



Hvordan bør vi planlægge fremtidig helseuddannelse?

Quistorff, Bjørn

Published in:
Nord Med.

Publication date:
1974

Document version
Også kaldet Forlagets PDF

Citation for published version (APA):
Quistorff, B. (1974). Hvordan bør vi planlægge fremtidig helseuddannelse? *Nord Med.*, 89(1), 23-24.

mennesker som simulatorer, er der grund til at advare mod kold perfektionisme. Det er sommetider let at glemme de *psykologiske* elementer i forholdet læge—patient og at overvurdere de *tekniske*.

Perspektiver og konklusioner

Brugen og udviklingen af simulering har ladet os skimte nogle bemærkelsesværdige perspektiver for praktisk og teoretisk medicinsk uddannelse.

Simulering kan bruges som et engagerende, effektivt og farefrit værktøj i den daglige undervisning, mest effektivt måske i træningen af psykomotoriske kliniske færdigheder. For studenten vindes der et sikrere og hurtigere feed-back, end han før har oplevet; hans indlæringstakt beherskes af ham selv.

Anvendelsen af simulering til evaluering er kun på begyndelsesstadiet. Simulation vil kunne give mange prøver et indhold, der vil blive mere praktisk orienteret og dermed mere virkelighedsnært end det nuværende.

Simulering synes også at kunne hjælpe os i vores søgen efter klare definitioner af en læges kliniske funktionsmåde. Ved at måtte skabe nye former for simulation vil vi også kunne udvide vor viden om indlæringsprocesser. For eksempel er det slående, at i selve begrebet simulation er der en hurtig skiften mellem et udtryk for undervisning og et udtryk for evaluering. Dette øger vor forståelse for, at forskellen mellem undervisning og evaluering er funktionel og ikke kvalitativ.

Den intense og veldefinerede indlæringsituation, som simulering er, kan muligvis få studenten til at indse, at han har behov for yderligere kundskaber, dvs forsyne studenten med motivation for at lære mere.

Der er et vist grundlag for at forudsætte, at problemløsning ikke kan læres på nogen anden måde, end ved at man løser problemer på egen hånd — ved at få erfaringer. Simulation kan på kort tid give os ønskelige erfaringer.

Er der i det hele taget grænser for anvendelse af simulering og leg i den medicinske undervisning? Ja — visse beretninger tyder på det. Den allerbedste af alle simulatorer, SIM 1, i Los Angeles, er begyndt at lide af en meget forstyrrende og tilsyneladende inkurabel dårlig ånde. Og en del af de kvindelige bækkensimulatorer havde udviklet diffus leukorrhea. ■

Hvordan bør vi planlægge fremtidig helseuddannelse?

□ BJØRN QUISTORFF & MOGENS KJÆR

Sundhedssystemets opbygning og de uddannelser der giver erhvervskompetance inden for systemet, er underkastet en intens kritik. En væsentlig del af kritikken går på selve lægefunktionen og på lægeuddannelsen. (Se bl a Nordisk Medicin nr 7, 8, 9 og 10, 1973.) Det accepterede udgangspunkt i hele diskussionen er efterhånden blevet:

Behandlingsindsats prioriteres

Helsesektoren prioriterer ensidigt behandlingsindsats (6, 12) — hvor hovedvægten burde være lagt på forebyggende foranstaltninger (primær profylakse, hvorved forstås foranstaltninger der forhindrer at sygdom overhovedet opstår, dette i modsætning til sekundær profylakse der blot tager sigte på at *behandle* patienten tidligere i sygdomsforløbet).

Målet er altså tilsyneladende formuleret:

Sundhedsvæsenets indsats drejer sig om sygdomsbekæmpelse i bredeste forstand og med mange forskellige metoder inden for to principielt forskellige kategorier:

- forebyggende foranstaltninger — profylakssektoren,
- reparativ eller kurativ indsats — behandlingssektoren.

Et optimalt fungerende sundhedssystem må selvfølgelig betjene sig af begge kategorier af metoder. Den vægt, der skal lægges på den ene sektor i forhold til den anden må afhænge af karakteren af de problemer, som sundhedssystemet til enhver tid skal løse.

Problemerne øges på trods af gigantisk behandlingsindsats

I Danmark prioriteres det således:

■ BJØRN QUISTORFF er kandidatstipendiat, cand med, Biokemisk institut A, Københavns universitet. MOGENS KJÆR er kandidatstipendiat, cand med, Rigshospitalet, København, Laboratoriet for klinisk immunologi, Medicinsk afdeling TA og Kirurgisk afdeling C. Forfatterne er medlemmer af udvalget til drøftelse af helseuddannelserne under Dansk selskab for medicinsk undervisning.

■ Nordisk Medicin 89:23—24, 1974

Der bruges ca 40 % af statsbudgettet på sundheds- og socialsektoren i bred forstand. Heraf anvendes en meget ringe del (<5 %?) til primær profylakse og den altovervejende del af pengene går til behandling af allerede opstået sygdom.

På trods af denne gigantiske behandlingsindsats øges problemerne tilsyneladende (*fig 1*). Figuren er ment som en arbejdshypotese: To store sygdomsgrupper, hjerte-kar-sygdomme og cancersygdomme — som svarer for en væsentlig del af samfundets samlede sygelighed — ser ud til at være i stærk stigning. Det er i den forbindelse mindre væsentligt om f.eks en korrektion for øget gennemsnitlig levealder eller for befolkningsforøgelse, ville kunne redegøre for noget af stigningen. Det afgørende er, at behandlingsindsatsen — som i den samme periode er blevet betydeligt opprioriteret (se *fig 1*) — ikke ser ud til at kunne løse problemet, måske ikke engang holde trit med det!

Sammenholder man dette med andre iagttagelser — f.eks at ca halvdelen af en befolkningsårgang i Danmark kommer på førtidspension eller at 5-årsoverlevelsen på en række af de talmæssigt mest betydningsfulde cancersygdomme ikke har ændret sig væsentligt de sidste 20 år (3, 7) — må det være berettiget at spørge, om de 20—25 milliarder dkr ikke kunne have været anvendt mere fornuftigt.

Talløse diskussioner om helseuddannelser . . .

Ovenstående tyder i hvert tilfælde på, at de anvendte metoder (væsentlige dele af behandlingsindsatsen) er dårligt egnede til at løse de faktiske problemer. Man må stille sig tvivlende til om en yderligere udbygning af sundhedssystemet efter de hidtidige retningslinjer kan bidrage til at løse problemerne. *Vagn Christensen* har i Nordisk Medicin (5) formuleret dette således: "Ikke alene er det bedre at forebygge end at helbrede, det ser ud til, at det fremover bliver den eneste realistiske metode til sygdoms-

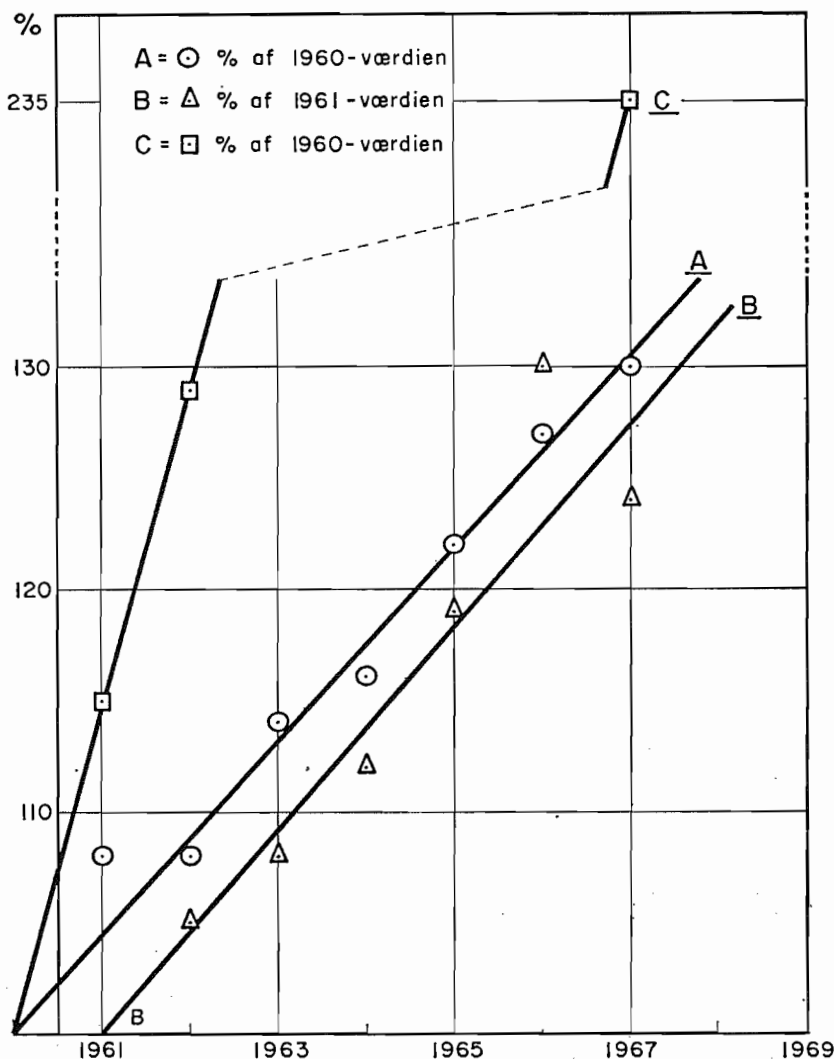


FIG 1. A: Cancer morbiditet: Totalantal registrerede cancertilfælde per år. Cancerregistret (4). 1960-værdien sættes til 100 %. B: Mortalitet for hjerte-kar-sygdomme: Total antal døde per år med denne hoveddiagnose. Sundhedsstyrelsens medicinalberetning (13). 1960-værdien sættes til 100 %. (Morbiditetsundersøgelser findes ikke.) C: Samlede offentlige udgifter til sygehuse og forsorgsinstitutioner. 1960-tallet sættes til 100 % (8).
Tallene for de offentlige udgifter er korrigeret for pristalsudviklingen i den pågældende periode. De øvrige tal er "rå data", og korrektion for f.eks. befolkningstilvækst eller øget gennemsnitslevialder i perioden er ikke forsøgt.

bekæmpelse." Denne udtalelse står på mange måder som en motto for de talløse diskussioner, som i de sidste år har været ført omkring lægeuddannelsen og anden helseuddannelse (1, 2, 10, 12). Hvad er resultatet af disse diskussioner så blevet?

- I skitsen til biologisk basisuddannelse ved Københavns universitet (2) og i den planlagte nye studiestart ved Århus universitet (11) har man forsøgt at indpasse den "profylaktiske holdning". I begge tilfælde ses en beskeden prioritering af fag, der har med "forebyggelse" at gøre, herunder socialmedicin.
- Folketinget har opfordret regeringen til at nedsætte et udvalg, "til undersøgelse af den sygdomsforebyggende indsats m.v. herunder lægeuddannelsens indhold af sygdomsforebyggende discipliner" (1).
- Det sidste "skud på stammen" er forslag til samuddannelse inden for helsesektoren (6, 10, 12), hvorved man mener at kun-

ne bedre kommunikationen mellem de forskellige grupper af helsepersonale.

Er dette hensigtsmæssigt? Hvad ønsker vi at opnå med uddannelsesændringerne? Ja, det er naturligvis at prioritere de forebyggende foranstaltninger i sundhedssystemet noget højere end nu.

Problemer og mål må specificeres

Men det er ligesom om, tankerækken er standset her. For når det kommer til stykket, er "forebyggelse" jo ikke noget mål i sig selv, men blot et af midlerne til at opnå det, som det virkeligt drejer sig om: En effektiv sygdomsbekæmpelse. Uddannelsesreformer må i denne sammenhæng betragtes som *et* af midlerne.

Derfor må den afgørende debat også være:

- ① Hvad er det for problemer, sundhedssystemet står over for nu og i fremtiden? (Dette punkt drejer sig forøvrigt ikke så meget om en diskussion, men om en betydelig forskningsindsats.)
- ② Derefter må målet specificeres. Hvad ønsker vi sundhedssystemet skal yde?
- ③ Og efterhånden, som vi lærer problemerne at kende — og med målene formulerede: Hvilke midler byder der sig *da* til, som de bedst egnede til at løse de *nu* givne problemer, og til at opfylde det nu givne mål?

Først på dette tidspunkt vil det nødvendige grundlag for reformen af helseuddannelserne foreligge.

Skal der laves meningsfyldt uddannelsesplanlægning, må man altså gå i gang nu med at definere problemerne entydigt. Man kan ikke uddanne folk rimeligt uden at have et vist begreb om, hvad deres uddannelse skal sætte dem i stand til at foretage sig.

Litteratur

1. Betænkning over forslag til folketingsbeslutning om nedsættelse af et udvalg til undersøgelse af lægevæsenet m.v. Ugeskr Læg 135:1449, 1973.
2. Biologisk basisuddannelse. Principskitse til forsøgsordning afgivet af den på initiativ af det lægevidenskabelige hovedområde nedsatte arbejdsgruppe til etablering af en biologisk basisuddannelse Københavns universitet, 12 maj 1973.
3. BRØNS, M, JENSEN, N K, KIRKBY, B & THYBO, E: Ugeskr Læg 134:1897—1900, 1972.
4. Cancerregisteret. København. Totalt antal registrerede cancertilfælde pr. år. 1960—1967.
5. CHRISTENSEN, V: Fra sundhedslære til sundhedspædagogik. Nord Med 88: 163—164, 1973.
6. FOLDSPANG, A: Samuddannelse i helsearbejdet — hvorfor? Indlæg ved Nordisk federation for medicinsk undervisnings 5.undervisningsmøde. Aalborg, 3—5 oktober 1973.
7. HIGGINS, G A & DWIGHT, R W: Surg Clin N Amer 52:847—857, 1972.
8. Hovedtendenser i sundheds- og forsorgsinstitutionernes udvikling frem til 1985. Udgifter og personale. Finansministeriet. Juli 1969.
9. KJÆR, M: Sygdomsforebyggelse. Ugeskr Læg 135:488—491, 1973.
10. KJÆR, M & QUISTORFF, B: Oplæg til udarbejdelse af en målbeskrivelse for helseuddannelserne i Danmark. Ugeskr Læg 135:1903—1906, 1973.
11. Rapport om den nye studiestart ved Århus universitet, Århus. 1973.
12. Samuddannelse i helsearbejdet. Arbejdsseminar. Nordisk federation for medicinsk undervisning. Scanticon, 7—9 september 1973.
13. Sundhedsstyrelsens medicinalberetning, Danmark, 1960—1970. ■