

Spesialistutdanningens historie

Etter mange års debatt ble det på «lægemøtet» i Kristiania i 1918 vedtatt å opprette 13 legespesialiteter med bestemte regler. Innhold og form har endret seg fullstendig i løpet av disse drøyt 90 årene. Den gangen fantes det omtrent 1 300 leger, i dag er det ca. 20 300 og antall spesialiteter er økt til 44. I denne artikkelen gjennomgås kort bakgrunn og de viktigste milepælene i spesialistutdanningens historie.

Einar Skoglund

enar.skoglund@legeforeningen.no
Seksjon for utdanning
Medisinsk fagavdeling
Den norske legeforening
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo

I 1880-årene ble det økende opposisjon blant legene mot Det medisinske fakultets konservative holdning til medisinsk undervisning. Dette var sterkt medvirkende til etableringen av Den norske lægeforening i 1886 (1). I de første årene konsentrerte Legeforeningen seg om påvirkning på den medisinske grunnutdanningen. Men de medisinske fremskrittene hadde gitt begynnelsen til en spesialisering, og legene begynte å bruke spesialistbetegnelse når de annonserte sin praksis.

Averteringsproblemet

I 1890-årene ble det til stadighet klaget over at leger avvertete seg som spesialister uten å ha fordypet seg i faget. Det ble vist til eksempler på at leger kalte seg spesialister få uker etter embetseksamen (2).

Etter lang tids debatt om hvordan man skulle løse problemet, ble det på det «17. almindelige norske lægemøte» i Kristiania 5.–7. september 1918 vedtatt å opprette 13 godkjente spesialiteter med bestemte spesialistregler.

For å bli godkjent spesialist måtte man ha ett års alminnelig praksis og ett års kandidatjeneste. Spesialistutdanningens varighet varierte mellom fire år for de store fagene og to år i bifagene. Det ble opprettet en bedømmelseskomité på fem medlemmer i hver spesialitet som vurderte søknader om spesialistgodkjenning og avga innstilling overfor Legeforeningens forretningsutvalg. Fra nå av kunne man bare fremstille seg som spesialist i reklamen for sin praksis dersom man hadde spesialistgodkjenning fra forretningsutvalget. Det var forbudt å kalle seg spesialist i noe annet enn de

13 godkjente spesialitetene, f.eks. for en bestemt sykdom eller en sykdomsgruppe.

Disse første spesialistreglene ble vedtatt av Den norske lægeforening som kollegiale bestemmelser og var derfor ikke bindende for leger som ikke var medlemmer. Spesialistgodkjenning kunne bare meddeles medlemmer av foreningen. Reglene syntes imidlertid å virke etter sin hensikt og ble indirekte godkjent av myndighetene. Ved fastsettelse av refusjonstariffen i 1925 kom det inn en bestemmelse om at de høyere takster for spesialistpraksis kun var gjeldende for spesialister som var godkjent av Legeforeningen.

Legefordeling og økt behov for spesialister

I 1930-årene var det flere viktige utredninger som førte til en styrking av spesialistutdanningen. En komité ledet av distriktslege P.O. Johnsen utførte et imponerende utredningsarbeid og skaffet seg et godt bakgrunnsmateriale bl.a. om befolkningens sykkelighet og fordeling av leger. Komiteen påpekte at over halvparten av spesialistene befant seg i Oslo, og majoriteten av de øvrige var i andre store byer. Spesielt de «nordenfjeldske fylker» var betydelig dårligere forsynt med spesialister enn landet for øvrig. I 1936 var det totalt 473 spesialister i landet, men Stor-Oslo hadde ca. 250 spesialister, altså over halvparten. Komiteen foreslo å øke antall utdanningsstillinger og anbefalte bedre avlønning av underordnede sykehusleger for å inspirere til et økt antall spesialister. På landsstyremøtet i 1936 ble det fastslått at antall underordnede legestillinger ved en rekke sykehus var for lavt og arbeidsbetingelsene for dårlige.

Hospitering

Det var stor mangel på stillinger i sykehus for yngre leger. Dette førte til en omfattende og ulønnet hospitering. Denne praksisen befestet seg så sterkt at Sosialdepartementet 15. juli 1933 sendte et rundskriv til landets

statssanatorier og sinnssykehus med forespørsel om ikke lønn til assistentleger kunne sløyfes. Resultatet ble at Legeforeningen vedtok de første bestemmelser for hospitering med krav om søknad til Legeforeningens hospitantutvalg for å få tillatelse til å tjenestegjøre i ulønnet stilling. Hospitantreglene ble fjernet og hospitantutvalget nedlagt i 2000, men det ble innført en passus i generelle spesialistregler § 6 om tjeneste i «ikke ordinær assistentlegestilling» som en erstatning for disse reglene.

Spesialforeninger

Det ble innen foreningen også etablert spesialistsammenslutninger. Den første var Foreningen for fysikalsk og dietetisk terapi i 1906, deretter fulgte Norsk psykiatrisk forening i 1907 og Norsk kirurgisk forening i 1911. Spesialforeningene hadde vitenskapelige formål og skulle ivareta medlemmenes særskilte interesser innenfor Legeforeningen og utad. Landsstyremøtet i 1930 vedtok regler for forholdet mellom spesialforeningene og Legeforeningen. Et vesentlig punkt var at spesialforeningene, i motsetning til avdelingene, ikke kunne opptre utad uten gjennom Den norske lægeforening. Yngre legers forening var for øvrig den gang stilt på linje med spesialforeningene. Fra 2007 er spesialforeningene som representerer de 44 formelle spesialitetene, blitt fagmedisinske foreninger i Legeforeningen.

Videre utvikling av spesialistutdanningen

Innstillingen til Strøm-utvalget, en komité ledet av professor Axel Strøm (1901–85), ble behandlet av landsstyret 1959 (3). Her ble det bl.a. vedtatt at det skulle innføres en mer systematisk kursutdanning i spesialistutdanningen og en prøve som ledd i spesialistgodkjenningen. Komiteens forslag om obligatorisk etterutdanning av alle praktiserende leger ble ikke vedtatt, men landsstyret støttet forslaget om en økt og mer systematisk etterutdanning. Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo ble anmodet om å opprette et sentralorgan for videre- og etterutdanning av leger.

I landsstyret i 1963 ble det vedtatt å sløyfe kravet om medlemskap i Legeforeningen som vilkår for å bli godkjent som spesialist. I tillegg ble det vedtatt at maksimalt antall utdanningsstillinger per overordnet lege skulle være to.

Bodø-reglene 1965

Landsstyret vedtok i 1965 et nytt sett spesialistregler med et generelt regelverk og en justering av reglene basert på hoved- og sideutdanning. Sideutdanning ble først fjernet ved omredigering av spesialistreglene i 2000, samtidig med at forskning ble innført som mulig erstatning for ett år av utdanningen. Gruppeinndelingen av sykehusavdelingene ble også innført her. Det var forslag om tre grupper utdanningsinstitusjoner. Gruppe I-institusjoner skulle tilby et sterkere moment av teoretisk opplæring, obligatoriske kurs og undervisningsprogram (4). Til grunn for disse såkalte Bodø-reglene lå to nordiske utvalg: et nedsatt av de nordiske legeföreningene og et nedsatt av de nordiske medisinaldirektørene. De siste jobbet med å harmonisere spesialistutdanningen i de nordiske land (5).

Med dette var grunnlaget for en mer systematisert spesialistutdanning lagt, og senere endringer kan ses på som en utvikling av det systemet som ble skapt i 1960-årene.

Aubert-utvalgets innstillinger

Aubert-utvalget skulle bistå sentralstyret med å gjennomføre Bodø-reglene. Utvalget, som hadde Axel B. Aubert (1910–2006) som formann, kom med sin første innstilling i 1967. Den omfattet bl.a. prinsippene og kriteriene for godkjenning av utdanningsavdelingene i to grupper, hvilke legestillinger som skulle gi tellende tjeneste i relasjon til spesialistreglene samt forslag om et løpende, ukentlig undervisningsprogram ved avdelingene.

Den andre innstillingen fra Aubert-utvalget kom i 1969 og omhandlet undervisningsprogram ved avdelingene, kursvirksomhet, eksamen og administrasjon av spesialistreglene. De opprinnelige bedømmelseskomiteene fra 1918 hadde senere blitt benevnt spesialitetskomiteer. Disse fikk nå mandat slik vi kjenner komiteene i dag. Spesialitetskomiteen ble etter dette det viktigste og mest innflytelsesrike organet i utviklingen av spesialistutdanningen i den enkelte spesialitet, men i nært samarbeid med styret i den aktuelle spesialforening. I tråd med forslagene fra utvalget vedtok landsstyret i 1969 utvidet mandat for spesialitetskomiteene, gruppeføring av utdanningsinstitusjoner i gruppe I og gruppe II, opprettelse av spesialitetsrådet som et rådgivende organ for sentralstyret og regler for administrasjon av spesialistutdanningen (6).

Primærhelsetjenesten

I 1960-årene begynte en gruppe allmennpraktikere å arbeide for å få allmennmedisin som eget fag ved universitetet. Dette var det første skrittet for å bringe allmennmedisin opp fra bølgedalen med dårlig status, manglende rekruttering og et dårlig videre- og etterutdanningstilbud (7). Opp-

rettelsen av en sykelønns- og pensjonsordning i 1963 samt etableringen av fondet til videre- og etterutdanning av leger i 1967 skapte grunnlaget for bedre rekruttering og utvikling av allmennmedisin som akademisk fag.

I 1973 vedtok landsstyret regler om legers rett til å bruke betegnelsen «Allmennpraktiker Dnlf». Rådet for videre- og etterutdanning av allmennpraktiserende leger (Veap-rådet) ble oppnevnt til å forvalte dette regelverket. Det ble etter hvert bedre struktur på kursutdanningen. Det ble opprettet kurskomiteer i hver fylkesavdeling, og allmennpraktiker Dnlf-kompetansen ble ettertraktet. Den ga høyere takster, ble gitt for fem år om gangen med krav om regodkjenning, og den inspirerte allmennmedisinere til å gjennomføre videre- og etterutdanning.

Utviklingen fra «spesialoid» til spesialitet i allmennmedisin var noe tornefull. Det ble fremsatt emosjonelle synspunkter som at en generalist ikke kan være spesialist, man kan ikke opprette en spesialitet i det generelle osv. Etter flere utredninger og landsstyrebehandlinger ble spesialiteten allmennmedisin opprettet i 1985, som den eneste spesialiteten med tidsbegrenset godkjenning. Spesialister i allmennmedisin må få regodkjenning hvert femte år.

Det ble også en langvarig prosess å få innført spesialiteten samfunnsmedisin. I begynnelsen av 1930-årene ble det etablert årlige kurs for de offentlige leger, Bygdøykurset, senere Folkehelsa-kurset. Det ble gjennom flere tiår arbeidet med diverse utredninger bl.a. i Offentlige legers landsforening. Etter behandling på to landsstyremøter i begynnelsen av 1980-årene ble endelig spesialiteten samfunnsmedisin opprettet i 1984. Lov om kommunehelsetjenesten ble iverksatt samtidig og var medvirkende til at det ble aksept for å opprette spesialiteten samfunnsmedisin. Samtidig førte det til at samfunnsmedisinen som spesialitet fikk en sterk kommunal profil, hvilket senere er endret.

Grenspesialiteter

I 1975 vedtok landsstyret en omorganisering av de indremedisinske spesialiteter. En rekke grenspesialiteter ble opprettet, slik at indremedisin ble hovedspesialitet, med fordøyelsessykdommer, geriatri og hjertesykdommer som grenspesialiteter. Senere kom flere fag til som grenspesialiteter: infeksjonssykdommer (1979), nyresykdommer (1979), endokrinologi (1983), lungesykdommer (1984) og blodsykdommer (1985).

Landsstyret 1977 vedtok en tilsvarende omgjøring av de kirurgiske fagene, med generell kirurgi som hovedspesialitet og følgende grenspesialiteter: barnekirurgi, gastroenterologisk kirurgi, ortopedisk kirurgi, thoraxkirurgi, urologi. Senere er karkirurgi (1986) og bryst- og endokrinkirurgi (2006) kommet til. Ortopedi er blitt hoved-

spesialitet igjen (1997). Argumentasjonen for systemet med hovedspesialitet og grenspesialiteter var hensynet til de mange små sykehusene. Spesialistene måtte ha den breddekompetansen som fulgte av hovedspesialiteten samtidig som de skulle ha spisskompetanse i form av en grenspesialitet.

Fondene

Etableringen av fondet til videre- og etterutdanning av leger i 1967 har hatt stor betydning for utvikling av legers videre- og etterutdanning. Fondet gjorde det mulig å opprette universitetsinstitutter for allmennmedisin og samfunnsmedisin. Det har skapt grunnlaget for utstrakt kursvirksomhet i mange av Legeföreningens faglige organer. Det la grunnlaget for fylkesavdelingenes kurskomiteer og har støttet kursene i fakultetenes regi og ellers gjort det mulig å bygge opp et omfattende apparat for videre- og etterutdanning.

Den norske lægeföreningens fond til etablering og reetablering av privat legepraksis, «lånefondet», ble opprettet i 1976.

Sett i sammenheng har fondene betydd mye både for den enkelte leges videre- og etterutdanning, tiltak for å bedre utdanningstilbudene og kvalitetssikring av medisinsk praksis.

Den første avsetningen av fondsmidler i 1967 skjedde i normaltarifforhandlingene med Rikstrygdeverket. Legeföreningen fikk gjennomslag overfor Rikstrygdeverket og Sosialdepartementet om å ta et krafttak for videre- og etterutdanningen generelt og spesielt for de allmennpraktiserende legene som var uten et systematisert utdanningstilbud. Fondene blir vedlikeholdt år for år ved å avstå fra økninger av takster og tilskudd etter avtalen om normaltariff. Opprinnelig skjedde dette ved bestemmelse i forskriftene om trygderefusjon for legehjelp. Etter at normaltariffen fra 1974 ble gjenstand for formaliserte forhandlinger mellom staten og Legeföreningen, har bestemmelsene om fondsavsetninger vært en del av avtalen. Det forhandles først om økning av avtalens totalramme med utgangspunkt i kostnadsvekst for praktiserende leger og lønnsvekst for sammenliknbare grupper. Deretter fordeles økningen på de forskjellige elementene; takster, basis- eller driftstilskudd og fellesformål (dvs. de forskjellige fondene).

En lovbasert spesialistutdanning

Legeloven fra 1927 åpnet adgang til å overdra godkjenningen av spesialister fra Legeföreningen til det offentlige. Bortsett fra under krigen, da de nazistiske myndigheter forsøkte å etablere en statsautorisasjon av spesialister, har dette aldri blitt gjennomført.

I legeloven fra 1980 ble det formelle ansvar for legers spesialistutdanning tillagt Sosialdepartementet, men med delegert myndighet til Legeföreningen til å god-

kjenne spesialister. Samarbeidet med Sosialdepartementet, Helsedirektoratet, de medisinske fakulteter og Norske kommuners sentralforbund, var allerede etablert ved at disse instanser hadde representasjon i spesialitetsrådet. Etter omstruktureringen i 1984 delegerte departementet sine oppgaver med hensyn til spesialistutdanningen til Statens helsetilsyn.

Legeloven ble erstattet av helsepersonelloven i 1999. Med basis i forskrift om spesialistgodkjenning av helsepersonell er det fortsatt delegert til Legeforeningen å godkjenne spesialister. Etter de siste endringer i den statlige helseforvaltningen er Helsedirektoratet det statlige organ Legeforeningen rapporterer til. Våren 2009 foreligger et lovendringsforslag fra Helse- og omsorgsdepartementet som fjerner anledningen til å delegere til yrkesorganisasjoner myndighet til å godkjenne spesialister.

Regjeringen besluttet i 1998 å etablere Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling. Rådet har en rådgivende funksjon overfor Helse- og omsorgsdepartementet/Helsedirektoratet i alle overordnede spørsmål som berører gjennomføring av og kvaliteten på legers spesialistutdanning.

Staten tok med dette et fastere grep og et større ansvar for spesialistutdanningen av leger. Det er ikke lenger bare Legeforeningens initiativ som danner grunnlaget for endringer i spesialistutdanningen. Nasjonalt råd har i de årene det har fungert, initiert en rekke forslag til endringer. Få av forslagene til endringer i spesialistutdanningen fra rådet har foreløpig gitt effekt, da de ofte har blitt liggende ubehandlet eller blitt avvist i Helse- og omsorgsdepartementet (8). Det er vanskelig å vurdere hvilken betydning det har for utvikling av legers videre- og etterutdanning at man har fått denne nye arenaen for samspill med myndigheter og samarbeidspartnere. Legeforeningen arbeider mye med kvalitetssikring av utdanningen, og her gjør spesialitetskomiteene og spesialitetsrådet et omfattende og viktig arbeid. Spesialitetskomiteenes gjennomgåelse av årlige skriftlige rapporter med tilbakemeldinger til institusjonene og i tillegg avlagte besøk ved institusjonene, har stor betydning for å opprettholde og videreutvikle innhold og kvalitet i spesialistutdanningen.

Veiledning av leger i spesialisering

I 1980-årene ble det i Legeforeningen satset mye ressurser på å forbedre veiledningen for leger i spesialisering. Det var i en periode tilsatt en pedagog, og det ble lagt ned mye arbeid i å utvikle medisinsk veiledningspedagogikk (9). Det ble gjennom flere år utviklet kurs for overleger som skulle ha veiledningsoppgaver. Kursene har vært arrangert både sentralt og lokalt på sykehus- og avdelingsnivå. Det ble etter hvert også utviklet et utdanningsprogram med videofilmer som man kunne benytte i lokal

Tabell 1 Oversikt over de godkjente medisinske spesialitetene som har vært opprettet siden 1918, ordnet alfabetisk etter første opprettelse, med angivelse av ev. siste endring. Dagens ortografi benyttes. Betegnelsen for dagens 44 spesialiteter er skrevet med uthevet skrift

Spesialitet	Opprettet år	Bemerkning/siste endring
Allmennpraktiker Dnlf ¹		Godkjenningsordning 1973–85
Allmenntidning	1985	
Anestesi	1949	Anestesiologi 1965
Barnekirurgi	1963	Grenspesialitet under generell kirurgi 1977
Barnepsykiatri	1951	Barne- og ungdomspsykiatri 1989
Barnesykdommer	1918	
Blodsykdommer	1985	Grenspesialitet under indremedisin
Dental kjevekirurgi	1945	Kjeve- og munnhulesykdommer 1965
Endokrinologi	1983	Grenspesialitet under indremedisin
Epidemiske sykdommer	1931 ²	Nedlagt 1967
Fordøysessykdommer	1967	Grenspesialitet under indremedisin 1975
Fysikalsk medisin	1955 ²	Fysikalsk medisin og rehabilitering 1979
Fødselshjelp	1918	Slått sammen med <i>kvinnesykdommer</i> til Fødselshjelp og kvinnesykdommer 1947
Gastroenterologisk kirurgi	1977	Grenspesialitet under generell kirurgi
Geriatrici	1975	Grenspesialitet under indremedisin
Hjertesykdommer	1965	Grenspesialitet under indremedisin 1975
Hud- og kjønnsykdommer	1918	Hud- og veneriske sykdommer 1965
Idrettsmedisin	1940 ²	Nedlagt 1965
Immunhematologi	1959	Immunhematologi og medisinsk immunologi 1975. Immunologi og transfusjonsmedisin 1990
Indremedisin	1918	Hovedspesialitet 1975
Infeksjonssykdommer	1979	Grenspesialitet under indremedisin
Karkirurgi	1986	Grenspesialitet under generell kirurgi
Kirurgi	1918	Generell kirurgi 1965, hovedspesialitet 1977
Kjeve- og munnhulesykdommer	1965	Erstattet dental kjevekirurg 1965. Kjevekirurgi og munnhulesykdommer 1971
Klinisk farmakologi	1988	
Klinisk fysiologi	1965	Nedlagt 1994
Klinisk kjemi	1965	Medisinsk biokjemi 2002
Klinisk nevrofysiologi	1957 ²	
Klinisk patologi	1930 ²	Patologi 1961
Kvinnesykdommer	1918	Slått sammen med <i>fødselshjelp</i> til Fødselshjelp og kvinnesykdommer 1947
Lungesykdommer og lungetuberkulose	1918	Lungesykdommer 1963, grenspesialitet under indremedisin 1984
Mamma- og para-/tyreoidea-kirurgi	2006	Bryst- og endokrinkirurgi 2008
Massasje, sykegymnastikk og ortopedisk behandling	1918	Massasje og sykegymnastikk gikk ut 1949 Ortopedisk kirurgi 1949, grenspesialitet 1977 Hovedspesialitet igjen i 1997
Medisinsk bakteriologi og serologi	1945 ²	Medisinsk mikrobiologi 1965
Medisinsk biokjemi og fysiologi	1947	Klinisk kjemi 1965
Medisinsk blodtypeserologi	1959 ²	Utelatt som eget spesialitetsnavn 1965
Medisinsk genetik	1971	
Nervesykdommer	1918	Nevrologi 1949
Nevrokirurgi	1953	
Nukleærmedisin	1997	
Nyresykdommer	1979	Grenspesialitet under indremedisin
Plastisk kirurgi	1948 ²	Plastikkirurgi 1965
Revmatiske sykdommer	1930 ²	Revmatologi 1987

Røntgenundersøkelse og -behandling	1918	Radiologi 1989
Samfunnsmedisin	1984	
Sinnssykdommer og nervøse lidelser	1918	Psykatri 1949
Sosialmedisinsk attføring	1959 ²	Slått sammen med Fysikalsk medisin og rehabilitering 1986 , med denne betegnelse
Terapeutisk radiologi	1965	Onkologi 1991
Thoraxkirurgi	1950 ²	Grenspesialitet under generell kirurgi 1977
Tropesykdommer	1952 ²	Innlemmet i infeksjonssykdommer 1979
Urinveiskirurgi	1948 ²	Urologi 1969, grenspesialitet under generell kirurgi 1977
Yrkesmedisin	1949 ²	Arbeidsmedisin 1991
Øre-nese-halssykdommer	1918	
Øyesykdommer	1918	
¹ Allmennpraktiker Dnlf var ikke formell spesialitet		
² Årstellene står for når en lege første gang ble godkjent som spesialist i vedkommende spesialfag etter anbefaling fra en særskilt oppnevnt komité, uten at det forelå generelt fastsatte krav til spesialutdanning		

utdanning på sykehusavdelingene. Fortsatt tilbys det lokale veilederkurs, både for leger i sykehus og for leger i primærhelsetjenesten. I 1986 ble det bestemt at utdanningsutvalgene ved de enkelte utdanningsavdelingene skulle oppnevne en veileder for den enkelte lege i spesialisering.

Haffner-utvalgets innstilling

I perioden 1994–2000 ble det gjennomført et omfattende arbeid for deler av spesialistreglene. Et utvalg oppnevnt av Statens helsetilsyn med Jon Haffner (f. 1940) som leder, foreslo i 1995 at grenspesialitetene skulle gjøres om til hovedspesialiteter og at den valgfrie sideutdanningen burde sløyfes. På den måten ville det være mulig å korte inn på spesialistutdanningen, noe utvalget gjorde til et hovedpoeng. I 1997 vedtok Stortinget at «tilfeldig og valgfri» sideutdanning skulle fjernes. Samtidig ble det vedtatt at spesialistutdanningen burde forkortes og effektiviseres (10).

I 1998 fremmet spesialitetsrådet i Legeforeningen et forslag til en modell der bl.a. inntil ett år av spesialistutdanningen kunne erstattes av forskningstjeneste, tjeneste

i annen spesialitet eller tjeneste i helseadministrativ eller samfunnsmedisinsk legestilling.

Forskning i spesialistutdanningen ble et sentralt punkt i det videre arbeidet. I tråd med spesialitetsrådets modell fremmet Legeforeningens landsstyre i 1999 forslag om fjerning av valgfri sideutdanning og mulighet for forskning i spesialistutdanningen. Sosial- og helsedepartementet vedtok Legeforeningens modell for omredigerte spesialistregler for samtlige spesialiteter fra 2000.

Etterutdanning – Leif

Siden 1997 har Legeforeningen arbeidet med spørsmålet om etterutdanning i tråd med internasjonal utvikling (11). Det er en sammenfallende ideologi i en rekke utredninger. Etterutdanning skal formaliseres og være dokumenterbar, men ikke ha form av resertifisering. Ansvaret for adekvat etterutdanning påhviler først og fremst legen selv, men også arbeidsgiver, legenes organisasjoner og myndighetene. I 2007 lanserte Legeforeningen etterutdanningsystemet Leif på nettet. Spesialisten planlegger sin etterut-

danning, drøfter med kollega, avklarer med arbeidsgiver og gjennomfører etterutdannings tiltakene for så å evaluere sammen med kollegaen. Alt dette registrerer legen i datasystemet Leif, som er et hjelpemiddel for den enkelte lege til en bedre planlagt og systematisert etterutdanning som kan dokumenteres. Fra 2009 er systemet lansert i en spesialtilpasset versjon for allmennmedisin, der etterutdanning er obligatorisk i femårsperioder for å beholde spesialiteten (12).

Tabell 1 er en oversikt over spesialister fra 1918 og frem til i dag. En liknende oversikt med tidslinje finnes i høringsdokumentet om utredning av spesialistutdanningen (13).

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

- Berner JH. Den norske lægeforening 1886–1936: festskrift i anledning av foreningens 50 års jubileum. Oslo: Centraltrykkeriet, 1936: 17.
- Skoglund E. Legers videre- og etterutdanning. Tidsskr Nor Lægeforen 1986; 106: 1220–6.
- Aasved H. Spesialistutdanning av leger i Norge (historisk oversikt). Oslo: Den norske lægeforening, 2001. www.legeforeningen.no/id/2460.0 [30.3.2009].
- Bjercke O. Den norske lægeforenings 38. landsmøte med etterfølgende landsstyremøte i Bodø 1965. Tidsskr Nor Lægeforen 1965; 85: 1266–71.
- Skoglund E. Bodø-reglene 1965. Tidsskr Nor Lægeforen 2009; 129: 1145.
- Den norske lægeforenings landsstyremøte 1969. Tidsskr Nor Lægeforen 1970; nr. 12b: 19–24.
- Allmennedisin som akademisk fag. Michael 2009; nr. 1.
- Aasved H, Skoglund E. Utvikling av legers spesialistutdanning i Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2116–7.
- Lycke KH, Handal G, Lauvås P. Veiledning i medisinsk spesialistutdanning. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1994.
- St.meld. nr. 24 (1997). Tilgjengelighet og faglighet. Om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste.
- Ellingsen CL. Hjelpemiddel for bedre etterutdanning. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 336.
- Johannessen LB. Leif – nå også for allmennmedisinerne. Tidsskr Nor Lægeforen 2008; 128: 2240.
- Den norske lægeforening. Utredning om spesialistutdanningen av leger. Høringsdokument. www.legeforeningen.no/id/137138.0 [22.4.2009].

Manuskriptet ble mottatt 25.3. 2009 og godkjent 22.4. 2009. Medisinsk redaktør Erlend Hem.