
Alternativer til kurs i spesialistutdanningen

HOVEDREPORTASJE

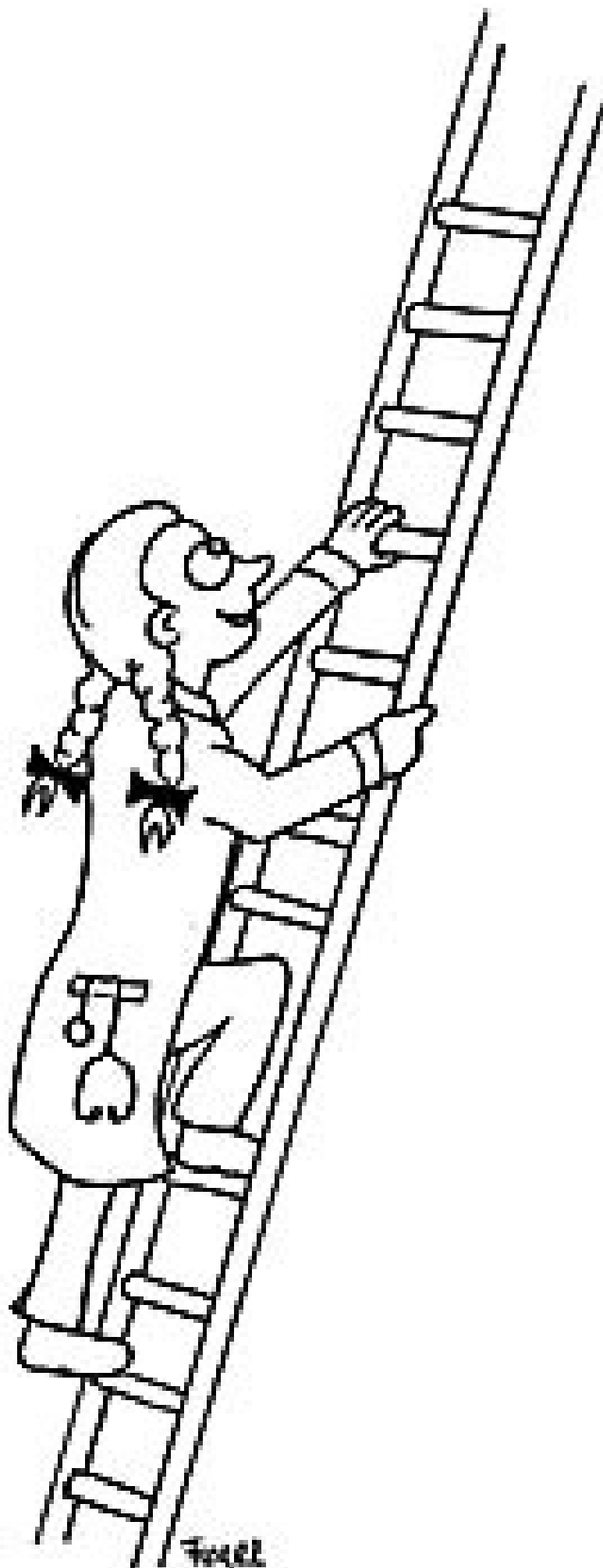
TOM SUNDAR

Email: tom.sundar@legeforeningen.no

Tidsskriftet

Legeforeningen går inn for å redusere kursvolumet i spesialistutdanningen, nå som utdanningsfondene går på sparebluss. Spørsmålet er om dette vil føre til et dårligere tilbud for spesialistkandidatene. Legeforeningen mener hele kurssystemet kan rasjonaliseres og effektiviseres til det bedre.

Under en konferanse i regi av Legeforeningen 6. januar ble alternative metoder til tradisjonelle kurs i spesialistutdanningen tatt opp. Konferansen samlet mer enn 100 representanter fra spesialitetskomiteene, universitetene, Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording og fra Legeforeningen. De svenske og danske legeforeningene var også representert.



Inflasjon i kurskrav

Den haltende fondsøkonomien har satt fart i prosessen med å finne frem til rasjonaliseringstiltak og alternative finansieringsformer i spesialistutdanningen (1–3). Under konferansen i Oslo ble oppmerksomheten også rettet mot mulige reformer i kursstrukturen. Jørgen J. Jørgensen, som er leder av Spesialitetsrådet i Legeforeningen, fastslo at det har vært en inflasjon i kurskravene til mange spesialiteter de siste ti årene. – Se bare på tykkelsen av kurskatalogen. At kursmengden øker, betyr ikke nødvendigvis at vi får bedre spesialister, sier han.



Jørgen J. Jørgensen

Tall fra Legeforeningen viser at kurskravet til 42 spesialiteter gikk opp fra 5 350 timer i 1990 til 6 143 kurstimer fem år senere. For de samme spesialitetene økte antallet kurstimer til 6 643 i 1999. Dette svarer til en økning i timetallet på 24 % de siste ti årene. I spesialitetene anestesilogi, fysikalsk medisin og indremedisin har det vært en fordobling eller mer i antall kurstimer. I mange spesialiteter har det ikke vært noen endringer i det hele tatt. Dette gjelder for eksempel allmennmedisin, klinisk kjemi, nevrokirurgi og psykiatri. Forbruket av fondsmidler gikk opp fra 64,7 millioner kroner i 1990 til mer enn 100 millioner kroner i 1999.

– Økningen som observeres totalt og den markante økningen i enkelte spesialiteter viser at det er behov for at spesialitetskomiteene går i tenkeboksen. Det er viktig å vurdere både timekravene og innholdet i kursutdanningen, sier Jørgensen. Ikke minst gjelder dette hans eget fagfelt, kirurgi. Fra 1990 til 1995 økte kurskravet i generell kirurgi fra 160 til 250 kurstimer, et tall som inkluderer både obligatoriske og valgfrie kurstimer.

Årsaken til økningen i kursvolumet er uklar. Jørgensen tror at utviklingen i hovedsak har gått upåaktet hen. I mange tilfeller har det vært praktiske grunner til å opprette et kurstilbud, antar han. Selv om sykehusene ofte har fagkunnskapene som er nødvendige for å dekke kursinnholdet gjennom intern undervisning, velger man å opprette eksterne kurs av hensyn til personellbehov, drift og organisering.

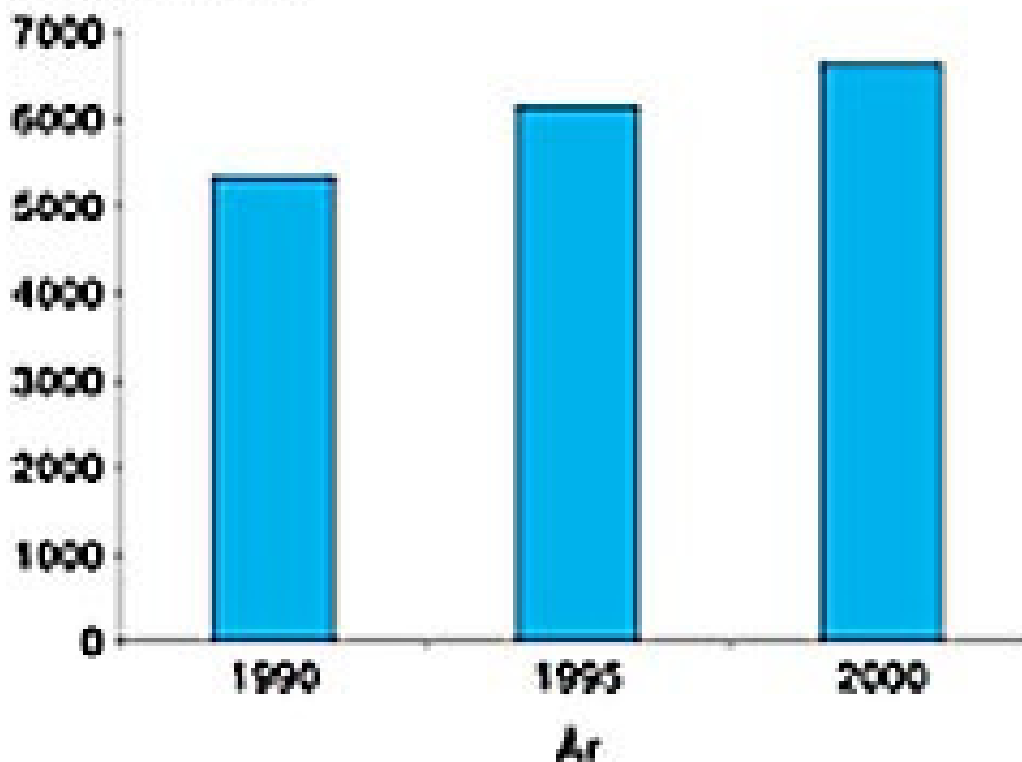
Tiltak for effektivisering

Jørgensen påpeker at diskusjonen om kursutdanningen dreier seg om langt mer enn hvordan svinge med sparekniven. Det er heller ikke nok bare å sette på bremsene. Han tar til orde for en 25 % reduksjon av kursvolumet.

– Det er behov for nytenkning og for å vurdere hele systemet på et prinsipielt, faglig grunnlag, sier han. Han forteller at Legeforeningen i fjor bad alle de 43 spesialitetskomiteene om å vurdere kursbehovet og hvordan kursutdanningen kunne effektiviseres. Av de 19 som svarte, var det bare én komité som ønsket færre kurs. 14 av spesialitetskomiteene mente at kurskravet var passende, mens fire komiteer ville øke kravene. Jørgen J. Jørgensen understreker at legenes spesialisering er en kontinuerlig prosess som består både av mester-svenn-læring ved arbeidsstedet og av eksterne kurs som er et supplement. Istedenfor et system som i hovedsak er basert på eksterne kurs, ønsker han en sterkere vektlegging av alternative læringsmetoder, felleskurs og hospiteringstjeneste. Han understreker at kandidatene trenger individuelle utdanningsplaner og regelmessig veiledning. Hver institusjon bør ha en utdanningsansvarlig overlege og generelt bør fagmiljøene, universitetene og sykehusene samarbeide mer om oppgavene innen spesialistutdanningen.

Krav til antall kurstimer

Kurstimer totalt



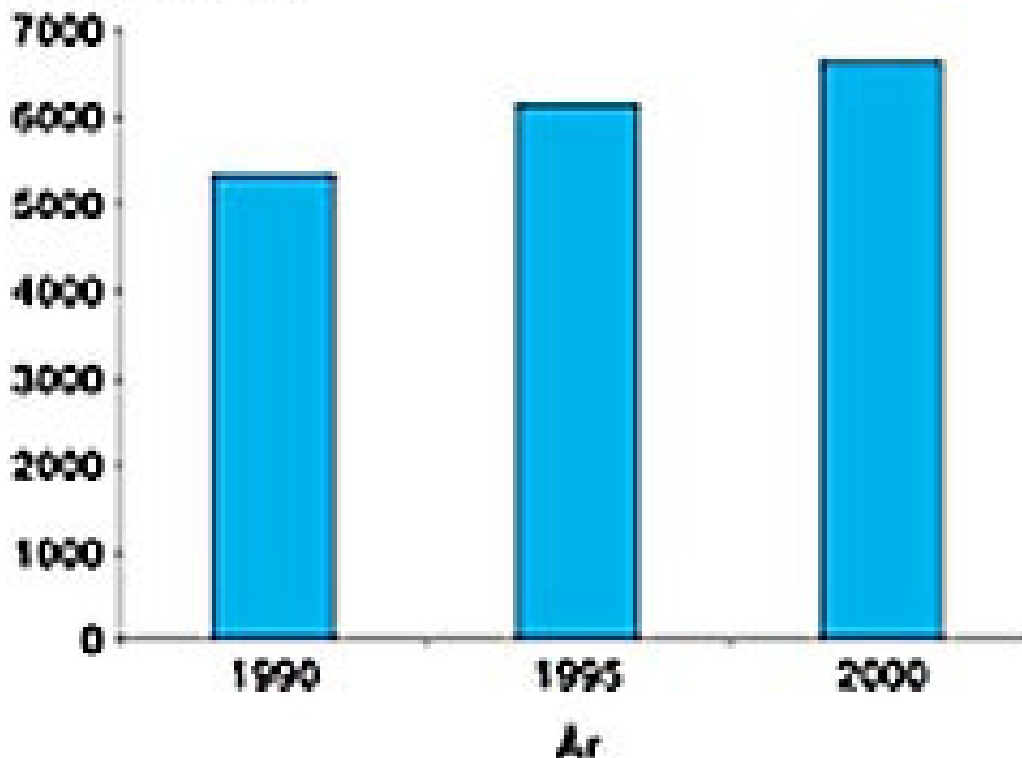
Krav til antall kurstimer for 42 spesialiteter i perioden 1990–2000. Timetallet omfatter både obligatoriske og valgfrie kurs

Modulbasert læring

Kirsten Hofgaard Lycke ved Pedagogisk forskningsinstitutt, Universitetet i Oslo, understreket at det ikke finnes enkle løsninger for å reformere kursutdanningen. Det viktigste målet er at det skjer en reell læring av kunnskaper og ferdigheter.

Krav til antall kurstimer

Kurstimer totalt



Kirsten H. Lycke

– Læring som skjer i arbeidssituasjonen er viktig, men fragmentarisk. Den må suppleres med ekstern kursvirksomhet. Ideelt bør eksterne kurs også være koordinert med intern undervisning, selvstudier og veiledning slik at det blir interaksjon mellom læring i og utenfor den daglige arbeidssituasjonen, sier Lycke.

Hun sier at de pedagogiske prinsipper om variasjon og rikholdighet må rotfestes i spesialistutdanningen og at tilegnelse av kunnskaper og ferdigheter kan fremmes gjennom aktiv deltakelse og fellesskap. – Kunnskap er midlertidig og vi må være innstilt på stadig å søke ny kunnskap og revidere de oppfatningene vi har fra før. Læring handler om hvordan finne ut det man ikke vet, sier Lycke.

Hun tar til orde for en modulbasert spesialistutdanning hvor tanken er å redusere den totale kursmengden uten å redusere faglig kvalitet, progresjon og sammenheng. – Temaer og læringsoppgaver kan organiseres som 4–5 moduler eller enheter. Kursene er bærebjelken i utdanningen som knytter sammen eksterne tiltak som datanettverk og kolleganettverk med internopplæring og klinisk tjeneste.

– Uansett hvilken metode som legges til grunn, er det viktig at den som er kursansvarlig, spør seg om det er samsvar mellom kurs, andre opplæringstilbud og målbeskrivelsen, og mellom læringsprinsipper og individuelle læringsbehov, sier Kirsten H. Lycke.

Nye læringsmetoder må til

Konferansedeltakerne ble fordelt på fem grupper som drøftet alternative metoder til dagens kurs. De fem temaene var:

- – Individuelle utdanningsplaner. Deltakerne drøftet hvordan målbeskrivelsen for spesialistutdanningen bedre kan tilpasses den enkeltes ferdighetsnivå og behov og hvordan individuelle læringsplaner kan samordnes med virksomheten ved institusjon.
 - – Kolleganettverk som læringsmetode. Hensikten var å se på hvordan kollegagrupper, etter mønster fra veiledningsgruppene i allmennmedisin, kan brukes som et supplement til kurstilbudet. Slike grupper skaper et kollegialt nettverk for kontakt og trivsel og en base for faglig diskusjon og lokal kursvirksomhet.
 - – Bruk av Internett og Intranett. Deltakerne drøftet faglige, pedagogiske og teknologiske muligheter for kunnskapsformidling gjennom datanettverk. Prinsippet om desentralisert internundervisning ble belyst.
 - – Bruk av simulering. Erfaringer med simulerte situasjoner innen opplæring i flymedisin og skadebehandling ble gjennomgått. Deltakerne drøftet hvordan simulering og videobasert undervisning kan brukes på flere fagområder.
 - – Ulike former for teoriformidling. Teoribegrepet ble drøftet i forhold til læringsbehov. Deltakerne drøftet formidling gjennom bruk av pasienthistorier og kasuistikker.
-

LITTERATUR

1. Sundar T. Tom pengesekk for utdanningsfond III. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 4100.
 2. Aarseth HP. Hvordan skal legers etterutdanning finansieres? Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 4387.
 3. Andersen EJ. Sikring av fondenes økonomi – en prioritert oppgave Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 155.
-

Publisert: 10. februar 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 14. juli 2026.