



Geir Wenberg Jacobsen (f. 1945) er professor emeritus ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet og medisinsk redaktør i Tidsskriftet.

Foto: Tidsskriftet

Doktorgraden må fortsatt gi uavkortet uttelling i spesialistutdanningen av leger. Vi må også akseptere at tema og metode for forskningen stammer fra et annet medisinsk fagområde.

Den derre forskinga

En vandrehistorie knytter seg til etableringen av legeutdanningen ved daværende Universitetet og Regionsykehuset i Trondheim (1). En representant for sykehuseieren Sør-Trøndelag fylke skal i sterke ordelag ha uttrykt at den «derre forskinga» skal vi i hvert fall ikke ha noe av! Om det ikke gikk akkurat slik, tok det i hvert fall nær ti år før de ti første doktorgradene i medisin var blitt avlagt i Trondheim.

Medisin er et akademisk fag. All diagnostikk og behandling av pasienter bør være basert på forskning og evalueres etter akademiske metoder. Dette skiller evidensbasert praksis fra overtro og grunnløs tradisjon, og er hele grunnlaget for en stadig forbedring av helsetjenestene til befolkningen. Blant annet har dette i lang tid kommet til uttrykk ved at en nordisk medisinsk doktorgrad eller tilsvarende gir uttelling med ett år i spesialistutdanningen. Det spesielle og positive er at avhandlingen teller uansett spesialitet. Det er den generiske kunnskapen – innsikt i problemformulering, innhenting og bearbeiding av informasjon, og kritisk refleksjon av utfallet – som honoreres.

Avviklingen av den nåværende turnusordningen og etableringen av ny utdanningsmodell for legespesialister er i full gang. Dette foregår i samarbeid mellom de fire regionale utdanningssettene og ledes av Helse Sør-Øst (2). Utdanningen er tredelt og skal strekke seg over minst 6 ½ år. De første 18 månedene skal erstatte dagens turnustjeneste. Del 2 er en felles plattform for grupper av spesialiteter, kalt kirurgiske og indremedisinske fag, mens den tredje delen er unik for hver enkelt spesialitet. Det innføres læringsmål, felles kompetansemoduler og IKT-løsning for planlegging og dokumentasjon av kompetanse, og man satser tungt på veiledning og supervisjon i praksis (2, 3).

Innføring av læringsmål er kjent fra grunnutdanningen. Det nye nå er at den individuelle vurderingen av leger i spesialisering foregår fortløpende etter hvert som læringsmålene nås. Det er utdanningsvirksomheten/-stedet som skal sørge for gode systemer for å vurdere måloppnåelsen (4). Helsedirektoratet er engasjert i arbeidet med å utvikle en egen mal («kokebok») med retningslinjer for hva som skal til for å oppnå hvert enkelt læringsmål (divisjonsdirektør Karin Straume, personlig meddelelse). Men først når en slik mal foreligger, vil man kunne ta stilling til hvor galt eller riktig det vil være å fjerne alle kravene til en oppsummert vurdering av anvendt tid og antall prosedyrer, slik praksis er i dag.

Ut fra diskusjonen rundt sentraliseringen av høyteknologiske medisinske tjenester på bekostning av mindre akuttavdelinger, blir det følgelig et tankekors at man i spesialistutdanningen ikke lenger skal legge vekt på mengde. Et ferskt eksempel er organiseringen av den karkirurgiske virksomheten i Norge (5). I motsetning til legespesialiseringen gjaldt evalueringen utelukkende operasjonsvolumet for den enkelte avdeling og kirurg. Dette paradokset åpner for undring. I spesialistforskriften nevner man ikke dagens generelle uttelling for avlagt doktorgrad (4). Det er vanskelig å forstå at spesialistkandidaten vil ytes full rettferdighet når dette erstattes av en ordning med

ensidig søkelys på måloppnåelse. Uten kjennskap til hvordan læringsmålene er utformet og vil bli vurdert, blir dette desto vanskeligere. Hvordan tenker man seg at 3–4 års akademisk fordypning skal veksles inn i læringsmål med tanke på godkjenning? Det er heller ingen selvfølge at innsatsen blir godkjent dersom tema eller metode for avhandlingen ikke «passer inn i profilen» til spesialiteten (4). Her kan flere kan få seg en særdeles ubehagelig overraskelse.

I forlengelsen av dette er det spesielt tanken på én gruppe utdanningskandidater som vekker bekymring. Det er de mange spesialistkandidatene som har valgt å satse på klinisk arbeid i halv stilling, kombinert med 50 % som ph.d.-stipendiat. De kan komme til å måtte slite hardt for å nå alle læringsmålene i løpet av utdanningen. Som andre, kan også de risikere at hele eller deler av arbeidet med doktorgraden blir underkjent fordi den ikke «passer inn».

Strategidokumentet til St. Olavs hospital understreker ambisjonen om en «betydelig forskningsaktivitet» (6). Forutsetningen er at de som skal stå for forskningen, behersker metodene. Her kan ingen læringsmål trumfe en avlagt doktorgrad. Kommende utdanningskandidater oppmuntres til å søke seg til virksomheter (sykehus/avdelinger) der det drives aktiv klinisk forskning (2). Et påtrengende spørsmål blir både hvem som skal formidle ferdighetene, og om forskningen lar seg gjennomføre i et klima der «produksjonen» er i ferd med å få et kvelende overtak.

I et pågående pilotprosjekt sammenligner man fagfellevurderinger fra erfarne kolleger og unge leger. Sistnevnte har bakgrunn fra forskerlinjen i medisin og avsluttet doktorgrad, men beskjeden klinisk ballast. Vårt foreløpige inntrykk fra dette arbeidet bekrefter at akademisk skoleing gir en kompetanse som ikke bør tilsidesettes. Hvis dagens uttelling for forskning i spesialistutdanningen tildekkes på en måte som man nå ser konturene av, er det rimelig grunn til å frykte at interessen og engasjementet for akademisk medisin plasker ut med badevannet. Da kan det skje at den «derre forskinga» likevel ikke ble noe av.

Litteratur

- Jacobsen GW, Hansen AS. Medisinstudiet i Trondheim 1975–2015. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 2090–1.
- Ny ordning for spesialistutdanning for leger – tverrregionalt prosjekt. <http://lis-utdanning.info/beskrivelse-av-prosjektet/> [22.5.2017].
- Etablering av ny modell for nasjonal spesialistutdanning for leger: Notat til Styregruppen. Regionalt utdanningssett (RegUt). Oslo: Helse Sør-Øst, 2016. <https://www.helse-sorost.no/Documents/Styret/Styrem%C3%B8ter/2016/20161117/091-2016%20Orienteringssak%20-%20Etablering%20av%20ny%20modell%20for%20spesialistutdanning.pdf> [29.5.2017].
- Regjeringen. Rundskriv I-2/2017 om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger [spesialistforskriften]. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/rundskriv-i-2-2017-om-spesialistutdanning-og-spesialistgodkjenning-for-leger-og-tannleger-spesialistforskriften/id2539295/> [29.5.2017].
- Haug ES. Hva er mange og når er det nok? Tidsskr Nor Legeforen 2017; 137: 505.
- Fremragende behandling. Strategi 2015–2018, St Olavs Hospital/Universitets-sykehuset i Trondheim. <https://stolav.no/Documents/Strategi%20for%20St.%20Olavs%20Hospital%202015-2018.pdf> [28.5.2017].