

# Legeforeningens rolle i medisinsk utdanning og kompetanseutvikling

Utdanning har preget Legeforeningens faglige aktivitet helt fra stiftelsen i 1886. Foreningens medlemmer utfører et betydelig ubetalt arbeid for å vedlikeholde, kvalitetssikre og videreutvikle det medisinske utdanningssystemet. Legeforeningen har bidratt til at moderne forbedringskunnskap er i ferd med å nå ut i helsetjenesten. Kvalitetsforbedring av medisinsk utdanning og klinisk praksis henger nøye sammen.

## Audun Fredriksen

Audun Fredriksen (f. 1950) er lege og seksjonssjef i Seksjon for fag- og kvalitetsutvikling i Medisinsk fagavdeling i Den norske lægeforening.

## Bjørn Oscar Hoftvedt

Bjørn Oscar Hoftvedt (f. 1946) er seksjonssjef i Seksjon for medisinsk pedagogikk i Medisinsk fagavdeling i Den norske lægeforening.

## Hans Asbjørn Holm

*hans.asbjorn.holm@legeforening.no*

Hans Asbjørn Holm (f. 1941) er lege og var fagdirektør i Medisinsk fagavdeling i Den norske lægeforening frem til årsskiftet 2005/06.

## Einar Skoglund

Einar Skoglund (f. 1946) er seksjonssjef i Seksjon for spesialistutdanning i Medisinsk fagavdeling i Den norske lægeforening.

Denne artikkelen gir en historisk oversikt over Legeforeningens engasjement i legers utdanning og kompetanseutvikling.

## Utdanning og spesialisering

Legenes engasjement i utdanningsspørsmål var sterkt medvirkende til at Den norske lægeforening ble stiftet i 1886. I 1880-årene ble det en økende opposisjon blant legene mot Det medisinske fakultets konservative holdning til medisinsk undervisning (1). Undervisningen ble av legene oppfattet som mangelfull og utilfredsstillende. «Lægemøtet» i 1887 nedsatte en komité som i løpet av noen uker leverte en utredning med detaljert forslag til ny undervisningsplan ved Det medisinske fakultet i Oslo. Undervisningssaken var ikke løst med dette selv om det ble laget en noe endret studieplan i 1903. Etter mye press besluttet fakultetet samme år å nedsatte en egen komité som leverte sin innstilling først i 1911. Dette resulterte imidlertid

i kongelig resolusjon av 30. mai 1914 om «Reglement for den medicinske embets-eksamen».

I 1890-årene opplevde man at leger med stor kreativitet averterte som spesialister uten å ha noen videreutdanning av betydning. Enkelte leger fremstilte seg som spesialister få uker etter embets-eksamen (2). Etter mange debatter i foreningens fora endte det med at man på «Det 17. Almindelige norske lægemøte» i Kristiania 5.–7. september 1918 vedtok å opprette 13 godkjente spesialiteter med fastsatte spesialistregler. Spesialistutdanningen varierte mellom fire års tjeneste i store fag og to års tjeneste i bifagene. For å bli godkjent spesialist måtte man ha ett års alminnelig praksis og ett års kandidat-tjeneste. Det ble opprettet en bedømmelseskomité på fem medlemmer i hver spesialitet som avgav innstilling overfor «Lægeforeningens forretningsutvalg» (tilsvarer dagens sentralstyre). Averteringsproblemet ble dermed løst ved at man bare kunne avertere seg som spesialist dersom man hadde spesialistgodkjenning fra forretningsutvalget. De som ikke hadde spesialistgodkjenning, kunne bare avertere med «almindelig praksis». Det var i henhold til Legeforeningens regler forbudt å avertere som spesialist i en bestemt sykdom.

Det skjedde omfattende forbedringer og videreutvikling av spesialistutdanningen gjennom utredninger i 1930-årene, og ikke minst i 1950 og 60-årene (3–5). Utredninger fra et utvalg i 1957, ledet av Axel Strøm, en komité ledet av Martin Seip i 1963, ledet opp til endringene, de såkalte Bodø-reglene, som ble vedtatt av landsstyret i 1965 (6). Axel B. Auberts utvalg leverte utredninger for å følge opp vedtakene. Alt dette resulterte i en bedre ramme rundt kursutdanningen. Spesialitetskomiteen i den enkelte spesialitet ble det viktigste og mest innflytelsesrike organ i videreutviklingen av regelverket og innholdet i spesialistutdanningen. Spesialitetsrådet, en paraplyorganisasjon over samtlige spesialitetskomiteer, påbegynte sitt arbeid høsten 1969.

## Primærhelsetjenesten

Innføringen av betegnelsen «Allmennpraktiker Dnlf» i 1973 var et viktig skritt på veien mot etableringen av spesialiteten i allmennmedisin 1. januar 1985. Spesialiteten samfunnsmedisin ble opprettet 1. januar 1984. Arbeidet med å styrke allmennmedisinen ble påbegynt alt i 1960-årene. En milepæl for både utdanning og forskning i allmennmedisin er etableringen av Den norske lægeforenings fond til videre- og etterutdannelse av leger (Utdanningsfond I) i 1967. Fondet var det finansielle grunnlaget for starten på organisert akademisk allmennmedisin i Norge. Etableringen av Institutt for allmennmedisin ved Universitet i Oslo i 1968 og ved Universitet i Bergen 1972 er viktige milepæler. I primærhelsetjenesten er det i dag et omfattende system med kursutdanning, smågrupper og veiledet utdanningsprogram for spesialistutdanningen i allmennmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin. Legeforeningen har tilsatt leger i deltidsstilling som veilederkoordinatorer til å overvåke og betjene utdanningsprogrammene.

## Forskning

Legeforeningen har stimulert til å styrke forskning innen allmennmedisin gjennom ordningen med fondsfinansierte forskningsstipendier, såkalt «allmennpraktikerstipend». Gjennom denne ordningen, som ble etablert for snart 25 år siden, kan allmennpraktikere få økonomisk støtte til forskningsprosjekter innenfor en tidsramme på 1–6 måneder. Legeforeningens forskningsinstitutt ble opprettet i 1995, som en videreføring av den forskningskompetansen som var bygd opp gjennom «Legekårsundersøkelsen» i perioden 1993–95. Forskningsaktiviteten er særlig rettet mot legers karrierevalg, helse, fysiske og psykososiale arbeidsforhold. I 1997 opprettet Legeforeningen et bredt sammensatt forskningsutvalg, der blant andre de fire medisinske fakulteter er representert. Utvalget gir råd til sentralstyret i forskningspolitiske spørsmål.

## Legeforeningens apparat

Legeforeningens sterke engasjement i utdanningsspørsmål har preget foreningens utvikling og vekst, både når det gjelder organer, ansatte og opprettelse av støtteapparat for viktige deler av utdanningen, som f.eks. veiledningsdelen av allmennpraktikerutdanningen. Prioriteringen av utdanningsspørsmål er godt forankret i

foreningens formålsparagraf og bidrar til foreningens anseelse og innflytelse (7). Fra 2003 har Legeforeningen organisert all faglig aktivitet i en Medisinsk fagavdeling som inkluderer Seksjon for spesialistutdanning, Seksjon for medisinsk pedagogikk og Seksjon for fag- og kvalitetsutvikling.

Arbeidet i spesialitetskomiteene hviler på en betydelig ubetalt innsats. Medlemmene er oppnevnt av sentralstyret etter forslag fra spesialforeningene og Yngre legers forening til å utføre det viktige kvalitetssikringsarbeidet det er å holde spesialistregelverk, målbeskrivelser, prosedyrekrav mv oppdatert. Utdanningen ved den enkelte sykehusavdeling følges opp gjennom vurdering av skriftlige rapporter og spesialitetskomiteenes besøk i avdelingene. Behandlingen av søknader om spesialistgodkjenning gir viktige tilbakemeldinger til spesialitetskomiteene om hvordan utdanningen fungerer ved den enkelte avdeling. I internasjonal sammenheng er dette systemet unikt. Det er også spesielt ved at det gir anledning til raske justeringer i regelverk og målbeskrivelse for utdanningen. Det er nær kontakt mellom den utøvende medisin og de organer i Legeforeningen som overfor myndighetene fremmer forslag om justeringer.

I de siste 25 år er spesialistutdanningen blitt stadig mer målstyrt. I løpet av 1980-årene ble det utarbeidet målbeskrivelse og gjennomføringsplan for spesialistutdanningen i samtlige spesialiteter. Etter dette er målbeskrivelsesdokumentene endret og forbedret flere ganger. På samme måten er også blant annet ferdighetskrav og krav til prosedyrer utviklet i alle spesialitetene. Det er etter de siste års funksjonsfordeling viktigere enn noen gang å sikre en enhetlig, nasjonal spesialistutdanning, uavhengig av hvor i landet legen har gjennomført sin utdanning. Norsk spesialistutdanning har et godt omdømme internasjonalt og vi er med på å påvirke utviklingen på det europeiske plan, særlig gjennom Den europeiske forening for legespesialister (*Union Européenne des Médecins Spécialistes* (UEMS)).

### Legers etterutdanning

Legeforeningen har bidratt aktivt til å øke innsikten i legers etterutdanning på det internasjonale plan gjennom publisering (8), samt gjennom aktiv deltakelse i utformingen av policydokumenter om legers etterutdanning i internasjonale organisasjoner, blant annet i Nordisk legeråd, Den europeiske forening for legespesialister og Den europeiske legeforeningen (*Comité Permanent Des Médecins Européens* (CPME)). Legeforeningen har de siste ti år arbeidet mye med spesialisters etterutdanning, og foreningens spesialitetsråd har arbeidet med etterutdanning blant annet gjennom arbeidsgrupper og prosjekter. En utredning med tittelen «Legers etter-



Mester-svenn-forholdet er viktig innen medisinerutdanningen – her professor Jens Hammerstrøm med to studenter ved Hematologisk laboratorium, St. Olavs Hospital. Foto NTNU Info/G.K.

utdanning i fremtiden» (LEIF-97) forelå i november 1997 (9).

### Spørsmålet om regodkjenning

I forbindelse med Stortingets behandling av stortingsmeldingen *Tilgjengelighet og faglighet* (10) ble det vedtatt at det skulle stilles formelle krav til etterutdanning og regodkjenning av alle legespesialister. Det var forutsatt at departementet utredet spørsmålet videre før vedtaket ble iverksatt. Det stod i stortingsmeldingen at departementet tilrådte at det ble stilt formelle krav til etterutdanning og regodkjenning av alle legespesialister på linje med kravene som stilles til spesialister i allmennmedisin.

I 1999 utarbeidet Legeforeningens sentralstyre et policydokument som konkluderte med at Legeforeningen ville arbeide for en synliggjøring og dokumentasjon av legers etterutdanning som ledd i livslang læring, men at man ikke ville arbeide for innføring av et system med obligatorisk etterutdanning og regodkjenning. Det ble slått fast at et norsk system for mer formalisert utdanning må følge internasjonal utvikling og etableres samtidig med at dette skjer internasjonalt. Formalisert etterutdanning ville synliggjøre og dokumentere spesialistenes deltakelse i utdanningsaktiviteter og ville samtidig styrke legenes rettigheter til etterutdanning og ansvarliggjøre arbeidsgiverne.

Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording tok i 2001 opp saken om etterutdanning av legespesialister. Rådet la i sitt arbeid stor vekt på det arbeid som Legeforeningen allerede hadde gjort og de holdninger som var nedfelt i policydokumenter fra internasjonale medisinske orga-

nisasjoner. Konklusjonen i rådets utredning var at gjennomføringen av etterutdanningen skal formaliseres og være dokumenterbar. Det skal ikke være et felles sett av standardiserte krav til alle leger eller til alle leger som har den samme spesialiteten. Etterutdanningen bør differensieres i forhold til ulike grupper av leger. Ansvar for etterutdanningen deles mellom flere aktører – i første rekke den enkelte lege, legens arbeidsgiver, Legeforeningen og staten. Det ble vist til ulike typer etterutdanningsaktiviteter med understreking av at den enkelte spesialist måtte ha stor grad av frihet til å organisere sin egen etterutdanning. Etterutdanningen skulle gjennomføres etter en plan som ble godkjent på forhånd. Gjennomføringen av etterutdanningen skulle evalueres, og evalueringen skulle rapporteres til leder av virksomheten. Det ble anbefalt at legespesialister skulle ha rett og plikt til 8–15 etterutdanningsdager per år utenfor egen arbeidsplass. Helse- og omsorgsdepartementet avviste forslaget med henvisning til de beregnede utgiftene, og at leger ikke kunne prioriteres i forhold til andre helsepersonellgrupper.

Når det gjelder spesialiteten allmennmedisin, har allmennmedisinske miljøer i Norge selv ønsket en ordning med regodkjenning for spesialiteten. Man har vist til behovet for et løpende utdanningsystem, som kompensasjon for at allmennleger arbeider mye alene og ikke i et større fagmiljø slik sykehusleger gjør.

### Etterutdanningsprosjekter

Legeforeningen gjennomførte i 2001 et pilotprosjekt for spesialistenes etterutan-

ning ved Rana sykehus, Aker sykehus og for øyespesialistene i Telemark. Legene utarbeidet en plan for sin individuelle etterutdanning tilpasset virksomhetens behov og registrerte sin etterutdanning i løpet av det påfølgende år. Ved årets slutt ble etterutdanningen evaluert i forhold til det som ble ansett som legens og arbeidsplassens behov. Evalueringen ble foretatt av kolleger i samme spesialitet. Evalueringen av prosjektet viste at den kollegabaserte evalueringsprosessen var den vanskelige delen. Dette var for legene en uvant samhandling, og det var problemer med å vurdere hva man skulle evaluere etterutdanningen opp mot. Det viste seg også at finansiering av etterutdanning hadde vært et hinder for gjennomføring.

Det er i løpet av 2004 gjennomført et etterutdanningsprosjekt for alle spesialister i patologi og i fødselshjelp og kvinnesykdommer. Hensikten med prosjektet er å utprøve bedre dokumentasjon av legenes etterutdanning. Prosjektet er under evaluering. Sentralstyret har i september 2004 bevilget midler til utvikling av et Internett-basert, elektronisk datasystem for registrering og rapportering av legespesialistenes etterutdanning. Det arbeides med å iverksette dette systemet, slik at alle leger fortløpende kan registrere sine etterutdanningsaktiviteter. Den enkelte lege kan derved holde oversikt over sin etterutdanning, og det totale omfanget av etterutdanning kan lettere synliggjøres både overfor arbeidsgivere og myndigheter.

### **Pedagogisk utviklingsarbeid**

Pedagogisk avdeling i Legeforeningen ble etablert i 1985. Det åpnet for en enda større satsing på pedagogisk utviklingsarbeid. Foreningen ble tilført ny pedagogisk kompetanse, og det ble utviklet et nasjonalt og internasjonalt nettverk som basis for utvikling av medisinsk veiledningspedagogikk, gruppebasert utdanning, bruk av video, i tillegg til utvikling av tradisjonell undervisningsmetodikk. Utviklingen har dreid fra tradisjonell undervisning til aktiviteter som bedre fremmer læring der arbeidsplassen og arbeidsmiljøet danner basis for læringen. Legeforeningen har bidratt aktivt til utvikling av nye læringsformer på alle nivåer av medisinsk utdanning. Revisjonen av studieplanene ved Det medisinske fakultetet i Oslo og evalueringen av studieplanene i Trondheim ble gjennomført med bidrag fra Legeforeningen. Legeforeningen har også tatt initiativ til å utvikle medisinsk veiledningspedagogikk og utdanner veiledere i spesialistutdanningen i og utenfor sykehus. Andre områder Legeforeningen er engasjert på, er ulike opplærings tiltak i lege-pasient-kommunikasjon, simulering som metode for bedre og systematisk traumebehandling (BEST) i norske sykehus, gruppebasert veiledning i sykehus og videreutvikling av tilbudet til veiledere og veiledningsgrupper

utenfor sykehus. Et satsingsområde de siste årene har vært utvikling av kurs på Internett som kan tas uavhengig av tid og sted.

### *Kurs på Internett*

I 2000 lanserte Legeforeningen fire kurs beregnet for allmennpraktikere som i sin helhet kan tas på Internett (11). Legene kan begynne på kurset når de selv vil og gjennomføre det i sitt eget tempo. Siden den gang er det lansert seks nye kurs som også er godkjent for andre spesialiteter. Ett av disse er også oversatt til engelsk og spansk, og målgruppen er fengselsleger (12). Formålet med satsingen er å kunne gi leger et tilbud til faglig oppdatering uten at legen må være borte fra praksis.

### *E-læring kombinert med samling*

I september 2004 begynte 32 leger under utdanning i indremedisin på det obligatoriske kurset klinisk kardiologi. Utviklingen av kurset begynte i 2000. Kurset består av åtte moduler. Hver av modulene består av flere kapitler, 29 i alt, og hvert kapittel inneholder én eller flere leksjoner. Deltakerne fikk tre og en halv måned til å gjennomføre Internett-delen av kurset, som ble avsluttet med regionale samlinger ved St. Olavs Hospital, Haukeland Universitetssykehus og Rikshospitalet i januar 2005. Deltakerne måtte melde seg til den samlingen som var nærmest hjemstedet. Alle kursene er bygd opp likt, med leksjoner som avsluttes med en test. Testen er ikke ment som en eksamen, men mest for at deltakerne skal kunne få en tilbakemelding på hva de har lært. Testen er obligatorisk for dem som vil ha kursbevis, og den registrerer at deltakeren har gjennomført en leksjon. Neste gang hun logger seg inn på kurset, er de leksjonene hun har gjennomført, merket med hake slik at hun lett kan finne frem til der hun avsluttet sist. Å arbeide med fagstoff på skjerm er annerledes enn å forholde seg til en trykt tekst. Det er derfor lagt mye vekt på å organisere stoffet slik at det skal være lett å orientere seg i det. En del av leksjonen har også oppgaver og øvelser for å aktivisere deltakerne underveis i leksjonen. Internett egner seg særlig godt for bruk av multimedier. Flere av leksjonene inneholder animasjoner, bilder, video eller andre illustrasjoner.

### *Evaluering*

Evalueringene tyder på at kurs på Internett blir godt mottatt blant legene. Særlig er det positivt at så mange rapporterer at de kan anvende det de har lært i praksis, og at de vil anbefale kurset til kolleger. Deltakerne i et kurs i forandringsledelse i helsevesenet rapporterte at fleksibilitet til å ta kurset i eget tempo og når det passet, var en stor fordel (13). Økt fleksibilitet ble også kommentert positivt i kurset i klinisk kardiologi. Deltakerne kunne ta kurset når det passet innenfor et gitt tidsrom, og syke-

husene kunne gi deltakerne fri til å ta kurset i perioder med lavere arbeidsbelastning.

### **Kvalitetssikring og forbedring av helsetjenester**

Kvalitetssikring og helsetjenester er to elementer som henspiller på de to søylene i forbedringstenkningen (14), selve fagets innhold som den ene, og måten tjenestene gis til pasientene som den andre. Læring og kvalitetsforbedring er egentlig to sider av samme sak. Vi lærer ved å reflektere over resultater av våre handlinger og søke ny kunnskap for å løse de utfordringer som f.eks. pasientarbeidet stiller oss overfor. I moderne forbedringsarbeid er stikkordene prosesser og systemer, som vi kontinuerlig søker å forbedre, f.eks. behandlingsforløpet, som for pasienten bør oppleves som en logisk og sammenhengende kjede av tiltak. Innsikt i systemer og prosesser er også grunnlaget for å skape tryggere tjenester. Legeforeningens Kvalitetssikringsfond I og II fordeler midler til kvalitetsforbedringsprosjekter. Siden 1991 er det avsatt 298 millioner kroner til fondene, og 271 prosjekter i primærhelsetjenesten og 318 prosjekter i spesialisthelsetjenesten har fått støtte. I fondsutvalgene er myndighetene, de regionale helseforetakene og Kommunenes sentralforbund representert.

### *Kvalitetssikring som satsingsområde*

I Legeforeningens prinsipp- og arbeidsprogram for 1992–93 var kvalitetssikring et satsingsområde. Dette resulterte blant annet i en artikkelserie i Tidsskriftet (15). Flere artiklene vektla betydningen av kontinuitet i behandlingen. I 1994 utgav Legeforeningen «Fra medisinsk kunnskap til bedre helse» (16) som fremholder betydningen av behandlingsskjeden og av tverrfaglig samarbeid. Rådgivende instans for Legeforeningens sentralstyre har vært kvalitetsforbedringsutvalget (tidligere kalt kvalitetssikringsutvalget), som i 2005 er blitt avløst av foreningens pasientsikkerhetsutvalg. Utvalget har arrangert årlige kvalitetsdager og kurs, og har vært rådgivende ved utarbeiding av faglige veiledere og prosedyrer i regi av spesialforeningene. Kvalitetsforbedringsutvalget har også deltatt i spesialforeningenes arbeid med å utvikle kvalitetsindikatorer innen eget fagområde (17). Legeforeningen har deretter brakt indikatorene inn i Sosial- og helsedirektoratets arbeid med å utarbeide nasjonale kvalitetsindikatorer.

### *Kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet*

Norsk kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus (NOKLUS) ble opprettet i 1992, og er en samarbeidsordning mellom Legeforeningen, staten og Kommunenes sentralforbund (18). NOKLUS tilbyr kvalitetsforbedringstjenester til legekontor, sykestuer og sykehjem, og har dess-



uten nylig fått et oljeselskap som kunde. Legeforeningens kvalitetsforbedringsfond III finansierer NOKLUS-virksomhet rettet mot legekantor. Ved utgangen av 2004 deltok 99 % av alle legekantor og 199 sykehjem, og i løpet av året var 1 181 deltakere besøkt og 3 111 hadde deltatt på kurs i regi av NOKLUS.

### Gjennombruddsprosjekter

Siden 1998 har Legeforeningen tatt initiativ til en serie landsomfattende gjennombruddsprosjekter (19) innen fagområdene obstetikk, intensivmedisin, psykiatri og allmenntidmedisin. Høsten 2005 startet et nytt prosjekt, «Bedre rusbehandling». Gjennombruddsprosjekter bygger på en anerkjent modell for kvalitetsforbedring som er utviklet ved Institute for Healthcare Improvement i USA (20). Modellen bidrar til å skape kultur og kompetanse for kontinuerlig forbedring på den enkelte arbeidsplass – noe som kommer pasientene til gode i form av bedre behandlingstilbud. Institusjoner og fagmiljøer deltar i prosjektene med såkalte forbedringsteam. Læringsmålet er å bruke innsatsressurser mer hensiktsmessig og iverksette system- og prosessendringer som skal gi dokumenterbare forbedringer i størrelsesorden 30–50 %, som flere av gruppene i de ulike prosjektene har oppnådd.

### Faglige veiledere

Gode helsetjenester betyr også at tjenestene ytes til rett person til rett tid, altså blant annet at pasienten prioriteres riktig ved inntak i spesialisthelsetjenesten, jf. endringene i pasientrettighetsloven (21) og prioriteringsforskriften (22) i 2004. For å bidra til at prioriteringen foretas på best mulig grunnlag, har Legeforeningen oppfordret spesialforeningene til å utarbeide veiledninger og prioriteringskriterier for eget fagområde. Denne utfordringen har mange foreninger grepet med stort engasjement.

### Kontinuerlig kvalitetsforbedring

Refleksjon over eget arbeid og forbedring av de tjenester som ytes, er ikke et eget fag, men en måte å jobbe på. Planmessig kvalitetsforbedring krever kunnskap, holdninger og basale ferdigheter som må integreres tidlig i profesjonsdannelsen hos den enkelte lege. Grunnlaget må legges under grunnutdanningen og utbygges i videre- og etterutdanningen. Kunnskapshåndtering innebærer å finne og bruke oppdatert forskningsbasert kunnskap. Forbedringskunnskap er å kartlegge hvilke endringer som er ønskelige for å bedre pasientsikkerhet og kvalitet, og så gjennomføre disse endringene. Kunnskapshåndtering og kvalitetsforbedring er viktige verktøy for ledelse. Forbedringskunnskap, kunnskapshåndtering og ledelse er avgrensede fagområder, men overlapper hverandre. Det er derfor naturlig at de introduseres i en integrert, klinisk sammenheng i medisinstudiet.

Det foregår nå et utviklingsarbeid ved Universitetet i Oslo hvor disse fagene settes sammen i en integrert undervisningspakke som gir studentene grunnlag for kontinuerlig kvalitetsforbedring i sin yrkesutøvelse som leger. Legeforeningen er aktiv pådriver i dette utviklingsarbeidet.

### Avslutning

Legeforeningen kan se tilbake på en lang faglig tradisjon, der foreningen har vært i førerretten når det gjelder medisinsk utdanning. Takket være en formidabel dugnadsinnsats av høyt kvalifiserte medlemmer, som i alt vesentlig er rekruttert gjennom spesialforeningene, har vi grunn til å være stolte av det som er oppnådd i foreningens 120-årige historie. Vi må ha lov til å hevde at foreningen har levert et betydelig bidrag til utviklingen av norsk medisin i disse årene.

Legeforeningen har alltid lagt vekt på samspeillet med helsemyndighetene, hvilket er grunnleggende for å nå gode resultater. I spesialistutdanning har dette samarbeidet (Legeforeningens forvaltningsansvar) vært formalisert siden 1982. Det skal ikke stikkes under stol at de forslag til endringer, som er fremsatt i forbindelse med evalueringen av Nasjonalt Råd for spesialistutdanning og legefördeling våren 2005, fortøner seg både urovekkende og dårlig underbygd (23).

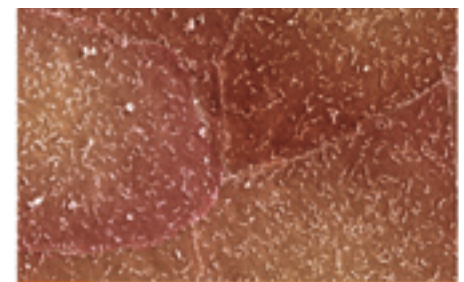
Det skal heller ikke forties at det i perioder har vært et noe kjølig forhold til de medisinske fakulteter når de har ønsket å ta et mer omfattende ansvar for spesialistutdanningen. Det har i tillegg vært stadige politiske signaler om en kortere og mer effektiv spesialisering. Det har til tider vært krevende å forklare at spesialisering av leger nødvendigvis tar tid, og at det er mange faktorer, også sosiale sider for legefamilien, som påvirker dette. Den pågående funksjonsdelingen kan faktisk medføre at spesialiseringen kan ta enda lengre tid.

Legeforeningen har, gjennom den pågående organisasjonsprosessen, vært helt klar på at foreningens faglige akse skal styrkes. Det betyr økte muligheter for å bidra til forbedring av helsetjenester til det norske folk. Selv om vi har et godt helsevesen, er det mye som kan bli bedre – og tryggere. Med den kompetanse Legeforeningen har innenfor utdanning og kvalitetsforbedring, vil foreningen fortsatt være en pådriver og nødvendig aktør i dette arbeidet.

### Litteratur

- Berner JH. Den norske lægeforening 1886–1936. Festskrift i anledning av foreningens 50 års jubileum. Oslo: Den norske lægeforening, 1936: 266–73.
- Skoglund E. Legers videre- og etterutdanning. Tidsskr Nor Lægeforen 1986; 106: 220–6.
- Skoglund E. Legers videre- og etterutdanning. Fra kollegiale annonseringsregler til lovbasert spesialistutdanning. Ylf-forum 2002; nr. 8/9: 12–4.

- Skoglund E. Legers spesialistutdanning: et historisk tilbakeblikk. Ylf-forum 2002; nr. 10: 14–7.
- Skoglund E. Legers spesialisering: Spesialisering av leger – Legeforeningens rolle frem til i dag. Ylf-forum 2003; nr. 1: 10–3.
- Aasved H, Skoglund E. Utviklingen av legers videreutdanning i Nord-Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 216–7.
- Larsen Ø, Berg O, Hodne F. Legene og samfunnet. Oslo: Seksjon for medisinsk historie, Universitetet i Oslo og Den norske lægeforening, 1986.
- Holm HA. Continuing medical education: quality issues in continuing medical education. BMJ 1998; 316: 621–4.
- Søyland E, red. Legers etterutdanning i fremtiden (LEIF-97). Oslo: Den norske lægeforening, 1997.
- St.meld. nr 24 (1996–7). Tilgjengelighet og faglighet Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste.
- Den norske lægeforening. <http://lupin.legeforeningen.no/> (13.10.2005).
- Fleck F. WMA launches course to help prison doctors confronted with torture. BMJ 2004; 329: 591.
- Fox N, O'Rourke A, Roberts C et al. Change management in primary care design and evaluation of an internet-delivered course. Med Educ 2001; 35: 803–5.
- Batalden PB, Stoltz PK. A framework for the continual improvement of health care: building and applying professional and improvement knowledge to test changes in daily work. Jt Comm J Qual Improv 1993; 1: 424–47.
- Tema: Kvalitetssikring. Temahefte. Oslo: Tidsskrift for Den norske lægeforening, 1993.
- Fra medisinsk kunnskap til bedre helse. Oslo: Den norske lægeforening, 1994.
- «Å utarbeide kvalitetsindikatorer» og sjekklister for veiledere i fagområdene. Oslo: Den norske lægeforening, 1998.
- Norsk kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus. [www.noklus.no](http://www.noklus.no) (13.10.2005).
- Den norske lægeforening. [www.legeforeningen.no/index.gan?id=79985&subid=0](http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=79985&subid=0) (12.9.2005).
- Institute for Healthcare Improvement. [www.ihl.org](http://www.ihl.org) (13.10.2005).
- Lovdata (lov om pasientrettigheter). [www.lovdata.no/all/tl-19990702-063-002.html#2-1](http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-063-002.html#2-1) (10.10.2005).
- Lovdata (Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om dispensasjons- og klagenemnd). [www.lovdata.no/cgi-wift/ldes?doc=/sf/sf/sf-20001201-1208.html](http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldes?doc=/sf/sf/sf-20001201-1208.html) (10.10.2005).
- Janbu T. God spesialistutdanning på faglig grunnlag. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2533.



«... det må gives kursur  
i metodisk undersøgelse; det er  
ikke noget, som den unge læge  
føler mangelen af i det prak-  
tiske liv i den grad som den  
hidtil forsømte veiledning  
i metodisk undersøgelse.»

I.O. Hennan i Tidsskriftet 1900