

# Spesialistutdanningen i USA går nye veier



## Kommentar og debatt

**Spesialistutdanningen i USA er under omdanning til å bli mer målstyrt. Innholdet i utdanningen skal nå styres ut fra en beskrivelse av den kompetansen en ferdig utdannet spesialist forventes å ha, i stedet for detaljerte bestemmelser om struktur og prosess som i de tradisjonelle spesialistregler. Ordningen har likhetstrekk med den målstyrte utdanningsmodellen svenskene la om til for få år siden.**

I 1999 lanserte Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) i USA det såkalte «Outcome Project» (1) som fikk umiddelbar tilslutning fra American Board of Medical Specialties (ABMS), paraplyorganisasjonen for spesialitetskomiteene i USA.

Det som skiller den amerikanske modellen fra andre målstyrte utdanninger, som bl.a. den svenske (2), er formen på målformuleringene og den systematiske formative evalueringen (regelmessig evaluering for å bedømme progresjon i kompetanseutviklingen) som er lagt inn i utdanningsløpet. Det amerikanske opplegget definerer seks kompetanseområder som må dekkes i spesialistutdanningen: pasientomsorg/behandling, medisinsk kunnskap, praksisbasert læring og forbedring, interpersonelle og kommunikative ferdigheter, profesjonalitet og praksis basert på systemforståelse. Systemforståelse innebærer bl.a. evnen til å se sammenhengen mellom egen virksomhet og andre deler av helsetjenesten pasienten er i kontakt med, for å utnytte de totale ressursene som er tilgjengelige på best mulig måte for pasienten.

I USA er man på god vei med å utvikle evalueringsverktøy som kan vise hvor langt spesialistkandidaten er kommet i å oppfylle kompetansekravet (1).

Endringene i spesialistutdanningen er også en sterk utfordring til kritisk å analysere hvordan grunnutdanningen og etterutdanningen tilrettelegges (3). Grunnutdanningen må gi legene en grunnleggende kompetanse som setter dem i stand til å drive systematisk, pasientrettet forbedringsarbeid, inkludert et systematisk arbeid for bedre pasientsikkerhet.

Omleggingen har fått større fart enn forventet, kanskje fordi mange har følt at det ikke er mulig å løse dagens og morgendagens utfordringer med «mer av det samme». Reformen omtales som et paradigmeskifte, i likhet med det som skjedde da Abraham Flexner skapte orden og kvalitet i den medisinske grunnutdanningen i USA (4).

---

**Hans Asbjørn Holm**

*hans.asbjorn.holm@legeforeningen.no*

Avdeling for kvalitetsutvikling og utdanning

Den norske lægeforening

Postboks 1152 Sentrum

0107 Oslo

---

Diskusjonen om endringer i spesialistutdanningen i USA økte på etter at Institute of Medicine i 1999 publiserte den meget omtalte rapporten «To err is human: building a safer health care system» (5). Det var i denne rapporten det amerikanske folk ble fortalt at 44 000–98 000 amerikanere dør i sykehus hvert år som følge av dårlig, mangelfull eller gal behandling. Ekspertene slo fast at disse forhold ikke bedres ved å intensivere jakten på syndebukker. I det store og hele gjør helsepersonell en hederlig jobb under de gitte forhold. Vi må rette vår oppmerksomhet mot organisering (systemer) som «tillater» at slikt skjer. Her kommer også utdanningen inn: «Hvis en epidemi som årlig tar livet av 44 000–98 000 bare i USA, hadde en biologisk årsak, ville dette straks funnet veien til studieplanene... Pasientsikkerhet er et ukjent territorium i studieplansammenheng. Komplekse strukturer, kulturforståelse og teamarbeid er ikke sentrale temaer i tradisjonelle studieplaner. Så, hvor skal vi ta fatt?» (6).

Tallene fra USA er skremmende, og det er indikasjoner på at også i vår del av verden må pasientsikkerhet løftes høyt opp på agendaen (7, 8).

Amerikansk helsevesen har et høyt kostnadsnivå. I en rapport fra Juran-instituttet hevdes det at 30 % av utgiftene skyldes dårlig kvalitet på omsorgen (9). Nå skal selvfølgelig ikke legene påta seg all skyld for de negative sider ved amerikansk helsevesen. Men legene er viktige aktører når det gjelder å generere utgifter gjennom de kliniske beslutninger som fattes og påvirker systemene, bevisst eller ubevisst. Kanskje har ikke leger den systemforståelse og evne til å se egen virksomhet i en større sammenheng, noe som er nødvendig for å bidra til et tryggere og mer kostnadseffektivt helsevesen? Å skape den kompetanse som er nødvendig, krever en reflektert holdning til læring, og hva det vil si å bevege seg på skalaen fra nybegynner til ekspert. «Mennesker er skapt for læring. Leger må ha integritet, motivasjon

og evne til å identifisere hva som er god læring og god helsetjeneste og må ikke gi seg før de får det til» (10).

Det arbeides nå intenst i de ulike spesialitetskomiteene (boards) for å beskrive hvordan utdanningen skal tilrettelegges for å møte de nye kravene. Særlig barnelegene, American Board of Pediatrics (11), synes å ha kommet langt.

### **Konkvenser for etterutdanning og resertifisering**

Verdien av resertifiseringen, slik den har vært drevet til nå, har lenge vært under debatt. Det er derfor ikke overraskende at det som nå skjer i spesialistutdanningen, også medfører et kritisk søkelys på systemet for resertifisering av legespesialister. Det lages nå et program for vedlikehold av spesialiststatus som, til forskjell fra resertifisering med 7–10 års mellomrom, skal være en kontinuerlig prosess som tar utgangspunkt i praksis: Først ute er spesialitetskomiteen i indremedisin som har utviklet et opplegg for kontinuerlig fagutvikling (12) som bl.a. innebærer at legen evalueres av et utvalg av kolleger (peer assessment) og et utvalg av

legens pasienter. Dette skjer på fastsatte skjemaer lagt ut på komiteens nettsider.

### **Hva med Norge?**

De problemstillingene som nå presser frem reformer i videre- og etterutdanningen i USA, er heller ikke ukjente i vårt eget miljø, selv om vi liker å tro at det er et stykke igjen før vi når «amerikanske tilstander».

Eierskapsreformen i sykehus har skapt forventninger om bedre tjenestetilbud, kostnadseffektivitet og pasientsikkerhet. Skal dette bli virkelighet, må det jobbes med systemforbedring på alle nivåer, og helsepersonell må tilføres kompetanse som i dag bare er til stede i varierende grad. Leger må bli flinkere til å lære hvordan vi skal lære av og fra praksis, og hvordan vi kan drive et systematisk forbedringsarbeid. Det er bl.a. det reformene i spesialistutdanningen i USA handler om.

### **Litteratur**

1. Accreditation Council for Graduate Medical Education. [www.acgme.org/Outcome](http://www.acgme.org/Outcome) (14.9.2002).

2. Utbildningsbok för ST-läkare. Stockholm:

Svenska Läkaresällskapet och Sveriges Läkarförbund, 1996.

3. Aron DC, Headrick LA. Educating physicians prepared to improve care and safety is no accident: it requires a systematic approach. *Qual Saf Health Care* 2002; 11: 168–73.

4. Carraccio C, Wolfstahl SD, Englander R, Ferrer K, Martin C. Shifting paradigms: from Flexner to competencies. *Acad Med* 2002; 77: 361–7.

5. Institute of Medicine. *To err is human: building a safer health care system*. Washington, D.C.: National Academy Press, 1999.

6. Stevens DP. Finding safety in medical education. *Qual Saf Health Care* 2002; 11: 109–10.

7. Ebbesen J, Buajordet I, Erikssen J, Brørs O, Hilberg T, Svaar H et al. Drug-related deaths in a department of internal medicine. *Arch Intern Med* 2001; 161: 2317–23.

8. DSI Institut for Sundhedsvæsen. Utiliserte hendelser på danske sygehuse. [www.dsi.dk/friz\\_publicationer.htm](http://www.dsi.dk/friz_publicationer.htm) (14.9.2002).

9. Charatan F. US report blames poor quality control for soaring healthcare costs. *BMJ* 2002; 324: 1478.

10. Leach DC. Competence is a habit. *JAMA* 2002; 287: 243–4.

11. American Board of Pediatrics. [www.abp.org](http://www.abp.org) (14.9.2002).

12. American Board of Internal Medicine. [www.abim.org](http://www.abim.org) (14.9.2002).

○