**Gösta Eliasson,** allmänläkare, Falkenberg;
nationell fortbildningssamordnare, Svensk förening för allmänmedicin *(goseli@algonet.se)*

# Fortbildning måste tas på allvar!

## Att vara »ledig« för fortbildning betraktas på många arbetsplatser som en extra kostnad snarare än en investering i humankapital

Fortbildning kan definieras som de formella och informella aktiviteter som läkare efter uppnådd specialistkompetens deltar i för att upprätthålla och utveckla de kunskaper och färdigheter som behövs för att möta behoven från patienterna [1]. Många kanske då tänker på formell fortbildning, t ex kurser och konferenser, eftersom vi hittills varit vana att betrakta utbildning som inhämtande av medicinska faktakunskaper. Den engelska termen, »continuing medical education« (CME), beskriver denna typ av utbildning. Fortbildning i betydelsen kontinuerlig professionell utveckling, »continuing professional development« (CPD), däremot, handlar inte bara om formell medicinsk utbildning utan även om de personliga, organisatoriska, ledarskapsmässiga och sociala element som är integrerade i vardagsarbetet och innehåller därmed många informella läromoment [2].

Se även artiklarna på sidan 3002 och 3040 i detta nummer.

### Det egna vardagsarbetet bör definiera lärobehovet

Stefan Lindgren och medarbetare hävdar med all rätt i artikeln i detta nummer av Läkartidningen att läkarnas fortbildning har sin bas i vardagsarbetet. Schön har beskrivit professionell utveckling som ett reflekterande i vardagen, »reflection-in-action«, inte helt olikt kretsloppet i kvalitetscirkeln [3]. Det lärande som utgår från vardagsproblem har visat större förmåga att påverka beteende än lärande som saknar förankring i dessa [4, 5]. De flesta teorier om vuxenlärande säger att den som vill utveckla sin professionalitet bör låta eget vardagsarbete definiera lärobehov, själv välja metoder för lärande och själv utvärdera resultatet [6]. Detta sätt att se på fortbildning ingår i självstyrt lärande och inbegriper även stöd under resans gång för den egna kompetensutvecklingen genom diskussion och dialog med läkarkolleger.

Lindgren och medarbetare menar att kritisk värdering, kollegial granskning och reflektion är professionens sätt att utveckla kompetens. Sådan värdering skulle mycket väl kunna struktureras och bilda grund för en framtida formativ revalideringsmodell där själva processen ägs av professionen, medan allokering av nödvändiga fortbildningsresurser blir uppdragsgivarens uppgift.

### Brist på resurser och tid

I en enkätundersökning av svenska allmänläkares fortbildningsvanor år 2000 visade det sig att hela 37 procent av de tillfrågade avsätter mindre än en timmes arbetstid per vecka för fortbildning [7]. Det är när budgeten läggs som kompetensutvecklingen inom en organisation får sin reella prioritering. En anställd läkare kan inte stå till svars för systemfel som leder till brist på resurser och tid för fortbildning. Här upplever många landstingsanställda läkare att situationen är otillfredsställande. Att vara »ledig« för fortbildning betraktas på många arbetsplatser som en extra kostnad snarare än en investering i humankapital.

I kontrast till detta är läkemedelsföretagens erbjudanden och deras resurser för utbildning omfattande. I allmänläkarenkäten ovan ansåg två av tre allmänläkare att industrins betydelse för den egna fortbildningen var »mycket« eller »väldigt« stor [7]. Läkemedelsindustrin har sin givna plats då det gäller utbildning runt sina läkemedel, men det är olyckligt att den i sitt syfte att rikta marknadsföring mot stora målgrupper har tagit över arbetsgivarnas ekonomiska ansvar för fortbildning även inom andra områden.

Brist på tid utgör det största hindret för fortbildning. Det räcker därför inte med att landstingsledningar och verksamhetschefer avsätter mer ekonomiska resurser. De måste också vara medvetna om fortbildningens betydelse och aktivt stimulera till en bättre fortbildningsmiljö. För att ta vara på vardagslärandet måste arbetsmiljön möjliggöra reflektion och kollegial dialog runt patientfall. På många arbetsplatser har dessa möjligheter successivt minskat.

### Fortbildning utvecklar specialiteten

Allmänläkaren Carl Edvard Rudebeck hävdar att, till skillnad från vardagslärandet, formella aktiviteter i form av t ex kurser och konferenser i fortbildningsavseende bör betraktas som marginella. Därmed inte sagt att marginallärande är överflödigt. Det är bl a i den kreativa miljön vid externa möten och konferenser som uppdatering av kunskaper sker, pusselbitar kommer på plats, viktiga attitydfrågor diskuteras och reflektion över teori och praktik sker. Men det är ändå i det klinis-

FOTO: SAMUEL ASHFIELD/IBL

*Att hela tiden kontinuerligt hålla kunskaperna vässade är en – ofta försummad – nödvändighet. För att ta vara på vardagslärandet måste arbetsmiljön möjliggöra reflektion och kollegial dialog runt patientfall. Och hela vårdteamet skall inkluderas! Även den kreativa miljön vid kurser och konferenser ger tillfälle till lärande.*

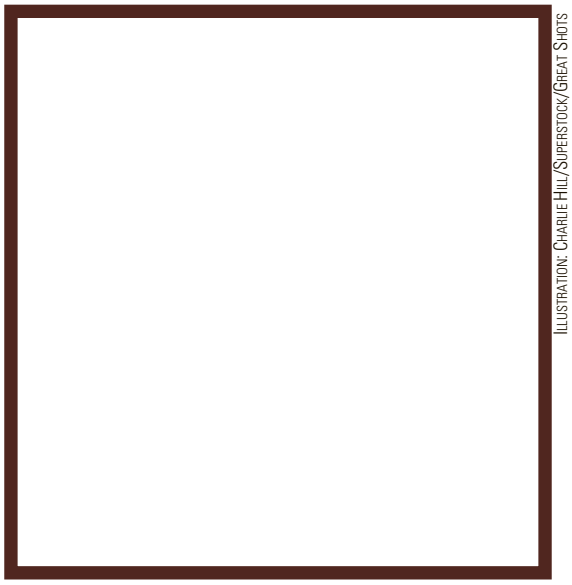


ILLUSTRATION: CHARLIE HILL/SUPERSTOCK/GREAT SHOTS

ka arbetet med patienter som huvuddelen av vår kompetensutveckling äger rum.

Formell fortbildning har också en viktig roll genom att skapa och vidmakthålla professionell identitet, vilket är särskilt viktigt inom de unga specialiteterna. Konferenser och kurser utgör mötesplatser och förnyelsezoner, där de viktiga frågorna formuleras och kritiska blickar riktas mot det som specialistkompetenta läkare förväntas kunna.

### Fortbildning ofta utsatt för besparingar

Fortbildningen för läkare har på senare tid kommit upp på dagordningen inom kåren, och Sveriges läkarförbund driver ett handlingsprogram för bättre fortbildning. En förklaring till det ökade intresset kan vara att den »luft« som förr fanns i verksamheten, och som tillät formellt och informellt lärande och reflektion, nu har blivit mindre. Det är positivt om fortbildning lyfts fram som en viktig del av verksamheten, men samtidigt finns risken att den betraktas som en separat kostnad, skild från sjukvårdsproduktionen, och därmed lågprioriteras vid besparingar.

Det är närmast en skandal att arbetsgivarsidan fortfarande inte tagit det ekonomiska ansvaret för personalens kompetensutveckling, men det förvånar också att läkarna själva i så stor utsträckning är passiva. Har vi med tiden blivit så vana vid brist på fortbildning att ingen reagerar?

Inför den som kräver ovedersäglig evidens för effektivitet från vårdsynpunkt är det idag svårt att motivera fortbildning. Vi vet att ingen fortbildningsform är överlägsen någon annan, och att kombinationer av aktiviteter är mer effektiva än enstaka moment, men i övrigt är kunskaperna begränsade [8].

Kanske är det dags att införa begreppet evidensbaserad fortbildning?

## Referenser


1. Den norske lægeforening. The policy of the Nordic medical associations for continuing medical education and continuous professional development. Adopted by the council of the Nordic medical associations in Visby, Sweden, 14 June 2000. Oslo: Den norske lægeforening; 2000.
2. Holm HA. Memorandum concerning development of continuing medical education (CME)/continuous professional development (CPD) in Europe. Union Européenne des Médecins Specialistes; 2000.
3. Schön DA. The reflective practitioner. New York: Basic Books; 1995.
4. Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. Changing physician performance. A systematic review of the effect of continuing medical education strategies. JAMA 1995;274:700-5.
5. Wensing M, Grol R. Single and combined strategies for implementing changes in primary care: a literature review. Int J Qual Health Care 1994;6:115-32.
6. Grant J, Chambers E, Jackson G. The good CPD guide. A practical guide to managed CPD. London: The Joint Centre for Education in Medicine; 1999.
7. Eliasson G, Berglund J. Fortbildningstid bristvara för allmänläkare – resultat från en enkätstudie. Läkartidningen 2001;98: 3040-2.
8. Oxman AD, Thomson MA, Davis DA, Haynes RB. No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. Can Med Assoc J 1995;153 (10):1423-31.