
Utdanningen i allmennmedisin kan bli enda bedre

INVITERT KOMMENTAR

FRODE OOSTERLING

frode.oosterling@gmail.com

Frode Oosterling er spesialist i allmennmedisin, lege i spesialisering i samfunnsmedisin, rådgivende overlege ved ALIS/SamLIS Øst og sanitetssjef i Cyberforsvaret.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Ved å koble virkemidler som vi allerede har tilgjengelig på en smart måte, kan leger i spesialisering i allmennmedisin få et enda bedre utdanningsløp.

Norge har verdens beste spesialistutdanning i allmennmedisin. Hvorfor? Jo, fordi den er så praksisnær, du lærer faget i primærhelsetjenesten i din daglige jobb.

Norsk allmennmedisin utmerker seg ved at det gjøres mye utredning og behandling som i andre land gjøres av organspesialister (1). Det krever leger med erfaring. Derfor er det bra at Helse- og omsorgsdepartementet i forslaget til revisjon av spesialistforskriften velger å beholde kravet om to årsverk i åpen, uselektert allmennpraksis (2).

Allmennlegejobben kan være ensom, så god læring forutsetter at allmennlege i spesialisering (ALIS) blir ivaretatt gjennom god supervisjon og veiledning. Allmennleger flest er da heller ikke redde for å be kollegaen på nabokontoret om å komme inn og bekrefte at det rare utslettet virkelig er pityriasis versicolor. Det vi kollegaer i allmennpraksis ikke var like gode på, var å få til strukturert individuell veiledning. Dette kom på plass med spesialistforskriften fra 2019 (3) og har medført en betydelig kvalitetsheving av utdanningen. ALIS har krav på fire timer i måneden der man skjermet fra forstyrrelser reflekterer over legerollen og hvordan man fyller den sammen med en kollega som er spesialist. Dette er gledelig og fungerer bra. Flere ganger har vi hørt en ALIS-lege si: «Hadde det ikke vært for veilederen, hadde jeg slutta!»

Men min generasjon fikk selv aldri individuell veiledning, og med det har vi en utfordring i å vise drevne klinikere hva som er forskjellen på supervisjon og veiledning – og inspirere dem til å gjøre mer av det sistnevnte. Dette forsøker vi å få til gjennom et todagers veiledningskurs. Her erfarer vi at også de eldste får nyttige aha-opplevelser og opplever at de blir bedre veiledere, blant annet ved å lytte mer og prate mindre.

«Allmennlegejobben kan være ensom, så god læring forutsetter at allmennlege i spesialisering blir ivaretatt gjennom god supervisjon og veiledning»

Det vi allmennleger *har* vært gode på i mange år, og som heldigvis er videreført i spesialistforskriften, er veiledningsgrupper. I gruppeveiledningen møtes jevnbyrdige ALIS-leger en dag i måneden over to år. Som gruppeveileder har jeg nå min fjerde gruppe med ni engasjerte, faglig sterke, unge kollegaer som er fulle av framtidstro på vegne av faget vårt. Det gjør meg glad! Jeg spurte dem om det er greit å ha selvstendig listeansvar fra start som ALIS-lege eller om det bør vente noen år (4). Denne gruppen var samstemt om at de foretrakk å ikke vente. Begrunnelsen var at da fikk de mer igjen for å investere tid og krefter i god utredning og behandling av den enkelte pasient. Det slo meg etterpå at de med dette satte ord på tallene i Sandvik og medarbeideres banebrytende studie, som viste at kontinuitet i allmennpraksis er en prediktor for redusert bruk av helsetjenester og lavere dødelighet og at effekten er størst i starten av et lege–pasient-forhold (5).

Min veiledningsgruppe er kanskje ikke representativ, og det finnes allerede en god ordning der man får prøve seg i fastlegepraksis uten selvstendig listeansvar, nemlig Introduksjonsavtaler i allmennmedisin (6). Der knyttes ikke ALIS-legen til en bestemt fastleges liste, men avlaster alle legene på et legesenter. Ordningen er trolig lite utbredt, fordi den er dårlig markedsført og krever egen søknad til Helsedirektoratet fra kommunen.

To andre store utfordringer i spesialistutdanningen i allmennmedisin er kompetansevurdering og dokumentasjon. Spesialistforskriften §26 pålegger kommunene å gi en «løpende vurdering» av ALIS-legen. Men hverken forskriften eller tilhørende rundskriv (7) gir nærmere føringer om hva vurderingen skal bestå av. LIS-utdanning i sykehus har fordelene av at LIS-lege, leder og veileder jobber samme sted. I allmennmedisinen er det en sjeldenhet. Hvordan skal man da få til en «løpende vurdering»?

Kapittel 2.4 i rundskrivet sier at «kompetanseportalen gjør det mulig for leger i spesialisering å ha hele spesialistløpet dokumentert i samme system og synlig for ulike involverte aktører». Det er dessverre ikke tilfelle. Fortsatt mangler portalen moduler for utdanningsplaner, for gjennomført tjeneste og for ALIS-tilskuddet. Det siste er et tiltak som har bidratt betydelig til rekruttering på tross av at tildelingen er en tungvinn og tidkrevende prosess. En forenkling av saksbehandlingen der ALIS-tilskuddet inngår i kompetanseportalen og utbetales direkte fra Helsedirektoratet når ALIS-legen, veilederen og den kommunale lederen sammen har evaluert progresjonen, vil være en stor forbedring. Ved å knytte utbetaling av tilskuddet opp mot den halvårige evalueringssamtalen sikrer man samtidig regelmessig kompetansevurdering.

REFERENCES

1. Helsedirektoratet. Anbefalte læringsaktiviteter.
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/autorisasjon-og-spesialistutdanning/spesialistutdanning-for-leger/allmennmedisin/anbefalte-læringsaktiviteter> Lest 15.9.2024.
 2. Helse- og omsorgsdepartementet. Høring - forslag til endringer i forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften) mm. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing-forslag-til-endringer-i-forskrift-om-spesialistutdanning-og-spesialistgodkjenning-for-leger-og-tannleger-spesialistforskriften-mm/id3047810> Lest 1.8.2024.
 3. Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften).
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-12-08-1482> Lest 10.7.2024.
 4. Schei V, Eliassen KE. Levelig utdanningsløp for ALIS-leger. Tidsskr Nor Legeforen 2024; 144. doi: 10.4045/tidsskr.24.0083. [PubMed][CrossRef]
 5. Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J et al. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. Br J Gen Pract 2022; 72: e84–90. [PubMed] [CrossRef]
 6. Helsedirektoratet. Introduksjonsavtaler i allmennmedisin.
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/autorisasjon-og-spesialistutdanning/spesialistutdanning-for-leger/introduksjonsavtaler-i-allmennmedisin> Lest 15.9.2024.
 7. Helse- og omsorgsdepartementet. Spesialistforskriften med kommentarer. Spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/296adc05dbee4ae1a1e015cbea31701e/ny-versjon-2023-av-rundskriv-i-2-2019-spesialistforskriften-med-kommentarer.pdf> Lest 10.7.2024.
-

Publisert: 3. oktober 2024. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.24.0495

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 9. september 2026.