

Spesialistutdanning i samfunnsmedisin

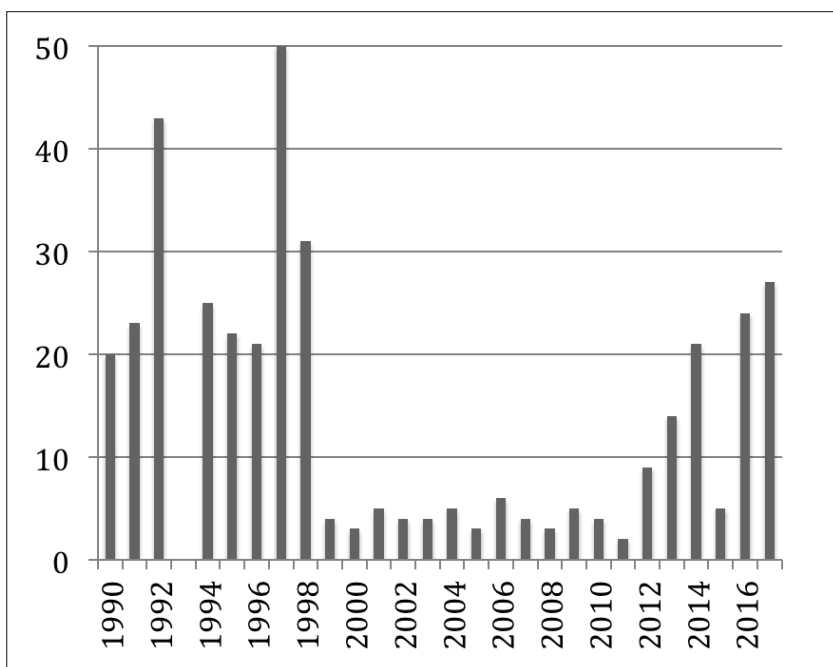
Michael 2018; 15: 308–14.

Spesialisering i samfunnsmedisin er formalisert videreutdanning for leger. Samfunnsmedisin ble opprettet som medisinsk spesialitet i 1984, og er nå en av 45 godkjente medisinske spesialiteter i Norge. Det er 575 leger som innehar spesialiteten samfunnsmedisin (september 2018), men vel 200 av disse er over pensjonsalder. Et nytt system for spesialistutdanning for leger innføres fra 2019, og dette omfatter også samfunnsmedisin. Artikkelen gir en oversikt over utviklingen til nå, og framtidsutsikter for spesialiteten.

Startfasen fra 1983

Spesialiteten samfunnsmedisin ble vedtatt opprettet i 1983 samtidig med spesialiteten allmennmedisin, i forbindelse med innføring av kommunehelsetjenesteloven. Kommunene overtok ansvaret for legetjenestene i primærhelsetjenesten som tidligere hadde vært statlig organisert gjennom distriktslegeordning eller basert på privat næringsdrift med trygderefusjon. Mange distriktsleger og leger i tilsvarende offentlige stillinger fikk spesialistgodkjenning i samfunnsmedisin på overgangsordninger. De fleste av disse legene hadde en kombinasjon av offentlig legearbeid og klinisk arbeid i allmennmedisin. Stillingene ble videreført i kommunehelsetjenesten som kommunelege eller kommunelege 1, senere har *kommuneoverlege* overtatt som vanlig stillingsbetegnelse.

Gjennom 1980- og utover på 1990-tallet hadde samfunnsmedisin en god vekst med høy takt i spesialistutdanningen og mange nye spesialister (figur 1). Utviklingen kan ses i sammenheng med løftet som primærhelsetjenesten opplevde i denne tiden med fokus på LEON-prinsippet og aktive og profilerte fagmiljøer i allmennmedisin. Den teoretiske delen av spesialistutdanningen ble gjennomført som en egen modul over tre måneder kjent som Bygdøy-kurset eller Folkehelsekurset.



Figur 1: Antall nye spesialister i samfunnsmedisin per år.

På slutten av 1990-tallet ble spesialistutdanningen lagt om, og en samlet kursmodul ble utviklet og erstattet med et spesialiseringsløp tilsvarende som for allmennmedisin. Spesialistutdanningen bygget på tre søyler, tjeneste i samfunnsmedisinsk stilling, veiledet utdanningsprogram (veiledningsgruppe) samt et obligatorisk kursprogram. Imidlertid var tilgjengelighet og kapasitet på veiledningsprogram og kurs dårlig, og bare et fåtall leger oppnådde spesialistgodkjenning i denne perioden (figur 1).

Mellomfasen fra ca. 2004 til i dag

Det ble samtidig klart at innholdet i spesialistutdanningen var modent for gjennomgang og modernisering. Mens faget i hovedsak var basert på offentlige eller forebyggende helsetjenester i kommunene, hadde samfunnsutviklingen medført at disse oppgavene i stadig mindre grad ble ivarettet av leger. Samtidig hadde det vokst fram et større behov for andre medisinske oppgaver på system- eller overordnet nivå. En utredning av Magne Nylenna pekte på samfunnsutviklingen og utfordringer for fagområdet (1). Rapporten var grunnlag for at spesialistreglene ble revidert, og det ble innført nye spesialistregler fra 2006 med en lang overgangsfase fram til 2012. Etter det har de nye reglene vært obligatoriske (2).

Det ble for alvor fart i spesialistutdanningen fra 2010 da Norsk samfunnsmedisinsk forening tok et ansvar for å på plass kursutdanningen, og Legeforeningen ved spesialitetskomiteen i samfunnsmedisin og Medisinsk fagavdeling styrket et veiledet utdanningsprogram gjennom opprettelse av egen veilederkoordinator og tilpasset veilederutdanningen. Dette har gitt en god utvikling i antall nye spesialistgodkjenninger (figur 1).

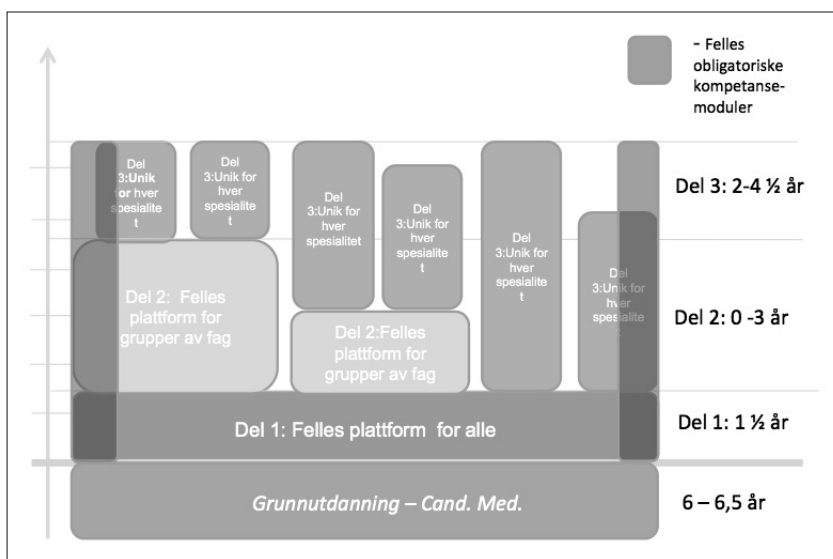
I denne perioden skjedde samtidig en endring i målgruppen for spesialistutdanningen. Mens faget tidligere var en typisk kommunespesialitet har også andre samfunnsmedisinere kommet på banen. Kommunene utgjør fortsatt hovedtyngden med 60-70% av legene som er under spesialisering. Andre viktige samfunnsmedisinske arenaer er fylkesmennene (fylkeslege/assisterende fylkeslege), NAV (rådgivende overlege), Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og Direktoratet for e-helse. Også leger fra Forsvaret og spesialisthelsetjenesten (helseforetak og regionale helseforetak) har gjennomført spesialiseringen.

Grunnutdanning og spesialistutdanning

Før vi retter søkelyst på ny spesialistutdanning som innføres fra 2019, kan det være passende å foreta noen betraktninger over forholdet mellom grunnutdanningen i samfunnsmedisin, det vil si faget slik det undervises i medisinstudiet ved universitetene, og spesialistutdanningen. Det har vært påpekt til dels stor variasjon mellom undervisningen ved de fire norske universitetene og mellom grunnutdanningen og spesialistutdanningen. Ideelt sett bør spesialistutdanningen bygge på og videreføre det studentene undervises i studiet. For mange kliniske fag er slik påbygging tydelig, for eksempel i psykiatri eller øre-nese-halssykdommer.

I samfunnsmedisin er dette mindre åpenbart. Her må det imidlertid påpekes at samfunnsmedisin som undervisningsfag ved universitetene også omfatter emner som ikke inngår i spesialiteten, for eksempel arbeidsmedisin og sosialmedisin.

Fra 2014 har fagmiljøene selv grepet fatt i utfordringen og gjennomført årlige møter og seminarer med representanter fra undervisningsmiljøene på universitetene og Norsk samfunnsmedisinsk forening som aktør i spesialistutdanningen. Arbeidet har ledet til en harmonisering av læringsutbyttebeskrivelser i studentundervisningen. Samarbeidet har også avdekket at forskjellene ikke har vært så store som først antatt. Flere av universitetene har dessuten utlyst stillinger hvor det har vært søkt etter personer med erfaring fra praktisk samfunnsmedisinsk arbeid i tillegg til akademisk kompetanse. Det er også blitt rekruttert veiledere i bistillinger med ståsted i praktisk samfunnsmedisin.



Figur 2: Ny spesialiststruktur.

Ny spesialistutdanning fra 2019

Spesialistutdanningen for leger er under omlegging og ny struktur og nytt system innføres fra 2019. Første omlegging skjedde allerede fra 2017 da den tidligere turnusordningen ble erstattet av første obligatoriske del i all spesialistutdanning, nå kjent som LIS1 (lege i spesialisering, LIS1). Tidligere spesialistregelverk og ulike spesialforskrifter er opphevet og erstattet med Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften) som styrende dokument (3).

Det skal bemerkes at spesialistforskriften per september 2018 ikke er ferdigstilt for spesialitetene allmenn-, samfunns- og arbeidsmedisin (ASA). Helse- og omsorgsdepartementet har signalisert at disse spesialitetene i hovedtrekk vil reguleres på samme måte som de øvrige spesialitetene, men med visse unntak. Forskriftsbestemmelsene som gjelder ASA-spesialitetene var på offentlig høring med frist i juni 2018, og det er lagt til grunn at bestemmelsene blir omtrent som høringsforslaget.

Spesialistforskriften regulerer ansvar og myndighet i spesialistutdanningen for leger. Videre forskriftsfestes utdanningsvirksomhet som begrep og pliktsubjekt, og et betydelig ansvar for gjennomføring og dokumentasjon legges på utdanningsvirksomheten. For alle spesialiteter utenom ASA-fagene vil helseforetakene ha en sentral rolle som utdanningsvirksomhet, men forskriften åpner for at deler av spesialiseringen kan skje ved tjeneste i samarbeidende institusjoner eller i avtalepraksis. For ASA-fagene vil kommunene

være utdanningsvirksomhet for allmennmedisin, mens det for samfunnsmedisin vil være kommuner eller statlige virksomheter som har dette ansvaret. I arbeidsmedisin er bildet mer sammensatt ettersom mange arbeidsmedisinere er ansatt i private virksomheter og bedriftshelsetjenester

Strukturen i ny spesialistutdanning illustreres gjennom Helsedirektoratets figur (figur 2). LIS1 tilsvarer den tidligere turnustjenesten, og er et første felles obligatorisk trinn for alle leger, og består som tidligere av 12 måneders tjeneste ved sykehus og 6 måneder i kommunehelsetjenesten. For ASA-fagene er det ikke lagt opp til en felles påbygging, slik at legen går rett over i LIS3 (figur 2).

Et annet viktig og helt sentralt element i ny spesialistutdanning er innføring av læringsmål. For samtlige medisinske spesialiteter er det vedtatt en samling læringsmål som må dokumenteres gjennomført og godkjent for å kunne bli spesialist. Spesialistutdanning har til nå bestått av at legen har gjennomført tilstrekkelig tjenestetid og at læringsaktiviteter som kurs og veiledningsgruppe er gjennomført. I flere spesialiteter har det også vært krav til at legen skal ha gjennomført et bestemt antall prosedyrer eller operasjoner. I hovedsak har dette vært et krav til volum, og det har i liten grad vært systematiske krav til hvordan arbeidet har vært utført. En omlegging som medfører at det skal foretas en vurdering av gjennomføring og utførelse, vil gi et kvalitativt løft for spesialistutdanningen. En slik omlegging kommer imidlertid ikke av seg selv, og vil kreve mer systematiske krav til supervisjon, undervisning og veiledning, økte krav til ledere, og også bevisstgjøring og ansvarliggjøring hos legene som er under spesialisering. Erfaringer fra andre land som har gjennomført sammenlignbare endringer i spesialistutdanningen tilsier at dette er prosesser som det vil ta flere år å innarbeide.

For leger i sykehus vil det fortsatt være egne stillinger for leger i spesialisering (LIS) som danner grunnlaget for spesialistutdanningen. Det foreslås ikke innført egne utdanningsstillinger i ASA-fagene, og det vil her være som tidligere at tjenesten oppnås gjennom arbeid i samfunnsmedisinsk stilling. Det innføres krav til løpende supervisjon og at det skal oppnevnes en individuell veileder for lege i spesialisering. Krav til veiledet utdanningsprogram og kurs forventes videreført. Videre innføres det krav til felles kompetansemål for alle spesialiteter i tverrgående fag som etikk, kommunikasjon, helserett, kunnskapshåndtering, administrasjon og ledelse. Dette er fagområder som allerede har en sentral plass i spesialistutdanningen.

For spesialiteten samfunnsmedisin er det fastsatt 45 læringsmål innenfor følgende fagområder: Saksbehandling, råd og veiledning, kvalitetsarbeid og tilsyn, kartlegging og analyse, ledelse og administrasjon, plan- og prosjektarbeid, internasjonal helse, helseberedskap, smittevern og miljørettet helse-

vern, akademisk kompetanse og klinisk kompetanse (4). De fleste læringsmålene i samfunnsmedisin forutsetter at legen tilegner seg erfaring og kompetanse så vel i bredde som over tid. Her er noen eksempler for å illustrere dette:

- *Beherske formidling av bred samfunnsmedisinsk kunnskap og være i stand til å veilede og gi råd til samarbeidspartnere, virksomheter, beslutningstakere, befolkningen og media (SAM-008)*
- *Ha god kunnskap om ulike metoder for kvalitets- og tjenesteutvikling, herunder grunnleggende kvalitetsteorier (SAM-011)*
- *Beherske planprosesser og gjennomføring av prosjekter i egen virksomhet (SAM-027)*

Læringsmål av denne typen lar seg vanskelig vurdere og godkjenne gjennom en enkel prosess, men vil kreve kjennskap til hvordan legen har tilegnet seg fagkunnskap og arbeidet med oppgavene over tid. Helsedirektoratet er i gang med å utarbeide veiledere for hvordan man kan evaluere læringsmål i spesialistutdanningen. Innen hver spesialitet vil det være behov for å utvikle egne systemer. I samfunnsmedisin har vi benyttet skriftlig hjemmeoppgave i tilknytning til kurs, og dette er en læringsaktivitet som kan anvendes i evalueringen av læringsmål.

Framtidsutsikter

Innføring av ny spesialistutdanning i samfunnsmedisin er foreløpig ikke iverksatt, men er på planstadiet. Innholdsmessig blir det ingen store endringer, men økt krav til struktur, veiledning og dokumentasjon og godkjenning av læringsmål vil medføre mer ensartet kompetanse hos nye spesialister og sikre kvaliteten. En foreløpig uløst utfordring er hvordan man skal lykkes med å gjennomføre dette i praksis. Spesialistforskriften forutsetter gjennomførings- og vurderingskompetanse i utdanningsvirksomhetene, og her vil det være høyst ulike forutsetninger. Mens store kommuner og flere statlige virksomheter vil ha organisasjonsstrukturer og fagmiljøer, vil dette i liten grad være til stede i små og mellomstore kommuner. Mange samfunnsmedisinere arbeider forholdsvis alene i hverdagen, og kan ha et lite fagmiljø rundt seg. En kommune har mange oppgaver, og bevissthet på samfunnsmedisin i organisasjonen er gjerne lav. Den personen som er samfunnsmedisinere leder har nødvendigvis heller ikke samfunnsmedisinsk kompetanse.

Veiledning blir en nøkkelfaktor, både i form av personlig en-til-en veiledning, samt deltakelse i veiledningsgruppe. Individuell veiledning og gruppeveiledning kan utfylle hverandre og ivareta ulike behov. Tilgjengelig-

het på veiledere og veilederkompetanse er påpekt som et annet utsatt område. Det er ønskelig at legen under spesialisering og veileder arbeider i samme virksomhet. I mindre virksomheter vil dette ikke være mulig. Samarbeid mellom virksomheter kan løse dette, og det bør inngås forpliktende avtaler. For å lykkes med omleggingen av spesialistutdanningen, er det avgjørende at kommuner og andre utdanningsvirksomheter er sitt ansvar bevisst og bidrar på systemnivå. Legeforeningen er fortsatt tiltenkt en aktiv rolle i gjennomføring av læringsaktiviteter som kurs og veiledet utdanningsprogram i samfunnsmedisin.

Alderssammensetningen blant samfunnsmedisinere tilsier at det vil være behov for nye leger med samfunnsmedisinsk kompetanse i tiden framover. Så vel kommuner som andre instanser, etterspør i økende grad samfunnsmedisinsk kompetanse i sine stillingsutlysninger. Den positive utviklingen som har vært i spesialistutdanningen siden 2010, må videreføres og trekkes inn i arbeidet med utviklingen av ny spesialistutdanning.

Litteratur

1. Nylenna M. *Samfunn + medisin = Samfunnsmedisin? En rapport om samfunnsmedisinens muligheter og problemer i Norge*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2004.
2. Mørland H. Samfunnsmedisin som legespesialitet. *Michael* 2016; 13: 142-5.
3. *Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften)*. Lovdata FOR-2016-12-08-1482.
4. *Spesialistforskriften*, Vedlegg 2, Læringsmål i samfunnsmedisin, SAM001-SAM045

Henning Mørland
henning.morland@gmail.com
Norsk samfunnsmedisinsk forening
Legeforeningen
Postboks 1152
0107 Oslo