



# En effektiv og trygg vei til bedre spesialistutdanning i sykehus?

---

## KRONIKK

### PÅL GULBRANDSEN

E-post: [pal.gulbrandsen@medisin.uio.no](mailto:pal.gulbrandsen@medisin.uio.no)

Pål Gulbrandsen er spesialist i samfunnsmedisin og tidligere spesialist i allmennmedisin, professor i helsetjenesteforskning ved Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo og seniorforsker ved Akershus universitetssykehus.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han er engasjert av Regionalt utdanningscenter for Helse Sør-Øst for å utvikle utdanningsprogrammet som blir beskrevet. Arbeidet er lønnet av det offentlige.

### INGRID HYLDMO

Ingrid Hyldmo er psykologspesialist ved Enhet for psykisk helsetjeneste i somatikken ved Diakonhjemmet Sykehus. Hun er utdannet veileder og er lokalt ansvarlig for Fire gode vaner-programmet.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun er engasjert av Regionalt utdanningscenter for Helse Sør-Øst for å utvikle utdanningsprogrammet som blir beskrevet. Arbeidet er lønnet av det offentlige.

### INGVILD SKINSTAD FOSSUM

Ingvild Skinstad Fossum er cand.polit. og spesialrådgiver i Regionalt utdanningscenter i Helse Sør-Øst. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun er engasjert av Regionalt utdanningscenter for Helse Sør-Øst for å utvikle utdanningsprogrammet som blir beskrevet. Arbeidet er lønnet av det offentlige.

### BIRGITTE SEIP

Birgitte Seip er spesialist i fordøyelsessykdommer ved Sykehuset i Vestfold og leder av Endoskopiskolen.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun er engasjert av Regionalt utdanningscenter for Helse Sør-Øst for å utvikle utdanningsprogrammet som blir beskrevet. Arbeidet er lønnet av det offentlige.

### LILL ANETTE ØYEN

Lill Anette Øyen er spesialist i psykiatri, lege i spesialisering i anesthesiologi og erfaren kursinstruktør innen teamtrening i sykehus og kommunikasjon i Forsvaret.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun er engasjert av Regionalt utdanningscenter for Helse Sør-Øst for å utvikle utdanningsprogrammet som blir beskrevet. Arbeidet er lønnet av det offentlige.

### TANJA OWEN

Tanja Owen er spesialist i fordøyelsessykdommer ved Sykehuset Østfold og instruktør i Endoskopiskolen.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun er engasjert av

Spesialistutdanningsreformen har ført til usikkerhet og uro. Reformen krever kompetanse i veiledning, supervisjon og kommunikasjon. Få erfarne leger har det. Regionalt utdanningscenter i Helse Sør-Øst har igangsatt et omfattende utdanningsprogram.

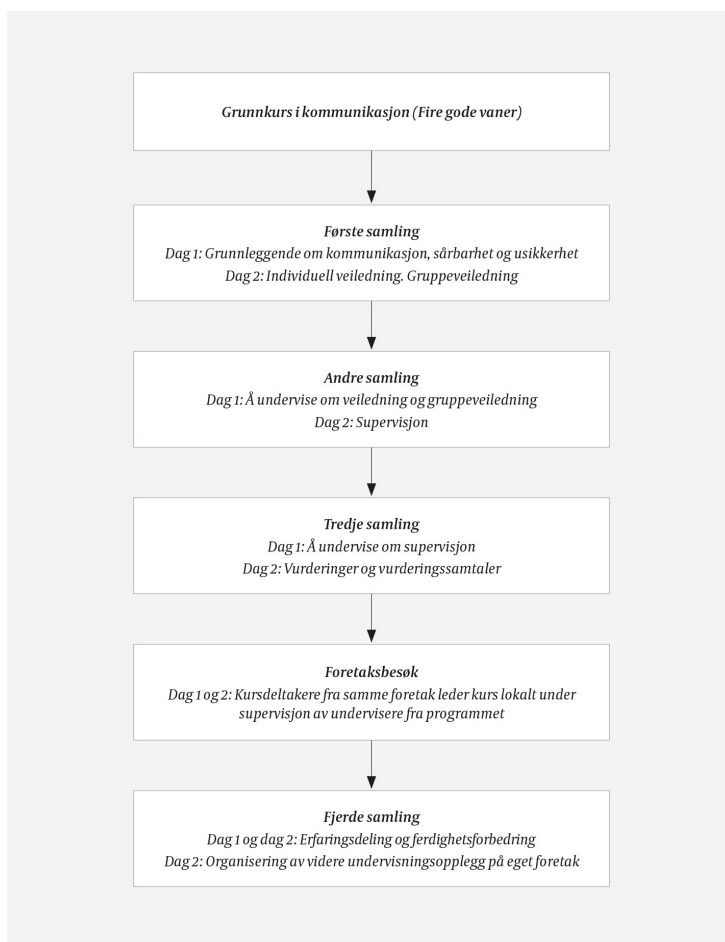
Den nye spesialistutdanningsforskriften har omfattende krav til opplæring i klinisk kommunikasjon, veiledning og supervisjon (1). Veiledning og supervisjon har tidligere ikke vært studieemner i medisinsk utdanning eller videreutdanning (for forskjellen på veiledning og supervisjon, se Nylenna (2)). Derfor har kvaliteten vært ymse, og leger under spesialistutdanning har vært prisgitt overordnetes overskudd og interesse for temaene. Vi er kjent med at flere helseforetak har gitt pedagoger og psykologer i oppgave å undervise i veiledning for å tilfredsstille kravene i forskriften. En slik tilnærming overser betydningen av praksisnær (situert) læring og hvor viktig det er med gode rollemodeller og mester-svenn-relasjonen for å utvikle en profesjonsidentitet (3, 4). Skal reformen lykkes, må leger være hovedaktører i undervisningen, i samarbeid med andre fagpersoner som har kompetanse i veiledning, undervisning, kommunikasjon og pedagogisk metode.

Det er ikke tilfeldig at reformen kommer nå. Læringsformene i medisinsk praksis, ofte omtalt som «see one, do one, teach one», har lenge vært under lupen (5) og gjenstand for kritikk (6, 7). Forståelsen for betydningen av strukturert rammeverk for veiledning og supervisjon (8) og bruk av kommunikasjon som verktøy for å fremme refleksjon i læring, har bredt om seg internasjonalt. Prinsippene er godt oppsummert i to ferske artikler av den kanadiske forskeren Joan Sargeant (9, 10).

Studier av klinisk kommunikasjon kom for alvor med 1980-årene (11). I Norge ble en amerikansk undervisningsmodell for lege-pasient-kommunikasjon testet ved Akershus universitetssykehus 2007-08, med godt resultat (12-15). Metoden har fått navnet «Fire gode vaner» og er videreutviklet og tilpasset norske forhold. De fire vanene henviser til hvordan man begynner en lege-pasient-samtale, hvordan man innhenter pasientens perspektiv, oppmerksomhet om bruk av empati samt hvordan man informerer pasienten, diskuterer behandling og avslutter samtalen. Diakonhjemmet sykehus var først til å sette modellen ut i praksis. Et suksesskriterium var at erfarne leger i samarbeid med psykologer og psykiatere lærte opp sine kollegaer (16). Den tverrfaglige kursledelsen har fått gode evalueringer, og tilsvarende organisering brukes nå ved flere norske sykehus.

Skal reformen lykkes, må leger være hovedaktører i undervisningen

Fire gode vaner-modellen kan generaliseres til andre samtaler preget av asymmetri i roller, posisjon og makt. Prinsippene for lege-pasient-kommunikasjon har overføringsverdi til undervisning i veiledning og supervisjon. I regi av Regionalt utdanningscenter i Helse Sør-Øst (Regut HSØ) ble det derfor i 2018 nedsatt en tverrfaglig arbeidsgruppe med erfaring med undervisning, prosedyretrening, veiledning, gruppeveiledning, kommunikasjonstrening og klinisk arbeid. Arbeidsgruppen består av leger, psykologspesialist og pedagog. Oppdraget var å utvikle et undervisningsprogram i veiledning, supervisjon og kommunikasjon for erfarne leger. Målet var å heve kompetansen i foretakene og øke effekten av aktivitetene som gjennomføres. For å sikre kompetanseøkning hos flest mulig raskest mulig ble det lagt vekt på at klinikere som deltar på regionalt nivå, skal ha som oppgave å undervise kollegaer lokalt. Helseforetakene ble bedt om å prioritere leger med stor faglig kredibilitet, da dette anses som en forutsetning for å lykkes med å bygge opp lokal kompetanse. Programmet består av fire regionale samlinger à to dager (figur 1).



**Figur 1** Planlagt kursprogram. Planen om at et grunnkurs i kommunikasjon skulle være inngangsbilletten til programmet, måtte forlates, siden altfor få hadde vært gjennom et slikt kurs. Etter ønske fra helseforetakene ble kursledelsen nødt til å fremskynde foretaksbesøket til mellom annen og tredje samling.

Forfatterne av denne kronikken har alle vært med i arbeidsgruppen, som også fungerer som kursledelse. Vi la tre premisser for oppbyggingen av programmet. Det første premisset er at nødvendig undervisningskompetanse *ikke kan læres* gjennom forelesninger alene. Den må oppøves i aktiverende undervisning med veksling mellom ulike former for samtaler, konkret trening på ferdigheter med tilbakemelding, miniforelesninger og dialog mellom deltakere og undervisere. Alle ordinære kursdager har minst 50 % smågruppetid, og også i plenum er store deler av tiden aktiverende. I tillegg gjennomfører vi besøk til helseforetakene for å supervisere kursdeltakerne når de gjennomfører det første kurset lokalt.

Det andre premisset er at undervisningstiden *ikke* brukes til å presentere forskrift, veiledere og annet lett tilgjengelig skriftlig materiale. Det tredje premisset er at deltakerne involveres som aktive medutviklere av programmet i kraft av erfaringen de representerer fra de ulike medisinske fagfeltene. Tilbakemeldinger innhentes aktivt og fører til løpende forbedring av programmet slik at det blir mest mulig relevant og anvendbart i en travel klinisk hverdag. På den måten eksemplifiserer også kursledelsen betydningen av dialog for læring.

Helseforetakene har et langt stykke å gå før eksterne rammer er på plass

Sentrale emner i kursprogrammet er identitet som lege, modellering, sårbarhet, usikkerhet og det å være forutinntatt med de konsekvenser det får for egen og andres atferd og beslutninger. I tillegg belyses parallelle prosesser gjennom ulike relasjoner: lege-pasient, LIS-veileder, LIS-supervisor. For øvrig gjennomgås sentrale begreper, modeller, verktøy og metoder i veiledning og supervisjon (17, 18). Det brukes tid på å trene struktur, nøyaktighet i observasjon og prinsipper for tilbakemelding. Et annet tema er potensielle rolleutfordringer (veileder som både «trener» og «dommer»).

Deltakerne får utdelt en del praktiske verktøy til gjennomføring av kurs, inkludert lysbildepakker, forslag til kjøreplan for kurs og en veiledning i å undervise. Gjennom hele programmet legges det vekt på nettverksbygging for å støtte hverandre og dra veksler på erfaringer fra andre foretak.

## Organisering, gjennomføring og erfaringer

Fagdirektørmøtet i Helse Sør-Øst har gitt programmet sin tilslutning. Likevel har det regionale utdanningsssenteret blandet erfaring med de ulike helseforetakenes mulighet til å gi legene nok tid til å dra på kurs og ikke minst til å forberede lokal undervisning. Det administrative arbeidet knyttet til reformen, både sentralt og lokalt, har vært betydelig.

To kull startet opp i mars 2019 og har planlagt å være ferdig med programmet i mars 2020. Gjennomføringen er blitt forsert, fordi helseforetakene ønsket å få mange gjennom hurtig. Med kort tid mellom samlingene fryktet vi at det ville bli vanskelig for alle deltakerne å skaffe seg konkret erfaring med veiledning, gruppeveiledning og undervisning slik det ble lagt opp til. Dette har vist seg å gjelde ganske mange.

## Barrierer og muligheter

Som kursledere ser vi en frustrasjon blant kursdeltakerne i de fleste helseforetak fordi det ikke legges godt til rette for å utvikle seg som underviser, veileder og supervisor. Etterspørselen etter kurs er stor, men mange sliter med å få fri. I tillegg er det også utfordringer knyttet til fysiske rammer med egnede lokaler til kurs og til å drive veiledning individuelt og i gruppe. Helseforetakene har et langt stykke å gå før eksterne rammer er på plass.

Man kan forestille seg at den innsatsstyrte finansieringsmodellen tar inn utdanningsproduksjon blant sine tellekanter

Spesialistutdanningsreformen er uttenkt på øverste nivå i Helse-Norge og er et ærlig forsøk på å få til en mer systematisk, pasientsikker og kvalitetspreget utdanning der ansvaret er klart plassert hos helseforetakene. Men det har ikke fulgt midler med. Når man innfører store nye fagområder til en sektor som er nedgravet i etterspørsel etter sine primærfunksjoner, kan man ikke vente at undervisning med tilstrekkelig kvalitet og omfang oppstår som ved et trylleslag uten å affisere virksomheten. Et virkemiddel for å oppnå en prosess som ikke bare er et teoretisk fremskritt, men faktisk løfter kvaliteten og effektiviteten i spesialistutdanningen så det monner, kan f.eks. være at helseforetakene må rapportere på utdanning og utdanningskvalitet. Man kan forestille seg at den innsatsstyrte finansieringsmodellen tar inn utdanningsproduksjon blant sine tellekanter.

## Veien videre

Dette programmet er utviklet i Helse Sør-Øst, men det har også vært deltakere fra Helse Midt-Norge. Noen helseforetak i andre regioner, f.eks. Stavanger universitetssjukehus og Nordlandssykehuset, er i gang med opplegg som har fått god evaluering og som er mindre omfangsrike enn dette programmet. Vi tror det er behov for tverregionalt samarbeid over de nærmeste 10–15 årene for å skalere opp kompetansen i helseforetakene og harmonisere undervisningen mellom regionene. I tråd med § 4e i spesialistutdanningsforskriften (1) er det kontakt mellom de regionale utdanningsssentrene for å utrede dette. Regionene bør trolig også ta initiativ til å bygge opp et felles effektivt produksjonsapparat for e-læringsmidler, tilsvarende det apotekkjedene har gjort ved sammen å lage et eget firma (APOKUS) til dette formålet. Målet må være at kursprogrammet blir overflødig når helseforetakene er blitt selvforsynt med kompetanse.

---

### LITTERATUR:

1. FOR-2016-12-08-1482. Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-12-08-1482> Lest 16.9.2019.
2. Nylenna M. Veiledning eller supervisjon? *Tidsskr Nor Legeforen* 2018; 138. doi: 10.4045/tidsskr.18.0513. [CrossRef]
3. Akre V, Ludvigsen SR. Hvordan laeres medisinsk praksis? En kvalitativ studie av legers oppfatning av egne laeringsprosesser. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997; 117: 2757–61. [PubMed]
4. Akre V, Ludvigsen SR. Profesjonslaering og kollektiv kunnskap. Laeringsmiljø i to norske sykehusavdelinger. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 48–52. [PubMed]
5. Akre V, Vikanes A, Hjortdahl P. Profesjonalisering uten styring? En undersøkelse om det faglige innholdet i turnustjenesten. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1992; 112: 2546–51. [PubMed]
6. Bleakley A, Bligh J, Browne J. *Medical education for the future. Identity, power and location*. London: Springer, 2011.
7. Rodriguez-Paz JM, Kennedy M, Salas E et al. Beyond “see one, do one, teach one”: toward a different training paradigm. *Qual Saf Health Care* 2009; 18: 63–8. [PubMed]
8. Rudolph JW, Simon R, Dufresne RL et al. There’s no such thing as “nonjudgmental” debriefing: a theory and method for debriefing with good judgment. *Simul Healthc* 2006; 1: 49–55. [PubMed][CrossRef]
9. Sargeant J. Future research in feedback: how to use feedback and coaching conversations in a way that supports development of the individual as a self-directed learner and resilient professional. *Acad Med* 2019; 94: S9–10. [PubMed][CrossRef]
10. Tavares W, Eppich W, Cheng A et al. Learning conversations: an analysis of their theoretical roots and their manifestations of feedback and debriefing in medical education. *Acad Med* 2019; 1. [PubMed][CrossRef]
11. Waitzkin H. Doctor-patient communication. Clinical implications of social scientific research. *JAMA* 1984; 252: 2441–6. [PubMed][CrossRef]
12. Gulbrandsen P, Krupat E, Benth JS et al. “Four Habits” goes abroad: report from a pilot study in Norway. *Patient Educ Couns* 2008; 72: 388–93. [PubMed][CrossRef]
13. Gulbrandsen P, Jensen BF, Finset A. Endring i mestringstillit hos sykehusleger etter kurs i klinisk kommunikasjon. *Tidsskr Nor Legeforen* 2009; 129: 2343–6. [PubMed][CrossRef]
14. Fossli Jensen B, Gulbrandsen P, Dahl FA et al. Effectiveness of a short course in clinical communication skills for hospital doctors: results of a crossover randomized controlled trial (ISRCTN22153332). *Patient Educ Couns* 2011; 84: 163–9. [PubMed][CrossRef]
15. Gulbrandsen P, Jensen BF, Finset A et al. Long-term effect of communication training on the relationship between physicians’ self-efficacy and performance. *Patient Educ Couns* 2013; 91: 180–5. [PubMed][CrossRef]
16. Hyldmo I, Fjerstad E, Bragason Á et al. Kommunikasjon som verktøy i klinisk hverdag. *Tidsskr Nor Legeforen* 2014; 134: 1925–6. [PubMed][CrossRef]
17. Lycke KH, Handal G, Lauvås P. *Veiledning med leger under utdanning*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2010.
18. Milne D. *Evidence based clinical supervision: principles and practice*. Chichester: BPS Blackwell, 2009: 1–153.

---

Publisert: 23. januar 2020. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI: 10.4045/tidsskr.19.0639

Mottatt 8.10.2019, første revisjon innsendt 15.11.2019, godkjent 26.11.2019.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra [tidsskriftet.no](http://tidsskriftet.no)