

### Koleravaksine gav god beskyttelse i Mosambik

Kolera er forårsaket av *Vibrio cholerae*, som trives i fuktige omgivelser. Faren for kolerautbrudd er særlig stor ved dårlige vann- og sanitærforhold. De siste årene er det utviklet nye perorale koleravaksiner, men det er uklart om disse vil gi tilstrekkelig beskyttelse i områder med høy HIV-prevalens.

I desember 2003 og januar 2004 ble det gjennomført et omfattende vaksineringsprogram mot kolera i Mosambik (1). To perorale vaksinedoser med rekombinant koleratoksin B-subenhet og drepte koleraceller (rBS-WC-vaksine) ble gitt til befolkningen i en fattig bydel i Beira med om lag 21 000 innbyggere.

Under et utbrudd av kolera i perioden januar til mai 2004 ble det identifisert 43 personer med kolera og gjort en pasientkontroll-studie med 172 matchede kontrollpersoner. Studien viste at vaksinasjon var assosiert med 78 % beskyttelse mot kolera (95 % KI 39–92;  $p = 0,004$ ). Området der vaksinasjonsprogrammet ble gjennomført er høyendemisk for kolera, og prevalensen av HIV-infeksjon er høy (20–30 %). Resultatene er derfor svært oppløftende, selv om varigheten av beskyttelsen foreløpig er usikker.

Verdens helseorganisasjon står foran en stor oppgave med å mobilisere nok ressurser til koleravaksinering for dem som trenger det mest. Sverige har nylig lovet å donere nok vaksine til 200 000 mennesker (2).

#### Petter Gjersvik

petter.gjersvik@legeforeningen  
Tidsskriftet

#### Litteratur

1. Lucas MES, Deen JL, von Seidlein L et al. Effectiveness of mass oral cholera vaccination in Beira, Mozambique. *N Engl J Med* 2005; 352: 757–67.
2. Drazen JM. Disaster, water, cholera, vaccines, and hope. *N Engl J Med* 2005; 352: 827.

# En annerledes modell for allmennlegeutdanningen

I Nederland har de allmennmedisinske instituttene ved universitetene ansvar for både grunn- og etterutdanningen av allmennleger. Turnustjenesten er avviklet, og spesialistutdanningen i allmennmedisin tar tre år, hvorav ett år ved sykehus. Spesialistutdanningen i allmennmedisin er mer intensiv enn hos oss. En dag i uken møtes utdanningslegene til veiledning og faglig fordypning i grupper. Spesialistutdanningen krever store statlige overføringer, men virker velorganisert og systematisk og synes å være av høy kvalitet.

Nederland er et interessant land når det gjelder allmennpraksis. Der har man over 50 års erfaring med fastlegeordning. Og nederlandske allmennpraktikere utmerker seg rent faglig med høy vitenskapelig produksjon og utarbeiding av til sammen 80 forskningsbaserte retningslinjer for klinisk arbeid de siste 15 år. Siden 1974 har de allmennmedisinske instituttene ved de åtte medisinske fakultetene også hatt ansvar for spesialistutdanningen (videreutdanningen). Et slikt samlet ansvar kan gjøre det enklere å samordne grunn- og videreutdanningen i allmennmedisin.

Vi ønsket å undersøke hvordan utdanningen i Nederland praktiseres på de to nivåene. Derfor tok vi kontakt med to professorer i allmennmedisin, Theo Verheij ved Universitetet i Utrecht og Geert-Jan Dinant ved Universitetet i Maastricht, og bad om hjelp til å få intervju sentrale personer i grunn- og videreutdanningen ved de to universitetene. Vår henvendelse ble møtt med stor velvillighet, og vi foretok i september 2004 fem intervjuer, hver av 1–2 timers varighet, som ble tatt opp med en MP3-opptaker. Vi fikk også tilgang på en del aktuelle dokumenter, og ble vist rundt ved det allmennmedisinske instituttet og ferdighetssenteret (Skills Lab) i Maastricht. Tilleggsinformasjon ble innhentet fra våre informanter via e-post. Fire av informantene har lest gjennom og korrigert en engelsk versjon av manuskriptet.

### Grunnutdanningen

Grunnutdanningen av leger tar seks år (tab 1), og etter bestått eksamen får studentene autorisasjon som lege. Bolker med praktisk tjeneste er integrert i studiet, og «turnustjeneste» utover dette kreves ikke. Undervisningen er såkalt problembasert, og det legges vekt på at undervisningen skal

foregå i en realistisk kontekst. I Maastricht starter studentene første året med akuttmedisin og problemstillinger, som «den bevisstløse pasient» og «pustebesvær». De første to årene er undervisningen ved begge universitetene konsentrert om de ulike organsystemer, der alt fra anatomi til etiske utfordringer trekkes inn. Studentene får også trening i kommunikasjon, både med pasienter og med hverandre i grupper. Allmennmedisinere og psykologer har frem til i dag hatt hovedansvaret for denne undervisningen, men våre informanter mente bestemt at universitetslærere fra de andre spesialitetene bør delta på lik linje. Det ble hevdet at sykehusspesialistene også har gode forutsetninger for å formidle et helhetsperspektiv i behandlingen av den enkelte pasient. Kirurgene tar for eksempel pasientens synspunkter med i sine betraktninger når de skal ta avgjørelse om operasjon.



### Hovedbudskap

- Den treårige spesialistutdanningen i allmennmedisin i Nederland inneholder mer veiledning og faglig fordypning enn det som tilbys i spesialistutdanningen i Norge
- Samordningen av grunn- og etterutdanningen i allmennmedisin på universitetsnivå ser ut til å fungere bra og ha en positiv virkning på innhold og kvalitet
- En styrking av spesialistutdanningen i allmennmedisin etter mønster fra Nederland vil kreve et betydelig økonomisk løft

Praktisk tjeneste ved sykehusavdelinger og i allmennpraksis foregår etter den nye studiemodellen i tredje til femte studieår. Studentene har på forhånd fått trening i praktiske ferdigheter på et ferdighetslaboratorium, der de har undersøkt og utført prosedyrer på dukker, medstudenter og profesjonelle pasienter. Før de skal ha praksis i en avdeling, skal studentene i Maastricht bestå en praktisk test i forbindelse med undersøkelser og prosedyrer som er relevante for den aktuelle avdeling.

I Maastricht varer praksisperioden i allmennmedisin ti uker, det samme som for kirurgi og indremedisin, mot 4–6 uker ved andre sykehusavdelinger. I allmennpraksis skal studentene gjennomføre omtrent 200 konsultasjoner. Praksislæreren skal være til stede ved minst ti av disse, for å kunne veilede både angående kliniske beslutninger og kommunikasjonen med pasientene. Studentene skal redegjøre skriftlig for minst 60 konsultasjoner og formulere læringsmål etter hver av disse. I praksisperioden møtes studentene én dag i uken i grupper på 11, der de legger frem og diskuterer sine erfaringer. Gruppene ledes av allmennpraktikere.

Det sjette studieåret er både i Utrecht og Maastricht et fordypningsår med selvvalgte aktiviteter. Ett semester skal bestå av klinisk tjeneste, mens 3–6 måneder kan benyttes til forskning. Studentene skal nå følge sine egne interesser og får muligheter til å skaffe seg karrieremessige konkurransefortrinn, for eksempel gjennom vitenskapelige publikasjoner.

### Spesialistutdanningen

For å kunne bli fastlege med egen liste i Nederland må man være spesialist i allmennmedisin. Videreutdanningen tar tre år (tab 1). Det første året arbeider utdanningslegen i en allmennpraksis med pasientene på veilederens eller praksisens liste. Veilederen må være spesialist og ha arbeidet fem år i allmennpraksis. Veilederen skal ha daglige møter med utdanningslegen, og deltar selv åtte dager i året i veiledersamlinger ved det regionale allmennmedisinske instituttet. Veilederrollen diskuteres ut fra videoopptak av veiledningen til utdanningslegene. Ved det samme allmennmedisinske instituttet eller ved lokale satellitter møtes utdanningslegene en dag i uken i grupper på 12, der de diskuterer erfaringer fra praksisen og faglige temaer. Den teoretiske undervisningen tar i stor grad utgangspunkt i de 80 faglige retningslinjer som er utarbeidet i Nederland. Det første året legges det spesielt vekt på akutte og nyoppståtte tilstander. En erfaren allmennpraktiker følger gruppene gjennom hele året, og en psykolog deltar for å diskutere gruppeprosess og legenes kommunikasjonsferdigheter. Videoopptak av utdanningslegenes konsultasjoner blir diskutert i grupper på seks.



*Fra ferdighetslaboratoriet ved universitetet i Maastricht. Medisinstudenter kan trene seg i kliniske undersøkelsesmetoder og prosedyrer, i dette tilfellet gynekologisk undersøkelse, før de har klinisk praksis. Foto H. Melbye*

Etter det første året i allmennpraksis følger ett år ved sykehus (annenlinjetjenesten), der det skal gjennomføres tjeneste i psykiatrien og ved en akuttmedisinsk avdeling. Også dette året møtes utdanningslegene ukentlig i grupper på 12 ved de allmennmedisinske instituttene. Det legges spesielt vekt på praktiske ferdigheter dette året.

Det tredje året er utdanningslegen tilbake i allmennpraksis, denne gang i en annen praksis enn det første året. Kroniske sykdommer er nå hovedtema, og veilederen skal sørge for at utdanningslegen får erfaring med slike sykdommer. Refleksjon over egen praksis er fortsatt viktigere enn et stort antall konsultasjoner per dag. At utdanningslegen er på fast lønn under hele videreutdanningen, ses på som en fordel i den sammenhengen. Som før er det samling en dag i uken ved instituttene. Det er ingen avsluttende eksamen. Det er obligatorisk å foreta og presentere et litteratursøk basert på en klinisk problemstilling.

Blant dem som starter spesialistutdanning i allmennmedisin, vil én av 20 ikke ende opp som allmennpraktiker. Ca. én av 100 blir tvunget til å avbryte utdanningen på grunn av utilstrekkelige faglige kvalifikasjoner. Den vanligste årsaken er at de ikke kommuniserer godt nok med pasientene, noen få har mangelfulle kunnskaper eller klarer ikke å anvende sine kunnskaper på en fornuftig måte. Noen av dem som blir nektet fortsatt spesialisering i allmennmedisin, går rettens vei for å få avgjørelsen omgjort. Det blir derfor spesielt viktig å samle dokumentasjon ved utdanningsstedene, slik som videoopptak og skriftlige rapporter.

En egen enhet ved de allmennmedisinske instituttene har ansvar for spesialistutdanningen. Enheten er statlig finansiert utenom det ordinære universitetssystemet. For hver gruppe med 12 utdanningsleger er det opprettet en 40% stilling for allmennlege og en 30% psykologstilling. En komité i den nederlandske legeföreningen har ansvar for godkjenning av alle spesialister i allmennmedisin. Det er krav til å fornye spesialiteten hvert femte år, som i Norge. Den nederlandske legeföreningen har ansvar for godkjenningen.

### Samordning av grunn- og videreutdanningen

På grunn av klart atskilte ansvarsområder har det inntil nylig vært begrenset samarbeid mellom enhetene. I Utrecht deltar nå utdanningslegene som gruppeledere i grunnutdanningen. Og ved begge universitetene har man nå den ordning at universitetsansatte som driver forskning deltar i videreutdanningsgruppene som ressurspersoner. Både i grunn- og videreutdanningen er det i økende grad blitt lagt vekt på trening i kommunikasjonsferdigheter. I spesialistutdanningen ser man i dag at de nyutdannede legene er blitt stadig bedre i kommunikasjon, og det ble hevdet at man ikke lenger må bruke like mye tid på dette i spesialistutdanningen.

### Forskning og utviklingsarbeid

Evalueringsarbeid ved spesialistutdanningen har foreløpig resultert i seks doktoravhandlinger; flere har dreid seg om kvaliteten av de tester og vurderinger som utdanningslegene blir gjort til gjenstand for. Blant dagens utdanningsleger er det 25 som deltar

**Tabell 1** Grunn- og videreutdanningen i allmenntidrett i Nederland

Grunnutdanningen	År 1–2	Integrert organbasert undervisning, kommunikasjon
	År 3–5	Klinisk undervisning, praktisk tjeneste (10 uker i allmennpraksis)
	År 6	Selvvalgt klinikk og forskning
Spesialist- utdanningen	År 1	Allmennpraksis, gruppeveiledning én dag per uke
	År 2	Sykehustjeneste, gruppeveiledning én dag per uke
	År 3	Allmennpraksis, gruppeveiledning én dag per uke

i et forskningsprogram der de kombinerer spesialistutdanning med forskning med den målsetting å bli både spesialist og få doktorgrad i løpet av 6–7 år.

### Fremtidsutsikter

Professor Job Metsemakers i Maastricht fortalte at man i Nederland nå tenker på å korte ned den totale utdanningslengden for leger, og at det kan være aktuelt å korte ned på både medisinstudiet og spesialistutdanningen. Dette kan oppnås ved at man tilstreber læring på grunnlag av kliniske erfaringer, ikke bare i grunn- og spesialistutdanningen, men også i den videre karriere som lege. Han mente at grunnutdanningen av leger kan forkortes til fem år. Spesialistutdanningen i allmenntidrett bør fortsatt være i tre år, men det siste halve året bør legen kunne ha startet i sin egen praksis under veiledning, og der legge planer for livslang læring.

Ønsket om å korte ned grunnutdanningen har sammenheng med innføringen av bachelor- og mastergrader ved universitetene, noe som ble vedtatt av europeiske land, inkludert Norge, i 1998 (Bologna-deklarasjonen). Det har i de fleste europeiske land vært motstand mot å dele opp profesjonsstudiet i medisin på denne måten, men Metsemakers mente dette vil tvinge seg frem i løpet av få år. Han så for seg at muligheten for at studenter med bachelorgrad i for eksempel biologi, helsefag eller fysioterapi kunne studere videre mot en mastergrad i medisin.

### Diskusjon

Det satses mye på utdanning av allmennpraktikere i Nederland. Spesialistutdanningen er tilført betydelige offentlige midler og har slik fått en solid organisatorisk struktur og god bemanning. Gjennom spesialistutdanningen blir utdanningslegene tilført kunnskaper og erfaringer, både fra erfarne allmennleger og kolleger på samme utdanningstrinn, som norske allmennpraktikere må se langt etter i sin videreutdanning. Kunnskapsoverføringen kan trolig måle seg med det som skjer i utdanningen av sykehusspesialister. Tett oppfølging fra praksisveileder og ukentlige møter gir grunnlag for et godt faglig fellesskap. Dette står i kontrast til forholdene i Norge. Her blir faglig ensomhet og mangelfull veiledning hevdet å være en viktig årsak til ikke å satse på en karriere i allmenntidrett.

skal forbedre vårt eget utdanningssystem for leger og spesialister i allmenntidrett.

#### Hasse Melbye

hasse.melbye@ism.uit.no

#### Svein Steinert

Institutt for samfunnsmedisin

Universitetet i Tromsø

9037 Tromsø

og

Skansen legekantor

Vi hadde få samtaler med studenter og utdanningsleger under vårt besøk. Likevel fikk vi høre noen kritiske innvendinger, blant annet at spesialistutdanningen kunne bli for skolemessig. Også noen av våre hovedinformanter mente at utdanningen burde bli mer «studentstyrt».

Spesialistutdanningen i Nederland bør ha forutsetninger for å utvikle seg videre og bli av enda bedre kvalitet. Men det vil nok kreve at det fortsatt blir avsatt betydelige økonomiske ressurser til utdanningen. Nærheten til de allmenntidrettske universitetsmiljøene vil også være av betydning, blant annet gjennom den forskningsbaserte evaluering som foregår. Økt samarbeid mellom grunn- og videreutdanningen gir også muligheter for utvikling og forbedring. Det er all grunn til å se til Nederland når vi

*Vi takker Theo Verheij, som er leder av det allmenntidrettske instituttet i Utrecht, Luc van Berkestijn, nestleder ved avdelingen for spesialistutdanningen i Utrecht, Job Metsemakers, leder av det allmenntidrettske instituttet i Maastricht, Paul Zwietering, koordinator for den allmenntidrettske studieplanen i Maastricht, Paul Ram, nestleder ved avdelingen for spesialistutdanningen i Maastricht, Marjo Franssen, lektor ved ferdighetslaboratoriet i Maastricht, og Geert-Jan Dinant. Studiereisen ble finansiert av Den norske lægeforening gjennom stipend for videreutdanning i legers videre- og etterutdanning og av Helseavdelingen, Fylkesmannen i Troms.*

> Se også side 1040