Øvelse og erfaring er grunnleggende i kirurgien. Men er det ikke også viktig med talent?

Legekunsthåndverker

Blant profesjonene er det bare legene som ser på sin virksomhet som kunst – legekunst. Den tyske filosofen Hans-Georg Gadamer (1900–2002) peker imidlertid på at leger ikke er skapende kunstnere, det er det bare naturen selv som er (1). Derimot er legenes oppdrag å restaurere og reparere der hvor uhell eller slitasje har forstyrrt de naturlige prosessene, når det er behov for reposisjon, reseksjon, regenerasjon eller rehabilitering. Det er derfor mer treffende å se på legene som kunsthåndverkere (2).

Legekunsten har to røtter – en akademisk/medisinsk og en praktisk/kirurgisk. Opp gjennom historien har røttene dels vært sammen vokst, dels atskilt (3). Prestisjemessig har vi i moderne medisin et hierarki med kirurgi på topp, medisin i en mellomposisjon og psykiatri nederst (4). Selv om prestisje ikke er det samme som tillit, er det ikke usannsynlig at kirurgene også skårer høyt på det. Vi kan rett og slett ikke la være å stole på dem, de fleste av oss havner jo før eller senere på operasjonsbordet, der vi frivillig lar oss bedøve og overlater vårt skrøpelige legeme i deres hender. Da er det betryggende å vite at kirurgene selv legger seg på operasjonsbordet minst like ofte som oss andre (5).

Men like betryggende er det nok å vite at kirurgen som skal operere deg ikke er nybegynner, noe vi nærmest tar for gitt. Det hjelper lite med mange års teoretiske studier hvis det som skal gjøres først og fremst handler om fingerferdighet, talent og erfaring. Slik sett kan en operasjon gjerne sammenliknes med en konsert – med operasjonsteamet som ensemble og operatøren som solist. For å kunne bli en god solist kreves det musikalsk talent, perfekt mestring av instrumentet og evnen til å levere når det trengs. Kirurgi er kunsthåndverk av ypperste klasse, med menneskelig materiale, høy innsats og små feilmarginer. Selve naturen skal hjelpes på plass.

Før blivende kirurger kan slippes løs på ekte pasienter er det derfor nødvendig å vite at de mestrer sitt instrument, i dette tilfellet de grunnleggende kirurgiske ferdighetene. Dette har alltid vært kjernen i den solide håndverks- og mester-svenn-tradisjonen som kirurgien representerer. Men selv om mester-svenn-prinsippet fremdeles blir praktisert, lever vi nå i en tid da det ikke er nok at mesteren personlig har ansvaret for at svennene blir utlært. Etter hvert er både opplæring og godkjenning («svenneprøve») basert på spesifikke krav for hver enkelt spesialitet, med et raskt økende behov for å dokumentere alt som gjøres og alt som skjer.

Det var nok en tid da pasientene kunne løpe en viss risiko i forbindelse med opplæring av uerfarne leger. Men nye holdninger og ny lovgivning gjør at slike situasjoner nå forhåpentlig er mindre vanlig her i Norge. Helseforetakenes desentraliserte grunnstruktur i forhold til befolkningstetthet gjør imidlertid at sjeldne og krevende operasjoner fremdeles gjøres på et for lavt erfaringskompetansenivå (6). Kvalitet og pasientsikkerhet har gått fra å være honnørord til å bli operasjonaliserbare og målbare størrelser, særlig gjennom et raskt voksende system av kvalitetsindikatorer (7). Heldigvis kommer det også stadig flere øvingsmuligheter i form av ny simuleringsteknologi og avanserte simuleringssentre. Og det er selvsagt ikke bare kirurgiske operasjoner det bør tørrtrenes på, egentlig er det vel alle typer lege-pasient-situasjoner.

I dette nummer av Tidsskriftet beskriver seks kirurger ved Oslo universitetssykehus og Diakonhjemmet Sykehus hvordan de har evaluert læringsutbyttet av det engelske BSS-kurset (Basic Surgical

Skills) som i 2009 ble etablert ved Oslo universitetssykehus, Ullevål (8). Filosofien er at gjennom teori og tørrtrening skal nybegynnerne lære sikre måter å utføre grunnleggende kirurgiske prosedyrer på. Kurset består av 14 øvelser, som dekker alt fra kirurgisk håndvask og steril påklledning til tekniske ferdigheter som kirurgiske knuter, suturteknikker, tarmanastomoser, sårrevisjon og laparaskopiøvelser.

For oss som stort sett bare frekventerer operasjonsstuene som pasienter, er det selvsagt betryggende å vite at operatørene har øvd skikkelig på forhånd. Og Mansoor og medarbeidere viser med sine enkle før-og-etter-målinger av praktiske ferdigheter at BSS-kurset ga økt læringsutbytte. Men de fant også til sin forundring at tidligere kirurgisk erfaring ikke hadde noen signifikant innvirkning på læringsutbyttet for de tre praktiske øvelsene eksisjon av nævus og hudlukking (grisehud eller kunstig hudmodell), omstikking av krøskar (grisetarmpreparat) og en laparoskopisimulatorøvelse. Hypotesen var at de med minst erfaring ville ha størst utbytte. Jeg tror grunnen til dette ligger i evalueringsmetoden. Læringsutbyttet var definert som forskjellen på ferdighetsskår før og etter trening, det vil si at hver deltaker var sin egen kontrollperson og utbyttet uavhengig av ferdighetsnivå. En annen metode kunne vært basert på referansemåling (benchmarking), der man også tok hensyn til hvor på ferdighetsskalaene den enkelte befant seg i utgangspunktet. Da ville hver enkelt kursdeltaker også kunne måle seg mot en gullstandard. God kirurgi er tuftet på både erfaring og talent, og talent er som kjent ikke erfaringsbasert.

Forhåpentlig har dette og liknende kurs spart noen pasienter for ekstra besvær og gitt de ferske kirurgene mer sikkerhet og kompetanse. Jeg vil tro at de kursansvarlige også ut fra sine data kan si noe om hvem av de 57 kursdeltakerne som viste kirurgisk talent og hvem som kanskje burde vurdere en annen spesialitet som ikke krever fingerferdighet.

Olaf Gjerløy Aasland
olaf.aasland@legeforeningen.no

Olaf Gjerløy Aasland (f. 1944) er leder av Legeforskningsinstituttet og professor ved Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo. Han har siden 1992 forsket på legenes helse, atferd og karrierevalg. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- Gadamer H-G. The enigma of health: the art of healing in a scientific age. Kap. 2. Apologia for the art of healing. Stanford, CA: Stanford University Press, 1996.
- Aasland OG. Legekunsten – en elefant i rommet. I: Botten GS, Frich J, Hagen TP et al, red. Helsetjenestens nye logikk. Oslo: Akademika, 2014: 173–84.
- Haave P. I medisins sentrum. Den norske legeforening og spesialistregimet gjennom hundre år. Kap. 1. Medisinsk spesialisering på 1800-tallet. Oslo: Unipub, 2011.
- Album D. Sykdommers og medisinske spesialiteters prestisje. Tidsskr Nor Lægeforen 1991; 111: 2127–33.
- Storeheier AH, Aasland OG, Finsen V. Påvirkning innsikt operasjonshyppighet? Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 718–20.
- Dommerud T. Vil sentralisere kreftomsorg mer. www.dagensmedisin.no/nyheter/vil-sentralisere-kreftomsorg-mer/ [7.4.2014].
- Kvalitet og planlegging. http://helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/kvalitetsindikatorer/Sider/default.aspx [7.4.2014].
- Mansoor SM, Tunold JA, Næss PA et al. Kurs i basale kirurgiske ferdigheter. Tidsskr Nor Lægeforen 2014; 134: 935–7.

Podkast på www.tidsskriftet.no