

# Kvalitet koster

---

**Om spenningen mellom spesialistutdanningen for leger og  
produksjon av helsetjenester**

**Masteroppgave i helsevitenskap  
Vår 2013**

**Cecilie Normann Birkeli**

**Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap  
Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse  
NTNU**



## Forord

Da jeg startet dette masterstudiet i helsevitenskap var jeg spent på om jeg kunne klare kombinasjonen med jobb, familie og pendling fra Oslo, til undervisning og blokkuker i Trondheim. Det har jeg, men det er ikke bare takket være min egen innsats, men med god velvillighet fra andre, først og fremst min arbeidsgiver Legeforeningen ved ledelsen, Fagdirektør Bjarne Riis Strøm og Instituttssjef ved Legeforeningens forskningsinstitutt Olaf G. Aasland. Dere har gitt meg frie tøyler i prosjektet og lagt forholdene til rette underveis for at jeg skulle gjennomføre dette. Aasland har i tillegg til å være min sjef, vært biveileder på denne oppgaven. Du har gitt meg opplæring i SPSS og vært min mentor underveis. Du er en glimrende pedagog, tusen takk. Min hovedveileder John-Arne Skolbekken, som har loset meg gjennom denne oppgaven og andre deler av dette studiet, med tydelige og klare tilbakemeldinger hele veien, tusen takk.

Til mine gjennomlesere, Knut E. Braaten, Vidar Waaler og min Pappa, tusen takk for gode spørsmål, oppstramming av kommaregler og oppmuntringer underveis. Mine kolleger ved Legeforeningens forskningsinstitutt fortjener en stor takk for tålmodighet og raushet med meg. Tusen takk til Berit Bringedal og Karin I. Rø for gode råd, diskusjoner og hjelp med SPSS. Jeg ønsker også å takke Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap, NTNU for gode forelesere og behjelpelige og servicevennlige mennesker på instituttet. Dere er gull verdt for oss studenter. Svigermor fortjener også en stor takk for hjelp med logistikk og barnepass i denne perioden.

For min egen del har det vært svært krevende å gjøre dette arbeidet i tidvis travle omstendigheter. Men selv om dette prosjektet, noen ganger føltes for stort, ble det nettopp erkjennelsen av dette og den tilliten som ble vist meg, som ga meg ydmykhet og motivasjon til å jobbe på. Jeg er heldig som fikk muligheten til å gjøre dette arbeidet. Til slutt, men aller viktigst, mine fine barn Synne og Aleksander som har vært tålmodige med meg, selv om det ikke alltid har vært lett å skjønne hvorfor voksne må gå på skole. Og så til deg kjære Ole, som har klart kombinasjonen som hjemmeværende, utarbeidende «alenepappa» – de ukene jeg har «hospitert» i Trondheim aldeles glimrende. Uten din innsats i hjemmet hadde ikke dette vært mulig for meg å gjennomføre, du imponerer meg, alltid! Takk, for at dere finnes!



## Innholdsfortegnelse

Forord .....	3
Bakgrunn for oppgaven .....	7
Innledning .....	7
Nasjonal evaluering av spesialistutdanningen for leger i spesialisering i Norge – et pilotprosjekt....	8
Stien trækkes opp – Arbeidsprosessen .....	9
Teoretisk og empirisk artikkel .....	11
Litteratur.....	13
<b>Artikkel 1:</b> .....	15
Spesialistutdanningen for leger i Norge - mellom produksjon av helsetjenester og reproduksjon av spesialister .....	15
Sammendrag .....	15
English summary .....	15
Specialist training for doctors in Norway - between production of health care services and reproduction of specialists .....	15
Innledning.....	17
Spesialistutdanning i et profesjonsperspektiv .....	17
Spesialiseringen for leger .....	19
Profesjonell praksis og maktbalanse .....	22
Kunnskapens grunnlag og konsistens.....	25
Spesialistutdanning i et læringsteoretisk perspektiv – fra mesterlære til situasjonsbasert læring..	29
Sykehus som læringsarena – kunnskapsnettverk og deltakerbaner.....	32
Individuell læring – utvikling av ferdigheter og kompetanse.....	33
Veiledning med leger i spesialisering .....	37
Spesialistutdanning av leger – mellom produksjon av helsetjenester og reproduksjon av spesialister .....	39
Tverrfaglig samarbeid i praksisfellesskap – et gode eller hinder for utdanning av leger i spesialisering? .....	40
Adgang til læresituasjoner .....	43
Avslutning.....	45
Litteratur.....	47
<b>Artikkel 2:</b> .....	51
Hvordan vurderer leger i spesialisering kvaliteten på spesialistutdanningen?.....	51
Sammendrag .....	51
English abstract .....	52
The quality of post-graduate training in Norway – The doctors’ own assessment .....	52

Innledning.....	53
Materiale og metode.....	55
Gruppering av respondentene .....	56
Responsvariabler og gruppering av disse.....	57
Resultater .....	59
Sammenheng mellom objektive og subjektive forhold.....	63
Variasjon over tid .....	63
Spesialistutdanning og arbeidstid. ....	65
Diskusjon .....	67
Hovedbudskap.....	70
Konklusjon .....	71
Litteratur.....	73
VEDLEGG A Tekst i Invitasjonsmail.....	75
VEDLEGG B SPØRRESKJEMA: .....	77
Nasjonal evaluering av spesialistutdanningen for leger.....	77

# Bakgrunn for oppgaven

## Innledning

I en rapport om spesialistutdanningen for leger (Legeforeningen 2009a) framstilles kvaliteten på utdanningen av leger i spesialisering som god og ordningen som velfungerende. Rapporten er et policydokument som baserer seg på et utredningsarbeid utført i 2007 og høringsuttalelser gitt i 2008. Hovedbudskapet var forbedringsforslag til utdanningen på et overordnet nivå, innenfor den enkelte spesialitet. Kravet om effektivisering er et paradoks i dagens helsetjeneste, der driften av denne skal effektiviseres, samtidig som det kreves tid, store ressurser og innsats for å utdanne spesialister. Men dette skaper også andre utfordringer. Krav om produksjon av gode helsetjenester lar seg ikke nødvendigvis forene fullt ut med fagutvikling og kompetanseutvikling av leger i spesialisering. Det blir hevdet at kravet om effektiv drift har fått for stor oppmerksomhet på bekostning av fagutvikling og kompetanseutvikling i spesialistutdanningen.

Det har vært en omfattende debatt i media i det siste om organisering av helsevesenet – hvordan kvaliteten på helsetjenester som leveres bør forbedres, og særlig pasientsikkerheten. Det er blitt stilt spørsmål om legene er gode nok, om deres faglige skjønn og vurderingsevne – men spørsmål rundt utdanning av legespesialister har vært nesten fraværende i denne sammenhengen. Med tanke på at legene og legespesialistene er blant de største leverandørene av helsetjenester kan dette virke rart. Dette kan skyldes en allmenn oppfatning om at utdanningen i seg selv er god nok, men at det er ressurser som tid, penger og bemanning som ikke strekker til. I så fall er dette noe enøyd. Innenfor de fleste kompetanseområder er det gjerne samspeillet mellom kvalitet og kvantitet som er avgjørende. Et moderne, fremtidsrettet helsevesen må baseres på et system som gjør det mulig å utdanne gode spesialister innenfor rammen av et eksisterende produksjonsmiljø, samtidig som pasientsikkerheten ivaretas fullt ut.

En del av forklaringen på denne ikke optimale utviklingen ligger nok i systemets iboende treghet; både omorganiseringer i helsetjenester og nye krav og forventninger til leger og annet helsepersonell vil møte naturlig motstand fra dem som allerede synes de gjør en god jobb (Light og Aasland 2003; Aasland 2006). Men slike endringer skjer og har allerede skjedd. Bl.a. har det i løpet av mindre enn én generasjon skjedd radikale endringer i legespesialistenes arbeidssituasjon, fra å ha et selvstendig og individuelt ansvar for at det de gjorde var faglig

riktig, som regel overført fra en eldre og mer erfaren kollega, til en situasjon med full transparens, der alt legearbeid skal dokumenteres og begrunnes, med henvisning til evidensbaserte prosedyrer eller andre faglige retningslinjer. Den profesjonelle autonomien går over fra å være individuell til å bli kollektiv.

I en kronikk i Dagens Medisin skriver Reidun Førde: *Vi treng engasjerte legar som greier å sjå både sitt eige felt og samfunnet sine behov for ei effektiv og god helseteneste, både den einskilde pasienten sine interesser og samfunnets behov for å sette grense* (Førde 2012). Dette beskriver godt kompleksiteten i dagens legerolle, der den enkelte lege møter samfunnets krav og behov for gode og effektive helsetjenester samtidig som pasienten skal ivaretas og behandles på best mulig måte. Utdanningen av legespesialister i Norge foregår på arbeidsplassen i den samme virkeligheten hvor de som ferdige spesialister skal praktisere. Men blir det tatt tilstrekkelig høyde for denne virkeligheten i utdanningen, og hvordan påvirkes læringen av dette?

En måte å finne ut mer om dette på vil naturlig nok være å spørre de legene som er i spesialisering direkte. Det er det denne oppgaven handler om.

## **Nasjonal evaluering av spesialistutdanningen for leger i spesialisering i Norge – et pilotprosjekt**

Legeforeningens forskningsinstitutt fikk høsten 2011 i oppdrag fra Medisinsk fagavdeling i Legeforeningen å bygge opp et evalueringsverktøy for legenes spesialistutdanning for å dokumentere hvordan de forskjellige utdanningsløpene fungerer. Jeg har som prosjektmedarbeider fulgt prosessen tett, og det var slik ideen til denne masteroppgaven oppsto. Dataene som etterhvert presenteres er hentet fra evalueringen. Jeg vil derfor først kort beskrive planleggingen og gjennomføringen, og om utfordringer underveis og i fremtiden.

Hovedhensikten med prosjektet er å finne i hvordan legene selv opplever kvaliteten på utdanningen. Begrepet kvalitet lar seg ikke lett definere. En årsak til dette, er at i noen sammenhenger er innholdet så omfattende at begrepet i seg selv ikke er dekkende for å forklare og beskrive fenomenet (Grepperud 2009). Et godt eksempel finnes i artikkelen; *Brief encounter: a dialogue between a philosopher and an NHS manager in the subject of 'Quality'* (Loughlin 1995). Artikkelen beskriver en samtale mellom en filosof, som har ventet lenge i et venterom på behandling av en skadet arm, og en manager, som er ansvarlig for kvaliteten på



sykehuset. Manageren ber filosofen fylle ut et spørreskjema, som er en del av arbeidet med kvalitetsforbedring i sykehuset. Filosofen avslår, og begrunner dette med den vonde armen og at han ikke vil slite den ut på nytteløse skjemaer. Deretter oppstår en diskusjon der filosofen utfordrer manageren gjennom å stille spørsmål om begrepet kvalitet. Manageren bruker mange fine og riktige ord for å beskrive begrepet og hvor viktig dette arbeidet er, men filosofen plukker lett fra hverandre managerens definisjoner av begrepet. Dette poenget illustrerer de utfordringene som ligger i å definere begrepet.

Selv om utfordringene med å definere begrepet kvalitet neppe har hindret fagfolk og administratorer fra å forsøke å utvikle og definere kvalitetsstandarder på ulike områder, er det viktig å være klar over. I et forsøk på å konkretisere begrepet, synes det imidlertid å være enighet om at begrepet er relativt og at det må dekomponeres for å gi meningsinnhold (Aamodt, Wiers-Jenssen og Stensaker 2012). Det er nettopp det vi forsøker å gjøre gjennom å evaluere spesialistutdanningen for leger i Norge, ved å stille spørsmål om hvordan legene selv opplever nytten av det de lærer.

Data om dette har hittil bare vært samlet gjennom rapporter fra utdanningsutvalgene på de ulike utdanningsavdelingene. Spesialitetskomiteene foretar jevnlig besøk på utdanningsinstitusjonene (minimum hvert fjerde år) hvor de samtaler med leger i spesialisering og avdelingsleder. Fordi data om hvordan enkeltleger vurderer kvaliteten på egen utdanning ikke har vært samlet inn tidligere, ble det gjort noen vurderinger underveis av hvilken form prosjektet skulle ha. Her var det to sentrale spørsmål som måtte besvares. Det ene var om det i det hele tatt lot seg gjøre å lage et system som omfattet alle landets leger i spesialisering. Det andre var om de kunne tenke seg å besvare en slik undersøkelse. Noen av utfordringene som spørsmålene representerer, beskrives nærmere nedenfor.

## **Stien trækkes opp – Arbeidsprosessen**

Det er som nevnt første gang en slik evaluering blir gjennomført<sup>1</sup>. Et overordnet mål er å bygge opp et evalueringsverktøy som gjør det mulig å følge utviklingen over tid, som i praksis vil si å gjenta datainnhenting med jevne mellomrom. Den første runden må derfor regnes som et pilotprosjekt. Spørreskjemaet som er benyttet dekker 41 av våre 44 spesialiteter

---

<sup>1</sup> Prosjektet er en del av et kvalitetssikringsarbeid rettet mot medlemmene i organisasjonen. Det innhentes ingen pasient- eller helseopplysninger og baserer seg på Legeforeningens eget adresseregister. Prosjektet er derfor ikke meldepliktig til NSD.

og grenspesialiteter<sup>2</sup>. Allmenntmedisin, arbeidsmedisin og samfunnsmedisin ble ikke tatt med i denne første omgangen da de er såpass forskjellige i sine utdanningsløp. Det vil etterhvert bli utarbeidet et eget opplegg for disse spesialitetene.

For min egen del var det nødvendig å gjøre et kvalitativt forarbeid for å lære mer om spesialistutdanningen. Sammen med prosjektleder gjennomførte jeg derfor i forkant, to samtaler med leger i spesialisering som var tillitsvalgte innenfor to av de største medisinske spesialitetene. I tillegg var jeg deltakende observatør ved tre ulike spesialitetskomiteers besøk på utdanningsavdelinger ved tre store sykehus i Norge, særlig for å få et bedre inntrykk av hvordan kvalitetssikringen av utdanningen foregår. Disse besøkene var avgjørende for det videre arbeidet, og mange av spørsmålene i spørreskjemaet tar opp temaer som ble berørt på disse møtene. Andre spørsmål er hentet fra skjemaet som spesialitetskomiteene bruker i den årlige summariske innrapporteringen fra alle landets utdanningsavdelinger.

De største utfordringene var imidlertid logistiske, særlig å få etablert en korrekt liste med e-postadresser for alle leger i spesialisering. Listen er hentet fra Legeforeningens medlemsregister. Registeret oppdateres ved at hvert enkelt medlem selv innrapporterer opplysninger om hvilken type stilling de har og hvor de jobber, og her blir det lett ”etterslep”, bl.a. fordi leger i spesialisering ofte skifter arbeidsplass. Noen glemmer også å melde fra når de er ferdige med sin spesialistutdanning. Det var derfor nødvendig å legge inn noen innledende filtreringsspørsmål for å sjekke om respondenten fremdeles var i et utdanningsløp. En annen utfordring var å utarbeide ett skjema som skulle favne alle de aktuelle 41 spesialitetene. I denne første runden var det med andre ord ikke rom for spørsmål som ville være spesifikke bare for én eller noen spesialiteter. Dette blir nærmere forklart i den empiriske artikkelen.

*Vi ønsker særlig å finne ut om leger i spesialisering opplever at de får den undervisningen de har krav på, og om de opplever at læringsmetodene som veiledning og supervisjon fungerer som de skal.*

En lege i spesialisering skal gjennom utdanningsløpet tilegne seg kunnskap og ferdigheter som gir kompetanse til å praktisere i faget. Opprinnelig definerte Platon viten som

---

<sup>2</sup> Det er nylig opprettet en 45. spesialitet, rusmedisin, men her er utdanningsopplegget foreløpig bare på utredningsstadiet.

begrunnede erkjennelser, og argumenterte for at viten gjald ting som var uforanderlige og bare omfattet det værende (Stigen 1992). I følge Platon skiller viten seg fra antagelser ved at de er mulig å begrunne. Det å *vite hva* er en erkjennelse av hvordan noe er. Kunnskap blir i noen sammenhenger sett på som en konkret manifestering av abstrakt intelligens, men er egentlig et resultat av interaksjonen mellom en persons evne eller kapasitet til å lære og muligheten til å lære i situasjoner (Winterton, Delamare - Le Deist og Stringfellow 2005). Kunnskap inkluderer teorier og konsepter. En holistisk måte å forstå kunnskap på – med prosessene og konteksten den representerer, handler om å *vite hvordan*. Taus kunnskap er eksempel på kunnskap som er ervervet som et resultat av erfaringer gjennom å utføre bestemte oppgaver.

Begrepet *ferdighet* brukes vanligvis for å karakterisere eller beskrive et bestemt nivå på utførelsen av en oppgave eller en handling. Pear (1927, omtalt i Winterton, Delamare – Le Deist og Stringfellow 2005) beskriver ferdigheter som det kvalitative og kvantitative utfallet av motoriske evner og refererer til en muskulær beskrivelse – der ferdigheten er integrasjon av godt justerte muskulære utførelser hos individet. Det kognitive ble senere tillagt større vekt i forståelsen av ferdigheter. Betydningen av å forstå det man gjør, inkludere det som er relevant i utførelsen og ekskludere det som er irrelevant er viktig for å kunne automatisere ferdigheten. Kunnskap og ferdigheter gir en type kompetanse. Den medisinske profesjonen krever en mengde kunnskap og tekniske ferdigheter og medlemmene av profesjonen er bundet sammen gjennom en felles forpliktelse (Lynne og Kirk 2007). Kunnskapen og ferdighetene legen tilegner seg under utdanningen gir profesjonell kompetanse. Epstein og Hundert (2002) beskriver profesjonell medisinsk kompetanse som et sett av kompetanseområder innen kommunikasjon, kunnskap, tekniske ferdigheter, kliniske vurderinger, følelser, verdier og refleksjon i den daglige praksis, som er nyttig for individene i et samfunn.

### **Teoretisk og empirisk artikkel**

Den første artikkelen er teoretisk og setter spesialistutdanningen for leger i et profesjonsteoretisk og læringsteoretisk perspektiv, og diskuterer utfordringer som oppstår i spenningsforholdet mellom produksjon av helsetjenester og reproduksjon av spesialister. I denne artikkelen redegjøres det for legeprofesjonens rolle i samfunnet i et historisk perspektiv, og den kunnskapen, ferdigheter og kompetanse som kjennetegner denne. Videre redegjøres det nærmere for sentrale læringsteoretiske perspektiver de siste ti årene, særlig innen medisinsk pedagogikk. Her beskrives sentrale trekk ved mesterlære, slik den praktiseres

i spesialistutdanningen og redegjør nærmere for viktige læremetoder som supervisjon og veiledning. Til slutt drøftes utfordringer med å utdanne spesialister på en arbeidsplass, der produksjon av helsetjenester er et overordnet mål, og hvordan dette påvirker spesialistutdanningen i sykehus, supplert med relevant forskningslitteratur.

Den andre artikkelen er empirisk og benytter data fra spørreskjemaet til *Nasjonal evaluering for spesialistutdanningen for leger i Norge*, for å analysere mulige faglige, organisatoriske og geografiske forskjeller i legenes opplevelse av spesialistutdanningen, gjennom mål for supervisjon, veiledning og undervisning. Spørreskjemaet som ble besvart omfattet alle landets leger som stod oppført i legeregisteret i en utdanningsstilling i sykehusspesialitet som vi hadde e-post adresser til. Her blir utvalgte data analysert og fortolket kvantitativt. Til bruk i analysen ble SPSS versjon 19 benyttet. Funnene i artikkelen peker på flere utfordringer med at utdanning av spesialister foregår på en arbeidsplass, der produksjon er et overordnet mål. De viser også en betydelig interesse fra leger i spesialisering for å besvare denne type spørsmål, og bekrefter dermed behovet for og nytten av slike evalueringer.

## Litteratur

Aamodt, P. O., J. Wiers-Jenssen, og B. Stensaker (2012). Kvalitetskriterier i høyere utdanning. Bakgrunnsnotat for etablering av en informasjonsportal. Oslo, NIFU. **12** Hentet fra: <http://www.nifu.no/Norway/Publications/2012/NIFU%20Webrapport%2012-2012.pdf>

Aasland, O. G. (2006). "Legerollen - fra pideal til skammel." Tidsskr Nor lægeforen **126** (1): 61-62.

Epstein, R. M. og E. M. Hundert (2002). "Defining and assessing professional competence." JAMA: The Journal of the American Medical Association **287** (2): 226-235.

Førde, R. (2012). Frå engasjert fagperson - til lydige funksjonær? Dagens Medisin. Oslo. **18.09. 2012**.

Grepperud, S. (2009). "Kvalitet i helsetjenesten - hva menes egentlig?" Tidsskr Nor legeforen **129** (11): 112-114.

Legeforeningen (2009a). Spesialistutdanningen av leger. Oslo.

Light, D. og O. G. Aasland (2003). "Den nye legerollen - kvalitet, åpenhet og tillit." Tidsskr Nor lægeforen **13 - 14** (123): 1870 - 1873.

Loughlin, M. (1995). "Brief encounter: a dialogue between a philosopher and an NHS manager on the subject of 'Quality'." Journal of Evaluation in Clinical Practice **1** (2): 81-85.

Lynne, M. og M. D. Kirk (2007). "Professionalism in medicine: definitions and considerations for teaching." Baylor University Medical Center Proceedings **20** (1): 13 - 14.

Stigen, A. (1992). Tenkningens historie, Ad Notam Gyldendal.

Winterton, J., F. Delamare - Le Deist og E. Stringfellow (2005). Typology of knowledge, skills and competences: clarification of the concept and prototype  
Thessaloniki, Centre for European Research on Employment and Human Resources. Groupe ESC Toulouse: 1-34.



## **Artikkel 1:**

### **Spesialistutdanningen for leger i Norge - mellom produksjon av helsetjenester og reproduksjon av spesialister**

#### **Sammendrag**

Artikkelen beskriver en historisk gjennomgang av spesialistutdanningen i et profesjons- og læringsteoretisk perspektiv. Spesialiseringen for leger er en del av et større profesjonssystem og arbeidet som utføres av profesjonene er knyttet opp mot et system av kunnskap som formaliserer ferdigheter. Veksten i spesialiseringen har også medført større arbeidsdeling, og profesjonene som jobber i sykehus arbeider sammen for å løse praktiske utfordringer.

Utdanningen av leger i spesialisering foregår på en arbeidsplass som er nært lagt opp til den virkeligheten de skal praktisere i som ferdige spesialister, og legen i spesialisering skal gjennom veiledning, supervisjon og undervisning tilegne seg kunnskap, ferdigheter og kompetanse til å praktisere i faget. Samtidig sees leger i spesialisering primært på som arbeidskraft og ikke studenter. Dette kan gjøre det vanskelig å tilrettelegge for systematisk opplæring og skape effektive læresituasjoner, der man ser at produksjonen av helsetjenester tar tid fra utdanningen. Studier viser at læringen kan påvirkes av dette, både den tiden som avsettes til veiledning og supervisjon, tilgang til læresituasjoner og den nødvendige gjennomgangen av praktiske prosedyrer som må gjennomføres av hver enkelt lege i spesialisering, for å få godkjent utdanningen.

#### **English summary**

### **Specialist training for doctors in Norway - between production of health care services and reproduction of specialists**

This article presents a historical review of specialist training from a professional and learning theory perspective. Specialization for doctors is part of a larger system of professional work linked to a system of competence, formalizing skills. The increase in specialization has led to greater efforts where different hospital based professions, work together to solve practical problems. Medical specialization takes place at the very same workplace where the specialists work, where the trainees learn to practice through guidance, supervision and education, to

acquire the necessary knowledge, skills and competence. Specialists in training are primarily seen as workers and not students. This may be an obstacle to the provision of systematic training and the creation effective learning situations, since the production of health care steals time from the training. Studies show that learning can be affected by this, both the time allocated to the guidance and supervision, access to learning situations, and the required obligatory experience in and repetition of various practical procedures necessary for the specialist certification.



## Innledning

Spesialistutdanningen for leger i Norge er en del av et større profesjonssystem. Det som kjennetegner profesjonens rolle i samfunnet i dag, er at de forvalter spesialisert teoretisk kunnskap og skal ved hjelp av denne løse praktiske problemer (Molander og Terum 2008). Profesjonene forvalter i tillegg store samfunnsressurser og definisjonsmakt. Beslutningene som tas, har ofte store konsekvenser for menneskers ve og vel. Kunnskapen, ferdighetene og kompetansen som leger i spesialisering erverver seg i utdanningen, skal komme befolkningen til gode når legene er ferdige spesialister. For å kunne praktisere som lege må man ha gjennomgått en utdanning av en viss lengde. Kunnskapen som formidles i utdannelsen er teoretisk, vitenskapelig og praktisk. For å utdanne seg til legespesialist i Norge, må du ha autorisasjon som lege og fullført turnustjeneste (Helsedirektoratet 2009).

Utdanningen av leger i spesialisering finner sted i skjæringspunktet mellom produksjon av tjenester og reproduksjon av nye spesialister (Lycke, Lauvås og Handal 2011). Tilrettelegging av en systematisk opplæring med tanke på progresjon, helhet og oversikt, kan i noen sammenhenger være utfordrende. Jeg vil i denne framstillingen gjøre rede for oppbyggingen av spesialistutdanningen for leger i Norge, belyst både fra et profesjonsteoretisk- og et læringsteoretisk perspektiv. Deretter vil jeg diskutere nærmere det spenningsforholdet som kan oppstå i spesialistutdanningen for leger, der utdanning av legespesialister i mange tilfeller må vike for produksjonen av helsetjenester. Jeg vil her drøfte noen av utfordringene som oppstår ved utdanning av leger i spesialisering.

## Spesialistutdanning i et profesjonsperspektiv

Begrepet profesjon brukes for å beskrive ulike yrker med det fellestrekk at de er basert på et eller annet fag eller en spesialutdanning (Fauske 1991). Det er en nær forbindelse mellom utdanning og yrke. Da begrepet profesjon ble tatt i bruk, var det bare tre yrker som oppfylte kravet om at de skulle være kunnskapsbaserte (Abbott 1988). Disse yrkene var lege, prest og jurist. Utvikling av profesjonene har sitt utspring i middelalderen, og i noen tilfeller en eldre opprinnelse. Men det var først på 1800-tallet at det ble gjort forsøk på systematiske studier av profesjonene. Noe av forklaringen var framveksten av samfunnsvitenskapen, men også en endring og utvikling av yrkene selv. Framveksten av yrkene slik vi kjenner dem i dag, hadde sitt utspring fra denne tiden. Abbott (1988) beskriver profesjonelt arbeid som et skiftende system av arbeidsoppgaver, hvor forholdet mellom disse stadig endres. Årsaken til disse endringene kan ligge utenfor profesjonen selv, drevet fram av teknologiske, politiske eller

andre sosiale krefter som medfører en regruppering av arbeidsoppgavene. Men også organiseringen internt i den enkelte profesjon kan medføre at arbeidsoppgaver skilles ut og overføres internt innen profesjonen eller til andre yrkesgrupper. I medisinen er framveksten av hjelpeprofesjoner eller subprofesjoner som sykepleiere og radiografer, eksempler på det siste. Andre eksempler som kan nevnes, er grenspesialitetene innenfor indremedisin og generell kirurgi. Dette beskrives nærmere i avsnittet om profesjonell praksis og maktbalanse.

Den begynnende spesialiseringen i medisinen for ca. hundre år siden kan forklares på ulike måter (Haave 2011). Den klassiske forklaringen tok utgangspunkt i at den nye anatomiske kunnskapen medførte at det krevdes nye instrumenter for undersøkelse og diagnostisering. Den amerikanske sosiologen George Rosen (Rosen omtalt i Haave 2011) brøt denne tankegangen, da han hevdet at det var et skifte i sykdomsoppfatning – fra humoralpatologi til patologisk anatomi – og ikke ny kunnskap og teknologi, som la grunnlaget for denne spesialiseringen. Sykdommer oppsto i følge humoralpatologien når forholdet mellom de fire kroppsvæskene slim, blod, gul og svart galle var i ubalanse. Den viktigste måten å behandle dette på var å gjenopprette balansen gjennom å tappe blod, eller ordinere spesielle dietter og være oppmerksom på hele pasienten og pasientens omgivelser. Rosen mente imidlertid at sykdom oppsto som en kroppslig skade, og det var først når skaden inntraff, at legen kunne vende blikket mot pasientens sykdom og kroppsdel.

Denne oppfatningen fikk først gjennombrudd da Paris-skolens leger formulerte et begrep om sammenheng mellom kliniske og anatomiske observasjoner (Haave 2011). Det var gjennom denne sammenheng legene hadde fått kjennskap til, fra obduksjoner, at de kunne lokalisere og diagnostisere sykkelige forandringer hos levende mennesker og først når dette var gjort, ble det rasjonelt å bruke spesifikke behandlinger. En annen forklaring går ut på at gjenreisningen av et medisinsk-kirurgisk fellesskap var en grunnleggende forutsetning for spesialiseringen. Med etableringen av universitetene, fra midten av 1100-tallet og fram til opprettelsen av Københavns universitet i 1537 i Danmark-Norge, oppstod det et klasseskille mellom universitetsutdannede leger (medisinere) og en stor gruppe håndverksutdannede leger (bartskjærene, kirurger og apotekere), der medisinere så seg selv som en elite på toppen med apotekere nederst. Medisin ble ved universitetene en teoretisk og filosofisk disiplin og med det bare avgrenset til indremedisin. Den praktiske erfaringen og spesialiserte kunnskapen som kirurgene, bartskjærene og apotekere forvaltet, ble av akademikerne forbundet med mindre standsmessig legekunst, da de stort sett representerte utøvere og pasienter fra lavere

samfunnslag. Dette førte til et sosialt og faglig opprør på 1700-tallet fra kirurgenes side fordi de ville nå medisinerens rang. Etableringen av en felles utdanning i kirurgiske skoler og akademier, i de franske helseskolene fra 1794 og universitetene, ble til slutt en realitet. Argumentet var at felles kunnskapsbase, utdanning og forskning på sikt ville medføre at disse – medisin og kirurgi – ville bli spesialiteter innenfor et legefelleskap, i stedet for å fortsette som to yrker. Det ble også hevdet at siden den anatomisk-patologiske sykdomsoppfatningen var mer utbredt blant kirurger enn medisinerere, førte det til at humoralpatologien måtte vike for patologisk anatomi, og dette ble legevitenskapens fundament.

### Spesialiseringen for leger

Debatten om hvordan legeprofesjonen skulle defineres, kan føres tilbake til begynnelsen av 1900-tallet og foredraget «Is Social Work a Profession?», holdt for en forsamling av helsearbeidere, av den amerikanske pedagogen Abraham Flexner (Fauske 2008). Bakgrunnen for foredraget var en evaluering Flexner utførte av 155 legeutdanninger i USA og Canada. Flexner fant at profesjonsutdanningen for leger manglet standardisering, og foreslo dermed at antallet utdanninger burde reduseres for å heve kvaliteten. Med dette ble han en viktig premissleverandør for krav som skulle stilles til profesjonelt arbeid generelt og til profesjonsutdanninger spesielt. Årsaken til den dårlige forfatningen ble antatt å være manglende nasjonal styring, der utdanningene var preget av mangfold, markedskrefter og kortsiktige prioriteringer. Flexner ble sentral i etableringen av akkrediteringsorganer og kriterier som medisinutdanning ble vurdert etter, og hans synspunkter på akademiske standarder og krav til kvalitet bidro til utviklingen av en forskningsbasert profesjonsutdanning for leger i USA og i de fleste andre land. Dette var krav som etterhvert fikk betydning for andre profesjoner og profesjonsutdanninger, der vitenskapelig grunnlag, forskningsbasert undervisning og samspill mellom teori- og praksisundervisning, var krav som inngikk. Dette ble etterhvert regnet som sentrale kjennetegn ved profesjonene.

Spesialiseringen av leger i Norge har vært omstridt (Haave 2011). På 1800-tallet eksisterte det motstand mot medisinsk spesialisering blant mange leger. Tanken om en enhetlig medisin lot seg ikke forene med en oppstykket og delt legekunst. Spesialiseringen ble ansett for å være ikke-akademisk. Det at den brøt med legestandens sedvane, la grobunnen til en frykt for at allmennlegene kunne miste sin sosiale og økonomiske status, og utgjorde en trussel mot deres velferd og interesser. Rundt 1870 betraktet leger i USA og Storbritannia spesialisering som en

forutsetning for medisinske framskritt. Dette ble først et diskusjonstema fra midten av 1880-årene i Norge, men meningene om dette var delte.

En viktig forutsetning for spesialisering av leger i Norge var framveksten av et større sykehusvesen på 1900-tallet (Haave 2011). På sykehusene kunne legene observere mange pasienter, noe som medførte at de fikk muligheten til å erverve seg spesiell kunnskap om sykdommer. Ved å sortere pasienter med ulike sykdommer inn i spesialavdelinger bidro det også til å forsterke spesialiseringen. De første sykehusene, *Alminnelige sykehus*, var tilbud til mennesker som ikke kunne behandles i egne hjem eller på et legekantor. Dette var ofte fattige mennesker med behov for kirurgiske inngrep. I motsetning til for eksempel Storbritannia, hadde Norge på begynnelsen av 1900-tallet relativt få spesialiserte sykehus og de som eksisterte hadde bakgrunn i en offentlig særomsorg. Spesialiseringen ble også forsterket gjennom organisering i spesialforeninger ut fra et ønske om å fremme kunnskap og forskning. Disse foreningene vedtok spesialistregler og fikk også definisjonsmakt ved praktisering av reglene. Denne rollen ble videreført i større skala da Legeforeningen vedtok spesialistregler for alle sine medlemmer i 1918.

Legeforeningen hadde ansvaret for spesialistutdanningen for leger alene fram til 1982 (Aasved og Skoglund 2004). Etter dette overtok staten, ved det daværende Sosialdepartementet, ansvaret som øverste organ, men Legeforeningen hadde delegert myndighet til å godkjenne spesialister fram til oktober 2011. I Norge har staten i dag det overordnede ansvaret for utdanning av leger i spesialisering, og fra 1999 med bestemmelser i Helseforetaksloven ble staten formelt ansvarlig for opplæring og undervisning av helsepersonell, inkludert legespesialister (Haave 2011). Legen skal gjennom sin spesialisering med veiledning og supervisjon erverve seg nødvendig kompetanse, erfaring og forståelse for praktiske rutiner og prosedyrer som gjør dem i stand til å utføre forsvarlig legearbeid som kreves av en spesialist i sitt fag.

*Veiledningen* for leger i spesialisering er i vid forstand samtaler som skal styrke den faglige utviklingen hos leger i spesialisering (Lycke, Handal og Lauvås 2005). Samtalen gir rom for å reflektere over teoretiske og praktiske problemstillinger som berører faglige, etiske, økonomiske og juridiske perspektiver, samt pasientens og de pårørendes interesser. *Supervisjonen* er ikke en formell samtale, men karakteriseres av den daglige en-til-en situasjon i læring mellom en lege i spesialisering og spesialist. Det er en rekke krav som må

innfris for å oppnå spesialistgodkjenning, både til den enkelte lege og til utdanningsinstitusjonene, der de jobber (Haave 2011). Dette gjelder kurs, prosedyrer og attestasjon. For at tjenesten skal bli tellende må den utføres ved godkjent utdanningsinstitusjon i godkjent utlyst utdanningsstilling. Siden 1989 har utdanning i den enkelte spesialitet vært støttet av målbeskrivelser og gjennomføringsplan.

I nesten samtlige spesialiteter er det utarbeidet prosedyrekraft, sjekklister og attestasjonsskjemaer som er tilpasset det enkelte fag (Legeforeningen 2009a). Innholdet i disse målbeskrivelsene angir det som utdanningen ideelt sett bør inneholde for hver lege i spesialisering. Det viktigste elementet i spesialistutdanningen har vært klinisk tjeneste, og fra 1970-årene ble det gradvis innført tjeneste med løpende supervisjon og veiledning fra en erfaren spesialist (Haave 2011). Fra 2000 ble det mulig å erstatte ett års klinisk tjeneste med forskning. Internundervisning i avdeling og eksterne kurs i spesialitetene i og utenfor sykehus er videreført i målbeskrivelsene. Tiden det tar for en lege å spesialisere seg er normert til seks år, men dette varierer individuelt. Det er et overordnet mål for spesialistutdanningen å sikre kvalifiserte spesialister som har profesjonell kompetanse til å produsere helsetjenester av høy kvalitet (Akre 2003).

Spesialiststrukturen i Norge består av 30 hovedspesialiteter og 14 grenspesialiteter – 8 under indremedisin og 6 under generell kirurgi (Legeforeningen 2009a). Til hver spesialitet er det opprettet en spesialitetskomité på mandat fra sentralstyret i Legeforeningen (Haave 2011). Spesialitetskomiteene foreslår vedtekter og rammer for spesialistutdanningen til Helsedirektoratet, som gjør endelige vedtak. Vedtakene omfatter også akkreditering av utdanningsinstitusjoner. Spesialitetskomiteene vurderer hvert år rapporter fra ca. 850 godkjente sykehusavdelinger (Legeforeningen 2009a). De gjennomfører også ca. 130 besøk hvert år på de godkjente utdanningsinstitusjonene og behandler årlig 25-30 søknader fra sykehusavdelinger (fordelt på 44 spesialiteter) om nye utdanningsinstitusjoner.

Utdanningen består også av obligatoriske og valgfrie kurs for hver sykehusspesialitet (Haave 2011). Disse arrangeres av de medisinske fakultetene i samarbeid med Legeforeningen. Kursvirksomheten kontrolleres av spesialitetskomiteene som gjennom søknad og saksbehandling godkjenner disse som tellende, med antall timer og hvorvidt de skal være valgfrie eller obligatoriske for tjenesten. Legeforeningen har gjennom sin utdanningsavdeling

hatt en omfattende rolle med utvikling av pedagogiske verktøy. Det er gradvis utviklet nye metoder for innlæring av ferdigheter gjennom simulering og økt bruk av nettbasert læring.

Jeg vil i det neste avsnittet beskrive hvordan arbeidet er knyttet opp mot systemet av kunnskap og hvordan arbeidsområdene hos profesjonene styres av jurisdiksjonen, som er makten og retten til å hevde arbeidsoppgaver og områder som egne av profesjonene (Abbott 1988).

### **Profesjonell praksis og maktbalanse**

I de fleste profesjoner er arbeidet knyttet direkte opp mot et system av kunnskap som formaliserer ferdigheter (Abbott 1988). Hver profesjon har et sett av egne oppgaver som tilhører profesjonen og disse arbeidsoppgavene gir dominans og kontroll over et arbeidsområde i forhold til andre profesjoner. Arbeidsområdene styres av en profesjons *jurisdiksjon*, som vil si en eksklusiv rett til å hevde arbeidsoppgaver som profesjonens egne og danner grunnlaget for profesjonens eksistens. En profesjons evne til å opprettholde sin jurisdiksjon ligger delvis i evnen til å opprettholde makten og prestisjen i den akademiske kunnskap.

Norske sykehus er komplekse organisasjoner som krever at flere profesjoner jobber sammen (Haug 2002). En stor vekst i spesialisert kunnskap har medført at spesialitetene og profesjonene i større grad enn tidligere samarbeider med hverandre. Beslutningene som tas i dagens sykehus, foregår på en rekke nivåer, fra det å stille en diagnose, forordne behandling til oppfølging av pasienter. Dette ansvaret krever medisinsk utdanning. Samtidig krever prosessen samarbeid med andre profesjoner, for eksempel gjennom teamarbeid og konsultasjon med annet helsepersonell, som ikke nødvendigvis har medisinsk utdanning, men kanskje teknisk eller sosial kompetanse.

For å være et godt medlem av den medisinske profesjonen må legene nedfelle etiske prinsipper og forpliktelser i sin legegjerning (Mueller 2009). Disse forpliktelsene synliggjør legenes forvaltningsansvar overfor pasientene og avdekker et asymmetrisk maktforhold mellom pasient og lege. Legene besitter spesialisert og kompleks kunnskap, ferdigheter og forskrivningsrettigheter – en makt pasientene selv ikke har. Dette medfører at pasienten må stole på at legen handler ut fra pasientens behov. Kunnskapsbasisen er mangfoldig, og dette kommer til uttrykk blant annet ved at leger i spesialisering, i likhet med andre helsearbeidere,

må kunne kommunisere med pasienter og forstå deres livssituasjon, samtidig som de må sortere ut de faktorene som har innvirkning på deres sykdom og helse (Grimen 2008). På bakgrunn av profesjonaliteten til legeyrket er det en forventning fra samfunnet om at legen skal inneha en kompetanse som består av flere elementer; legen skal behandle, være altruistisk, vise integritet, åpenhet, ansvarlighet og promovere et offentlig gode (Mueller 2009). Samfunnets forventninger til profesjonen som helhet er at de skal stille med et velfungerende helsevesen og tilstrekkelige ressurser til å oppfylle sitt ansvar. Dette forholdet forsterkes gjennom lisensstatusen.

Profesjonene inngår her i et større system og står i et gjensidig avhengighetsforhold til hverandre (Abbott 1988). Dette kommer til syne ved at de deler arbeidsoppgavene seg i mellom ut fra mer eller mindre definerte grenser. Arbeidsoppgavene påvirkes av det Abbott betegner som objektive og subjektive kvaliteter. De objektive kvalitetene kan være representert av sosiale, strukturelle og teknologiske endringer som påvirker arbeidet i profesjonen. Teknologisk utvikling kan for eksempel medføre at et sett av arbeidsoppgaver utvider seg på ett område og fører til at de må flyttes. Et eksempel på dette er den teknologiske utviklingen innen faget radiologi som medførte at det dannet seg en ny kategori av arbeidsoppgaver som radiografer nå har ansvaret for (Vigeland 2010). Denne yrkesgruppen ble dermed opprettet som en hjelpeprofesjon under radiologene. Lignende eksempler finnes innenfor den politiske og sosiale utviklingen. Innen helsefag er opprettelsen av sykepleiefaget og fysioterapi eksempler på arbeidsoppgaver som tidligere var samlet innen medisinsk virksomhet. Disse ble egne selvstendige profesjoner eller hjelpeprofesjoner under den opprinnelige moder - eller hovedprofesjonen – medisinen.

De subjektive kvalitetene handler om å analysere og sortere det faglige arbeidet som foregår internt i profesjonen (Abbott 1988). Her omfatter jurisdiksjonens område tre ledd; en hevd eller rett til å klassifisere et problem (diagnostisere), resonere om problemet (inference), og å behandle problemet (treatment). Abbott bruker de medisinske begrepene *diagnosis*, *inference* og *treatment* for å beskrive profesjonell praksis. *Diagnosis* og *treatment* er handlinger som formidler noe. Det kan være å innhente informasjon basert på faglig kunnskap som bidrar til å klargjøre et problem, for deretter å bruke disse til å behandle problemet. *Inference* framstår her som bindeleddet mellom de to formidlende ledd og representerer vurderingene som gjøres underveis, forventninger om mulige utfall og som deretter leder fram mot den eller de beslutninger som fører til behandling av problemet. Disse vurderingene virker på to måter,

enten gjennom eksklusjon, som er typisk for medisinen ved bruk av diagnosekriterier eller konstruksjon, som vi finner eksempler på innen klassisk militær taktikk. Også internt i profesjonen finner vi eksempler på at arbeidsoppgaver vokser i omfang og utvider seg, og medfører at de blir flyttet. Opprettelsen av grenspesialitetene innenfor indremedisin og kirurgi er noen eksempler.

De objektive kvalitetene, som kan være samfunnets krav til profesjonene, kan påvirke de subjektive. Et eksempel som kan trekkes fram er forslaget fra Legeforeningen om opprettelse av en ny spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin som ble fremmet i et brev til Helsedirektoratet 16.06. 2009. Bakgrunnen for forslaget var at rus og avhengighet er blitt et økende samfunnsproblem (Legeforeningen 2009b). Dette medvirket til rusreformen som trådte i kraft i 2004, der rus kom inn som et nytt tjenesteområde i spesialisthelsetjenesten. I likhet med somatikk og psykiatri ble rusbehandling bygget opp som et kommunalt og statlig ansvar som innebar tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelbruk. Regjeringen besluttet å opprette spesialiteten i Stortingsmelding nr. 30 (2011 -2012). Eksemplet viser hvordan samfunnets behov for å styrke tilbudet om helsetjenester (objektive kvaliteter) virker inn på behovet for kompetansebygging og spesialisering (subjektive kvaliteter) i den medisinske profesjonen, noe som igjen fører til at det etterhvert vil utdannes nye spesialister innenfor rus- og avhengighetsmedisin.

Dette er også et eksempel på de ulike arenaer som jurisdiksjonen forekommer på. Abbott (1988) trekker fram tre ulike arenaer; den juridiske, folkeopinionen og arbeidsplassen. På disse arenaene henter jurisdiksjonen anerkjennelse og legitimitet fra samfunnet omkring. På den juridiske arenaen gir lovreguleringer rettigheter, som for eksempel rett til å ta betaling for et arbeid, men også forpliktelser som må oppfylles av profesjonen. I folkeopinionen handler det om å hevde en rett og kontroll til en bestemt type arbeid og omfatter også retten til å kunne ekskludere andre fra det samme arbeidet. På arbeidsplassen styres arbeidsdelingen av en intern organisering mellom profesjonene. Lokale forhandlinger, praktiske ordninger og kultur spiller en viktig rolle her. I neste avsnitt vil jeg gå nærmere inn på hvordan profesjonene forvalter kunnskap og hvordan grunnlaget for den avgjør hvor konsistent den er – med særlige eksempler fra medisinen.



## Kunnskapens grunnlag og konsistens

Det som kjennetegner klassiske profesjoner, er at yrkesutøverne sertifiseres til å forvalte en bestemt type kunnskap (Grimen 2008). Profesjonell yrkesutøvelse kan karakteriseres som en av måtene vitenskapelig kunnskap er tenkt å komme befolkningen til gode på. Profesjonene forvalter vitenskapelig kunnskap, og dette skiller dem også fra andre yrker som for eksempel kokker, rørleggere, snekkere eller elektrikere, der kunnskapen som læres, ansees for å være praktisk og erfaringsbasert. Innenfor spesialisering i medisinen derimot, er ikke dette skillet nødvendigvis veldig stort. Innlæring av praktiske prosedyrer har for eksempel en sentral plass i spesialistutdanningen for leger, og mye av kunnskapen som erverves her, er nettopp praktisk og erfaringsbasert.

I litteraturen skilles det ofte mellom flere typer kunnskap, og et hovedskille går mellom praktisk og teoretisk kunnskap (Grimen 2008). Aristoteles skilte mellom tre former for kunnskap, *episteme*, *techne* og *fronesis*. *Espisteme* representerer modellen for all vitenskapelig kunnskap. Denne kunnskapen er teoretisk og framstår som konstant og uforanderlig. Matematisk kunnskap er ett eksempel, vi vet at noe eksisterer når vi ser det og objektet er slik det er. *Techne* og *fronesis* er to former for praktisk kunnskap, der *techne* er den formen for kunnskap vi trenger for å lage ting. *Fronesis* er praktisk kunnskap som går ut på å handle moralsk klokt, og vi trenger nødvendigvis ikke matematiske formler for å finne ut av det, ei heller et vitenskapelig grunnlag. Denne formen skiller seg fra *techne* fordi det er forskjell på å handle moralsk klokt og det å lage ting. Et eksempel på *fronesis* kan være skjønnsbaserte vurderinger, som leger ofte forholder seg til i den kliniske hverdagen.

Teoretisk og praktisk kunnskap henger ofte sammen (Grimen 2008). I det Aristoteles omtaler som *techne* kan teoretisk kunnskap være et viktig utgangspunkt for den praktiske kunnskapen. Eksempler på dette finner vi særlig i produksjonsyrker innenfor industri, men også innen medisinen. En bygningsingeniør må for eksempel vite hvordan vekten skal dimensjoneres og fordeles i konstruksjonen han lager og bruker matematiske beregninger for å finne det ut. En elektroingeniør omsetter Ohms lov i praksis ved å beregne strømflyt og spenningsfall i elektriske anlegg for å sikre trygge og rasjonelle installasjoner, og en spesialist i anestesi må vite kroppsvekt og høyde til pasienten for å dosere riktig mengde medikament. Også i *Fronesis* er det ikke nødvendigvis et klart skille mellom praktisk og teoretisk kunnskap. Ingeniører utfører installasjoner og konstruksjoner ut fra lover og forskrifter (krav). Forskjellen er kanskje at disse forskriftene er basert på praktiske erfaringer om hva som kan

gå galt dersom de ikke følges. En umoralsk handling her er i så fall en bevisst handling, og eksempler kan være useriøse aktører som bryter kravene for å spare tid og penger. En lege skal utføre ansvarlig pasientbehandling og følge de etiske forskrifter som gjelder for sin yrkesgruppe, og den enkelte lege som behandler er direkte ansvarlig for pasienten og eventuelle feil som begås i behandlingen.

Den medisinske profesjonen krever en mengde kunnskap og tekniske ferdigheter og medlemmene av profesjonen er bundet sammen gjennom en felles forpliktelse (Lynne og Kirk 2007). Kunnskapen og ferdighetene legen tilegner seg under utdanningen gir profesjonell kompetanse. Epstein og Hundert (2002) definerer profesjonell kompetanse på denne måten:

*Professional competence is the habitual and judicious use of communication, knowledge, technical skills, clinical reasoning, emotions, values and reflection in daily practice for the benefit of the individual and community being served (s. 226).*

Definisjonen innebærer et sett av kompetanseområder en lege bør inneha for å oppfylle sine forpliktelser. Kompetansen er kontekstavhengig og et uttrykk for relasjonen mellom en persons evne, en oppgave, økologien i helsesystemet og den kliniske konteksten der oppgavene forekommer (Epstein og Hundert 2002).

De medisinske spesialitetene omfatter som nevnt 44 til dels ulike spesialiteter, hvorav 30 hovedspesialiteter og 14 grenspesialiteter. Den faglige utviklingen som helsetjenesten har vært preget av hadde ikke vært mulig uten spesialisering (NOU 2005:3). På grunn av kunnskapsutviklingen har det vært nødvendig for forskere og spesialister å konsentrere seg om stadig mindre fagområder. Dette preger i særlig grad spesialisthelsetjenesten og vil derfor være mest merkbar hos pasienter som er i kontakt med denne. En viktig forutsetning for leger i Norge er å sikre at spesialistene som utdannes og godkjennes, holder samme nivå. Dette er en viktig kvalitetsindikator (Legeforeningen 2009a). Men hva innebærer egentlig dette? Grimen (2008) argumenterer for at profesjoners kunnskapsbase i stor grad er heterogene, fragmenterte og at de forskjellige elementene er integrert som praktiske synteser. Kunnskapen som den medisinske profesjonen forvalter, er sammensatt av elementer fra forskjellige kunnskapsfelter. Eksempler på fragmentert kunnskap kan være ulike forskningstradisjoner som står i sterk konflikt med hverandre, og hvor det ikke finnes enhetlige teorier. Spesialistfagene i medisinen har sitt utspring i de samme grunnleggende

forskningstradisjonene (Westin 2012). Men omfanget varierer betydelig mellom ulike disipliner. I sykehusfagene vil forskning innen den biologiske vitenskapstradisjonen ha størst omfang og dette gjelder særlig de teknisk orienterte fagene som for eksempel farmakologi og nukleærmedisin. I allmennmedisin har den epidemiologiske og antropologiske forskningstradisjonen større betydning for den holistiske tilnærmingen som er typisk for denne spesialiteten. Psykiatri er et eksempel på fag som har vinglet mellom ulike forskningstradisjoner og har i noen perioder vært sterkt biologisk orientert, mens psykodynamikken og systemteorier innen den antropologiske forskningstradisjonen har hatt større betydning i andre perioder.

Ett fellestrekk mellom fagene i medisin er at formålet ofte ligger utenfor dem selv og tjener visse verdier, og disse igjen styrer måten kunnskapsbasene er satt sammen på (Grimen 2008). Dette kan føre til at verdiene fagene representerer kan komme i konflikt med hverandre. Dimensjonen i praksis er også normativ i den forstand at den dreier seg om moralsk, politisk og juridisk skjønn og ikke bare praktisk anvendelse. En lege skal gi forsvarlig pasientbehandling, samtidig som rammene for budsjett og rettferdig fordeling opprettholdes. Hvem skal få og hvem skal vente? Dette gjør verdivalgene vanskelige nettopp fordi det ikke finnes klare regler for prioritering.

Økt spesialisering i norske sykehus har også medført økt funksjonsdeling (NOU 2005 : 3). De store spesialitetene som indremedisin og generell kirurgi er delt opp i mindre grenspesialiteter, og den økende detaljkunnskapen har i mer eller mindre grad fortrenget den generelle kompetansen. En lignende utvikling har også preget andre helseprofesjoner, som for eksempel sykepleien. Dette igjen har medført at de fleste sykehus er blitt mer spesialiserte og seksjonerte. Til tross for økende spesialisering har det vært nødvendig å begrense oppdelingen av medisinen i et forsøk på å bevare generalisten, ved å sikre en spesialitetsstruktur som er tilpasset Norges geografi og topografi, med spredt befolkning og mange små sykehus (Legeforeningen 2009a).

Det norske helsetilbudet er preget av faste rammer og demokratisk styring (Bovim 2012). Den spredte befolkningen gjør sikring av befolkningens behov gjennom et desentralisert helsetilbud til et helsepolitisk mål. Noen av disse helsetilbudene krever et viss behandlingsvolum for at helsepersonellet skal kunne tilby tilstrekkelig kvalitet. Dette medfører kostnader som gjør at det er uhensiktsmessig å spre tilbudet etter ønsker alene. I

tillegg kan det påvirke de som jobber i helsesektoren sitt behov for å være en del av et fagmiljø og delta i arbeidsfellesskap med andre kolleger for nødvendig tilgang til medisinsk teknisk utstyr og metoder. Sentraliseringen gir ikke tilfredsstillende nærhet til befolkningen, men den kan gi høyere kvalitet på de tjenestene som tilbys. Debatten om hvordan lokalsykehusene skal organiseres og hvor de skal ligge, er et eksempel på slike utfordringer.

Et av formålene med oppbygningen av medisinstudiet var nettopp å kunne dekke behovet for gode generalister tilpasset Norges spredte befolkning og geografi (Haave 2011). I spesialistutdanningen var derimot hensikten å godkjenne leger innenfor en avgrenset del av medisinen, og utdanningen skilte seg derfor også fra den akademiske, teoretiske og praktiske undervisningen i den medisinske grunnutdanningen ved at den var basert på mesterlære, en ordning som ble etablert tidlig på 1900-tallet. Etter hvert vokste det fram et større behov fra myndighetenes og foreningens side for en økende akademisering av spesialistutdanningen. Dette medførte, etter mye fram og tilbake, at nye spesialistregler ble vedtatt i 1965 av Legeforeningens landsstyre i Bodø (også kalt Bodø-reglene). Med disse reglene ble undervisning, kurs og eksamen innført og kunnskapen ble med andre ord formalisert i større grad. Men mesterlære som opplæringsform fortsatte å ha en betydelig plass i tilegnelsen av kunnskap innenfor spesialistutdanningen. Mesterlærens betydning i spesialistutdanningen for leger beskrives nærmere seinere i denne framstillingen.

Utdanningen av leger i spesialisering finner, i motsetning til grunnutdanningen i medisin, sted på en arbeidsplass, noe som setter utdanningen i en særstilling hva gjelder utfordringer, krav og ansvar leger i spesialisering møter. Legen innehar en blanding av generell kompetanse og spisskompetanse, og pasientene har krav på en lege som er utdannet etter nasjonale standarder (Legeforeningen 2009a). Men hvordan erverves denne kunnskapen? I neste del vil jeg redegjøre for læringsteorier som er sentrale innenfor spesialistutdanningen, først på et generelt plan, hvor arenaen er sykehuset eller praksisfellesskapet, slik det omtales i teorien. Deretter beskriver jeg den individuelle læringen og relevante teorier som danner grunnlaget for forståelsen av denne og sentrale innholdselementer – som veiledning og supervisjon i spesialistutdanningen.

## Spesialistutdanning i et læringsteoretisk perspektiv – fra mesterlære til situasjonsbasert læring

Før Flexner utarbeidet sin rapport om tilstanden til de medisinske utdanningene, ble det i liten grad stilt krav til spesialistene eller seniordoktorene om kvaliteten på arbeidet som ble utført fra profesjonens side, til tross for at denne kunne være diskutabel (Dornan 2012). Flexner-rapporten satte standarden for den medisinske utdanningen i mange land. Et resultat av dette var at de medisinske fakultetene fikk mer innflytelse på medisinerutdanningen. En annen effekt var at den pedagogiske standarden steg. Det kom nye metoder for undervisning som for eksempel simulering, nye måter å vurdere på og ny form for kompetanseutvikling. Lærerne som underviste var nå akademiske utøvere, men tradisjonen med læring på arbeidsplassen vedvarte og er fortsatt viktig i dag nettopp fordi praksis må læres ved å praktisere.

Vitenskap ble et viktig grunnlag for medisinsk praksis. Denne utviklingen førte til en oppfatning om at kunnskap måtte læres før man kunne praktisere, noe som fikk stor betydning for utviklingen av medisinsk utdanning. Mann (2011) framhever tre forhold på 1900-tallet som fikk stor betydning for det pedagogiske grunnlaget i medisinsk utdanning. Det ene er *endring i tenkemåte* der et skifte fra en objektiv måte å observere verden på til konstruktivisme, som handler om hvordan kunnskapen blir oppfattet og konstruert av den som lærer. Det andre er en *endring i den medisinske diskurs* i utdanningen som førte til et filosofisk og teoretisk skifte. De som lærte var ikke lenger passive mottakere, men aktive kunnskapsbyggere. Det tredje er en *endring i synet på medisinsk utdanning* som førte til at det ble stilt større formelle krav til læringen, og hva effektiv læringspraksis skulle inneholde.

Læring kan beskrives som en psykologisk og sosial prosess der det først og fremst er det enkelte individet som lærer (Lycke, Handal og Lauvås 2005). Den som lærer utvikler her ny kunnskap, nye ferdigheter, holdninger, kompetanse og kvalifikasjoner. Individet lærer på den ene siden noe helt nytt, men kan samtidig oppleve at det som er lært tidligere endres.

Undervisning er først og fremst en pedagogisk og sosial prosess som omfatter minst to og gjerne flere personer. Undervisning er kjennetegnet ved at den ene parten eller læreren har et større ansvar for planlegging og tilrettelegging av læring. Dette ansvaret handler om å skape optimale læringsbetingelser, noe som innebærer å ta forskjeller i betraktning under planlegging av undervisningen, og at det gis muligheter for ulik tilpasning til ulike deltakere.

Den tradisjonelle forståelsen av læring som fenomen ble utfordret på 1980-tallet (Akre og Ludvigsen 1999). Den ble kritisert for å ta for lite hensyn til miljøpåvirkninger, og ha for mye fokus på individet. Bakgrunnen for kritikken var oppfatningen om at yrkeskunnskap på et fagområde bygget på taus, pragmatisk og lokal kunnskap. I nyere tid har sosiologiske og antropologiske perspektiver fått større innpass i den medisinske pedagogikken (Mann 2011). Dette henger sammen med en dreining mot sosiologiske og antropologiske perspektiver i den medisinske profesjonen generelt (Al-Rubaish 2010). Det biomedisinske perspektivet har på flere områder måttet vike til fordel for et større helhetlig perspektiv på pasienten. Dette inkluderer perspektiver som altruisme, respekt og menneskelige egenskaper – som empati, ærlighet, integritet, etiske og moralske verdier – tillit til profesjonen og samfunnet, kommunikasjon og samarbeid. Dette er perspektiver som ser på læring som en sosial og kollektiv prosess som inkluderer innflytelsen og interaksjonen som læringsmiljøet kjennetegnes av, og individene som lærer deltar aktivt innenfor miljøet (Mann 2011).

Innen medisinsk spesialistutdanning har det skjedd en endring fra den opprinnelige tradisjonelle mester-svennlæringen, der leger i spesialisering lærte av en mer erfaren spesialist til praksisfellesskap og situasjonsbasert læring (Akre 2003; Sheenan 2010). Begrepet mesterlære har i mange århundrer vært forbundet med det å stå i lære hos en mester (Nielsen og Kvale 1999), der eleven ble innført i et håndverk og yrke, med dets sett av ferdigheter og verdier. Senere, i det tjuende århundret, har omfattende skoleforskning bidratt til at mesterlære ble erstattet med formell undervisning. Til tross for dette, har det i de siste ti årene vært en økende interesse for mesterlære. Eksempler på dette finnes ifølge Nielsen og Kvale (1999), i antropologiske undersøkelser av læring som sosial praksis, filosofiske analyser av ferdighetstrening og taus kunnskap.

Situasjonsbasert læring tilhører en sosiokulturell forståelse, der læring er uløselig knyttet til konteksten den foregår i, og sosiale relasjoner og praksiser som foregår her (Mann 2011). Læring blir beskrevet som en transformasjonsprosess som forekommer gjennom deltakelse i et fellesskap. Mye av bakgrunnen for dette er å finne i Lave og Wengers (2003) studier og utvikling av teori om situasjonsbasert læring på begynnelsen av nittitallet. Et bakenforliggende motiv for denne forskningen var en antakelse om at mesterlære i sosial praksis var i ferd med å miste sin verdi som læringsform. Basert på etnologiske studier av skredderlærlinger i Liberia utviklet forskerne en ny teori der læring ble sett på som et spørsmål om innholdsmessige og identitetsskapende transformasjonsprosjekter (Lave 1999;

Lave og Wenger 2003). Læringen forekommer gjennom skiftende partiell deltakelse innenfor den sosiale praksis. Disse studiene var viktige fordi de utfordret det læringsteoretiske aspektet som var typisk for dualistiske læringsteorier der det var en utbredt oppfatning at mesterlære bare reproduserte eksisterende praksis i snever og bokstavelig forstand. Studien viste at skredderlærlingene lærte mye mer enn «produksjonsmålet», i den mekaniske prosessen (Lave 1999). Som følge av dette lærte de også å skape seg en tilværelse i form av inntekt, produsere klær samt oppnå den respekt som var naturlig for en mester i sitt fag.

Ifølge Lave (1999) bryter mester-svenn med den klassiske distinksjonen mellom det å lære og det å gjøre, mellom utdanning og yrke. Lave og Wenger (2003) trekker fram betydningen av deltakelse i praksisfelleskap. Fokuset på spesialistene som eksperter erstattes av prosesser der kunnskap overføres fra den mer erfarne til den mindre erfarne (Akre, 2003). Lave og Wenger (2003) introduserte begrepet *legitim perifer deltakelse* som et analytisk perspektiv på læring og beskriver her sentrale aspekter ved læreprosessen. Begrepet er en rammeteori som samler ulike teorier om situasjonsvirksomhet og teorier om produksjon og reproduksjon, og henspiller på individet som et handlende menneske i interaksjon med omverdenen. Forskerne skiller mellom læring og intendert undervisning, der læring beskrives som en samling av relasjoner som utvikles og fornyes konstant. Samarbeid og fellesskap kan være nyttig for å skaffe seg innsikt i kunnskapen eller løse et problem. Individet er her et handlende menneske i interaksjon med omverden og beveger seg fra *legitim perifer deltakelse* til full deltakelse i det fellesskapet det deltar i (Lave og Wenger 2003). For å forstå læringsprosessene i et situasjonsperspektiv, må alle de menneskelige, kliniske og organisatoriske forhold som læringssituasjonen inneholder, inkluderes (Akre og Ludvigsen 1997). Læring skjer ikke gjennom isolerte hendelser, men gjennom mange forskjellige hendelser som inngår i et forløp.

Det er flere typer av mesterlære på mange forskjellige områder. Nielsen og Kvale (1999) trekker frem fire hovedtrekk ved mesterlære, og ulike teoretiske betraktninger danner grunnlaget for hver av disse retningene. Det første er praksisfelleskap der mesterlære finner sted i en sosial organisasjon. Den framstår i tradisjonell form som et faglig fellesskap i håndverksproduksjon. Spesialistutdanningen av leger foregår på en arbeidsplass hvor det skal produseres effektive helsetjenester samtidig som opplæring av nye spesialister foregår. Arbeidsplassen kan sees på som et identitetsskapende prosjekt der legen i spesialisering også lærer noe om kulturen, rollefordeling og rutiner på arbeidsplassen. Dette vil jeg redegjøre nærmere for i neste avsnitt om sykehus som læringsarena.

Det andre hovedtrekket er tilegnelse av faglig identitet (Nielsen og Kvale 1999). Her sees innlæringen av fagets mange ferdigheter som trinnvise steg på veien til å beherske faget. Den individuelle læringen kan beskrives som en utvikling fra novise til ekspert (Dreyfus og Dreyfus 1999). Denne utviklingen er avgjørende for å oppnå en faglig identitet hos lærlingen. Det tredje er læring gjennom handling (Nielsen og Kvale 1999). Schön (1987) forklarer en læringsmodell influert av Deweys begrep om "learning by doing", hvordan handlingene og refleksjonene integreres i det han forklarer som *professional artistry*. Her innebærer mesterlære en kompleks og differensiert struktur der lærlingen observerer og imiterer arbeidet som mesteren, fagarbeidere eller andre lærlinger utfører. Den individuelle læringen og utviklingen av ferdigheter og kompetanse beskrives nærmere etterhvert i denne framstillingen. Det fjerde er evaluering gjennom praksis (Nielsen og Kvale 1999). Dette innebærer å prøve ut ferdigheter og motta tilbakemelding fra hvordan produktene fungerer og kundenes reaksjoner. Evalueringen finner hovedsakelig sted i utprøvelsen av dette i arbeidssituasjonen. Veiledning og supervisjon er viktige elementer her. Gjennom veiledning og supervisjon underveis i spesialiseringsløpet, gis legen mulighet til å stille spørsmål og få tilbakemelding fra veileder om instruksjonene har vært gode nok, hvordan utdanningen fungerer og andre relevante temaer som er viktig i arbeidshverdagen.

### **Sykehus som læringsarena – kunnskapsnettverk og deltakerbaner**

Et av kjennetegnene for medisinsk praksis i sykehus er et kunnskapsnettverk mellom legene og andre faggrupper (Akre 2003). Akre og Ludvigsen (1999) trekker særlig fram to typer praksisfellesskap i sykehus. Det *totale praksisfellesskapet* er kjennetegnet av et samarbeid mellom leger i forskjellige spesialiteter, sykepleiere og andre helsearbeidere om produksjon av helsetjenester. Samtidig eksisterer det også et *profesjonelt fellesskap* mellom legene som yrkesgruppe. Legen utvikler sine ferdigheter og yrkesidentitet gjennom deltakelse i praksisfellesskapet der læring innenfor medisinsk praksis kan beskrives som en bevegelse fra legitim perifer deltakelse til full deltakelse i praksisfellesskapet. Dornan (2012) framhever verdien av deltakelse i arbeidet for identiteten hos studentene, der utvikling av identitet på den ene siden er avhengig av å kunne delta i arbeidet samtidig som identiteten skapes eller utvikles gjennom læring.

Innenfor et læringsteoretisk perspektiv er prosessen som skjer i individet under læring av flere forskere blitt beskrevet som deltakerbane eller læringsbane (Dreier 1999; Lave 1999; Lave og Wenger 2003). Vi kan skille mellom institusjonell og personlig deltakerbane (Dreier 1999).



Institusjonelle deltakerbaner bærer ofte preg av å være samfunnsmessige tilrettelagte opplegg og kjennetegnes av at de er lagt opp på bestemte måter som ulike deltakere skal igjennom i praksis. Eksempler på slike institusjonelle opplegg kan være skifte av avdeling, endring av posisjoner og måter å delta på underveis. Hver deltaker realiserer sin personlige deltakerbane innenfor rammen av det samfunnsmessig tilrettelagte og utformer sitt livsløp og deltakelse i en bestemt sammensetning av muligheter og betydninger på tvers av handlekontekster. Læring kan her forstås som en helt vanlig hendelse i hverdagen, men også som en mangfoldig prosess, der innhold, betydning, motiver og forløpsformer kan foregå på tvers av ulike kontekster. Læring utgjør her forskjellige sider av forskjellige praksiser.

I et profesjonsteoretisk perspektiv kommer Grimens (2008) antakelse om at profesjoners kunnskapsbase er heterogene, i stor grad til uttrykk ved at flere faggrupper må jobbe sammen for å løse kliniske problemer. Eksempler kan være legen som må innhente prøvesvar fra bioingeniøren eller snakke med sosionomen for å få bedre innsikt i pasientens totale situasjon. Lave og Wenger (2003) bruker begrepet *periferitet* og beskriver dette som individets mangfoldige, forskjellige, mer eller mindre engasjerende og omfattende måter å være plassert i den sosiale verden på. Denne teorien tar utgangspunkt i læring som en dimensjon ved sosial praksis. Grimens teori beskriver kunnskapsgrunnlaget i denne dimensjonen. Arenaen dette foregår på, er praksisfellesskapet og individene som handler innenfor dette, enten det er det profesjonelle eller totale praksisfellesskapet der hver profesjon samhandler innenfor sine jurisdiksjoner. Hvordan læringen bør foregå og metoder som blir brukt i undervisningen av leger i spesialisering, er nedfelt i bestemmelsene for spesialistutdanningen av leger og i målbeskrivelsene for de ulike spesialitetene. Disse legger dermed føringer for hvordan den individuelle læringen bør foregå innenfor hver spesialitet

### **Individuell læring – utvikling av ferdigheter og kompetanse**

Som nevnt i avsnittet om kunnskapens grunnlag og konsistens, krever den medisinske profesjonen et sett av kunnskap og tekniske ferdigheter. Disse elementene gir profesjonell kompetanse. Det er logisk å anta at de vil bli bedre spesialister dess mer kunnskap legene erverver seg, og bedre ferdigheter de oppnår i den praktiske utøvelsen av faget. Innlæringen av ferdigheter kan beskrives på ulike måter. De to modellene nedenfor tar utgangspunkt i den individuelle prosessen som skjer hos individet som lærer. Den første modellen utviklet av Dreyfus og Dreyfus (1999) beskriver innlæring av ferdigheter som en kronologisk prosess, der hvert steg i innlæringen må mestres for at videre utvikling kan forekomme. Den andre

modellen utviklet av Schön (1987) beskriver en mer dynamisk prosess, der individet interagerer med omgivelsene, og innlæringen ikke nødvendigvis trenger å følge en fast prosedyre. Dette gir også rom for en tolkning om at innlæring i større grad kan tilpasses til det enkelte individet som lærer.

Dreyfus og Dreyfus (1999) beskriver en modell for innlæring av ferdigheter, der individet som lærer beveger seg gjennom fem stadier, fra novise, som er nybegynner, til ekspert, som er dyktig utøver. Underveis i stadiene vil læring av regler og fakta etterhvert bli så godt utviklet at de blir ubevisste, og individet oppnår da det siste stadiet som er ekspert. Ifølge tradisjonell kartesiansk filosofi, var oppfatningen at hver gang en ekspert handler, vil det danne seg riktige symbolske representasjoner av det som skal læres. Dreyfus-modellen er utviklet på basis av den samme oppfatningen, men hevder at når vi er blitt ekspert i en ferdighet, kreves det ikke noen bevisst eller ubevisst etterlevelse av regler for å handle. Vi trenger heller ikke å ha representasjon av målet i tankene fordi kroppen vår reagerer automatisk på situasjonens krav.

Det første stadiet *novise*, kjennetegnes av at nybegynneren introduseres for en oppgavesituasjon (Dreyfus og Dreyfus 1999). Situasjonen er kontekstfri, og begynneren får et sett av regler å forholde seg til og må bestemme sine handlinger ut fra dette. Det andre stadiet er viderekommen begynner. Her har novisen fått mer erfaring, og læreren gir flere eksempler som fører til at eleven gjenkjenner de nye trekkene på bakgrunn av det han tidligere har lært. Det tredje stadiet er kompetanse. Et kjennetegn her er større erfaring og mestring som en følge av overbelastning av mulige relevante elementer, noe som kan gjøre det vanskelig å få noen fornemmelse av hva som er viktig i gitte situasjoner. Under en operasjon kan det være flere faktorer som kan bidra til å komplisere forløpet. Det kan for eksempel oppstå en blødning som står i fare for å komme ut av kontroll. Praktiske prosedyrer er nyttige å kunne her. Gjennom undervisning og erfaring lærer eleven å lage en plan og velge de perspektivene som skal være med på å bestemme hva som skal vektlegges eller oversees i situasjoner.

Det fjerde stadiet er dyktighet. Engasjement er her et nøkkelord for videre utvikling. Hvis en utøver gjennomfører en ferdighet med engasjement, vil både de negative og positive erfaringene forsterke vellykkede reaksjoner og svekke mislykkede. Utøveren blir i stand til «å se» hurtig hva som må gjøres, i stedet for å vurdere mellom hvilke alternativer som skal velges. Det femte stadiet er ekspertise, og utøveren har her opparbeidet seg et stort repertoar

av diskriminasjonsevner til ulike situasjoner. Dette gjør han i stand til å vite hva som skal oppnås og hvordan han skal gjøre det. Eksperten vet for eksempel å skille mellom tilsynelatende like situasjoner som krever forskjellige handlinger.

Modellen forklarer i stor grad en teknisk beskrivelse av prosessen som skjer i individet ved innlæring av en ferdighet. Den trinnvise beskrivelsen av læringsutviklingen kan tolkes som at det eksisterer liten dynamikk mellom stadiene i modellen. Modellen er blitt kritisert for å være for ensidig og rasjonalistisk og at den tar for lite hensyn til profesjonsutøvernes historiske og kulturelle kontekst (Lahn og Jensen 2008). Schön (1987) introduserer en mer dynamisk modell. Han bruker begrepet *Professional artistry* for å forklare individuell kompetanse. Denne kompetansen består av vår egen unike evne til å løse en gitt oppgave i en situasjon. Slik kompetanse skiller seg fra det vi lærer ved at den ikke nødvendigvis følger en fast prosedyre, men mer at vi gjør bruk av erfaringer basert på den aktuelle kunnskapen som vi har fra før.

Denne modellen er ikke avhengig av vår evne til å beskrive det vi vet, heller ikke forklare refleksjonene bak våre handlinger (Schön 1987). Denne forståelsen av kompetanse er influert av Michael Polanyis (1966) forklaring på fenomenet taus kunnskap. Han forklarte dette med at vi vet mer enn vi kan beskrive. Eksempler som kan trekkes fram er hvordan vi umiddelbart kan gjenkjenne et ansikt, uten at vi nødvendigvis kan gjøre rede for hvordan og hvorfor vi gjør dette. En god spesialist kan være i stand til å gjenkjenne en bestemt sykdom med en gang pasienten kommer inn til konsultasjon, og prosessen kjennetegnes av at det skjer umiddelbart. Senere når spesialisten undersøker pasienten med tanke på diagnosekriterier og finner ut at det stemmer, kan det likevel være vanskelig å forklare akkurat hva som trigget den umiddelbare vurderingen. *Professional artistry* kan også representere et spesielt talent, eller en spesiell evne hos enkelte personer som ikke nødvendigvis lar seg beskrive eller overføre.

Når vi har lært å gjøre noe uten å tenke over hvordan vi gjør det, har vi oppnådd fenomenet Schön (1987) kaller *knowing-in-action*. Det oppstår imidlertid en utfordring dersom våre ferdigheter utfordres eller fører oss inn i uventede situasjoner, som for eksempel ved at en vanlig prosedyre får et uvanlig forløp eller uventet resultat som ikke svarer til forventningene vi hadde i forkant. Denne kan møtes gjennom refleksjon på flere måter. Vi kan tenke gjennom hvordan vi ved å løse en oppgave, oppnådde et uventet resultat. Vi kan også stoppe opp midt i handlingen og tenke oss om. Denne tenkningen bidrar til å skjerpe utførelsen av arbeidet vi

gjør, når vi gjør det. Schön snakker her om *reflection-in-action*. Denne tankegangen går ut på at vi reflekterer over handlingen og de utfordringer som oppstår mens vi utfører den.

Disse situasjonene er kjennetegnet ved at vi bruker strategier for videre utførelser. Under operasjoner kan det for eksempel være aktuelt å ta i bruk visse prosedyrer for å korrigere eventuelle feil. Refleksjon i praksis blir da den primære ressurs for utvikling av yrkeskunnskap (Akre og Ludvigsen 1999). Både den kunnskapen vi har fra før, og den vi tilegner oss med erfaringer, «forenes» gjennom det fenomenet at vi umiddelbart gjenkjenner noe (Schön 1987). I begge disse modellene er det det lærende individ som står i fokus (Lahn og Jensen 2008). Forskjellene mellom dem kan illustreres ved et tenkt eksempel der en operasjon utføres av to kirurger i samme spesialitet. Det oppstår plutselig en uventet hendelse, men kirurgene håndterer situasjonen ulikt. Den ene responderer ved å sjekke operasjonsprotokollen eller prosedyren for å finne ut av hva som er galt, gjør noen avveininger, får kontroll på situasjonen og opererer deretter videre. Den andre stopper opp et kort øyeblikk, gjør en rask vurdering før han opererer videre. Begge situasjonene ender godt, men på ulike måter.

I disse eksemplene ville begge ferdighetsmodellene være dekkende for å beskrive hvilket nivå kirurgene var på teknisk sett. Men Schöns modell ville i større grad kunne beskrive de kognitive prosessene som foregår, spesielt hos den andre kirurgen som ikke benyttet seg av prosedyreliste eller operasjonsprotokoll for å sjekke status. Dette eksemplet viste at kognitive prosesser kanskje spilte en større rolle og at «taus kunnskap» ble benyttet. Det er også nærliggende å tenke at Dreyfus-modellen bedre beskriver det nøyaktige ferdighetsnivået til den første kirurgen enn det Schöns modell gjør. Dette viser ikke nødvendigvis at modellene utelukker hverandre, men at de på hver sin måte beskriver prosesser som til sammen utfyller hverandre. Kunnskap, tilegnelse av ferdigheter er sentralt hos det lærende individet i praksisfellesskapet, og ulike læremetoder brukes i utviklingen. De mest grunnleggende læremetodene for leger i spesialisering er veiledning og supervisjon av spesialister i praksisfellesskapet. Hva dette innebærer og hvordan dette bør praktiseres i henhold til teorien beskrives nærmere i neste avsnitt.

## Veiledning med leger i spesialisering

Spesialitetsrådet innførte i 1988 veiledning i form av planlagte veiledningssamtaler, med egen oppnevnt veileder for leger i spesialisering (Lycke, Handal og Lauvås 2005). Denne bestemmelsen forutsetter at veiledningen skal være en formalisert del av spesialistutdanningen, og det stilles krav til dens form og innhold. Det forventes at veiledning blir gjennomført som systematiske og planlagte veiledningssamtaler over tid. Veiledningen er preget av at spesialistutdanningen, både omfatter læring gjennom deltakelse i arbeidsfellesskapet og systematiserte utdanningstiltak som for eksempel bestemmelser for spesialistutdanningen. Veiledningen i spesialistutdanningen kan foregå på flere måter. Lycke, Handal og Lauvås (2005) gjør rede for flere kategorier. Dette er *veiledning som terapi*, *veiledning som refleksjon over handling* og *veiledning som instruksjon eller supervisjon*. *Veiledning som terapi* beskriver en tankegang om at terapeuten under behandling behandler en «skade» eller feilutvikling hos den som trenger behandling. I utdanningssammenheng forholder veilederen seg til «friske» personer og bistår personene som veiledes i helt normale læringssituasjoner. Samtale er sentral innenfor denne type veiledning og brukes som et hjelpemiddel, der den som blir veiledet gis mulighet til å sette ord på sine planer, opplevelser, tanker og følelser. Denne formen for veiledning er sentral innenfor de psykiatriske spesialitetene.

I Norden ble begrepet *veiledning som refleksjon over handling* introdusert på 1980-tallet (Lycke, Lauvås og Handal 2011). I dag er slik veiledning med fokus på reflekterende samtale etter hvert blitt vanlig og er knyttet til en tanke om bevisstgjøring av praksisteori og utfordring av den. Gjennom denne tradisjonen ble taus kunnskap innlemmet i dagligspråket i utdanningssektoren. Det har i de senere år skjedd en revitalisering av modellen, spesielt i forhold til å tilegne seg yrkeskunnskap og her beskrives to tradisjoner (Lycke, Handal og Lauvås 2005). Det ene er planlagte veiledningsmøter, der oppnevnt veileder og lege i spesialisering, treffes regelmessig for å snakke sammen om sider ved utdanningen og yrkessituasjoner de vanligvis kommer opp i. Det settes av tid til disse samtalene og temaet er ofte gitt på forhånd. Den andre tradisjonen beskrives som Ad-hoc veiledning, som forekommer i situasjoner der en lege i spesialisering oppsøker en kollega for å få råd eller veiledning i en situasjon han eller hun står overfor. Dette trenger ikke nødvendigvis å være den oppnevnte veilederen, men kan like gjerne være en mer erfaren kollega eller en som er lett tilgjengelig der og da.

*Veiledning som instruksjon* eller supervisjon, som det også kalles, karakteriseres av den daglige en-til-en situasjonen i læring mellom en lege i spesialisering og en spesialist (Lycke, Lauvås og Handal 2011). Kilminster og Jolly (2000) foreslår følgende definisjon av supervisjon:

*«the provision of monitoring, guidance and feedback on matters of personal, professional and educational development in the context of the doctor's care of patients. This would include the ability to anticipate a doctor's strengths and weaknesses in particular clinical situations in order to maximize patient safety»*  
(s.828).

Supervisjon kjennetegnes av situasjoner der legen i spesialisering gjerne ønsker å diskutere et problem, eller står overfor en situasjon eller en prosedyre hvor de mottar råd eller instruksjoner fra spesialisten på hvordan den skal gjennomføres (Lycke, Lauvås og Handal 2011). I motsetning til veiledning som reflekterende læring, hvor det avsettes tid til å snakke om ulike sider ved spesialistutdanningen, preges supervisjon mer av mesterlærens veiledningsmodell. Supervisjon og faglig veiledning er i dag sentrale innholdselementer i spesialistutdanningen for leger i den vestlige verden (Sheenan 2010). Likheten mellom hvordan dette praktiseres i de ulike landene, er derfor store nok til at det kan trekkes paralleller og erfaringer fra forskning og internasjonale data på området.

For at supervisjonen skal være effektiv, må den som gir supervisjon (spesialisten) gi et ansvar for pasientbehandling, muligheter til å utføre prosedyrer og vurdering av pasienter, rettleiding og konstruktiv tilbakemelding til den som mottar supervisjon (legen i spesialisering) (Kilminster og Jolly 2000). Dette er noen av de viktigste formålene med supervisjonen. Spesialistene som skal gi supervisjon til leger i spesialisering, er også viktige i produksjonen av gode effektive helsetjenester, og denne dobbeltrollen medfører at det i noen tilfeller må gjøres avveininger som går på bekostning av tiden de bruker på supervisjonen og veiledning med leger i spesialisering. Jeg vil i neste del drøfte hvordan utdanningen av leger i spesialisering påvirkes av dette.

## Spesialistutdanning av leger – mellom produksjon av helsetjenester og reproduksjon av spesialister

Det meste av spesialistutdanningen for leger i Norge foregår, i motsetning til grunnutdanningen i medisin på en arbeidsplass, i den offentlige helsetjenesten (Lycke, Handal og Lauvås 2005; Haave 2011). Arbeidsplassen gir mange muligheter som samsvarer med den virkeligheten legene skal praktisere i etter hvert (Dornan 2012). I studier av læring på arbeidsplasser har det å delta vist seg å ha en sentral verdi for identitetsutviklingen hos den som lærer, og læringen som foregår, er en sentral del av identitetsutviklingen. Selv om læring på arbeidsplassen gir mange muligheter, medfører den at det skapes et spenningsforhold mellom de krav som stilles til produksjon av tjenester og det å få jobben gjort.

Som Dornan uttrykker det; *That tension is responsible for both the greatest successes and the greatest failings of workplace learnings* (2012:21). Læringen foregår gjennom deltakelse på en arena, der samhandling mellom de som lærer, kolleger, mer erfarne utøvere, annet helsepersonell og pasienter, er nødvendig. På den andre siden er sykehusene i større grad enn tidligere blitt mer servicefokustert og mest mulig helse for pengene har vært et gjennomgående mantra de siste årene i den vestlige verden (Sheenan 2010). Kravet om å levere servicetjenester har i mange tilfeller overskygget mulighetene til å praktisere og truer ansvarlig pasientbehandling. Dette skaper noen utfordringer, men spørsmålet er om det påvirker utdanningen for leger i spesialisering – og i så fall på hvilken måte?

I en studie av *legitim perifer deltakelse* og praksisfellesskap fra industrien, fant forskerne at måten arbeidet og produksjonen er organisert på hadde innvirkning på deltakelsen og læringen som foregikk (Fuller m.fl 2005). Tre forskjellige kasus ble studert og disse viste at deltakerne forpliktet seg ulikt, og at deltakelse i seg selv kunne være kilde til konflikt. Organisasjonsstrukturen og maktrelasjoner internt i praksisfellesskapet var av sentral betydning. Dette avdekket noen svakheter ved Lave og Wengers (2003) teori om læring som legitim perifer deltakelse i praksisfellesskap. For det første mente forskerne at begrepet legitim perifer deltakelse ikke nødvendigvis var dekkende nok for å beskrive læring på alle arbeidsplasser. Læring er ikke nødvendigvis noe som begrenser seg bare til individet som skal oppnå full deltakelse, men foregår også etter at full deltakelse er oppnådd.

Fuller m.fl (2005) mente også at Lave og Wenger undervurderte betydningen av undervisning, både på og utenfor arbeidsplassen. I tillegg kritiseres de for å ha et for snevert

syn på det individet bringer med seg inn i praksisfellesskapet, og at de i for stor grad ser på individene som trer inn i praksisfellesskapet som «tabula rasa». Dette fører til at de også overser virkningen individet kan ha på praksisfellesskapet med de verdier, ferdigheter og kompetansen som det bringer med seg. Selv om studien er gjort i industrien, kan det godt tenkes at vi ville gjort liknende funn innen i legearbeid på sykehus. Hver lege i spesialisering bringer med seg ulik erfaring fra ulike avdelinger, og arbeid i team – der legene må jobbe tett sammen om å finne løsninger – er vanlig innenfor svært mange spesialiteter, og mellom spesialitetene i medisinen. Dette gjør noe med maktbalansen i fellesskapet.

### **Tverrfaglig samarbeid i praksisfellesskap – et gode eller hinder for utdanning av leger i spesialisering?**

Utdanningen av leger i spesialisering må i noen tilfeller vike til fordel for produksjonen av effektive helsetjenester. Dette bunner ikke nødvendigvis bare i en tanke om mest mulig helse for pengene, men også i premisset om at hensynet til pasienten alltid skal komme først (Mueller 2009). På læringsarenaen, som i dette tilfellet er legers praksis på sykehus og de ulike praksisfellesskapene dette innebærer, i bedrifter eller i allmennmedisinsk praksis, er den primære oppgaven behandling av pasienter (Lycke, Lauvås og Handal 2011). Leger i spesialisering sees primært på som arbeidskraft og ikke som studenter eller lærlinger. Dette kan gjøre det vanskelig å tilrettelegge for systematisk opplæring og skape effektive læringssituasjoner. Effektiv behandling (produksjon) av pasienter vil nødvendigvis ta tid fra utdanningen av legespesialister (reproduksjon). Dette skjer samtidig med at arbeidsoppgavene spesialiseres, gjennomføring av konsentrerte behandlingsformer og klare instruksjoner om hvordan pasientene skal behandles. Dette krever at leger i spesialisering får muligheten til å erverve seg et bredt erfaringsgrunnlag og anledning til å drøfte det de lærer, men dette forutsetter også at læring er godt integrert på arbeidsplassen og tilgang til de ulike arenaene der den virkelighetsnære læringen foregår.

Tverrfaglige team og samarbeid på tvers av avdelinger er i mange tilfeller en nødvendig forutsetning for arbeid i sykehus, også for leger i spesialisering er denne måten å jobbe på et beskrivende fenomen for læringsmiljøet (Janss m.fl 2012). Ofte organiseres disse teamene på ad-hoc basis og individene som samarbeider, kommer sammen for å løse en bestemt oppgave, for deretter å løses opp når oppgaven er utført. Teamarbeid har potensiale til å øke produktivitet, tilpasningsdyktighet og kreativitet, som gjør det i stand til å løse komplekse og omfattende problemer, noe det ikke ville vært mulig å få til hvis individet jobbet alene. Makt



og konflikt internt i teamet påvirker hvordan medlemmene samhandler med hverandre og dette igjen påvirker produktiviteten. De medisinske teamene er tverrfaglige i den forstand at hvert medlem har ulik bakgrunn innen kunnskap og ekspertise.

Medlemmene jobber sammen og det eksisterer et gjensidig avhengighetsforhold mellom disse, med et felles mål om å løse en gitt oppgave (Janss m.fl 2012). Tverrfaglige team kan medføre komplekse hierarkiske strukturer i teamet. En kirurg og en anestesilog kan ha et felles ansvar under behandling av en pasient, men det kan fortsatt være uklart hvem som er sjefen. Statuskonflikter kan være medvirkende til hvordan dette håndteres og løses. Det at de fleste teamene i sykehus opprettes på ad-hoc basis, bidrar til et økt arbeidspress på tid og logistikk. Arbeidsoppgavene skal løses raskt. Dette påvirker igjen logistikken i arbeidet og delegering av hvem som skal gjøre hva. Det ideelle er derfor å avklare dette med en gang under oppstart av teamarbeidet. Samtidig kan samlingen av kompetansen som teamene inneholder, også gi muligheter for økt læringspotensial. Kanskje ligger det bedre muligheter for utvikling av kunnskap, ferdigheter og kompetanse her for leger i spesialisering enn mange har vært klar over?

Et eksempel som er verdt å trekke fram i denne sammenhengen, som vi vet fungerer når det gjelder, og som erfaringene fra 22. juli viser, er traumeteamet ved Oslo universitetssykehus, organisert ved det tidligere Ullevål universitetssykehus. Kompetansen var bygget opp over flere år, på tvers av spesialiteter, profesjoner og fag (Sundar 2002). Det er et vaktteam på 10-15 personer i beredskap til enhver tid og lederen skal være en erfaren kirurg. Arbeidet er preget av at hvert teammedlem har faste oppgaver, og lederen er koordinatoren som samordner og driver behandlingen framover. Av 31 hardt skadde som fikk behandling overlevde 30 (Westerweld 2012). Det hadde kanskje vært mer naturlig å rette blikket mot organiseringen som noe å lære av og overføre i andre sammenhenger i stedet for å organisere vekk, som vi kan få inntrykk av skjer gjennom mediedebatten (Grimsgaard 2012; Slagstad 2012). For leger i spesialisering kan nettopp arbeid i disse teamene utgjøre et stort læringspotensiale fordi dette er den virkeligheten de skal praktisere i som ferdige spesialister og dermed en mulighet til å bli «*the greatest successes of workplace learnings*» (Dornan 2012:21). Dette forutsetter imidlertid at det ledes av en erfaren spesialist og at det settes av tid for opplæring og instruksjoner underveis, og tid blir nettopp her en ressursfaktor.

Internasjonale studier har avdekket mangel på tid i utdanningen, mangelfulle formelle programmer, feedback og stressende arbeidsmiljø til tross for at det på slutten av nittitallet ble gjennomført strukturelle reformer med hensikt å forbedre dette (Sheenan 2010). For at supervisjonen av leger i spesialisering skal være effektiv, er det viktig at det settes av tid, men dette kan i noen tilfeller gå på bekostning av et ønske om mer effektiv arbeidsfordeling i en allerede stressende arbeidshverdag (Kilminster og Jolly 2000). Årsakene til at manglene oppstår kan for eksempel være at det under utdanningen av spesialister har vært fokusert for lite på hvordan spesialistløpet faktisk fortoner seg for en lege i spesialisering med den veiledning og supervisjonen det innebærer (Sheenan 2010). Sheenan illustrerer dette poenget med å trekke fram eksempelet fra en rapport som ble publisert av helsemyndighetene i Storbritannia “ Tomorrows Doctors “ (GMC, 2003). Her blir forslag til hvordan klassebasert læring og problembasert læring (PBL) skulle bedrives beskrevet. Det var imidlertid ingen konkrete forslag til hvordan man skulle integrere læring på arbeidsplassen eller noen alternativer til spesialistlæringen i tradisjonell form.

Det kan derfor stilles spørsmål om modellen for læring i for stor grad blir behandlet som en selvfølgelig komponent i medisinsk utdanning og at dette har bidratt til hvordan denne skal foregå og hva innholdet skal være, ikke er godt nok definert (Sheenan 2010). I Norge er de konkrete målbeskrivelsene som er utarbeidet for spesialitetene et nyttig utgangspunkt for hva som forventes av en lege som skal spesialisere seg i faget. Dette er først og fremst anbefalinger fra Legeforeningens side og ikke formaliserte krav. De generelle bestemmelsene for spesialistutdanningen er derimot, formaliserte krav fra de ansvarlige myndighetenes side, men ingen lov. Det kan derfor stilles spørsmål om kravene er konkrete nok til å få gjennomslagskraft i et styringssystem der produksjon, effektivitet og økonomi har vel så stor betydning for måling av resultater. Dette kan for eksempel påvirke adgangen til læresituasjoner for leger i spesialisering, der mangel på kapasitet bidrar til at utdanningen av nye legespesialister i noen tilfeller må vike for produksjonen. Disse utfordringene utdypes nærmere i neste avsnitt.

## Adgang til læresituasjoner

En av utfordringene innenfor spesialistutdanningen, som også er blitt omtalt i litteraturen (Akre og Ludvigsen 1999), kan være adgang til læringsituasjoner. Dette kan bero på flere faktorer. De formelle organisatoriske forholdene skal gi leger samme adgang på et gitt nivå. Dette kommer til uttrykk i legenes tjenesteplaner og vaktordninger. Ytre rammebetingelser som for eksempel sykehusets arkitektur, avstander og seksjonsinndeling, kan imidlertid være med på å påvirke læringsmiljøet. Mangel på kapasitet kan være en svakhet ved norske sykehus (Evensen 1996). Dette kommer til uttrykk i lange ventelister hos en del diagnosegrupper, spesielt i forbindelse med planlagte operasjoner. Arbeid på sykehus blir erfart som mer stressende til tross for en rekke omorganiseringer de siste årene med ønske om å forbedre effektiviteten (Sheenan 2010). I dag ser vi at økende spesialisering har ført til at flere avdelinger ved de større sykehusene er delt opp i seksjoner. Dette har på den ene siden gjort det mulig å utvikle faglig spisskompetanse innenfor grenspesialitetene, men kan på den andre siden ha vært en ulempe for den generelle medisinen. Økt seksjonering har delt sykdomspanoramaet inn i organbåser, og konsekvensene av dette er at det kan være vanskeligere å opprettholde et helhetsperspektiv på pasienten.

Både over- og underordnede leger har i tidligere undersøkelser påpekt at det var uheldig at pasienter de hadde tatt i mot på vakt havnet på andre seksjoner enn den de var tilknyttet (Akre og Ludvigsen 1999). Følgen av dette er at leger i spesialisering går glipp av det læringspotensialet som ligger i å kunne følge pasienten gjennom hele sykdomsforløpet, fra innleggelse via mulige diagnoser, undersøkelser og resultater av disse, behandlingmessige avgjørelser og utskrivelse (Ludvigsen 1998, i Akre og Ludvigsen 1999). Kompetanseutviklingen i de mer spesialiserte avdelingene kan stå i fare for å bli for personavhengig, mens det i den generelle medisinen vil være flere kapasiteter å spille på, og tilgangen til enkle prosedyrer som er egnet for uerfarne, antas å være lettere. Fordi det kan være tidkrevende å lære opp uerfarne, blir nytteverdien ofte målt opp mot belastningen. Tiden leger i spesialisering har til rådighet ved ulike seksjoner kan derfor bidra til å regulere adgangen. I en studie der 20 leger på et større norsk sykehus ble intervjuet, 11 av disse på indremedisinsk avdeling og ni på kirurgisk avdeling, kom det blant annet fram at nytteverdien ble målt opp mot ressurser, og at nytteverdien måtte være stor dersom ekspertene skulle investere i opplæring (Akre og Ludvigsen 1999).

Legerollen har også endret seg over tid (Evensen 1996). Økt bevissthet rundt egen helse hos pasientene har medvirket til at leger har måtte tilpasse seg informasjonsveksten i samfunnet i større grad, både hos pasienter, internt innen og mellom profesjonene. Legens evne til å kommunisere med pasienter har derfor blitt mer utfordret, noe som igjen har ført til at utvikling av ferdighetene er blitt mer vektlagt i grunnutdanningen. Mange vil nok hevde at legerollen har endret seg fra det opprinnelige idealet, med en dreining mot en produksjonsrolle, der organisasjonens overordnede mål om effektive helsetjenester gis prioritet (Evensen 1996). Allerede i 1985 hevdet McKinlay og Arches at legenes økende proletarisering førte til at arbeidsoppgavene i større grad er underlagt markedskreftenes kontroll over produksjon av helsetjenester (McKinlay og Arches 1985). Denne utviklingen har medført at utdanningen av leger også i større grad blir styrt av produksjonen, der man i dag ser at utførelsen av faget måles mer på effektivitet per pasient en lege behandler i et gitt tidsrom enn god medisinsk behandling.

## Avslutning

Historisk, har det ikke vært særlig tvil om legeprofesjonens nødvendighet, selv om hjelpen som tilbys har vært der hele tiden. Det var mer et spørsmål hva innholdet skulle være og hva den skulle omfatte. Mye av grunnen til dette er først og fremst at legene, i likhet med prester og jurister, var en del av opprettelsen av selve profesjonssystemet, noe som medførte at den i større grad ble gjenstand for det målet som andre profesjoner definerte seg opp mot. Legene fikk med dette større definisjonsmakt enn andre helseprofesjoner. Men legeprofesjonen har også i likhet med andre profesjoner vært gjenstand for endringer over tid. Disse endringene har vært påvirket av en samfunnsutvikling der patologisk anatomi ble det viktigste fundamentet i legevitenskapen, og det ble utviklet nye tekniske metoder for diagnostisering og behandling av sykdommer. Denne utviklingen førte til økende spesialisering blant leger og andre helseprofesjoner, og eksempler finner man ved opprettelsen av hjelpeprofesjonene som sykepleiere, fysioterapeuter og radiografer, hvis oppgaver tidligere var underlagt medisinen.

Likevel har det vært nødvendig å begrense denne spesialiseringen for å bevare generalisten, og for å sikre helsetjenester som var tilpasset Norges topografi og spredte befolkning (Haave 2011). Fokuset på en enhetlig medisin, som var et av hovedargumentene mot spesialisering for hundre år siden, synes dermed å være like aktuelt i dagens debatt og behovet for å bevare en enhetlig medisin. En lege skal gjennom sin spesialisering erverve seg nødvendig kunnskap og ferdigheter som gir kompetanse til å praktisere som spesialist. Det læringsteoretiske grunnlaget i spesialiseringen med mester-svenn læring og situasjonsbasert læring i praksisfellesskap, beskriver i stor grad hvordan god læring kan oppnås når den er lagt nær opp til virkeligheten legene skal praktisere i som ferdige spesialister.

Fordi spesialiseringen for leger foregår på en arbeidsplass, der det overordnede målet er behandling av pasienter, vil utdanningen i noen tilfeller måtte vike til fordel for effektiv behandling av pasienter. Måten utdanningen er organisert på kan derfor ha betydning for hvordan leger i spesialisering opplever at de lærer det de skal. Når produksjonen er et overordnet mål i organisasjonen hvor det skal utdannes nye spesialister, skapes det et spenningsforhold mellom produksjon av helsetjenester og reproduksjon av spesialister. Dette kan gi seg utslag i manglende tid til nødvendig opplæring, med veiledningen og supervisjonen det innebærer og adgang til læresituasjoner. Det kan stilles spørsmål her om viktige innholdselementer i utdanningen bør skjermes fra produksjonen. Svaret på dette kan kanskje

leger i spesialisering selv gi gjennom å vurdere kvaliteten og forbedringspotensialet på egen utdanning.

## Litteratur

Aasved, H. og E. Skoglund (2004). "Utviklingen av legers spesialistutdanning i Norge." Tidsskr Nor legeforen (124): 2116 -2117.

Abbott, A. (1988). The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor. Chicago and London, The University of Chicago Press.

Akre, V. (2003). Learning medical practice. Faculty of Medicine. Oslo, University of Oslo.

Akre, V. og S. R. Ludvigsen (1997). "Hvordan læres medisinsk praksis? En kvalitativ studie av legers oppfatning av egne læringsprosesser." Tidsskr Nor legeforen **19** (117): 2757 - 2761.

Akre, V. og S. R. Ludvigsen (1999). At lære medisinsk praksis. I Læring som social praksis. K. Nielsen og S. Kvale. København, Hans Reitzels forlag: 114 - 129.

Al-Rubaish, A. M. (2010). "Professionalism today." J Family Community Med. **Jan - Apr; 17** (1): 1-2.

Bovim, G. (2012). Gir ny og bedre kunnskap en ny og bedre spesialisthelsetjeneste? I Medisinsk kunnskap. Hvor kommer den fra og hva kan den brukes til? Ø. Larsen, A. Fretheim, I. F. Larsen og S. Westin (red). Oslo, Gyldendal Akademiske: 238-248.

Dorman, T. (2012). "Workplace learning." Med Educ **1**: 15-23.

Dreier, O. (1999). Læring som endring av personlig deltakelse i sosiale kontekster. I Mesterlære. Læring som sosial praksis. K. Nielsen og S. Kvale. Oslo, Ad Notam Gyldendal: 70 - 90.

Dreyfus, H. og S. Dreyfus (1999). Mesterlære og eksperters læring. I Læring som social praksis. K. Nielsen og S. Kvale. København, Hans Reitzels forlag: 54-75

Epstein, R. M. og E. M. Hundert (2002). "Defining and assessing professional competence." JAMA: The Journal of the American Medical Association **287** (2): 226-235.

Evensen, S. A. (1996). The Changing Conditions for the Hospital Physician. I The shaping of a profession. Physicians in Norway, Past and Present. Ø. Larsen og B. O. Olsen. Canton, Watson Publishing International a division of Science History Publications/USA: 411 - 420.

Fauske, H. (1991). Profesjonene - bremsekloss eller sydebukk. Oslo, FAFO.

Fauske, H. (2008). Profesjonsforskningens faser og stridsspørsmål. I Profesjonsstudier. A. Molander og L. I. Terum. Oslo, Universitetsforlaget: 13-26.

Fuller, A., H. Hodkinson, P. Hodkinson og L. Unwin (2005). "Learning as Peripheral Participation in Communities of Practice: A Reassessment of Key Concepts in Workplace Learning." British Educational Research Journal **31**(1): 49-68

Grimen, H. (2008). Profesjon og Kunnskap. I Profesjonsstudier. A. Molander og L. I. Terum. Oslo, Universitetsforlaget: 71-86

Grimsgaard, C. (2012). Om Dales takk, 22. juli og Kardemomme by-orkester. Dagens Medisin. Oslo. **24.09. 2012**

Haave, P. (2011). I Medisinens Sentrum. Den norske legeforening og spesialistregimet gjennom hundre år. Oslo, Unipub.

Haug, C. (2002). "Legekunst og ledkunst." Tidsskr Nor legeforen **122** (20): 1971.

Helsedirektoratet (2009). Generelle bestemmelser for spesialistutdanning av leger, legeforeningen.no. Hentet fra <http://legeforeningen.no/PageFiles/17581/Generelle%20bestemmelser%20for%20spesialistutdanning%20av%20leger%20.pdf>

Janss, R., S. Rispen, M. Segers og K.A. Jehn (2012). "What happening under the surface? Power, conflict and the performance of medical terms." Medical Education **46**: 838-849.

Kilminster, S. M. og B. C. Jolly (2000). "Effective supervision in clinical practice settings: a literature review." Medical Education **34**: 827-840.

Lahn, L. C. og K. Jensen (2008). Profesjon og læring. I Profesjonsstudier. A. Molander og L. I. Terum. Oslo, Universitetsforlaget: 295-304

Lave, J. (1999). Læring, mesterlære, social praksis. I Læring som social praksis. K. Nielsen og S. Kvale. København, Hans Reitzels Forlag: 35-53

Lave, J. og E. Wenger (2003). Situert læring og andre tekster. København, Hans Reitzels Forlag A/S.

Legeforeningen (2009a). Spesialistutdanningen av leger. Oslo.

Legeforeningen (2009b). "Forslag om å opprette ny spesialitet i rus og avhengighetsmedisin." hentet fra <http://legeforeningen.no/pagefiles/95914/brev%20med%20forslag%20om%20c3%a5%20opprette%20ny%20spesialitet%20i%20rus-%20og%20avhengighetsmedisin.pdf>.

Lycke, K. H., G. Handal, og P. Lauvås (2005). Veiledning med leger under utdanning. Oslo, Gyldendal Norsk forlag.

Lycke, K. H., P. Lauvås, og G. Handal (2011). Kunnskap og handling i pedagogisk veiledning. Oslo, Vigmostad & Bjørke AS.

Lynne, M. og M. D. Kirk (2007). "Professionalism in medicine: definitions and considerations for teaching." Baylor University Medical Center Proceedings **20** (1): 13-14.

Mann, K. V. (2011). "Theoretical perspectives in medical education: past experience and future possibilities." Medical Education **45**: 60 - 68

McKinlay, J. B. og J. Arches (1985). "Towards the proletarianization of physicians." International Journal of Health Services **15** (2).



Molander, A. og L. I. Terum (2008). Profesjonsstudier - en introduksjon. I Profesjonsstudier. A. Molander og L. I. Terum. Oslo, Universitetsforlaget: 13 - 27.

Mueller, P. S. (2009). "Professionalism into Medical Education: The Mayo Clinic Experience." Keio J Med **58** (3): 133-143

Nielsen, K. og S. Kvale (1999). Mesterlære som aktuell læringsform. I Læring som social praksis. K. Nielsen og S. Kvale. København, Hans Reitzels forlag: 296.

NOU (2005 : 3). Fra stykkvis til helt. En sammenhengende helsetjeneste. Helse- og omsorgsdepartementet.

Polanyi, M (1966). The tacit dimension. Chicago, The University of Chicago Press.

Schön, D. A. (1987). Educating the reflective practioner. San Francisco, Jossey-Bass Publishers.

Sheenan, D. C. (2010). Learning and Supervision in Internship. A sociocultural framework for understanding learning and supervision in medical internship. Health Science, College of Education, University of Canterbury. **Doctor of Philosophy**.

Slagstad, R. (2012). Lærdommer av 22. juli. Aftenposten. Oslo. **15.08. 2012**

St.meld nr. 30 (2011 -2012). "Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk alkohol - narkotika - doping." Oslo: Helse og Omsorgsdepartementet.

Sundar, T. (2002). "Traumatologi med tak på teamarbeid." Tidsskr Nor legeforen **29** (122): 2826-2827.

Vigeland, E. (2010). Profesjongrensener i medisinsk bildediagnostikk. *Tid for en ny arbeidsdeling?* Institutt for Helse og Samfunn, Det Medisinske Fakultet. Oslo, Universitetet i Oslo. **Masteroppgave**: 1-113.

Westerweld, J. (2012). Hadde så god kapasitet at de kunne reddet enda flere. Aftenposten. Oslo. **13.08. 2012**

Westin, S. (2012). Kunnskapens røtter og grener: Forskningstradisjoner i medisinen. I Medisinsk kunnskap. Hvor kommer den fra, og hva brukes den til? Ø. Larsen, A. Fretheim, I. F. Larsen og S. Westin (red.). Oslo, Gyldendal Akademiske: 29-63.



## Artikkel 2:

# Hvordan vurderer leger i spesialisering kvaliteten på spesialistutdanningen?

## Sammendrag

**Bakgrunn** Dagens evalueringspraksis i spesialistutdanningen som foregår i dag separat innenfor hver enkelt spesialitet, kan gi utilsiktede kvalitetsforskjeller. Det er derfor ønskelig med en mer standardisert evaluering som gjør det mulig å utvikle kvalitetsmål som er relevante for alle spesialiteter.

**Materiale og metode** Et ikke anonymt spørreskjema Nasjonal evaluering av spesialistutdanningen for leger i Norge ble sendt ut til de (N= 4 789) legene som i følge legeregisteret stod oppført i en utdanningsstilling i 2012. Utvalgte data fra dette spørreskjemaet ble benyttet. Uni- og bivariate analyser og multivariate regresjoner ble brukt i analysearbeidet.

**Resultater** Undersøkelsen viser signifikante forskjeller i positiv opplevelse av supervisjon og veiledning mellom kjønn, størrelse på helseforetak og fagområder. Undervisningen vurderes gjennomgående positivt uavhengig av kjønn, geografiske forskjeller og størrelse på helseforetak, men det var noen forskjeller mellom fagområdene. En korrelasjonsanalyse antyder sammenhenger mellom positiv opplevelse av supervisjon og adgang til læresituasjoner, og positiv opplevelse av veiledning og formelle krav og anbefalinger til veiledning, positiv opplevelse av undervisning og undervisningsdeltakelse. Den positive opplevelsen av supervisjon, veiledning og undervisning varierer gjennom utdanningsløpet innen fagområdene. Leger som må jobbe utover normert arbeidstid for å få gjennomført de praktiske prosedyrene de trenger for å få godkjent tjenesten sin, viste signifikante forskjeller mellom fagområdene.

**Fortolkning** Resultatene viser at det er et forbedrings potensiale til hvordan læremetodene praktiseres. Funnene peker på flere utfordringer som oppstår med å utdanne spesialister på en arbeidsplass, der produksjon er et overordnet mål. Disse funnene bekrefter også behovet for denne type evalueringer.

## English abstract

### The quality of post-graduate training in Norway – The doctors' own assessment

**Background** In Norway post-graduate specialist training takes place separately in each specialty, which naturally leads to a considerable variation in quality. It seems therefore reasonable in addition to perform a standardized and common evaluation relevant to all specialties.

**Material and Methods** A non-anonymous questionnaire National evaluation of specialist training for doctors in Norway was sent to the 4 789 doctors who according to the master file of The Norwegian Medical Association were listed as specialists in a training in 2012. Selected data from this questionnaire were used. Uni- and bivariate analyses were performed, as well as some multivariate regressions.

**Results** There were significant differences in the positive experience of supervision and guidance between gender, size of the hospital trust, and medical specialty. The formal educational sessions were generally perceived as positive by all groups, although there were some variation between specialties. Statistically significant correlations between positive experience of supervision and access to learning situations were found, as well as between positive experience of mentoring and formal requirements and recommendations for guidance, and positive experience of teaching and educational participation. The positive experience of supervision, guidance and education varies at different stages in the specialisation trajectory. There were also cultural differences between specialty groups in the extent of spending extra, private time on the learning and acquisition of necessary procedures.

**Conclusion** The results show that there is room for improvement in how teaching methods are practiced. The findings document the challenge of educating specialists at a workplace, where production of health care is the primary objective. It also confirms the need for this type of evaluation.

## Innledning

Leger i spesialisering skal via ulike prosedyrer tilegne seg relevant teori og praktiske ferdigheter, slik det er beskrevet i målbeskrivelsene<sup>3</sup> for de forskjellige spesialitetene (Legeforeningen 2009a; Haave 2011). Læringen foregår på arbeidsplassen, som regel i sykehusavdelinger, klinikker og poliklinikker, gjennom internundervisning, supervisjon og veiledning fra ferdige spesialister (Akre og Ludvigsen 1997; Lycke, Handal og Lauvås 2005; Lycke, Lauvås og Handal 2011). Med supervisjon menes den daglige en-til-en kontakt mellom lege i spesialisering og spesialist. Denne foregår på flere måter. Det vanligste er instruksjoner i forbindelse med gjennomgang av praktiske prosedyrer eller ad-hoc veiledning som vil si råd og instruksjoner ved behov i arbeidet. Veiledning er samtaler der det settes av tid for legen i spesialisering og spesialisten som veileder, hvor de kan drøfte ulike problemstillinger knyttet til utdanningen og arbeidsplassen der læringen foregår.

En godkjent utdanningsavdeling skal ha et utdanningsutvalg der både seniorleger og juniorleger er representert (Legeforeningen 2009a). Disse skal på vegne av avdelingsledelsen utarbeide en utdanningsplan for avdelingen med utgangspunkt i målbeskrivelsene til de ulike spesialitetene (Helsedirektoratet 2009). Utvalget skal sørge for at hver lege får oppnevnt en fast veileder, som skal være bindeleddet mellom legen i spesialisering og avdelingsledelsen. I følge de generelle bestemmelsene for spesialistutdanningen for leger, er det krav om at enhver godkjent utdanningsavdeling er forpliktet til å ha strukturert undervisning i tilknytning til klinikken, på minimum to undervisningstimer per uke.

Det forutsettes at legene tar aktivt del i denne, og deltakelse i undervisningsprogrammet er obligatorisk og skal inngå i legenes tjenesteplaner (Lycke, Handal og Lauvås 2005). Formålet med denne undervisningen er at den skal gi legen i spesialisering nødvendig teoretisk bakgrunn og bidra til faglig utvikling for alle leger på avdelingen. Legeforeningen anbefaler at utdanningsutvalget eller legen som er ansvarlig for utdanningen oppnevner en personlig veileder for legen i spesialisering senest to uker etter tiltredelse, og veiledningen bør foregå en til to ganger per måned. Tiden det tar for en lege å spesialisere seg er normert til ca. 6 år etter fullført turnustjeneste.

---

<sup>3</sup> Oversikt over målbeskrivelsene for de ulike spesialitetene finnes her: <http://legeforeningen.no/Emner/Spesialiteter/>

I denne undersøkelsen vil vi se på hvordan legene selv opplever kvaliteten i, og nytten av den spesialistutdanningen de holder på med. Forskningsspørsmålene er om legene opplever at de får den utdanningen de har krav på, og om kvaliteten på utdanningen er tilfredsstillende.

Begrepet kvalitet lar seg ikke så lett definere. En årsak kan være at det kan oppleves så omfattende og vagt at det mister mening og substans (Loughlin 1995; Grepperud 2009). I forbindelse med høyere utdanning kan kvalitet i følge Harvey og Green (1993, omtalt i Aamodt, Wiers-Jenssen og Stensaker 2012) forstås på fem ulike måter: som noe unikt og fremragende, som en bestemt standard som bør oppfylles, som et produkt eller tjeneste som har relevans, som et produkt eller tjeneste som produseres på en kostnadseffektiv måte, og som endring og utvikling. Siden leger i spesialisering er både brukere av høy utdanning og leverandører av helsetjenester, blir alle disse fem perspektivene relevante.

Halvorsen (2010) hevder at dagens evaluering av spesialistutdanningen, som foregår separat innenfor hver enkelt spesialitet, kan gi utilsiktede kvalitetsforskjeller. Det er derfor ønskelig med en standardisert evaluering. Denne spørreundersøkelsen er ment som et første skritt i retning av en slik standardisering. Vi vil søke og utvikle kvalitetsmål som er relevante for alle aktuelle spesialiteter. Dermed vil vi også kunne antyde mål som er spesifikke for enkelte spesialiteter. En ytterligere hensikt er å prøve ut et ikke-anonymt elektronisk registrerings- og evalueringverktøy der alle landets leger i spesialisering blir oppfordret til å svare på objektive spørsmål om hvordan helseforetakene oppfyller utdanningskravene, og subjektive spørsmål om hvordan spesialistutdanningen oppleves for hver enkelt. Designet på undersøkelsen er altså en brukerevaluering basert på data fra den enkelte lege i spesialisering. Denne type evalueringer er styrt av et organiserende prinsipp der brukernes mål, forventninger og behov er sentrale (Sverdrup 2002). Siden det er første gang en slik evaluering gjennomføres, vil erfaringene kunne danne grunnlag for en fremtidig og mer permanent evaluering i Legeforeningens regi.

Datainnsamlingen skjedde i mai og juni 2012, fra leger i 41 sykehusbaserte spesialiteter og grenspesialiteter. Allmenntmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin er utelatt fordi disse utdanningsløpene fortrinnsvis foregår utenfor sykehus. Legeregisteret baserer seg på at hvert medlem selv melder inn opplysninger om arbeidssted og stilling. Dette skaper en betydelig usikkerhet i utvalget, særlig fordi legene kan være ferdige med sin spesialistutdanning uten at dette har blitt registrert. Følgende kontrollspørsmål ble derfor stilt innledningsvis:

- *Er du i et utdanningsløp som lege i spesialisering (LIS-lege)?*

Å være i et utdanningsløp som lege i spesialisering er ikke det samme som å inneha en stilling som lege i spesialisering. Et utdanningsløp kan også omfatte de som har et avbrudd i spesialiseringen, for eksempel i forbindelse med svangerskap, forskning, overlegekonstitueringer, eller andre aktiviteter som medfører at utdanningen er satt på vent.

Leger i spesialisering arbeider ofte uvanlig mange timer i uken. Tradisjonelt har oppfatningen vært at de må være til stede på sykehuset hele tiden for å få med seg så mange viktige og dramatiske hendelser som mulig, kfr. den engelskspråklige betegnelsen «resident» (en som bor på stedet) for leger i spesialisering (Datta m.fl 2011; Jaques 2012). Etter at EU vedtok at arbeidstidsdirektivet med visse modifikasjoner også skulle gjelde for juniorleger, har diskusjonen gått høyt, særlig i Storbritannia, om det i det hele tatt går an tilegne seg nødvendig kunnskap og ferdigheter innenfor rammen av ordinær arbeidstid, særlig for kirurger. I Norge har den normerte arbeidstiden for leger i spesialisering alltid ligget under EUs arbeidstidsdirektiv uten at det synes å ha hatt avgjørende innvirkning på kvaliteten av spesialistutdanningen. Problemstillingen er imidlertid også aktuell her, blant annet fordi det på grunn av særlig høy legetetthet kan være vanskelig å få gjennomført alle obligatoriske prosedyrer.

## **Materiale og metode**

Datainnsamlingen foregikk med Questback som er et verktøy for gjennomføring av elektroniske undersøkelser. Et ikke anonymt elektronisk spørreskjema ble sendt via e-post til de 4 879 legene som i følge legeregisteret var i utdanningsstilling i en av de 41 aktuelle spesialitetene pr. 26. mars 2012. Første utsendelse var i midten av mai 2012 og det ble sendt fire påminnelser, den siste i slutten av juni 2012. Vi fikk svar fra 53% (2579/4879), inkludert 325 som benyttet seg av en avmeldingslink, dvs. at de ikke åpnet det elektroniske spørreskjemaet. 135 var for tiden ikke i et utdanningsløp, sannsynligvis fordi de nylig var ferdige spesialister uten at dette var blitt registrert i legeregisteret. 21 leger var i spesialisering i arbeidsmedisin, allmenntmedisin eller samfunnsmedisin. Nettoutvalget består dermed av 2098 leger som oppga at de var i et utdanningsløp som lege i en av de 41 aktuelle spesialitetene. Dette er 43 % (2098/4879) av det opprinnelige uttrekket, men sannsynligvis en betydelig høyere prosent av de som var i et aktuelt utdanningsløp.

## Gruppering av respondentene

For at antall fagområder skal bli håndterlig er alle de 41 spesialitetene samlet i fire hovedområder, de samme som Legeforeningen opererer med i andre sammenhenger (tabell 1):

**Tabell 1**

<b>Kirurgiske fag:</b>	<b>Indremedisinske fag:</b>	<b>Medisinske servicefag:</b>	<b>Psykiatriske fag:</b>
Generell kirurgi	Indremedisin	Anestesiologi	Psykiatri
Barnekirurgi	Hjertesykdommer	Medisinsk biokjemi	Barne- og ungdomspsykiatri
Gastroenterologisk kirurgi	Endokrinologi	Immunologi og transfusjonsmedisin	
Karkirurgi	Infeksjonssykdommer	Klinisk farmakologi	
Thoraxkirurgi	Lungesykdommer	Klinisk nevrofysiologi	
Urologi	Fordøyelsesykdommer	Medisinsk genetikk	
Fødselshjelp og kvinnesykdommer	Geriatrici	Medisinsk mikrobiologi	
Kjevekirurgi og munnhulesykdommer	Nyresykdommer	Nukleærmedisin	
Nevrokirurgi	Blodsykdommer	Radiologi	
Plastikkirurgi	Barnesykdommer	Patologi	
Ortopedisk kirurgi	Hud- og veneriske sykdommer		
Øre-nese-halssykdommer	Fysikalsk medisin og rehabilitering		
Øyesykdommer	Nevrologi		
Bryst- og endokrinkirurgi	Onkologi		
	Revmatologi		

Kilde: Legeforeningen 2012

De 27 aktuelle helseforetakene ble både gruppert etter region (SØ, V, M, N) og etter helseforetakets størrelse<sup>4</sup> i store (over 100 respondenter), mellomstore (51 til 100 respondenter), og små (under 50 respondenter, tabell 2)

**Tabell 2 Inndeling av helseforetak (basert på de som svarte) etter antall respondenter.** Antall og regionalt helseforetak i parentes.

<b>Store (over 100)</b>	<b>Mellomstore (50 – 100)</b>	<b>Små (under 50)</b>
OUS (331, SØ)	Sørlandet sykehus (87, SØ)	Helse Sunnmøre (45, V)
Helse Bergen (209, V)	Sykehuset Østfold (83, SØ)	Helse Fonna (43, V)
St. Olavs hospital (188, M)	Nordlandssykehuset (68, N)	Helse Nordmøre og Romsdal (33, V)
UNN (128, N)	Sykehuset i Vestfold (61, SØ)	Helse Førde (32, V)
Vestre viken (137, SØ)	Sykehuset Telemark (52, SØ)	Helse Finnmark (25, N)
Helse Ahus (132, SØ)	Helse Nord-Trøndelag (51, M)	Helgelandssykehuset (10, N)
Stavanger (108, V)		Sunnaas sykehus (4, SØ)
Sykehuset Innlandet (106, SØ)		Rusbehandling Midt-Norge (2, M)
		Psykiatrien i Vestfold (1, SØ)

<sup>4</sup> Grupperingen av helseforetak er basert på respondentene som oppga helseforetak i spørreskjema. 159 besvarte *Annet* på helseforetak, disse ble derfor ikke tatt med i denne tabelloversikten, men vises i de multivariate logistiske modellene nedenfor.



## Responsvariabler og gruppering av disse

I målbeskrivelsene for alle de aktuelle spesialitetene er det tre grunnleggende læringsmetoder i spesialistutdanningen: veiledning, supervisjon og undervisning. Basert på dette ble det i spørreskjemaet konstruert tre samlemaal for subjektiv opplevelse av kvaliteten av hver av disse læringsmetodene (tabell 3). Det ble dessuten konstruert samlemaal for opplevelse av henholdsvis *formelle krav og anbefalinger til veiledning, adgang til læresituasjoner og undervisningsdeltakelse* (tabell 4). Disse seks samlemaalene er i dikotomisert form benyttet som responsvariabler i korrelasjoner, logistiske regresjoner og grafiske fremstillinger av forskjeller over tid.

**Tabell 3** Tre dikotome samlemaal for subjektiv opplevelse av supervisjon, veiledning og undervisning. Koding i parentes. Betingelse for positivt svar er at alle delspørsmål er besvart positivt.

30.1	Opplever du at du får tilstrekkelig supervisjon fra bakvakten når du trenger det?	I liten grad I noen grad	I stor grad I svært stor grad
30.3	Opplever du at du får tilstrekkelig supervisjon i praktiske prosedyrer?	I liten grad I noen grad	I stor grad I svært stor grad
<b>Samlemaal for opplevelse av supervisjon</b>		<b>Negativ (0)</b>	<b>Positiv (1)</b>
23.1	Opplever du å få relevant tilbakemelding fra din veileder?	Aldri Noen ganger	Ofte Svært ofte
23.2	Opplever du at det i veiledningen gis mulighet til å drøfte problemstillinger du mener er relevante i din arbeidssituasjon?	Aldri Noen ganger	Ofte Svært ofte
23.3	Opplever du at det i veiledningen gis mulighet til refleksjon over ditt læringsutbytte i faget?	Aldri Noen ganger	Ofte Svært ofte
23.4	Opplever du at veiledningen er nyttig for din utdanning?	Nei	Ja
<b>Samlemaal for opplevelse av veiledning</b>		<b>Negativ (0)</b>	<b>Positiv (1)</b>
32	Opplever du at det er relevant internundervisning på din arbeidsplass?	Nei	Ja, i stor grad Ja, til en viss grad
33	Opplever du at undervisningen er lagt nært opp til behov som oppstår i arbeidet?	Nei	Ja, i stor grad Ja, til en viss grad
34	Synes du at kvaliteten på internundervisningen er tilfredstillende?	Nei	Ja, i stor grad Ja, til en viss grad
<b>Samlemaal for opplevelse av undervisning</b>		<b>Negativ (0)</b>	<b>Positiv (1)</b>

**Tabell 4** Tre dikotome samlemål for formelle krav og anbefalinger til veiledning, adgang til læresituasjoner og undervisningsdeltakelse, dvs. mer objektive sider ved utdanningen. Koding i parentes. Betingelse for positivt svar er at alle delspørsmål er besvart positivt.

16	Har du på din nåværende arbeidsplass fått utarbeidet en skriftlig utdanningsplan?	Nei	Ja
18	Hvor raskt etter nåværende tilsetting kom du i gang med veiledning?	Har ikke kommet i gang ennå Senere enn 4 måneder Senere enn 1 måned	I løpet av 1 måned
20	Er det satt av tid til veiledningssamtaler i tjenesteplanen din?	Nei	Ja
22	Hvor ofte har du vanligvis veiledningsmøter med din veileder?	Aldri Sjeldnere Omtrent hver annen måned	Omtrent hver måned Ukentlig
<b>Samlemål for formelle krav og anbefalinger</b>		<b>Krav ikke oppfylt (0)</b>	<b>Krav oppfylt (1)</b>
30.2	Opplever du at det er lagt til rette fra avdelingens side for at du skal lære deg de praktiske prosedyrene som kreves i ditt fag?	I liten grad I noen grad	I stor grad I svært stor grad
30.4	Opplever du at du slipper tilstrekkelig til for å utføre praktiske prosedyrer?	I liten grad I noen grad	I stor grad I svært stor grad
42	Har du på din nåværende arbeidsplass fått innvilget alle dine søknader om permisjon til nødvendig kursutdanning?	Har ikke søkt Nei	Ja
<b>Samlemål for adgang til læresituasjoner</b>		<b>Dårlig adgang (0)</b>	<b>God adgang (1)</b>
31	Deltar du på internundervisning 2 timer per uke på din arbeidsplass?	Nei	Ja, alltid Ja, til en viss grad
<b>Samlemål for undervisningsdeltakelse</b>		<b>Nei (0)</b>	<b>Ja (1)</b>

I tillegg til disse seks samlemålene har vi også med spørsmål om hvor ofte legene må arbeide utenfor normert arbeidstid, og svar på spørsmålet ”Gjennomsnittlig selvrapportert arbeidstid for leger i spesialisering er 44,9 timer per uke. Hvordan vurderer du dette timeantallet i forhold til kvaliteten på spesialistutdanningen i ditt fag?” med svaralternativer: *Timeantallet kunne vært lavere, Timeantallet er passe, og Timeantallet kunne vært høyere.*

## Resultater

Tabellene 5a til 5c viser andel positive svar på spørsmål som gjelder de tre læringsmetodene veiledning, supervisjon, og undervisning, fordelt på fagområder og regionale helseforetak.

**Tabell 5** Svarfordeling på utvalgte vurderingsspmårl i spmreskjemaet. Prosent positive svar, med svarbrøk i parentes.

### 5a Veiledning

	Fagområder				Regionale helseforetak				alle
	kir	med	serv	psyk	SØ	V	M	N	
Hvor raskt etter nåværende tilsetting kom du i gang med veiledning?	43 (290/677)	37 (309/826)	58 (216/372)	98 (204/220)	47 (464/993)	47 (186/392)	52 (164/317)	45 (104/231)	49 (1019/2095)
Svar ovenfor sammensatt av: Positiv gruppe ( <i>1 løpet av 1 måned</i> )									
Er det satt av tid til veiledningssamtaler i tjenesteplanen din?	31 (207/674)	35 (286/824)	29 (106/371)	71 (157/220)	36 (357/989)	40 (158/391)	35 (109/316)	26 (60/231)	36 (756/2089)
Svar ovenfor sammensatt av: Positiv gruppe ( <i>Ja</i> )									
Hvor ofte har du vanligvis veiledningsmøter med din veileder?	28 (187/675)	22 (184/821)	19 (69/369)	99 (217/219)	29 (283/986)	33 (130/391)	31 (99/316)	31 (71/229)	32 (657/2084)
Svar ovenfor sammensatt av: Positiv gruppe ( <i>Ukentlig, Omtrent hver måned</i> )									
Opplever du å få relevant tilbakemelding fra din veileder?	62 (406/653)	57 (449/793)	60 (215/365)	83 (181/219)	60 (571/957)	59 (224/380)	67 (211/314)	64 (142/222)	62 (1251/2030)
Opplever du at det i veiledningen gis mulighet til å drøfte problemstillinger du mener er relevante i din arbeidssituasjon?	76 (494/649)	73 (578/789)	77 (279/362)	96 (210/218)	75 (707/949)	79 (297/378)	83 (258/312)	73 (163/222)	77 (1561/2018)
Opplever du at det i veiledningen gis mulighet til refleksjon av ditt læringsutbytte i faget?	63 (410/646)	57 (451/786)	67 (244/362)	79 (172/218)	62 (493/947)	62 (235/377)	67 (208/310)	61 (134/221)	64 (1277/2012)
Svar ovenfor sammensatt av: Positiv gruppe ( <i>Svært ofte, Ofte</i> )									
Opplever du at veiledningen er nyttig for din utdanning?	86 (482/558)	83 (546/662)	85 (258/304)	99 (214/217)	84 (679/809)	87 (292/334)	87 (243/280)	89 (159/181)	86 (1500/1741)
Svar ovenfor sammensatt av: Positiv gruppe ( <i>Ja</i> )									

## 5b Supervisjon

	Fagområder				Regionale helseforetak				alle
	kir	med	serv	psyk	SØ	V	M	N	
Opplever du at du får tilstrekkelig supervisjon fra bakvakten når du trenger det?	88 (558/632)	83 (632/764)	93 (298/322)	84 (161/193)	86 (771/901)	85 (315/369)	84 (260/294)	87 (176/203)	86 (1649/1911)
Opplever du at det er lagt til rette fra avdelingens side for at du skal lære deg de praktiske prosedyrene som kreves i ditt fag?	57 (367/641)	41 (329/802)	77 (263/348)	59 (99/167)	51 (471/926)	56 (207/373)	59 (175/299)	56 (121/218)	54 (1058/1958)
Opplever du at du får tilstrekkelig supervisjon i praktiske prosedyrer?	68 (433/635)	50 (399/797)	78 (270/345)	53 (81/152)	59 (532/908)	59 (220/371)	63 (185/294)	69 (148/216)	61 (1183/1929)
Opplever du at du slipper tilstrekkelig til for å utføre praktiske prosedyrer?	53 (338/633)	54 (419/781)	79 (270/344)	83 (119/144)	58 (514/894)	60 (218/365)	61 (180/293)	67 (144/214)	60 (1146/1902)
Opplever du at du får tilstrekkelig supervisjon tilknyttet arbeid i poliklinikk?	46 (300/646)	43 (318/741)	59 (71/121)	67 (93/138)	45 (348/775)	46 (138/300)	54 (137/256)	46 (89/192)	48 (782/1646)
Svarene ovenfor er sammensatt av: Positiv gruppe ( <i>I stor grad, I svært stor grad</i> )									
Hender det at du må arbeide utover avtalt normert arbeidstid for å få gjennomført de praktiske prosedyrene som du trenger for å få godkjent tjenesten din?	67 (443/664)	56 (459/823)	26 (95/368)	36 (77/217)	52 (508/982)	53 (204/387)	52 (164/315)	54 (122/226)	52 (1074/2072)
Svarene ovenfor er sammensatt av: Positiv gruppe ( <i>Ja, ofte og Ja, noen ganger</i> )									

### 5c Undervisning (inkluderer også spørsmål om forskning og fordypning)

	Fagområder				Regionale helseforetak				alle
	kir	med	serv	psyk	SØ	V	M	N	
Har du på din nåværende arbeidsplass fått utarbeidet en individuell skriftlig utdanningsplan?	68 (459/675)	72 (591/826)	86 (320/371)	78 (171/219)	72 (716/992)	75 (291/390)	79 (249/317)	71 (163/230)	74 (1541/2091)
Er det avsatt tid til fordypning i tjenesteplanen din?	79 (526/670)	77 (631/816)	81 (297/365)	79 (173/218)	79 (770/981)	79 (301/384)	81 (255/315)	77 (176/229)	79 (1646/2089)
Svarene ovenfor sammensatt av positiv gruppe (Ja)									
Opplever du at det er lett å komme i gang med forskningsprosjekter på din arbeidsplass?	62 (414/669)	66 (539/821)	64 (236/368)	52 (111/212)	61 (598/980)	71 (275/386)	66 (209/316)	55 (125/227)	63 (1300/2070)
Opplever du at det er lagt til rette for at leger i spesialisering skal kunne drive med forskning på din arbeidsplass?	57 (382/670)	67 (548/822)	67 (246/369)	53 (113/215)	60 (589/982)	70 (270/386)	69 (220/317)	51 (117/230)	62 (1289/2076)
Svarene ovenfor sammensatt av positiv gruppe (Ja, i stor grad, Ja, til en viss grad)									
Opplever du at tid som er avsatt til forskning, fordypning og undervisning blir brukt som salderingspost for andre nødvendige oppgaver?	85 (569/670)	86 (700/819)	60 (212/360)	79 (158/214)	80 (782/980)	80 (306/384)	77 (241/313)	75 (198/229)	79 (1639/2063)
Svarene ovenfor sammensatt av positiv gruppe: (Noen ganger, Ofte og Svært ofte)									
Opplever du at det er relevant internundervisning på din arbeidsplass?	97 (655/674)	100 (825/827)	99 (368/371)	98 (215/220)	99 (977/992)	100 (390/392)	99 (311/316)	98 (225/230)	99 (2063/2092)
Opplever du at internundervisningen er lagt nært opp til behov som oppstår i arbeidet?	96 (649/673)	97 (814/826)	97 (361/371)	95 (209/220)	97 (961/991)	98 (382/392)	98 (310/316)	97 (221/229)	97 (2033/2090)
Synes du at kvaliteten på internundervisningen er tilfredsstillende?	94 (633/671)	99 (813/824)	97 (360/371)	92 (202/219)	97 (958/990)	96 (372/390)	98 (310/316)	93 (213/229)	96 (2008/2085)
Svarene ovenfor er sammensatt av positiv gruppe: (Ja, i stor grad, Ja, til en viss grad)									
Har du på din nåværende arbeidsplass fått innvilget alle dine søknader om permisjon til nødvendig kursutdanning?	70 (474/676)	64 (532/827)	82 (303/371)	76 (166/219)	67 (667/992)	67 (263/391)	77 (245/317)	74 (171/231)	71 (1475/2093)
Svar ovenfor er sammensatt av positiv gruppe: (Ja)									

Tabellene viser at leger i spesialisering er mindre positive til veiledning og supervisjon enn til undervisning, med mer variasjon mellom fagområdene enn mellom regionale helseforetak.

For å se på samtidige effekter ble det gjort tre logistiske regresjoner med positiv opplevelse av henholdsvis supervisjon, veiledning og undervisning som responsvariabler, og kjønn, fagområde og helseforetakstørrelse som prediktorvariabler (tabell 6).

**Tabell 6 Tre multivariable logistiske modeller som viser effekten av kjønn, helseforetakets størrelse og fagområde på positiv opplevelse av henholdsvis supervisjon, veiledning og undervisning**

Respons-variabel	Variabel	Justerte effekter				
		B	P-verdi	OR	95% KI	
Egen opplevelse av supervisjon	Kjønn	Kvinne (referanse)				
		Mann	,214	,032	1,239	1,019 – 1,505
	Helseforetak	Store (referanse)				
		Mellomstore	,377	,006	1,458	1,111 – 1,913
		Små	,696	,000	2,007	1,420 – 2,836
		Annet	,702	,000	2,017	1,368 – 2,974
	Fagområder	Kirurgiske fag (referanse)				
		Indremedisinske fag	-,807	,000	,446	,358 – ,556
		Medisinske servicefag	,510	,001	1,665	1,229 – 2,257
		Psykiatriske fag	-,700	,000	,497	,346 – ,714
		<i>konstant</i>	,337	,001	1,400	
Egen opplevelse av veiledning	Kjønn	Kvinne (referanse)				
		Mann	-,218	,021	,804	,668 – ,968
	Helseforetak	Store (referanse)				
		Mellomstore	,364	,006	1,439	1,112 – 1,862
		Små	,265	,095	1,304	,955 – 1,780
		Annet	,286	,108	1,330	,940 – 1,884
	Fagområder	Kirurgiske fag (referanse)				
		Indremedisinske fag	-,291	,008	,748	,604 – ,926
		Medisinske servicefag	-,030	,824	,971	,746 – 1,263
		Psykiatriske fag	,880	,000	2,410	1,722 – 3,374
		<i>konstant</i>	-,036	,706	,964	
Egen opplevelse av undervisning	Kjønn	Kvinne (referanse)				
		Mann	,088	,672	1,092	,727 – 1,640
	Helseforetak	Store (referanse)				
		Mellomstore	,217	,471	1,242	,689 – 2,239
		Små	-,339	,268	,713	,391 – 1,297
		Annet	,405	,356	1,499	,635 – 3,538
	Fagområder	Kirurgiske fag (referanse)				
		Indremedisinske fag	1,159	,000	3,187	1,896 – 5,356
		Medisinske servicefag	,704	,019	2,022	1,120 – 3,651
		Psykiatriske fag	-,209	,457	,812	,468 – 1,407
		<i>konstant</i>	2,424	,000	11,296	

Mannlige leger synes å være mer positive til supervisjon enn kvinnelige (OR 1,24 (1,02 – 1,51)). Supervisjonen oppleves signifikant mer positivt i små (OR 2,01 (1,42 – 2,84)) og mellomstore (OR 1,46 (1,11 – 1,91)) helseforetak sammenlignet med store. I forhold til leger i det kirurgiske fagområdet er leger i det indremedisinske (OR 0,45 (0,36 – 0,56)) og det psykiatriske (OR 0,50 (0,35 – 0,71)) signifikant mindre fornøye med supervisjonen, mens legene i de medisinske servicefagene er signifikant mer fornøye (OR 1,67 (1,23 – 2,26)).

De kvinnelige legene er mer fornøye med veiledningen, enn sine mannlige kolleger (OR 0,80 (0,67 – 0,97)). Tilfredsheten med veiledning er størst i de mellomstore helseforetakene (OR 1,44 (1,11 – 1,87)) og legene i de psykiatriske fagene er de mest fornøye (OR 2,44 (1,72 – 3,38)), mens leger i de indremedisinske fagene (OR 0,75 (0,60 – 0,93)) er minst fornøye i forhold til kirurgene.

Legenes opplevelse av undervisning viser ingen signifikante forskjeller mellom kjønnene eller størrelsen på helseforetakene, men den positive opplevelsen er signifikant høyere i de indremedisinske fagene (OR 3,2 (1,90 – 5,40)) og medisinske servicefagene (OR 2,02 (1,120 – 3,651)), sammenlignet med kirurgene.

### **Sammenheng mellom objektive og subjektive forhold**

Positiv opplevelse av supervisjon korrelerer signifikant med formelle krav og anbefalinger til veiledning (Spearman's rho = 0,24,  $p < 0,01$ ), det samme gjelder forholdet mellom positiv opplevelse av supervisjon og adgang til læresituasjoner (rho = 0,42,  $p < 0,01$ ), og mellom positiv opplevelse av undervisning og undervisningsdeltakelse (rho = 0,25,  $p < 0,01$ ).

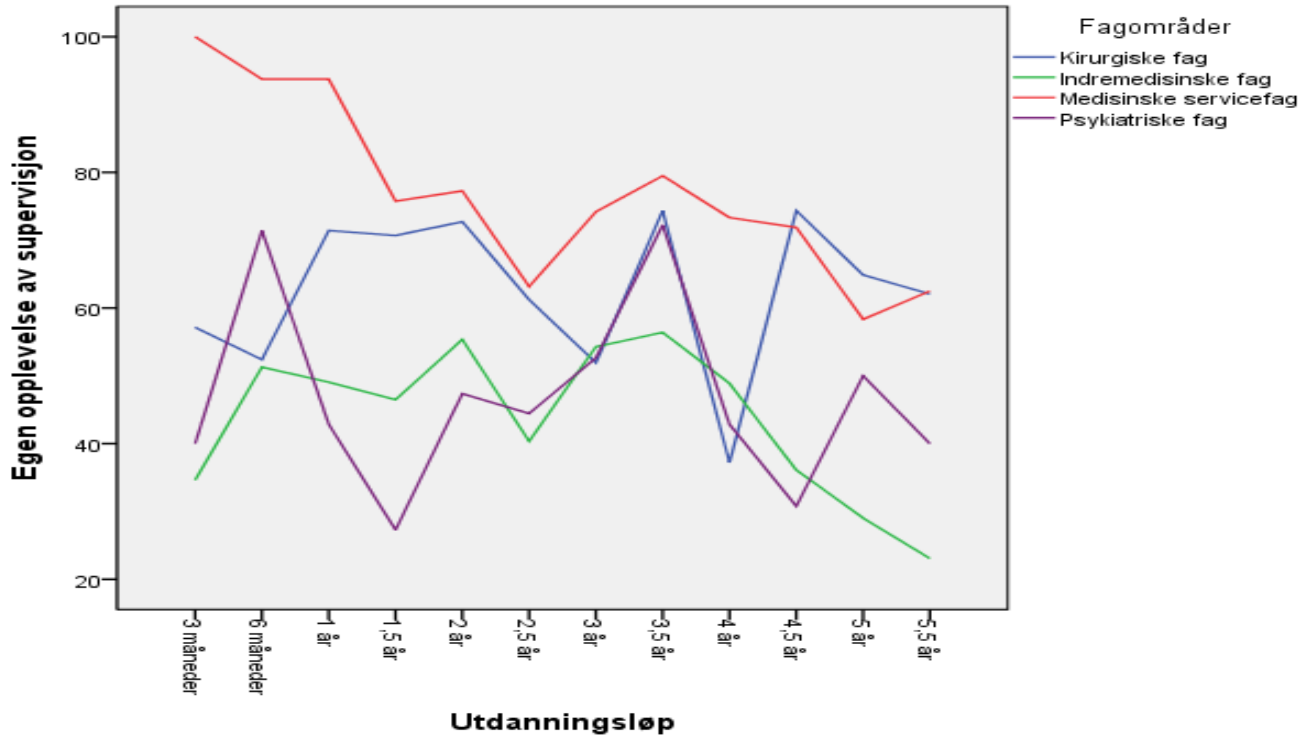
### **Variasjon over tid**

Vi spurte: *Hvor langt har du kommet i utdanningsløpet ditt?* med 13 svaralternativer fra mindre enn tre måneder til 6 år. Siden alle leger i utdanning i en grenspesialitet først har fullført en hovedspesialitet, men kanskje ikke fortsatte direkte med grenspesialiteten, er opplysninger om hvor langt man har kommet i utdanningsløpet mindre relevante for disse, mens det for leger som holder på med en hovedspesialitet kan være interessant å se på forskjeller i tid, f.eks. på tvers av fagområder.

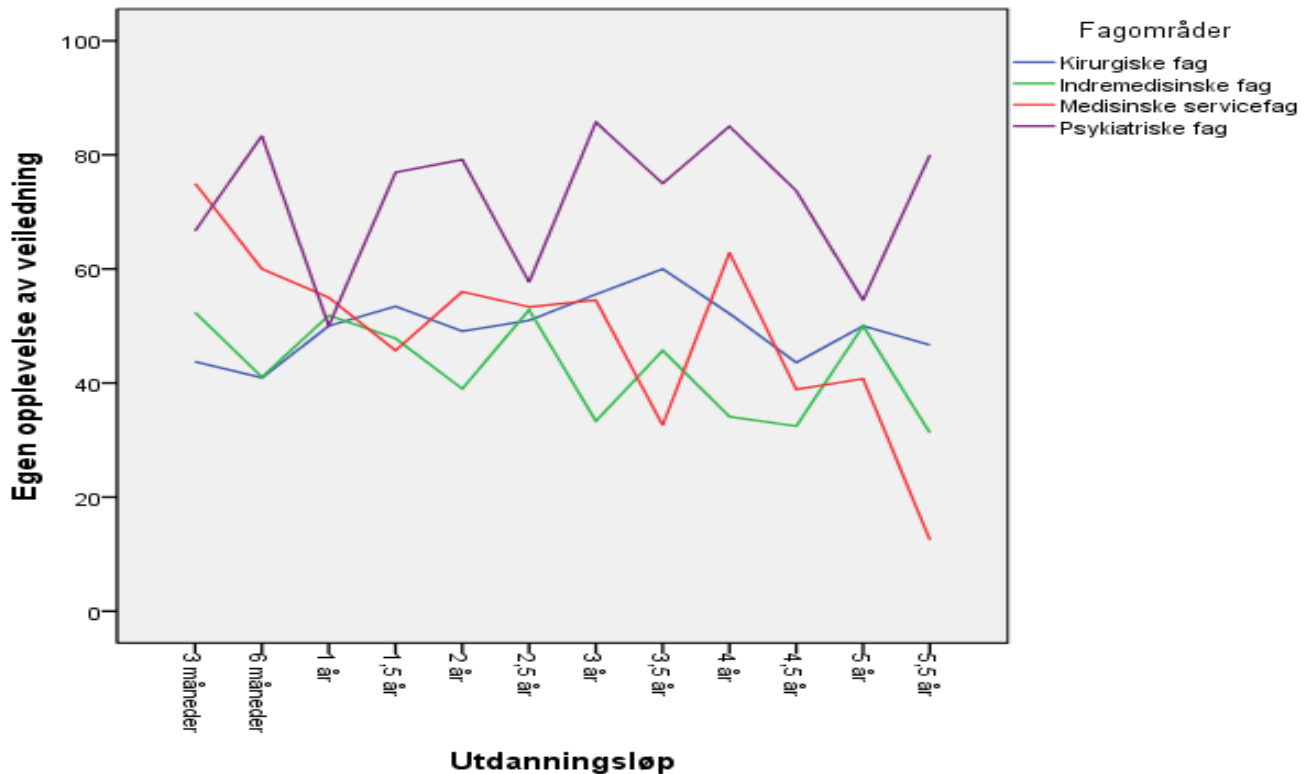
Figurene 1 til 3 viser hvordan andel leger med positiv opplevelse av supervisjon, veiledning og undervisning varierer gjennom utdanningsløpet innen de ulike fagområdene. Medisinske servicefag ligger høyest i positiv opplevelse av supervisjon, veiledning og undervisning i

begynnelsen av utdanningsløpet. På slutten av utdanningsløpet derimot, ligger de bare høyest på supervisjon, og lavest på egen opplevelse av veiledning og undervisning. Grafene viser størst variasjoner underveis i utdanningsløpet i de psykiatriske fagene og minst i de indremedisinske fag, etterfulgt av kirurgiske fag.

Figur 1

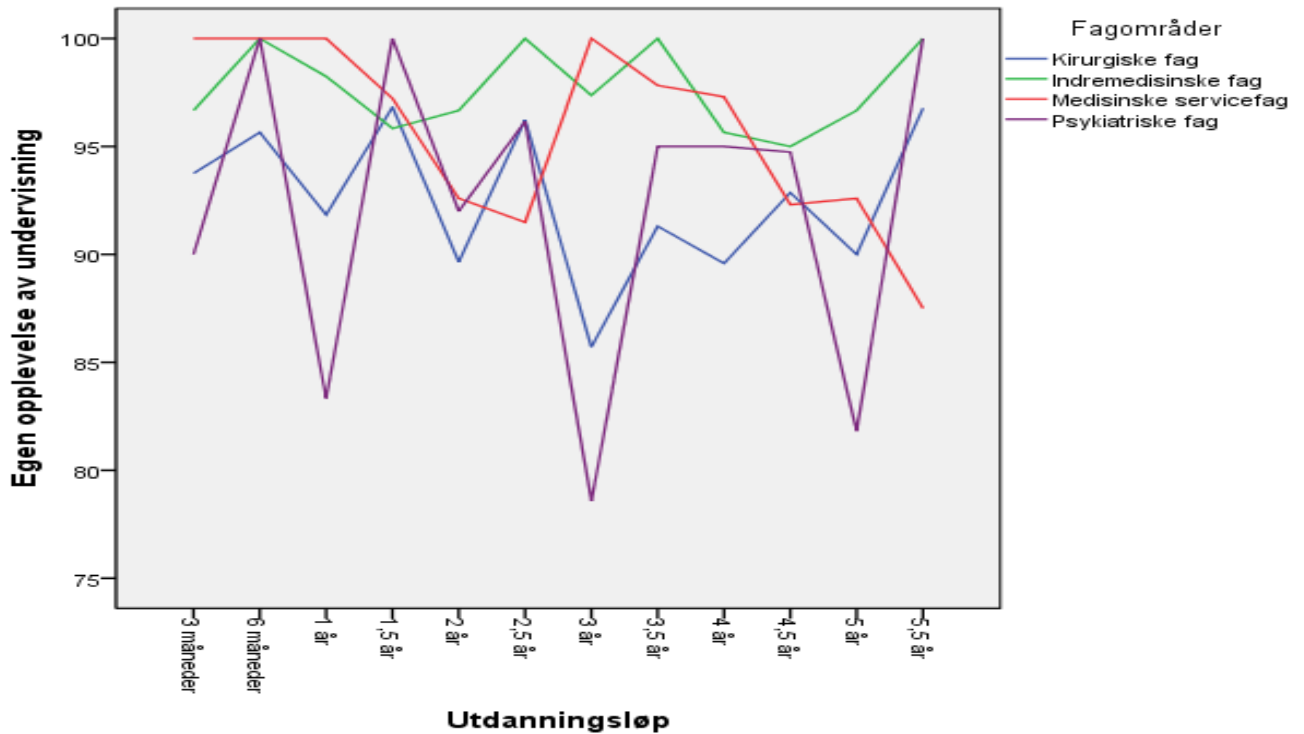


Figur 2





Figur 3



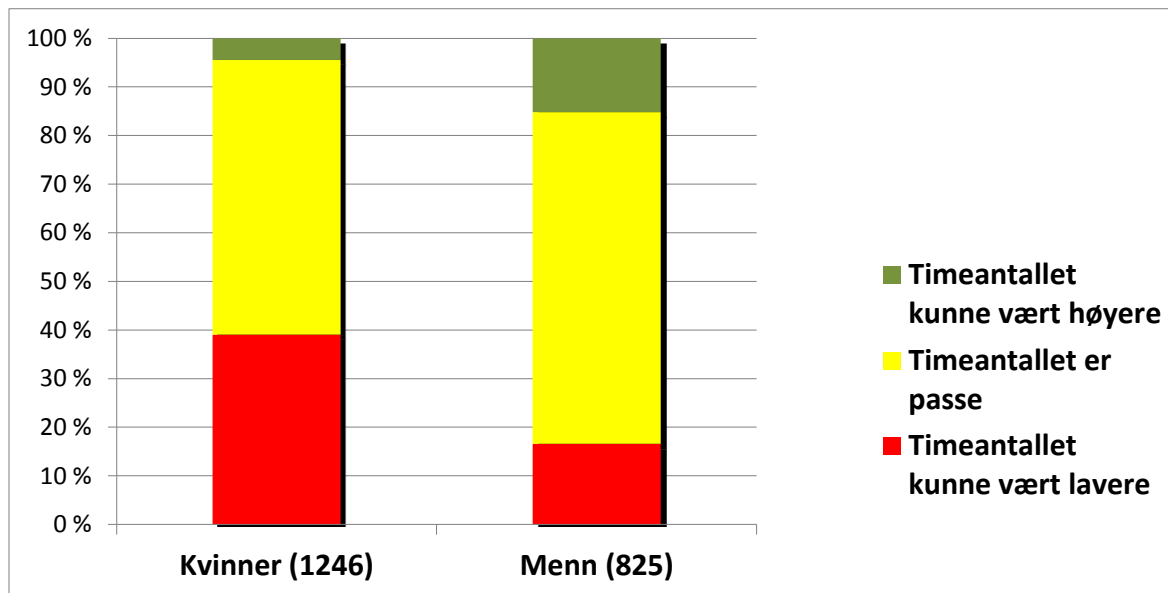
### Spesialistutdanning og arbeidstid.

På spørsmål om leger i spesialisering må arbeide utover normert arbeidstid for å få gjennomført de praktiske prosedyrene de trenger for å få godkjent tjenesten sin, var det en signifikant forskjell mellom fagområdene. 80 % (268/334) av de legene som holdt på med en kirurgisk hovedspesialitet (generell kirurgi, nevrokirurgi, plastikkirurgi, og ortopediske kirurger) svarte at de måtte arbeide utenfor normert arbeidstid, mot 56 % av legene med indremedisinske hovedspesialiteter (indremedisin, pediatri, hudsykdommer, nevrologi, revmatologi, onkologi, fysikalsk medisin), 36 % av legene i spesialisering i psykiatri eller barnpsykiatri, og 26 % av legene under spesialisering i medisinske servicefag (anestesiologi, radiologi, patologi og diverse laboratoriefag).

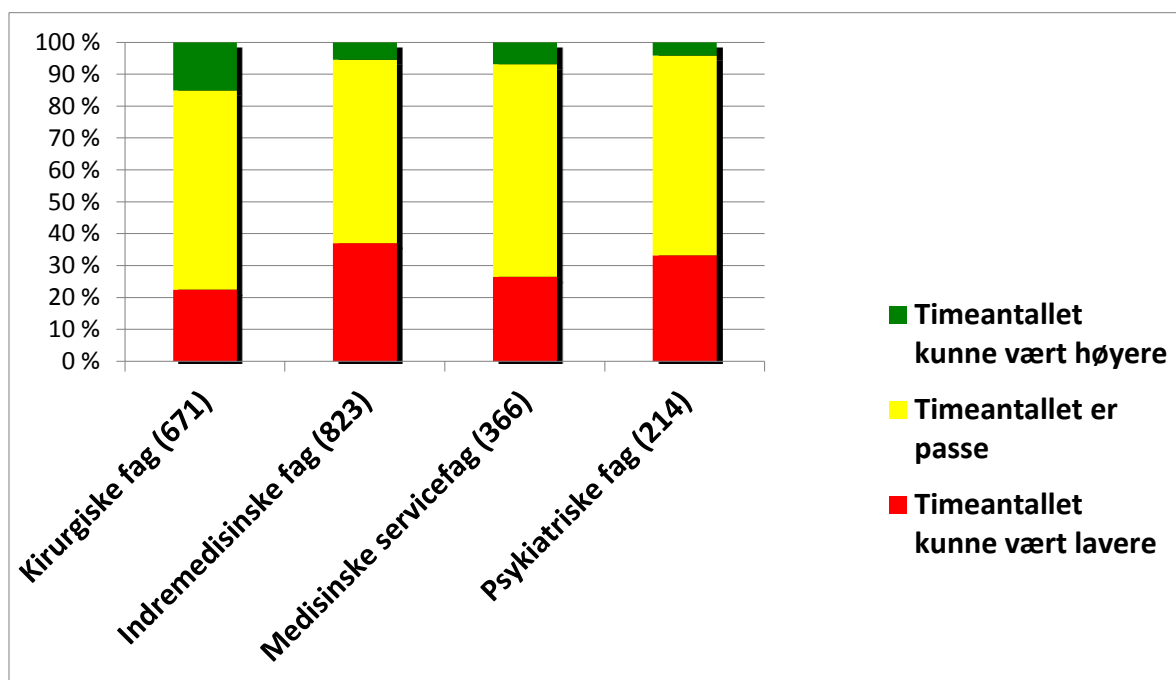
På spørsmålet om hvorvidt legene mente at uketimetallet kunne vært lavere, høyere, eller var passe i forhold til forventet kvalitet, mente de fleste legene at timetallet var passe, mens en god del, særlig kvinner, mente at uketimetallet kunne vært lavere (figur 4 og 5).

Figur 4 og 5 viser fordelingen på spørsmålet om forholdet mellom gjennomsnittlig arbeidstid og kvaliteten på utdanningen i forhold til kjønn og fagområde. Flertallet av legene angir at uketimetallet er passe, men det er signifikant flere kvinner enn menn som mener timeantallet kunne vært lavere.

**Figur 4**



**Figur 5**



## Diskusjon

Leger i spesialisering er samlet sett godt fornøyde med undervisningen, mens supervisjon og veiledning har et betydelig forbedringspotensial. Dette kan være et uttrykk for at legene opplever at utdanningen innholdsmessig ikke svarer til de forventningene de startet med, eller at målbeskrivelsene for fagene ikke blir oppfylt godt nok fra utdanningsavdelingenes side. Det store antall leger i spesialisering som oppgir at de ikke har fått tildelt veileder i løpet av en måned (se tabell 5a), avviker betydelig fra kravet i de generelle bestemmelsene for spesialistutdanningen. (Helsedirektoratet 2009; Legeforeningen 2009a). Det samme gjelder for avsatt tid til veiledning og hyppighet på denne.

En spesiell utfordring med denne undersøkelsen er at 41 ulike spesialiteter vurderes under ett. De praktiske prosedyrene beskriver blant annet hvordan diagnosekriterier, terapeutiske og kirurgiske prosedyrer foregår, og hvordan akutsituasjoner skal håndteres (Akre 2003). I de mer praktiske fagene som kirurgi og medisinske servicefag er sannsynligvis supervisjon viktigere under innlæring av ferdigheter enn i de mindre intervensjonsintense fagene. Motsatt kan det tenkes at veiledning er mer sentral i indremedisinske- og psykiatriske fag. Forskjellene kan derfor henge naturlig sammen med hvilke metoder som er mest nyttige under innlæring av ulike ferdigheter i de forskjellige spesialitetene.

Disse resultatene kan også gjenspeile kulturelle forskjeller mellom fagene, som at det arbeidet som skal utføres ikke nødvendigvis alltid kan foregå innenfor rammen av en vanlig arbeidsdag. Dette bekreftes av Sheenan (2010) som skriver at metoder for innlæring ikke er godt nok integrert i arbeidshverdagen, selv om de er godt beskrevet. Likevel opplever mellom 75 – 80 % av leger i spesialisering at de er kompetente til den jobben de er satt til å gjøre. Det er ikke utenkelig at leger i spesialisering også selv sørger for å skaffe seg uformell tilgang til praktiske prosedyrer og viktige kliniske erfaringer, slik at de på tross av mangelfull veiledning og supervisjon greier å kompensere på egenhånd. En operasjon tar den tiden den tar, og kirurger og anestesileger må nødvendigvis være tilstede under operasjonene. Det er derfor ikke uventet at leger i disse spesialitetene må jobbe utover normert arbeidstid for å få gjennomført praktiske prosedyrer i faget. En annen årsak til mangelfull tilgang til praktiske prosedyrer kan være spenningsforholdet mellom utdanning og produksjon (Akre og Ludvigsen 1997; Akre 2003; Dornan 2012). I en hektisk arbeidshverdag, der mange pasienter skal behandles, må spesialistene ofte prioritere pasientene framfor opplæringskandidatene.

Et spørsmål som også blir diskutert internasjonalt er om leger i spesialisering er tilstrekkelig til stede på sykehuset for å kunne bli gode nok spesialister (Moonesinghe m.fl 2011). I England, hvor juniordoktorene (tilsvarende leger i spesialisering) har vært vant til å jobbe 80 timer i uken eller mer, mener flere at det ikke er mulig å bli en god kirurg hvis arbeidstiden reduseres (Datta m.fl 2011; Jaques 2012). Men dette er ikke vist empirisk. I vår undersøkelse oppga flesteparten av de norske legene i spesialisering at den gjennomsnittlige arbeidstiden på 44, 6 timer i uken var akkurat passe (se figur 4 og 5), og de færreste oppga at timetallet burde vært høyere. På den andre siden må antallet leger som oppgir at de jobber utover normert arbeidstid for å få gjennomført de praktiske prosedyrene som trengs for å få godkjent tjenesten sin sies å være høyt i en utdanning der det forventes at all opplæring skal foregå i arbeidstiden.

Dette tilsynelatende paradokset, hvor leger i spesialisering oppgir at de må jobbe utover normert arbeidstid for å få gjennomført de praktiske prosedyrene i faget samtidig som flesteparten vurderer det gjennomsnittlige timeantallet i uken som passe, kan antyde at en økning av uketimetallet kanskje ville gitt bedre tilgang til praktiske prosedyrer. Det er imidlertid godt dokumentert at fleksibiliteten i måten spesialistutdanningen er organisert på har større betydning enn antall uketimer (Editorial 2010; Moonesinghe m.fl 2011).

Svarprosenten (53%) i undersøkelsen må betegnes som middels bra. Lav svarprosent i spørreundersøkelser til leger er dessverre en vanlig erfaring både nasjonalt og internasjonalt (Rosta 2007; Waal m.fl 2012). En forklaring kan være at vi ikke nådde alle leger i målgruppen, enten ved at flere som sto registrert i en utdanningsstilling ikke var oppført med e-post adresser i Legeregisteret, eller at flere som sto oppført i utdanningsstillinger var ferdige spesialister uten at dette var registrert, og benyttet avmeldingslinken. Selv om 79 % svarte benektende på spørsmålet *Ville du ha svart annerledes dersom undersøkelsen hadde vært anonym?*» kan det også være at noen ikke svarte pga. manglende anonymitet. Siden hovedhensikten med denne undersøkelsen var å knytte individdata opp mot de ulike utdanningsinstitusjonene, ville en anonymisering ikke gitt mulighet til å evaluere hvert enkelt utdanningssted, noe som nå vil bli gjort i forlengelsen av denne studien. I neste runde bør det likevel vurderes en løsning der leger i spesialisering også gis muligheter for å komme med anonyme tilbakemeldinger. I den videre oppfølgingen bør vi dessuten både satse på bedre tekniske løsninger og mer fagspesifikke spørsmål.

Legenes egen vurdering av kvalitet på utdanningen er selvsagt viktig sett i forhold til rammeverket og det myndighetene kan tilby av tjenester, tilrettelegging, innhold og krav som stilles til brukerne. I operasjonaliseringen av begrepet kvalitet i høyere utdanning påpeker Aamodt og medarbeidere (2012) at det synes å eksistere et misforhold mellom tilgjengelig informasjon knyttet til kvalitet og den informasjon som etterspørres av de ulike brukere av høyere utdanning.

Dette kan skyldes tre faktorer. Det ene er at myndighetene definerer begrepet kvalitet ut fra egne styringshensyn, som ikke nødvendigvis er sammenfallende med brukernes. Så lenge utførelsen av faget måles i forhold til pasientarbeid vil også utdanningen styres av produksjonen (McKinlay og Arches 1985), og utdanningen vil lett komme i andre rekke. Dessuten er tilgjengelig og ønsket informasjon ofte aggregert på institusjonsnivå, mens den enkelte bruker kan være interessert i kvaliteten på lavere nivåer (Aamodt m.fl 2012). For leger i spesialisering kan det tenkes at det ville vært interessant å se i hvilken grad de ulike utdanningsavdelingene oppfyller målbeskrivelsene for fagene. Det tredje er at en økning i antall brukere av høyere utdanning fører til flere ulike perspektiver på hva som er kvalitet for den enkelte, som igjen krever mer fleksible ordninger tilpasset den enkelte bruker. Som nevnt ovenfor viser studier at fleksibilitet i spesialistutdanningen har stor betydning (Moonesinghe m.fl 2011).

En så omfattende evaluering som denne, basert på individuelle data fra hver enkelt lege i spesialisering, har ikke vært gjennomført tidligere. Evalueringen omfatter leger i spesialisering i alle sykehusspesialiteter og gir et godt inntrykk av den generelle oppfatningen og opplevelsen av hvordan læremetodene fungerer. Det at såpass mange valgte å besvare undersøkelsen ikke anonymt, bekrefter behovet for denne type evalueringer. Funnene identifiserer også flere utfordringer i det å utdanne spesialister på en arbeidsplass der produksjon er det overordnede målet. Ressursbruk og organisering av arbeidshverdagen til leger i spesialisering er problemstillinger som må tas med videre i arbeidet med å utvikle standardiserte kvalitetsmål. Kanskje bør deler av utdanningen skjermes helt fra produksjonen (Sheenan 2010)? Variasjoner underveis i utdanningsløpet i egen opplevelse av supervisjon, veiledning og undervisning (se figur 1-3), kan tyde på at forventningene til utdanningen endrer seg underveis. Noe av dette kan kanskje forklares ved at den informasjonen legene sitter med i forkant endrer seg underveis i utdanningsløpet. Det kan være uklart, på flere nivåer, hva som er formelle og uformelle krav, hva som er lov og hva som er rettigheter. De generelle

bestemmelsene for spesialistutdanningen er for eksempel ingen lov, men et krav som det refereres til i loven.

Ansvar for spesialistutdanningen er forankret flere steder. Det er for eksempel sykehusene som har ansvaret for utdanning av helsepersonell (Lov av 2. juni 1999, nr. 61 om spesialisthelsetjenesten § 3-8 og § 3-10) (Strøm 2012). Dette ansvaret innebærer blant annet å tilrettelegge for at legene får anledning til å gjennomføre spesialistutdanning og at det gis permisjon med lønn. Rettigheter til videre- og etterutdanning blir sikret gjennom avtalene med Legeforeningen og arbeidsgiverne. De medisinske fakultetene har et betydelig ansvar for den teoretiske delen av spesialistutdanningen, og de fleste kurs innen sykehusspesialitetene arrangeres av de fire medisinske fakultetene. Legeforeningen på sin side gir anbefalinger til departementet/direktorat om spesialitetsstruktur, nye spesialiteter, endring av spesialistregler, tjenestekrav, ferdighetskrav og kurskrav og m.m. Ansvar for spesialistutdanningen er altså lovfestet, men hva dette innebærer og hvem som har ansvaret for at kravene oppfylles etter de anbefalingene som gis, er ikke helt klart.

### Hovedbudskap

Det er et betydelig forbedringspotensiale for praktisering av veiledning og supervisjon i spesialistutdanningen

Funnene identifiserer flere utfordringer i det å utdanne spesialister på arbeidsplasser der produksjon er et overordnet mål.

Evalueringsav spesialistutdanningen kan bidra til å definere konkrete kvalitetsindikatorer der brukerperspektivet og det overordnede perspektivet integreres.

## Konklusjon

Undersøkelsen viser signifikante forskjeller i opplevelse av kvalitet på veiledning og supervisjon mellom fagområder, kjønn og helseforetak, mens undervisningen gjennomgående vurderes positivt i alle grupper. Dette antyder et betydelig forbedrings potensiale.

Svarprosenten viser at det er en stor interesse fra leger i spesialisering for å bidra til en evaluering av kvaliteten på utdanningen. Dersom legeregisteret hadde vært bedre oppdatert, og noen av spørsmålene var spesifikke for de forskjellige fagområdene, ville svarprosenten sannsynligvis vært høyere. Det bør i tillegg gis muligheter til å komme med tilbakemeldinger i anonymisert form.

Disse dataene gjør det mulig å sammenligne utdanningsstedene med hverandre, sett fra et brukerperspektiv. Prosjektet gir leger i spesialisering mulighet til å evaluere egen utdanning, samtidig som denne informasjonen kan benyttes til å forbedre kvaliteten på spesialistutdanningen på et overordnet nivå. Dette kan igjen bidra til å definere konkrete kvalitetsindikatorer, der både brukerperspektivet og det overordnede nivået integreres. I neste runde bør derfor skjemaet suppleres med også å registrere spesifikke utfordringer innen de forskjellige fagområdene.





## Litteratur

Aamodt, P. O., J. Wiers-Jenssen, og B. Stensaker (2012). Kvalitetskriterier i høyere utdanning. Bakgrunnsnotat for etablering av en informasjonsportal. Oslo, NIFU **12** Hentet fra: <http://www.nifu.no/Norway/Publications/2012/NIFU%20Webrapport%2012-2012.pdf>

Akre, V. (2003). Learning medical practice. Faculty of Medicine. Oslo, University of Oslo.

Akre, V. og S. R. Ludvigsen (1997). "Hvordan læres medisinsk praksis? En kvalitativ studie av legers oppfatning av egne læringsprosesser." Tidsskr Nor legeforen **19** (117): 2757-2761.

Datta, S., J. Chatterjee, D. Roland, J.E.F. Fitzgerald og D. Sowden (2011). "The European Working Time Directive. time to change?" BMJ  
<http://careers.bmj.com/careers/advice/view-article.html?id=20004482>.

Dorman, T. (2012). "Workplace learning." Med Educ **1**: 15-23.

Editorial (2010). "Doctors' training and the European Working Time Directive." The Lancet **375**: 2121.

Grepperud, S. (2009). "Kvalitet i helsetjenesten - hva menes egentlig?" Tidsskr Nor legeforen **129** (11): 112-114.

Haave, P. (2011). I Medisinens Sentrum. Den norske legeforening og spesialistregimet gjennom hundre år. Oslo, Unipub.

Halvorsen, S. (2010). "Spesialistutdanningen og den manglende debatt." Tidsskr Nor legeforen **130** (16): 1597.

Helsedirektoratet (2009). Generelle bestemmelser for spesialistutdanning av leger, [legeforeningen.no](http://legeforeningen.no).

Helsepersonelloven. Lov av 2. juni 1999, nr. 61 om spesialisthelsetjenesten § 3-8 og 3-10

Jaques, H. (2012). "Colleges raise alarm over effect of EU legislation on UK healthcare." BMJ <http://careers.bmj.com/careers/advice/view-article.html?id=20005503>.

Legeforeningen (2009a). Spesialistutdanningen av leger. Oslo.

Loughlin, M. (1995). "Brief encounter: a dialogue between a philosopher and an NHS manager on the subject of 'Quality'." Journal of Evaluation in Clinical Practice **1** (2): 81-85.

Lycke, K. H., G. , G. Handal, og P. Lauvås (2005). Veiledning med leger under utdanning. Oslo, Gyldendal Norsk forlag.

Lycke, K. H., P. Lauvås, og G. Handal (2011). Kunnskap og handling i pedagogisk veiledning. Oslo, Vigmostad & Bjørke AS.

McKinlay, J. B. og J. Arches (1985). "Towards the proletarianization of physicians." International Journal of Health Services **15** (2).

Moonesinghe, S. R., J. Lowery, N. Shahi, A. Millen, J.D. Beard (2011) "Impact of reduction in working hours for doctors in training on postgraduate medical education and patients' outcomes: systematic review." **342**, d1580 doi:10.1136/bmj.1580

Rosta, J. (2007). "Working hours of Hospital Doctors in Germany." Dtsch Arztebl **104** (36): 2417-2423.

Sheenan, D. C. (2010). Learning and Supervision in Internship. A sociocultural framework for understanding learning and supervision in medical internship. Health Science, College of Education, University of Canterbury. **Doctor of Philosophy**.

Strøm, B. R. (2012). Legeforeningens videre rolle i spesialistutdanningen. Dekanmøte 8. juni. Bergen. Hentet fra:  
<http://www.med.uio.no/om/aktuelt/arrangementer/dekanmote/2012/presentasjoner/20120607-spesialist-legeforeningen.pdf>

Sverdrup, S. (2002). Evaluering: faser, design og gjennomføring. Bergen, Fagbokforlaget.

Waal, H., M. Brekke, T. Clausen, M. Lindbæk, J. Rosta, I. Skeie og O.G. Aasland (2012). "Fastlegers syn på legemiddelassistert rehabilitering." Tidsskr Nor legeforen **132** (16): 1861-1866.

## VEDLEGG A

### Tekst i Invitasjonsmail

Kjære lege i spesialisering.

Du mottar nå en undersøkelse for evaluering av spesialistutdanningen for leger i Norge. Legeforeningen arbeider kontinuerlig med å styrke og kvalitetssikre spesialistutdanningen. Som ledd i dette arbeidet har Medisinsk fagavdeling gitt Legeforeningens forskningsinstitutt i oppdrag å utvikle og gjennomføre en undersøkelse for å dokumentere hvordan de forskjellige utdanningsløpene fungerer.

Dette er et samarbeidsprosjekt mellom medisinsk fagavdeling og Legeforeningens forskningsinstitutt, der forskningsinstituttet ved Olaf G. Aasland (prosjektleder) og Cecilie Normann Birkeli (prosjektmedarbeider) er ansvarlige for innsamling av data og videre gjennomføring. Spørreskjemaet sendes i første omgang til ca. 5 000 leger som er under utdanning i alle spesialiteter med unntak av allmenntilleggsmedisin, arbeidsmedisin og samfunnsmedisin. Disse vil bli inkludert senere.

Vi har utarbeidet et spørreskjema som vi mener dekker hovedelementene i spesialistutdanningen, men er klar over at ikke alle spørsmål vil være like relevante for alle. Vi ber deg likevel svare så godt du kan. Det er også mulig å komme med fritekstkommentarer på slutten av skjemaet. Vi ønsker å basere dette på data fra hver enkelt lege i spesialisering, og utvikle et system basert på brukernes egne vurderinger.

For å gå videre til undersøkelsen, klikk deg inn på denne linken:

[LINK]

Det tar 10 – 15 minutter å besvare dette spørreskjemaet. Husk at din tilbakemelding er viktig for Legeforeningens videre kvalitetsarbeid rundt spesialistutdanningen. På forhånd takk for hjelpen!

Dersom du ønsker å melde deg av og ikke motta påminnelser om denne undersøkelsen kan du gjøre det ved å klikke inn på linken nederst i denne mailen.

[LINK]

Kontakt oss gjerne på [lefo@legeforeningen.no](mailto:lefo@legeforeningen.no) eventuelt telefon 23 10 90 61, dersom du har spørsmål.

Vennlig hilsen

Legeforeningens forskningsinstitutt



## VEDLEGG B SPØRRESKJEMA:

### Nasjonal evaluering av spesialistutdanningen for leger

Kjære lege i spesialisering

Legeforeningen arbeider kontinuerlig med å styrke og kvalitetssikre spesialistutdanningen. Som ledd i dette arbeidet har Medisinsk fagavdeling gitt Legeforeningens forskningsinstitutt i oppdrag å utvikle og gjennomføre en undersøkelse for å dokumentere hvordan de forskjellige utdanningsløpene fungerer. Vi ønsker å basere dette på data fra hver enkelt lege i spesialisering, og bygge opp et varig system der den brukeropplevde vurderingen blir sentral i forbedring av utdanningstilbudet innen hver enkelt spesialitet. Du mottar derfor nå en spørreundersøkelse som skal kartlegge hvordan den enkelte lege i spesialisering opplever kvaliteten på egen utdanning.

Dette er et samarbeidsprosjekt mellom medisinsk fagavdeling og Legeforeningens forskningsinstitutt, der forskningsinstituttet ved Olaf G. Aasland (prosjektleder) og Cecilie Normann Birkeli (prosjektmedarbeider) er ansvarlige for innsamling av data og videre gjennomføring. Spørreskjemaet sendes i første omgang til ca. 5 000 leger som er under utdanning til alle spesialiteter med unntak av allmenntilleggsmedisin, arbeidsmedisin og samfunnsmedisin. Disse vil bli inkludert senere.

Vi har utarbeidet et spørreskjema som vi mener dekker hovedelementene i spesialistutdanningen, men er klar over at ikke alle spørsmål vil være like relevante for alle. Vi ber deg likevel svare så godt du kan. Det er mulig å komme med fritekstkommentarer på slutten av skjemaet.

Fordi det er viktig å kunne knytte data til de mange forskjellige utdanningsstedene, er ikke undersøkelsen anonym. Vi har derfor med hensikt forsøkt å utforme spørsmål som ikke er avslørende eller kompromitterende. Dersom du tror du ville svart annerledes om undersøkelsen var anonym, er det fint om du skriver noe om dette i kommentarfeltet på slutten.

Det tar 10 – 15 minutter å besvare dette spørreskjemaet. Husk at din tilbakemelding er viktig for Legeforeningens videre kvalitetsarbeid rundt spesialistutdanningen. På forhånd takk for hjelpen!

Kontakt oss gjerne på [lefo@legeforeningen.no](mailto:lefo@legeforeningen.no) eventuelt telefon 23 10 90 61, dersom du har spørsmål.

Vennlig hilsen

Olaf G. Aasland

Prosjektleder

Cecilie Normann Birkeli

Prosjektmedarbeider



**2) Er du i et utdanningsløp som lege i spesialisering (LIS-lege)?**

- Ja
- Nei

**3) Hvor langt er du kommet i utdanningsløpet ditt(velg fra nedtrekksmenyen under):**

Velg alternativ

**4) Innehar du en stilling som lege i spesialisering?**

- Ja
- Nei

Annet, spesifiser:

**Vi har registrert disse opplysningene på deg i vårt register, er det riktig? Dersom det ikke er rett, vennligst endre informasjonen i feltene under.**

**5) Ditt navn:**

**6) Hvilket fag spesialiserer du deg i?**

**7) Er dette ditt arbeidssted?**

**8) Er dette riktig avdeling?**

**Bakgrunnsopplysninger:**

**9) Hvilken hovedspesialitet er du under utdanning i?**

Velg alternativ

**10) Eventuelt hvilken grenspesialitet er du under utdanning i:**

Velg alternativ

**11) Hvilket helseforetak er du ansatt i (velg fra nedtrekksmenyen under):**

Velg alternativ

Annet, beskriv:

**12) Oppgi navnet på den utdanningsavdelingen som din utdanningsstilling er forankret i:**

**13) Når begynte du på den institusjonen du nå er knyttet til?**

- For mindre enn 1 måned siden
- For 1-12 måneder siden
- For mer enn 12 måneder siden



### **Veiledning og supervisjon**

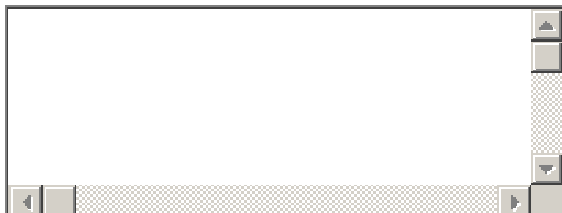
Veiledning er den planlagte, systematiske og regelfestede samtalen mellom en spesielt oppnevnt veileder (spesialist/overlege) og en lege i spesialisering, vanligvis en gang i måneden. Den enkelte sykehusavdeling har ansvar for at det oppnevnes veiledere for alle leger i spesialisering.

Supervisjon er løpende instruksjon og rådgivning fra de erfarne spesialistene til leger i spesialisering i de ulike arbeidssituasjoner.

#### **14) Er disse definisjonene i samsvar med din oppfatning av hva veiledning og supervisjon er?**

- Ja
- Nei

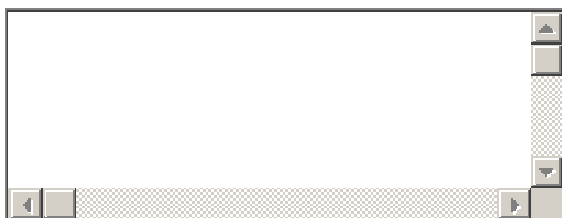
#### **15) Eventuelle kommentarer:**



**16) Har du på din nåværende arbeidsplass fått utarbeidet en individuell skriftlig utdanningsplan?**

- Ja
- Nei

**17) Eventuelle kommentarer:**



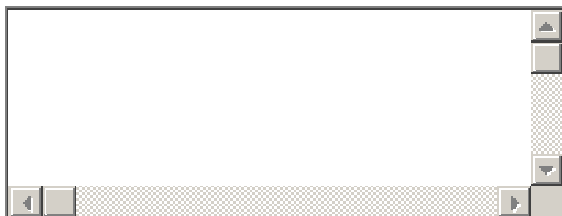
**18) Hvor raskt etter nåværende tilsetning kom du i gang med veiledning?**

- I løpet av 1 måned
- Senere enn 1 måned
- Senere enn 4 måneder
- Har ikke kommet i gang ennå

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- (
  - Hvis Hvor raskt etter nåværende tilsetning kom du i gang med veiledning? *er lik* Har ikke kommet i gang ennå )

**19) Hvorfor kom du ikke i gang?**



**20) Er det satt av tid til veiledningssamtaler i tjenesteplanen din?**

- Ja
- Nei

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- (
  - Hvis Er det satt av tid til veiledningsamtaler i tjenesteplanen din? *er lik* Nei
- )

**21) Hvis nei, hvorfor ikke?**

**22) Hvor ofte har du vanligvis veiledningsmøter med din veileder:**

- Ukentlig
- Omtrent hver måned
- Omtrent hver annen måned
- Sjeldnere
- Aldri

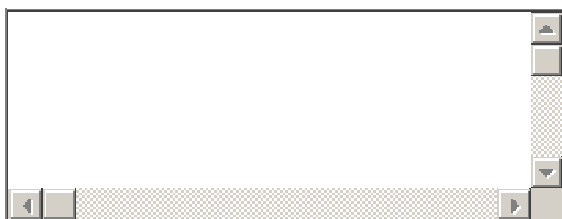
**23) Hvor ofte i veiledningen:**

	Aldri	Noen ganger	Ofte	Svært ofte
opplever du å få relevant tilbakemelding fra din veileder?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
opplever du at det i veiledningen gis mulighet til å drøfte problemstillinger du mener er relevante i din arbeidssituasjon?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
opplever du at det i veiledningen gis mulighet til refleksjon over ditt læringsutbytte i faget?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**24) Opplever du at veiledningen er nyttig for din utdanning?**

- Ja
- Nei
- Vet ikke

**25) Er det andre temaer du ønsker ble tatt opp i veiledningen?**



**26) I løpet av en arbeidsuke, hvor ofte har du previsitt/pasientgjennomgang sammen med en spesialist?**

- Ikke aktuelt for meg
- 1 dag i uka
- 2-4 dager i uka
- Daglig eller oftere

**27) I løpet av en arbeidsuke, hvor ofte gjennomfører du visitt/pasientsamtaler sammen med en spesialist?**

- Ikke aktuelt for meg
- 1 dag i uka
- 2-4 dager i uka
- Daglig eller oftere

**28) Opplever du previsitt som nyttig i en utdanningssammenheng?**

- Ikke aktuelt for meg
- Ja, i stor grad
- Ja, til en viss grad
- Nei

**29) Opplever du visitt som nyttig i en utdanningssammenheng?**

- Ikke aktuelt for meg
- Ja, i stor grad
- Ja, til en viss grad
- Nei

### 30) I hvilken grad:

	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Ikke aktuelt for meg
opplever du at du får tilstrekkelig supervisjon fra bakvakten når du trenger det?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
opplever du at det er lagt til rette fra avdelingens side for at du skal lære deg de praktiske prosedyrene som kreves i ditt fag?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
opplever du at du får tilstrekkelig supervisjon i praktiske prosedyrer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
opplever du at du slipper tilstrekkelig til for å utføre praktiske prosedyrer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
opplever du at du får tilstrekkelig supervisjon tilknyttet arbeid i poliklinikk?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Tid til undervisning/fordypning/forskning

Ifølge generelle bestemmelser for spesialistutdanning av leger er enhver godkjent utdanningsavdeling forpliktet til å ha strukturert undervisning i tilknytning til klinikken på minimum 2 undervisningstimer per uke. Internundervisning er møter til faste tidspunkter for leger på en utdanningsinstitusjon, der temaer tilhørende den medisinske spesialiteten gjennomgås teoretisk.

Internundervisningen skal bidra til den faglige utvikling for alle avdelingens leger, og skal i særlig grad ivareta behovet for å gi leger i spesialisering nødvendig teoretisk bakgrunn for avdelingens virksomhet. Leger i spesialisering forutsettes å ta aktiv del i undervisningen. Deltakelse i undervisningsprogrammet er obligatorisk og skal inngå i legenes tjenesteplaner.

### 31) Deltar du på internundervisning 2 timer per uke på din arbeidsplass?

- Ja, alltid
- Ja, til en viss grad
- Nei

**32) Opplever du at det er relevant internundervisningen på din arbeidsplass?**

- Ja, i stor grad
- Ja, til en viss grad
- Nei

**33) Opplever du at internundervisningen er lagt nært opp til behov som oppstår i arbeidet?**

- Ja, i stor grad
- Ja, til en viss grad
- Nei

**34) Synes du at kvaliteten på internundervisningen er tilfredsstillende?**

- Ja, i stor grad
- Ja, til en viss grad
- Nei

**35) Har du nødvendig tilgang til relevante databaser (prosedyrehåndbøker, retningslinjer etc), tidsskrifter og fagbøker?**

- Ja, alltid
- Ja, stort sett
- Nei, det må jeg ordne selv
- Nei, aldri

**36) Er det avsatt tid til fordypning i tjenesteplanen din?**

- Ja
- Nei - men det er mulig å få det til i min arbeidshverdag
- Nei - det er ikke mulig å få det til i min arbeidshverdag

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- (
  - Hvis Er det avsatt tid til fordypning i tjenesteplanen din? *er lik* Ja
- )

**37) Oppgi hvor mange timer per uke som er avsatt til faglig fordypning på tjenesteplanen din?**

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- (
  - Hvis Er det avsatt tid til fordypning i tjenesteplanen din? *er lik* Ja
- )

**38) Hvis ja, hvor stor andel av avsatt fordypningstid brukes til fordypning (angi i %):**

**39) Opplever du at det er lett å komme i gang med forskningsprosjekter på din arbeidsplass?**

- Ja, i stor grad
- Ja, til en viss grad
- Nei

**40) Opplever du at det er lagt til rette for at leger i spesialisering skal kunne drive med forskning på din arbeidsplass?**

- Ja, i stor grad
- Ja, til en viss grad
- Nei



**41) Opplever du at tid som er avsatt til forskning, fordypning eller undervisning blir brukt som salderingspost for andre nødvendige oppgaver?**

- Aldri
- Svært sjelden
- Noen ganger
- Ofte
- Svært ofte

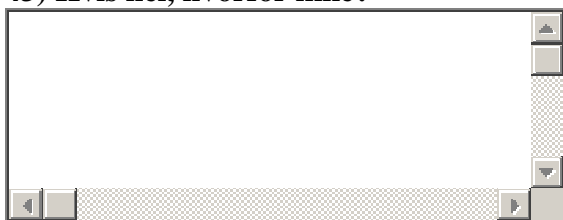
**42) Har du på din nåværende arbeidsplass fått innvilget alle dine søknader om permisjon til nødvendig kursutdanning?**

- Har ikke søkt
- Ja
- Nei

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- (
  - Hvis Har du på din nåværende arbeidsplass fått innvilget alle dine søknader om permisjon til nødvendig kursutdanning? *er lik* Nei
- )

**43) Hvis nei, hvorfor ikke?**





## Opplevelse av egen læring og læringsmiljø

I en vanlig arbeidsuke, hvor mange timer bruker du på:

**45) Vaktarbeid:**

**46) Poliklinikk:**

---

**47) Postarbeid:**

**48) Annet:**

Gjennomsnittlig selvrapportert arbeidstid for leger i spesialisering er 44,9 timer per uke.

**49) Hvordan vurderer du dette timeantallet i forhold til kvaliteten på spesialistutdanningen i ditt fag?**

- Timeantallet kunne vært lavere
- Timeantallet er passe
- Timeantallet kunne vært høyere

**50) Opplever du at du er kompetent til å utføre det du er satt til å gjøre?**

- Nei
- I liten grad
- I noen grad
- I stor grad
- I svært stor grad

**51) Hvor stor andel av arbeidstiden din har du direkte pasientkontakt (undersøkelser, konsultasjoner, operasjoner og behandlingssamtaler) - oppgi %?**

**52) Hender det at du må arbeide utover avtalt normert arbeidstid for å få gjennomført de praktiske prosedyrene du trenger for å få godkjent tjenesten din?**

- Ja, ofte
- Ja, noen ganger
- Nei
- Ikke aktuelt for meg

**53) Hvor ofte må du gjøre arbeid som ikke-leger like gjerne kunne gjort?**

- Aldri
- Noen ganger
- Ofte
- Svært ofte

**54) Synes du at du får nok tilbakemelding fra dine kolleger på jobben du gjør?**

- Ja, i stor grad
- Ja, til en viss grad
- Nei

**55) Hvordan opplever du at gitte sentrale og/eller lokale rammebetingelser på ditt arbeidssted påvirker dine muligheter i utdanningen:**

	Fortrinnsvis negativt	Ingen påvirkning	Fortrinnsvis positivt
Veiledning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Supervisjon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Undervisning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fordypning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Forskning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Læringsmiljø	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Følgende kriterier må være oppfylt for at spørsmålet skal vises for respondenten:

- (
  - Hvis Veiledning *er lik* Fortrinnsvis negativt
  - eller
  - Hvis Supervisjon *er lik* Fortrinnsvis negativt
  - eller
  - Hvis Undervisning *er lik* Fortrinnsvis negativt
  - eller
  - Hvis Fordypning *er lik* Fortrinnsvis negativt
  - eller
  - Hvis Forskning *er lik* Fortrinnsvis negativt
  - eller
  - Hvis Læringsmiljø *er lik* Fortrinnsvis negativt
- )

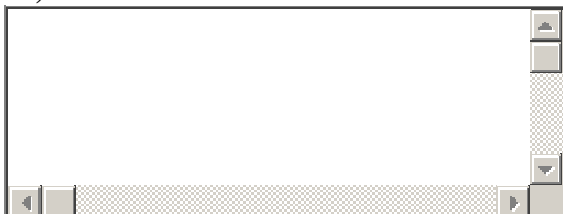
**56) Beskriv nærmere hvilke rammebetingelser du mener påvirker negativt:**



**57) Ville du svart annerledes på noen av spørsmålene i dette spørreskjemaet dersom undersøkelsen var anonym?**

- Ja
- Nei
- Vet ikke

**58) Andre kommentarer:**



Takk for at du tok deg tid til å besvare denne evalueringen. Det gjøres oppmerksom på at de av dere som har oppgitt at dere er under spesialisering i allmennmedisin, arbeidsmedisin og samfunnsmedisin vil gå direkte til denne avslutningssiden - da dere ikke er i målgruppen for evalueringen i denne første runden. Vi takker likevel for at dere tok dere tid til dette.

Vennlig hilsen  
Legeforeningens forskningsinstitutt