

Medisinsk grunnutdanning

■ **MARIT HALONEN CHRISTIANSEN** • Tidlegare leiar, Yngre Legers forening, Sentralstyremedlem i Legeforeninga. Leiar, Legeforeninga si prosjektgrupe om medisinske grunnutdanning

Bakgrunnen for artikkelen er eit prosjekt eg leiar i Legeforeninga. I mars 2014 satte sentralstyret ned ei gruppe som skal sjå på medisinsk grunnutdanning. Vi skal sjå på situasjonen ved dei medisinske fakulteta i Noreg, om det let seg gjere med auka harmonisering mellom studie- stadane, og korleis utdanninga er dimensjonert målt mot kor mange legar vi treng. Om ikkje dette er nok, skal ein sjå på samsvar mellom organisering av studia, læringsutbyttet i grunnutdanninga, og om dette svarer til det helsetenesta og samfunnet treng.

Rapporten – ein viktig del av prosjektet

Prosjektet er organisert med ei prosjektgruppe og ei referansegruppe. Prosjektgruppa har representantar frå alle dei medisinske fakulteta i Noreg; to studentar og to undervisarar, totalt fem medlemmar inkludert undererteikna. I tillegg får vi nytte godt av kompetanse frå medisinsk fagavdeling i Legeforeninga sitt sekretariat. Målet er ein rapport til landsstyremøtet i 2016, men saka skal opp i år i form av ein innspelsrapport. Etterkvart som vi arbeider med rapporten får vi stadfesta mistanken; å lage rapporten er ein svært viktig del av arbeidet.

Rollemodellar

Dette verker kanskje kryptisk, og nokre har spurt meg kvifor Legeforeninga skal meine noko om grunnutdanning? Svaret er at det er vi som driv utdanning, alle vi som har studentar med oss på kontoret, på poliklinikk, på legevakt, vi som er mentorar, og som har formelle stillingar ved universitetet.

Dei medisinske fakulteta kan ha så god rettleiing og undervisning dei berre vil, trene kommunikasjon i vekesvis og prente inn det nyaste innan slagbehandling.

Så kjem studentane ut i klinikken.

Eg har høyrte studentar sei etter tverrfaglig trening at det er fyrste gong dei har sett ein sjukepleiar. Det er sjølv sagt ikkje tilfelle, men likevel er det sant. Vi som er legar er så tydelege rollemodellar, nærast idol, for dei som enno er studentar, at dei gjer som vi gjer, ikkje som vi seier.

Tre store utfordringar

Mykje er bra i den medisinske grunnutdanninga. Vi har likevel funne tre store

utfordringar, som eg tenkte å gå inn på her.

Det fyrste er at undervisning i seg sjølv har alt for låg status.

① Eg hadde aldri tenkt på det slik før, men for universitetstilsette snakkar vi om «undervisningsplikt» og «forskningsfri». På sjukehusa betaler universiteta for rom, men om det er overbelegg – skal då desse romma stå tomme og pasientane ligge på korridor?

Når avdelinga nok ein gong er underbe- manna og den legen som skulle hatt undervisning må dekke poliklinikken eller ta vaktcallingen er det sjølv sagt at pasientane går framfor. Det skulle sjølv sagt berre mangle, kan ein sei, at ikkje pasientane skal gå framfor.

Studentane er likevel ei investering vi gjer i framtida. Grunnutdanninga er prosessen som gjer medisinstudentar til legar, dei legane som skal operere oss når vi blir gamle, forske fram ny antibiotika og kure- re kreft.

② Parallelt med dette er studentane i spesialisthelsetenesta. Dei har allmenn- praksis òg, javisst, men dei starter på uni- versitetssjukehusa. Det er faktisk så spissa som du får det i medisinen.

Samhandlingsreformen seier vi skal flyt- te tenestane nærare der folk bur, førebygge heller enn å reparere, ha tidleg framfor sein innsats, og flytte fleire oppgåver ut i kom- munen. Det ville vere logisk, dersom ein i dag utan eigne referanser skulle tenke seg korleis ein burde legge opp medisinstudi- et, at ein starta med det vanlege, og deretter gradvis går mot det spisse.

Nokre stader gjer dei det slik. Northern Ontario School of Medicine har studentane i allmennpraksis og på lokalsjukehus gjennom heile studiet. I Edinburgh har dei



Marit Halonen Christiansen

spirallæring, der fyrste «sving» av kardiolo- gien vert undervist at allmennlegar, nes- te sving av kardiologen.

③ Det tredje problemet, som heng sa- man med (eller er grunnen til) begge dei føregaande er finansieringssystemet.

Hovudansvaret for utdanninga ligg på universiteta, som får rammefinansiering frå Kunnskapsdepartementet (KD). Ram- mefinansiering er tre fjerdedeler av univer- sitet- og høgskulesektoren sine samla inn- tekter. Resten av inntektene kjem hovud- sakleg frå oppdragsfinansiert forskning.

Ein medisinstudent med full studiepro- gresjon utløyser 363 000 kroner pr. år. Det- te skulle gje ein kostnad på 2 178 000 kro- ner for eit medisinstudium på seks år.

Ein rapport frå NIFU frå 2015 syner at ein medisinstudent i snitt koster 3 123 000 kroner å utdanne. Universiteta er altså ein knapp million i manko – pr. student.

Medisinstudentane har som vi veit tradi- sjonelt hatt sjukehusa, og særskilt univer- sitetssjukehusa som sin praksisarena. Hel- seføretaka har lang tradisjon for å ta imot og undervise studentar i stor skala. Dette ansvaret er tydeleg formulert i spesialist- helsetenestelova:

§ 3-5. Om deltakelse i undervisning og opplæ- ring: De regionale helseforetakene skal sør- ge for at behovet for undervisning og opplæ- ring av helsefaglige elever [...] dekkes innen helseregionen.

Dette ansvaret vert finansiert gjennom ramma. Det vert ikkje målt, og eg veit ikkje

i allmennpraksis

om noko DRG-kode for undervisning. I tillegg har jo universiteta lang tradisjon for samarbeid med helseføretaka, noko ein ikkje har i like stor grad med kommunehelsetenesta. Desse tilhøva kan nok òg bidra til at forskning og undervisning vert verande i spesialisthelsetenesta, og at det spisse held fram med å vere sentrum av medisinen, og dels medisinstudiet.

Teljekantsystem for undervisning

Prosjektgruppa har hatt lange diskusjonar om ein bør lage eit teljekantsystem for undervisning. Ikkje alt som er lett å telje er rett å telje, og mykje av det som må med kan knapt teljast.

Vi har likevel kome til at i mangel på eit revolusjonerande godt system kan ein «teljekant» for undervisning vere nyttig. Ein eigen takst i allmennpraksis som koder for at ein har hatt med student, som for

kveldstakst. Eller litt kortare tidstakst. Eit alternativ er å gje praksislæraren poeng som tel ved resertifisering av spesialiteten i allmennmedisin.

Det beste ville vere om universiteta hadde autonomi til å endre medisinstudiet etter det ein treng i samfunnet. Vi har to forslag:

1. Både kommunar og helseføretak får ansvar for utdanning av legar, med den auke i rammefinansiering som er naudsynt for å fylle dette.
2. Både kommunar og helseføretak har ansvar for å bidra til utdanning av legar og legge til rette for dette i dagleg drift etter avtale med universiteta. Ingen av desse får statleg finansiering, ein auker heller universiteta si rammefinansiering. Denne auka ramma kan disponerast fritt til kjøp av undervisning og praksisplassar der det er mest tenleg.

Begge desse krev lovendring, men forslag 1

er likevel mest lik ordninga i dag. I tillegg må det på plass gode avtalar som gjer det lett for fastlegar å ta imot studentar.

Lærer av å undervise

At undervisninga har låg status i pengar kan vi kanskje ikkje gjere noko med sånn med eit tastetrykk. Likevel driv vi alle med undervisning, andletet på studenten som for fyrste gong høyrer ein aortastenose, får fram Moro-refleksen, eller syr sine fyrste sting er ganske god betaling. I tillegg kan praksislæraren sjølv læra mykje om eigen praksis, dersom studenten tør å stille spørsmål. Kanskje kan vi òg tipse studentane om kollegaen som er skikkeleg god på kommunikasjon, eller pus-te djupt, stele dei ekstra fem minutta, og la studenten undersøke abdomen. Doktor kjem frå å undervise – vi er alle rollemodellar.

■ MARITHC@ME.COM