

Forutsetningen for god kvalitet på helsetjenester er høy kompetanse basert på en god og strukturert utdanning

Sykehus og legepraksis som læringsarenaer

Den viktigste forutsetning for god kvalitet på behandling i helsevesenet er høy kompetanse hos dem som yter tjenestene. Kompetanse skaffer man seg gjennom solid utdanning og erfaring. De siste ti år har det skjedd betydelige endringer i grunnutdanningen av leger både nasjonalt og internasjonalt. Hovedtrekket i disse endringene har vært et skifte av pedagogiske metoder fra metoder med vekt på tradisjonelle forelesninger til større oppmerksomhet omkring læring i smågrupper, blant annet problembasert læring (PBL).

De nye studiemodellene ved de medisinske fakultetene i Trondheim (fra 1993) og Oslo (fra 1996) innebærer dessuten endringer i faginnholdet. Kunnskapskravene i de tradisjonelle basalfagene og i parakliniske fag er noe redusert til fordel for mer trening i kliniske ferdigheter og ferdigheter i kommunikasjon (1–3). Også de andre to medisinske fakultetene legger stor vekt på kommunikasjonsundervisning og har gjort flere endringer i undervisningsoppleggene i løpet av de siste ti årene (3).

En rekke velrenommerte medisinske skoler i Europa og Nord-Amerika har gjennomført tilsvarende endringer (4). Endringene i pedagogiske metoder er i tråd med kvalitetsreformen i høyere utdanning som nå implementeres ved alle høyskoler og universiteter i Norge.

Også spesialistutdanningen av leger er i støpeskjeen med hensyn til pedagogiske metoder og teoretisk innhold, både i Norge og i utlandet (5). Moderne informasjonsteknologi åpner nye muligheter for læring, også i etter- og videreutdanningen, særlig i fag hvor de enkelte avdelinger er små, slik Torgeir Bruun Wyller viser i en artikkel i dette nummer av Tidsskriftet (6).

Blir legenes kompetanse bedre av disse reformene? Kanskje, men strengt tatt vet vi lite om langtidseffektene av nye pedagogiske metoder i grunn- og videreutdanning av leger. Richard Smith, sjefredaktør i *BMJ*, som for et par år siden innførte en egen spalte om utdanning, mener at mye av investeringene i videreutdanningsindustrien, som han kaller det, er forfeilet (5). Det må derfor bli en viktig utfordring i årene som kommer, å evaluere endringene i utdanningssystemene for leger. Det er f.eks. holdepunkter for at kommunikasjonsundervisningen i studiet og kommunikasjon i «det virkelige liv» oppleves som to forskjellige ting (3). I grunnutdanningen lærer studentene kommunikasjon «teoretisk» – i den kliniske hverdagen lærer de kommunikasjon i praksis!

Uansett pedagogiske metoder og faginnhold i grunnutdanningen, læres den viktigste delen av legeryrket gjennom erfaring i yrket. Den enkelte leges fagkompetanse er basert på livslang læring i den daglige omgang med pasienter, og av eldre kolleger i et mester-svenn-forhold. Norske leger er gjennomgående både ambisiøse og dyktige, og kvaliteten på den behandlingen de utfører er vanligvis god, men behandlingskvaliteten er avhengig av den enkelte leges evne til kontinuerlig læring. En av de viktigste målsettingene med de moderne studiemodellene er nettopp å gi studentene forståelse for betydningen av livslang læring. Dermed blir sykehus og legepraksis viktige arenaer for utdanning og utvikling av legers kompetanse.

Loven om spesialisthelsetjeneste sier at pasientbehandling, forskning, utdanning (av leger og annet helsepersonell) og opplæring (av pasient og pårørende) skal være sidestilte oppgaver. Loven er derfor en viktig premisse for å sikre kvalitet i utdanningen og dermed også i behandlingen. Vi må i langt større grad enn hittil gjøre den enkelte sykehusavdeling og den enkelte legepraksis til gode læringsarenaer.

Ut fra egen og andres erfaring er det grunn til å hevde at sykehusavdelinger og legepraksis som læringsarenaer kan struktureres langt bedre. Mange fremragende klinikere er dessverre lite flinke til å overføre sitt kliniske skjønn, sine ferdigheter og kunnskaper til yngre kolleger, og den individuelle veiledningen av spesialistkandidater er fortsatt en av svakhetene i vår spesialistutdanning (7, 8). Til og med ved universitetsklinikker er det slik at enkelte ansatte, både leger og annet personell, forsøker «å slippe unna» studentundervisningen, som ses på som sand i maskineriet. Slike holdninger er ikke akseptable. Et godt og aktivt utdanningsmiljø på en sykehusavdeling eller legepraksis vil være et av de beste rekrutteringstiltakene for å sikre de beste søkerne til legestillinger, både blant nyutdannede leger og blant spesialister. Dette kommer tydelig frem i evalueringen som turnuslegene foretar etter gjennomført turnustjeneste. I tillegg må det understrekes at hver enkelt lege selv er ansvarlig for å sikre seg god etterutdanning.

I fremtiden bør det være slik at man må kunne dokumentere erfaring og kompetanse i pedagogikk, i tillegg til kliniske ferdigheter og kunnskaper, for å bli godkjent spesialist. Utdanning må være en integrert del av den daglige driften i sykehus og i legepraksis, og ikke noe som skal gjøres ekstra, som «tar tid fra pasientbehandlingen». Utdanning må ses på som en del av selve behandlingen. Læring av holdninger, etikk og kommunikasjon, kliniske ferdigheter, men også pedagogiske ferdigheter, læres best gjennom gode rollemodeller, i et klassisk mester-svenn-forhold. Er vi oss bevisst betydningen av dette i vårt daglige arbeid? Hvilke rollemodeller er vi for yngre kolleger når det gjelder holdninger, etikk, kommunikasjon og pedagogikk?

Torstein Vik

torstein.vik@medisin.ntnu.no

Torstein Vik (f. 1948) er spesialist i barnesykdommer og professor i pediatri (perinatal epidemiologi). Han er prodekanus for studier ved Det medisinske fakultet, NTNU og koordinator ved Lægeforeningens Kontor for legers videre- og etterutdanning i Trondheim.

Litteratur

1. Karlsen KAH, Vik T, Westin S. Det problembaserte legestudiet i Trondheim – ble det slik det var planlagt? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 2269–73.
2. Handal G. Utdanning av medisinerne – det pedagogiske perspektivet på Oslo 96 *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 1931–3.
3. Gude T, Anvik T, Bærheim A, Fasmer OB, Grimstad H, Hjortdahl P et al. Undervisning i klinisk kommunikasjon for medisinstudenter i Norge. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 2277–80.
4. Jamshidi HR, Cook DA. Some thoughts on medical education in the twenty-first century. *Med Teach* 2003; 25: 229–38.
5. Smith R. Editor's choice. From publication to change. *BMJ* 2003; 327: 0.
6. Wyller BT. Internett og fjernundervisning som hjelpemiddel i videreutdanningen. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 2274–6.
7. Husom N. Mester og svenn sammen om fagutvikling i sykehus. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 225.
8. Høie IM. Spesialisthelsetjenesten svikter veiledningsplikten. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 2231.