

Spesialistutdanningen i Norden

TEMA

INGER JOHANNE ØIEN

Email: inger.johanne.oien@legeforeningen.no

EINAR SKOGLUND

Email: einar.skoglund@legeforeningen.no

UTDANNINGSAVDELINGEN

Den norske lægeforening
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo

En overenskomst om felles nordisk arbeidsmarked for visse yrkesgrupper innen helsevesenet og for veterinærer gir nordiske leger rett til å arbeide på tvers av landegrensene og ha med seg sin kompetanse, for eksempel sin spesialistgodkjenning, til et annet nordisk land. Denne retten gjør det nødvendig for landene å samarbeide om spesialistutdanningen. Målbeskrivelsene for den enkelte spesialitet er langt på vei den samme, men de nordiske land har valgt ulik organisering av spesialistutdanningen. Det er store variasjoner fra det regelstyrte utdanningssystemet med stillingstyper og undervisningsprogrammer til det målstyrte, som vektlegger målbeskrivelser og krav til minimumstid.

I forhold til antakelsen i den nordiske overenskomsten om identisk nivå og lik kvalitet på spesialistutdanningen i Norden, synes det ikke å være noen samordning mellom landene når det gjelder den organisatoriske oppbygging av utdanningssystemet.

En overenskomst om felles nordisk arbeidsmarked for visse yrkesgrupper innen helsevesenet og for veterinærer (1) gir nordiske leger med spesialistgodkjenning fra ett nordisk land rett til å ha med seg denne formelle kompetansen til et annet nordisk land. Overenskomsten gjør det nødvendig for de nordiske landene å samarbeide om spesialistutdanningen. Det nordiske kontaktorgan for lægers videreuddannelse (2) utarbeidet i 1980-årene oversikter over godkjente spesialiteter og hvordan spesialister kunne utveksles mellom landene. Samtidig begynte de nordiske

legeforeningene å utarbeide målbeskrivelser for spesialitetene.

Til grunn for overenskomsten ligger en overordnet antakelse om at kvaliteten og nivået på spesialistutdanningen er lik innen Norden. En viktig oppgave for de nordiske landene – i tillegg til å ha spesialiteter som ivaretar behovet for medisinsk kompetanse – blir derfor å harmonisere kravene til den enkelte spesialitet. I denne artikkelen vurderes i hvilken grad den nordiske overenskomsten har påvirket de nordiske lands organisering av spesialistutdanningen.

Materiale og metode

Artikkelen bygger hovedsakelig på utredninger fra de nordiske legeforeninger gjennom Samnordisk Arbetsgrupp för Prognos- och Specialistutbildningsfrågor (3) og overenskomsten om felles nordisk arbeidsmarked for visse yrkesgrupper innen helsevesenet og for veterinærer (1). Vi har tatt for oss organiseringen av spesialistutdanningen for hvert av de nordiske landene fra midten av 1980-årene og frem til i dag, fordi denne perioden representerer relativt store endringer i struktureringen av spesialistutdanningen i Norden. En oversikt over antall spesialiteter i hvert land og minimumskrav til utdanning er gitt i tabell 1 og tabell 2.

NORGE

Sosial- og helsedepartementet har ansvaret for spesialistutdanningen. Fra 1.1. 1999 er det opprettet et nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling, som er departementets rådgivende organ i saker som angår spesialistutdanningen. Godkjenning av spesialister er delegert til Den norske lægeforening, som driver et utstrakt kvalitetssikringsarbeid ved hjelp av sine spesialitetskomiteer og spesialitetsrådet.

Spesialistutdanningen reguleres dels av spesialistreglenes bestemmelser for spesialistutdanningen (4) og stillingsstrukturavtalen (5), dels gjennom bruk av målbeskrivelse og prosedyrelister/sjekklistor/operasjonslister.

Stillingsstrukturavtalen trådte i kraft i 1986. Det er en avtale mellom staten, Kommunenes Sentralforbund, Oslo kommune og Legeforeningen som skal ivareta organiseringen av spesialistutdanningen, sikre nødvendig utdanningskapasitet, en rimelig geografisk fordeling av legespesialister og forsvarlig kvalitet i utdanningen. Antall stillinger med tidsbegrenset tilsetningstid skal ikke være høyere enn hva som er påkrevd av hensyn til spesialistutdanningens geografiske spredning, kvalitet og kapasitet.

Stillingsstrukturavtalen har vært revidert flere ganger. Den er foreløpig forlenget ut år 2000. Det er et problem at enkelte sykehus ikke har etterlevd avtalen, blant annet ved å opprette utdanningsstillinger utenom avtalen.

Verdien av tjenesten bestemmes av avdelingens utdanningsstatus. Med unntak av spesialitetene allmennmedisin, arbeidsmedisin, barne- og ungdomspsykiatri, patologi, psykiatri og samfunnsmedisin deles de godkjente avdelingene inn i to grupper – gruppe I og gruppe II. Landsstyret i Den norske lægeforening gav i oktober 1999 sin tilslutning til å avvikle gruppeføringen av utdanningsavdelinger og i stedet avkreve kandidatene ett års akademisk tjeneste eller et prosjektarbeid.

Spesialiteten allmennmedisin har i Norge sin vesentligste utdanning i primærhelsetjenesten, i motsetning til i de andre landene, der den er mer sykehusbasert. Allmennmedisin og samfunnsmedisin har gruppebaserte veiledede utdanningsprogrammer.

DANMARK

Ansvaret for spesialistutdanningen er lagt til Sundhedsministeriet, som i sin tur har delegert ansvaret til Sundhedsstyrelsen. Spesialistdiplom gis av Sundhedsstyrelsen. Det er oppnevnt en spesialistnemnd som har rådgivende funksjon i spørsmål som gjelder spesialistkompetanse og forslag om endring i spesialistreglene.

I Danmark etablerte man rundt 1990 en form for blokkutdanning som er knyttet til stillingstyper og stillingsnumre med definerte utdanningsprogrammer. Tjenesten gjennomføres i introduksjonsstilling, undervisningsstilling og 1. reservelege-stilling. Undervisningsstillingen og 1. reservelege-stillingen er knyttet sammen med et klassifikasjonsnummer (6). Kun stillinger som har et slikt klassifikasjonsnummer, teller som ledd i spesialistutdanningen. Klassifiseringen av den enkelte stilling skjer på bakgrunn av spesialitetens målbeskrivelse, utdanningsprogrammet for stillingen og sykehusavdelingens funksjonsområde, størrelse og tilrettelegging av arbeidet. Gjennom klassifiseringen av stillingene knyttet til det enkelte sykehus klassifiseres sykehusene. En rekke leger har ikke fått stilling innen blokkutdanningen. Vi har registrert en økende tendens til at danske leger som ikke klarer å skaffe seg klassifikasjonstjeneste i Danmark, søker norsk spesialistgodkjenning. Spesialiteten konverteres deretter til dansk spesialistgodkjenning. Det kan synes som om det danske systemet verken gir tilstrekkelig smidighet eller tilstrekkelig utnyttelse av utdanningspotensialet i sykehusavdelingene.

SVERIGE

Ansvar for spesialistutdanningen er lagt til Socialstyrelsen, som også utsteder spesialistdiplom. Fra en svært regelstyrt spesialistutdanning gikk man i Sverige i 1992 over til et utdanningssystem der tidsrammen og spesialitetens målbeskrivelse er de viktigste styringsinstrumentene. Det er målbeskrivelser for alle spesialitetene, med detaljerte krav til kunnskaper og ferdigheter som legen skal tilegne seg i løpet av spesialistutdanningen. Utdanningstiden er fleksibel og avhengig av måloppnåelse gjennom en avtale mellom sykehusavdeling og utdanningskandidat. Dog er det krav om minst fem års utdanning av hensyn til minimumskravet i EØS-avtalen (7).

Tjenesten gjennomføres i underordnet stilling under veiledning og skal følge en individuell tjenestegjøringsplan. Chefsöverläkaren skal, i samråd med utdanningskandidatens veileder, bekrefte at legen oppfyller målbeskrivelsens krav. Denne bekreftelsen vedlegges søknad om spesialistgodkjenning.

Det gjennomføres ingen formell godkjenning av utdanningsavdelingene, heller ikke er det rapporteringsplikt for sykehusene. I praksis kan ethvert sykehus gi spesialistutdanning og tilsette så mange leger det måtte ha behov for og råd til. Legenes tilsettingsforhold blir tilpasset tilbud og etterspørsel på arbeidsmarkedet og sykehusets økonomi.

I Sverige gjennomførte man blokkjeneste både for turnustjenesten og spesialistutdanningen fra tidlig i 1970-årene. For hver turnusstilling skulle det i prinsippet finnes en stilling for spesialistutdanning. Fra 1992 ble systemet avløst av en målstyrt utdanning med detaljert beskrivelse av innholdet i tjenesten gjennom egen målbeskrivelse for spesialiteten. Bakgrunnen for det nye utdanningssystemet er utredningen LSU 85 (Läkarnes specialistutbildning) (8) og utarbeiding av målbeskrivelser for den gang 60 spesialiteter. Utredningen åpnet for en målstyrt spesialistutdanning, med betydelig avregulering i forhold til det tidligere systemet. Grunntanken var at spesialistutdanningen skulle kunne gjennomføres desentralisert. Man ønsket ikke noen form for detaljstyring, men å overlate reguleringen til markedsmekanismene.

FINLAND

Finland skiller seg ut ved at "legitimation" (autorisasjon) gis ved avsluttet studium uten obligatorisk turnustjeneste. Deretter kommer to års "allmänutbildning", som både kan oppfylle EUs allmennpraktikerdirektiv og være del av spesialistutdanningen.

Det er de fem medisinske fakultetene som har ansvaret for spesialistutdanningen og som utsteder spesialistgodkjenning i Finland. Spesialistutdanningen består av allmennutdanning og videreutdanning. I midten av 1990-årene gjennomgikk organiseringen av spesialitetene en endring for bedre tilpassing til EU-reglene (7). Endringen har imidlertid fått liten betydning i praksis.

Allmennutdanningen utgjør to år, og følger rett etter den seksårige grunnutdanningen. Det første året består av seks måneders tjenestegjøring i primærhelsetjenesten og seks måneder i sykehusjeneste. Det andre året er valgfritt. Flere spesialiteter har dog spesifiserte krav eller anbefalt tjenestegjøring under det valgfrie året, avhengig av hvilken spesialistutdanning det gjelder. Den valgfrie delen kan sees på som en slags sideutdanning, samtidig er den også turnustjeneste. Spesialistutdanningen avsluttes med en universitetsseksamen som avlegges ved de medisinske fakultetene.

Videreutdanningen omfatter dels praktisk tjeneste på definerte utdanningssteder, dels systematisk kursundervisning. To til tre år av hovedutdanningen skal gjennomføres ved en universitetsklinikk eller en annen institusjon som fakultetet har godkjent. Samtlige medisinske fakulteter har egne organer som har til oppgave å styre og kontrollere videreutdanningen som skjer i deres regi. Arbeidet koordineres av en nasjonal samrådsgruppe, der fakultetene, undervisningsministeriet og Finlands Läkarförbund er representert.

ISLAND

Helseministeren fastsetter regler om spesialistutdanning etter forslag fra det medisinske fakultetet, som i sin tur får forslag fra videreutdanningsrådet og de respektive spesialforeninger.

Spesialistutdanningen omfatter praktisk tjenestegjøring i underordnet stilling ved nærmere definerte utdanningsinstitusjoner. Videreutdanningen gjennomføres ved sykehus som godkjennes av helseministeren etter anbefaling fra en nemnd.

70 – 80 % av de islandske legene reiser utenlands etter avsluttet allmennutdanning (inkludert turnustjeneste på 12 måneder). Dette medfører en annen struktur på legesammensetningen enn den vi finner i de andre nordiske landene, med relativt få erfarne underordnede, men mange spesialistkompetente leger. De fleste islandske spesialister er utdannet i utlandet.

Diskusjon

Felles for de nordiske land er at spesialistutdanningen skal gjennomføres i underordnet legestilling under veiledning og supervisjon. Utdanningsforløpet varierer, med minimumskrav fra fire og et halvt til åtte år, avhengig av om grenutdanning er inkludert i spesialistutdanningen. I Danmark er det et krav at tjenesten er gjennomført innenfor en blokk og etter et bestemt mønster, i motsetning til i Sverige, der man kun krever tjeneste i underordnet stilling. Som det eneste landet i Norden er det i Sverige heller ikke krav til tjeneste ved formelt godkjente utdanningsavdelinger.

I Sverige blir spesialistgodkjenning innvilget etter en minimumstid på fem år og en bekreftelse fra chefsöverläkaren på at målene i spesialistutdanningen er nådd. I de øvrige landene stilles det krav om et nærmere bestemt antall år (tab 1) og attestasjon fra avdelingsoverlegen på tilfredsstillende utført tjeneste. I Finland er det dessuten krav om bestått spesialisteksamen før godkjenning gis.

Tabell 1 Spesialistutdanningens lengde i de nordiske landene – antall år			
Land	Grunnutdanning	Turnustjeneste	Spesialistutdanning
Danmark	6	1	4 – 7
Finland	6	0	6 – 8
Island	6	1	4 – 7
Norge	6	1	5 – 8
Sverige	5	Minimum 1	Minimum 5

I Danmark, Island og Norge deles spesialitetene inn i hoved- og grenspesialiteter (tab 2). Grenspesialitetene bygger på hovedspesialiteten og krever to til tre år med supplerende utdanning. Finland topper listen over antall spesialiteter med 92, men det arbeides med å redusere antallet for å tilpasse den finske spesialistutdanningen til EU-standarden (7).

Tabell 2 Antall legespesialiteter i de nordiske landene 1999				
Land	Spesialiteter	Grensespesialiteter	Totalt	Spesialiteter godkjent innenfor EØS
Danmark	25	17	42	27
Finland	92	–	92	41
Island	33	39	72	32
Norge	30	13	43	39
Sverige	62	–	62	38

Organiseringen av spesialistutdanningen i Norden viser store ulikheter – fra et utdanningssystem som i stor grad er styrt av regler (Danmark) til et utdanningssystem mer basert på målstyring (Sverige). Norge, Island og Finland har etablert en mellomting, med krav til tjenestetid, tjeneste i underordnet stilling ved godkjente avdelinger og undervisningsprogrammer. De fleste islandske leger fullfører for øvrig spesialistutdanningen i utlandet.

Hvordan et land organiserer sin medisinske spesialistutdanning, bestemmes av hvilken kompetanse den ferdige spesialist skal inneha, hvordan spesialistutdanningen skal gjennomføres og hvilke læringsmetoder som skal nyttes. Antall spesialiteter og kravet til innhold i den enkelte spesialitet avhenger av hva man anser som nødvendig ut fra dagens behov for medisinske tjenester, nyvinninger i medisinen og forventet fremtidig behov. Struktureringen av helsevesenet og tradisjonen for å opprette spesialiteter i et land, vil også påvirke dette. Mens man i Danmark og Norge (9, 10) synes å være restriktive med å opprette spesialiteter, finner vi nær en halv gang flere spesialiteter i Sverige og ca. dobbelt så mange spesialiteter i Island og i Finland. Behovet for å tilpasse antall spesialiteter til det enkelte land har tydeligvis kommet foran det å vektlegge harmonisering av antall spesialiteter.

Et utdanningssystem med strenge krav til antall stillinger innen hver spesialitet, stillingstyper og stillingsinnhold gir de danske myndighetene anledning til raskt å kunne påvirke spesialistutdanningens innhold, dimensjonering og geografiske fordeling. Det gir mulighet til å regulere både antall spesialister og ved hvilke sykehus utdanningstilbudet skal gis. I forhold til produksjon av spesialister er dette et godt fungerende system, men ikke nødvendigvis i forhold til kvalitet, samfunnets behov eller for å sikre identisk nivå og lik kvalitet overfor de nordiske nabolandene. Det danske systemet har også ulemper som liten fleksibilitet og ikke nødvendigvis optimal utnytting av utdanningspotensialet ved avdelingene. Det kan lett bli to grupper underordnede leger – en som er inkludert i et formelt godkjent utdanningsprogram og en som gjør det samme legearbeidet uten å få tellende utdanning.

Det svenske utdanningssystemet, som vektlegger måloppnåelse, har sin styrke i at målene har sitt utgangspunkt i landets behov for legetjenester og en eventuell harmonisering i forhold til de andre nordiske lands spesialistkrav. Målet er fastlagt uavhengig av den enkelte sykehusavdelings utdanningstilbud eller utdanningsprogrammer og valid i den forstand at de kompetansekriterier som er satt, må korrespondere med en evalueringsstandard. Den er også fleksibel uten fastlagt øvre tidsramme. Ved å avskaffe den sentrale styringen i Sverige til fordel for markedsmekanismene ble utdanningssystemet mer fleksibelt, men det sikrer ikke nødvendigvis kvaliteten. Det er også usikkert om samfunnets behov med hensyn til antall spesialister innen den enkelte spesialitet, geografisk spredning av spesialistutdanningen og tilstrekkelig geografisk spredning av spesialistene blir dekket. Det vil være et tidsspenn fra justering av mål erkjennes til de er etablert, derfor vil det også være en viss usikkerhet om hvorvidt utdanningen til enhver tid er i takt med faglig utvikling og samfunnets behov.

I organiseringen av spesialistutdanningen er det mange aktører – politiske myndigheter, legenes organisasjoner, universitetene og arbeidsgiverne. Det er et klart mål å øke kvaliteten på spesialistutdanningen. Samtidig er det et behov for å tydeliggjøre ansvaret for den og å få frem de nødvendige ressurser i forhold til samfunnets behov. I forhold til antakelsen i den nordiske overenskomsten om identisk nivå og kvalitet på

spesialistutdanningen i Norden, synes det imidlertid ikke å være noen samordning mellom landene når det gjelder den organisatoriske oppbyggingen av utdanningssystemene.

LITTERATUR:

1. Gemensam nordisk arbetsmarknad för viss personal inom hälso- och sjukvården samt veterinärväsendet av 25. august 1981; § 24. Alminnelige prinsipper. Stockholm: Nordisk ministerråd, 1981.
2. Vägledande uppställning av specialiteter med hänsyn till överenskommelse om gemensam nordisk läkararbetsmarknad. Nord Med 1988; 10: 267.
3. Samnordisk Arbetsgrupp för Prognos- och Specialistutbildningsfrågor. Läkares vidareutbildning i de nordiska länderna. Stockholm: Sveriges läkarförbundet/de nordiske legeforeninger, 1986, 1988, 1990, 1994, 1996, 1998.
4. Bestemmelser for spesialistutdanningen. I: Årbok for den norske lægeforening 1998 – 99. Oslo: Den norske lægeforening, 1998: 177 – 204.
5. Stillingsstrukturavtalen 93 – 96. I: Årbok for Den norske lægeforening 1998 – 99. Oslo: Den norske lægeforening, 1998.
6. Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse nr. 654 af 3. juli 1996. København: Sundhedsstyrelsen, 1996.
7. EØS-avtalen. Rådskdirektiv 93/16/EØF.
8. Specialistutbildningens kris. Stockholm: Sveriges läkarförbund, 1995.
9. Retningslinjer for opprettelse av nye spesialiteter og grenspesialiteter. Oslo: Den norske lægeforening, 1973.
10. Retningslinjer for opprettelse av nye spesialiteter og grenspesialiteter. Oslo: Den norske lægeforening, 1989.

Publisert: 30. juni 2000. Tidsskr Nor Legeforen. DOI:

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no