker Helsedirektoratet å balansere dette ved å styrke breddekompetansen hos legene slik at pasientenes kan vurderes helhetlig. Det er behov for å etablere en breddespesialitet som kan vurdere komplekse og sammensatte sykdomsbilder langt bedre enn dagens utvikling med en stadig spissing av spesialitetsstrukturen muliggjør.

## **8.3 Konsekvenser av samhandlingsreformen**

Implementering av samhandlingsreformen med behandling av flere pasienter med kroniske sykdommer lokalt, større forekomst av eldre med sammensatte lidelser og innføring av teknologi som muliggjør lokal diagnostisering, utgjør til sammen sterke føringer for en større vekt på breddekompetanse, også i spesialiseringen. Det blir viktig å sørge for at de fleste spesialister som har førstelinjekontakt med pasienten har tilstrekkelig breddekompetanse til å vurdere og behandle pasienten riktig og eventuelt videresende pasienten til rett spesialist.



Kompetanse innen samhandling blir følgelig viktigere og bør styrkes, også i spesialistutdanningen.

#### 8.4 **Utfordringer i helsetjenesten**

Utformingen av fremtidens spesialitetsstruktur bør ta utgangspunkt ikke bare i de driverne og faktorene som påvirker helsetjenesten, men også se til de utfordringene som per i dag finnes og som en hensiktsmessig spesialitetsstruktur kan avhjelpe. I dette avsnittet pekes på noen av de viktigste faktorer i denne sammenheng.

*Akuttmottakene* har vært under Helsetilsynets lupe, og resultatene fra tilsynsrunden er dokumentert i en tilsynsrapport fra 2007. Der ble det avdekket store svakheter i ledelse og organisering av mottakene, samt utilstrekkelig kompetanse.

Det er helt sentralt for et godt pasientforløp å komme raskt frem til en riktig diagnose og behandling. Det bidrar både til bedre pasientsikkerhet og kvalitet, og det gir vesentlig større effektivitet. Sett fra pasientenes ståsted, kommer mange pasienter til legevakt eller akuttmottak og møter leger i turnus eller leger som er tidlig i spesialiseringsløpet. Disse legene har ofte ikke ervervet tilstrekkelig kompetanse i forhold til oppgavene de skal utføre. Løsningen er at de ofte må konsultere en spesialistvakt. Det er også nødvendig at det er klare ansvarsforhold, tydelig ledelse og en organisering som sikrer god logistikk i undersøkelse og behandling.

Å endre spesialitetsstrukturen og å bedre utdanningsløpet kan møte begge disse utfordringene. Det innebærer at spesialitetsstrukturen må være designet for å framskaffe leger som har særlig kompetanse i diagnostisering og sortering av den store gruppen pasienter som er mest utsatt for mangler ved diagnostisering og behandling i mottakene. Slik kompetanse er også best egnet til å følge opp pasienter med komorbiditet, flere kroniske sykdommer og multifarmasi, samt sikre gode overføringer av disse pasientene til kommunen.

Storparten av de som kommer til akuttmottakene som øyeblikkelig hjelp har et uklart sykdomsbilde. Dette er pasienter som kan ha mange kroniske sykdommer og bruker 5 til 10 forskjellige medikamenter. Av hensyn til kvalitet og pasientsikkerhet først og fremst, men også for å fremme effektiviteten, bør disse pasientene møtes av erfarne leger med bred kompetanse. Dette vil gi mulighet for at man mye raskere kan iverksette rette diagnostiske og behandlingsmessige tiltak, og sikre at pasientene henvises videre og får rask og riktig spesialisert hjelp når det er nødvendig.

Men også utover den akutte fase vil disse pasientene som oftest ha behov for en oppfølging som evner å ta et helhetlig ansvar for alle pasientens sammensatte helseproblemer. Dette helhetlige ansvaret bør også omfatte planlegging av utskrivning, nødvendig kommunikasjon og rådgivning til kommunens helsetjeneste slik at den enkelte pasient opplever en helhetlig og enhetlig behandling, og koordinering av mulig senere oppfølging i spesialisthelsetjenesten.

En fremtidig spesialitetsstruktur og spesialitetsinnhold må derfor legges til rette for at tjenestene kan organiseres slik at vi får gode, trygge og effektive pasientforløp. Når det er åpenbart hvilke spesialkompetanse det vil være behov for bør pasientene kanaliseres direkte dit denne kompetansen finnes. Det vil gjelde mye av den elektive behandlingen, men også ofte ved øyeblikkelig hjelp som for eksempel ved hjerneslag eller hjerteinfarkt, og ved store traumer inklusive kompliserte bruddskader. For mange av disse pasientene vil det likevel være slik at etter at den akutte lidelsen er diagnostisert og behandlet vil andre og mer sammensatte medisinske problemer måtte håndteres for at pasientene skal kunne oppnå best mulig funksjonsnivå før utskrivning til hjemkommunen. Dette vil kreve at en med større breddekompetanse tar over ansvaret for den videre behandling, mens «superspesialisten» mer får en konsulentrolle.

Skal slike målsettinger nås vil det være nødvendig at pasienter med sammensatte medisinske problemer og pasienter som krever innleggelse, i hovedsak har sitt opphold i en enhet som har en generell innretning og er bemannet med spesialister med bred kompetanse. Når tilstanden tilsier mer spesialisert kompetanse kan enten spesialisten komme til pasienten, eller om nødvendig kan pasienten «lånes ut» til en mer spesialisert enhet for den aktuelle diagnostikk og behandling.

En fremtidig spesialitetsstruktur må også evne å ta opp i seg nye behov som oppstår på grunn av faglig utvikling eller endrede behov hos pasientene. Avgrensede spesialiseringer til smale fagområder vil gi rigiditet og vanskeliggjøre arbeid i team når det er nødvendig. Det er derfor viktig at spesialitetsstrukturen medvirker til et nødvendig innslag av breddekompetanse også hos de mer spesialiserte, med særlig innretning mot eldremedisin og håndtering av pasienter med sammensatte og kroniske sykdomstilstander.

Samtidig er det viktig å presisere at det er opp til hvert helseforetak å finne sine løsninger både på organisering og hvilken kompetanse de vil ha, dvs hvilke spesialister de vil ansette. Både størrelse på helseforetakene, rekrutteringsutfordringer og organisering vil avgjøre hvilke løsninger som velges.

En annen utfordring i helsevesenet er å øke kvaliteten og ivareta pasientsikkerheten og pasientenes rettigheter. Forekomsten av feildiagnostisering og feilbehandling utgjør en stor utfordring i vårt helsevesen.

Hvert år utbetaler Norsk pasientskaderstatning (NPE) store erstatningssummer. I 2013 beløp utbetalingene seg til 946 mill kr. Dette er kun de som får medhold i sine klager. I tillegg er det et stort antall klager som ikke utløser erstatning. Det er videre grunn til å anta at det skjer mange feil som ikke resulterer hverken i klager eller utbetalinger.

### **8.5 Grensene for myndighetsansvaret**

Myndighetene har i dag ansvaret for å godkjenne spesialister og utdanningsavdelinger, noe som også vil fortsette.

Behovet for utvikling av spisskompetanse vil etter all sannsynlighet fortsette. Fagutviklingen medvirker også til at den enkelte spesialitet over tid utvikler seg til å

bli for omfattende til at det er hverken er mulig eller ønskelig å unngå å utvikle fordypningsområder. Hvilke kompetanse den enkelte lege vil trenge vil i stor grad være avhengig av arbeidssted og arbeidsoppgaver. De nasjonalt godkjente spesialitetene bør derfor begrenses til «basis»- spesialiteter som først og fremst sikrer kompetansebehovene ved de små og mellomstore sykehus der antall leger er begrenset. Nødvendig påbygningskompetanse må sikres av arbeidsgiver, avhengig av de aktuelle oppgaver legen skal ha. Slik kompetansebygging må sees i sammenheng med den kontinuerlige etter- og videreutdanning alle spesialister bør ha, der arbeidsgiver og legen i fellesskap definerer innhold og læringsmål.

På enkelte avgrensede områder bør det vurderes om myndighetene skal ha et ansvar for å definere innholdet i slik påbyggingskompetanse. Det kan for eksempel være krav til dokumentert opplæring i spesifikke prosedyrer som av hensyn til pasientsikkerhet bør være standardisert (invasive behandlinger, endoskopiske undersøkelser eller behandlinger, spesifikke ultralydundersøkelser mm), og enkelte fagområder som deles av flere spesialiteter, som for eksempel allergologi og rettsmedisin. Slike definerte påbyggingskompetanser kan betegnes nasjonale kompetanseområder.

For andre kompetanser vil den enkelte arbeidsgiver selv ha ansvar for å definere innhold og utdanning, og da uten en nasjonal godkjenning av oppnådd kompetanse.

## **8.6 De foreslåtte hovedgrepene**

De endringsbehovene som er omtalt i denne rapporten, beforder fire hovedgrep:

- En mer fleksibel og modulbasert spesialitetsstruktur
- Et større innsalg av felles kompetansemoduler
- Omgjøring av grenspesialiteter til hovedspesialiteter
- Etablering av en ny breddespesialitet særlig basert på pasientens behov i akuttmottak.

Å innføre et større innsalg av felles kompetanseplattformer er også en internasjonal trend som både Sverige, Danmark og andre europeiske land har gjennomført.

## 9 Forbedring av spesialistutdanningen for leger

### 9.1 Forbedringsbehovene

Det har kommet innspill om flere svakheter ved dagens opplegg for spesialistutdanningen:

#### *For mye generell kunnskap og unødvendig ferdighetstrening?*

En del erfarer at det går for mye tid med til å erverve seg kompetanse som det ikke er nødvendig å ha for å bli god i utførelsen av eget spesialistfag. Det gjelder for eksempel krav om gjennomføring av et visst antall prosedyrer som man aldri skal bruke som spesialist, eller unødvendig obligatorisk tjeneste i annen spesialitet. Det kan karakteriseres som «misbruk» av pasienter å trene på en ferdighet som ikke er nødvendig for senere arbeidsoppgaver. Samtidig er det en generell enighet om at mengdetrening er viktig på de områdene man skal spesialisere seg.

#### *For mye tid brukes på aktiviteter som ikke gir læringsutbytte for spesialiseringen*

Det har framkommet synspunkter på at mange leger, både i turnus og i utdanningsstillinger, blir brukt til arbeidsoppgaver som over tid ikke gir nevneverdig læringsutbytte i spesialiseringssyemed. Det kan være skriving av journaler for andre leger uten at de blir involvert i behandling og oppfølging av pasientene eller administrative oppgaver som ikke er knyttet til spesialiseringen. Dette er oppgaver som må gjøres, og turnusleger og leger i spesialisering oppfatter at de ofte blir brukt som «billig arbeidskraft».

#### *Læringsmål som ikke reflekterer ønsket resultat av spesialistutdanningen*

Målene er i dag stort sett innsatsbestemte, dvs de er formulert som tidsbestemte (for eksempel hvor mange kurstimer evt lengden på tjenestetiden) eller hvor mange prosedyrer man må ha gjennomført for å bli godkjent spesialist. En del læringsmål er formulert som at man skal kunne utføre en viss prosedyre. I nyere pedagogiske tilnærminger dreies oppmerksomheten mer mot utbyttet av læringen, dvs hvor god utdanningskandidaten blir som resultat de gjennomførte tiltakene (kurs, mengdetrening i utførelse av prosedyrer e.l.).

Mange læringsmål er videre formulert som «å kunne» noe, uten at det er nærmere angitt på hvilket nivå det skal kunnes. I noen spesialiteter er det formulert graderte læringsmål, men dette varierer fra spesialitet til spesialitet. Det vil være nyttig å definere graderte læringsmål for en enkelte spesialitet.

#### *For lite helhetsperspektiv*

Rent generelt vurderes det å være mangel på helhetsperspektiv med tydelige og etterprøvbare læringsmål i det samlede spesialiseringssløpet.

#### *Variierende kvalitet på veiledningen*

Veiledningen fungerer ulikt. Hovedutfordringen ser ut til å være at det er mye opp til den enkelte veileder hvor forpliktende veiledningsansvaret tas og utøves. Det finnes eksempler på meget god veiledning og god struktur på utdanningen, og det motsatte.

Legeforeningen tilbyr i dag et veilederkurs. Tilbakemeldingen er at dette kurset ikke gjennomføres i så stor grad som ønskelig. Legeforeningen har dessuten utgitt et eget veiledningshefte<sup>19</sup>. Det generelle bildet er at veiledningen ikke fungerer optimalt og at veilederoppgaven ikke gis den prioritet den burde i forhold til det store potensialet som ligger i god veiledning, dvs planlagte og regelmessige samtaler der faglige utfordringer diskuteres og reflekteres rundt, og at den faglige utviklingen gjennom praksis blir stimulert. I en masteroppgave ved NTNU<sup>20</sup> ble det funnet at kun 36 % hadde fått satt av tid til veiledningssamtaler i løpet av angjeldende måned. Kun 32 % oppga at de hadde veiledningssamtaler ukentlig eller hver måned. Konklusjonen i denne undersøkelsen er at «det er et betydelig forbedringspotensiale for praktisering av både veiledning og supervisjon i spesialistutdanningen».

#### *For dårlig logistikk*

Erfaringene med spesialiseringssløpet synes å være noe ulikt. Mange leger i spesialisering erfarer at det er for dårlig logistikk i spesialistutdanningen: Det er ventetid på nødvendig tjenestetid og flaskehals for å komme videre etter avbrudd på grunn av svangerskapspermisjoner og andre permisjoner.

Et av problemene knyttet til et effektivt spesialiseringssløp er at kapasiteten ved gruppe I-avdelinger ofte er begrenset og dermed lett kan bli flaskehals.

#### *Misforhold mellom rekruttering og behov*

Et tema som er fremkommet underveis er at det ofte ikke er samsvar mellom antall stillinger for leger i spesialisering og aktuelt behov for spesialister i de enkelte fag. Eksempler på nevnte fagområder er onkologi, oftalmologi, geriatri, radiologi og patologi, hvor det meldes om til dels rekrutteringsproblemer og mangel på spesialister som søkere til stillinger.

#### *Mester-svenn-prinsippet: en nødvendig, men ikke tilstrekkelig forutsetning*

Spesialistutdanningen ble tradisjonelt etablert på mester-svenn-prinsippet, og supervisjon er fortsatt et vesentlig grunnelement i spesialistutdanningen. Mange mener ordningen med å «gå i lære» hos en erfaren spesialist, gir den beste spesialistutdanningen. At erfarne spesialister har et eget ansvar for at kolleger blir gode spesialister, vil alltid være sentralt. For å bli en god kirurg, må man stå sammen med erfarne kolleger ved operasjonsbordet, - mange ganger. Å basere seg på at mester-svenn-ordningen er tilstrekkelig, er derimot ikke tilrådelig. Mester-svenn-ordningen betinger at mester faktisk innehar den mest oppdaterte kompetansen og evner å formidle dette på en pedagogisk god måte. I dagens ordning er det liten kvalitetssikring med denne ordningen.

<sup>19</sup> Den norske Legeforening: Hva er god veiledning? – en praktisk innføring i veiledning av leger i spesialisering i sykehus

<sup>20</sup> Cecilie Normann Birkeli: Kvalitet koster. Om spenningen mellom spesialistutdanningen for leger og produksjon av helsetjenester. Masteroppgave i helsevitenskap. NTNU, 2013.

### *Behovet for kvalitetssikring*

Det bør etableres gode, helhetlige nasjonale systemer og strukturer som ivaretar kvaliteten i spesialistutdanningen. Noe av dette blir ivaretatt i spesialistreglementet og utdanningskravene. I tråd med økte krav til kvalitet og pasientsikkerhet, bør det imidlertid satses langt mer på tydelige, nasjonale læringsmål der læringsutbyttet systematisk følges opp, og der kandidatene testes for oppnådd kompetanse på sentrale områder.

### *Utdanning eller jobb?*

Spesialisering er en arbeidsrelatert utdanning der erfaringen fra klinisk praksis skal være hovedarenaen for læring, trening og utvikling. Samtidig vil direktoratet understreke at hensynet til å utdanne gode spesialister må vektlegges mer enn det har vært gjort, og at leger i spesialisering i alle deler av spesialiseringssløpet bør ha arbeidsoppgaver som gir grunnlag for læring. Derfor er en opprustning av spesialistutdanningen nødvendig.

## **9.2 Hovedgrep for forbedring av spesialistutdanningen**

### **9.2.1 Nasjonale, tydelige og etterprøvbare mål**

I oppdragsdokumentet fra departementet<sup>21</sup> heter det at «direktoratet skal vurdere om spesialistreglene skal dreies mer i retning av et tydeligere fokus på læringsmål og mindre vekt på krav om tjenestetid på utdanningssteder. Direktoratet bes om å vurdere hvordan oppnådde læringsmål i så fall kan etterprøves, bl.a. om det bør innføres eksamener».

Dersom leger i spesialisering skal ha arbeidsoppgaver som er innrettet mot trinnvis læring, innebærer det at spesialiseringssløpet må legges opp og vurderes annerledes enn nå.

Pr i dag er læringsmålene i spesialistutdannelsen ofte angitt med tidfestede utdanningsmål, eventuelt med krav om å ha gjennomført et visst antall prosedyrer. Det er med andre ord *innsatsfaktorene* som hovedsakelig er vektlagt i det nåværende systemet.

En alternativ innfallsvinkel vil være å rette mer av oppmerksomheten mot læringsutbyttet uttrykt i kunnskaper, ferdigheter og holdninger.

Et system for vurdering av læringsutbytte på ulike nivåer finnes i Blooms taksonomi<sup>22</sup>. Denne innebærer en gradering av kompetanse i seks nivå:

- 1) Kunnskap: Å kunne gjengi innlært stoff
- 2) Forståelse: Å kunne sammenfatte og gjengi kunnskap med egne ord
- 3) Anvendelse: Å bruke kunnskap og anvende i konkrete situasjoner
- 4) Analyse: Å kunne se sammenhenger
- 5) Syntese: Å kunne trekke slutninger, utlede abstrakte relasjoner
- 6) Vurdering: Å kunne bedømme noe ut fra forskjellige kriterier.

<sup>21</sup> Helse- og omsorgsdepartementet: Spesialistområdet – presisering av oppdrag i tildelingsbrevet 2011. Brev av 04.05.2011.

<sup>22</sup> Benjamin Bloom: *The Taxonomy of Educational Objectives, The Classification of Educational Goals, Handbook I: Cognitive Domain*. 1956.

En slik taksonomi kan tilpasses og danne grunnlaget for å utvikle nye læringsmål som angir ønsket læringsutbytte.

Kompetanse på ulike nivåer kan ved bruk av denne tilpasses progresjonen i spesialiseringsløpet, slik at læringsmålene blir trinnvise og etterprøvbare.

Beskrivelsene av læringsutbytte omfatter både kunnskaper, ferdigheter og generell kompetanse. Kunnskaper defineres som forståelse av teorier, fakta, begreper, prinsipper, prosedyrer innenfor fag eller fagområder. Ferdigheter er evnen til å anvende kunnskaper til å løse problemer og oppgaver. Generell kompetanse består i å kunne anvende kunnskap og ferdigheter på selvstendig vis i ulike situasjoner gjennom å vise samarbeidsevne, ansvarlighet, evne til refleksjon og kritisk tenkning.

Læringsmålene skal dekke alle aspekter av legearbeidet, og læringsmålene kan knyttes til de ulike rollene som utøvelsen av legegjerningen deles inn i<sup>23</sup>; medisinsk ekspert, kommunikator, «helsefremmer», «samarbeider», akademiker, profesjonell utøver, leder/administrator.

Det vil anbefales at det utvikles læringsmål etter mønster av Blooms taksonomi når spesialistreglene for de enkelte spesialitetene revideres. Det bør utarbeides en standard nivåinndelingen som anvendes i alle spesialiteter.

### **9.2.2 Kompetansetesting**

Helsedirektoratet er bedt om å vurdere eksamen eller andre former for kompetansetesting.

I mange type virksomheter, er det eksempler på at personell må sertifiseres og gjennomgå tester før de kan utøve virksomhet med potensielle farer. Ser vi til oljesektoren er det selvsagt at ansatte som håndterer situasjoner eller utstyr som kan utløse situasjoner med fare for liv og helse gjennomgår obligatoriske tester og blir sertifisert før de slipper til.

Å gå gjennom et spesialiseringsløp uten en systematisk kvalitetssikring av om legen har oppnådd det nødvendige læringsutbyttet, er etter Helsedirektoratets vurdering ikke godt nok. Med læringsutbytte menes her nettopp hvor god den enkelte har blitt til å vurdere, behandle og følge opp pasienter innen sitt fagområde og innen de obligatoriske felles kompetansemodulene.

Som et ledd i å kvalitetssikre både utdanningsløpene og oppnådd kompetanse hos den enkelte lege i spesialisering, er det avgjørende å utvikle gode metoder for å vurdere oppnådd kompetanse (kunnskap, ferdigheter og holdninger).

---

<sup>23</sup> Frank JR, Jabbour M, Tugwell P, et al. Skills for the new millenium: report of the societal needs working group, Can MEDS 2000 Project. Annals Royal College of Physicians and Surgeons of Canada 1996.

Basert på innspillene fra fagmiljøene vil Helsedirektoratet ikke anbefale en endelig spesialisteksamen. Derimot anbefales det innføring av kompetansetesting etter de viktigste kompetansemodulene.

Hva som defineres som viktige kompetansemoduler, må utredes av fagpersoner innen de enkelte spesialiteter. Det kan eksempelvis være teorimoduler, testing av ferdigheter og teknikker, samt håndtering av andre utfordringer i yrkesutøvelsen.

Her tilrår direktoratet at universitetene får ansvaret for å utvikle nasjonale kompetansetester. Det vil være naturlig at universitetene også forestår testingen på de områder der de har ansvaret. Hvordan den praksisnære kompetansetesting skal gjennomføres, hvem som skal ha ansvaret for den må utredes. Det er naturlig at dette ansvaret tillegges sykehusene.

For de langsgående kompetansemodulene (eksempelvis kommunikasjon) ligger det også godt til rette for ferdighetstesting.

Med innføring av systematisk kompetansetesting innen definerte områder, vil resultatene også gi verdifull informasjon om utdanningsavdelingenes kvalitet og hvordan sykehusene skårer på testene.

### **9.2.3 Bedre veiledning**

Veiledning innebærer «planlagte og regelmessige samtaler mellom lege i spesialisering og veileder»<sup>24</sup>. Til forskjell er supervisjon den erfarne legens faglige råd i det daglige kliniske arbeidet, og knyttes til den erfarne legen som faglig rollemodell.

På bakgrunn av de tidligere omtalte erfaringene med mangler i veiledningen, synes det nødvendig å styrke kvaliteten på veiledningen og derigjennom synliggjøre veiledningens nøkkelrolle i den enkeltes faglige utvikling. Ikke minst vil veiledningen være en viktig arena for læring i de fagene som inngår i fellesmodulene, som for eksempel kommunikasjon, etikk og kunnskapshåndtering. Det viktigste virkemiddelet som foreslås er å innføre en obligatorisk veilederutdanning. En slik utdanning vil også utvikle evne til læring generelt og gi styrket kompetanse til supervisjon.

Det er mulig å velge flere strategier for å skape et system som ivaretar behovet for veiledning av LIS. Ut fra den kunnskap vi per i dag har om hvordan veiledning av LIS fungerer kan den mest hensiktsmessige strategien være at det først utvikles nasjonale kurs for veiledere. Videre utvikles det kurs for overleger/professorer som skal gjennomføre kurs for veilederne (train-the-trainer/TTT) og som kan ha et faglig ansvar for veiledningens kvalitet innenfor sin enhet.

Det foreslås at veilederkurset etter hvert retter seg mot LIS i slutten av utdanningsforløpet og at kurset blir obligatorisk for alle. Dette for tidlig å utvikle kunnskap, holdninger og ferdigheter knyttet til læring og for å markere overgangen til selv å bli ansvarlig for andres utdanning. Imidlertid vil det i en overgangsperiode

---

<sup>24</sup> Den Norske Legeforening: Hva er god veiledning? En praktisk innføring i veiledning av leger i spesialisering i sykehus



være avgjørende at nåværende overleger/professorer gjennomfører veilederutdanningen for å få opp kvaliteten på veiledningen raskest mulig. Et utvalg av utdannede veiledere vil så kunne få tilbud om TTT-kurs.

Når det her brukes betegnelsen 'kurs' er det viktig å presisere at dette kan bestå av tre ulike deler. Et kurs kan organiseres som et utviklingsforløp bestående av en formell opplæringsdel, et utviklingsarbeid i klinikken og en oppfølging etter for eksempel ett år der man oppsummerer erfaringer med veiledningsopplegget.

Når det gjelder supervisjon mener Helsedirektoratet at arbeidet må tilrettelegges slik at supervisjon faktisk er mulig. I praksis betyr det at spesialister og leger under spesialisering har et større arbeidsfellesskap enn tilfelle er mange steder i dag. Obligatorisk etterutdanning vil også bidra til å sikre at «mesterne» faktisk er mestere og oppdatert på kunnskapsbasert praksis.

#### **9.2.4 Moderne pedagogiske metoder**

Hver lege i spesialisering har anslagsvis 40 - 60 kurstimer pr år. Kursene arrangeres gjerne sentralt og innebærer fravær fra arbeidssted med hotellovernattinger. Dette er kostbart, gir liten fleksibilitet for den enkelte lege i spesialisering, og for arbeidsgiver. Kursene avholdes ikke alltid i samsvar med hvor i utdanningsløpet den enkelte lege er.

Det finnes eksempler på at en del av kursene med fordel kan erstattes av e-læring, pre-testing før kurs og simulatortrening.

Dette er metoder som baserer seg på god pedagogikk, og som understøtter tilpassede læringsformer og forenkling av spesialiseringsløpet.

Helsedirektoratet går inn for at det utvikles e-læringsmoduler, bruk av simulatortrening og ferdighetslaboratorier, samt elektronisk kompetansetesting av fullførte kompetansemoduler der det er hensiktsmessig. Hvor mange og hvilke kurs som kan omgjøres til e-læringskurs må de enkelte spesialitetene vurdere nærmere. For alle invasive og potensielt skadelige og belastende prosedyrer bør det være et krav at ferdighetslaboratorier og simulatorer tas i bruk der det er mulig, og at oppnådde ferdigheter er dokumentert før legen slippes løs på pasienter.

#### **9.2.5 Bedre logistikk**

Helsedirektoratet mener at utdanningsløpet kan kortes ned når utdanningen blir mer strukturert, men en nedkorting skal ikke skje på bekostning av kvaliteten. Dersom en lege i spesialisering ikke har nådd de oppsatte læringsmål, bedømt etter objektiv kompetansetesting, kan ikke spesialistgodkjenning gis selv om legen har den stipulerte tjenestetid.

Lengden på spesialistutdanningen har vært diskutert i ulike fora, og det synes å rå en allmenn enighet om at formell utdanningslengde som sådan ikke er for lang, først og fremst fordi det å se mange pasienter og ha mye erfaring i seg selv er viktig. Helsedirektoratet deler denne oppfatning, men har likevel konkludert med at

det kan være mulig å oppnå spesialistgodkjenning etter kortere tid. Også i dag er det slik at for mange arbeidsoppgaver må den ferdige utdannede spesialist ha flere års trening og erfaring i etterkant for å dyktiggjøre seg for spesielle oppgaver. Det vil være både arbeidsgivers og den enkelte leges ansvar å sikre at tilstrekkelig realkompetanse er oppnådd, uavhengig av legens formalkompetanse.

Å få til et strømlinjeformet spesialiseringsløp vil by på utfordringer i og med at tjenestekravene betinger skifte av arbeidssted flere ganger i løpet av spesialiseringen. Det er imidlertid fullt mulig å lage noe mer gjennomgående løp med bedre sammenheng mellom grunnutdanning og det videre spesialiseringsløpet, og mellom de ulike delene av spesialistutdanningen.

Dette tenkes gjort ved å utforme helhetlige og planlagte utdanningsløp. Ved å innføre mål på læringsutbytte som etterprøves, trenger man ikke krav om tidsbestemt tjeneste ved spesielle utdanningsavdelinger, som for eksempel gruppe I. I en slik tenkning blir læringsmålene styrende for hvilke arbeidssteder legen må innom, og ikke om sykehusavdelingen tilhører gruppe I eller II. Dette skaper dermed også en større fleksibilitet i logistikken for leger i spesialisering, og det gir arbeidsgiver større mulighet for å beholde leger som påbegynner sin spesialisering hos dem. Nødvendig annen tjenestegjøring kan gjennomføres i planlagte kortere bolker som ikke medfører flytting for hele familien.

Ved de foreslåtte tiltakene antas det som mulig å korte ned den formelle spesialiseringstiden, inklusiv del 1, med gjennomsnittlig ca 1,5 år og samtidig opprettholde kvaliteten på de ferdige spesialistene. Det er imidlertid en betingelse at læringsmålene nås, og det vil reelt sett være det som avgjør lengden på spesialiseringen for den enkelte.

## 10 Forslag til ny spesialitetsstruktur for leger

### 10.1 Prinsipper for oppbygging av spesialitetsstruktur

Det finnes ulike prinsipper for oppbygging av spesialitetsstruktur. Spesialiteter kan inndeles etter sykdom, organ, funksjon eller alder på pasientgruppen.

Eksempler på spesialiteter etter *sykdom* er onkologi, revmatologi, infeksjonssykdommer, samt rus og avhengighetsmedisin. Organdefinerte spesialiteter er eksempelvis lungesykdommer, hjertesykdommer, nyresykdommer og øyesykdommer. Den store gruppen *funksjonsdefinerte* spesialiteter er blant annet radiologi, anesthesiologi, medisinsk genetikk, patologi og samfunnsmedisin. Inndeling etter *pasientenes alder* gjelder spesialiteter som barnesykdommer, barnekirurgi, barne- og ungdomspsykiatri, voksenpsykiatri og geriatri.

En annen måte å vurdere spesialitetsstrukturer på er hvorvidt spesialiseringen starter tidlig eller er basert på felles kunnskapsgrunnlag med andre spesialiteter. Det kan tenkes en struktur hvor oppsplittingen i spesialiteter skjer tidlig, for eksempel allerede i turnustiden eller sent for eksempel etter gjennomførte blokkutdannelse i felles moduler.

Uavhengig av struktur vil det alltid være elementer av overlapping mellom tilgrensende spesialiteter, noe som har blitt mer fremtredende i de senere år. Tradisjonelt har grensene mellom spesialitetene vært klare, blant annet for å forhindre uklarhet om hvem som gjør hva. Konsekvensene av dette har blant annet blitt at pasienter «tilhører» spesialisten, med de fordeler og ulemper dette medfører.

I dette kapitlet skisseres en modell for ny spesialitetsstruktur som tar opp i seg de endringene og utfordringene som helsevesenet står overfor og som er beskrevet i kapitlene 6-8.

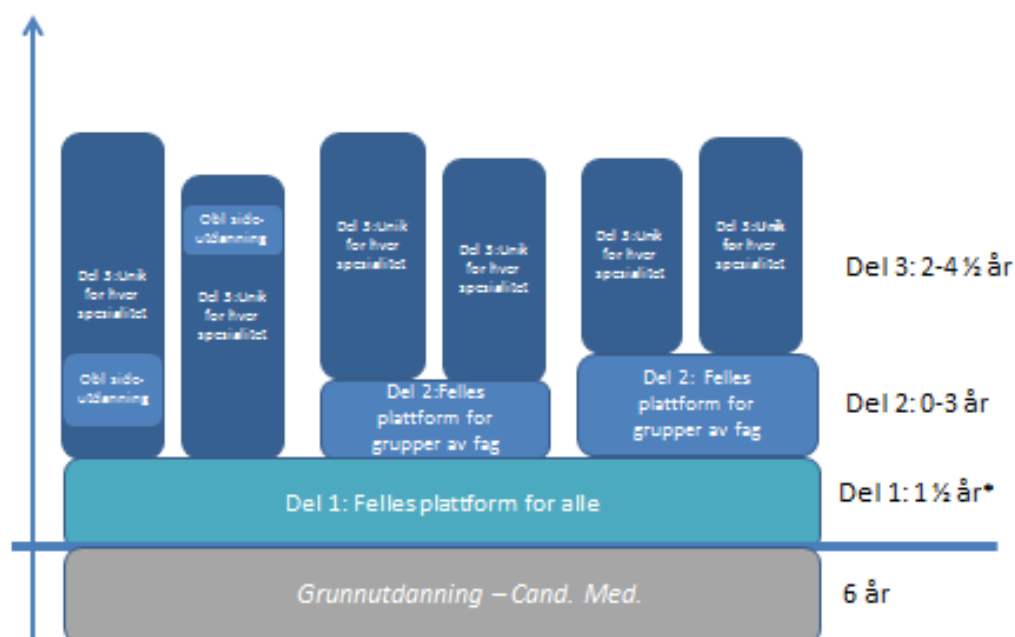
### 10.2 Oppbyggingen av ny spesialitetsstruktur

Den foreslåtte spesialitetsstrukturen består av:

a) et tredelt spesialiseringsløp bestående av del 1 med en felles kompetanseplattform for alle spesialiteter, del 2 med felles faglig kompetanseplattform for grupper av spesialiteter og del 3 med et spesialiseringsløp som er unikt for den enkelte spesialitet.

b) et sett av gjennomgående obligatoriske kompetansemoduler av ikke-medisinskfaglig art, men som er nødvendige for å utøve legerollen på en god måte. De gjennomgående kompetansemodulene skal integreres i den kliniske praksis og ha direkte relevans til det arbeidet legen utfører i de tre ovennevnte delene av løpet.

Figur 10.1 Skisse til ny spesialisasjonsstruktur



\* Ved alternativ 2 kan denne bli kortet ned til totalt ett år (se senere).

Som redegjort for i foregående kapittel skal læringsaspektet styrkes i spesialiseringens del 1-3 med styrking av pedagogisk innretning, større vekt på etterprøvbare utbyttedefinerte læringsmål, evaluering av oppnådd kompetanse underveis og styrking av veiledning, både én-til-én veiledning og gruppeveiledning.

I dette kapitlet omtales de ulike delene av spesialiseringens løp for ulike fagområder.

### 10.3 Felles ikke-medisinske kompetansemoduler

I hele spesialistutdanningen vil det være gjennomgående kompetansemoduler som omfatter kompetanse som er nødvendig for å fungere tilfredsstillende som lege. Dette inkluderer kommunikasjon, etikk, systemforståelse, kvalitetsarbeid, lover, forskningsforståelse og kunnskapshåndtering, organisasjonsutvikling og ledelse, samt samhandlingskompetanse. Det kan anvendes tradisjonelle kurs, e-læring, eller veiledningsgrupper. De foreslåtte modulene er alle innrettet på å styrke legens kompetanse slik at kvalitet og pasientsikkerhet ivaretas

*Kommunikasjon med pasient vil være et gjennomgående tema og er egnet for ferdighetstrening og tilbakemelding gjennom veiledning.*

Innføring og diskusjon av *etiske problemstillinger* vil være relevant i de fleste kliniske settinger og berøre legerollen i mange sammenhenger. Dette er et tema som egner seg godt for gruppeveiledning.

*Systemforståelse*: Alle som skal arbeide som leger i Norge må, uansett utdanningssted, ha innsikt i og få praktisk erfaring med hvordan norsk helse-, omsorgs- og velferdstjenester fungerer.

*Kvalitetsarbeid* omfatter kunnskap om å arbeide systematisk med kvalitetsforbedring. Det bør tilstrebes at alle spesialister har grunnleggende kjennskap til kvalitetsindikatorer og metoder for forbedring av kvalitet.

Det bør gis kunnskap om de viktigste *helselovene* og de *forskrifter* som gjelder helsesektoren.

Et sentralt område for en lege i spesialisering er å utvikle *forskningsforståelse og kunnskapshåndtering*. Det vil si å ha kjennskap til forskningsmetodikk, kunne finne relevant vitenskapelige artikler og annen kunnskapsbasert litteratur, lese og kritisk vurdere forskningsartikler, samt kunne ta i bruk resultatene fra forskningsbasert kunnskap.

Mange leger vi få lederoppgaver, både formelle og mer uformelle i tilknytning til arbeidet. Det kan være teamledelse og ordinær linjeledelse. Det bør følgelig gis en grunnleggende innføring i *ledelse* og hva ledelse innebærer i helsesektoren. Denne modulen bør være i tråd med tenkningen i den Nasjonale ledelsesplattformen for ledere i helseforetak og det nasjonale rammeverket for ledelse som skal implementeres.

Som en del av denne modulen bør det gis en innføring i *organisasjonsutvikling*, det vil si å kunne vurdere og igangsette enkle forbedringer av organiseringen i en klinisk enhet med tanke på bedre kvalitet i pasientbehandlingen, bedre logistikk eller bedre koordinering av tjenestene.

*Samhandlingskompetanse*: Samhandling er konstruktiv dialog og samarbeid mellom ulike aktører i helsevesenet. Vellykket samhandling gir gode pasientforløp og aktørene gjør hverandre gode i arbeidet med pasient og pårørende. Gjennom obligatorisk krav til tjeneste i første- og andrelinjetjenesten utvikles samhandlingskompetansen. Tjeneste i kommune og i sykehus er viktig for å få erfaring med pasientforløp og se konsekvenser av sine vurderinger, også for de andre aktørene i tjenestene. I samhandling legges også kompetanse i teamarbeid.

Det anses viktig at hver av disse modulene tilpasses den klinisk praktiske tjenestegjøringen og knyttes opp mot erfaringer i klinikken.

De felles kompetansemodulene skal sikre at legene ser seg selv i en sammenheng og gi legene en god rolleforståelse.

I neste figur illustreres at de ovennevnte obligatoriske kompetansemodulene strekker seg gjennom hele spesialiseringssløpet. Dette gjøres ved at det introduseres små moduler i en kombinasjon av teoretisk påfyll og eventuell praktisk

utprøving/ferdighetstrening i de tilfellene det er aktuelt, for eksempel innen kommunikasjon eller ledelse.

Figur 10.2 Gjennomgående kompetansemoduler i hele spesialiseringssløpet



På lengre sikt kan det vurderes om en alternativ karriereveg for leger kan være å utdanne seg særskilt seg innen noen av disse emnene, for eksempel ledelse eller organisasjonsutvikling.

Forskning er allerede en alternativ karriereveg. Ofte kombineres forskning med klinisk virksomhet. I så fall bør legen ha både spesialistkompetanse og forskningskompetanse.

#### 10.4 Spesialisering del 1

##### *Felles kompetanseplattform*

Helse- og omsorgsdepartementet har lagt til grunn at det fortsatt skal være en turnustjeneste, men nå som første felles del 1 i en spesialistutdanning.

Det skissers her to alternativer:

##### *Alternativ 1*

Turnustjenesten har tradisjonelt vært ett år i sykehus og 6 måneder hos allmennlege inklusiv kommunale helsetjenester. Formålet med turnustjenesten har vært å sikre legen nødvendig praksiserfaring før de kunne arbeide selvstendig. Helsedirektoratet foreslo i sin rapport juni 2013 at turnustjenesten skulle videreføres med samme tidsramme som en felles del 1 for alle spesialiteter.

### *Alternativ 2*

Det har kommet en del innspill med spørsmål om hensiktsmessigheten av å bruke så mye av spesialiseringstiden på en slik felles del 1, på bekostning av den tid som er til rådighet for den mer spesifikke utdanning i del 2 og eller del 3.

Mange forhold har endret seg siden turnustjenesten ble innført i 1954. EØS-avtalen medfører at alle leger må ha minimum 3 år veiledet tjeneste som lege før de kan arbeide selvstendig og få utløst trygderefusjon. I Norge, så vel som i mange EU-land, gis nå autorisasjon etter fullført universitetsstudium (cand med). Det foreslås også nå at alle leger som skal arbeide i den offentlige helsetjenesten, også i kommunehelsetjenesten, skal gå inn i et spesialiseringsløp.

Det må derfor diskuteres hva læringsmålene med del 1 skal være, og om disse i så fall kan nås gjennom et strukturert opplegg på kortere tid. Det ville i så fall være naturlig å se på sykehusåret. De som skal spesialisere seg for arbeid i kommunehelsetjenesten vil uansett ha krav til ekstra sykehustjeneste. Om dette kravet i mindre grad dekkes i del 1 av spesialistutdanningen vil kunne ha betydning for de oppgaver legen kan ha i del 1 i kommunen, men også i dag er det begrensinger i turnuslegens selvstendige ansvar.

Hvis del 1 reduseres til 6 måneders sykehustjeneste vil det få som konsekvens at sykehusene kan ha halvparten så mange tidsbegrensede «turnusstillinger» og tilsvarende flere LIS del 2 eller 3. Det kan neppe herske tvil om at dette vil gi sykehusene betydelige driftsfordeler.

### *Målene med spesialisering del 1*

Spesialisering del 1 skal ha som mål å omsette legens teoretiske kompetanse i praktisk arbeid med pasientene og legge et godt grunnlag for videre spesialisering.

Klinisk tjenestegjøring i underordnet legestilling skal skje under veiledning, opplæring og supervisjon for å få nødvendig erfaring og praktisk rutine som grunnlag for mer selvstendig arbeid. Det er imidlertid viktig å understreke at leger under spesialisering er autoriserte leger som alltid har ansvar for å innrette sitt arbeid i samsvar med sin kompetanse, og om nødvendig konsultere andre med bedre kompetanse. Det skjer ingen reell endring av dette når legen blir godkjent spesialist.

Spesialisering del 1 vil i hovedsak bygge på kompetansemoduler som består av praksis i den daglige aktiviteten i helsetjenesten der læringsmålene nås gjennom arbeid som lege under veiledning, samt et visst omfang av teoretiske kurs og simulatoretrening.

### *Innholdet i spesialisering del 1*

Selv om grunnutdanningen i medisin, uansett utdanningssted, skal dekke det meste av basiskompetansen som alle leger må ha, er det viktig å få omsatt kunnskapen som er ervervet gjennom grunnutdanningen i praktisk arbeidserfaring som lege. For å kunne prioritere og etter hvert arbeide selvstendig, må legen få

mengdetrening og praktisk erfaring i trygge omgivelser i diagnostikk, behandling og oppfølging av kliniske tilstander. Derfor er det viktig å starte spesialisering i sykehus og deretter arbeide i primærhelsetjenesten.

I sykehus er det foreslått at skal tjenesten omfatte 3 måneder indremedisin og 3 måneder kirurgi obligatorisk for alle. I tillegg må legen velge 2 av følgende tre moduler: Tre måneder indremedisin, 3 måneder kirurgi eller 3 måneder psykiatri. Derved vil alle få sammenhengende tjeneste i minst 6 måneder i minst ett fag. De valgfrie modulene er foreslått å telle som del av senere spesialiseringsløp så langt dette passer.

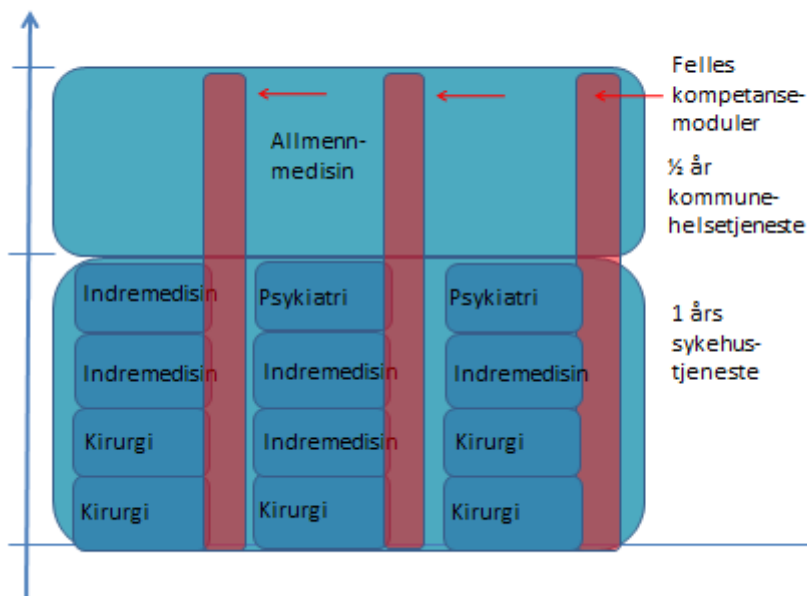
Hvis det blir konkludert med at 6 måneders sykehustjeneste er tilstrekkelig (jfr alternativ 2 ovenfor), vil det ha betydning for hvordan sykehustjenesten blir innrettet. Det vil antagelig være ønskelig at legen under hele tiden deltar i mottak av øyeblikkelig hjelp- pasienter, og dessuten får nødvendig tjeneste for spesifikke læringsmål uten at dette blir knyttet til bestemte avdelinger.

Hvis man velger å fortsatt ha krav om ett års sykehustjeneste, må det besluttes om det skal være en spesiell rekkefølge av sykehusfagene indremedisin, kirurgi og psykiatri. Det bør likevel være slik at all tjeneste i ett fagområde er sammenhengende.

Innholdet i spesialisering del 1 skal defineres av læringsmål som beskriver læringsutbyttet både etter endt praksis og fullførte kurs.

Spesialisering del 1 alternativ 1 kan illustreres som følger:

Figur 10.3 Flere kombinasjonsmuligheter i alternativ1 i del 1



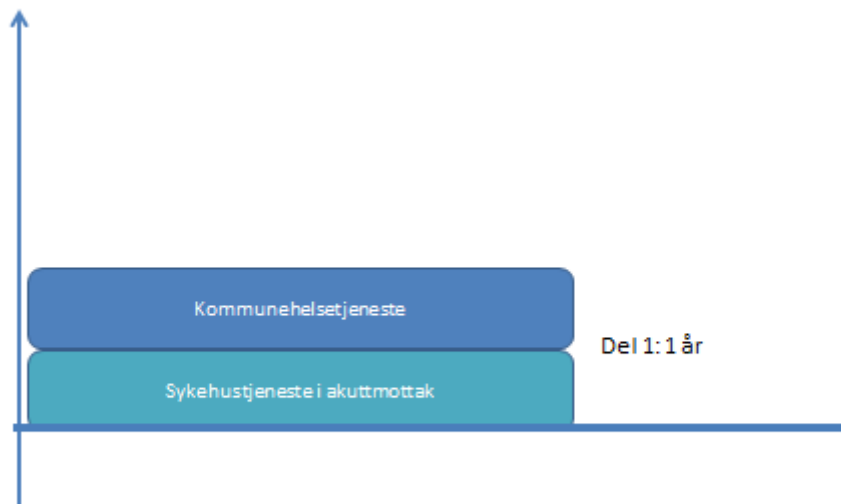
Det legges opp til at de valgfrie tjenestemodulene kan gå til fratrukk i spesialisering del 2 i de tilfelle der disse fagene finnes her. For eksempel kan 3 måneder kirurgi



telle i del 2 for kirurgiske spesialiteter, 3 måneder indremedisin for indremedisinske spesialiteter, 3 måneder psykiatri for psykiatriske spesialiteter. For allmenmedisin kan begge de valgfrie modulene telle i del 2. Hver spesialitet må definere hvorvidt 3 måneder av kirurgi, indremedisin eller psykiatri kan gå til fratrukk i del 2 for sitt fag.

For alternativ 2 vil utdanningen illustreres slik:

Figur 10.4 Alternativ 2 i del 1



#### *Ansvar og ansettelsesforhold i del 1*

Det er konkludert med at stillinger for del 1 av spesialistutdanningen kan utlyses som tidsbegrensede stillinger. Det er utover dette ingen formell skilnad på ansvars- og ansettelsesforhold enn for andre leger i spesialisering. Helsedirektoratet foreslår at søknadssystemet som i dag benyttes i forbindelse med turnustjenesten beholdes. Det vil si at helseforetak og kommuner samarbeider om å tilby del 1 i spesialiseringssløpet som en blokk. Det foreslås at stillingene utlyses slik at legen ved å søke gjør valg av hvilke kombinasjoner av fag som ønskes dersom alternativ 1 blir den valgte modell.

## 10.5 Spesialisering del 2

Spesialisering del 2 vil ha varierende målsetting for de forskjellige spesialiteter, eventuelt være uaktuell.

### *A1) Felles faglig kompetanseplattform for grupper av spesialiteter.*

Dette er i den foreliggende rapport beskrevet for de indremedisinske og de kirurgiske spesialiteter som inntil nå har vært grenspesialiteter, og der det forutsettes at del 2 fullføres før del 3. Det planlegges også i det pågående arbeid med den nye spesialiteten i rus og avhengighetsmedisin og de psykiatriske spesialitetene.

Formålet med den felles faglige kompetanseplattform er først og fremst å sikre en tilstrekkelig breddekompetanse, og for så vidt erstatte kravet om dobbeltspesialitet (generell indremedisin eller generell kirurgi pluss grenspesialitet). Utover dette vil formålet være forskjellig for de tre grupper av spesialiteter, dette redegjøres nærmere i de spesifikke kapitler sammen med en diskusjon om varigheten av del 2.

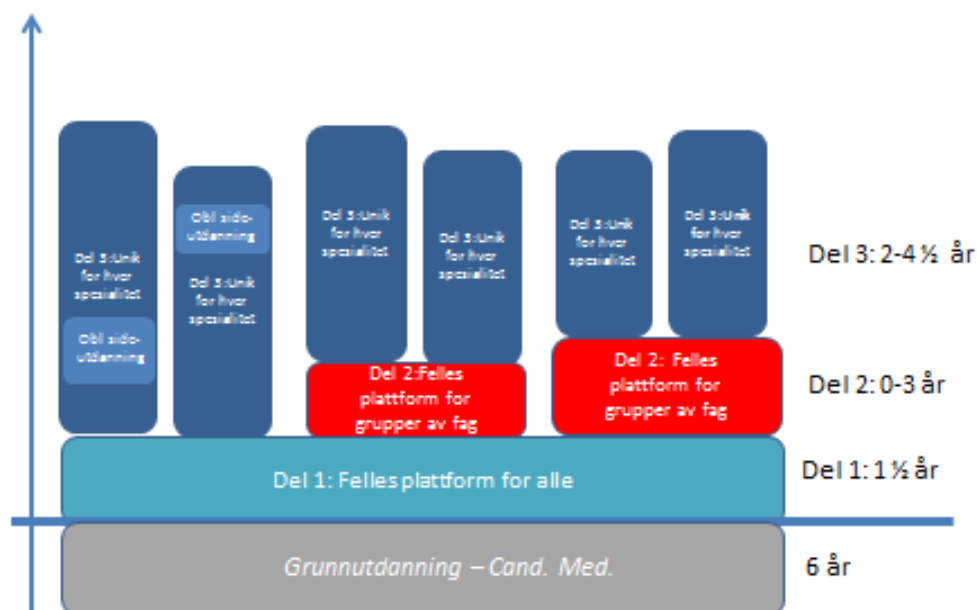
### *A 2) Obligatorisk utdanning i annen spesialitet.*

Mange spesialiteter har et krav om tjeneste i annen hovedspesialitet, for eksempel må gynekologer ha ett års kirurgisk tjeneste. Det legges til grunn at slik obligatorisk tjeneste fortsatt vil bli nødvendig når nye spesialistregler skal utvikles. Slik tjeneste vil da være spesialitetens del 2 med sine spesifikke læringsmål, men til forskjell fra indremedisin og kirurgi bør del 2 tas etter at legen har kommet godt i gang med sin hovedspesialisering.

B) Andre obligatoriske kompetansemoduler, videreføres fra spesialisering del 1 (jfr kapittel 10.3).

Spesialisering del 2 kan illustreres slik:

Figur 10.5 Spesialisering del 2



## 10.6 Noen endringer i struktur som gjelder fra del 2

Det foreslås tre endringer vedrørende spesialisering i forhold til dagens system som gjelder fra del 2 og videre:

- Omgjøring av grenspesialiteter til hovedspesialiteter
- Avvikling av annen valgfri relevant tjeneste
- Avvikling av krav om varighet av gruppe I-tjeneste.

### 10.6.1 Omgjøring av gren- til hovedspesialiteter

Innen de kirurgiske fagmiljøer er det bred enighet om at tiden er moden for å utvikle grenspesialitetene. Dette vil bli nærmere omtalt under kapittel 10.9.

I de indremedisinske fag er meningene mer delte, og det er bare grenspesialiteten hjertemedisin som eksplisitt ønsker omgjøring til hovedspesialitet. Helsedirektoratet mener at en isolert omgjøring av grenspesialiteten hjertesykdommer til hovedspesialitet ville være uheldig. Direktoratet vurderer at en omgjøring av alle dagens grenspesialiteter til hovedspesialiteter som deler en betydelig felles faglig kompetanseplattform, parallelt med at det etableres en opprustet spesialitet generell indremedisin (se under), vil sikre nødvendig breddekompetanse både i mindre og store sykehus, og legge til rette for at de nye hovedspesialitetene fortsatt kan arbeide i et felles fagmiljø der det er ønskelig og hensiktsmessig.

Arbeidsgruppene opprettet av Helsedirektoratet i forbindelse med denne utredningen oppnådde ikke enighet om en felles tilnærming til dette.

I gjennomgangen ble følgende alternativer vurdert:

- a) å beholde dagens system med én hovedspesialitet og flere indremedisinske grenspesialiteter
- b) å gjøre om alle indremedisinske grenspesialiteter til hovedspesialiteter
- c) å bare gjøre om kardiologi til hovedspesialitet og bevare øvrige grenspesialiteter.

Mange sykehus har i dag egne seksjoner for grenspesialitetene, og spesialistene som arbeider der har i hovedsak bare pasienter som «tilhører» grenspesialiteten, hvis de ikke har vakt i akuttmottaket. Riktig nok vil ofte pasienter som kommer inn som øyeblikkelig hjelp legges på de sengeposter der det er ledig seng, men erfaringer tilsier at det er en praksis som ikke tjener pasienten. Grenspesialistene som arbeider ved de store sykehusene får således liten mulighet for å bevare og videreutvikle den breddekompetansen som forutsettes for å ha spesialiteten generell indremedisin eller generell kirurgi. Utviklingen gjør også at det faglig blir for omfattende å holde seg a jour i hele fagfeltet, slik at mange utvikler en spesialkompetanse innen en liten del av grenspesialiteten. Disse forhold tilsier etter Helsedirektoratets mening at grenspesialitetene bør omgjøres til hovedspesialiteter, og at det ved andre grep sikres at det fortsatt er leger med betydelig breddekompetanse.

Det foreslås to tiltak for å sikre at den nye spesialitetsstrukturen kan tilpasses både små, og store, spesialiserte sykehus. Vaktkompetanse og beredskap er her en viktig dimensjon, og utfordringene er forskjellige i mindre og i større, spesialiserte sykehus. Utfordringen er også vesensforskjellig for indremedisin og kirurgi. Felles utfordring er at det må være et tilstrekkelig antall stillinger med det som defineres som vaktkompetanse.

I de små og mellomstore sykehus vil det være nødvendig at alle/flere av de indremedisinske spesialister deltar i en felles generell vaktordning. Derfor må del 2 for disse spesialitetene gi et nødvendig generelt grunnlag for dette formål.

Gjennom sitt arbeid i et felles medisinskfaglig miljø vil denne generelle breddekompetanse beholdes og videreutvikles også hos de etablerte spesialistene.

I de største sykehusene vil det ofte være såpass mange leger at bare en mindre del av dem deltar en slik generell vakt, mens det også er andre spesialister i beredskap for spesifikke pasientgrupper. Ved å ta bort kravet om å ha og vedlikeholde en generell hovedspesialitet vil mange av disse spesialistene få større mulighet for å utvikle kompetanse innen egen spesialitet.

Forslaget om å fjerne kravet om generell indremedisin før grenspesialisering må også sees i lys av at det foreslås en ny spesialitet med hovedvekt på generell indremedisin med tillegg av spesifikk kompetanse for akuttmottak, jfr kapittel 9.8.

I de største sykehusene kan leger med denne spesialiteten fylle en vesentlig del av behovet for vaktkompetanse, og derved i mindre grad gjøre det nødvendig å etablere annen spesialistberedskap.

I Norge har meningene i de indremedisinske miljøer vært mer delte, og dette har også kommet til uttrykk i de prosesser Helsedirektoratet har hatt. Et utvalg innen Legeforeningen som nylig utredet spørsmålet mener at en omgjøring av dagens indremedisinske grenspesialiteter til hovedspesialiteter foreløpig ikke har tilstrekkelig forankring i miljøet og bør utredes nærmere<sup>25</sup>. Norsk indremedisinsk forening er også mot en slik omgjøring. Norsk kardiologisk forening, den desidert største av de indremedisinske grener, anbefaler sterkt omgjøring til hovedspesialitet.

Argumentene for omgjøring kan summeres som følger:

- Utdanningstiden innen grenspesialitetene kan struktureres bedre og mer effektivt hvis breddekompetanse sikres på god måte
- Fagene vokser raskt og det blir stadig vanskeligere å være god på det man skal arbeide med
- En lignende utvikling er på gang så vel i Norden som i EU-området og harmonisering og samarbeid vil bli enklere med lignende organisering
- Pasientene blir stadig mer krevende: «Jeg vil komme til spesialisten som vet mest om min sykdom».

Argumentene mot kan summeres som

- Fra førstelinjetjenesten ønskes styrking av breddekompetansen i spesialisthelsetjenesten. Samme argument er tungt vektlagt i Samhandlingsreformen
- Norsk demografi og sykehusstruktur tilsier at den enkelte legespesialist ofte vil måtte dekke et relativt stort fagområde. Økende spesialisering vil fremme sentralisering.

Etter en samlet vurdering anbefaler Helsedirektoratet at alle de indremedisinske grenspesialiteter omgjøres til hovedspesialiteter, med de kompenserende tiltak som foreslås for å sikre nødvendig breddekompetanse, jfr argumentene mot ovenfor.

En isolert omgjøring av kardiologi til hovedspesialitet kan ikke tilrås ut fra at antagelsen om at dette vil bidra til en uheldig forskjellsutvikling innen gjensidig avhengige fagfelt og bidra til at det på sikt kan bli vanskeligere å behandle pasienter med relativt vanlige og mindre krevende hjertesykdommer uten å konsultere kardiolog.

Det er viktig å presisere at omgjøringen fra gren- til hovedspesialiteter for de aktuelle fagene innebærer små endringer i innhold. Innholdsmessig innebærer det liten eller ingen «spissing» av fagområdet:

- Del 1 som nåværende turnus
- Del 2 i hovedsak som nåværende generell indremedisin eller kirurgi

---

<sup>25</sup> Legeforeningen: Utredning om spesialitetsstruktur. 2013.

- Del 3 i hovedsak som nåværende grenspesialisering.

Det foreliggende forslaget vil tvert imot innebære en styrking av breddekompetanse gjennom flere av de foreslåtte tiltakene:

- Etablering av felleskompetanseplattformer for grupper av fag (kirurgi og indremedisin)
- Innføring av felles kompetansemoduler som alle må ha gjennom hele løpet
- Forslag om egen indremedisinsk hovedspesialitet tilpasset behovene i akuttmottak. Denne kan være anvendelig i sykehus av ulik størrelse, enten én eller flere dersom det anses nyttig sett fra sykehusene.

#### **10.6.2     *Annen valgfri relevant tjeneste foreslås avviklet***

Det har inntil nå vært mulig å erstatte 6-12 måneders tjeneste innen hovedspesialiteten med annen valgfri relevant tjeneste, blant annet forskningstjeneste.

Helsedirektoratet foreslår at ordningen med annen valgfri relevant tjeneste avvikles, og at spesialiseringen konsentreres om de obligatoriske læringsmål.

#### **10.6.3     *Avvikling av krav om gruppe I -tjeneste***

Helsedirektoratet foreslår videre å avvikle kravet om tidsbestemt gruppe I-tjeneste og i stedet styre etter læringsmål, hvor disse lages slik at man skal sikre klinisk dybdekompetanse. Det innebærer at noen av læringsmålene vil forutsette tjeneste ved dagens gruppe I-avdelinger, men denne tjenesten bør være målrettet og ikke stille krav om en definert tjenestetid. Kan samme læringsmål oppnås andre steder vil det kunne være et godt alternativ, så fremt avdelingen har den aktuelle tjenesten og veilederkompetanse på området

Det blir hevdet at også hensynet til forskningskompetanse har vært viktig for et krav om gruppe I-tjeneste. Helsedirektoratet legger til grunn at de obligatoriske kompetansemoduler som omhandler forskningsforståelse og kunnskapshåndtering vil være tilstrekkelig for å gi denne kompetansen, jfr kapittel 10.14 om forskning. Samtidig må det legges opp til dobbeltløp som kombinerer forskningskompetanse og spesialisering.

### **10.7     *Indremedisinske spesialiteter***

#### **10.7.1     *Dagens spesialitetsstruktur***

Spesialiteten indremedisin fortjener betegnelsen «moderspesialitet» bedre enn noen annen. Ut fra denne sprang andre hovedspesialiteter som for eksempel nevrologi, og senere definerte en rekke fagområder seg som grenspesialiteter av indremedisin, i alt åtte.

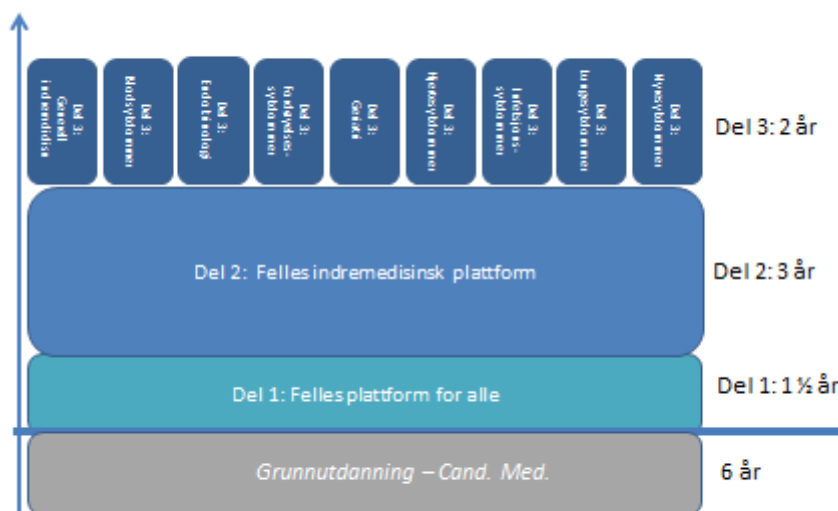
Dette avsnittet omhandler spesialiteten indremedisin og fagene som i dag er indremedisinske grenspesialiteter dvs. blodsykdommer, endokrinologi, fordøysessykdommer, geriatri, hjertesykdommer, infeksjonssykdommer, lungesykdommer og nyresykdommer.

Dagens spesialistutdanning i indremedisin starter etter gjennomført turnus og krever 6,5 års tjeneste hvorav valgfri annen relevant tjeneste kan telle 6 måneder. Grenspesialisering krever 3 år, hvorav 2,5 år kan telle i spesialiteten indremedisin. Den «obligatoriske» tid til hovedspesialiteten generell indremedisin er således 3,5 år.

### 10.7.2 Foreslåtte endringer i for indremedisinske fag

I den foreslåtte strukturen skal indremedisinsk tjeneste styres av trinnvise læringsmål med klart definerte krav til hvilken kompetanse som skal oppnås i hver enkelt del. I tillegg kommer minimumskrav til tid, hvor det samlede utdanningsløp til indremedisinske spesialiteter vil være på minimum 6½ år: Del 1 på 1½ år (hvorav inntil 6 måneder indremedisin, jfr også diskusjonen i kapittel 10.4), en del 2 felles for alle indremedisinske spesialiteter på 3 år, og en del 3 for den enkelte indremedisinske spesialitet på minimum 2 år (figur 10.6).

Figur 10.6 Modell indremedisinsk spesialistløp



### 10.7.3 Indremedisinsk del 2

Denne følger direkte etter del 1 av spesialiseringen. De som ikke har valgt indremedisinsk modul i del 1 (alternativ 1) må utvide del 2 med 3 måneder.

Tjenesten skal gi breddekompetanse innenfor indremedisinsk diagnostikk og behandling, inklusiv kompetanse i akuttmedisin og medisinsk intensivbehandling.

Gjennomført indremedisinsk del 2 skal gi vaktkompetanse i generell indremedisin slik at legen kan ta selvstendig ansvar for de vurderinger og den behandling som skjer i akuttmottaket, som er tidskritisk og som ikke skal gis av annen vakt. I alle sykehus som har akuttmottak vil det også være anestesivakt og evt kirurgisk vakt.

Læringsmålene i del 2 i indremedisin trenger en videre utredning. Del 2 tenkes organisert som en felles faglig kompetanseplattform for alle spesialiteter innen det indremedisinske fagfelt. Innholdet består av integrert klinisk tjeneste i enheter med en generell pasientpopulasjon, og andre obligatoriske kompetansemoduler som kurs, veiledning osv. Det foreslås en ramme for del 2 på minimum 3 år.

Egnede deler av den indremedisinske del 2 kan også tas av andre spesialiteter som obligatorisk tilleggsutdanning som del 2 i de respektive spesialitetene: Eksempelvis har spesialiteter som hud- og veneriske sykdommer, revmatologi og onkologi i dag krav om indremedisinsk tjeneste i sin spesialisering. Disse kan tenkes å ha 1 til 2 år av indremedisinsk del 2. Hva som skal være læringsmålene for disse spesialitetenes del 2 må også utredes nærmere.

#### **10.7.4 De indremedisinske spesialiteters del 3**

Spesialisering del 3 i de indremedisinske fag utgjør en påbygging på del 2. I del 3 er tjenestens faglige innhold siktet inn mot det unike og spesialitetsspesifikke for hver enkelt indremedisinsk spesialitet, men i de sykehus som ikke har seksjonerte vaktordninger vil det også være deltagelse i generell indremedisinsk vakt gjennom det meste av spesialiseringsperioden. Det er en forutsetning at leger i alle de indremedisinske spesialiteter, ved godkjenningstidspunktet, skal ha bevart den breddekompetanse som ble ervervet i del 2 av spesialiseringen. Først senere, når de arbeider i spesialiserte enheter, vil breddekompetansen gradvis kunne erstattes av mer spesialisert kompetanse.

Det tilrås at dagens indremedisinske grenspesialiteter (blodsykdommer, endokrinologi, fordøyelsessykdommer, geriatri, hjertesykdommer, infeksjonssykdommer, lungesykdommer og nyresykdommer) gjøres til hovedspesialiteter. I tillegg tilrås det at det etableres en egen hovedspesialitet i mottaks- og indremedisin som utgjør en oppgradering av dagens spesialitet i generell indremedisin, se kapittel 10.8.

Grenseoppgangene mellom dagens grenspesialiteter virker innbyrdes godt begrunnet. Derimot er det flere grenseområder mellom enkelte grenspesialiteter og andre spesialiteter utenfor indremedisinen som det er verd å se nærmere på, men dette anses å være prosesser som bør utsettes til neste runde. Eksempler er overlappende kompetanser mellom medisinsk og kirurgisk gastroenterologi, og mellom hjertemedisin, hjertekirurgi og radiologi, samt berøringsområder mellom blodsykdommer og onkologi.

Tjenesten i de indremedisinske spesialiteters del 3 skal både gi grunnlaget for vaktkompetanse i egen indremedisinsk spesialitet, samt opprettholdelse av vaktkompetanse i generell indremedisin. Det må derfor lages utdanningsløp innen det enkelte helseforetak som gjør dette mulig. Nåværende læringsmål for de enkelte spesialiteter må revideres etter behov. Utdanningen i del 3 vil i hovedsak



være knyttet til klinisk tjeneste i enheter der pasienter knyttet til spesialiteten dominerer. I tillegg vil det vær teoretisk utdannelse, kurs og trening i simulator der det er hensiktsmessig. Det foreslås en ramme for del 3 på minst 2 år.

Det foreslås også, at særskilt kompetanse som er nødvendig for å utføre mer spesialisert arbeid må erverves gjennom videreutdanning utover spesialistgodkjenning. Slik påbygningskompetanse kan være definert i kompetanseområder som kan være formelle (definert av myndighetene) eller uformelle og definert av arbeidsgiver eller av profesjonen.

## 10.8 En spesialitet knyttet til behovene i akuttmottakene

### 10.8.1 *Utfordringene i dagens akuttmottak*

Flere rapporter fra Helsetilsynet har pekt på store kvalitets- og pasientsikkerhetsproblemer knyttet til akuttmottak. Det har dreid seg både om organisering, ledelse, faglig ansvar og tilgjengelig kompetanse. Helseforetakene har grepet fatt i denne problemstillingen, og i mange sykehus pågår det omfattende endringer med tanke på bedret kvalitet og pasientsikkerhet i akuttmottakene. Det er både organisatoriske tiltak og tiltak for å styrke kompetansen. En tydelig trend er at mottakene får vesentlig høyere kompetanse i første linje enn det som har vært vanlig hittil.

En annen utfordring er knyttet til den medisinske ledelse og medisinsk ansvar i akuttmottakene. Det at leger bare unntaksvis har sitt hovedarbeid knyttet til akuttmottak, medfører at viktige oppgaver og nødvendig medisinsk ansvar ikke blir tilfredsstillende ivaretatt.

### 10.8.2 *Opptaksområde og organisering av akuttmottakene*

Opptaksområdene for de 43 akuttmottakene fordeler seg slik:

Tabell 10.1 Opptaksområde for et utvalg norske akuttmottak

Opptaksområde/1000 innb	Antall akuttmottak
<30	7*
30-60	10*
60-100	7
100-200	12
200-300	3
300-500	4

\*Enkelte for bare indremedisinske pasienter

Organiseringen er svært ulik ved de forskjellige sykehus, de kan være underlagt både indremedisinske avdelinger, kirurgiske avdelinger eller anestesivdeling. Som hovedregel er de faglig lagt til anestesivdeling/ intensivavdeling. Dette står noe i kontrast til at det bare er 3-5 % av ø-hjelpsinnleggelsler som har særlig behov for anestesikompetanse.

Videre er det som regel sykepleier som er enhetsleder, og der det er medisinskfaglig rådgiver er det som oftest en anestesilege.

Det kan også i stor grad bidra til uklare ansvarsforhold at akuttmottak er organisert som egne, i hovedsak sykepleierledete enheter, mens legene tilkalles fra de avdelinger som antas å skulle motta pasientene.

I oversikten nedenunder gis det er oversikt over organiseringen i et utvalg norske akuttmottak.

Tabell 10.5 Oversikt over organisering og ledelse ved akuttmottak. N=41. 2014.

		Helse Nord RHF	Helse midt RHF	Helse Vest RHF	Helse Sør-Øst RHF
	Antall akuttmottak	10	7	8	16
Organisatorisk plassering av akuttmottaket	Akutt/prehosp/ Anestesi	8	1	1	13
	Medisinsk	1	0	7	2
	Kirurgisk	0	6	0	1
	Ikke besvart	1	0	0	0
Hvem er daglig adm leder i akuttmottaket	Sykepleier	10	7	7	15
	Lege			1	1
Hvem er daglig leder helsefaglig	Sykepleier	2	1	3	1
	Anestesilege	7	7	2	13
	Kirurg	1	0	1	2
	Indremedisiner		1	2	
	Ikke besvart	2	0	0	5

Som nevnt innledningsvis i kapittelet er det ved flere sykehus etablert, eller planlegges etablert, observasjonsposter og eventuelt korttidsposter med det formål at mange av de pasienter som innlegges som øyeblikkelig hjelp kan vurderes, diagnostiseres og ferdigbehandles uten å flytte inn i mer spesialiserte deler av sykehuset. Disse enhetene har gjerne fast tilknyttede leger, eller leger som er der over litt lengre perioder i veksling med annet arbeid.

Det pågår nå et arbeid i Helsedirektoratet for å definere kvalitetskrav til akuttmottak. Dette arbeidet skal være ferdig i løpet av våren, og det kan være grunn til å anta at disse kravene også vil få konsekvenser for hvilke kompetansekrav som bør stilles for leger som skal arbeide i akuttmottak.

### 10.8.3 *Hvem er pasientene som kommer i mottak?*

For å vurdere en eventuell spesialitet som gjenspeiler pasientenes behov, er det viktig å få et riktig bilde av hvilke behov pasienter som kommer i mottak har.

Tall fra NPR (2012) gir følgende innleggelsesbilde<sup>26</sup>:

- Akutt medisin 55 %
- Elektiv kirurg\* 16 %
- Elektiv medisin 15 %
- Akutt kirurgi\* 10 %
- Diverse 4 %

\*Inkluderer ortopediske pasienter

Akuttinnleggelser i somatiske sykehus, fordelt etter DRG-kode ved utskrivning (jfr ovenfor):

Tabell 10.2 Akuttinnleggelser i somatiske sykehus fordelt etter DRG ved utskrivning.

	Totalt pr år	Pr dag	Pr dag/100000
Kirurgi	81000	225	4,4
Medisin	471000	1290	25,8
Samlet	552000	1525	30,2

Det er ikke mulig å få ut data fra NPR som sier noe om innleggesdiagnose.

Ved Stavanger universitetssykehus har man registrert hvilken avdeling pasienten legges inn. Fordelingen er som følger:

Tabell 10.3 Fordelingen av pasienter etter hvilke avdeling pasienten legges inn. Stavanger universitetssykehus. 2013.

Avdeling	Medisin	Kirurgi	Nevrologi	Ortopedi	totalt
Antall	16116	7287	2341	3080	28829
Prosent	56 %	25 %	8 %	11 %	100 %

Ved prospektive undersøkelser, der pasientene karakteriseres etter symptom/diagnose ved innleggelse kan man få et bedre inntrykk av hvilke pasienter som mottas. Dette er gjort bl a ved St. Olavs Hospital i årene 2011-2013. Det var ganske stabil fordeling hvert av de tre årene, og oppstillingen gir et godt bilde av hva som skal håndteres i akuttmottak. Det er ikke grunn til anta at bildet er annerledes ved andre sykehus, med forbehold om at St. Olav er region/universitetssykehus. Fordelingen var som følger:

<sup>26</sup> Fordeling av pasienter med døgnopphold basert på DRG-koder ved utskrivning. Bare pasienter som mottar en kirurgisk prosedyre blir definert som «kirurgisk», den reelle fordelingen mellom medisinske og kirurgiske avdelinger vil derfor være annerledes.

Tabell 10.4 Fordelingen av symptom/diagnose hos pasienter ved akuttmottaket ved St Olav, 2013.

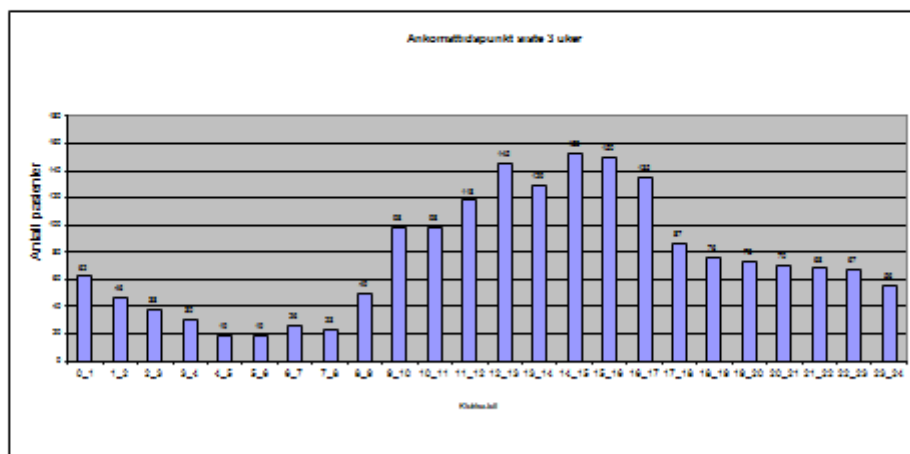
Symptom	Prosent
Magesmerter/kvalme/oppkast	17 %
Brystsmerter INA	11 %
Infeksjoner/feber	8 %
Dyspnoe/hyperventilasjon/brystsmerter	8 %
Hjerneslag/nevrologiske utfall/TIA	7 %
Uspesifikk sykdom/helseundersøkelse	3 %
Smerte/hevelse/ødem i ekstremitet	3 %
Skade bein	3 %
Intox	3 %
Unormal hjerterytme/atrieflimmer	3 %
Vitalparametere	3-5 %
Sykdom/blødning GI	2 %
Ryggsmerter	2 %
Svimmelhet	2 %
Hode/nakkeskade/strangulasjon	2 %

Det er også sett på aldersfordelingen av pasienter i akuttmottak. De kirurgiske pasienter fordeler seg nokså jevnt i alle aldre, med en liten topp for pasienter over 80 år. For de indremedisinske pasientene er bildet helt annerledes:

- 80 år 27 %
- 70-80 19 %
- 60-70 20 %
- 20-60 32 %, jevnt fordelt

Tilstrømningen av pasienter er svært ujevnt fordelt gjennom døgnet, men her er det ingen forskjell på aldersgrupper. Det har sannsynligvis mer sammenheng med allmennlegenes arbeidsdag enn med sykdomsbildet. I neste figur vises fordeling på døgnet over en treukers periode ved Sykehuset Østfold.

Figur 10.1 Fordeling av pasienter i akuttmottaket over døgnet. Sykehuset Østfold. 2013.



Tilsvarende ses ingen særlig variasjon i antall innleggelser gjennom uken. Det er en liten økning på mandager og lett reduksjon lørdager/søndager.

#### 10.8.4 Hvordan er pasientstrømmene i sykehuset?

Det er to adskilte pasientstrømmer i spesialisthelsetjenesten: den elektive som i hovedsak består av pasienter med avklart utrednings – og behandlingsbehov, og øyeblikkelig hjelp som mottas i sykehusenes akuttmottak. Disse to pasientstrømmer stiller til dels forskjellig krav til legekompentansen. Den elektive pasient har i hovedregel behov for spesialisert og spiss kompetanse selv om også disse pasientene kan ha komorbiditet som utfordrer spesialistens mulighet for å gi en helhetlig behandling. Øyeblikkelig hjelp strømmen er vesentlig annerledes, men utgjør en betydelig del av pasienter som innlegges, se ovenfor. Av pasienter som skrives ut med en kirurgisk DRG har 38 % kommet inn som ø-hjelp (inkludert ortopedi), mens tilsvarende tall for pasienter med medisinske DRG er 78 %. Felles for de siste er at de ofte har mer uklare og sammensatte sykdomsbilder, en stor andel er eldre med en eller flere kroniske sykdommer, og flere bruker mange medikamenter som ofte kan være medvirkende årsak til sykdomsbildet.

Andre pasienter har mer avklarte sykdomsbilder som traumer, slag, koronarsykdom, samt noen pasienter som trenger umiddelbar livreddende behandling. Disse pasientene blir imidlertid godt ivaretatt i akuttmottakene i dag. Nødvendig kompetanse stilles til rådighet, og pasientene går inn i definerte behandlingssløyfer uten forsinkelser. Enkelte pasienter som i utgangspunktet kan fremstå som mer uavklart kan også vise seg å ha behov for å komme inn i disse

sløyfene, og tidsfaktoren kan da være kritisk. Dette kan for eksempel være pasienter med hjerteinfarkt eller hjerneslag, men hvor symptomene er mindre typiske.

Andre karakteristika av gruppen øyeblikkelig- hjelp pasienter kan være at selv om bildet kan være uklart ved innleggelsen, er det ofte mulig å diagnostisere og ferdigbehandle pasienten i løpet av kort tid uten å trekke veksler på de mer spesialiserte funksjonene/enhetene i sykehuset. Dette forutsetter imidlertid at pasientene raskt møter leger med adekvat og tilstrekkelig kompetanse.

Også andre spesialiteter kan få innlagt pasienter som øyeblikkelig hjelp, men disse styres ofte direkte til den spesifikke avdeling og møtes av leger der. Dette vil gjelde barn (muligens unntatt de med kritisk livstruende sykdom), kvinner til gynekologisk behandling, fødende, og i mindre grad også pasienter til de «små» fag som øre-nese-hals, øyesykdommer mv. I det videre vil denne utredningen ikke inkludere disse pasientene, men være konsentrert om akuttmottak av indremedisinske (inkludert nevrologiske) og kirurgiske (inkludert ortopediske) pasienter.

En særlig utfordring knyttet til pasientstrømmene i akuttmottak er variasjonen i volum. Noe av denne variasjonen kan forutsies og planlegges for, men det er også en mer uforutsigbar variasjon. Et mottak som får 50 pasienter den ene dagen kan ha 60-70 % flere den neste. Slike forhold medfører «kødannelse» i mottaket, noe som er en særlig sikkerhetsrisiko med forsinket undersøkelse og diagnostisering, dårligere mulighet for å ha god oversikt, og uoversiktlig plassering av pasienter.

Det er også en utfordring for mottakene at sengeposter ikke kan ta imot nye pasienter før de får skrevet ut. Når akuttmottaket skal være en volumbuffer øker det risiko knyttet til det ovenstående.

#### ***10.8.5 Hvilken kompetanse i mottak vil være viktig for å møte pasientenes behov?***

Sett ut foregående analyse av pasientenes behov synes det klart at de fleste som innlegges som ø-hjelps-pasienter først og fremst bør møtes av leger med bred indremedisinsk diagnostisk kompetanse. For det første innlegges de fleste i de indremedisinske avdelinger, og mange av disse har uklare sykdomsbilder. Blant pasientene som innlegges i kirurgisk avdeling har bare halvparten behov for kirurgiske prosedyrer, og mange av de kirurgiske pasienter har komorbiditet som hjertesykdom, diabetes, lungesykdom mv.

I tillegg til indremedisinsk kompetanse vil det tidvis være behov for mange andre kompetanser, som intensiv, kirurgi, ortopedi, nevrologi, pediatri. Ingen spesialitet kan ha et så bredt innhold. Avhengig av hvilke type pasienter et sykehus mottar må det derfor være flere spesialiteter i beredskap for å kunne håndtere akuttmedisinske problemstillinger på en forsvarlig måte.

### **10.8.6 Hvilke arbeidsoppgaver/pasienter i akuttmottaket skal den nye spesialiteten kunne ha/ta ansvar for?**

Det er bred enighet i arbeidsgruppen om at det en eventuelt ny spesialitet beregnet på mottak i hovedsak må baseres på generell indremedisin og være innrettet mot indremedisinske pasienter, men ha oppgaver som er overlappende med andre spesialiteter. Det er også enighet om at der den nye spesialitet tas i bruk kan behovet for nevrologisk vakt og spesialistvakter i spesifikke indremedisinske spesialiteter diskuteres. Det har vært hevdet at forslaget om å gjøre om grensespesialiteter til hovedspesialiteter vil medføre et behov for flere vaktlag. Det kan argumenteres motsatt: en spesialitet med bred kompetanse vil i noen grad kunne dekke akutte behov også innen de mer spesialiserte fagområdene. Derimot vil en slik kompetanse ikke påvirke behov for vakt innen kirurgi (gastrokirurgi), ortopedi, gynekologi, pediatri, psykiatri, rus og avhengighetsmedisin, eller de små fag som ØNH, øye, hud. Det enkelte helseforetak må gjøre en vurdering av hvilke vaktordninger krav til forsvarlighet tilsier at man må ha.

Det legges også til grunn at alle sykehus med akuttmottak har anestesilege i vakt, og at denne, som i dag, tar hånd om de pasienter som har behov for ivaretagelse av vitale funksjoner. I de aller fleste sykehus som mottar øyeblikkelig hjelp pasienter vil det også være kirurgisk spesialistvakt.

Spesifikt for de forskjellige pasientgrupper vil det kunne være oppgaver knyttet til den nye spesialiteten som overlapper med andre spesialiteter. Eksempelvis kan dette være:

- **Nevrologi:**
  - Slagpasienter: vurdering av, og evt gjennomføre trombolytisk behandling.
  - Vurdere synkoper/vertigo
  - Andre?
- **Kirurgi:**
  - Vurdere pasienter med mage/brystsmerter med tanke på behov for kirurgisk behandling
  - Vurdere pasienter med gastrointestinal blødning med tanke på intervensjon
- **Ortopedi:**
  - Pasienter som trenger ortopedisk behandling må få denne av ortoped. Der sykehuset har ortopedi vil det også være ortopedi-LIS i vakt. Om en egen spesialitet i mottaksmedisin skal ha en supplerende kompetanse innen ortopedi må diskuteres.
  - Skadepoliklinikk vil i utgangspunktet være en kommunal oppgave, selv om mange sykehus også tar imot småskader til behandling. Hvilke legekompetanse som da skal ha ansvar for dette må avgjøres lokalt.
- **Pediatri:**
  - Vurdering av barn som innlegges med luftveisinfeksjon
- **Gynekologi:**

- Vurdere om abdominale symptomer kan ha sammenheng med graviditet/gynekologisk lidelse
- Psykiatri:
  - Kunne vurdere om somatisk sykdom/symptom har underliggende psykiatrisk årsak
  - Vurdere psykiatrisk komorbiditet
- Rus/avhengighet:
  - Diagnostisere og behandle akutt rusproblematikk/intoksikasjon og starte avrusning.

### **10.8.7 Hva skal være læringsmål for en ny spesialitet?**

Definisjon av læringsmål og læringsutbytte må baseres på en grundig prosess.

Den nye spesialiteten skal ikke ha som oppgave å ivareta alle pasienter som innlegges og som trenger øyeblikkelig hjelp. Det vil være egne løp for de som trenger intensiv behandling, eksempelvis infarktpasienter, slagpasienter, kirurgiske pasienter inkl traumer, mor-barn mv. Den nye spesialiteten skal imidlertid kunne avklare om en innlagt pasient skal inn i et slikt løp, og hvis ikke, påbegynne den nødvendige diagnostikk og behandling.

Læringsmål og krav om kliniske ferdigheter slik det er definert i «emergency medicine» internasjonalt vil delvis også finnes innen generell indremedisin. Mange av dem er imidlertid av en slik art at de hører hjemme i andre spesialiteter som vil være i beredskap ved norske sykehus, slik som kirurgi, anestesi, radiologi mm.

Det synes å være bred enighet om at en ny spesialitet for akuttmottak må ta utgangspunkt i generell indremedisin. Det er da naturlig at også denne spesialiteten har del 2 felles med de indremedisinske spesialiteter. Som omtalt ovenfor er meningen at gjennomført del 2 skal føre frem til vaktkompetanse. I senere prosesser må nødvendige læringsmål for denne vaktkompetansen defineres, og dernest må det vurderes om det er mulig å legge til rette for at disse læringsmål kan nås gjennom tre år. I denne diskusjonen tar vi utgangspunkt i at dette er mulig. Det som da må diskuteres er hvilke ytterligere læringsmål som skal legges til del 3 av den nye spesialiteten.

Basert på ovenstående kan følgende læringselementer være aktuelle:

- Elementer fra de andre indremedisinske spesialiteter, særlig kardiologi, lungemedisin, fordøyelsessykdommer. Det må diskuteres hvilke prosedyrer som bør beherskes, som ekkokardiografi, gastroskopi, bronkoskopi. Det må tas hensyn til at denne spesialiteten skal kunne ferdigbehandle en ikke ubetydelig del av de pasienter som innlegges som øyeblikkelig hjelp.
- Elementer fra kirurgiske fag, med kompetanse til å vurdere «kirurgiske» akutte problemstillinger med tanke på nødvendig akutt kirurgi.
- Elementer fra pediatri, særlig med tanke på å vurdere barn med luftveisinfeksjoner



- Elementer fra anesthesiologi og intensivmedisin,
- Elementer fra nevrologi
- Elementer fra øyesykdommer
- Pasientlogistikk, organisasjon, samhandling, ledelse

Andre elementer kan også tas inn etter en nærmere vurdering av læringsmålene.

### **10.8.8 Hvem skal ha vaktfunksjoner i akuttmottak hvis det etableres en ny spesialitet?**

Det er tradisjonelt turnusleger og LIS fra de indremedisinske og kirurgiske avdelinger som arbeider i akuttmottak. Spesialistene har som oftest hatt såkalt bakvakt, noe som forutsetter at de skal kunne tilkalles ved behov. Ved de største sykehusene er disse bakvaktene til stede i sykehuset store deler av ukens dager, mens ved de mindre sykehusene er de til stede på dagtid og har hvilende hjemmevakt utover dette. Ved mange sykehus har de, eller er i ferd med å endre dette, slik at spesialist i større grad faktisk er til stede i akuttmottaket i hvert fall til de tider av døgnet der pasienttilstrømningen er størst.

Det er i mange sammenhenger fremsatt krav om at uerfarne leger (turnus og de ferskeste LIS) ikke alene kan ha ansvar for å vurdere pasienter som innlegges som øyeblikkelig hjelp. Et slikt krav vil i seg selv ikke være en begrunnelse for å etablere en ny spesialitet, da dette også kan gjennomføres med dagens spesialitetsstruktur.

I forslaget om ny spesialitetsstruktur er det lagt opp til at gjennomgått del 2 av utdanningen i indremedisin og kirurgi respektive, skal medføre vaktkompetanse, og at det som hovedregel skal være slik kompetanse tilgjengelig 24/7 i sykehus som har akuttmottak. «Tilgjengelig» betyr i denne sammenheng ikke nødvendigvis til stede i sykehuset, men krav til fremmøtetid som må defineres i hvert enkelt sykehus. Denne vaktkompetanse er tenkt å være tilstrekkelig for selv å kunne gi den behandling som er umiddelbart nødvendig for å redde liv/unngå prognosetap, eller vurdere om pasienten umiddelbart har behov for ytterligere helsehjelp fra andre leger i beredskap, eller om ytterligere helsehjelp kan utstå til neste arbeidsdag når flere spesialister er tilgjengelig. Dersom behandling ikke kan utsettes, må hjelp hentes fra egne spesialistvakter eller pasienten må sendes til annet sykehus som har slik kompetanse i vakt.

En ny spesialitet i mottaks- og indremedisin medisin bør ikke erstatte LIS i akuttmottak, hverken i oppgaveløsning eller ansvar, men være knyttet til supervisjon, veiledning, oppfølging av pasienter i mottaket, og inngå i spesialistvakt der det er påkrevet. Den viktigste begrunnelsen for dette er at akuttmottak er kanskje den viktigste læringsarena for leger. Læring oppnås best ved selvstendig legearbeid med mulighet for supervisjon av mer erfarne leger. Leger med den nye spesialiteten vil ha viktige oppgaver knyttet til dette. Samtidig vil deres kompetanse være større slik at de kan komme lenger i diagnostikk og behandling av pasienter i akuttmottaket (se nedenfor).

Det kan være hensiktsmessig å se akuttmottakenes behov for legekompentanse i flere sammenhenger:

- Kompetanse som skal være til stede i mottaket og delta i de løpende arbeidsoppgaver
- Kompetanse som skal være til stede eller umiddelbart tilgjengelig, og som kan drive supervisjon, kvalitetssikre diagnose og behandling, og bidra med nødvendig kompetanse i akutte situasjoner
- Kompetanse som skal være i beredskap, og som kan tilkalles/motta pasienter ved behov.

Den første av disse vil i alle sykehus dekkes av LIS del 1 og 2. Den andre kan være LIS med gjennomført del 2. I større sykehus vil det også være ønskelig å ha ytterligere kompetanse til stede i deler av døgnet. Dette kan være spesialister med god generell kompetanse. Den nye spesialiteten kan da gis slik innretning at den kan dekke dette behovet, sammen med andre spesialister som har bevart sin breddekompetanse, jfr ovenfor. Dette svarer til dagens vaktlag av indremedisinske grensespesialister som finnes ved de fleste norske sykehus. Dess mer breddekompetanse disse har, dess mindre kan behovet for ytterligere spesialistvakter være.

Den tredje av disse behovene vil som regel måtte dekkes med egne vaktordninger eller beredskapsordninger for andre spesialister. I sykehus som har behov for en generell indremedisinsk vaktordning vil den nye spesialiteten kunne inngå i denne sammen med andre spesialister som har vedlikeholdt sin generelle kompetanse.

Den foreslåtte spesialiteten mottaks- og indremedisin vil dessuten ha en breddekompetanse som gir dem mulighet for å utrede og ferdigbehandle en stor andel av pasienter som innlegges som øyeblikkelig hjelp. Hvis akuttmottakene organiseres på en hensiktsmessig måte kan disse pasientene unngå å bli sendt inn i sykehusets spesialiserte avdelinger, der de ofte vil havne på feil sted.

#### **10.8.9 Behov for generelle enheter?**

Det er en generell utvikling at sykehusene i større grad organiseres langs to linjer: den elektive og øyeblikkelig hjelp. Som vist ovenfor vil mye av øyeblikkelig hjelp linjen være preget av pasienter med behov for generell kompetanse.

En annen trend er at man i større grad ser at spesialiseringen og seksjoneringen som har funnet sted ikke bidrar til å gi god og helhetlig behandling av mange pasienter med kroniske og sammensatte sykdommer. Dette har reist krav om flere leger med breddekompetanse, og det er ikke unaturlig at flere sykehussenger samles i mer generelle enheter stedet for å være «delt ut» til spesialitetene.

Også samhandlingsreformen trekker i retning av at sykehusene bør ha mer generelle enheter som kan være egnet som bindeledd mellom fastleger/kommunehelsetjeneste relatert til alle de pasienter som har behov for sammenhengende tjenester, men som likevel ofte beveger seg mellom de to nivåer. Det vil være tilnærmet umulig å sikre at nødvendig samhandling kan etableres mellom hver av de spesialiserte avdelinger og kommunehelsetjenesten.

En del pasienter har symptomer/sykdommer som ikke naturlig hører til en spesialitet. Disse blir ofte kasterballer i systemet fordi ingen «eier» dem. De vandrer ofte fra poliklinikk til poliklinikk. Dette er en pasientgruppe som kan ha nytte av å møte en lege med bred kompetanse.

Regjeringen har lansert kravet om at alle helseforetak skal ha diagnostiske sentre for pasienter med antatt alvorlig sykdom slik at de raskt kan få nødvendig avklaring av underliggende sykdomsårsak og målrettet behandling.

Det er også besluttet at det skal innføres et system med kontaktleger for pasienter med alvorlig sykdom. Pr dags dato er det ikke fastlagt hva som skal menes med alvorlig sykdom i denne sammenheng, og heller ikke hvilken rolle denne kontaktleger skal ha, men for mange pasienter vil det være naturlig å tenke seg leger med breddekompetanse i en slik rolle.

Disse utviklingstrekkene trekker alle i retning av et økt behov for leger med breddekompetanse både i indremedisinske og kirurgiske avdelinger. Riktignok er alle grenspesialiteter i dag også generelle indremedisinere eller generelle kirurger i bunn, men den generelle kompetansen er neppe tilstrekkelig kvalitetssikret og dessuten mer formell enn reell. I forslaget til ny spesialitetsstruktur har man tatt konsekvensene av dette. Det foreslås derfor at alle grenspesialiteter omgjøres til hovedspesialiteter, men i tillegg at det gjennomføres tiltak som sikrer nødvendig bredde. Disse tiltakene er:

- Felles del 1 for alle spesialiteter
- Felles faglig kompetanseplattform for grupper av fagområder
- Innføring av felles langsgående kompetansemoduler for alle spesialiteter
- Deltagelse i felles generell vakt i mottak innen de indremedisinske og de kirurgiske spesialiteter
- Obligatorisk etterutdanning for spesialister, der breddekompetanse også inngår dersom arbeidsoppgavene tilsier det.
- Opprettelse av en ny spesialitet bygget på generell indremedisin, men styrket med nødvendige tilleggskompetanser innrettet mot de tiltenkte arbeidsområder. I forslaget har den fått navnet Mottaks – og indremedisin.

#### **10.8.10 Hvilke arenaer kan en ny spesialitet være knyttet til?**

Det er grunn til å tro at få leger vil velge akuttmottak som sin eneste arbeidsplass over lengre tid. Det må derfor legges organisatorisk til rette for at leger med en spesialitet innrettet mot akuttmottak også har andre oppgave arenaer. Mest hensiktsmessig bør disse være i samme enhet med det formål å ta imot, vurdere, diagnostisere, observere og eventuelt ferdigbehandle pasienter uten at de behøver å flyttes til andre enheter.

Følgende arenaer kan være aktuelle i større sykehus:

- Selve akuttmottaket
- Observasjonspost
- Korttidspost

- Generell indremedisinsk sengepost
- Overvåkingspost for ikke-kardiologiske pasienter
- Generell poliklinikk
- Diagnostiske sentre

I små og mellomstore sykehus der det ikke er behov for, eller ønskelig å etablere egen mottaksenhet, kan leger med den nye spesialiteten inngå i staben av indremedisinske spesialister og ha ansvar for pasienter med sammensatte problemstillinger, drive generell poliklinikk, være ansvarlig for mottaksprosedyrer, delta i vakt mm.

#### **10.8.11 Rekruttering mulig?**

Mottakene er en av de viktigste læringsarenaer for turnusleger og uerfarne LIS, men også for de mer erfarne leger som skal ha ansvar for pasienter med sammensatte sykdomsbilder. Læring betinger imidlertid at legen arbeider i et faglig miljø som kan gi korrektiver underveis. Det må derfor være en blanding av leger i opplæring og leger med god og riktig kompetanse som arbeider sammen om den enkelte pasient i akuttmottaket.

Tatt i betraktning at arbeidet i akuttmottak er såpass utfordrende og at det må gjøres 24/7, er det imidlertid lite sannsynlig at den enkelte lege kan ha dette som sitt eneste arbeidsområde over lengre tid. Inntil nylig har det vært avdelingenes leger som har hatt vakter i akuttmottak (i front eller bak) mer eller mindre parallelt med sine andre arbeidsoppgaver, og få steder har det vært leger som har hatt akuttmottak som sin hovedarbeidsplass.

Helsetilsynets rapporter har pekt på mangel på tydelig ansvar, både administrativt og faglig. Dette har ført til at det flere steder nå er ansatt leger med akuttmottak som arbeidsplass.

Leger som arbeider her bør derfor ha flere ben å stå på, slik at de både kan få noen roligere perioder, og kan få anledning til faglig påfyll. Det arbeides nå flere steder for å se akuttmottak i en litt videre ramme enn selve mottaket av pasientene. Flere steder har de observasjonsposter der pasienter kan ligge i kort tid til nødvendig avklaring, andre steder suppleres dette med korttidsposter der pasienter som trenger mer tid for avklaring, eller som man antar kan ferdigbehandles og sendes hjem uten å komme «lenger inn» i det spesialiserte sykehuset får opphold.

Som omtalt ovenfor kan det være mange gode grunner til å reetablere enheter /sengeposter med en generell innretning. Mange pasienter som i dag ligger i spesialiserte sengeposter vil profitere på dette. De kan likevel få den spesialiserte helsehjelp som er nødvendig ved at spesialisten kommer til dem, i stedet for å «eie» dem. Ved å prioritere generelle enheter vil sykehuseier bidra til at disse klatrer på rangstigen i sykehusets hierarki, noe som også vil stimulere til at leger ønsker å utdanne seg i en generell spesialitet.

### 10.8.12 Tidligere utredninger

Som en oppfølging av rapporten «Lokalsykehusenes akutfunksjoner i en samlet behandlingstjeneste» nedsatte de regionale helseforetak en arbeidsgruppe under ledelse av Helse Nord for å vurdere om en spesialitet i akuttmedisin kunne bidra til å sikre breddekompetanse ved lokalsykehusene. Rapporten, «Utredning av en eventuell ny spesialitet i akuttmedisin – et interregionalt prosjekt» ble avgitt 30.12.08.

I rapporten diskuteres 4 forskjellige definisjoner av begrepet akuttmedisin:

- Et av hovedelementene i faget anesthesiologi med innretning mot å sikre basale livsfunksjoner
- En utvidet definisjon som inkluderer hele behandlingsskjeden for slike pasienter
- All medisin som praktiseres i sykehusenes akuttmottak
- Raskest mulig kvalifisert medisinsk diagnostikk, rådgivning, behandling og/eller overvåking for å hindre lidelse, varig funksjonssvikt eller tap av liv ved akutt oppstått sykdom, akutt forverring av eksisterende sykdom eller skade.

Utvalget valgte å legge den siste av disse til grunn i sitt videre arbeid. Med en slik definisjon antok de at en slik spesialitet ville være relevant for øyeblikkelig hjelp innlagte pasienter der tidsfaktoren ville være kritisk, ca 10 % eller ca 44 000 pasienter pr år i Norge. I deres innsamlede materiale fra desember 1997 var 65% av øyeblikkelig hjelp- innlagte indremedisinske pasienter med hjertelidelser, hjerneslag og lungelidelser som det dominerende, mens 35 % var kirurgiske pasienter dominert av ulike beinbrudd og mage-tarmlidelser. Ca halvparten av de kirurgiske ble operert, halvparten av operasjonene var ortopediske. Antall innleggelses i et lokalsykehus for 30 000 innbyggere var 2 100, hvilket svarer til 19 /100 000/døgn.(Dette er ca 2/3 av dagens innleggelseshyppighet).

Utvalget diskuterte mottak av traumepasienter som et grunnleggende krav til akuttmottak. De diskuterte også den legekompentanse som kan være ønskelig prehospitalt, samt at de viste til Stortingets behandling av «Lokalsykehus-rapporten», der det pekes på behovet for de store pasientgrupper og pasienter som trenger tett oppfølging og breddekompetanse (kronisk syke, eldre, pasienter med sammensatte lidelser).

Basert på sin analyse diskuterte utvalget alternative løsninger som kunne møte kompetansebehovet i akuttmottak:

- Ny hovedspesialitet
- Grenspesialitet med basis i en av hovedspesialitetene som har vesentlige oppgaver innen akuttmottak
- Akuttmedisin som «superspesialitet» på toppen av annen spesialitet
- Kompetanseområde.

Utvalget avviste etableringen av egen spesialitet, og anbefalte kompetanseområde. Det kan være vanskelig å se den prinsipielle forskjell på de tre siste, og de

skisserte utdanningsprogrammene har mye til felles og er innrettet mot den livreddende behandling.

### **10.8.13 Akuttmedisin som spesialitet/fagområde i andre land**

Mange land i og utenfor Europa har en spesialitet som betegnes som «Emergency Medicine» eller tilsvarende. Begrunnelsen for å ha en slik spesialitet har gjennomgående vært å bedre kvalitet og pasientsikkerhet i akuttmottak ved sykehusene.

Curriculum for denne spesialiteten er i hovedtrekk innrettet mot å diagnostisere og behandle akutt sykdom /skader, men med noe variasjon mellom de forskjellige land.

Storbritannia var først i Europa. Særlig to forhold har bidratt til at denne spesialiteten har grepet om seg: Et krav innført i 2002 om at oppholdet i «emergency department» skulle være maksimalt 4 timer, og så arbeidstidsbestemmelsene i EU-direktiv (2004 og skjerpet i 2009) som medførte at «registrars (LIS) i langt mindre grad kunne arbeide i akuttmottak. Det vakuum som oppsto ble fylt av akutt-medisinere, særlig i ordinær arbeidstid. I England bygger spesialiseringen på minst 3 års sykehustjeneste (inkl vår turnus), og har følgende krav utover dette:

- 1 år ved anesthesi/intensiv
- 6 måneder innen emergency medicine
- 6 måneder akutt medisin
- 6 måneder pediatrik emergency medicine
- 6 måneder traumeortopedi eller tilsvarende tjeneste
- 2 år i Emergency Department for utvikling av sin kompetanse, her kan 6 måneder byttes til andre fagområder som for eksempel nevrokirurgi eller radiologi

I en evaluering fra 2008, gjennomført av British Ass for Emergency Medicine, heter det:

*«etablering av akuttmottak med egne dedikerte leger innen akuttmedisin har vært en vellykket, kosteffektiv måte å ivareta hele spekteret av akutte skader og sykdommer 24 timer i døgnet, 7 dager i uken. Få andre avdelinger kan levere denne bredden av tjenester og på tross av at mange andre har forsøkt, har ingen annen omstilling i sykehus vist forbedret kvalitet med så store innsparinger som reorganiseringen av akuttmottakene og legebemanningen der.»*

I «*Future hospital: Caring for Medical Patients*», utgitt i september 2013 av Royal College of Physicians pekes det på nødvendigheten av at pasienter så snart som mulig kommer til riktig spesialitet, basert på sitt behov. Det sies også at bruken av akuttleger i større grad fører til at flere pasienter enn nødvendig sendes inn i spesialiserte avdelinger.

Det kan være vanskelig å overføre disse forskjellige erfaringer til norske forhold, men det kan være nærliggende å tenke at spesialister i akuttmedisin hverken har tilstrekkelig kompetanse til å gi spesialisthjelp innen det brede spekteret av sykdommer/skader de skal behandle, og heller ikke har tilstrekkelig kompetanse til å faktisk diagnostisere og behandle de pasientene som med fordel kunne ha blitt behandlet i akuttmottaket.

I en artikkel i BMJ<sup>27</sup> diskuteres rollen for det som der beskrives som «acute medicine», og sammenlikner denne med den amerikanske «hospitalist». Her defineres rollen for den britiske “acute medicine” som både ivaretagelse av «the acutely unwell patients and those with complex multisystem illnesses during the first 48-72 hours of admission».

Videre skriver de: *“because internal medicine had been declining as a specialty in Britain for a generation, acute physicians were initially drawn from a variety of specialities, most commonly chest medicine, nephrology and intensive care medicine”*.

I deres vurdering går det tydelig frem at denne spesialiteten i utgangspunktet er en generalist som burde hatt sitt utspring i generell indremedisin, og dette tegner et litt annet bilde enn kravet til utdanning gjengitt ovenfor.

Sverige hadde spesialiteten «akutsjukvård» som en av to tilleggsspesialiteter fra 2006. Dette betyr at man får en tilleggskompetanse på toppen av en annen spesialitet.

Kravet var klinisk spesialitet med tillegg av tre års tjeneste innen akuttmedisin, samt kurs eller tilsvarende dokumentert kompetanse i livreddende prosedyrer. I 2012 hadde Sverige en total gjennomgang av sin spesialitetsstruktur, og da ble «Akutsjukvård» én av i alt 45 «basspesialiteter» ( i tillegg har de 8 grenspesialiteter og 9 tilleggsspesialiteter). Kravene til utdanning er ikke endret etter denne omleggingen.

Danmark har siden 2008 hatt akuttmedisin som et kompetanseområde på toppen av en klinisk spesialitet, og utdanningen skjer i henhold til en individuell utdanningsplan som tar hensyn til legens tidligere ervervede kompetanse. Utdanningstiden er 2 år, tjeneste hovedsakelig i akuttmottak, men supplert med 2-3 måneder opphold på relevante spesialavdelinger som ikke er dekket av legens spesialitet. I tillegg inneholder den kurs innrettet mot livreddende prosedyrer.

Akuttlegen er ekspert på:

- Prinsipper for akutt diagnostikk og behandling
- Prinsipper for prehospital behandling
- Samarbeid med primærsektoren

Målbeskrivelsen baserer seg på det europeiske curriculum for «emergency medicine» fra EUSEMS. I denne er det listet opp en lang rekke symptomer/tilstander der akuttlegen skal kunne identifisere og starte behandling. Disse omfatter nærmest

---

<sup>27</sup> R.M Wachter and D.Bell, 2012;344

enhver tenkelig akutt sykdom/skade i hele spekteret av spesialiteter.

I Danmark tenker man seg at akuttlegen skal ha følgende hovedfunksjoner:

- Yte uoppsettelig, livreddende basisbehandling og stabilisering av alle kategorier av akutte pasienter, herunder sikring av sirkulasjon og respirasjon
- Tilby alle pasienter i akuttmottakene en hurtig og effektiv diagnostikk som muliggjør igangsetting av relevante behandlingstiltak, innen internasjonalt anbefalte tidsrammer
- Effektiv triage, og hvor det er indikasjoner for det, overflytting av pasienten til en spesialavdeling uten forsinkelser
- Koordinere og prioritere ressurser i akuttmottaket

For å få vite noe om hvordan danske sykehuseiere ønsker å bruke dette fagområdet i sin organisering har det vært kontakt mot tre regioner, to av disse har svart. Det påpekes at danske akuttmottak gjennomgående er større (>200 000 innbyggere) og at de mottar mange uselekterte pasienter som ikke er tilsett av lege på forhånd. Den ene regionen så et behov for å ha et knippe av leger med denne tilleggskompetansen, idet vesentlige basert på indremedisin, men også et ønske om å ha kirurgi i bunn. Den andre regionen fant ikke plass for leger med denne kompetanse i det de ville sikre at spesialitetene også hadde vaktansvar for sine pasienter.

#### *Hospitalist i USA*

Den tradisjonelle sykehusmodellen i USA var at pasientens primærlege kom til sykehuset og så til sine inneliggende pasienter. Over de siste 15 år er denne modellen gradvis blitt endret slik at sykehusansatte generalister overtok denne rollen. Denne generalisten betegnes som «hospitalist», et begrep som er vanskelig å oversette til norsk. Til forskjell fra den britiske «acute medicine» (omtalt ovenfor) har hospitalisten et oppfølgingsansvar under hele oppholdet, ikke bare i indremedisinske avdelinger men også i intensivenheter, «step-down»-enheter og kirurgiske enheter. Hospitalist-spesialiteten har vært den raskest økende i USA, og det finnes nå mer enn 30 000 av dem ved flertallet av sykehus. 80 % av disse er generelle indremedisinere, og det kreves ikke tilleggstudanning for dem for å praktisere som hospitalist. For andre spesialiteter vil det da være krav om slik tilleggstudanning.

#### *Tilpasning til EU*

EU har generell indremedisin som godkjent spesialitet. Kravet til utdanning er minst 5 års tjeneste, men det er ikke definert hvilke innhold den skal ha. 25 EU-land har denne spesialiteten.

EU har emergency medicine som godkjent spesialitet. Det er 9 land som har denne spesialiteten. Sverige vil vel også komme med på denne listen når det nå fra 1.1.14 er en «basspesialitet». Det er ikke kjent hvordan det danske fagområdet, som er en påbygningskompetanse, passer inne i EU-spesialiteten.

Det er enighet om at vi i Norge så langt råd er tilpasser oss det internasjonale bildet, da dette både gir mulighet for å rekruttere leger fra EU, og det gir norske leger større mulighet for å arbeide i andre EU-land.



#### **10.8.14 Norsk spesialitet for arbeid i akuttmottak**

Hvis man skal ha en spesialitet innrettet mot behovene i mottak er det enighet om at det må være generell indremedisin, men at denne gis en tilleggskompetanse som direkte er relatert til oppgaver i akuttmottaket.

Det mest naturlige spesialiseringssløp vil da være del 2 i indremedisin med en nærmere spesifisert påbygning, slik som beskrevet foran. Kravet til spesialiteten indremedisin i EU er 5 års utdanning. Det vil således være mulig innen en ramme på 6.5 år å både oppnå denne kompetanse, og en tilleggskompetanse som defineres nærmere.

Det har vært diskutert om det kunne være hensiktsmessig å ha flere innganger til en slik spesialitet, for eksempel ved at en lege med 2-3 år anestesi eller kirurgi kunne oppnå samme kompetanse gjennom målrettet utdanning. Det kan være vanskelig å se at en slik modell kan føre frem til spesialiteten generell indremedisin innen den samme tidsramme.

Det kan imidlertid være mulig å definere en del av den foreslåtte nye spesialiteten som et definert kompetanseområde som andre spesialister kan tilegne seg på toppen av sin spesialitet. Disse ville da beholde sin spesialistkompetanse, men i tillegg beherske et kompetanseområde. Disse ville da ikke kunne fylle den samme rolle som den generelle indremedisiner kan ha, men likevel dekke viktige funksjoner i et akuttmottak.

#### **10.8.15 Hvordan ser en slik spesialitet ut i norske forhold?**

Norske sykehus skiller seg fra sykehus i andre land først og fremst ved sine meget varierte størrelser, dernest ved at vi i Norge har en godt utbygget kommunal legevakt som i stor grad siler innleggelser i sykehus.

Danmark legger til grunn at et akuttmottak skal betjene 200-400 000 innbyggere. I Sverige er bildet noe mer nyansert, men de aller fleste akuttmottak er store, og fungerer også som 'allmennevård' for kommunene.

De aller fleste tilstander som for eksempel de danske akuttlegene skal kunne diagnostisere og starte behandling på, opptrer meget sjeldent. I et middels norsk sykehus. En vakthavende lege liv oppleve bare noen av dem i sitt yrkesliv. Det er vanskelig å forstå hvorfor man ikke baserer seg på at andre spesialister, som nødvendigvis har høyere og mer spesifikk kompetanse for mange av disse tilstander, og som i store sykehus vil være tilgjengelige, skal ivareta disse pasientene. I de mindre sykehusene vil dessuten en akuttleges mulighet for å bevare og videreutvikle sin kompetanse være meget begrenset på grunn av få pasienter, og de vil da kanskje heller ikke ha andre arbeidsoppgaver der deres kompetanse kan brukes på en hensiktsmessig måte.

Utfordringene i norske akuttmottak, slik de er beskrevet i Helsetilsynets rapporter, har bare i noen grad sammenheng med legenes kompetanse. Det er vel så mye organisatoriske og ledelsesmessige utfordringer, samt bemanningsutfordringer. I en egen utredning gjennomgås nå hva som skal være rimelige krav til kvalitet i mottak. Uten å foregripe resultatene her kan det være grunn til å anta at det vil være krav til

organisering, ledelse (både faglig og administrativt), og bemanning tilpasset pasienttilstrømningen.

Med utgangspunkt i pasientenes behov må vi legge til grunn at de ved innleggelse treffer en tilstrekkelig kompetent lege i løpet av kort tid, at det er kompetanse, nødvendig utstyr og ressurser for å gjøre den initiale diagnostiske utredningen og starte behandling som ikke kan utsettes, samt sikre at pasienten raskest mulig går inn i det spesialiserte behandlingsløpet som pasientens sykdom tilsier. For en ikke ubetydelig andel av pasientene kan dette være i enheter tilknyttet akuttmottaket.

Ved norske sykehus vil det ikke være «mottaksoppgaver» i tilstrekkelig omfang til å forsvare egne leger for denne funksjonen. Dessuten vil vi ønske at LIS skal være en betydelig del av legearbeidskraften i akuttmottak fordi dette er den beste og viktigste arena for store deler av læringen. En spesialist i mottaksmedisin må derfor ha oppgaver som i dag dekkes av andre spesialister, i hovedsak de indremedisinske, men til en viss grad også de kirurgiske når pasienten har mer sammensatte problemer enn den rent kirurgiske lidelse. Dessuten kan de bidra til å dekke det legefaglige ledelsesvakuum som synes å være til stede i norske akuttmottak

Videre bør det legges til rette for at den spesialiserte kompetanse som er tilgjengelig brukes når pasientenes behov tilsier det. En anestesilege vil kanskje ha høyere kompetanse, og mer erfaring, når det gjelder livreddende prosedyrer, enn hva man kan forvente at en spesialist i mottaksmedisin har. Likeledes vil en kirurg eller ortoped være mer egnet til å ta hånd om pasienter med akutt kirurgisk sykdom eller skader.

Utenom det direkte pasientarbeidet i akuttmottaket er det også andre viktige oppgaver som må skjøttes. Det må være gode prosedyrer, god organisering, god pasientlogistikk, kvalitetssystemer, gode læringsarenaer mm. En egen spesialitet innrettet mot akuttmottak kan ha særlig kompetanse inn mot disse oppgavene.

#### *Akuttmedisin eller hospitalist?*

I den tidligere refererte artikkel i BMJ 2012 sies det at begge disse spesialitetene utviklet seg i en respons til et ønske om å reetablere rollen som generalist-koordinator for akutt syke pasienter i sykehus. Det er likevel store forskjeller mellom de to, og bruken av dem er svært forskjellig i britiske og amerikanske sykehus respektive.

Ved å se på læringsmålene er det også store forskjeller. Hospitalist kan simpelthen være en generell indremedisiner uten spesifikke krav til å beherske akutt-prosedyrer, mens akuttmedisinerens læring synes å være innrettet mot håndtering av akutte tilstander, men basert på lang klinisk erfaring av varierende type.

Vi skal kanskje se på en spesialitet som har de viktigste elementer fra begge: god generell indremedisin med påbygning av elementer fra noen andre spesialiteter samt livreddende prosedyrer.

Pasienttilstrømningen i norske akuttmottak er begrenset, ca 30/døgn/100 000 innbyggere. I RHFenes utredning fra 2008 ble de lagt til grunn at 10 % av disse hadde lidelser der tidsfaktoren var kritisk, altså ca 150 fordelt på landets vel 40 akuttmottak. De fleste av disse skal direkte i egne sløyfer til dertil egnede spesialister, og moderne prehospital medisin vil i stor utstrekning sikre at disse pasientene kommer direkte til

sykehus der slik spesialisthjelp finnes. En egen spesialitet i akuttmedisin, eller mottaksmedisin, kan derfor ikke ha sin hovedinnretning mot «blålys»-medisinen, men mot det store volumet av pasienter: eldre med sammensatte sykdomsbilder og multifarmasi.

#### **10.8.16 Hva skal spesialiteten hete?**

For å være tilpasset EU må den ha i seg navnet indremedisin eller generell indremedisin (begge begreper brukes internasjonalt). Det bør også fremgå a navnet at spesialiteten har særskilte oppgaver knyttet til akuttmottak. Opprinnelig foreslo direktoratet i sin rapport juni 2013 å kalle denne «Mottaks- og indremedisin». Et alternativt navn er «Akutt og generell indremedisin».

Mange vil hevde at akutt-betegnelsen er misvisende, nettopp fordi det ikke gjenspeiler pasientens behov, som omtalt tidligere i kapittelet.

Helsedirektoratet har derfor valgt å beholde betegnelsen *mottaks- og indremedisin*.

### **10.9 Kirurgiske spesialiteter**

#### **10.9.1 Dagens spesialitetsstruktur**

Dette avsnittet omhandler fagene som i dag er kirurgiske hovedspesialiteter, kirurgiske grenspesialiteter og organspesifikke fag som inneholder kirurgiske kompetansemoduler.

Dagens organisering av kirurgisk utdanning følger et løp som normalt vil ta 6-6,5 år etter turnustjeneste. Helsedirektoratet vurderer at det bør være mulig å oppnå samme kompetansenivå på en noe redusert tid når utdanningen blir bedre strukturert, med bedre pedagogisk tilnærming, samt fjerning av muligheten til å få godkjent annen valgfri relevant tjeneste.

#### **10.9.2 Kirurgiske hovedspesialiteter**

##### *Generell kirurgi*

Er en seksårig utdanning basert på 6 års tjeneste, hvorav inntil 2 ½ år kan gjennomføres i grenspesialisering. Inntil ½ år kan erstattes av forskningstjeneste, tjeneste i relevante spesialiteter eller tjeneste i helseadministrativ/ samfunnsmedisinsk legestilling eller i allmenntmedisin.

##### *Maxillofacial kirurgi*

Er en seksårig utdanning der 4 år skal være tjeneste ved en spesialavdeling for kjevekirurgi.

Inntil 1 år kan erstattes av: forskningstjeneste, eller tjeneste ved relevant klinisk avdeling eller tjeneste i helseadministrativ/samfunnsmedisinsk legestilling eller i allmenntmedisin. I tillegg kreves 2 års tjeneste ved én eller flere av følgende avdelinger med minimum tjenestetid på 6 måneder ved hver avdeling: plastikkirurgi, nevrokirurgi, øre-nese-halssykdommer.

### *Nevrokirurgi*

Er en seksårig utdanning bestående av 5 ½ års tjeneste ved nevrokirurgisk avdeling, inntil 1 år kan erstattes av: forskningstjeneste eller tjeneste i relevante spesialiteter eller tjeneste i helseadministrativ/samfunnsmedisinsk legestilling eller i allmenntmedisin. I tillegg kreves ½ års tjeneste i nevrologi.

### *Ortopedisk kirurgi*

Er i dag en seksårig utdanning basert på 6 års tjeneste i ortopedisk kirurgi. Minimum 2 år av den samlede tjenesten skal utføres ved avdeling hvor det drives utstrakt skadebehandling. Inntil 1 år kan erstattes av: forskningstjeneste, tjeneste i relevante spesialiteter eller tjeneste i helseadministrativ/samfunnsmedisinsk legestilling eller i allmenntmedisin.

### *Plastikkirurgi*

Er i dag en seksårig utdanning basert på 4 års tjeneste ved plastikkirurgisk avdeling. Inntil 1 år kan erstattes av: forskningstjeneste eller tjeneste i relevante spesialiteter eller tjeneste i helseadministrativ/samfunnsmedisinsk legestilling eller i allmenntmedisin. I tillegg 2 års tjeneste ved kirurgisk avdeling.

## **10.9.3 Dagens kirurgiske grenspesialiteter**

Dagens kirurgiske grenspesialiteter som fordrer utdanning i generell kirurgi er:

- *Barnekirurgi*
- *Bryst- og endokrinkirurgi*
- *Gastroenterologisk kirurgi*
- *Karkirurgi*
- *Thoraxkirurgi*
- *Urologi*

Grenspesialiseringen forutsetter spesialistgodkjenning i generell kirurgi, og krever 3 års tjeneste i godkjent utdanningsavdeling i det spesifikke faget, hvorav 2½ år av tjenesten kan inkluderes i spesialiseringen i generell kirurgi. Utdanningen tar i dag 6½ år etter turnustjeneste.

## **10.9.4 Andre spesialiteter som har krav om kirurgi**

### *Fødselshjelp og kvinnesykdommer*

4 ½ års tjeneste ved avdeling for fødselshjelp og kvinnesykdommer. Inntil ½ år av gynekologien kan erstattes av: forskningstjeneste tjeneste i relevante spesialiteter eller tjeneste i helseadministrativ/samfunnsmedisinsk legestilling eller i allmenntmedisin. I tillegg kreves 1 års tjeneste ved avdeling for generell kirurgi, hvorav ½ år kan erstattes av forskningstjeneste.

## **10.9.5 Endring i spesialitetsstruktur som gjelder del 2 og 3**

Alle spesialistutdanninger i de kirurgiske fag skal følge malen med tre nivåer etter

endt embetseksamen:

- Del 1 som er en felles kompetanseplattform for alle leger som skal praktisere i Norge
- Del 2 som er en felles kompetanseplattform for grupper av de kirurgiske spesialitetene, jfr tidligere definisjon av del 2 og senere diskusjon
- Del 3 som er en unik utdanning for hver enkelt spesialitet.

Det foreslås at de kirurgiske grenspesialiteter barnekirurgi, bryst- og endokrinkirurgi, gastroenterologisk kirurgi, karkirurgi, thoraxkirurgi og urologi gjøres om til kirurgisk hovedspesialiteter.

Spesialiteten generell kirurgi utgår og inngår som en del av spesialiteten gastroenterologisk kirurgi.

Samtidig tilpasses de andre kirurgiske spesialitetene som i dag er hovedspesialiteter til den nye strukturen. Kirurgisk tjeneste, som i dag er obligatorisk tillegg i den enkelte spesialitet, erstattes av et eller to år felles kirurgisk kompetanseplattform del 2. Hva som skal være i del 2 for disse spesialitetene må vurderes konkret for hver enkelt spesialitet.

Kirurgisk tjeneste skal styres av trinnvise læringsmål med klart definerte krav til hvilken kompetanse som skal oppnås i hver enkelt del, jfr kapittel 9.2.1. I tillegg kommer minimumskrav til tid, hvor det samlede utdanningsløp til kirurgiske spesialiteter vil være minimum 6½ år.

De fleste pasienter som innlegges i kirurgisk avdeling som øyeblikkelig hjelp, og hvor kirurgiske inngrep er tidskrittisk, har skader/sykdommer i buken. Det er også en utvikling i retning av at en akutt abdomen ikke bør åpnes av andre enn gastroenterologiske kirurger, idet det vil være uklart hva som er årsak til sykdommen, og kirurgen bør kunne håndtere det som avdekkes. Dette samsvarer med at de kirurgiske fagmiljøer mener gastroenterologisk kirurgi skal være den vaktbærende spesialitet. Selv om mange av de kirurgiske grenspesialister i dag har lang og bred erfaring, er det grunn til å anta at dette vil endre seg for neste generasjon leger. Allerede i dag er det mange kirurger som ikke synes de har relevant kompetanse for å delta en generell kirurgisk vakt.

Det er også god grunn til å stille spørsmål ved om dagens utdanning som fører frem til spesialiteten generell kirurgi holder mål forutsatt at kirurgen skal ha akuttkirurgisk vaktkompetanse. Det er derfor nødvendig å se grundig på hva innholdet i del 2 for de kirurgiske fag skal føre frem til: Hva er den generelle kompetanse som alle kirurger bør dele, gitt at bare spesialister i gastroenterologisk kirurgi kan ha vaktansvar? Er det vesentlig teoretisk kompetanse som oppnås gjennom kurs og liknende? Er det prosedyrer? Noen kirurger mener det «generelle» gastroenterologiske kirurger skal tilegne seg for være vaktbærende er noen meget avgrenset livreddende inngrep som hører andre kirurgiske spesialiteter til, og som man ikke nødvendigvis tilegner seg i en generelt innrettet del 2. Disse vil da mene at det er bedre å bruke mer tid på å dyktiggjøre seg teknisk innen egen spesialitet, og mindre tid på en generell del 2. Konsekvensene av mulige valg vil bli synliggjort og diskutert i konsekvensutredningen som følger vedlagt. Det må

imidlertid understrekes at det de siste ti-årene har vært en akselererende sentralisering av den kirurgiske virksomhet. Ikke minst har dette gjort seg gjeldende innen kreftkirurgien. Dette i seg selv utfordrer det desentraliserte kirurgiske tilbud, idet det bør være et tilstrekkelig befolkningsgrunnlag som genererer tilstrekkelig volum av arbeidsoppgave for det antall kirurger som trengs for et vaktlag.

#### **10.9.6 Felles faglig kompetanseplattform for de kirurgiske spesialiteter, del 2**

I rapporten juni 2013 foreslo Helsedirektoratet at en to-årig del 2 i de kirurgiske fag skulle lede frem til kirurgisk vaktkompetanse. Den etterfølgende prosess har vist at dette ikke hadde tilstrekkelig faglig forankring. Det reises to spørsmål: hva er nødvendig kirurgisk kompetanse tilstrekkelig generell kirurgisk kompetanse, og hvilken kompetanse er nødvendig for å kunne ha et vaktansvar.

Tidligere kunne man definere en generell operativ kompetanse som alle kirurger behersket. De brukte i hovedsak den samme kirurgiske teknikk på alle typer operasjoner. Det er ikke lenger tilfelle. En kirurg som har lært en teknikk for å operere en galleblære kan ikke anvende den samme teknikk f.eks på en urinblære. Dette er den vesentlige grunnen til at generell kirurgi, som egen «moderspesialitet», ikke lenger er i pakt med den faglige utvikling mulig. Den felles generelle kompetansen som kirurger har, avgrenses til enklere prosedyrer som fortsatt er felles, samt til en overordnet vurderingskompetanse av kirurgiske pasienter.

Det er enighet om at full vaktkompetanse i kirurgi forutsetter spesialistkompetanse, gitt at vakthavende også skal kunne gjennomføre akutte kirurgiske inngrep. Gastroenterologisk kirurgi utgjør 80 % av akutt bløtdelskirurgi. Derfor bør vaktkompetanse knyttes til spesialiteten gastroenterologisk kirurgi. Men for også å kunne beherske det nødvendige av de øvrige 20 %, bør læringsmålene for denne spesialiteten utvides noe. Om også andre kirurgiske spesialiteter kan ha en tilleggskompetanse som setter dem i stand til å håndtere de 80 % gastrokirurgiske pasienter, vil kreve betydelig utvidelse av kompetansen. er et åpent spørsmål.

Det kan imidlertid også defineres en kompetanse som er tilstrekkelig til å vurdere pasienter som innlegges i kirurgisk avdeling som øyeblikkelig hjelp, og på grunnlag av vurderingen beslutte om pasienten kan observeres eller om mer kompetent kirurg må tilkalles. Det hevdes at denne kompetansen kan oppnås etter ett år tilrettelagt tjeneste i gastrokirurgiske enheter.

Det bør diskuteres om alle kirurgiske spesialiteter, inkludert ortopedisk kirurgi, bør ha et slikt første år som en felles faglig kompetanseplattform. Etter dette vil de forskjellige spesialiteter skille lag. Noen vil ha behov for å arbeide i generelt innrettede kirurgiske enheter i ytterligere 2 år for å få nok volumtrening før de påbegynner egen spesialitet, andre igjen kanskje bare har behov for ett år utover det første, mens noen spesialiteter bare skal ha det ene året.

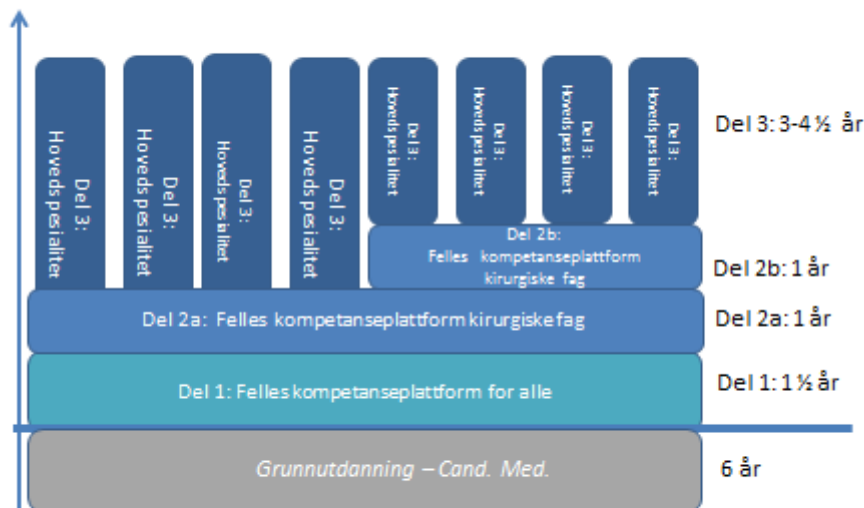
Hva som vil være nødvendig og hensiktsmessig for den enkelte spesialitet kan først avgjøres etter at man konkret har vurdert den enkeltes spesialitets læringsmål.

En modell for de kirurgiske spesialiteter kan da se slik ut:

- Del 1 felles med alle andre
- Del 2A som en felles faglig kompetanseplattform for alle de kirurgiske hovedspesialiteter.
- Del 2B som en påbygget felles faglig kompetanseplattform for grupper av kirurgiske spesialiteter
- Del 3 som hovedutdanning i egen spesialitet.

Spesialistutdanningen for de kirurgiske spesialitetene vil dermed se slik ut:

Figur 10.7 Spesialitetsstruktur for kirurgiske spesialiteter



### 10.9.7 De andre kirurgiske spesialiteters del 2

Egnede deler av den kirurgiske del 2 kan også tas av andre spesialiteter som obligatorisk element i de respektive spesialitetene. Spesialiteter som plastikkirurgi, og fødselshjelp og kvinnesykdommer har i dag krav om generell kirurgisk tjeneste i sin spesialisering.

For disse kirurgiske spesialitetene må det gjøres en konkret vurdering av hva som skal være innholdet i en del 2, både hvilke spesialiteter som kan inngå, og lengden av tjenesten, samt hvor i del 3 den best kan innpasses.

### **10.9.8 Del 3 for tidligere kirurgiske grenspesialiteter**

Spesialistutdanning del 3 i de kirurgiske fag utgjør en påbygging på del 2. I del 3 er tjenestens faglige innhold siktet inn mot det unike og spesialitetsspesifikke for hver enkelt kirurgisk spesialitet, i tillegg til deltagelse i en felles vaktordning for mottak av kirurgisk ø- hjelpspasienter.

Grenseoppgangene mellom dagens grenspesialiteter virker innbyrdes godt begrunnet. Derimot er det flere grenseområder mellom enkelte grenspesialiteter og andre spesialiteter utenfor det kirurgiske fagområde som det er verd å se nærmere på. Eksempler er berøringsområder mellom medisinsk og kirurgisk gastroenterologisk kirurgi, og mellom hjertesykdommer, thoraxkirurgi og radiologi.

Nåværende læringsmål for de enkelte spesialiteter må revideres i henhold til de nye kravene.

Det vil være fullført del 3 i spesialiseringen som gir grunnlag for godkjenning som spesialist. Den enkelte lege må få videreutdanning for mer subspecialisert arbeid tilpasset de faktiske arbeidsoppgaver. Videreutdanning kan være i form av et formelt kompetanseområde (godkjent av myndighetene) eller uformelt (etablert av arbeidsgiver).

Aktuelle kompetanseområder kan være:

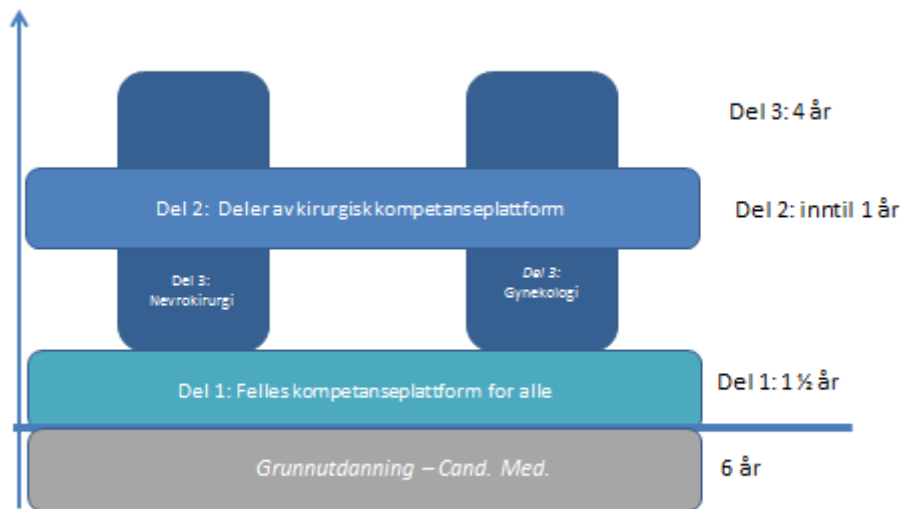
- Radiologisk veiledet intervensjon i hjertet som kan tas av spesialister i thoraxkirurgi, hjertemedisin og radiologi
- Radiologisk veiledet intervensjon i perifere kar for spesialister i karkirurgi og radiologi
- Radiologisk veiledet intervensjon i hjernens kar for spesialister i nevrologi, nevrokirurgi og radiologi.
- Videoskopisk endoluminal kirurgi for spesialister i gastroenterologisk kirurgi og spesialister gastroenterologi
- Robotkirurgi for alle spesialiteter.

### **10.9.9 Del 3 for andre kirurgiske spesialiteter**

For noen av de andre kirurgiske spesialiteter vil del 3 starte etter del 1, og del 2 som utgjør den obligatoriske utdanning i generell kirurgi innpasses i del 3 på passende sted. Figuren under viser dette, eksemplifisert ved nevrokirurgi og gynekologi.



Figur 10.8 Spesialitetsstruktur for andre kirurgiske fag



For disse spesialitetene vil den felles kompetanseplattformen i del 2 være mindre enn 2 år. Hvor lang den bør være, og hvor i utdanningsløpet den mest hensiktsmessig kan erverves, må utredes i samarbeid med fagmiljøene. I utgangspunktet må antas at den må være minst ett år.

#### **10.9.10 Spesialitetene voksenpsykiatri, barne- og ungdomspsykiatri og rus- og avhengighetsmedisin**

Spesialiteten i rus og avhengighetsmedisin er under etablering og sannsynligvis vil de første LIS være i utdanning fra vinteren 2015. Utkastet til spesialist- og overgangsregler, samt en rapport som omtaler andre forhold ved spesialiteten har vært på eksternt høring og Helsedirektoratets endelig forslag til spesialistregler blir oversendt til Helse- og omsorgsdepartementet i juni 2014.

Spesialiteten i rus- og avhengighetsmedisin innenfor den nye spesialiststrukturen vil måtte bygge på erfaringene som er gjort med den nye spesialiteten til da, men vi ser fortsatt for oss at spesialistene i rus- og avhengighetsmedisin skal ha obligatorisk tjeneste i både somatikk og psykiatri. Dette betyr at en felles del 2 med voksenpsykiatri og barne- og ungdomspsykiatri ikke vil være aktuelt, slik det vurderes i dag.

##### *Del 1 for rus- og avhengighetsmedisin*

Felles med de andre spesialitetene. Hvis relevant tjeneste i del 1, kan del 2 forkortes tilsvarende.

##### *Del 2 for rus- og avhengighetsmedisin*

Obligatorisk tjeneste i psykiatri og somatikk; til sammen 1 ½ år

### *Del 3 for rus- og avhengighetsmedisin*

Til sammen 3 ½ tjeneste i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

- Ett års tjeneste i akutt/ avrusingsavdeling som skal inneholde akuttvurderinger, diagnostisering og abstinensbehandling av pasienter
- Ett år i poliklinisk tjeneste som skal innebære behandling til pasienter som bruker forskjellige typer rusmidler; utredning, diagnostisering og behandling og skal inkludere oppfølging av LAR-pasienter over minimum 3 måneder tilsvarende heltidsstilling
- Et halvt års tjeneste i døgnavdeling som må inneholde utredning, behandling og rehabilitering av pasienter
- Ett års tjeneste i valgfri TSB avdeling (kan erstattes av tjeneste i kommunalt rustiltak eller forskningstjeneste)

Læringsmålene for spesialiteten vil måtte gjennomgås med tanke på tilpasning til ny struktur når den er vedtatt implementert.

## **10.10 Bildediagnostiske fag, radiologi og nukleærmedisin**

### **10.10.1 Generelt**

Disse spesialitetene har kanskje i større grad enn andre gjennomgått store endringer, særlig på grunn av en meget rask teknologisk utvikling. Det er grunn til å tro at dette vil fortsette også i tiden fremover. Innen radiologi hevder fagmiljøene at det nå ikke er mulig for den enkelte spesialist å ha kompetanse innen hele feltet, og at det derfor er nødvendig å ha en subspecialisering.

Også nukleærmedisin er i rask utvikling. Det utvikles nye isotoper og tracere, samt kombinasjoner med andre bildefremstillinger (CT og MR). Utvikling av SPECT og PET kombinert med CT og MR gir nye diagnostiske muligheter. Tolkning av disse undersøkelsene (hybriddiagnostikk) innebærer behov for kompetanse innen både bildediagnostikk og molekylær biologi. Dette åpner spørsmålet om utvikling av spesialkompetanse for håndtering av slike kombinerte undersøkelser.

De regionale foretak har pekt på det uhensiktsmessige at det med dagens spesialitetsstruktur er nødvendig å ha både radiolog og nukleærmedisiner knyttet til undersøkelser med PET/CT, og mener det bør vurderes muligheter for dobbeltkompetanse.

Helsedirektoratet legger i denne rapporten til grunn at de nasjonale spesialiteter skal være definert som en basis-spesialitet som gir den enkelte spesialist et grunnlag for å arbeide selvstendig innenfor sitt felt og sin kompetanse, og som dessuten skal gi mulighet for å tilegne seg mer spisset kompetanse når arbeidsoppgavene krever dette. Det må utredes nærmere hvordan man gjennom formell eller uformell spesialisering kan ivareta behovet for generell spesialistkompetanse og nødvendig spisskompetanse. I en slik gjennomgang må det også vurderes om de bildediagnostiske fagene kan struktureres på linje med de indremedisinske og kirurgiske fagområdene der det vil være en felles kompetanseplattform (del 2) med en påfølgende del 3 som hovedspesialitet eller om det skal formaliseres som kompetanseområder.

### **10.10.2 Radiologi**

Krav til spesialistutdanning i dag er 5 års tjeneste i radiologi, hvorav ett år kan erstattes med annen relevant tjeneste. Med fjerning av muligheten for å få godkjent annen relevant tjeneste er det rom for å utvide spesialitetens læringsmål. Det kan vurderes om det i denne tiden kan være hensiktsmessig å ha mulighet for å velge et sett av fordypningsmoduler, slik det er lagt opp til i de nye reglene for psykiatri. En forutsetning må være at den nødvendige basiskompetanse kan nås i løpet av de 4 årene som hittil har vært obligatorisk radiologi.

Fra radiologisk fagmiljø har det vært tatt til orde for en formalisert grenspesialisering. På grunn av fagets utvikling vil det være nødvendig med særskilt kompetanse innen ulike deler av bildediagnostikken ved sykehus av en viss størrelse.

### **10.10.3 Intervensjonsradiologi**

I de senere årene har radiologi gått fra å være en tilnærmet ren diagnostiserende spesialitet til å drive omfattende og komplisert pasientbehandling. Det kan stilles spørsmål ved om dette medfører et behov for mer kliniske rettet utdanning også for radiologer. Spesialister i radiologi må inneha kompetanse for å utføre visse kateterbaserte intervensjoner. Mye av behandlingen for forskjellige hjerte- og karsykdommer som tidligere krevde åpen og omfattende kirurgi kan nå gjøres raskere og langt mer skånsomt med radiologiske intervensjoner. Også andre spesialiteter, som kardiologer, karkirurger, nevrokirurger og thoraxkirurger anvender denne type prosedyrer, og det må diskuteres om disse skal være en integrert del av den radiologiske utdanning, eller påbygningskompetanse som er tilgjengelig for flere spesialiteter. Spørsmålet om utvikling av kateterbasert diagnostikk og behandling må utredes videre av fagmiljøene, dvs radiologi og andre aktuelle spesialiteter.

### **10.10.4 Nukleærmedisin**

Nukleærmedisin er en liten spesialitet, med ca 2 nyutdannede spesialister hvert år. Dette gjør spesialfaget sårbart, og det har generelt vært en vanskelig rekrutteringssituasjon. Samtidig er også dette faget i en rivende utvikling, der nye teknologier stadig utvider spesialitetens arbeidsområde.

Det pekes også på behovet for hybriddiagnostikk representert ved nukleærmedisin og radiologi i PET-CT, SPECT-CT og PET-MR. Tolkning av disse undersøkelsene innebærer behov for kompetanse innen både bildediagnostikk og molekylær biologi. Dette åpner veien for en egen spesialitet som kombinerer kompetanse innen nukleærmedisin og radiologi.

For nukleærmedisin er kravet i dag 4 års tjeneste i spesialiteten nukleærmedisin, hvorav ett år kan erstattes av tjeneste i annen relevant spesialitet eller forskning, samt 1 års tjeneste innen radiologi eller klinisk kjemi. I en felles uttalelse fra de europeiske spesialistforeninger for henholdsvis radiologi og nukleærmedisin (2010) er det foreslått en mulig blandet spesialitet, der man bygger på etablert

spesialistutdanning i hovedspesialitet og 2 års tilleggsutdanning i det komplementære faget.

De tradisjonelle bildediagnostiske spesialiteter byr på særlige utfordringer og muligheter, både fordi den teknologiske utvikling har vært, og vil fortsatt være, særdeles rask, men også fordi nye teknologier med utgangspunkt i bildediagnostisk teknologi i stor grad brukes av mange andre spesialiteter.

I et land som Norge, med mange små sykehus, vil det være spesielt utfordrende å lage en spesialitetsstruktur som sikrer at hele befolkningen får en mulighet til å nyttiggjøre seg disse teknologier.

Helsedirektoratet vil derfor anbefale at det nedsettes et eget utvalg med oppgave å se på bildeteknologi og de avledede teknologier, og deres plass i en helhetlig spesialitetsstruktur.

### 10.11 De øvrige sykehusspesialitetene

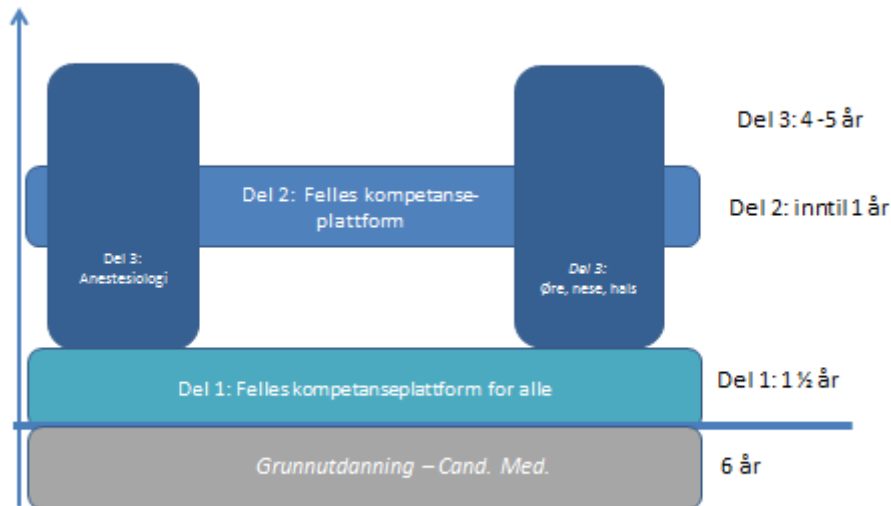
Dette kapitlet omhandler spesialitetene som ikke er nevnt i kapitlene om indremedisin, kirurgi, psykiatri og rus, bildediagnostikk og allmenmedisin og samfunnsmedisin:

- *Anestesiologi*
- *Arbeidsmedisin*
- *Barnesykdommer*
- *Fysikalsk medisin og rehabilitering*
- *Hud- og veneriske sykdommer*
- *Immunologi og transfusjonsmedisin*
- *Klinisk farmakologi*
- *Klinisk nevrofysiologi*
- *Medisinsk biokjemi*
- *Medisinsk genetikk*
- *Medisinsk mikrobiologi*
- *Nevrologi*
- *Onkologi*
- *Patologi*
- *Revmatologi*
- *Øyesykdommer*
- *Øre-nese-hals sykdommer*

De enkelte spesialitetene blir ikke omtalt i detalj, men så langt det passer vil alle følge den tredelte modellen hvor trinnvise læringsmål definerer tjenesten. For disse spesialitetene vil imidlertid legen gå rett fra spesialistutdanning del 1 til del 3. Del 2 vil utgjøre nødvendig og obligatorisk tilleggsutdanning innen en annen spesialitet, og plasseres på hensiktsmessig sted i del 3. Hvor lang denne obligatoriske del 2 skal være, og hvilket innhold den skal ha, må avgjøres konkret for hver enkelt spesialitet. For noen spesialiteter kan det være hensiktsmessig at den obligatoriske tilleggsutdanningen kan hentes enten fra den kirurgiske eller den indremedisinske felles faglige plattformen, avhengig av hvilken yrkeskarriere

legen vil ønske. For andre kan det være aktuelt ikke å ha noen del 2. Patologi er ett av de fagene som ikke ønsker en felles del 2. For de fleste fag vil del 3 totalt bli 5 år, inkludert en eventuell del 2.

Figur 10.9 Spesialitetsstruktur for de øvrige sykehusspesialitetene eksemplifisert ved anesthesiologi og øre, nese, hals



Disse spesialitetene har i dag tjenestekrav på 5 til 6 år etter turnustjenesten. Revmatologi er lengst med 6 år, fødselshjelp og kvinnesykdommer 5½, mens de øvrige har 5 år etter turnustjenesten. Dette inkluderer annen relevant obligatorisk tjeneste, og alternativ valgfri tjeneste/forskning..

Helsedirektoratet anbefaler en mer målstyrt og strømlinjeformet tjeneste og vil derfor anbefale at samlet minimum utdanningstid for disse spesialitetene, inklusive del 1, skal være 6- 6,5 år. Se forøvrig kap.10.14 om forskningstjeneste som i dag teller inntil ett år i alle spesialitetene.

## 10.12 Spesialitetene i allmenn- og samfunnsmedisin

Gjennomgangen av ny spesialitetsstruktur og – innhold i samfunns- og allmennmedisin er beskrevet i en egen rapport (IS-2139). Nedenfor gis et kort sammendrag av hovedkonklusjonene.

### 10.12.1 Systematisk kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid

Helsedirektoratet foreslår en rekke grep for å gjøre spesialitetene i allmenn- og samfunnsmedisin bedre tilpasset føringene som er lagt for utviklingen av helsetjenesten gjennom samhandlingsreformen, helselover og forskrifter knyttet til disse.

Spesialiseringen i henholdsvis allmenntmedisin og samfunnsmedisin følger hovedmodellen med spesialisering i tre deler. Del 1 må tas først, mens del 2 kan gjennomføres der det måtte passe i del 3. Den normerte spesialiseringstiden foreslås redusert fra 6.5 (inkludert turnus) til 6 år.

Helsedirektoratet ønsker at befolkningen skal møte jevn og god kvalitet på legetjenestene. Derfor er vårt viktigste forslag at alle leger i allmenntmedisinsk og samfunnsmedisinsk arbeid spesialiserer og etterutdanner seg på en systematisk måte, og at begge spesialistutdanningene har klare læringsmål.

Helsedirektoratet mener det trengs bedre ledelse av legetjenestene og bedre kvalitet i legetjenestene i kommunene. De to relevante spesialiteter må gis et innhold som kan bidra til forbedring på disse områdene.

### **10.12.2 Kompetanse i front**

Det er viktig at fastlegene har breddekompetanse, deltar i legevakt, koordinerer det medisinske arbeidet i tråd med listeansvaret, jobber tverrfaglig og forebyggende og er aktivt med på samhandlingsarenaene for pasientene.

Helsedirektoratet ønsker at det faglige nivået i den allmenntmedisinske tjenesten ligger så høyt at allmenntmedisinske problemstillinger blir tatt hånd om i kommunehelsetjenesten og i minst mulig grad henvises til spesialisthelsetjenesten. Spesialisering, organisering, kapasitet og finansiering må understøtte en slik utvikling.

I spesialiseringssløpene for allmenn- og samfunnsmedisin er Helsedirektoratets viktigste konkrete forslag til endringer i spesialitetsstruktur og – innhold følgende:

- Alle som starter i allmenn- eller samfunnsmedisinsk arbeid etter gjennomført del 1, starter samtidig på sin respektive spesifikke spesialisering (del 3).
- Helsedirektoratet ønsker å heve kvaliteten på de "andre allmenntmedisinske oppgavene"<sup>28</sup> og gjøre dem meritterende til spesialiteten i allmenntmedisin. Det foreslås blant annet utvikling av egne utdanningsprogrammer for leger som jobber med «andre allmenntmedisinske oppgaver». Disse programmene foreslås integrert i spesialist- og etterutdanningen i allmenntmedisin.
- Det foreslås at 100 % tjeneste i alle «andre allmenntmedisinske oppgaver» godkjennes med inntil 2 år i del 3 i spesialiseringen i allmenntmedisin. Resten av del 3 må da gjennomføres som minimum 80 % åpen uselektert allmennpraksis, pluss eventuelt annen allmenntmedisinsk oppgave.
- For å bli spesialist i allmenntmedisin må man ha tellende tjeneste med mer enn 3 måneder i minimum fire, maksimum seks forskjellige sykehusavdelinger. Alle må ha sykehustjeneste i indremedisin og psykiatri.
- På linje med de øvrige spesialitetene, foreslås at oppnådd spesialisttittel i allmenntmedisin beholdes så lenge man er autorisert som lege.
- Leger i allmenntmedisinsk arbeid må resertifisere seg hvert 5. år for å kunne benytte spesialisttakster. Man må tilfredsstille kompetansekravene og minimum jobbe 20 % i gjennomsnitt i perioden, for å oppnå resertifisering.

---

<sup>28</sup> Sykehjem, legevakt, skolehelsetjeneste, helsestasjon, fengsel, kvalitetsutvikling, undervisning med mer.

- Det forutsettes deltakelse i den kommunale legevaktordningen i kommunen legen arbeider, uansett allmennmedisinsk arbeidsoppgave, for å bli spesialist og for å resertifisere seg. Ordningen gjelder til legen når aldersgrense for legevakt eller får fritak av andre grunner.
- For å bedre pasientforløpene foreslår Helsedirektoratet at et visst volum faglige samarbeidsmøter med tjenesteyterne på alle nivå, sammen og hver for seg, gjøres obligatorisk i både videre- og etterutdanningen i allmenn- og samfunnsmedisin.
- For samfunnsmedisin foreslås at stillingsbrøken må være minimum 50 % for å telle i spesialiseringen, med tilsvarende forlenget tjenestetid.
- Ordningen med godkjenning av tjenestesteder i samfunnsmedisin oppheves.
- Forutsatt at det etableres klare læringsmål som dekker oppgavene både i kommunehelsetjenesten og sentral helseforvaltning, skal det ikke lenger være krav om tjeneste både i kommunehelsetjenesten og i sentral helseforvaltning.
- I samfunnsmedisin foreslås det innført obligatorisk etterutdanning, og mulighet for å legge mer vekt på ledelse og forskning.

Forslagene medfører økonomiske og administrative konsekvenser og disse er nærmere omtalt i rapporten.

### 10.13 Nye spesialiteter og kompetanseområder

I de prosesser som har vært gjennomført som ledd i Helsedirektoratets gjennomgang av spesialitetsstruktur og - innhold har det kommet opp noen forslag om nye grensespesialiteter og kompetanseområder.

Helsedirektoratet går ikke inn for opprettelse av nye spesialiteter på nåværende tidspunkt, med unntak av omgjøringen av generell indremedisin til mottaks- og indremedisin, omgjøring av dagens grensespesialiteter til hovedspesialiteter og fusjon av generell kirurgi og gastroenterologisk kirurgi. Det anbefales heller ikke at grensene mellom de eksisterende spesialiteter endres, men det tilrås at det sees nærmere på de bildediagnostiske spesialiteter og de teknologier som har utviklet seg fra dem.

Det legges opp til en spesialitetsstruktur som er mer fleksibel og bygget opp av moduler. Det foreslås også at det er en mer systematisk monitorering og gjennomgang av de eksisterende spesialiteter, både for å sørge for at innholdet i den enkelte spesialitet er oppdatert i henhold til nyeste kunnskap og at grensene mellom spesialitetene er tilpasset den utvikling som finner sted.

Utfordringen nå ligger hovedsakelig i å utdanne nok spesialister på de områdene det er mest behov. Det området som peker seg mest ut er håndteringen av den store gruppen pasienter med uklart sykdomsbilde som enten ankommer mottak eller befinner seg på indremedisinske sengeposter for utredning, og andre pasienter med omfattende komorbiditet til den sykdom de er innlagt for å få behandling for.

Helsedirektoratet har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet sett på administrative og økonomiske konsekvenser av å etablere formelle

kompetanseområder. Det er etablert en pilot innen palliativ medisin. Et forslag om en pilot for et tverrfaglig kompetanseområde innen prehospital akuttmedisin er foreløpig lagt på vent. På enkelte fagområder kan det, etter Helsedirektoratets vurdering, være aktuelt å opprette formelle kompetanseområder som også kan være formelle tilleggskompetanser til de forskjellige spesialiteter. Mottaksmedisin kan være en påbygging for spesialister som skal ha oppgaver i akuttmottak, i samarbeid med den foreslåtte spesialiteten mottaks- og indremedisin. Både anesthesiologer, gastroenterologiske kirurger og ortopediske kirurger vil kunne ha nytte av en slik påbygging. Dersom de ønsker å ha en mer aktiv rolle i akuttmottak. Radiologisk intervensjoner er områder som kan være prosedyrekompetanser. Rettsmedisin er et annet område som kan være en påbygning for alle spesialister som arbeider med rettsmedisinske oppgaver, og der kompetansen til dels er felles, til dels er spesifikk for den enkelte spesialitet. For allmenntilleggsmedisin kan tverrfaglige kompetanseområder innen psykisk helse og rus/avhengighet være aktuelle kompetanseområder som kan være valgfrie i en obligatorisk etterutdanning.

#### 10.14 Forskningens plass i ny spesialitetsstruktur

Helsetjenestene skal være basert på kunnskap, som oftest er denne forskningsbasert. Skal dette lykkes, må også forskning være en integrert del av den kliniske virksomhet. Det er derfor nødvendig at kommende spesialister i medisin både er trent i å vurdere forskningslitteratur og gis adgang til selv å drive forskning knyttet til ansettelsesforholdet. Likeledes at forskningserfaring vurderes som et pluss når en ferdig spesialist søker stilling. Selv om norsk forskning nå hevder seg bedre enn før, er det fortsatt viktig å stimulere klinisk medisinsk forskning utført av leger, og særlig translasjonsforskning. Inntil nå har et hovedgrep vært at inntil 1 års forskningstjeneste er blitt likestilt med klinisk tjeneste i alle de ulike spesialistutdanningene. For de indremedisinske og kirurgiske spesialiteter medførte et krav om kortere utdanningstid at tellende forskningstjeneste ble redusert til 6 måneder.

Forskningen har nå en helt annen stilling i sykehusene. Ved foretaksreformen (2001) ble forskning en lovpålagt oppgave for helseforetakene. Den kliniske forskningen finansieres i dag i hovedsak gjennom de regionale helseforetaks budsjetter, og mange helseforetak legger stor vekt på å bygge infrastruktur som understøtter klinisk forskning, og har gode ordninger for leger som ønsker å ha forskningsaktivitet i tillegg til sin kliniske virksomhet. Når forskning er en integrert del av utdanningsavdelingens virksomhet vil også utdanningen bli preget av dette.

I dagens ordning er gjennomsnittlig tid fra endt turnustjeneste til ferdig spesialist ca 8 år, med variasjon mellom 7 og 10 år for de forskjellige spesialiteter. Et doktorgradsløp tar tre år, hvorav altså ett år kan telle «dobbel». Det kan derfor antas at tid fra endt turnus til spesialitet og doktorgrad er gjennomsnittlig 10 år.

Når kunnskapshåndtering og forskningsforståelse blir egne kompetansemoduler gjennom hele spesialiseringsløpet for samtlige spesialiteter, og spesialiseringen blir mer strukturert og kortere, ser ikke Helsedirektoratet behov for å videreføre ordningen med tellende forskningstjeneste i spesialistutdanningen.



Det bør likevel iverksettes systematiske tiltak for at leger kan oppnå dobbeltkompetanse i et noe forsterket og forlenget spesialiseringsløp. Slike løp må etableres i et nært samarbeid mellom universitetene og helseforetakene, og fortrinnsvis slik at forskningen er knyttet til den kliniske virksomheten. Ikke minst arbeidsgiverne må sikre at tilstrekkelig mange av de ansatte legene har god forskningskompetanse. For allmenntmedisin og samfunnsmedisin er det foreslått at forskning kombinert med del av hovedstilling fortsatt kan gi tellende tid. Dette gjøres for å styrke forskningen og kunnskapsgrunnlaget i de to spesialitetene skal bygges på i og med at forskning ikke på samme måte er lovpålagt i kommuner. Det diskuteres også om dette skal gjøres gjeldende for den nye spesialiteten rus- og avhengighetsmedisin.

### 10.15 Obligatorisk videre- og etterutdanning

Kunnskap er ferskvare. For å sikre at den enkelte spesialist har oppdatert kunnskap og får ervervet ny kompetanse og ferdigheter som er nødvendig for de arbeidsoppgavene spesialisten faktisk har, må det være krav til en obligatorisk videre- og etterutdanning<sup>29</sup>.

I utgangspunktet mener Helsedirektoratet at dette er en strukturering av de krav som allerede ligger i helsepersonelloven og tjenestelovene. Det brukes i dag betydelige ressurser på slik videre/etterutdanning, men uten at kompetansen dokumenteres gjennom en fastlagt struktur.

En todelt modell for etter- og videreutdanningsprogrammene vil kunne passe de fleste spesialiteter: En generell del som sikrer at den enkelte spesialist får god kjennskap til de siste årenes faglige og teknologiske utvikling innen relevante fagområder (etterutdanning), og en spesiell del som er tilpasset den enkelte spesialists arbeid og som eventuelt kan føre frem til en ny formell kompetanse (videreutdanning). Den generelle delen må beskrives nasjonalt og defineres av myndighetene. Den individuelle delen defineres av arbeidsgiver og legen i fellekap.

Etterutdanningen må være av et visst omfang, for eksempel etter et poengsystem. Gjennomført etterutdanning må dokumenteres og registreres på hensiktsmessig måte. Arbeidsgiver, oppdragsgiver, tilsynsmyndigheter og den enkelte lege må ha tilgang til den registrerte aktiviteten. På sikt bør det være et mål at innbyggerne får tilgang til nøkkelinformasjon om legenes, legekantorenes og sykehusenes kompetanse.

For allmenntmedisin er det etablert et omfattende system for etterutdanning, og den bør innrettes slik at den også kan gi grunnlag for forskjellige karriereveier gjennom å erverve ny formell kompetanse (videreutdanning) f eks innen sykehjemsmedisin, skolehelsetjeneste eller fengselshelsetjeneste. Ordningen med resertifisering hvert femte år foreslås beholdt. Også for samfunnsmedisin og arbeidsmedisin bør det være krav om obligatorisk etterutdanning. Innholdet og

---

<sup>29</sup> Videreutdanning betyr i denne sammenheng å tilegne seg ny kompetanse som ikke er inkludert i kravet til spesialistgodkjenning, og som er definert som formelt eller uformelt kompetanseområde

omfang i etterutdanningen må utvikles i samarbeid med arbeidsgivere og andre interessenter.

Helsedirektoratet vil ikke anbefale at manglende eller utilstrekkelig etterutdanning skal medføre at legen mister spesialistgodkjenningen. Det er to hovedgrunner til dette: For det første vil det være et felles ansvar for arbeidsgiver og den enkelte lege å gjennomføre tilstrekkelig etterutdanning. En sanksjon som rammer bare den ene part vil være urimelig. For det andre må den obligatoriske etterutdanning utformes individuelt og være tilpasset de oppgaver legen skal ha. En spesialist i for eksempel kardiologi, som arbeider innen et smalt og spesielt område av kardiologien, vil hverken gjennom sitt arbeid eller sin etterutdanning opprettholde den kompetansen som lå til grunn for den opprinnelige spesialistgodkjenning. En resertifisering kan således skape et inntrykk av en kompetanse spesialisten faktisk ikke har.

# 11 Forslag til ny rolle- og ansvarsfordeling

## 11.1 Rolle- og ansvarsfordelingen i et historisk perspektiv

De første legespesialitetene i Norge ble som nevnt i kapittel 5 innført i 1918. Det var Den norske Legeforening som hadde sett et behov for innføre regler, først og fremst for hindre at mindre skolerte leger skulle tilby spesialiserte tjenester. Slik sett var dette en markedsregulering. Etter hvert ble perspektivet dreiet mot kvalitetssikring av spesialistutdanningen, og spesialitetsstrukturen ble forsøkt tilpasset behovene i norske sykehus.

På delegasjon fra myndighetene har Legeforeningen spilt en sentral rolle i utformingen av legenes spesialitetsstruktur og spesialitetenes innhold. Det bør her fremheves at foreningen har sett sitt samfunnsansvar og viktigheten av spesialitetsstruktur og spesialistinnhold for å kunne tilby helsetjenester med god kvalitet i hele landet.

Gradvis har imidlertid myndighetene sett behovet for en sterkere innflytelse på legers spesialitetsstruktur.

I 1965 (Bodø-reglene) ble spesialistutdanningen mer strukturert. Grunnlaget for spesialisering skulle være autorisasjon etter fullendt turnustjeneste, og det ble stilt en rekke utdanningskrav for å kunne bli godkjent spesialist. Det ble opprettet et spesialitetsråd med representasjon fra helsemyndigheter og universiteter. Rådet var Legeforeningens ekspertråd for spesialistutdanning og skulle «lede og overvåke spesialistutdanningene»<sup>30</sup>.

Fortsatt var det imidlertid profesjonsforeningen som satt ved roret og traff alle beslutninger om spesialitetsstruktur og spesialitetenes innhold. Lov om leger av 13. juni 1980 overførte ansvaret for dette området til staten. Legeforeningen fikk delegert ansvaret for godkjenning av spesialister, og gjennom de generelle spesialistregler ble viktige oppgaver lagt til foreningens spesialitetskomiteer og spesialitetsråd.

Fra 60-årene har Legeforeningen gjennom de årlige tarifforhandlingene fått aksept for avsetninger til fond med formål å finansiere fellestiltak. Det startet med sykehjelps- og pensjonsordning for praktiserende leger, senere kom utdanningsfond og kvalitetssikringsfond. Fra 2007 er også finansiering av allmennt medisinsk forskning inkludert. Utdanningsfondene har hatt avgjørende betydning for utvikling og gjennomføring av videre- og etterutdanning for leger. Fond I har en generell innretning og finansierer driften av Legeforeningens utdanningsaktiviteter, inkludert råd og komiteer, og koordinatorkontorene ved fakultetene. Fond II gir økonomisk støtte til den enkelte leges kostnader forbundet

---

<sup>30</sup> Per Haave: I medisinenes sentrum. Den norske legeforening og spesialistregimet gjennom hundre år. Unipub 2011.

med kursdeltagelse for leger utenfor institusjon, og Fond III tilsvarende for sykehusleger. Fondene har gjort det mulig å utvikle et solid system for videre- og etterutdanningen av leger.

I midten av 80-årene var det en situasjon der ferdige spesialister fortsatte å arbeide i utdanningsstillinger ved de store sentrale sykehus, slik at utdanningskapasiteten ble blokkert. «Stillingstruktur-avtalen» mellom staten, sykehuseierne og Legeforeningen hadde som formål å regulere utdanningskapasitet og legemarkedet. En rekke utdanningsstillinger ble omgjort til overlegestillinger, men tilgangen til og bruken av de gjenværende utdanningsstillingene ble kraftig regulert.

I 1994 vedtok Stortinget å be Regjeringen å legge frem en handlingsplan for utdanning av legespesialiteter. Stortinget ønsket en bedre samordning og styring, og la vekt på at dette måtte være en statlig oppgave.

Haffner-utvalget (1995) ble opprettet av daværende Helsedirektorat. Utvalget tilrådte at staten (ved Statens helsetilsyn) burde overta ansvaret og tilhørende oppgaver for spesialistutdanningen, inklusive den løpende kvalitetssikring.

Som tidligere nevnt har det helt fra 1950-tallet blitt lansert forslag om å endre spesialistutdanningen fra å være ren mester-svenn- opplæring til et løp med større vekt på akademisk undervisning. Tanken har vært å etablere en sterkere tilknytning til de medisinske fakultetene (Strøm-komiteén (1957), Seip-utvalget (1964), Aubert-utvalget (1967 og 1969). Flere utredninger har foreslått tilsvarende endringer. Hellandsvikutvalget, *NOU 1996:5 Hvem skal eie sykehusene*, foreslo at universitetene skulle ha et større ansvar for spesialistutdanningen, og at utdanningene skulle integreres sterkere i sykehusenes virksomhet. Samme år kom St.meld nr 24 (1996-97) *Tilgjengelighet og faglighet*, der helseminister Hernes også foreslo å overføre ansvaret for spesialistutdanningen til universitetene. Han foreslo også en regionalisering av spesialistutdanningen til universitetssykehusene. Denne meldingen foreslo også opprettelse av undervisningsansvarlig ved hvert sykehus, knyttet til sykehusledelsens stab.

Etter legeloven 1980 og forskrifter hadde departementet myndighet til å fastsette spesialiteter og utdanningskrav. Myndighet til å gi spesialistgodkjenning ble delegert Legeforeningen. Forskrift om spesialistgodkjenning av leger og godkjenning og tilbakekalling av godkjenning som spesialist som trådte i kraft 1.1.1999 erstattet de tidligere forskriftene fra 1982. Bakgrunnen for denne forskriften var beslutningen om å opprette Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording (NR). Forskriften videreførte ønsket om et sterkere myndighetsansvar for spesialistområdet. Forskriften fra 1998 ble i det vesentlige videreført i dagens forskrift om spesialistgodkjenning av helsepersonell fra 2000, gitt med hjemmel i lov om helsepersonell. I 1999 tok staten grep gjennom *Forskrift om spesialistgodkjenning av helsepersonell*.

Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording ble opprettet med et eget sekretariat. (Dette sekretariatet ble lagt inn i Sosial- og helsedirektoratet da den sentrale helseforvaltning ble omorganisert i 2002). Den tidligere

avtalebaserte legemarkedsreguleringen ble erstattet av lovhjemlet reguleringsmyndighet til departementet.

Selv om staten tok formalmakten gjennom disse grepene var det en bred oppfatning at det fortsatt var Den norske Legeforening som satt med den reelle makten. Både foreningens spesialitetsråd og spesialitetskomitéene som Legeforeningen hadde opprettet for alle hoved- og grenspesialiteter, fikk forskriftsfestede oppgaver. Universitetene har som nevnt lagt de praktiske forholdene til rette for gjennomføring av kurs, blant annet med å stille lærekrefter til disposisjon.

De har vært spesialistkomitéene oppnevnt av Legeforeningen og lokale koordinatorfunksjoner som har hatt henholdsvis det formelle faglige og det pedagogiske ansvaret for kursene og den administrative og økonomiske driften av dette.

I 2009 ble helsepersonelloven endret slik at godkjenningsmyndighet ikke lenger var mulig å delegerer til private yrkesorganisasjoner. Helsedirektoratet overtok godkjenningsordningen for legespesialister, tannlegespesialister og optikerspesialister 1.10.2011.

Da Stortinget vedtok lovendringen i 2009 hadde komiteen også en merknad der de ba Regjeringen komme tilbake til Stortinget med en samlet vurdering av helseprofesjonenes spesialisering. Som en start på dette arbeidet ledet Helse- og omsorgsdepartementet en bredt sammensatt arbeidsgruppe som vurderte fremtidig rolle og ansvarsfordeling innen spesialiseringsområdet. Arbeidsgruppens konklusjoner ble nedfelt i *Notat om organisering av fremtidig spesialistutdanning av helsepersonell*. Notatet har ingen formell status, men det foreslår en sterkere myndighetsstyring fra Helsedirektoratet, tydeligere og utvidet ansvar for universitetene, tydeligere ansvar for arbeidsgiverne, og en fortsatt, men nedtonet og mindre formell rolle for profesjonsforeningene.

Da Helse- og omsorgsdepartementet ga Helsedirektoratet i oppdrag å foreta denne gjennomgangen av spesialitetsstruktur og –innhold, ble det også bedt om en vurdering av rolle- og ansvarsfordeling med siktemål å foreta en rydding på området.

I februar 2013 besluttet Helse- og omsorgsdepartementet at Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling skulle nedlegges fra 1.7.13. Samtidig har departementet gjort det klart at det skal være en statlig styring av området for å sikre nødvendig kompetanse til en desentralisert helsetjeneste, og at det er ønskelig med en ryddigere rolle- og ansvarsdeling.

## 11.2 Dagens rolle- og ansvarsfordeling

Forskrift om spesialistutdanning for leger, tannleger og optikere fastsetter generelle rammer og regler for spesialistutdanningen. Utfyllende regler er gitt av departementet som generelle bestemmelser om spesialistutdanning av leger. Disse sier blant annet noe om hvilke oppgaver de forskjellige aktører skal ha og har.

Det er Helse- og omsorgsdepartementet direktoratet som beslutter hvilke spesialiteter vi skal ha, og hva som skal være læringsmål og innhold i utdanningen. Helsedirektoratet godkjenner utdanningsinstitusjoner, og kan trekke godkjenning tilbake eller gi enheten endret status. Helsedirektoratet gir også godkjenning til den enkelte spesialist.

Legeforeningen gir anbefalinger til myndighetene om spesialitetsstruktur, nye spesialiteter, endring i spesialistreglene, tjenestekrav, ferdighetskrav og kurskrav. Vesentlige endringsforslag blir gjenstand for bred prosess i Legeforeningens organer som fylkesavdelinger, fagmedisinske foreninger og yrkesforeninger før sentralstyret gir sin anbefaling til landsstyret som beslutter hvilke råd Legeforeningen skal gi myndighetene. Når departementet i hovedsak følger de anbefalinger som gis, kan det nettopp være et uttrykk for at forslagene har bred forankring og fanger opp mer enn de snevre faginteressene.

Legeforeningens spesialitetskomitéer overvåker kvaliteten i utdanningen. Når det gjelder spesialistutdanningene i sykehus innhentes det systematiske rapporter fra avdelingene, og i tillegg gjøres det besøk i utvalgte avdelinger ved representanter fra komitéene, der de møter sykehusledelse, avdelingsledelse og representanter for overlegene og leger i spesialisering. I 2011 ble det eksempelvis gjennomført 111 slike besøk, fordelt på 37 spesialiteter. Legeforeningen har laget en egen veileder for slike besøk og det skrives rapporter fra slike «tilsynsbesøk».

I følge Universitets- og høyskoleloven §1-3 har universitetene ansvar for å «tilby etter- og videreutdanning innenfor institusjonens virkeområde». Universitetenes oppgave når det gjelder spesialistutdanning av leger har vært å bidra til den teoretiske del av spesialistutdanningen (kursene) for spesialisering i sykehus. Dette har mer handlet om praktisk tilrettelegging. Det er spesialitetskomitéene som har hatt det faglige og pedagogiske ansvaret for kursene, mens koordinatorkontorene har hatt ansvar for den administrative og økonomiske driften av dette.

Utenfor sykehus ligger hovedansvaret på Legeforeningen og da særlig i de fagmedisinske foreninger det angår og i lokalforeningenes kurskomiteer. De aktuelle spesialitetskomitéene tar et stort ansvar for å se til at kurstilbudet er komplett og fordelt over hele landet. Kursene og undervisningstilbudene bygges opp av spesialister som både kan være sykehusansatte, arbeide i kommunene, i forvaltningen eller være universitetsansatte. Det samme gjelder selve undervisningen. Det er imidlertid ikke slik at universitetsenheter (institutter) står som «eiere» av kursene, og garanterer for innholdet. Akademia er også involvert i Legeforeningens spesialitetskomitéer idet det alltid inkluderes en universitetsansatt spesialist, men de er ikke universitetets representant.

Arbeidsgiverne har ansvaret for at spesialistkandidatene får det innholdet i tjenesten som forutsettes av spesialistreglene, inklusive internundervisning og veiledning. De må også gi permisjon med lønn for nødvendige kurs, og permisjon uten lønn for at kandidaten skal få nødvendig tjeneste ved andre avdelinger. Som det fremgår er det et godt utviklet system som skal sikre at vi har de riktige spesialitetene og at spesialistutdanningen holder høy kvalitet. Dette systemet har

blitt utviklet over mange 10-år, i hovedsak av Legeforeningen og engasjerte leger som har nedlagt et stort arbeid på frivillig basis. Formelt har staten overtatt ansvaret for dette området. Med utgangspunkt i Eriksteinutvalgets notat kan det nå være nødvendig å ha en gjennomgang av roller og ansvar. Det bør vurderes om rollene er riktig fordelt, og om de som har rollene faktisk er satt i stand til å ta det ansvar som følger av rollen.

### 11.3 De andre nordiske landene

Ansvaret og rollene vedrørende spesialistutdanningen er ulik i de nordiske landene.

I Sverige er det Socialstyrelsen som godkjenner spesialistene. Den svenske Socialstyrelsen har et eget nasjonalt råd for spesialistjenestegjøring, Nationella rådet för specialiseringstjänstgöring, ST-rådet. Dette skal bistå Socialstyrelsen med arbeidet med legens spesialisttjenestegjøring.

*”Nationella rådet för specialiseringstjänstgöring har till uppgift att bistå Socialstyrelsen med att*

- dela in och benämna de specialiteter inom vilka specialistkompetens kan uppnås samt med att avgöra vad som ska krävas för att få bevis om specialistkompetens,*
- utarbeta målbeskrivningar som avses i 4 kap. 5 § 3 patientsäkerhetsförordningen (2010:1369),*
- stödja sjukvårdshuvudmännen för att uppnå hög kvalitet i specialiseringstjänstgöringen,*
- främja utbildning av handledare inom specialiseringstjänstgöringen,*
- följa upp kvaliteten i specialiseringstjänstgöringen, samt*
- utarbeta kriterier för utbildande enheter för att säkerställa att verksamheten har den bredd och inriktning som behövs för att erbjuda specialiseringstjänstgöring av hög kvalitet”.*

ST-rådet skal ”bistå Socialstyrelsen i frågor om enskilda läkares kompetens i förhållande till fastställda målbeskrivningar”.

Det er Socialstyrelsen som har ledervervet i ST-rådet.

Det er med andre ord Socialstyrelsen som har som oppgave vurdere og avgjøre spesialitetstruktur, utforme målbeskrivelser og å følge opp kvaliteten i spesialistutdanningen etc. Rådet er i så måte rådgivende overfor Socialstyrelsen.

I Danmark er det Sundhedsstyrelsen som godkjenner spesialistene. I Sundhedsstyrelsen er det ansatt 23 medisinskfaglige rådgivere innen forskjellige spesialiteter som overvåker den faglige utviklingen og gir Sundhedsstyrelsen råd i faglige anliggender. De er ansatt for en periode på 3 år om gangen. I enhet for utdanning og autorisasjon er oppgavene formulert slik:

*«Enheden varetager administration og kvalitetsudvikling af den kliniske basisuddannelse for læger, speciallæge- og specialtandlægeuddannelsen samt special- og videreuddannelse af sygeplejersker. Vi administrerer*

*inspektorordningen og besvarer sunhedsfaglige uddannelsesspørsmål for både autoriserte og ikke-autoriserte faggrupper».*

I Finland gjøres selve godkjenningen av universitetet.

På Island er det en spesialitetsnemnd som er oppnevnt av helseministeren, men administrert av universitetet som forestår godkjenningen. Denne nemnden består av tre leger, hvorav lederen kommer fra medisinsk fakultet, en kommer fra legeföreningen og den siste skal være ansvarlig for undervisning i den gjeldende spesialiteten.

#### **11.4 Funksjoner som skal dekkes**

Det er i fire hovedfunksjoner som må ivaretas for at vi til en hver tid skal ha det nødvendige antall spesialister som alle har riktig kompetanse for det arbeid de skal utføre.

- a. *Premissgiver- og styringsfunksjon.* En løpende vurdering av behovet for endringer i spesialitetsstruktur og innhold, og beslutninger som kan styre utviklingen etter endrede behov.
- b. *Utviklingsfunksjonen.* Utvikling av innholdet i, og regelverket for spesialistutdanningen. Utviklingsfunksjonen omfatter videre utviklingen av kurs, pedagogiske verktøy (blant annet e-læring og simulatortrening) og nødvendige verktøy for registrering av status og oppfølging av spesialistutdanningen.
- c. *Implementeringsfunksjon, dvs gjennomføring av de enkelte utdanningstiltakene og sørge for gode utdanningsforløp.* Dette kan både være på individnivå for den enkelte kandidat, og på systemnivå ved å legge til rette for at nødvendig tjeneste, kurs og kompetansetesting osv er strukturert slik at det blir gode og effektive utdanningsløp.
- d. *Kontroll- og tilsynsfunksjon* omfatter monitoreringsaktiviteter eller etterprøving som skal bidra til kvalitetssikring av alle ledd i utdanningen.

##### **11.4.1 Premissgiver og styringsfunksjonen**

Spørsmålet om hvilke spesialiteter vi skal ha, hva som skal være innholdet i de ulike spesialitetene og hvor mange vi trenger innen hver spesialitet har både faglige, helsepolitiske, organisatoriske og økonomiske sider.

Det vil være nødvendig å ha systematiske og brede prosesser som kan fange opp nye behov og vurdere løsninger inn i den kompliserte helhet som helsetjenesten er. Uten tvil må myndighetene ha hånden på rattet i disse prosesser. Like nødvendig er det at profesjonen, universitetene, pasientene og instanser med sørge-for-ansvar deltar med tydelige roller.



Det vil være behov for et verktøy som kan gi gode analyser av status i spesialistutdanningen og være anvendelig i kompetanseplanlegging, både på individnivå, institusjonsnivå og nasjonalt nivå. Dette må utredes videre slik at det anvendelig både for den enkelte lege i spesialisering, den aktuelle utdanningsavdeling, sykehusene, RHF, universitetene og Helsedirektoratet.

Andre prosesser må sikre at den faglige og teknologiske utvikling fanges opp, likeledes epidemiologi og demografi, samt helsepolitiske og økonomiske føringer.

I myndighetsansvaret ligger også godkjenning, både av utdanningsinstitusjoner og av den enkelte spesialist.

#### **11.4.2 Utviklingsfunksjonen**

Utviklingsfunksjonen har fire dimensjoner

- Tilpasse utdanning til beslutninger om endret struktur eller innhold, dvs utvikle kvalitativt gode utdanningstilbud både teoretisk og praksisbasert.
- Utvikle nye læringsmetoder og evalueringsmetoder i takt med nyere pedagogisk kunnskap og nye læringsverktøy.
- Utvikle organiseringen av tjenesten slik at arbeidsplasser og arbeidsmiljø er velegnet for strukturert læring gjennom det løpende arbeidet.
- Innarbeide endringer i regelverket, og utvikle utdanningselementer.

Det er i dag bred enighet om at vi skal ha en nasjonal spesialistutdanning, og at det skal være nasjonale læringsmål. Da må det også være en nasjonal styring av hvordan utdanningsaktiviteter organiseres og gjennomføres.

#### **11.4.3 Implementeringsfunksjonen**

Når læringsmål og krav til tjeneste er nedfelt i spesialistregler, og utdanningens innhold og pedagogikk er utformet, skal det implementeres på en måte som ivaretar både den enkelte lege i spesialisering og helseforetakene som arbeidsgiver.

Helseforetakene har et særlig ansvar for å gi utdanning til sitt helsepersonell samtidig som god og effektiv drift skal ivaretas.

Det er den enkelte utdanningskandidat, arbeidsgiverne og universitetene som deler på ansvaret av den praktiske gjennomføringen av vedtatt utdanning. Likeledes vil Legeforeningen ha en viktig rolle, særlig knyttet til de selvstendig næringsdrivende som er sin egen arbeidsgiver.

#### **11.4.4 Kontroll- og tilsynsfunksjonen**

Spesialistutdanning kan bare gjennomføres ved godkjent utdanningsinstitusjon, her forstått som avdeling/enhet i sykehus som er godkjent av Helsedirektoratet. Unntakene er allmenmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin.

Det må fortsatt være systemer for å sikre at enhetene tilfredsstillende de krav som ble stilt for godkjenning, og at utdanningskandidatene når de læringsmål de skal innen en akseptabel tidsramme. Det er naturlig at det er den instans som godkjenner som også sørger for tilstrekkelig kontroll og oppfølging.

Helsedirektoratet anser tilsyns- og kontrolloppgaver som offentlige oppgaver, både kontroll på system og på individnivå.

I kontrollfunksjonen ligger også løpende evaluering av utdanningsaktivitet for å sikre at denne er i samsvar med forutsetningene.

### **11.5 Forslag til ny oppgavefordeling**

#### **11.5.1 Myndighetenes oppgaver**

Myndighetens oppgaver (her inkluderes Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet) er i første rekke knyttet til rollen som premissleverandør og overordnet oppfølging av spesialistutdanningen. Myndighetene vil i henhold til forslaget ha disse oppgavene:

- Ha løpende oversikt over utdanningsbehov i den enkelte spesialitet, og om nødvendig pålegge helseforetakene å opprette utdanningsstillinger i samsvar med behov
- Beslutte spesialitetsstruktur og endringer/justeringer i denne
- Vurdere kvaliteten ved utdanningsavdelingene
- Godkjenne utdanningsavdelinger ved sykehusene<sup>31</sup>
- Ha oversikt over spesialistutdanningene og å bidra til at disse er tilpasset tjenestenes behov
- Drifte den rådsstruktur som er nødvendig
- Utforme mandater for spesialitetsrådene
- Godkjenne innhold og læringsmål i den enkelte spesialitet
- Utarbeide nødvendige styringssignaler til tjenestene via oppdragsdokument
- Ha nødvendig kommunikasjon mot Kunnskapsdepartementet/universiteter slik at den obligatoriske kursporteføljen er i tråd med behovene i helsetjenesten.
- Evaluere kvaliteten på den enkelte utdanningsavdelingen, og iverksette nødvendige tiltak ved mistanke om svikt
- Forvalte godkjenningsordninger for spesialister.

---

<sup>31</sup> Det foreligger forslag om at helseforetak godkjennes og er ansvarlig for at den enkelte avdeling/enhet holder mål. Forslaget er ikke realitetsbehandlet.

### **11.5.2 Helseforetakenes oppgaver**

Helseforetakene vil ha mange oppgaver knyttet til spesialistutdanningen. Leger i spesialisering er ansatt i helseforetakene og i det meste av tiden er LIS i ordinært arbeid. Utdanning er en av sykehusenes fire oppgaver, jfr lov om spesialisthelsetjenester og det foreliggende forslaget vil underbygge dette ansvaret.

Helseforetakene har følgende oppgaver:

- Ansette et tilstrekkelig antall leger i utdanningsstillinger innen hvert fag
- Sørge for tilstrekkelig antall godkjente utdanningsavdelinger
- Organisere arbeidet slik at leger i spesialisering får optimal læring og et optimalt utdanningsløp
- Sørge for at ansatte leger i spesialisering får tilstrekkelig tjeneste som er nødvendig for å nå læringsmålene
- Sørge for at leger i spesialisering får muligheter til å gjennomføre teoretisk opplæring
- Sørge for at det utdannes nok veiledere via universitetenes veilederkurs
- Sørge for at veiledere inngår i veiledernetverk som universitetene organiserer
- Gjennomføre veiledning for leger i spesialisering i samsvar med kravene
- Utvikle og etablere verktøy/systemer for å kunne evaluere den enkelte slik at attestasjon for tilfredsstillende tjeneste kan utferdiges
- Rapportere systematisk på utdanningsaktivitet og oppnådde læringsmål til RHF og Helsedirektoratet
- Sørge for tilstrekkelig etterutdanning slik at de nasjonale kravene oppnås for den enkelte spesialist
- Sørge for nødvendig videreutdanning utover det den nasjonale spesialitetsgodkjenningen krever for å dekke de kravene som arbeidsoppgavene tilsier.

Fra et arbeidsgiverståsted er leger i spesialisering også en arbeidskraftressurs. Ofte har det vært en realitet at turnusleger og assistentleger har vært helt avgjørende for å få minimum legedekning.

Det er ikke nødvendigvis slik at dess mer og dess lenger man arbeider, dess større kompetanse får man. Arbeider man for det meste alene kan man fort risikere at man ikke lærer og innøver det riktige. Dersom læringsmiljøet ikke er godt nok strukturert eller at praksis ikke er kunnskapsbasert, reduseres kvaliteten på læringsutbyttet. Det må også være system for at utdanningskandidatene får nye (og større) oppgaver og utvidet ansvar etterhvert som utdanningen går fremover. Derfor må utdanningskandidatenes arbeid tilrettelegges med progresjon i kompetanseutviklingen, og det må sikres at det er tilstrekkelig og god veiledning i alle situasjoner der det er påkrevet sett fra et utdanningsperspektiv. Dette er særlig helseforetakenes ansvar å påse bli realisert.

### 11.5.3 *Universitetenes oppgaver*

Den pedagogiske kompetanse finnes i første rekke ved våre universiteter. Nye pedagogiske metoder utvikles, likeledes metoder for løpende kompetansevurdering hos den enkelte.

Pedagogiske verktøy er under stadig utvikling. Ferdighetslaboratorier gjør det mulig å trene inn prosedyreteknikk før prosedyrene utføres på reelle pasienter. E-læring utgjør muligheter for å tilpasse undervisning og tilegnelse av kunnskap til aktuell situasjon og skaper en fleksibilitet som tidligere var umulig.

Det bør være en sentral oppgave for universitetene å sikre at spesialistutdanningen til en hver tid gjennomføres med faglig oppdaterte og best mulige pedagogiske metoder. For at universitetene skal kunne gjøre det, må det etableres en struktur med systemer og roller for å ivareta sammenheng og kvalitet. Det vil si at universitetene trenger å bygge opp en administrativ og faglig stab for å ivareta utdanningsledelse og utvikling for spesialistutdanningen. I de følgende avsnitt presenteres et forslag til fremtidig oppgavedeling mellom aktørene på bakgrunn av en ryddigere funksjons- og ansvarsfordeling. I den omtalte konsekvensutredningen av forslag til ny spesialitetsstruktur presenteres tre ulike modeller for oppgavefordeling til universitetene. Det som her presenteres er modell 1, den såkalte forskningsmodellen. I konsekvensutredningen er det denne som er utredet mest detaljert. Universitetene vil etter denne modellen ha følgende oppgaver:

- Etablere systemer og strukturer som ivaretar utvikling, planlegging, administrering av teoretisk undervisning og utdanningsledelse av de obligatoriske kursene i spesialistutdanningen
- Sikre at det er et kvalitativt og kvantitativt kurstilbud, i samsvar med kravene i spesialistreglene og læringsmålene
- Tilrettelegge og gjennomføre den teoretiske del av utdanningen i henhold til dette. Omfanget anses å være på dagens nivå, dvs gjennomsnittlig ca 150 timer pr spesialitet
- Utvikle og gjennomføre kurs for veiledere slik at disse får god veiledningskompetanse
- Bistå arbeidsgiverne med implementering av veiledning, eksempelvis ved å bidra til veiledernetverk for å stimulere til kvalitativt god veiledning i helseforetakene og kommunene
- Utvikle pedagogiske verktøy, herunder e-læringskurs for obligatoriske teoretiske kurs etter oppdrag fra myndighetenes spesialitetsråd
- Utvikle systemer for evaluering av utdanningskandidatenes teoretiske kunnskap. Herunder er det ønskelig at universitetene både utvikler nasjonale kompetansetester og gjennomfører kompetansetesting innen de obligatoriske teoretiske områder som spesialitetsrådene definerer.
- Utføre kvalitetssikring av universitetenes del av spesialistutdanningen på samme måte som for øvrige utdanningsaktiviteter ved å rapportere om kvalitet i utdanning til KD.
- Gir informasjon om resultatene av kompetansetesting til helseforetakene slik at dette registreres i et elektronisk verktøy til bruk i planlegging og oppfølging av LIS.

- Utforme rapporter fra kompetansetester til bruk i monitorering og forbedring
- Være representert i rådsstrukturen.

Universitetssykehusene bør i tillegg ha oppgaver knyttet til å sikre god pedagogikk ved simulatorsentre og ferdighetslaboratorier som er aktuelle for spesialistutdanningen. Eierstrukturen for disse bør utredes.

Helsedirektoratet anbefaler den beskrevne oppgavedelingen i dette avsnittet.

Et alternativ er at ansvaret for gjennomføring av de teoretiske kursene legges til en nasjonal instans. En slik modell er beskrevet og vurdert nærmere i konsekvensutredningen hvor den omtales som modell 3 - nasjonalt sentermodell. Dersom denne modellen legges til grunn, vil oppgavene skissert i de fem første kulepunktene ovenfor legges til et slikt senter i samarbeid med universitetene og sykehusene.

#### **11.5.4 Oppdragsgiveres oppgaver (RHF og KS)**

RHFenes og KS' ansvar vil være knyttet til å sikre gode rammebetingelser for iverksetting:

- Sikre gjennom avtaler at tjenesteyterne har rammer som muliggjør spesialistutdanning og etterutdanning i samsvar med de oppgavene den enkelte har.

#### **11.5.5 Legeforeningens oppgaver**

Legeforeningen vil være en sentral part i utviklingen av et kvalitativt godt spesialiseringsinnhold, samt ha oppgaver innen iverksettingsfunksjonen:

- Helsemyndighetene vil ha nytte av råd fra Legeforeningen i direktoratets utøvelse av myndighetsstyringen. Dette vil kunne ivaretas gjennom at Legeforeningen gir innspill til Helsedirektoratet
- Kunne delta i myndighetenes råd eller oppnevne representanter i Helsedirektoratets rådsorganer
- Videreformidle relevante erfaringer fra medlemmer i utdanningsløp til myndighetene
- Ha oppgaver knyttet til gjennomføring av utdanningen for de ulike spesialitetene, herunder etter avtale med universitetene om utvikling og gjennomføre kurs for legers videre- og etterutdanning.

En omlegging til ny rolle- og ansvarsfordeling vil måtte gå over tid etter en planlagt prosess og i nær dialog med de berørte aktørene.

## 11.6 Forslag til ny rådsstruktur

Som endel av oppdraget fra departementet, skal direktoratet vurdere ny rådsstruktur.

For at myndighetsrollen skal kunne ivaretas på en tilfredsstillende måte, må derfor etableres en fast rådsstruktur for spesialistutdanning av leger. Denne rådsstrukturen vil ha viktige oppgaver og bør fremfor alt være godt forankret i helseforetakene der spesialiseringen skal skje og i forskningsmiljøer som er oppdatert på den medisinskfaglige utviklingen.

Når det gjelder rådsstruktur, tilrår Helsedirektoratet en todelt modell:

*Et rådsorgan på et nasjonalt, overordnet nivå som kan bidra i de mer overordnede og generelle problemstillinger vedrørende spesialitetstrukturen. Det bør blant annet vurdere endringsbehovet som følge av endringer i fagutvikling, sykdomsbildet, teknologisk utvikling, organisering av helsetjenesten eller andre forhold.*

Et slikt råd vil også måtte se utviklingen i landet under ett slik at det ikke oppstår regionale eller lokale forskjeller i helsetilbudet.

Dette rådet vil også vurdere behov for endringer i spesialitetsstruktur og –innhold for enkeltspesialiteter, både på bagrunn av innspill fra fagmiljøene innen de enkelte spesialitetene og det datagrunnlaget som samles inn gjennom monitoreringsopplegget (blant annet gjennom resultater av kompetansetester og gjennomføringsevne).

I et slikt råd bør arbeidsgiverne, de med sørge-for-ansvar, de medisinske fakultetene, Legeforeningen og pasientorganisasjoner være representert. Dette rådet vil overta noen av de oppgavene som Nasjonalt råd for legenes spesialiteter og legefordeling har hatt, men skal ikke ha myndighetsoppgaver.

Myndighetene kan ikke, og bør ikke, selv ha tilstrekkelig faglig kompetanse for å følge med på medisinskfaglig utvikling i alle spesialiteter eller utvikle læringsmål for den enkelte spesialitet.

For å kunne iverksette en ny rolle- og ansvarsdeling, vil det måtte opprettes et råd for hver spesialitet. Oppgavene til de nye spesialitetsrådene vil være å vurdere behovet for endringer innen sin spesialitet ut fra fagets utvikling og andre forhold, utforme utbyttedefinerte og etterprøvbare læringsmål, utforme utkast til nye spesialitetsregler, vurdere situasjonen vedrørende kvaliteten på spesialiseringsopplegg og veiledningsopplegg, samt bidra i utformingen av kursinnhold, pedagogisk opplegg etc i samarbeid med universitetene.

Disse rådene bør også være rådgivende i spesialistgodkjenningssaker som Helsedirektoratet i dag bruker Legeforeningens spesialitetskomitéer til.

Rådene bør oppnevnes av Helsedirektoratet, etter forslag fra foretakene, universitetene og Legeforeningen. I spesialitetsrådene bør det kun være representanter med spesialistkompetanse foreslått av helseforetakene eller KS,

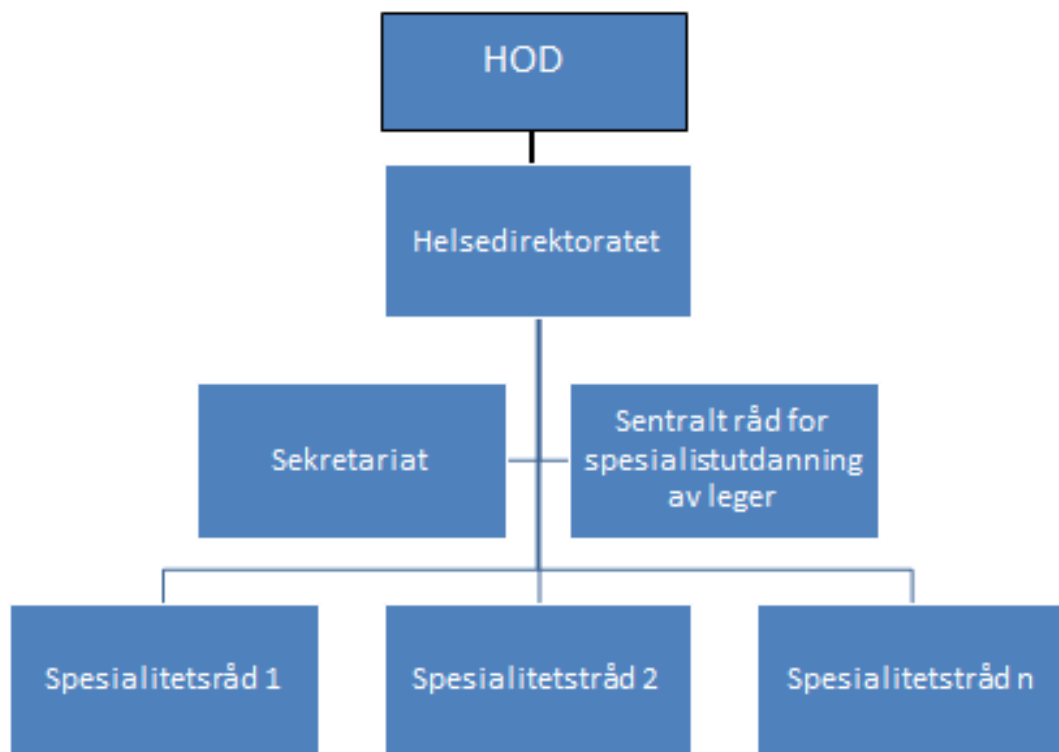
og de fagmedisinske foreningene i Legeforeningen. En representant for leger i spesialisering bør være med. De medisinske fakultetene skal være representert med akademisk kompetanse og utgjøre forbindelsen til universitetene.

Helsedirektoratet utpeker leder. Rådene bør være relativt små, og kunne finne gode og ressursbesparende arbeidsformer.

Spesialitetsrådene vil rapportere direkte til Helsedirektoratets sekretariat som får beslutningsmyndighet til å treffe beslutninger i saker som ikke departementet skal avgjøre. Dette vil med andre ord innebære kort veg og lite byråkrati fra fagmiljøenes anbefalinger til vurdering og beslutning.

Det vil være et betydelig arbeid som skal gjøres ved etablering av nye spesialistregler. Det bør derfor være et råd for hver spesialitet i denne fasen. Senere, når man kommer over i en mer stabil drift av en etablert struktur, kan det vurderes om det kan være mulig å slå sammen råd for grupper av spesialiteter.

Figur 11.1 Forslag til ny rådstruktur



## Vedlegg 1 Oversikt over deltakerne i arbeidsgruppene

### Arbeidsgrupper for ulike

#### spesialiteter:

##### Arbeidsgruppe 1

Jeanne Mette  
Goderstad  
Gottfried Greve  
Øystein Grimstad  
Per Mathisen  
Fred Mürer  
Elisabeth Siebke  
Gunnar Skavoll  
Øystein Stubhaug  
Bjørn Øglænd  
Cecilia Øien  
Oddbjørn Øien  
Tale Norbye Wien  
(fasilitator),  
Helsedirektoratet

##### Arbeidsgruppe 2

Çiğdem Akalin Akkök  
Petter Brelin  
Ying Chen  
Lars Eikvar  
Tore Lier  
Astrid Marthinsen  
Cecilie Nordstrand  
Arne Reimers  
Cecilie Rustad  
Stein Samstad  
Arne Stray-Pedersen  
Torsten Risør  
Frode Willoch  
Tale Norbye Wien  
(fasilitator),  
Helsedirektoratet

##### Arbeidsgruppe 3

Michael Bretthauer  
Odd Helge Gilja  
Guri Løvik Goll  
Edvard Hauff  
Einar Kristoffersen  
Morten Mowe  
Sindre Mellesmo

Richard Olaussen  
Erik Olsen  
Fredrik Schjesvold  
Robert Tunestveit  
Per Olav Vandvik  
Kristin Ørstavik  
Stein Evensen  
(fasilitator),  
Helsedirektoratet

##### Arbeidsgruppe 4

Erling Bjordal  
Bart Baekelandt  
Ingrid Slørdahl Conradi  
Paulina Due-Tønnesen  
Liv Einmo  
Anne Marie Flovik  
Erik Haug  
Rune Haaverstad  
Øivind Irtun  
Roar Kloster  
Stefan Kutsche  
Even Mjøen  
Arne Refsum  
Birgitte Sterud  
Gerd Tranø  
Olaug Villanger  
Halfdan Aas  
Stein Øverby  
Erik Fosse (fasilitator),  
Helsedirektoratet

##### Arbeidsgruppe 5

Jostein Dale  
Thomas Glott  
Anette Fosse  
Marit Hermansen  
Hans Høvik  
Henning Mørland  
Frantz Leonard Nilsen  
Torleiv Svendsen  
Tom Ole Øren  
Kjell Maartmann-Moe  
(fasilitator),  
Helsedirektoratet

##### Arbeidsgruppe 6

Elisabeth Arntzen  
Aslak Aslaksen  
Johan Hellund  
Marit Morken  
Mona Elisabeth  
Revheim  
Paulina Due –  
Tønnesen  
Johan C Hellund  
Frode Willoch  
Thuy Lu  
Tor Skatvedt Egge  
Tore Bach-Gansmo  
Jørgen Holmboe  
(fasilitator),  
Helsedirektoratet

##### Arbeidsgruppe 7

Jan Ole Røvik  
Erling Mossige  
Kathinka Meirik  
Karen Marie Birkeland  
Tore Rune Strøm  
Tordis Sørensen  
Høifødt  
Christine Bull Bringager  
(fasilitator), OUS

##### Arbeidsgruppe spesialitet i akuttmottak

Anne Taule  
Dag Jakobsen  
Erna Harboe  
Fred Mürer  
Guro Birkeland  
Hans Olav Breidablikk  
Nezar Rauf  
Sindre Mellesmo  
Terje Tollåli  
Øyvind Grådal  
Øystein Stubhaug  
Yngve Mikkelsen

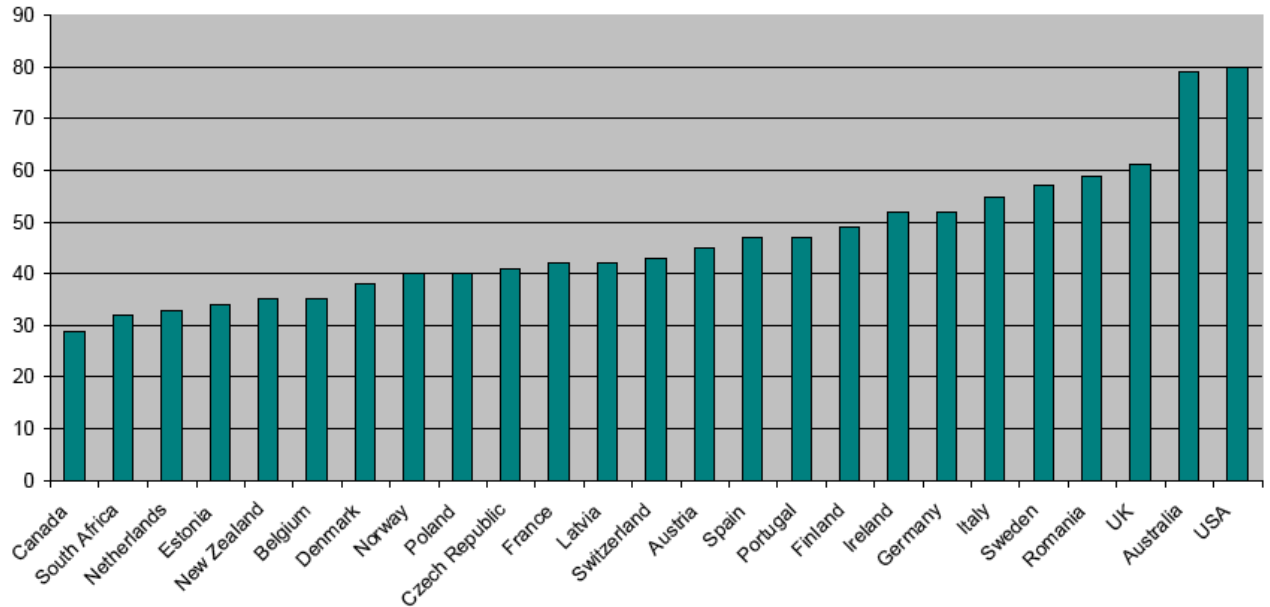


## Vedlegg 2: Internasjonal utvikling i spesialitetsstruktur

### Generelt

Som fremstillingen nedenfor viser at antall spesialiteter varierer i ulike land, fra i underkant av 30 i Canada til 80 i USA<sup>32</sup>.

Tabell 13.1 Antall spesialiteter i et utvalg land



Både Australia og USA utmerker seg med flest spesialiteter.

Både i Sverige, Danmark og Finland har det blitt foretatt gjennomganger av spesialistutdanningen for leger.

### Sverige

I Sverige er det i alt 57 spesialiteter, derav 31 hovedspesialiteter («basspesialiteter»), 24 grenspesialiteter og 3 tilleggsspesialiteter.

Etter grunnutdanningen gjennomføres allmenntjenestegjøringen (turnustjeneste) av 18 - 24 måneders varighet. Allmenntjenestegjøringen avsluttes med en muntlig og en skriftlig prøve.

Spesialiseringen består av

- Praktisk tjenestegjøring
- Kompletterende utdanning

I 2006 gjennomførte Sverige endringer både i spesialitetsstruktur, antall spesialiteter og kvalitetsvurderingene. Det ble også levert en utredning av Sosialstyrelsen i mai 2012.

I Sverige legges det stor vekt på målbeskrivelsene, dvs angivelse av de kunnskaper, ferdigheter og holdninger som legen skal ha tilegnet seg gjennom spesialiseringsløpet. Målbeskrivelsene omfatter både faglig/medisinsk kompetanse, kommunikasjons-, leder- og vitenskapelig kompetanse.

<sup>32</sup> Specialties, sub-specialties and progression through training the international perspective. August 2011 General Medical Council, UK

I de seneste utredningene kan utvikling i Sverige oppsummeres å ha en del utviklingstrekk:

Grenspesialiteter er omgjort til hovedspesialiteter

Det er innført felles kunnskapsbase for flere av spesialitetene

Det er opprettet nye sub-spesialiteter som følge av utviklingstrekk: nevroradiologi, nukleærmedisin, gynekologisk onkologi, skolehelse, alderspsykiatri, palliativ medisin og «vårdhygiene».

Prinsipielt kan dette karakteriseres som en utvikling både mot større bredde (ved innføring av større felles kunnskapsbaser) og mot større grad av spissing (med flere subspesialiteter).

Selv om det internasjonale perspektivet og hensynet til Europa har blitt tatt i betraktning i gjennomgangen av spesialistutdanningen i Sverige, har dette ikke vært avgjørende for resultatet. Det er likevel nyttig å se til andre land for ideer og inspirasjon, slik at land blir mest mulig harmoniserte med hverandre, og kan i større grad dra nytte av internasjonalt samarbeid.

### **Danmark**

Danmark gjennomgikk flere omfattende endringer på spesialistområdet på begynnelsen av 2000-tallet. Nåværende struktur ble introdusert i 2004. Alle grenspesialitetene i Danmark ble fjernet, og mange av disse ble gjort om til fagområder som kan utvikles både i og på tvers av hovedspesialitetene. Det finnes per i dag 37 hovedspesialiteter, i tillegg til fagområder (tidligere grenspesialiteter). Godkjente spesialiteter i Danmark står i tråd med eksisterende spesialiteter i EU og Norden, og tar hensyn til gjeldende EU-direktiver og nordiske konvensjoner om utdanning og godkjente spesialiteter.

Det ble opprettet et nasjonalt råd for videreutdanning av leger, som fungerer som en rådgiver for myndighetene på dette området. Det er Sundhetsstyrelsen som styrer virksomheten til det nasjonale rådet. Sundhetsstyrelsen har ansvaret for spesialistgodkjenning, mens Helsedepartementet beslutter hvilke helsegrupper som skal ha offentlig spesialistgodkjenning. I tillegg er det tre spesialistutdanningsråd i regionene Øst, Sør og Nord, som fungerer som rådgivere overfor regionene, fatter vedtak vedrørende fordeling av utdanningsplasser, godkjenner utdanningsinstitusjoner og utdanningslengde. Det har skjedd en desentralisering av oppgaver til regionen, som har hatt en rekke fordeler med hensyn til lokal utdanningskapasitet og lokal kvalitetssikring. Den samlede organiseringen er stor og kompleks, og oppleves av noen som uoversiktlig og altfor byråkratisk med mye papirarbeid.

I tråd med anbefalinger fra Spesialistkomiteen ble det i tillegg gjort endringer i innholdet i spesialistutdanningen. Kommisjonen anbefalte også at videreutdanningens organisatoriske rammer skulle endres.

Utdanning:

Spesialistutdanningen i Danmark består av ett medisinstudium på 6 år, deretter en videreutdannelse på sykehus eller i praksis på 1 år (klinisk basisutdannelse),

og til slutt en 5-6-årig spesialistutdanning innen et område. Hele utdanningen tar 12-13 år, selv om dette i realiteten blir lengre med forskning og andre aktiviteter.

Turnustjenesten har blitt erstattet av en 1-årig klinisk basisutdanning som inneholder en introduksjonsdel og et hovedforløp. Denne basisutdannelsen er en forutsetning for å begynne på spesialistutdannelsen. Hovedutdannelsen for alle spesialitetene varer mellom 48-60 måneder, og inneholder en praktisk del og en teoretisk del ved ulike avdelinger og allmennpraksis. Ansettelse skal foregå ved minst to avdelinger (tostedskravet) med minimum 12 måneder varighet innen en spesialitet, i tillegg til eventuell tjeneste i en annen spesialitet. Hovedutdannelsen er ikke forankret ved en avdeling, og kandidatene kan derfor jobbe på tvers av avdelinger.

Den teoretiske delen innebærer kurs og forskning. Det har blitt lagt vekt på å beskrive utdanningsmålene for spesialitetene så konkret som mulig. Beskrivelsen av 'den gode legen' ble introdusert i 2000, som sier at en lege skal være en medisinsk ekspert, en akademiker, være god i kommunikasjon, være profesjonell, ha gode samarbeidsevner og lederferdigheter, og kunne informere om helse. Dette er egenskaper som ikke kan oppnås i den kliniske utdanningen, og den teoretiske utdanningen skal derfor skje i sammenheng med den kliniske. Forskningstrening er obligatorisk, og skal bidra til å sikre at legen i spesialisering er oppdatert på den faglige utviklingen på området sitt og bidra til en mer vitenskapsbasert helsevesenet.

### De nordiske landene

Sammenligner vi de nordiske landene, ser vi at både antall spesialiteter og varighet synes forskjellige for spesialistutdanningene.

Tabell 13.2 Antall hoved- og grenspesialiteter i de nordiske landene. 2012.

	Norge	Sverige	Danmark	Finland	Island
Hovedspesialiteter	30	31	38	49	33
Grenspesialiteter	14	24+2	-	-	39

Tabell 13.3 Varighet på utdanningen i de nordiske landene. 2012.

	Norge	Sverige	Danmark	Finland	Island
Grunnutdanning	6	5,5	6,5	6	6
AT/turnus	1,5	1,75	1,5	-	1
Spesialistutdanning	5-8	Min 5	3,5-7,5	6-8	4,5-7,5
Sum år	12,5-15,5	Min 12,25	11,5-15	12-14	11,5- 14,5

Et felles element er imidlertid at det er en felles kunnskapsgrunnlag for grupper av spesialiteter.

### Skottland

Helsetjenesten i Skottland er organisert i National Health Service (NHS), som består av en rekke nasjonale organisasjoner. Skottland er delt i 14 regioner som er styrt av NHS-styrer, ansvarlige for planlegging og organisering av helsevesenet i området sitt. I tillegg finnes det egne styrer for nasjonale spesialisthelsetjenester. Det finnes per i dag over 60 hovedspesialiteter i

Skottland, samt grenspesialiteter. Det er helsedepartementene i England, Skottland, Wales og Nord-Irland som er ansvarlig for videreutdanningen av leger. Mens undervisningsplanen blir bestemt av regjeringen, er det de fire departementene som er ansvarlige for administrasjonen og implementeringen av dette i sine områder.

Det har skjedd store endringer i Skottland når det gjelder spesialistutdanning og struktur. Som i Norge, så ble det innført en reform i 2004 med stor fokus på samhandling, og dette har virket inn på både utdanning og læringsmål. Modernising Medical Careers (MMC)-programmet erstattet det gamle systemet med et 2-årig basisutdanning (Foundation Programme), som fungerer som en overgang fra studiene og inn i arbeidslivet. Her får de nyutdannede legene praksiserfaring i både allmenntidisin og andre spesialiteter, og meningen er at de etter fullført opplegg, skal oppfylle alle de nasjonale kravene som blir nå stilt til leger i praksis. Når kandidaten har fullført dette programmet, fordyper han/hun seg i en spesialitet i ca 7 år før de oppnår spesialiststatus. Målet med denne nye ordningen er å skape leger som er mer fleksible og mer forberedt til å takle utfordringene i det moderne NHS-systemet, samt forbedre kvaliteten på utdanningen. Det har vært fokus på å lage konkrete utdanningsmål for alle spesialitetene, og utvikle systemer som kan best evaluere at disse målene blir oppnådd.

De siste årene har det vært diskusjoner over den økende spesialiseringen på flere områder, og at det kan oppstå en situasjon der det er altfor mange utdannede spesialister. Dette kan sette den fremtidige rollen til allmennlegene i fare. Det har tidligere vært vanskelig å balansere spesialistrollen og allmennlegerrollen, for eksempel i akuttmottak, og det jobbes nå aktivt for å skape bedre samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

## **EU**

Det er i første rekke mulighetene for internasjonal utveksling av arbeidskraft som vil være avgjørende.

Det er flere likhetstrekk, men også en rekke forskjeller i spesialitetsstruktur innen EU-landene.

Antall spesialiteter varierer som vist i tabell 13.1 mellom 32 i Nederland til over 60 i Storbritannia.

Et likhetstrekk finner vi i en viss common trunk-delen blant beslektede spesialiteter som utgjør mellom 2 og 3 år av den totale spesialistutdanningen. Sverige utmerker seg med en stor vekt på felles kunnskapsbase. I den svenske utredningen som nylig kom om legenes spesialistutdanning<sup>33</sup>, heter det at «det internasjonella perspektivet mot övriga Europa har tagits i beaktning i översynen av läkarnas specialitetsindelning, men har inte varit av avgörande betydelse».

---

<sup>33</sup> Sosialstyrelsen: Översyn av läkarnas specialitetsindelning. 2012.

# Litteraturliste

Agenda for Change Terms and Conditions of Service (version 2, 2007) Updated April 2008 [www.paymodernisation.scot.nhs.uk/](http://www.paymodernisation.scot.nhs.uk/)

Berg, Ole: Spesialisering og profesjonalisering. Del 1: 1809-1983 – Den gamle helseforvaltning. Statens helsetilsyn 2009.

Better Health Better Care: A Discussion Document. Scottish Government. August 2007. [www.scotland.gov.uk/](http://www.scotland.gov.uk/)

Bloom Benjamin: The Taxonomy of Educational Objectives, The Classification of Educational Goals, Handbook I: Cognitive Domain. 1956

Building a Health Service Fit for the Future: A National Framework for Service Change in the NHS in Scotland. Kerr Report. Scottish Executive, May 2005. [www.scotland.gov.uk/](http://www.scotland.gov.uk/)

Delivering for Remote and Rural Healthcare. Scottish Government, May 2008. [www.scotland.gov.uk/](http://www.scotland.gov.uk/)

Den norske legeforening: Utredning av spesialitetsstrukturen og spesialistutdanningen i de kirurgiske fagene. Utredning foretatt av et utvalg oppnevnt av Sentralstyret Dnlf. 2002.

Den norske legeforening: En vurdering av spesialitetsstrukturen i Norge. En utredning utarbeidet av spesialitetsrådet ved et arbeidsutvalg ledet av Jørgen J Jørgensen. 2002.

Den norske legeforening: Spesialistutdanningen av leger. 2009.

Den norske legeforening: Utredning av spesialitetsstruktur. 2013.

Den norske legeforening: Utredning av legespesialisters etterutdanning. 2013.

Den norske legeforening: Hva er god veiledning? En praktisk innføring i veiledning av leger i spesialisering i sykehus. 2013.

Frank JR, Jabbour M, Tugwell P, et al.: Skills for the new millenium: Report of the societal needs working group, Can MEDS 2000 Project. Annals Royal College of Physicians and Surgeons of Canada 1996.

Gula boken. Den svenska läkarföreningen, 2010

Haave, Per: I medisinenes sentrum. Den norske legeforening og spesialistregimet gjennom hundre år. Unipub 2011.

Helse- og omsorgsdepartementet: Generelle bestemmelser for spesialistutdanning av leger. 2009.

Helse- og omsorgsdepartementet: Spesialistområdet – presisering av oppdrag i tildelingsbrevet 2011. Brev av 04.05.2011

Heløe, Leif Arne: «Velferdsstatens grenser», kronikk i Klassekampen, 23.03.2013

Lai, Linda: Strategisk kompetansestyring. 2004.

Larsen, Øivind: The Shaping of a Profession. Physicians in Norway, Past and Present. Science History Publications/USA. 1996.

Modernising Medical Careers. [www.mmc.nhs.uk/](http://www.mmc.nhs.uk/)

Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling (NR): Utdanning av leger i sykehusbaserte spesialiteter. Utredning nr 1. Januar 2001

Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling (NR): Etterutdanning av legespesialister. Utredning nr 2. Februar 2002.

Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling (NR): Vurdering av spesialitetsstrukturen i indremedisin og kirurgi. Utredning nr 4. Mars 2004.

Samnordisk Arbetsgrupp för Prognos- och Specialistutbildningsfrågor: Läkares vidareutbildning i de nordiska länderna, 2010.

Socialstyrelsen: Översyn av läkarnas specialitetsindelning, 2012

Statens helsetilsyn: Specialisthelsetjenester i indremedisin og kirurgi. Utredningsserie 1-96

St meld nr 24 (1996-97): Tilgjengelighet og faglighet – Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste

St meld nr 47 (2008-2009): Samhandlingsreformen. Rett behandling- på rett sted – til rett tid

St meld nr 13 (2011-2012): Utdanning for velferd. Samspill i praksis.

St meld nr 16 (2010-2011): Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)

Tidsskrift for Den norske legeforening 2009:129:1485 av Einar Skoglund

Torsten Risør: Why don't we take a look at the patient? An anthropological analysis of how doctors become doctors. PhD thesis. Aarhus Universitet, 2010.

Wangberg, Malvik, Røkkum, Munkvold, Jahr, Berge og Rugsveen: Kompetanse i Front. Prosjektoppgave i KLoK. Universitetet i Oslo, 2011.

White et al: Impact of senior clinical review on patient disposition from the emergency department. Emerg Med J 2010

Wyller TB.: En døende spesialitet? Tidsskrift for Norske Legeforening nr. 16, 2012; 132 1843. doi: 10.4045/tidsskr.12.0860

[www.rmf.harvard.edu/Clinican-Resources/Article/2011/High-Risk-Areas](http://www.rmf.harvard.edu/Clinican-Resources/Article/2011/High-Risk-Areas)



**Helsedirektoratet**

Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo

Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01

[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)

