

Målet er enhetlig kvalitet på spesialistene

Legeforeningen er opptatt av å sikre en enhetlig nasjonal standard i spesialistutdanningen. Kvaliteten på spesialistene må være enhetlig uavhengig av hvor i landet og ved hvilke utdanningsavdelinger man gjennomfører utdanningen.

Dette var temaer som ble tatt opp på spesialitetsrådets årlige seminar på Soria Moria konferansesenter 8. og 9. mai. Etikkk, holdninger, evner og ferdigheter til kommunikasjon er, i tillegg til det rent medisinsk-faglige, en viktig del av enhver leges kompetanse. Opplæring i dette må være en integrert del av alle elementene i spesialistutdanningen. Også her er mester-svenn-læringen sentral i rollemodellen.

Veiledning som kvalitetssikring

Den systematiske veiledning, som var forutsatt å skje i sykehusspesialitetene, fungerer dessverre ikke alltid tilfredsstillende. Det er oppnevnt veileder for utdanningskandidatene, men det er varierende grad av oppfølging i veiledningssamtalene. Det hevdes også at dette er på grunn av krav til effektivitet og produksjon på avdelingene.

Leder i pedagogisk avdeling i Legeforeningen, Bjørn Oscar Hoftvedt innledet om temaet kvalitet i spesialistutdanningen med veiledning som kvalitetssikring. Legeforeningen har siden 1986 arrangert kurs for å kvalifisere leger til å drive systematisk veiledning av spesialistkandidater i sykehus. Kursene har vært arrangert sentralt og lokalt i sykehus og på avdelingsnivå. Mer enn 1 000 leger har fått en eller annen form for veilederutdanning. Mange har imidlertid etter spurt et mer fleksibelt opplegg for utdanning av veiledere i sykehus. Det nye utdanningsprogrammet passer for leger som ønsker å skaffe seg mer innsikt i medisinsk veiledningspedagogikk.

Målgruppe for utdanningsprogrammet er overleger som driver veiledning eller som skal starte veiledning. Programmet er også nyttig for utdanningskandidater med veiledningsansvar for turnuskandidater. Utdanningsprogrammet består av to videofilmer som viser veiledning i praksis, et kurshefte og boken *Veiledning i medisinsk spesialistutdanning*. Sykehusene anbefales varmt å kjøpe utdanningsprogrammet for å skolere veilederne på avdelingene.

Kvalitet på nye leger

Leder av Yngre legers forening, Bente Kristin Johansen, tok opp hvordan man kan sikre kvaliteten av nye store legeskull. Legeforeningen forventer ca. 860 uteksaminerte medisiner i 2004, mot ca. 600 for bare ti år siden. Den store økningen i legeskullene vil måtte få konsekvenser for antall turnusplasser og mulighet til turnustjeneste.

Hva skjer med spesialistutdanningen når det blir store legeskull i forhold til volum, prosedyrer og supervisjon i avdelingen? Øk-

ningen vil muligens frigjøre ressurser til undervisning og forskning, muligens gi bedre tid til pasienter og prosedyrer, tid til ledelse og tid til å dyrke et liv utenom legetjenesten, men dette er langt fra sikkert.

Yngre legers forening ser det slik at utdanningstakten må reduseres, og utdanningen må være styrt fra et nasjonalt nivå. Yrkesforeningen ser også flere fallgruver, for eksempel regionalisering av spesialistutdanningen, sykehus som nedprioriterer utdanning, dagbehandling av pasienter, konkurranseutsetting og rotasjonsordninger og en eventuell ytterligere harmonisering av spesialistutdanningen i forhold til EU-land.

Flere leger må ikke redusere kvalitet

Økt legedekning må ikke redusere kvaliteten på spesialistutdanningen. Det skal ikke være flere utdanningskandidater eller turnusleger i en avdeling enn det som kvalitetsmessig gir et godt utbytte. Supplement som ferdighets-simulator og laboratorium kan ikke erstatte vanlig pasientbehandling. Oppgavene må fordeles slik at overlegene ikke står alene på poliklinikken eller ved prosedyrer, utdanningskandidatene må tas med. Forskning, utdanning og spesialistutdanning må ikke bli salderingsposter i spesialistutdanningen. Omorganiseringer som går utover spesialistutdanningen i form av for eksempel tverrfaglig vakt, annen yrkesgruppe enn lege som bakvakt eller selektert pasientmateriale, må gis konsekvenser for sykehusenes utdanningsstatus.

Bedre rammevilkår

I kritikken fra utdanningskandidatene tas det ofte til orde for bedre rammevilkår for å sikre læringsmiljøet. Det er et stort arbeidspress i avdelingene og lærings-elementene som internundervisning, supervisjon og mester-svenn-læringen må prioriteres. Assistentlege Gerd Tranø fra Regionsykehuset i Trondheim tok for seg sine forventninger til spesialistutdanningen og vektla yrkesrollen og ut-



Bente K. Johansen

øvingen av denne. Hun har møtt et svært godt læringsmiljø gjennom god supervisjon og tilstrekkelig pasientgrunnlag.

De praktiske kursene i kirurgi og ortopedi anser Tranø som jevnt over gode kurs, men det kan være problematisk med permisjon til nødvendig kursutdanning. Det er imidlertid kanskje tid for å vurdere om kurs er den metoden man skal bruke for å tilnærme seg kunnskapene fordi det er en krevende metode i forhold til tid og økonomi. Men man må heller ikke undervurdere verdien av å møte kolleger for faglige diskusjoner og nettverksbygging med tanke på senere samarbeid lokalt og regionalt.

Legeforeningen vet at veiledningen mange steder ikke fungerer optimalt og at utdanningskandidatene selv etterspør veiledning i liten grad. Tranø har i den forbindelse opplevd veiledningen både som et pliktløp og som en svært god prosess.

EU og direktiver

EUs legeråd (Standing Committee of European Doctors, CP) er en paraplyorganisasjon for den medisinske profesjonen i Europa som har som hovedoppgave å påvirke EUs politikk i forhold til leger. Generalsekretær i EUs legeråd, Grethe Aasved, orienterte om den siste revisjonen av legedirektivet 93/16/EØF som handler om å lette den frie bevegelighet for leger og om gjensidig godkjenning av diplomer, eksamensbevis og andre kvalifikasjonsbevis.

De viktigste konsekvenser ved vinterens revisjon av legedirektivet, er utvidelse av krav til praksis fra to til tre år, for selvstendig allmennpraksis på trygdens regning. Kravet gjelder fra 1. januar 2003. I forhold til konsekvenser for avtaleverk og praktisering av fastlegeordningen innen den treårige utdanningen, som kan foregå både i sykehuset og allmennpraksis, hevder Legeforeningen at turnustiden må inkluderes.

12 europeiske land har meldt inn sin søknad til EU. Ved medlemskap vil disse landene bli en del av systemet med gjensidig godkjenning av kompetanse. Samtidig vet man at kvaliteten på medisinerutdanningen og spesialistutdanningen i disse land er ytterst varierende og noe uoversiktlig. Det er et problem at kvaliteten på spesialistutdanningen i søkerlandene er lite kjent ellers i Eu-



Grethe Aasved



Gerd Tranø

ropa. Det er også et problem og bekymring at direktiv 93/16/EØF primært handler om lengde og nivå på utdanningen og ikke om kvalitet og innhold.

Resertifisering og formell etterutdanning for leger har vært et tema i EU, der man har konkludert med at det ikke skal foreligge noen formell sertifisering på EU-nivå. Konklusjonen viser at Legeforeningen er på riktig kurs i prosjektet Legers etterutdanning i fremtiden, som strukturerer, synliggjør og motiverer for en etterutdanning der også rettigheter er inkludert.

Språkkrav

Leger som kommer inn under EØS-avtalen, kan ikke avkreves norskkunnskaper for å få tildelt norsk autorisasjon. Aasved trakk frem en interessant dom i European Court of Justice av 14. juli 2000, som pålegger språkkrav til leger som vil arbeide i annet EØS-land. Språkkravet kan lovlig brukes som en overordnet grunn av generell interesse for å sikre legens kommunikasjon med pasienten. Konklusjonen er således at medlemsstatene kan stille språkkrav gjennom lovgivning så lenge lovgrunnlaget er de overordnede hensyn til pasienten, og ikke det å hindre fri bevegelse av leger.

European Court of Justice har også nylig behandlet saker i tilknytning til fritt helse-tjenestemarked i EU. Det er avklart rett til polikliniske helsetjenester og sykehustjenester som betyr at pasienter kan reise til et annet land, få behandling og sende regningen til hjemlandet. Utgiftene dekkes dersom det er materielle og tidsbestemte rettigheter, det vil si at tilbudet i hjemlandet er der, men at garantitiden for når behandlingen skal iverksettes, er brutt. Disse rettighetene vil kunne få store konsekvenser for det enkelte land.

Inger Johanne Øien
Utdanningsavdelingen

Viktig verv til Norden og Den norske lægeforening

Generalsekretær Harry Martin Svabø er utnevnt som leder av etikkomiteen i World Medical Association. – Utnevnelsen er en stor heder til Norden og til Den norske lægeforening, sier Svabø.

Harry Martin Svabø ble valgt til leder av etikkomiteen med full støtte fra de nordiske legeforeningene. Vervet gjelder for to år. Siden 1999 har Svabø vært Legeforeningens og Nordens representant i World Medical Associations råd.

Menneskerettigheter

– Arbeidet i World Medical Association er sentrert omkring etikk og menneskerettighetsspørsmål og dessuten til rammevilkårene for legens praksis og virksomhet, sier Svabø. Etikkomiteen, som består av 12–13 medlemmer, er en svært viktig komité i World Medical Association. Blant annet har den stått bak fornyelsen av Helsinkideklarasjonen.

World Medical Association organiserer legeforeninger fra om lag 80 land. Alle verdensdeler er representert. Størst representasjon er det fra Europa, mens det er relativt færre fra Afrika og Sør-Amerika. – Vi skulle gjerne sett at flere utviklingsland kom med, sier Svabø. De østeuropeiske landene kommer også dårlig ut. – Det skyldes nok at selve

organisasjonsutviklingen i disse landene har vært dårlig, sier han.

– Som generalsekretær er jeg etter hvert blitt opptatt av overordnede, ideelle saker, herunder utviklingen av legerollen, viktige etiske spørsmål knyttet til legegjerningen og til arbeidet med menneskerettighetsspørsmål, sier Harry Martin Svabø.

Han mener at legene spiller en viktig rolle i disse spørsmål fordi de på mange måter blir en frontgruppe som kommer i brennpunktet når etikk og menneskerettighetsspørsmål dukker opp. – For legen skal alle pasienter være like og stå like nær til å bli hjulpet, presiserer han, uavhengig av makthavere og eventuelle fiendebilder i vedkommende land.

God legeetikk

– Det er i strid med god legeetikk og menneskerett ikke å yte hjelp til folk som trenger det, uansett kjønn, alder, etnisk opprinnelse, religion, seksuell orientering, økonomisk status, sykdom eller funksjonshemming eller politisk tilhørighet, sier Svabø. Det finnes dessverre mange eksempler på at leger straffes fordi de har hjulpet motstandere av et regime eller folkegrupper som oppfattes som pariakaster. Slike leger gjør sin plikt og må støttes.

– I utviklingen av legerollen har det vært viktig å verne om legens frihet til å behandle pasienter slik god medisinsk kompetanse og

god menneskelig oppførsel tilsier. Det er en viktig faktor for en god helsetjeneste. Dette forutsetter imidlertid at samfunnet har god innsikt i det vi driver med, at vi har gode systemer og at vi kvalitetssikrer vår virksomhet på en forsvarlig måte. Passer vi på dette, bør samfunnet også gi legene en aksept for å utøve sitt yrke innenfor en viss form for frihet, sier Svabø.

Norge har utarbeidet forslag til en uttalelse med tittelen *Clinical independence and professional integrity of the physician* som bl.a. skal behandles på et møte i World Medical Association i New Dehli til høsten.

Lise B. Johannessen
Informasjonsavdelingen



Harry M. Svabø

