



TIDSSKRIFT FOR UNIVERSITETS-  
OG HØGSKOLEPEDAGOGIKK

---

# UNIPED

---

ÅRGANG 39 | 4-2016



TEMANUMMER:  
LEGEUTDANNING

UNIVERSITETSFORLAGET

# Uniped

4-2016, årgang 39

[www.idunn.no/uniped](http://www.idunn.no/uniped)

*Uniped* publiserer forskning som belyser studiekvalitet, læring og undervisning ved universiteter og høyskoler. Artiklene er i hovedsak konseptuelle, empiriske eller praksisbaserte, og vi publiserer også bokanmeldelser av nye, relevante utgivelser.

*Uniped* ønsker stor bredde i tidsskriftets innhold og at ulike disipliner og profesjoner skal være representert. Artiklene er fagfellevurdert (*peer reviewed*) av forskere utenfor redaksjonen, og tidsskriftet er rangert på nivå 1 i Universitets- og høgskolerådets oversikt over godkjente vitenskapelige publiseringskanaler.

Alt innhold i tidsskriftet er åpent tilgjengelig på nett for alle (*open access*). Artiklene publiseres i henhold til åndsverksloven og Creative Commons-lisensen CC BY 4.0.

*Unipeds* lesere er blant annet forskere og lærere i hele bredden av fag i høyere utdanning. Artiklene er i hovedsak på norsk, men vi publiserer også bidrag på dansk, svensk og engelsk.

---

## REDAKTØR

Line Wittek

## REDAKSJONSSEKRETÆR

Aud Aasen

## REDAKSJONSKOMITÉ

Ragnhild Sofie Sandvoll, UiT – Norges arktiske universitet

Hans Erik Lefdal, Norges miljø- og biovitenskapelige universitet (NMBU)

Yael Harlap, Universitetet i Bergen

Roar C. Pettersen, Høgskolen i Østfold (HiOF)

Helge Ivar Strømsø, Universitetet i Oslo

Vidar Gynnild, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU)

Omslagsdesign: Kord AS

Innholdsdesign og sats: Laboremus Sandefjord AS

ISSN online: 1893-8981

DOI: 10.18261/issn.1893-8981

© Universitetsforlaget 2016. Alle rettigheter knyttet til logo, omslag, kolofon, innholdsfortegnelse og nettfomater forvaltes av Universitetsforlaget.

# Uniped

4-2016, årgang 39

## LEDER

På vei mot en ny lege – eller?

*Anita Iversen*

*Torsten Risør*

SIDE 291

## ARTIKLER

Legeutdanning i og for distriktene

*Ivar J. Aaraas*

SIDE 293

Medisinsk grunnutdanning – hvordan har universitetene forholdt seg til signaler om nye kompetansekrav?

*Jan C. Frich*

SIDE 304

Brukermedvirkning og mestring – emner i fremtidens legeutdanning?

*André Vågan*

*Helge Skirbekk*

SIDE 316

Fronesis som kunnskapsform i legeutdanningen

*Sylvi Stenersen Hovdenak*

SIDE 330

Hvordan kan legestudiet ivareta grunnleggende profesjonelle verdier?

*Per Brodal*

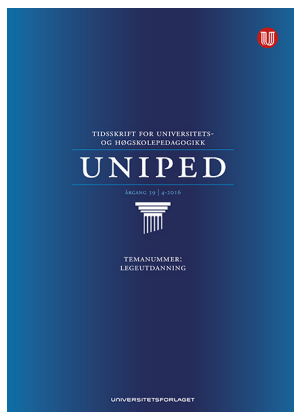
SIDE 345

Dannelse til lege. Pasientkontakt og profesjonalitet i første fase av medisinstudiet

*Edvin Schei*

SIDE 357





Uniped, volume 39  
no. 4-2016 p. 291–292  
ISSN online: 1893-8981  
DOI: 10.18261/issn.1893-8981-2016-04-01

# På vei mot en ny lege – eller?

**Anita Iversen**

Førsteamanuensis

Senter for helsefaglig pedagogisk utvikling (HelPed), Det helsevitenskapelige fakultet  
UiT Norges arktiske universitet  
anita.iversen@uit.no

**Torsten Risør**

Førsteamanuensis, studieplansjef medisin

Det helsevitenskapelige fakultet  
UiT Norges arktiske universitet  
torsten.risor@uit.no

Medisinsk grunnutdanning er i endring nasjonalt og internasjonalt. I Norge utdannes leger ved fire universiteter; i Bergen, Oslo, Trondheim og Tromsø, og utdanningen har en varighet på 6 år. Tromsø var først ute med en større revisjon og tok opp studenter etter ny studieplan i 2012, i 2014 fulgte Oslo etter. Også i Bergen og Trondheim gjøres endringer som er under implementering. Men hvorfor endre og hvor kommer motivasjonen og drivkraften for endring av legenes grunnutdanning fra? Vi er et samfunn i endring. Kunnskapsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, helsedirektoratet, helsevesenet (primær- og spesialisthelsetjeneste) og ikke minst legene selv er alle bidragsytere når legeutdanningen skal endres. Store endringer i demografi, sykdomspanorama og organisering av helse-tjenesten gir nye føringer for fremtidens sammensatte og komplekse rolle som lege. «Pasientens helsetjeneste» er det nye mantra hvor samhandling mellom pasient/bruker, ulike profesjonsgrupper og spesialiteter på tvers av sektorer i helse- og sosialtjenesten står i fokus. Forebyggende og helsefremmende tiltak, samt avansert og komplisert behandling innen psykiatri, rus, eldremedisin, kreft og så videre skal skje nær der pasient/bruker bor. Som ferdig utdannet lege skal man altså beherske mange roller, man skal være medisinsk ekspert, kommunikator, akademiker med vitenskapelig holdning til fagområdene, profesjonell yrkesutøver, samarbeidspartner, leder og helseopplyser. Rask utvikling i medisinske fag og medisinsk diagnostikk krever at legen utvikler et solid kunnskapsgrunnlag i løpet av grunnutdanningen hvor kunnskapshåndtering, kommunikasjon, veiledning og kritisk refleksjon over egen praksis blir viktig grunnlag for livslang læring i legeryrket. Men 6 års studier kan umulig romme alt? Hva skal eventuelt prioriteres inn når grunnutdanningen for leger skal endres? I dette temanummeret har vi invitert forskere og lærere med kunnskap om og lang erfaring fra medisinsk grunnutdanning til å bidra med en bredere innsikt i – og innspill til veien mot utdanning av en ny lege. Ivar Aaraas gjør et historisk tilbakeblikk i den første artikkelen og peker på erfaringer fra og betydningen av legestudentenes praksis i primærhelsetjenesten. Legeutdanningen i Tromsø var i 1971 nyskapende, fremtidsrettet og en pioner i utdanning av kompetente leger ved å ta i bruk primærhelsetjenesten og distriktene som undervisningsarena. Aaraas løfter frem nettopp denne undervisningsarenaen som et mulighetsrom for videre utvikling av fremtidens lege.



UNIVERSITETSFORLAGET

Også i artikkelen til Jan C. Frich omtales Norske helse- og utdanningsmyndigheters føringer for at utdanning av leger må få en sterkere orientering mot kommunale helse- og omsorgstjenester hvor blant annet samhandling, tverrfaglighet, brukermedvirkning og pasientløpstenkning får større fokus. Frich legger i sin analyse av offentlige dokumenter, rapporter og utredninger fokus på hvilke signaler norske myndigheter har gitt med hensyn til innhold i medisinstudier og synliggjør hvordan grunnutdanningene har forholdt seg til disse.

«Pasientenes helsetjeneste» plasserer brukeren i sentrum. Flere og flere pasienter og brukere vil leve med kronisk sykdom og langvarige helseutfordringer, spørsmålet er om den nye legen har kompetanse til å veilede denne pasientgruppen til medvirkning og mestring? André Vågan og Helge Skirbekk deler eksempler på pasient-/brukermedvirkning i undervisning og læring ved ulike medisinske utdanninger internasjonalt, og diskuterer potensialet for mer systematisk fokus på brukermedvirkning og mestring som en integrert del av undervisningen her hjemme.

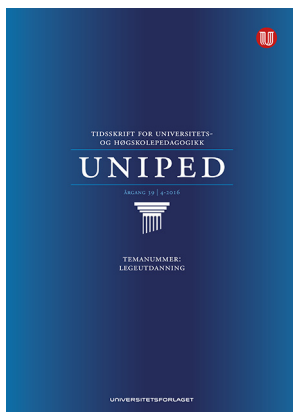
De tre gjenstående artiklene har profesjonalitet i legeutdanningen som felles innfallsvinkel for utvikling av medisinsk utdanning, med eksempler fra henholdsvis Tromsø, Bergen og Oslo. Sylvi Stenersen Hovdenak driver følgeforskning på revisjon av studieplanen i Tromsø hvor hun følger studenters læringsprosess ved ny og gammel studieplan. Stenersen diskuterer, problematiserer og relaterer den aristoteliske kunnskapsformen fronesis, eller praktisk klokskap, til dagens profesjonsutdanning i medisin. Budskapet er klart: klinisk undervisning er og blir viktig i utdanning av leger og det er i denne undervisningskonteksten studentene kan utvikle refleksjon, problemløsning og forholde seg til vanskelige spørsmål, skriver Hovdenak. Med empiri viser hun hvordan fronesis kommer til uttrykk i undervisning, læring og utvikling av profesjonalitet.

Per Brodal bidrar med viktige perspektiver i debatten om utvikling av profesjonelle verdier i fremtidens legeutdanning. Artikkelen tematiserer hvorvidt dagens helsevesen truer legeprofesjonens grunnleggende verdier, og Brodal diskuterer hvordan læringsmiljø, integrasjon, kontinuitet, interprofesjonelt samarbeid og vurdering utgjør sentrale faktorer for ivaretagelse av disse grunnleggende profesjonelle verdiene.

I Bergen danner kurset «pasientkontakt» – PASKON grunnlaget for Edvin Scheis refleksjoner om undervisning for utvikling av medisinsk profesjonalitet. Med overlapp til fronesis i Tromsø og Vågan og Skirbekks fokus på pasient/bruker som ressurs i utdanning, beskriver Schei en modell for læring av profesjonalitet som kan være et eksempel i utdanning mot en ny lege.

Alle bidragene synliggjør erfaringer og eksempler som kan bidra til endring og utvikling i utdanning av leger, men får vi en ny lege? Forskning på og om legeutdanning, studenters læring og pasientens helsetjeneste vil kunne gi oss flere svar på veien mot en ny lege.

Lag deg en god lesestund!



Uniped, volume 39  
no. 4-2016 p. 293–303  
ISSN online: 1893-8981  
DOI: 10.18261/issn.1893-8981-  
2016-04-02

FAGFELLEVDERT ARTIKKEL

# Legeutdanning i og for distriktene

Ivar J. Aaraas

Professor, lege

UiT Norges arktiske universitet / Nasjonalt senter for distriktsmedisin

ivar.aaraas@uit.no

## SAMMENDRAG

Med medisinstudiet i Tromsø som utgangspunkt belyser vi den internasjonale utviklingen av distriktsorienterte legeutdanninger fra 1960-tallet og fram til i dag. Basert på ulike perspektiver; universitetenes, studentenes, lærernes, pasientenes og befolkningens perspektiver, framlegges erfaringer med å anvende distriktene og kommunehelsetjenesten som undervisningsarena i legers grunnutdanning. De distriktsorienterte modellene har vist seg nyttige for å rekruttere leger til distrikter og underprivilegerte områder – og for å bidra til mer likeverdig helsetjeneste for befolkninger i disse områdene. Dessuten er modellene vel tilpasset framtidens kompetanseutfordringer med økte krav til samhandling og overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten.

## Nøkkelord

legeutdanning, distrikt, primærhelsetjeneste, rekruttering, tilgjengelighet til helsetjenester

## ABSTRACT

With the medical school in Tromsø as an original example, we describe the international development of rurally oriented medical education from the 1960s until today. Based on the perspectives of involved partners (universities, students, teachers, patients and populations), we present experiences with rural communities and primary care as locations for undergraduate medical education. These models have turned out to be useful for recruiting doctors to rural and underprivileged areas, and for improving equity of care for populations in these areas. In addition, the models are well adjusted to meet future challenges for competence related to co-ordination of care and tasks transferred from specialist to primary health care.

## Keywords

rural medical education, primary health care, recruitment, access to health care

## INNLEDNING

*Medisinsk Studieplan Universitet i Tromsø* (1971) var nyskapende, ofte omtalt som «Den halvørde», et navn i stil med layout, innhold og tidens politiske strømninger.



Studieplanen innledet en ny æra i norsk legeutdanning, med vekt på tidlig pasientkontakt og integrert undervisning om hvordan helse og sykdom skapes og påvirkes av biologiske, sosiale og samfunnsmessige forhold. Viktige spørsmål i studieplanen var: Hva slags arbeid går norske leger til? Og hvordan kan man gi dem riktige holdninger og forståelse for at god medisin krever både en vitenskapelig, en samfunnsbevisst og en medmenneskelig holdning?

Planen fastslo at utviklingen av spesialistfagene bidro til en flukt fra allmennmedisin, noe som skapte store problemer for befolkningens tilgang til legetjenester. For å motvirke dette ønsket man at studiet skulle bidra til innsikt og en positiv holdning til allmennmedisin. Dette ville man oppnå ved å samarbeide med helsetjenesten i den nordlige landsdel. Femte studieår skulle studentene i hovedsak tilbringe utenfor universitetscampus i Tromsø, med praktisk klinisk tjeneste i hele Nord-Norge; 16 uker ved lokalsykehus og 8 uker i primærhelsetjenesten.

## FORFATTERENS BAKGRUNN

Som forfatter anser jeg det formålstjenlig med en innledende avklaring om min bakgrunn og erfaring med medisinsk utdanning. Fra studentutplasseringen i primærhelsetjenesten ble gjennomført første gang (1978) og fram til nylig pensjonering (2014), har jeg medvirket i ulike roller. De første ti–tolv årene deltok jeg aktivt som allmennlege og praksislærer for utplasserte studenter. Den neste tiårsperioden var jeg Universitetets hovedkoordinator for utplasseringen i hele Nord-Norge. I de senere år har jeg hatt en rolle som deltakende observatør i en utvidet koordinatorgruppe bestående av en allmennlege med hovedstilling ved universitetet og tre–fire regionale fylkeskoordinatorer i mindre bistillinger. Gjennom mine roller som deltaker og observatør har jeg fått en positiv innstilling til praksisbasert opplæring og trening av medisinstudenter. Samtidig har jeg fått adgang til å observere problemer og utfordringer på nært hold.

## FORMÅLET MED ARTIKKELEN

Med medisinstudiet i Tromsø som utgangspunkt vil jeg belyse den internasjonale utviklingen av distriktsorienterte legeutdanninger fra 1960-tallet og fram til i dag. Ifølge Gamnes og Rasmussen (2013) var nyvunne erfaringer fra universiteter i Canada, Nederland, England og Israel grunnleggende ved oppstarten av Tromsøstudiet i 1973. Fra 1980-årene har universiteter i Australia, Canada og USA ledet an i denne utviklingen (Greenhill, Walker, & Playford, 2015; MacDowell, Glasser, & Hunsaker, 2013; Norris et al., 2006; Tesson,



Hudson, Strasser, & Hunt, 2009; Worley, Esterman, & Prideaux, 2004). Først vil jeg dokumentere erfaringer med distriktsorienterte studiemodeller ut fra medvirkende institusjoners og grupperes perspektiv: universitetene, studentene, lærerne, pasientene og befolkningen. Deretter vil jeg diskutere modellenes betydning for å imøtekomme framtidens utfordringer ved utdanning av leger.

## UNIVERSITETENE

Ved de medisinske universitetsmiljøene i Norge på 1960-tallet (Oslo og Bergen) var det stor motstand mot i det hele tatt å etablere legeutdanning i Nord-Norge (Bertelsen, 1991; Gamnes, 2013). Torstein Bertelsen (1923–2008), professor i øyesykdommer i Bergen med oppvekst i Nord-Norge, representerte et viktig unntak. Tidlig publiserte Bertelsen (1963) en banebrytende artikkel i *Tidsskrift for Den norske legeförening*, der han viste at leger etter endt utdanning har en klar tendens til å søke arbeid på eller i nærheten av sitt oppvekststed. Artikkelen og Bertelsens videre engasjement for å opprette legeutdanning i Nord-Norge, var blant de avgjørende faktorene da Stortinget i 1968 vedtok å opprette et nordnorsk universitet og et nytt legestudium i Tromsø. En annen forkjemper for legeutdanning i nord var Peter F. Hjort (1924–2011), professor i indremedisin i Oslo. Han påtok seg oppgaven med å planlegge det nye studiet, og ble den første rektor ved Universitetet i Tromsø. Underveis møtte Hjort mye motstand fra det sørnorske medisinske establishment. Men hans ukuelige visjon for et nyskapende studium som skulle forbedre legedekningen og helse-tjenesten til befolkningen i hele Nord-Norge vant fram. Ved utenlandske universiteter; McMaster i Canada, Maastricht i Nederland, Southampton i England og Bercheba i Israel, fant Hjort interessante modeller til støtte for en nyorientering av norsk legeutdanning tilpasset mulighetene og utfordringene i Nord-Norge (Gamnes, 2013). Dermed sørget han for at fremstående internasjonale erfaringer med pasientsentrert og praksisorientert integrert medisinsk undervisning ble inkorporert i Tromsøs studieplan. Ideen om desentralisert klinisk tjeneste i nordnorske lokalsamfunn stammet fra McMaster, ett av Canadas toppuniversiteter, der man hadde gode erfaringer med å prioritere opptak og utplassering av medisinstudenter fra ressursvake nordlige distrikter i provinsen Ontario (Mulloy, 2009). Opplegget var spennende og lærerikt både for studentene og for distriktslegene som var praksislærere, og det bidro sannsynligvis til å rekruttere studenter til senere legearbeid i distriktene. I Norge og i Tromsø tiltrakk Hjort seg et støttende lag av yngre kolleger. Arne Nordøy (f. 1933) og Anders Forsdahl (1930–2006), den gang nyetablerte Tromsø-professorer i henholdsvis indremedisin og allmennmedisin, var ildsjeler og arkitekter for den lange utplasseringen i nordnorske lokalsykehus og hos allmennleger i distriktskommuner. På 1980-tallet sørget Nordøy (1985) og Forsdahl sammen med Fønnebø Knutsen og Johnsen (1986) og Forsdahl et al. (1988) for at nye og positive erfaringer med legeutdanningen i Nord-Norge ble publisert. Dette vakte raskt interesse og anerkjennelse for medisinstudiet i Tromsø, nasjonalt og internasjonalt. Ved de andre norske universitetene kopierte man

tidlig modellen med å utplassere studenter i allmennpraksis, men med kortere utplasseringsperioder enn i Tromsø.

## STUDENTENE

Studentenes erfaringer og evalueringer har vært avgjørende for å lykkes med desentralisert undervisning. Etter utplasseringen har over 9 av 10 studenter evaluert perioden i distriktpraksis som overveiende positiv. Ved en systematisk evaluering etter åtte år (Fønnebø Knutsen et al., 1986), mente studentene at utplasseringen hos allmennleger burde være lenger, mens lærerne mente åtte uker var passe. Studentenes skriftlige kommentarer i evalueringsrapporten fra 2012/13, nylig gjengitt i et kapittel om Tromsø-studiets historie i *The WONCA Rural Medical Education Guidebook*, illustrerer tilfredsheten med læringsutbyttet (Aaraas & Halvorsen, 2014):

- En kjempegod veileder! Flott at man kan forholde seg til EN som lærer deg å kjenne etter hvert, som vet hvor god du er. Når ikke veilederen var til stede, fikk jeg alltid hjelp av noen andre. Sekretærene var utrolig hjelpsomme og hyggelige!
- Fikk se mange pasienter med ulike lidelser. Har fått fjerne f.eks. føflekker, blitt hentet av legene når de hadde noe spennende. Har fått et godt innblikk i hverdagen som allmennlege.
- Veldig lærerikt å være den som først vurderer og konkluderer. Og så får videre veiledning, får være den som legger inn på sykehus osv.
- Jeg tilbrakte en del tid på legevakta, noe jeg synes var utrolig lærerikt. Der hadde jeg opptil 12 pasienter om dagen. Denne perioden har vært den mest lærerike på studiet.

Evalueringsrapporter gjennom alle år fra 1978 og fram til i dag inneholder tallrike lignende uttalelser. Kommentarene illustrerer at studentene får gode muligheter til å trene på praktiske ferdigheter. En positiv følge av dette gjenspeiles trolig i en undersøkelse blant turnusleger, som viste at leger utdannet i Tromsø var tryggere på sine praktiske ferdigheter enn de som var utdannet i Bergen (Kaisen et al., 1984). Når forslag om reduksjon eller fjerning av utplasseringsperioden har kommet opp, det være seg i Tromsø eller ved andre norske universiteter med lignende opplegg, har studentenes protester vært tydelige. Studentenes klare beskjed om ikke å røre ved en undervisningsform de opplever som virkelighetsnær og lærerik, har vist seg avgjørende for å beholde utplasseringen som et utvilsomt kvalitetselement i legestudiet. Tilbakemeldingene fra studentene er hovedgrunnen til at den praktisk-kliniske tjenesten ved lokalsykehus og i distrikt gjerne er betegnet som Tromsøstudiets «flaggskip».

## LÆRERNE

Evalueringen av utplasseringen etter åtte år viste at både lærere og studenter i all hovedsak var positive (Fønnebo Knutsen et al., 1986). I samsvar med veiledningsmanualen utarbeidet av studieledelsen hadde lærerne involvert studentene i alle aspekter av primærhelsetjenesten. Hovedvekten var på pasientrettet klinisk medisin. Dessuten fikk studentene ta del i forebyggende helsearbeid for småbarn, skolebarn og gravide, helsetjenesten for eldre ved hjemmebesøk og i sykehjem og virksomhet relatert til sosial- og trygdemedisin og miljørettet helsevern. Slik fikk studentene være sammen med legens samarbeidspartnere og lære om deres kompetanse og arbeidsområder. Noe varierende fra sted til sted kunne dette være helsesøstre, fysioterapeuter, hjemmesykepleiere, psykologer, tannleger, apotekere, veterinærer, trygdefunksjonærer og andre yrkesgrupper legen samarbeidet med. Det viste seg at studentene i løpet av de første åtte årene fikk en gradvis mer aktiv og selvstendig rolle. «Halvisevalueringen», en obligatorisk samtale midt i utplasseringsperioden mellom praksislærer og student om hva studenten har lært hittil og hva hun/han trenger å lære mer om, har de senere år vært en ordning for å sikre et mest mulig fullverdig læringsutbytte. Ved evalueringen i 2012/2013 rapporterte alle de 77 allmennlegene som var praksislærere i Nord-Norge at studentene hadde gjort det bra. Samtidig hadde flere forslag til hva «deres student» trengte å øve mer på og lære mer om før eksamen. Opp gjennom årene har en rekke studenter fått tillit som ferievikarer i allmennpraksis, etter endt utplassering og før avsluttende eksamen sjetten år. Lærernes mulighet til å bygge trygge relasjoner til studentene og få vurdert deres medisinskfaglige kompetanse over tid antas å ha vært viktig for tilliten og bruken av studenter som vikarer i allmennpraksis.

## PASIENTENE

Før praksisutplasseringen ble innført var et usikkerhetsmoment i hvilken grad pasientene ville godta å komme til en student på allmennelegekontorene. Erfaringen har vist at pasienter helt unntaksvis motsetter seg å møte studenter. Tvert imot har det vist seg at pasientene stort sett er vel tilfredse etter å ha møtt en viderekommen legestudent, en som har avsatt ekstra god tid til å høre på dem og gjøre en grundig undersøkelse. Når studentene i etterkant, gjerne med fastlegen til stede, oppsummerer konsultasjonen, er dette både lærerikt og betryggende for pasientene. Vi har hørt om pasienter som i utgangspunktet var skeptiske til å treffe en student, og som etter konsultasjonen har sagt at de kunne ønske å ha nettopp denne vennlige og dyktige unge «legevikaren» som sin framtidige fastlege. Så langt vi vet, har pasientklager på behandling gitt av medisinstudenter aldri vært til vurdering hos tilsynsmyndighetene, Fylkesmannen eller Statens Helsetilsyn. Basert på skriftlige og muntlige tilbakemeldinger fra mange praksislærere vet vi at studentenes grundighet og refleksjon har bidratt med viktige, nye perspektiver på diagnostikk og behandling for noen av allmennlegenes pasienter. En overveiende erfaring, som også er bekreftet i internasjonale studier, er at viderekommende legestudenter etter en

kort innføringsperiode ikke er en hindring, men heller til hjelp for pasientomsorg og ressursbruk ved legekantorene (Hudson, Knight, & Weston, 2012; Sen Gupta, Murray, McDonnell, Murphy, & Underhill, 2008).

## BEFOLKNINGEN

Som nevnt var et viktig aspekt ved opprettelsen av et legestudium i Tromsø å forbedre tilgangen til lege- og helsetjenester for befolkningen i hele Nord-Norge. I samsvar med Bertelsens funn på 1960-tallet, var ett tiltak for å oppnå dette å prioritere opptak for studenter med oppvekst/tilhørighet i landsdelen (Bertelsen, 1963). De første årene var den nordnorske opptakskvoten relativt beskjedne 25%. Ved en undersøkelse av arbeidssted for de fem første årskullene fant Forsdahl et al. (1988) at andelen som tok arbeid i Nord-Norge var mye høyere for studenter/leger nordfra enn deres kolleger sørfra. Derfor ble den nordnorske opptakskvoten fordoblet til 50 % på 1980-tallet og ytterligere økt til 60 % fra 1998. En undersøkelse av arbeidssted i 2013 for 34 årskull av Tromsøutdannede leger (1611 leger uteksaminert fra 1979 til 2012) viste at en betydelig høyere andel arbeidet i primærhelsetjenesten enn gjennomsnittet blant norske leger, de fleste i Nord-Norge (Aaraas, Halvorsen, & Aasland, 2015). Blant de relativt nyutdannede legene, de som var uteksaminert etter 2005, arbeidet 60 % i Nord-Norge i 2013. Andelen nyutdannede leger som arbeidet i Nord-Norge i 2013 var økt med 10 % i forhold til de første årskullene, da man undersøkte deres arbeidsted etter fem år på 1980-tallet (Forsdahl et al., 1988). Til sammen gir denne dokumentasjonen holdepunkter for at både det å prioritere en nordnorsk kvote ved opptak til studiet og det å involvere studentene i nordnorsk helsetjeneste ved utplasseringen i lokalsykehus og distrikter har vært viktig for å få legene til å slå seg ned og bli i Nord-Norge. Ettersom faktorer utenfor helsetjenesten som utdanning, arbeid, sosiale forhold og livsstil i stor grad avgjør helsetilstanden på befolkningsnivå, er det vanskelig å fastslå sikkert hvordan effekten av utdanning av leger i Nord-Norge har innvirket på befolkningens helse. Det er likevel rimelig å anta at det har vært en positiv og ikke en negativ effekt, tatt i betraktning den betydelige forbedring som har skjedd med folkehelsen i Nord-Norge gjennom de siste førti år, nettopp i den perioden man i Tromsø har utdannet leger i samvirke med helsetjenesten i landsdelen (Statistisk sentralbyrå, 2009).

## DISKUSJON

### Teoretiske perspektiver

Det å prioritere studenter fra distriktene og bruke primærhelsetjenesten/distriktene som læringsarena, kan begrunnes med referanse til ulike teoretiske modeller for karrierevalg: Den eldste modellen (Parson, 1909) og videre utvikling av denne (Holland, 1959), la vekt på en best mulig balanse mellom arbeidstype og personens verdier, interesser og oppveksterfaringer. I senere teorier (Bandura, 1971; Krumboltz, 1979) har man argumentert for at karriere-

valg i stor grad er et resultat av sosial læring og erfaring. Disse teoriene er vel forenlig med hypoteser som er dannet etter 1970 basert på internasjonal empiri og forskning om hva som bidrar til rekruttering i distrikt. De to dominerende hypotesene handler om: (1) «Rural origin» – det å ha oppveksterfaringer fra distrikt, og (2) «Rural exposure» – det å få møte pasienter og lære i distrikts-medisinske settinger i studietiden (Dunbabin & Levitt, 2003).

### Internasjonal utvikling

I 2015 har en rekke helseprofesjonsutdanninger verden rundt inkludert distriktsorienterte moduler i sine programmer ved å tilpasse og videreutvikle undervisningsopplegg av den typen noen få universiteter, deriblant Universitetet i Tromsø, var pioner for på 1970-tallet. Som for Tromsø og Nord-Norge, har et gjennomgående motiv vært å rekruttere leger og annet helsepersonell med riktig forståelse og kompetanse til befolkninger i noen av verdens underprivilegerte distriktsregioner. Nyttan av desentraliserte undervisningsopplegg i samarbeid med lokale leger og andre helseprofesjoner er nå bekreftet i mange internasjonale studier, i første rekke fra universiteter i Canada, Australia og USA (Greenhill et al., 2015; MacDowell et al., 2013; Norris et al., 2006; Tesson et al., 2009; Worley et al., 2004). Dokumentasjon fra alle deler av verden er nylig samlet og utgitt i *The WONCA Rural Medical Education Guidebook* (Chater, Rourke, Couper, Strasser, & Reid 2014). Som tidligere nevnt, er legeutdanningen i Tromsø og i Nord-Norge representert her. Medisinske skoler med undervisningsmoduler som sikrer kontinuitet i relasjonen mellom en student og en allmennlege/mentor og dennes pasienter over en sammenhengende periode utgjør i dag et internasjonalt nettverk: «Consortium for Longitudinal Integrated Clerkships» (CLIC). Interessen for Longitudinal Integrated Clerkships (LICs) har vært raskt økende, noe som blant annet har resultert i etablering av et verdensomspennende forskningsnettverk. Her samler og analyserer man data fra universiteter som benytter kontinuitet i «student-lege/lærer-pasient- relasjonen» som et prinsipp i sine undervisningsprogrammer (Worley et al., 2016). I dette nettverket bidrar også Tromsø med data basert på utplasseringsperioden hos allmennleger. Forkjempere for «kontinuitet» som et organiserende prinsipp for å reformere den kliniske undervisningen ved tradisjonelle legestudier har i stor grad latt seg inspirere av erfaringene med distriktsbasert undervisning (Hirsh, Ogur, Thibault, & Cox, 2007). Nettopp gjennom desentraliserte moduler har man lyktes med å skape meningsfull, virkelighetsnær klinisk trening med kontinuitet i student-lege/lærer-pasientforholdet som et bærende prinsipp. Dette samsvarer med kontinuitet i lege-pasientforholdet, som er en kjerneverdi og et fortrinn i allmennt medisinsk virksomhet. For en fullverdig læringseffekt gjennom kontinuitetsprinsippet er anbefalingen fra CLIC at utplasseringen hos allmennleger bør være tre måneder eller lengre, noe som er gjennomført ved mange utenlandske universiteter. I nyere studier er det vist at LICs er fordelaktig for studentenes evne til pasientomsorg, samarbeid og bidrag til lokalsamfunnet (Hudson et al., 2012; Myhre, Woloschuk, & Pedersen, 2014; Poncelet et al., 2013).

## Utdanningskvalitet

Blant en del universitetsansatte finnes fortsatt mangelfull forståelse for betydningen av å bruke primærhelsetjenesten og distriktene som undervisningsarena. Det viste seg i Oslo for noen år siden da man foreslo å nedlegge praksisutplasseringen der. Og det viste seg nylig i Tromsø da man foreslo å redusere utplasseringstiden i distrikt med to uker, på tross av klare føringer om det motsatte i den pågående studieplanrevisjonen. Argumentene var dels økonomiske (budsjettmessige innsparinger og omprioriteringer), dels faglige (mer tid til undervisning i spesialistfag). Både i Oslo og i Tromsø var motargumentene klare og entydige, særlig fra studentene og fra det allmenmedisinske fagmiljø. Forslagene ble trukket tilbake. Tilsvarende skepsis har man også møtt internasjonalt ved etablering av nye distriktsorienterte utdanningsmodeller (Tesson et al., 2009). Mye av skepsisen synes basert på en forestilling om at medisinsk undervisning av høy kvalitet utelukkende kan foregå på universitetssykehus og gis av spesialister med forskningserfaring. Det finnes ikke forskningsmessig belegg for en slik forestilling. Tvert imot viste Worley (2004) i en studie fra Australia at studenter som hadde gjennomgått distriktsbaserte utdanningsopplegg hadde like gode eller bedre eksamensprestasjoner enn studenter fra tradisjonelle utdanninger. Det er uansett viktig med systematisk og vedvarende årvåkenhet for å sikre at kvaliteten på den undervisning som gis ute i kommunene holder mål. På slutten av 1990-tallet erfarte vi manglende stabilitet med økende bruk av korttidsvikarer i mange nordnorske distriktskommuner (Andersen, Herder, & Forsdahl, 1999). Tilbakemeldinger om dårlig studentveiledning i noen av disse kommunene ble en vekker. Dette førte til at universitetet satte i gang utviklingsprosjekter i samarbeid med nordlige og sentrale statlige helsemyndigheter (Helse Nord og HOD/Helsedirektoratet) for å bygge bro mellom akademi og praksis og styrke rekruttering og stabilitet blant leger i distriktskommuner (Aaraas, Hasvold, Andersen, Swensen, & Straume, 2000). Fra 2007 ble prosjektene samlet under en paraply ved opprettelsen av Nasjonalt Senter for Distriktsmedisin (NSDM) (Aaraas & Swensen, 2008). Som leder av NSDM (2007–2013) har jeg (artikkelens forfatter) hatt en rolle som deltakende observatør i koordinatorgruppen som har faglig ansvar for utplasseringen. I denne rollen har jeg deltatt i gruppens arbeidsmøter, og jeg har medvirket i planlegging og gjennomføring av det årlige praksislærerkurset, som er et viktig forum for tilbakemeldinger og kvalitetssikring av undervisningen. Mitt helhetsinntrykk basert på skriftlige og muntlige tilbakemeldinger fra lærere og studenter er at praksisundervisningen stadig holder god kvalitet. Vedvarende og hovedsakelig gode erfaringer med desentraliserte undervisningsmoduler gjelder ikke bare leger, men også andre helseprofesjonsutdanninger (Jensen, 2008; Nordbye & Skaalvik, 2013). En formålstjenlig videreutvikling kan være felles utplassering av ulike profesjonsutdanninger samtidig i samme kommune. Nettopp dette er nylig gjennomført i et pilotprosjekt med lovende erfaringer (Ytreberg, Nordbye & Linaker, 2015).

## Økonomi

Når det gjelder økonomiske vurderinger, bør disse baseres på en samfunnsøkonomisk helhetsanalyse. Ved en slik tilnærming har man ved Northern Ontario School of Medicine funnet at utvidet utplassering og undervisning av legestudenter i lokalsamfunn er lønnsomt for økonomi og utvikling i en hel region (Hogenbirk et al., 2015). Ved universitetenes budsjettprioriteringer blir praksisutplassering lett vurdert som en utgiftspost man kan redusere eller fjerne. Det er en stor utfordring ved utdanning av leger og annet helsepersonell i og for distriktene å få forståelse for at denne virksomheten må ses i et helhetlig samfunnsøkonomisk perspektiv. Primært går utfordringen til statlige bevilgende myndigheter. Tre departementer med ansvar for henholdsvis undervisning, kommuner og helse må samarbeide og bidra med samordnede tilskudd. Og tilskuddene må fordeles slik at ledere ved universitetene og i kommunene ser at praksisbasert utdanning av leger og annet helsepersonell er økonomisk fordelaktig.

## Framtidsperspektiver

Ved utdanning av framtidens leger vil det å utvikle evne til samarbeid og god sammenhengende pasientomsorg være sentrale utfordringer, ikke minst fordi en økende andel av pasientene vil være kronisk syke og eldre mennesker. I samsvar med samhandlingsreformen skal behandling og omsorg i stadig større grad foregå i lokalsamfunnet, i hjem, sykehjem og helsesentra i regi av leger og annet helsepersonell i primærhelsetjenesten. Studentene må lære å forstå viktigheten av samhandling og sammenhengende pasientforløp, og den avgjørende rolle familie og lokale forhold spiller for sykdomsutvikling, omsorg og tilfriskning. Det er grunn til å tro at dette oppnås på en fordelaktig måte gjennom utplasseringer med «student-lege/lærer-pasient-kontinuitet» som et organiserende prinsipp.

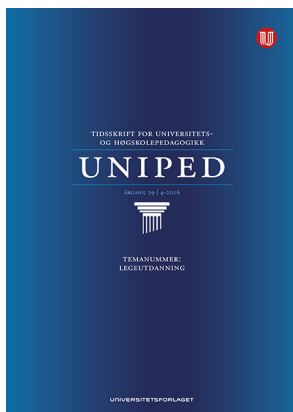
Tromsøs «gamle» studieplan fra 1971 var nyskapende og framtidsrettet. De viktigste målsetningene i den gamle planen er også nedfelt i den nye studieplanen som nå er under innføring. Foruten å bevare den eksisterende utplasseringen i nordnorske lokalsykehus og distrikter uavkortet for alle studentene, er det lagt opp til utvidet bruk av desentraliserte undervisningsopplegg. Mest radikalt er at en andel av studentene (30–40 %) vil ha all undervisning og all klinisk tjeneste ved sykehus og i primærhelsetjenesten i Nordland og Finnmark gjennom hele 5. og 6. studieår. Dette er allerede gjennomført for Nordland, og erfaringene hittil er gode. Dette gir grunn til å tro at den nye studieplanen i framtiden vil befeste renommeet om en nyskapende og framtidsrettet legeutdanning i Tromsø og i Nord-Norge, nasjonalt og internasjonalt.

## LITTERATUR

- Aaraas, I. J., & Halvorsen, P. A. (2014). Developing rural medical schools: The history of Tromsø and Northern Norway. I A. B. Chater, J. Rourke, I. D. Couper, R. P. Strasser, & S. Reid (Red.), *The WONCA Rural Medical Education Guidebook* (s. 1–11). World Organization of Family Doctors (WONCA): WONCA Working Party on Rural Practice, 2014. Hentet fra [www.globalfamilydoctor.com](http://www.globalfamilydoctor.com).
- Aaraas, I. J., Halvorsen, P. A., & Aasland, O. G. (2015). Supply of doctors to a rural region: Occupations of Tromsø medical graduates 1979–2012. *Medical Teacher*, 26, 1–5.
- Aaraas, I. J., Hasvold, T., Andersen, F., Swensen, E., & Straume, K. (2000). *Legeflukten fra distriktene. Betenkning til Sosial- og helsedepartementet*. Tromsø: Universitetet i Tromsø, Institutt for samfunnsmedisin.
- Aaraas, I. J., & Swensen, E. (2008). National Centre of Rural Medicine in Norway: a bridge from rural practice to the academy. *Rural and Remote Health*, 8, 948.
- Andersen, F., Herder, O., & Forsdahl, A. (1999). Kommunelegetjenesten i Nord-Norge 1995–97. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 119, 1296–8.
- Bandura, A. (1971). *Social learning theory*. Morristown, N. J.: General Learning Press.
- Bertelsen, T. I. (1963). Hvor kommer legene fra og hvor blir de av? *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 83, 861–70.
- Bertelsen, T. I. (1991). *Kampen for et medisinsk fakultet i Tromsø*. Bergen: eget forlag.
- Chater, A. B., Rourke, J., Couper, I. D., Strasser, R. P., & Reid, S. (Red.) (2014). *The WONCA Rural Medical Education Guidebook*. World Organization of Family Doctors (WONCA): WONCA Working Party on Rural Practice, 2014. Hentet fra [www.globalfamilydoctor.com](http://www.globalfamilydoctor.com).
- Dunbabin, J., & Levitt, L. (2003). Rural origin and rural medical exposure: their impact on the rural and remote medical workforce in Australia. *Rural and Remote Health*, 3. Hentet fra [http://www.rrh.org.au/publishedarticles/article\\_print\\_212.pdf](http://www.rrh.org.au/publishedarticles/article_print_212.pdf).
- Forsdahl, A., Grundnes, O., Eliassen, H., Gamnes, J., Hagland, R., & Ytrehus, I. (1988). Hvor blir Tromsølegene av? *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 108, 1225–30.
- Fønnebø Knutsen, S., Johnsen, R., & Forsdahl, A. (1986). Practical training of medical students in community medicine. Eight years' experience from the University of Tromsø. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 4, 109–14.
- Gamnes, J., & Rasmussen, K. (Red.) (2013). *Fra fagområdet medisin til Det helsevitenskapelige fakultet: Det medisinske fakultets historie*, Universitetet i Tromsø. Stamsund: Orkana forlag.
- Greenhill, J. A., Walker, J., & Playford, D. (2015). Outcomes of Australian rural clinical schools: a decade of success building the rural medical workforce through the education and training continuum. *Rural and Remote Health*, 15, 2991.
- Hirsh, D. A., Ogur, B., Thibault, G. E., & Cox, M. (2007). «Continuity» as an Organizing Principle for Clinical Education Reform. *The New England Journal of Medicine*, 356, 8.
- Hogenbirk, J. C., Robinson, D. R., Hill, M. E., Pong, R. W., Minorer, B., Adams, K., . . . Lipinski, J. (2015). The economic contribution of the Northern Ontario School of Medicine to communities participating in distributed medical education. *Canadian Journal of Rural Medicine*, 20(1), 25–32.
- Holland, J. L. (1959). A theory of vocational choice. *Journal of counselling psychology*, 6, 35–45. Trykket på nytt i J. F. Adams (Red.) (1965), *Counselling and guidance – A summary view*. New York: The Macmillan Company.
- Hudson, J. N., Knight, P. J., & Weston, K. M. (2012). Patient perceptions of innovative longitudinal integrated clerkships based in regional, rural and remote primary care: a qualitative study. *BMC Family Practice*, 13, 72.
- Jensen, E. B. (2008). *Fra krisetiltak til suksesshistorier. Desentraliserte profesjonsutdanninger i Troms 1978–2008*. Stamsund: Orkana forlag.



- Kaisen, A., Kjetså, G. A., Lie, R. K., Hjetland, R., Haaland, P. T., Møller, P., . . . Mæland, J. G. (1984). Interns' evaluation of their preparation for general practice: A comparison between the University of Tromsø and the University of Bergen. *Medical Education, 18*, 349–54.
- Krumboltz, J. D. (1979). A social learning theory of career decision making. I A. M. Mitchell, G. B. Jones, & J. D. Krumboltz (Red), *Social learning and career decision making*. (19-49). Cranston, RI: Caroll Press.
- MacDowell, M., Glasser, M., & Hunsaker, M. (2013). A decade of rural physician workforce outcomes for the Rockford Rural Medical Education (RMED) Program. University of Illinois. *Academic Medicine, 88*(12), 1941–7.
- Mulloy, J. (2009) The rural physician and medical education. I G. Tesson, G. Hudson, R. Strasser, & D. Hunt (Red.), *The making of the Northern Ontario School of Medicine. A case study in the history of medical education* (s. 47–61). Montreal: McGill-Queen's University Press.
- Myhre, D. L., Woloschuk, W., & Pedersen, J. S. (2014). Exposures and attitudes toward interprofessional teams: a three-year prospective study of longitudinal integrated clerkships versus rotation-based clerkship students. *Journal of Interprofessional Care, 28*(3), 270–2.
- Nordbye, B., & Skaalvik, M. W. (2013). Decentralized nursing education in Northern Norway: towards a sustainable recruitment and retention model in Arctic healthcare services. *International Journal of Circumpolar Health, 72*, 22793.
- Nordøy, A. (1985). Tromsø: Lessons from a new curriculum. *Lancet, 326*, 485–7.
- Norris, T. E., Coombs, J. B., House, P., Moore, S., Wenrich, M. D., & Ramsey, P. G. (2006). Regional solutions to the physician workforce shortage: The WWAMI experience. *Academic Medicine, 81*(10), 857–62.
- Parson, F. (1909) *Choosing a vocation*. Boston: Houghton Mifflin.
- Poncelet, A. N., Wamsley, M., Hauer, K. E., Lai, C., Becker, T., & O'Brien, B. (2013). Patient views of continuity relationships with medical students. *Medical Teacher, 35*(6), 465–471.
- Sen Gupta, T. K., Murray, R. B., McDonell, A., Murphy, B., & Underhill, A. D. (2008). Rural internships for final year students: clinical experience, education and workforce. *Rural and Remote Health, 8*, 827.
- Statistisk sentralbyrå (2009). <http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/er-helse-avhengig-av-hvor-vi-bor>
- Strasser, R., & Hirsh, D. A. (2011). Longitudinal integrated clerkships: Transforming medical education worldwide? *Medical Education 45*, 436–437.
- Tesson, G., Hudson, G., Strasser, R., & Hunt, D. (Red.) (2009). *The making of the Northern Ontario School of Medicine. A case study in the history of medical education*. Montreal: McGill-Queen's University Press.
- Worley, P., Esterman, A., & Prideaux, D. (2004). Cohort study of examination performances of undergraduate medical students learning in community settings. *BMJ, 328*(7433), 207–9.
- Worley, P., Couper, I., Strasser, R., Graves, L., Cummings, B-A., Woodman, R., . . . the CLIC collaboration. (2016). Research Collaborative. A typology of longitudinal integrated clerkships. *Medical Education, 50*(9), 922–933. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/medu.1384>.
- Ytreberg, B., Nordbye, B., & Linaker, I. (2015). Tverrprofesjonell samarbeidslæring i helsefaglig praksis. *Fysioterapeuten, 10*(15), 32–3.



Uniped, volume 39  
no. 4-2016 p. 304–315  
ISSN online: 1893-8981  
DOI: 10.18261/issn.1893-8981-  
2016-04-03

FAGFELLEVDERT ARTIKKEL

# Medisinsk grunnutdanning

– hvordan har universitetene forholdt seg til signaler om nye kompetansekrav?

Jan C. Frich

Professor

Institutt for helse og samfunn, Det medisinske fakultet

Universitetet i Oslo

jan.frich@medisin.uio.no

## SAMMENDRAG

Kunnskapsutviklingen innen medisin, ny teknologi og endringer i befolkningens forventninger og behov fører til stadige endringer i helsevesenet. Hvilke signaler har norske myndigheter gitt de siste ti år når det gjelder innholdet i medinstudiet, og hvordan har norske universiteter forholdt seg til disse? En gjennomgang av offentlige dokumenter og rapporter viser at norske helse- og utdanningsmyndigheter forventer at nyutdannede leger tilegner seg kunnskap om kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet og har forståelse for systemer og behandlingsforløp. Det kreves videre at leger kan samarbeide i team på tvers av tjenestenivåer og profesjonelle grupper, kan involvere pasienter og brukere, og har kompetanse innen elektronisk samhandling og forebyggende helsearbeid. Norske universiteter har forholdt seg til nye kompetansekrav og signaler fra myndighetene ved å iverksette endringer og revisjoner i de medisinske studieplanene. Utviklingen av medinstudiet fordrer dialog mellom universitetsmiljøene og nasjonale og internasjonale fag- og forskningsmiljøer, myndigheter, studenter, arbeidsgivere og representanter for brukere og pasienter. Statlig detaljstyring av studiets innhold vil kunne hemme lokal innovasjon og universitetenes eget kontinuerlige arbeid med å utvikle og kvalitetssikre studieplanene.

## Nøkkelord

medinstudiet, profesjonalitet, kompetanse, regulering

## ABSTRACT

Advancement in medical knowledge and technology, and changes in the population's expectations and needs lead to constant changes in health care. What requirements have Norwegian governmental authorities articulated during the last ten years about the content of basic medical education, and how have Norwegian universities responded to these signals? A review of public documents and reports shows that Norwegian authorities expect that medical graduates acquire knowledge of quality improvement and patient safety, and understand systems and care pathways. It is required that graduates are able to work in teams across service levels and professional groups, have competencies in patient and user involvement, and have acquired expertise in electronic

  
UNIVERSITETSFORLAGET

 idunn.no  
Nordiske tidsskrifter på nett

This article is downloaded from [www.idunn.no](http://www.idunn.no). © 2016 Author(s). This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons CC-BY 4.0 License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), allowing third parties to copy and redistribute the material in any medium or format and to remix, transform, and build upon the material for any purpose, even commercially, provided the original work is properly cited and states its license.

communication and preventive health care. Norwegian universities have responded to new competence requirements and signals from governmental authorities by implementing changes and revisions in the medical curricula. Developing medical curricula requires a dialogue between universities and national and international professional organisations and research communities, governmental authorities, students, employers, and representatives of users and patients. Detailed governmental regulation of the medical curriculum may inhibit local innovation and universities' continuous work with quality assurance development of the curricula.

#### Keywords

medical curriculum, professionalism, competency, regulation

## BAKGRUNN

Da de første tre norske medisinstudentene startet ved Det kongelige Fredriks Universitet i Christiania høsten 1814 fantes det ikke noen medisinsk studieplan (Larsen, 2002). Mange steder i Europa var utdanningen av medisinerer (*medici*) og kirurger (*chirurgici*) adskilt, og det norske studiet var å regne som innovativt etter datidens målestokk, ettersom det inneholdt både medisinske og kirurgiske fag. Ti år senere ble det bestemt at embetseksamen i medisin i Christiania skulle omfatte fagene «naturhistorie, kjemi, anatomi, fysiologi, farmakologi, patologi, kirurgi og terapi, fødselsvitenskap og statsmedisin» (Larsen, 2002). Medisinstudiet i Oslo er siden blitt revidert en rekke ganger, og et tilbakevendende skisma har vært balansen mellom en vitenskapelig og praktisk orientering i undervisningen (Larsen, 2002).

### Kompetansebasert medisinsk utdanning

I 2010 publiserte Lancet-kommisjonen *Education of health professionals for the 21st century* en toneangivende artikkel om medisinsk utdanning (Frenk et al., 2010). Kommisjonen anla et globalt perspektiv og rapporterte om at det i mange land var et misforhold mellom helsevesenets og samfunnets behov for medisinsk kompetanse og innholdet i de medisinske grunnutdanningene. Kommisjonen mente det var nødvendig med reformer hvor kompetansekrav ble gjort eksplisitt og studiets innhold ble tilpasset samfunnets behov. Kompetansebasert medisinsk utdanning er siden etablert som begrep internasjonalt (Hawkins et al., 2015; Holmboe, 2015; Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 2016) og bærer bud om en forpliktende dialog mellom utdannelseinstitusjoner, helsevesen og samfunn. Denne trenden er i tråd med *Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for livslang læring*, hvor kvalifikasjoner skal tydeliggjøres gjennom beskrivelser av forventet læringsutbytte som skal være styrende for innholdet i utdanningene (Kunnskapsdepartementet, 2011).

### Regulering av innholdet i medisinstudiet

I 1814 kunne professorene i Christiania alene bestemme innholdet i medisinstudiet. Slik er det ikke lenger. I prinsippet kan ytre regulering av studiet foregå gjennom internasjonale retningslinjer og krav, nasjonale lover, forskrifter og rammeplaner, tilsyn og akkreditering og lovregulering av legeyrket (Caspersen, 2012). Norske universiteter må blant annet forholde seg til at europeisk godkjenning av norsk autorisasjon som lege forutsetter at medisinstudiet har et omfang på seks år og 5500 timer (European Commission, 2011). Artikkel 24 i det europeiske yrkeskvalifikasjonsdirektivet stiller krav om at studiet skal inneholde basalmedisinsk kunnskap, kunnskap om atferd, undervisning og praksis i kliniske fag (European Commission, 2005).

Universitetenes institusjonelle frihet er en grunnleggende verdi (NOU 2006: 19), samtidig som universitetene blir gjenstand for ulike former for ytre styring (Austin & Jones 2016). Det synes å være enighet internasjonalt om at friheten er blitt satt under økt press, med mer detaljert ytre styring og økende krav til at kjernevirksomheten skal være relevant og samfunnsnyttig (Austin & Jones, 2016; Gibbons et al., 1994; Henkel, 2007; Olssen & Peters, 2005). *Lov om universiteter og høyskoler* § 1-5 fastslår på den ene siden at norske universiteter skal fremme og verne akademisk frihet og står fritt til å bestemme det faglige innholdet i undervisningen, samtidig som lovens kapittel 3 åpner for betydelig grad av ekstern myndighetsstyring. Departementet har hjemmel i loven for å føre tilsyn med institusjonene og kan fastsette nasjonale rammeplaner for enkelte utdanninger. Det eksisterer ingen rammeplan for det universitetsbaserte medisinstudiet i Norge. Helse- og utdanningsmyndighetene har likevel de siste ti år utøvd indirekte styring gjennom tydelige signaler om hvilken kompetanse man forventer nyutdannede leger skal ha.

### Helsepolitisk kontekst

Samhandlingsreformen som ble implementert i 2012 er ett svar på økningen i antall personer med livsstilssykdom, psykiske lidelser og eldre og kronisk syke med sammensatte behov (St.meld. nr. 47 (2008–2009)). En bærende idé i reformen er at en større andel av tjenestene i fremtiden vil ytes i primærhelsetjenesten og at spesialisthelsetjenesten skal avlastes, for å bli bedre i stand til å ivareta sine spesialiserte funksjoner. Parallelt med samhandlingsreformen er det kommet en ny lov om folkehelsearbeid (2012) som vektlegger kommunens ansvar for å jobbe tverrsektorielt for å fremme folkehelsen. Myndighetene har stilt økt krav til kvalitet i tjenestene og har pekt på at oppgaver i helsetjenesten vil fordeles på nye måter, med økte krav til evne til samarbeid og samhandling (Meld. St. 26 (2014–2015); Meld. St. 11 (2015–2016)). *En innbygger – en journal* (Meld. St. 9 (2012–2013)) varsler en vekst i de digitale kontaktflatene mellom brukere og helsetjenesten. Nye plattformer for gjennomføring av konsultasjoner og profesjonell støtte for brukere vil bli en viktig del av det digitaliserte tjenestetilbudet i morgendagens helsesystemer.

## Formål

Denne artikkelens formål er å undersøke følgende problemstilling: *Hvilke signaler har norske myndigheter gitt de siste ti år når det gjelder innholdet i medisinstudiet, og hvordan har norske universiteter forholdt seg til disse?*

## Metodisk tilnærming

Undersøkelsen er basert på en analyse av offentlige dokumenter, rapporter og utredninger som vedrører medisinstudiet og som er publisert siden 2005. Tekstene er identifisert gjennom søk på Regjeringen.no og nettsidene til Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen (NOKUT), Universitets- og høgskolerådet (UHR) og Helsedirektoratet. Studieplanene ved de fire medisinske utdanningsinstitusjonene i Norge er identifisert gjennom søk på universitetenes hjemmesider. Tekstene er lest og er blitt gjenstand for kvalitativ analyse, hvor tekstavsnitt om medisinstudiet, helsefaglig utdanning mer generelt og begrunnelser for endring av studieplaner er identifisert, samlet i tematiske kategorier og fortolket (Bradley, Curry, & Devers, 2007). Resultatene er organisert i fire hovedkategorier: Myndighetenes signaler til utdanningsinstitusjonene, ønsket om et felles innhold i utdanningene, iverksetting av revisjoner og endring i studieplaner, og eksempler på lokal innovasjon. De to første kategoriene omhandler myndighetenes signaler og de to siste omhandler hva som skjer ved de medisinske utdanningsinstitusjonene.

I studiet av hvordan universitetene har forholdt seg til ytre signaler har Everett M. Rogers' (2003) teori om spredning av innovasjon i sosiale systemer vært brukt som en analytisk og begrepsmessig ressurs. Med innovasjon mener Rogers en idé, en praksis eller en ting som oppfattes som ny av et individ eller en enhet i systemet. Han er særlig interessert i å studere spredning av innovasjoner og hva som påvirker denne. Forhold ved selve innovasjonen kan ha betydning for spredningen, som hvor lett det lar seg gjøre å implementere den. Rogers poengterer at innovasjoner ikke sprer seg mekanisk og lineært, men gjennom dynamiske og komplekse prosesser. Spredningshastigheten skyldes dels at ulike grupper i et sosialt system vil forholde seg ulikt til innovasjoner. Han identifiserer fem idealtyper av «adapters». Innovatørene er gruppen som fascineres av innovasjoner og lanserer nye ideer. De tidlige brukere («early adopters») er som regel mer integrert i systemet og er de man gjerne forhører seg med. Den tidlige majoritet er de som tar i bruk en innovasjon før de fleste, mens den sene majoritet er skeptikere som gjerne må overbevises eller overtales før de gir sin tilslutning til innovasjonen. Etterløperne («laggards») er gjerne mistenksomme og yter gjerne motstand før de eventuelt til slutt tar i bruk innovasjonen, og kanskje på et tidspunkt da den er i ferd med å avløses av en ny innovasjon.

## RESULTATER

### Myndighetenes signaler til utdanningsinstitusjonene

Hovedinntrykket er at myndighetene gjennom dokumenter og meldinger som regel henvender seg til helse- og sosialutdanninger generelt, med noen få unntak. I Norge ga myndighetene et tydelig signal til alle utdanningsinstitusjoner i 2005, blant annet gjennom den nasjonale strategien for kvalitetsforbedring, hvor ett av satsningsområdene var å styrke forbedringskunnskapens plass i utdanningene (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)* (Meld. St. 16 (2010–2011)) bærer bud om samhandlingsreformen og signaliserer at helsefaglige utdanninger i større grad må vektlegge «pasientforløp, samhandlingskompetanse, sterkere brukervedvirkning, forebygging og folkehelsearbeid».

*Utdanning for velferd* (Meld. St. 13 (2011–2012)), også kalt «samspillmeldingen», gir signaler om innholdet i morgendagens helse- og velferdsutdanninger, med direkte adresse til de medisinske universitetsmiljøene:

Dagens høyere utdanninger, og spesielt medisnutdanningen, er i stor grad orientert mot spesialisthelsetjenesten både i undervisning og praksis. Samhandlingsreformen gjør det nødvendig med en sterkere orientering mot de kommunale helse- og omsorgstjenestene både i grunnutdanningen og spesialistutdanningene. Ikke minst bør mer av den praktiske opplæringen skje i kommunene. Samhandling, tverrfaglighet, folkehelse, forebygging, tidlig innsats, brukervedvirkning og pasientforløpstenkning er sentrale begreper i reformen som vil gjenspeiles i de nye helse- og omsorgstjenestene, og som derfor også må gjenspeiles i utdanningene (Meld. St. 13 (2011–2012)).

I meldingen heter det videre:

Samhandlingsreformen forutsetter en dreining av det faglige innholdet i grunnutdanningen i retning av mer allmennmedisinsk teori og mer praksis i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Videre må utdanningen i større grad enn i dag gi kompetanse på helseovervåking, forebygging og tidlig intervensjon, brukervedvirkning, IKT og forbedringsarbeid (Meld. St. 13 (2011–2012)).

Meldingen *God kvalitet – trygge tjenester* (Meld. St. 10 (2012–2013)) fra 2012 signaliserer et behov for at helse- og sosialutdanningene inneholder undervisning om systemforståelse, pasientsikkerhet, kvalitet, ledelse, samhandling og samarbeid i team:

Helse- og sosialfaglige utdanninger på universitets-, høyskole- og videregående nivå må tilpasse undervisningen til dagens og framtidens kvalitetsutfordringer og bidra til økt kompetanse i kvalitetsforbedringsarbeid. Kunnskap om systematisk kvalitetsforbedring skal inngå i alle helse- og sosialfaglige utdanninger. Dette handler både om fagkunnskap og om kunnskap om organisering, arbeidspsykologi og statistikk.

*Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* (Meld. St. 26 (2014–2015)) gir tydelige signaler om en ny, teambasert helse- og omsorgstjeneste, med større vekt på samlokalisering av ulike profesjoner og samarbeid på tvers av fag. *Global helse i utenriks- og utviklingspolitikken* (Meld. St. 11 (2011–2012)) inneholder ikke spesifikke signaler når det gjelder grunnutdanningen i medisin, men bærer bud om en overordnet politisk ambisjon om at Norge skal være en viktig bidragsyter og aktør innen global helse.

### Ønsket om et felles innhold i utdanningene

En idé som ble lansert i *Utdanning for velferd* er at det bør utvikles et «felles innhold» i alle norske helse- og sosialfagutdanninger:

For å sikre brede grunnutdanninger som gir kandidatene en solid velferdsfaglig kunnskapsplattform og forbereder dem på den tverrprofesjonelle yrkesutøvelsen i tjenestene, vil Kunnskapsdepartementet innføre et nytt felles innhold i alle de helse- og sosialfaglige grunnutdanningene. Formålet er å sikre at kandidatene har nødvendige kunnskaper om helheten i helse- og velferdstjenestene, lov- og regelverk og viktige samfunnsutfordringer, samt generell kompetanse som gode kommunikasjons- og samarbeidsevner, evne til å ta i bruk velferdsteknologi og evne til kritisk og etisk refleksjon. Studentene skal forberedes på å arbeide brukerrettet og lære prosesser som legger til rette for å styrke mestring, egenomsorg og funksjonsevne hos dem de senere vil møte i arbeidet (Meld. St. 13 (2011–2012)).

Myndighetene har hatt ambisjon om at et slikt felles pensum skal bidra til å nå målet om at profesjonsutøvere skal utvikle en «dobbel identitet». Ideen er at studentene skal utvikle rollebevissthet og kompetanse som gjør at de kan se seg selv som del av et større velferdssystem der ulike fagpersoner i fellesskap har nødvendig kompetanse til å løse komplekse problemstillinger. Flere meldinger til Stortinget viser siden til dette initiativet, deriblant *Folkehelsemeldingen* (Meld. St. 34 (2012–2013)) og *Nasjonalt helse- og sykehusplan (2016–2019)* (Meld. St. 11 (2015–2016)).

I 2015 ble det på oppdrag fra Kunnskapsdepartementet igangsatt et arbeid med felles innhold i regi av Universitets- og høgskolerådet, og det forelå i 2015 et utkast til læringsutbyttebeskrivelser for et felles innhold myntet på norske helse- og sosialfagutdanninger (Universitets- og høgskolerådet, 2015). Rapporten fra Universitets- og høgskolerådet skisserer ni kompetanseområder som anbefales å inngå i en felles kompetanseplattform: Etisk og verdiforankret praksis; relasjons-, kommunikasjons- og veiledningskompetanse; kulturkompetanse; helse- og sosialpolitisk innsikt og systemforståelse; folkehelsearbeid og arbeidsinkludering; tverrprofesjonell samhandlingskompetanse; kompetanse om sosiale og atferdsmessige risikofaktorer; profesjonell handlingskompetanse og kunnskapsbasert praksis; innovasjons- og endringskompetanse.

### Iverksetting av revisjoner og endring i studieplaner

Alle de medisinske studiestedene i Norge er i gang med revisjoner av sine medisinske studieplaner (Universitetet i Bergen, 2014; Universitetet i Oslo, 2013; Universitetet i Tromsø, 2014; Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 2014). Begrunnelsene som anføres for endringene er knyttet til indre organisatoriske utfordringer, den faglig utviklingen, ønske om å ta i bruk nye pedagogiske metoder og studentevalueringer, men samtlige studiesteder peker også på reformer i helsevesenet og myndighetenes signaler om nye kompetansekrav. Det medisinsk-odontologiske fakultet ved Universitetet i Bergen skriver eksempelvis følgende i innledningen til sin reviderte medisinske studieplan kalt *Medisin 2015*:

Regjeringen la frem stortingsmeldingen om Samhandlingsreformen i juni 2009, hvor det ble presentert et økt samarbeid mellom helsetjenester på alle nivåer, lokalt og regionalt. Dette innebærer også en styrking av primærhelsetjenesten og sykehjemstjenesten, og økt samarbeid mellom lokale og sentrale helsetjenester på spesialistnivå. Vi må forholde oss til dette, og styrke allmenntidens og aldersmedisinens plass. Samtidig må vi øke vekten på samarbeid mellom sykehusene som kompetansesentra med de lokale helsetjenestene. (Universitetet i Bergen, 2014).

Universitetet i Tromsø viser i innledningen til den nye *2012-studieplanen for medisinstudiet til Utdanning for velferd* og signalene Kunnskapsdepartementet gir. Fakultetet peker samtidig på de mange avveininger og hensyn som inngår i utformingen av en medisinsk studieplan:

I denne studieplan har vi søkt å integrere disse forskjellige perspektiver – et nasjonalt politisk perspektiv om utvikling av utdanning og helsetjeneste i Norge, et vitenskapelig perspektiv om kunnskapsbasert medisinsk forskning og legeutdanning internasjonalt, et regionalt perspektiv om de særlige vilkår og oppgaver i Nord-Norge og et pedagogisk perspektiv om å ta utgangspunkt i studenten og anvende relevante pedagogiske metoder. (Universitetet i Tromsø, 2014).

I utredningen *En fornyet og fremtidsrettet legeutdanning ved NTNU* (Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 2014), omtales «ytte føringer» med referanse til samhandlingsreformen og *Utdanning for velferd*. I forbindelse med forarbeidene til revisjonen av medisinstudiet i Oslo og den nye studieplanen *Oslo 2014* ble det gjort en analyse av nye kompetansebehov, med referanse til norske myndigheters signaler og utviklingen internasjonalt (Universitetet i Oslo, 2012).

### Eksempler på lokal innovasjon

Det finnes flere eksempler på innovasjon som er drevet av lokale initiativ knyttet til det enkelte studiested. Ved Universitetet i Bergen er det etablert en ny «profesjonssøyle» i medisinstudiet, undervisningen i kommunikasjon er styr-



ket og medisinstudentene har alt i flere år deltatt i tverrfaglig samarbeids- læring, kalt TVEPS (Universitetet i Bergen, 2016). Ved UiT Norges arktiske universitet er *profesjonell kompetanse* (PROFKOM) og *vitenskapelig kompetanse* (VITKOM) etablert som nye fag (Universitetet i Tromsø, 2014). Ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet har medisinstudentene i flere år deltatt i faget *Ekspertes i team* (EiT) som utvikler studentenes kompetanse i tverrfaglig teamarbeid, og man vil nå vurdere å utvikle en egen variant kalt *Helsearbeidere i team* (Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 2014). Ved Universitetet i Oslo startet man undervisning i ledelse, kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet alt høsten 2006. Prosjektet ble i 2011 videreført som faget *Kunnskapshåndtering, ledelse og kvalitetsforbedring* (KLoK), hvor blant annet simulering i tverrfaglige team inngår som et obligatorisk element (Frich et al., 2012). Nye undervisningsopplegg om brukermedvirkning er innført i studieplanen i Oslo (Lie et al., 2015). Fag og undervisningsopplegg ved de ulike studiestedene har forskjellig betegnelser, men innholdet synes til dels å være overlappende.

## DISKUSJON

Det er de siste ti år iverksatt en rekke reformer i helsevesenet i Norge, og globale helseutfordringer er blitt aktualisert. Norske helse- og utdanningsmyndigheter har i samme periode gitt signaler av betydning for innholdet i medisin- studiet. Signalene i norske offentlige dokumenter og rapporter speiler i stor grad trender som kommer til uttrykk i litteraturen internasjonalt (Busing et al., 2010; Cosgrove, 2014; Frenk et al., 2010; General Medical Council, 2009). Denne undersøkelsen viser at myndighetene forventer at nyutdannede leger til- egner seg kunnskap om kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet og har forstå- else for systemer og behandlingsforløp. Det kreves videre at leger kan samar- beide i team på tvers av tjenestenivåer og profesjonelle grupper, kan involvere pasienter og brukere, og har kompetanse innen elektronisk samhandling og forebyggende helsearbeid.

Undersøkelsen indikerer at de medisinske universitetsmiljøene har vilje og evne til å ta inn over seg nye kompetansekrav og myndighetenes signaler. Universite- tene fremstår ikke som etternølere eller motstandere mot endringer, for å trekke veksler på Rorgers' (2003) teori om spredning av innovasjon. Det finnes en rekke eksempler på at de medisinske universitetsmiljøene har vært innovatører, helt i front av utviklingen når det gjelder pedagogikk og innhold i studieplanene. I mange henseender vil det være rimelig å karakterisere utdanningsinstitusjo- nene som «early adopters», noe de pågående revisjonsprosessene viser.

## Felles innhold i utdanningene?

Myndighetenes ønske om å etablere et felles innhold i alle norske helse- og sosialfaglige grunnutdanninger aktualiserer spørsmål om relasjonen mellom myndigheter og institusjonenes autonomi (Meld. St. 13 (2011–2012)). Det er i

løpet av 2015 utarbeidet et forslag med detaljerte læringsutbyttebeskrivelser (Universitets- og høyskolerådet, 2015). Hvordan vil Kunnskapsdepartementet forholde seg? Vil man etablere en nasjonal rammeplan for felleselementene eller vil man presentere pensumet som veiledende? Hvis departementet vedtar at et spesifikt felles innhold skal implementeres i medisinske studier i Norge, vil dette representere et radikalt utdanningspolitisk vendepunkt i politikken myndighetene har ført overfor universitetene. Man vil bevege seg fra en politikk preget av tillit til institusjonenes evne til selv å bestemme innholdet i studiene til en mer detaljert, ytre styring (Austin & Jones, 2016).

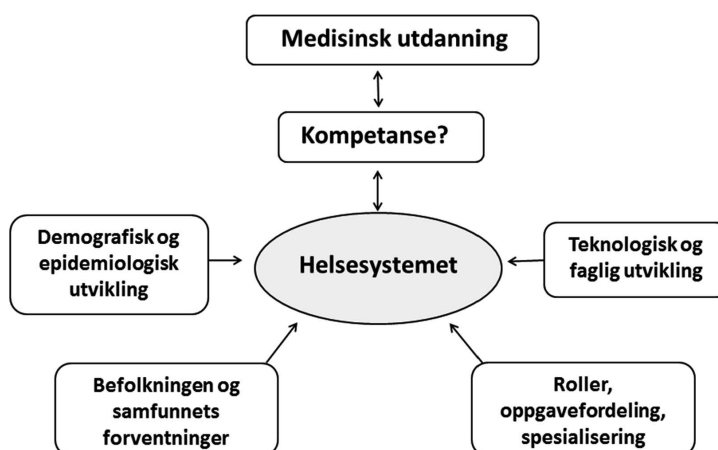
### Samordning gjennom samarbeid

I en rekke europeiske land søker man en økt samordning av innholdet i medisinstudiet. I Storbritannia er det etablert felles læringsmål gjennom dokumentet *Tomorrow's doctors* (General Medical Council, 2009). I Skottland samarbeider medisinske fakulteter om å definere felles læringsmål (The Scottish Doctor, 2016). I Tyskland er det etablert en nasjonal eksamen i regi av *Institut für medizinische og pharmazeutische Prüfungsfragen* (Chenot, 2009). I Sveits gjennomførte man første gang i 2011 en nasjonal eksamen for medisinstudiet (Guttormsen et al., 2013). Et fellestrekk ved initiativene er at de drives frem av utdanningsinstitusjonene og ikke av statlige myndigheter.

I Norge er det en tett dialog på tvers av de fire universitetene. Det arbeides med felles overordnede læringsmål og en nasjonal delprøve i medisin (Valestrand et al., 2016). I 2015 ble det vedtatt nasjonale krav til hvilke praktiske prosedyrer studentene skal beherske ved fullført studium. Samordningsarbeid på tvers av institusjoner tar tid, ettersom studieplaner er organiske helheter hvor det eksisterer en rekke indre og ytre avhengigheter. Dette handler blant annet om tilgang på praksisarenaer, utvekslingsavtaler, samarbeid med andre studieprogram og organisasjoner. Det kan kanskje være fristende for statlige myndigheter å gripe til detaljstyring med hensyn til innholdet i studieplanene, for raskt å kvittere ut politiske mål og ambisjoner. Samtidig vil en slik aktiv detaljstyring kunne ha negative effekter ved å hemme lokal innovasjon og universitetenes eget kontinuerlige arbeid med å utvikle og kvalitetssikre studieplanene. Man risikerer i verste fall å fremme en kultur hvor institusjonene ikke tar rollen som innovatør, men blir avventende og passive etternølere.

### Utvikling gjennom gjensidig dialog

En rekke aktører har interesse i medisinsk grunnutdanning: Nasjonale og internasjonale fag- og forskningsmiljøer, profesjonsforeninger, myndigheter, studenter, arbeidsgivere og representanter for brukere og pasienter. Det er svært lenge siden det enkelte fag eller fakultet fritt kunne definere innholdet i medisinstudiet. I en æra av kompetansebasert medisinsk utdanning må det etableres arenaer for dialog om hvilken kompetanse som er nødvendig for å møte samfunnets og helsevesenets behov (figur 1).



Figur 1. Kompetansebasert medisinsk utdanning, hvor samfunnets behov for medisinsk kompetanse har betydning for innholdet i medisinstudiet.

Det er grenser for hva det er mulig å lære innen rammen av et seksårig medisinsk studium, og det er derfor nødvendig å avstemme hva grunnutdanningen skal dekke og hvilke type kompetanse som må utvikles innen rammen av legers spesialistutdanning (Den norske legeforening, 2015). Også innen andre profesjonsutdanninger, som opererer i spenningsfeltet mellom politikk, vitenskap, profesjonskrav og endringer i samfunnet, vil innholdet i utdanningene måtte avstemmes gjennom dialog med ulike interessenter. Institusjonene må selvsagt anerkjenne myndighetene som en viktig interessent og være lydhør for føringer og signaler. Arenaer for dialog vil være et viktig virkemiddel for å etablere en god balanse mellom overordnet politisk styring og indre selvstyre.

## KONKLUSJON

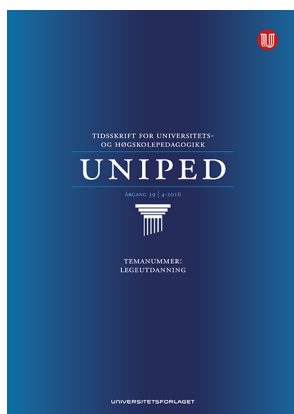
Samfunnets behov for medisinsk kompetanse må få betydning for innholdet i medisinstudiet. Norske universiteter har forholdt seg til nye kompetansekrav og signaler myndighetene har gitt, og det er iverksatt omfattende endringer og revisjoner av samtlige medisinske studieplaner. Utviklingen av medisinstudiet fordrer dialog mellom universitetsmiljøene og nasjonale og internasjonale fag- og forskningsmiljøer, myndigheter, studenter, arbeidsgivere og representanter for brukere og pasienter. Statlig detaljstyring av studiets innhold vil kunne hemme lokal innovasjon og universitetenes eget kontinuerlige arbeid med å utvikle og kvalitetssikre studieplanene.

## LITTERATUR

- Austin, I., & Jones, G. A. (2016). *Governance of higher education: global perspectives, theories and practices*. London: Routledge.
- Bradley, E. H., Curry, L. A., & Devers, K. J. (2007). Qualitative data analysis for health services research: developing taxonomy, themes, and theory. *Health Services Research, 42*, 1758–1772.

- Busing, N., Slade, S., Rosenfield, J., Gold, I., & Maskill, S. (2010). In the spirit of Flexner: working toward a collective vision for the future of medical education in Canada. *Academic Medicine*, 85, 340–8.
- Caspersen, J. (2012). *Drivkrefter i profesjonsutdanningene i sykepleie og medisin. Rapport 33/2012*. Oslo: Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning.
- Chenot, J.-F. (2009). Undergraduate medical education in Germany. *German Medical Science*, 7, Doc02.
- Cosgrove, T. (2014). *The Cleveland Clinic way: lessons in excellence from one of the world's leading healthcare organizations*. New York: McGraw-Hill.
- Den norske legeforening (2015). *Grunnutdanningen – fundamentet for legerket: innspillsrapport til sentralstyremøtet 2015*. Oslo: Legeforeningen. Hentet fra [http://legeforeningen.no/PageFiles/5846/Sak%2020%20-%20Prosjektrapport%20grunnutdanning%20\(1\).pdf](http://legeforeningen.no/PageFiles/5846/Sak%2020%20-%20Prosjektrapport%20grunnutdanning%20(1).pdf) (21.4. 2016).
- European Commission (2005). *Directive 2005/36/EC of the European Parliament and of the Council of 7 September 2005 on the recognition of professional qualifications*. Hentet fra <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex:32005L0036> (21.4. 2016).
- European Commission (2011). *Evaluation of the professional qualifications directive (Directive 2005/36/EC)*. Hentet fra [http://ec.europa.eu/internal\\_market/qualifications/docs/news/20110706-evaluation-directive-200536ec\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/docs/news/20110706-evaluation-directive-200536ec_en.pdf) (21.4. 2016).
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., ... Zurayk, H. (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*, 376, 1923–1958.
- Frich, J. C., Gran, S. F., Vandvik, P. O., Gulbrandsen, P., & Hjortdahl, P. (2012). Kunnskap, ledelse og kvalitet i studiet. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 132, 1768–1770.
- General Medical Council (2009). *Tomorrow's doctors. Outcomes and standards for undergraduate medical education*. London: General Medical Council.
- Gibbons, M., Limoges, C., Nowotny, H., Schwartzman, S., Seot, P., & Trow, M. (1994). *The new production of knowledge: the dynamics of science and research in contemporary societies*. London: Sage.
- Guttormsen, S., Beyelera, C., Bonvinb, R., Feller, S., Schirloc, C., Schnabela, K., Schurtera, T., & Berendonkaet, C. (2013). The new licencing examination for human medicine: from concept to implementation. *Swiss Medical Weekly*, 143, w13897.
- Hawkins, R. E., Welcher, C. M., Holmboe, E. S., Kirk, L. M., Norcini, J. J., Simons, K. B., & Skochelak, S. E. (2015). Implementation of competency-based medical education: are we addressing the concerns and challenges? *Medical Education*, 49, 1086–102.
- Henkel, M. (2007). Can academic autonomy survive in the knowledge society? A perspective from Britain. *Higher Education Research & Development*, 26, 87–99.
- Holmboe, E. S. (2015). Realizing the promise of competency-based medical education. *Academic Medicine*, 90, 411–413.
- Kunnskapsdepartementet (2011). *Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for livslang læring*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/e579f913fa1d45c2bf2219afc726670b/nkr.pdf>.
- Larsen, Ø. (2002). *Legestudent i hovedstaden – medisin på stadig nye veier*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lie, A. H. K., Jensen, T., Lichtwarck, H., Storaas, J., Torjussen, E., & Havnes, I. A. (2015). Å sette brukeren i sentrum – allerede som student. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 135, 1236–1237.
- Meld. St. 16 (2010–2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 11 (2011–2012). *Global helse i utenriks- og utviklingspolitikken*. Oslo: Utenriksdepartementet.

- Meld. St. 13 (2011–2012). *Utdanning for velferd*. Oslo: Kunnskapsdepartementet.
- Meld. St. 9 (2012–2013). *En innbygger – en journal. Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 10 (2012–2013). *God kvalitet – trygge tjenester*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 26 (2014–2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 11 (2015–2016). *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (2014). *En fornyet og fremtidsrettet legeutdanning ved NTNU*. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. Hentet fra [https://innsida.ntnu.no/c/wiki/get\\_page\\_attachment?p\\_1\\_id=22780&nodeId=24647&title=Gjennomgang+av+medisinstudiet+ved+DMF&file Name=Rapport\\_Gjennomgang%20av%20medisinstudiet%20ved%20NTNU\\_2014\\_uten%20vedlegg.pdf](https://innsida.ntnu.no/c/wiki/get_page_attachment?p_1_id=22780&nodeId=24647&title=Gjennomgang+av+medisinstudiet+ved+DMF&file Name=Rapport_Gjennomgang%20av%20medisinstudiet%20ved%20NTNU_2014_uten%20vedlegg.pdf).
- NOU 2006: 19 (2006). *Akademisk frihet – Individuelle rettigheter og institusjonelle styringsbehov*.
- Olssen, M., & Peters, M. A. (2005). Neoliberalism, higher education and the knowledge economy: from the free market to knowledge capitalism. *Journal of Education Policy*, 20, 313–345.
- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations* (5. utg.). New York: Free Press.
- Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (2016). *CanMEDS*. Hentet fra <http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/canmeds>.
- St.meld. nr. 47 (2008–2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Sosial- og helsedirektoratet (2005). ... og bedre skal det bli. *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten. IS-1162*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- The Scottish Doctor (2016). Hentet fra <http://www.scottishdoctor.org/>.
- Universitetet i Bergen (2014). *Makroplan: Medisin 2015*. Det medisinsk-odontologiske fakultet, Universitetet i Bergen. Hentet fra [http://www.uib.no/sites/w3.uib.no/files/attachments/makroplan\\_for\\_ny\\_studieplan\\_medisin\\_2015\\_-\\_revidert\\_november\\_2014.pdf](http://www.uib.no/sites/w3.uib.no/files/attachments/makroplan_for_ny_studieplan_medisin_2015_-_revidert_november_2014.pdf).
- Universitetet i Bergen (2016). *TVEPS – Senter for tverrprofesjonell samarbeidslæring*. Hentet fra <http://www.uib.no/tveps>.
- Universitetet i Oslo (2012). *Rapport fra arbeidsgruppen Oslo 96 +*. Oslo: Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo. Hentet fra <http://www.med.uio.no/om/prosjekter/oslo-2014/revisjonsdokumenter/rapport-fra-arbeidsgruppen-Oslo-96%2B>.
- Universitetet i Oslo (2013). *Oslo 2014: Studieplan for profesjonsstudiet i medisin*. Oslo: Det medisinske fakultet. Hentet fra <http://www.med.uio.no/om/prosjekter/oslo-2014/revisjonsdokumenter/revidert-studieplan-profesjonsstudiet-medisin-oslo-2014>.
- Universitetet i Tromsø (2014). *Profesjonsstudiet i medisin: 2012-studieplanen*. Tromsø: Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Tromsø. Hentet fra: <http://uit.no/Content/367284/Studieplan%202014-02-20%20vedtatt%20men%20med%20egne%20lo-endringer.docx>.
- Universitets- og høgskolerådet (2015). *UHR-prosjektet Felles innhold i de helse- og sosialfaglige profesjonsutdanningene*. Oslo: Universitets- og høgskolerådet. Hentet fra [http://www.uhr.no/documents/ferdig\\_rapport\\_Felles\\_innhold\\_290515\\_1500.pdf](http://www.uhr.no/documents/ferdig_rapport_Felles_innhold_290515_1500.pdf).
- Valestrand, E., Slørdahl, T. S., Bærheim, A., Schirmer, H., Andersen, S., Aabelvik, H.-G., & Frich, J. (2016). Mot en nasjonal delprøve i medisinstudiet. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 136, 390–391.



Uniped, volume 39  
no. 4-2016 p. 316–329  
ISSN online: 1893-8981  
DOI: 10.18261/issn.1893-8981-  
2016-04-04

FAGFELLEVDERT ARTIKKEL

# Brukermedvirkning og mestring

– *emner i fremtidens legeutdanning?*

André Vågan

Seniorforsker

Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (NK LMH)

Oslo Universitetssykehus / Aker

andre.vaagan@mestring.no

Helge Skirbekk

Førsteamanuensis

Lovisenberg diakonale høyskole (LDH)

helge.skirbekk@ldh.no

## SAMMENDRAG

Legeutdanningen har en lang tradisjon for å kvalifisere studenter for behandling av pasienter med akutt sykdom. I dag møter leger imidlertid flere og flere pasienter og brukere som må lære å leve med kronisk sykdom og langvarige helseutfordringer. Brukermedvirkning og sidestilt samarbeid mellom helsepersonell og brukere og pasienter har i mange år blitt løftet frem som en god måte å bidra til mestring. Vi har imidlertid lite kunnskap om hva og hvordan legestudenter lærer om brukermedvirkning og personer som har langvarige helseutfordringer. I denne artikkelen beskriver vi forskningslitteratur på området og peker på muligheter og utfordringer ved å introdusere brukermedvirkning og mestring som emner i fremtidens legeutdanning.

## Nøkkelord

langvarige helseutfordringer, pasientdeltagelse, legestudenter, medisnutdanning

## ABSTRACT

There is a longstanding tradition in medical education for qualifying students to treat patients with acute illness. Medical doctors now increasingly deal with patients who have long-term illnesses and need to adapt to their changed life conditions. In recent years, user involvement and shared decision-making between health care personnel and patients have gained increased attention. However, we lack knowledge about what medical students learn about user involvement and people who suffer from long-term illnesses. In this article, we describe research literature that looks at possibilities and challenges in introducing these subjects to future medical doctors.

## Keywords

long-term illnesses, patient participation, medical students, medical education

## INNLEDNING

I denne artikkelen undersøker vi hvordan langvarig og kronisk sykdom kan få større plass i dagens legeutdanning, gjennom aktiv deltagelse fra pasienter og brukere som medlærere i utdanningen. Vi vil gjennomgå internasjonal forskningslitteratur som argumenterer for at slik deltagelse kan styrke legers kompetanse på området. Det er gjort lite forskning på dette i norsk sammenheng, og internasjonal forskningslitteratur er i liten grad beskrevet og diskutert. Vi har derfor gjort søk i sentrale tidsskrifter etter studier som belyser spørsmålet om hvordan pasienter og brukere med langvarige helseutfordringer, og deres pårørende, kan utgjøre aktive og sentrale aktører i undervisningen. Siktemålet med vår artikkel er å gi konkrete eksempler på hva legeutdanning har gjort og erfaringene til studenter som har deltatt på slike tiltak. Slik håper vi å stimulere til refleksjon og diskusjon om lignende tiltak i norsk legeutdanning. Artikkelen henvender seg til planleggere og undervisere i norsk legeutdanning primært, og vi ønsker å stimulere til diskusjon om hvordan fremtidens legeutdanning kan bidra til å styrke legers kompetanse på området.

Det er flere grunner til at vi mener dette er viktig. Helseundersøkelsene i Norge viser at andelen med langvarig sykdom har økt betydelig siden midten av 1970-tallet. Ikke-smittsomme sykdommer er blitt folkesykdommer, er skyld i en stor andel dødsfall (86 %) og utgjør en stor del av sykdomsbyrden i Europa (77 %) (Folkehelse rapporten, 2014). Muskel- og skjelettlidelser er mest utbredt, men også hjerte- og karsykdommer, kreft, psykiske helseproblemer, diabetes og lungesykdom regnes som kroniske lidelser. I USA regner man med at over 130 millioner mennesker, omtrent 40 % av befolkningen, lever med minst én kronisk sykdom, og én av fire opplever at deres hverdag er sterkt begrenset som følge av sykdommen (Towle & Godolphin, 2011). Vi lever også lengre, og må dermed forvente en økning i forekomst av stadig mer komplekse og langvarige helseutfordringer.

Også i norsk sammenheng har flere uttrykt at utfordringene dette representerer ikke kan løses med behandlende tiltak, korte innleggelse og polikliniske kontakter med spesialist-helsetjenesten. Stadig flere pasienter, brukere og pårørende må lære å leve med helseproblemer, symptomer og behandling i dagliglivet. Norske helsemyndigheter har lagt vekt på at opplæring av pasienter og pårørende og lærings- og mestringstilbud i spesialist- og kommunehelsetjenesten er avgjørende for at man skal lære å leve med langvarige helseutfordringer (Humerfelt, 2012). Som blant annet Samhandlingsreformen (2008–2009) og Samspillmeldingen (2011–2012) peker på, må helse- og sosialfaglige utdanninger endres for å imøtekomme disse utfordringene og for å sørge for kvalitativt gode helsetjenester.

Samtidig har krav om brukermedvirkning blitt mer uttalt og styrket i moderne helsevesen. I pasient- og brukerrettighetsloven (§3.1) heter det at pasienten har rett til å medvirke ved valg mellom undersøkelses- og behandlingsmetoder, og at det ved utforming av tjenestetilbudet skal legges stor vekt på hva pasienten og brukeren mener. Begrunnelsen for brukermedvirkning i helsetjenesten er

knyttet til demokratiske verdier, som blant annet handler om den enkelte rett til å kunne ha innflytelse over sitt liv (Hinrichsen, 2012), men også til nytteverdien det har for utvikling av gode og effektive helsetjenester (se for eksempel Helseforetaksloven, 2001). Begge begrunnelsene er sentrale i pasient- og pårørendeopplæring og lærings- og mestringstilbud til barn, unge og voksne personer som har langvarige helseutfordringer, og deres pårørende (Grabowski, Brun Jensen, Willaing, Zoffmann, & Schiøtz, 2010; NKLMH, 2015).

Internasjonal forskning tyder dessuten på at brukermedvirkning har positiv innvirkning på helsetjenester. Systematiske litteraturoversikter har antydnet at brukermedvirkning kan påvirke holdninger hos helsepersonell og gi økt pasientinnflytelse (Mockford, Staniszewska, Griffiths, & Herron-Marx, 2012), samt kan bidra til at pasienter og pårørende forstår og fortolker helseinformasjon på en bedre måte (Coulter & Ellins, 2007; Nilsen, Myrhaug, Johansen, Oliver, & Oxman, 2006). Informasjonen blir mer relevant og forståelig (Chumbley, Hall, & Salmon, 2002; Crawford et al., 2002), og helsepersonellens språk blir enklere, mer nøyaktig og mindre forvirrende (Aabakken, Baasland, Lygren, & Osnes, 1997). I tillegg er det flere studier som tyder på at brukermedvirkning i forskjellige former hjelper pasientens egenmestring og styrker behandlingsmotivasjon (Fagermoen et al., 2014; Neale, Bloor, Berney, & Fisher, 2006).

Pasienter med kroniske lidelser kommer til å utgjøre en stadig større del av pasientgrunnlaget for leger, enten de jobber én-til-én eller i tverrprofesjonelle team. En metaanalyse har vist at råd fra helsepersonell medfører større atferdsendringer hos pasienter enn råd fra legfolk, og at leger og sykepleiere har høyere tillit som informasjonskilder (Durantini, Albarracin, Mitchell, Earl, & Gillette, 2006). For å oppnå effektiv behandling er det altså av stor betydning at spesielt behandlingsansvarlige leger blir klar over og anerkjenner betydningen av brukermedvirkning i helsevesenet. Samtidig påpekes det at leger mangler kunnskaper om det å leve med kroniske lidelser og om mestringsstøtte, eller ikke anerkjenner kunnskapen og erfaringene til disse pasientene, og dermed ikke gir adekvat støtte og opplæring (Skirbekk & Nortvedt, 2014; Towle & Godolphin, 2011). En metaanalyse av Aarthun og Akerjordet (2014) fant også at helsepersonell kan synes dette er utfordrende. Reell brukermedvirkning oppfattes lett som å måtte gi fra seg makt, noe som selvfølgelig er vanskelig, blant annet fordi helsepersonell står ansvarlige for behandling og budsjetter, og at evidensbasert praksis iblant ikke nødvendigvis er forenelig med pasienters og pårørendes ønsker.

Legeutdanninger flest er i all hovedsak innrettet mot behandling av akutt sykdom (Skirbekk & Nortvedt, 2010; Towle & Godolphin, 2011). En grunn til dette kan være at mange legeutdanninger legger et biomedisinsk perspektiv til grunn for måten man forstår behandling av kronisk syke pasienter på. Å lære om kroniske sykdommer blir i mindre grad anerkjent og er viet mindre oppmerksomhet i utdanningen.



## BRUKERMEDVIRKNING

Med brukermedvirkning eller medvirkning i utdanningssammenheng mener vi her brukermedvirkning på systemnivå, altså at pasienter, erfarne brukere eller pårørende deltar i planlegging, gjennomføring og evaluering av undervisning og studieprogram, på lik linje med ansatte og undervisere (Spencer et al., 2000). Litteraturen gir flere eksempler på hvordan denne medvirkningen kan bidra til at legestudenter tilegner seg kunnskap som er viktig for å imøtekomme behov til personer med langvarig sykdom, og deres pårørende.

## METODE

Vi mangler norsk og skandinavisk litteratur på dette området, og internasjonal litteratur er lite kjent blant norske myndigheter og legeutdanninger. I denne artikkelen ønsker vi derfor å fremvise internasjonale eksempler på medisinske utdanninger som på illustrerende vis legger til rette for læring om det å leve med langvarig sykdom, og hvordan brukermedvirkning kan forbedre helsetjenesten. Dette er altså ikke en systematisk oversiktsartikkel, men en gjennomgang av innflytelsesrike artikler som kan forventes å påvirke medisinerutdanninger gjennom inngående beskrivelser og illustrerende eksempler.

Vi har gjennomgått internasjonale systematiske litteraturoversikter om temaet, samt primærartikler publisert de senere år i sentrale legeutdanningstidsskrift. På denne bakgrunn vil vi presentere noen illustrerende eksempler vi mener har overføringsverdi til en norsk kontekst. Med illustrerende eksempler mener vi litteratur og artikler som beskriver intervensjonene inngående. Litteratur som ikke detaljert beskriver intervensjonene har blitt ekskludert. Inkluderte intervensjoner eller tiltak omhandler medvirkning på undervisningsnivå eller institutt/fakultetsnivå fra pasienter og brukere med langvarig kronisk sykdom. Studentperspektivet må også være beskrevet, det vil si legestudenters eller legers (i spesialisering) læringsutbytte av slike tiltak. Valg av eksempler er begrunnet ut fra et ønske om å gi et bilde av variasjon i tiltak, både hva gjelder pasientgrupper, varighet og omfang. Hensikten har ikke vært å gi en full oversikt over tilgjengelig litteratur på temaet gjennom systematiske søk i databaser, men å gi et overblikk over muligheter for brukermedvirkning i medisinerutdanningen.

Vi har avgrenset oss til håndøk etter systematiske litteraturoversikter (for perioden januar 2005 til desember 2015) i de mest toneangivende legeutdanningstidsskriftene: *Medical Education*, *Medical Teacher*, *Academic Medicine*, *Teaching and Learning in Medicine* og *The Clinical Teacher*. Disse er valgt for å finne illustrerende eksempler som har hatt og kan ha en viss innflytelse på medisinsk utdanning. Vi har også gjort referanselistesøk i de systematiske litteraturoversiktene samt søkt etter primærstudier i de ovennevnte tidsskriftene for perioden januar 2014 til desember 2015.

Det mangler forskning på dette i norsk sammenheng, og så vidt oss bekjent finnes det heller ikke norske artikler som har søkt opp og beskrevet internasjonal litteratur. Siktemålet med vår artikkel er å gi noen konkrete eksempler på hva legeutdanninger har gjort, og erfaringene til studenter som har deltatt på slike tiltak. Slik håper vi å stimulere til refleksjon og diskusjon om lignende tiltak i norsk legeutdanning.

## RESULTAT

Gjennom søkene i ovennevnte tidsskrifter fant vi tre systematiske litteraturoversikter (Jha, Quinton, Bekker, & Roberts, 2009; Morgan & Jones, 2009; Towle et al., 2010) og to primærartikler (Thomas et al., 2015; Towle et al., 2014). Vi vil i det som følger beskrive sentrale poeng fra litteraturoversiktene (hovedsakelig fra Towle et al., 2010).

I Towle et al. (2010) presenteres resultater fra en systematisk litteraturgjennomgang av 270 engelskspråklige artikler fra ni land, publisert mellom 1970 og 2009. I de inkluderte artiklene er pasientinvolvering et hovedtema, ikke bare i medisindanning, men også i andre helsefaglige utdanninger. Litteraturen beskriver stor variasjon i måten pasienter deltar på, både når det gjelder hvilke pasienter som deltar (akutt versus kronisk sykdom), hvordan pasientene deltar (aktiv versus passiv), og hvor konsultasjonen finner sted (spesialist og/eller generell helsetjeneste).

Pasientinvolvering omfatter alt fra at pasienter beskrives i skriftlige eller webbaserte kasuistikker, deltar som standardiserte eller frivillige pasienter for å illustrere kliniske fenomen (for eksempel i form av en sykehistorie), til at de utgjør såkalte «patient-teachers», det vil si at de har en undervisnings- og evalueringsfunksjon (ibid.). I enkelte tilfeller er pasienter og brukere også likeverdige partnere som deltar i beslutninger på utdannings- og institusjonsnivå, knyttet til ulike spørsmål i utdanning, evaluering og studieprogramutvikling. Disse viser til eksempler hvor man etablerer et mer jevnbyrdig partnerskap hvor pasienter og ansatte på medisinske fakultet og klinikere jobber sammen for å fatte beslutninger om innholdet i utdanningen eller emner, og sammen planlegger og gjennomfører undervisning. Det meste av forskningen beskriver tilfeller hvor pasienter fungerer som undervisere i kliniske ferdigheter i forbindelse med fysiske undersøkelser og pasientkommunikasjon (ibid.).

Oversikten viser også til studier hvor pasienter med kronisk sykdom og andre langvarige helseutfordringer deltar i utdanningen på ulike måter, blant annet hvor erfarne brukere deltar som lærere eller gir undervisning til studenter og leger under spesialistutdanning. Studiene omhandler eksempelvis pasienter og brukere med HIV (Vail, Mahon-Salazar, Morrison, & Kalet, 1996) funksjonshemming (Andrew, Siegel, Politch, & Coulter, 1998; Long-Bellil et al., 2011) psykiatri (Ahuja & Williams, 2010; Babu, Law-Min, Adlam, & Banks, 2008) kreft (Maughan, Finlay, & Webster, 2001; Sloan et al., 2001) og kroniske syk-

dommer generelt (Barr, Ogden, & Rooney, 2010; Collins, Arenson, & Antony, 2008). Intensjonen med disse tiltakene er å øke kompetansen om hvordan det er å leve med en slik utfordring, samt hvordan understøtte mestring av endret livssituasjon.

Vi vil nå gå dypere inn i tre eksempler på studier som vi mener illustrerer hvordan man på ulike måter kan tilrettelegge for slik læring. Eksempelene er valgt ut fordi de representerer variasjon. De beskriver tiltak fra ulike land (Canada, Storbritannia og USA), tiltak med ulikt omfang og ulik varighet (fra 1 månedens intensiv kontakt til 2–3 møter over 3 semestre) og tiltak som omhandler ulike pasient- og brukergrupper (personer med flere ulike diagnoser, personer med kreft og pårørende til barn som har utviklingshemming).

### THE INTERPROFESSIONAL HEALTH MENTORS (HM) PROGRAMME

Det første eksemplet vårt er et såkalt «patient-as-teacher» initiativ (*The Interprofessional Health Mentors programme*) som er et frivillig gruppebasert studieemne ved Universitetet i British Columbia (UBC) i Canada (Towle et al., 2014). Det elektive emnet er både for legestudenter og andre helsefagstudenter. Studentenes lærer, eller mentor, er en person som har en kronisk sykdom eller lever med en funksjonshemming. De er det man gjerne kaller erfarne brukere som har omfattende kunnskaper om og erfaring med egen sykdom (Strøm & Fagermoen, 2012; Vifladt & Hopen, 2004). Det som skiller dette initiativet fra mange lignende eksempler er at brukeren eller mentoren ikke bare deltar i, men har primæransvar (dog under veiledning fra fakultetsansatte) for å lede gruppens aktiviteter og diskusjoner (samme bruker følger samme studentgruppe over tid). I tillegg er det representanter for pasientforeninger og brukerorganisasjoner som sitter i styringsgruppen på fakultetsnivå, sammen med studenter på ulike nivå og faglige ansatte på fakultetet. De erfarne brukerne (mentorene) er frivillige og har flere ulike diagnoser, blant dem HIV/AIDS, artritt, multippel sklerose og ryggmargsskade. De rekrutteres fra pasientforeninger og brukerorganisasjoner og må gjennomgå omfattende intervjuer i en screeningprosess. I de to kullene som har fullført studiet har 290 studenter og 74 erfarne brukere deltatt.

Målet med studieemnet er at studenter skal lære om hva det innebærer å leve med en kronisk sykdom, sett fra pasienten eller brukerens eget perspektiv, og fra hans eller hennes pårørendes synsvinkel. Det andre læringsmålet er å utvikle tverrprofesjonell kompetanse. Studentene skal bli bevisst sine ulike profesjonelle roller, enten det er som individuell lege med pasientkontakt eller som medlem i tverrprofesjonelle team. De skal videre få innblikk i hvordan man kan gi støtte og råd, av både psykososial og medisinsk art, som kan bidra positivt til mestring.

Studentgrupper og erfarne brukere (4 studenter og 1 erfaren bruker) møtes to til tre ganger per semester (over tre semestre totalt). Gruppene mottar innledningsvis informasjon om emnet og blir kjent med andre gruppedeltakere. De blir deretter fortalt hvilke temaer de skal arbeide med (for eksempel hva det å leve med kronisk sykdom innebærer) og hvilke læringsmål de ulike sesjonene skal ha. Etter to semestre arrangeres det et symposium for erfaringsutveksling og felles refleksjon mellom brukere (mentorer), studenter og fakultetsansatte.

Det første kullet har blitt evaluert i form av spørreskjema og intervju. Sammenlignet med andre undervisningsopplegg viser resultatene en gjennomgående høy score blant studenter og brukere. Studentenes selv-rapporteringer tyder på at de har fått utbytte av aktivitetene på egne kommunikasjonsferdigheter, evne til refleksjon, evne til å samarbeide med andre profesjonelle, kunnskap om langvarig sykdom og egne holdninger og stereotypier. Langtidseffekten av aktivitetene har ikke blitt evaluert systematisk.

### PORTOFOLIO LEARNING WITH CANCER PATIENTS

Det andre eksemplet vi vil trekke frem er hentet fra legeutdanningen ved Cardiff University i Wales (tidligere University of Wales College of Medicine) og handler om tredjeårsstudenters kontakt og kommunikasjon med enkeltpasienter med kreft (Maughan et al., 2001). Pasientkontakten har i flere år vært et obligatorisk emne for studentene. Hensikten med denne pasientkontakten er å gi studentene en forståelse av hvilke konsekvenser en kreftsykdom har på pasienters og pårørendes helse og livskvalitet.

Prosjektet introduseres tidlig i tredje studieår, mens studenter har et 6-ukers kurs i klinisk ferdighetstrening. I forelesningen forklares målene med prosjektet og hvilke undervisningsmetoder som skal benyttes. Etter 6-ukerskurset tildeles studentene en pasient som rekrutteres fra veiledernes kliniske praksis (dette er veiledere fra allmennmedisin, onkologi, palliativ medisin, kirurgi og andre sykehusspesialiteter). Hoveddelen av prosjektet er viet til pasientkontaktens erfaringer med kreftsykdom. Pasientkontakten varer over en 6 måneders periode, og studenten følger pasientene i polikliniske konsultasjoner og undersøkelser og foretar hjemmebesøk. Kontakten og samhandlingen mellom student og pasient rapporteres i et dagbokformat som utgjør en sentral del av studentenes mappearbeid- og vurdering. Hver måned samles studenter i grupper, hvor veileder vurderer mappearbeidene og deres kontakt med pasientene, diskuterer hendelser som har inntruffet, og stimulerer til videre læring og litteraturarbeid.

Studentenes selvrapporteringer tyder på økte kunnskaper og ferdigheter og endrede holdninger. Spesielt rapporterer de å ha fått økt kunnskap om hvordan sykdommen oppleves fra pasientens synsvinkel. Studenter mener dette gjør dem bedre rustet til å forstå pasientens sosiale situasjon, og måten sykdommen

og behandlingen påvirker pasienten. De viser også til viktigheten av å foreta hjemmebesøk og til det å bli kjent med både pasient og familie.

Videre rapporterer studentene om bedret evne til kommunikasjon med personer med livstruende sykdom og det å kunne relatere seg til pasienten som en hel person. Ferdigheter knyttet til formidling av dårlige nyheter får også mye oppmerksomhet. Studenter utvikler dessuten bedre evner til å takle egne emosjonelle reaksjoner på vanskelige og alvorlige situasjoner, i tillegg til økt kjennskap til diagnose og behandling. Det å kunne få trening på egne reaksjoner uten å måtte utøve et klinisk ansvar er viktig. Prosjektet bidrar dessuten til at studenter utvikler positive holdninger til tverrprofesjonelt samarbeid.

### PARENTS-AS-TEACHERS PROGRAM (PAT)

Vårt tredje eksempel er fra spesialistutdanning innen pediatri og et «Parents-as-teachers»-program (PAT), denne gang fra USA og Universitetet i Minnesota (Blasco, Kohen, & Shapland, 1999). Programmet er et forsøk på å forbedre spesialistenes kunnskaper om barn som har en utviklingshemming, og foreldres og pårørendes situasjon, gjennom en én måned lang rotasjon ved Gillette Specialty Health Care i St. Paul i Minnesota. Den tradisjonelle utdanningen har i liten grad fokusert på familiens rolle i helsetjenesten og har i for liten grad adressert pårørende. Fremtidige spesialister har i liten grad blitt rustet til å forstå betydningen av den sosiale situasjon for de det gjelder. Leger som innehar slik kompetanse er bedre i stand til å hjelpe familier med å håndtere belastninger og utfordringer ved hjelp av egne ressurser og eksterne hjelpemidler.

Et kjerneelement i PAT-programmet er å utvikle partnerskap og samarbeid med foreldre og andre for å bedre omsorg og oppfølging av barn med cerebral parese, myelodysplastisk syndrom og psykisk og fysisk utviklingshemming. Legene under spesialisering tildeles en familie som har ett eller flere barn med en eller flere funksjonshemminger. Disse familiene rekrutteres fra en støttegruppe for foreldre til barn som lever med funksjonshemming (PACER). Foreldene sier seg villige til å undervise leger etter å ha fått opplæring og oppfølging, og forteller om familienes hverdager. Formidlingen er konsentrert rundt tre hovedtema: hvordan familier inkorporerer et barn eller en ungdom med funksjonshemming, hvordan familien prøver å normalisere omgivelsene for barnet og for resten av familien, samt de kunnskaper og ferdigheter som familier utvikler i arbeidet med å håndtere hverdagen med barn med komplekse utfordringer.

Leger følger opp disse familiene i ulike hverdagssituasjoner. De har en video-undervisning-sesjon hvor foreldre forteller om hverdagslige utfordringer, etterfulgt av diskusjoner om foreldres erfaringer med helsevesenet. Sesjonen beskrives som informasjonsrik og svært relevant. I tillegg skriver legen brev til foreldrene med refleksjonsnotater om læringsutbytte og erfaringer. Forel-

drene beskriver dette som svært viktig, blant annet fordi det representerer et konkret mål på effekten av arbeidet de utfører. Skriftlige og muntlige evalueringer av prosjektet fra leger som har deltatt viser høye score, både på vurdering av kvalitet og yrkesmessig relevans av prosjektet og undervisningen.

## MULIGHETER OG UTFORDRINGER

De fleste studier av pasientdeltagelse i legeutdanning viser til høy tilfredshet både blant lærere og veiledere, pasienter og studenter. I oversiktsartiklene til Towle et al. (2010), Jha et al. (2009) og Morgan og Jones (2009) går det frem at pre- og postevalueringer av slike kurs og moduler viser at studenter blir gjort oppmerksom på behov til sårbare pasientgrupper. Artiklene beskrevet i disse systematiske litteraturoversiktene viser at studentenes holdninger til personer med kronisk sykdom og deres pårørende, er i endring og forbedring. Artiklene viser dessuten at studenter mener å ha fått økt kunnskap og minsket redsel for å lære om kliniske ferdigheter fra pasienter og pårørende (såkalte pasientlærere), hovedsakelig fordi de får umiddelbar respons innenfor omgivelser de opplever som lite stressende. Få studier har undersøkt hvilken effekt læring i en kontekst har på læring i andre kontekster, men noen tyder på at undervisning fra pasienter har positiv og varig innvirkning på tekniske ferdigheter, relasjonelle ferdigheter, empati og utviklingen av en individuelt tilpasset tilnærming til den enkelte pasienten (se også Thomas et al., 2015).

Samtidig viser flere artikler til utfordringer ved slike læringssituasjoner, spesielt etiske utfordringer både for studenter og pasienter (Towle et al., 2010). Studenter kan oppleve at de er en byrde for pasienter og at pasientkontakten er emosjonelt utfordrende, spesielt i de tilfeller hvor de møter alvorlig syke pasienter. Pasienter eller brukere som medvirker i undervisning kan være engstelige for å utlevere seg selv og sine vansker for mye, for å bli vurdert av uerfarne studenter og for at de ikke overholder taushetsplikt og hensyn til personvern, blant annet.

Oversiktsartiklene peker dessuten på svakheter i studiene. Mye av litteraturen, også nyere studier, er deskriptiv. Målt med de krav til vitenskapelighet som vanligvis anvendes i systematiske kunnskapsoppsummeringer (Kunnskaps-senteret, 2007), er det få intervensjoner som ville blitt evaluert som robuste. De få som har brukt eksperimentell design, har heller ikke gitt adekvat informasjon om intervensjonen. De fleste studier benytter dessuten selv-rapporterte data. Det mangler solide studier av effekt, utbytte og bærekraft av tiltak på lang sikt.

De fleste kurs eller moduler som omtales i litteraturen er også enkeltstående kurs og er i liten grad koordinerte tiltak hvor tematikken utgjør en rød tråd i studieprogrammet, og hvor pasientdeltagelse og brukermidvirkning er integrert på styringsnivå eller på institusjonelt nivå. Fokuset på personer med lang-

varige og kroniske sykdommer i legeutdanningen er heller ikke sterkt, til tross for endringene i sykdomspanoramaet.

### EMNER I NORSK LEGEUTDANNING?

Det er tendenser til økt vektlegging av kronisk sykdom og brukermedvirkning i norsk legeutdanning. For eksempel er brukermedvirkning et tema i utredninger fra Helsedirektoratet om spesialiststruktur og spesialistutdanning (Helsedirektoratet, 2015). Helsedirektoratet inviterte nylig til rådslag om hva leger i spesialisering må kunne, og en pasient- og pårørendesentrert grunnholdning var blant de ting som oftest ble nevnt. Samhandling og brukermedvirkning på både individ- og systemnivå ble av flere fremhevet som viktig for fremtidens helsevesen.

Samtlige læresteder i medisin i Norge har i den senere tid revidert profesjonsstudiet, eller holder på med å implementere nye studieprogram. Rapporter og dokumenter som beskriver fullførte og pågående revisjonsarbeid forsøker å ta opp endringene vi ser i sykdomspanoramaet. Et eksempel er den nye studieplanen for profesjonsstudiet i medisin i Tromsø (2014), som peker på den økte forekomsten av kronisk sykdom. Den understreker dessuten at utdanningen i større grad må gi kompetanse innen brukermedvirkning. I studieplanen for Oslo (2013) legges det også stor vekt på at bruker- og pasientperspektivet skal stå sentralt i utdanningen. Et viktig grep er at undervisning i medisinske atferdsfag, spesielt kommunikasjonsundervisning, blir bedre integrert i den kliniske undervisningen. Ved både universitetet i Bergen og i Oslo møter studentene pasienter tidlig; dels som en videreføring av en lenge brukt undervisningsform hvor studentene utplasseres i allmennpraksis, dels i utprøvinger hvor studenter drar på hjemmebesøk til brukere/pasienter.

Det prøves også i disse dager ut et undervisningsopplegg ved profesjonsstudiet i Oslo for å styrke studenters kompetanse i brukermedvirkning og samhandling innen rus og psykiatri (Lie et al., 2015). Forfatterne argumenterer for at legeutdanningen lenge i for liten grad har tilrettelagt for slik kompetanseutvikling blant studentene. De anså omleggingen til ny studieplan i Oslo som en mulighet til å utvikle et opplegg i samfunnsmedisin-undervisningen (i en rus- og psykiatrimodul i studiet). I den nye undervisningen skal studentene øve seg på samhandling i ansvarsgruppemøter med brukere og representanter for profesjonell rusbehandling, i noen tilfeller også fra pårørendeorganisasjoner. Studentene møter brukeren både i planleggingen av møtet, i møtet og i evalueringen av møtet, og målet for studentene er å skrive et utkast til individuell plan for brukeren.

Undervisningsopplegget i Oslo har en rekke fellestrekk med de tre eksemplene vi har beskrevet tidligere. For det første er de basert på en erfaring om at studenter lærer godt gjennom å prøve seg i realistisk praksis. For det andre får studentene trening i samhandling med brukere, noe som både gir innsikt i sam-

handling i seg selv, og i brukeres livssituasjon og behov. For det tredje er de eksempler på undervisningsopplegg som er utformet, gjennomført og evaluert gjennom et aktivt og likestilt samarbeid mellom undervisningsansvarlige og brukere fra brukerorganisasjoner. Det understrekes videre at brukermidvirkning i en utdannings- og undervisningssammenheng er en avgjørende faktor: «Det at undervisningen slik ble utformet i fellesskap av brukere og de fagansvarlige, har vært avgjørende for at prosjektet kunne gjennomføres i tråd med hensikten – som var å sette brukermidvirkning i sentrum.» (Lie et al., 2015, 1237–7). Forfatterens foreløpige konklusjon er at selv om undervisningsmetoden krever mye innsats, koordinering og ressurser, så fungerer den godt. Opplegget har fått god evaluering fra både lærere, studenter, brukere og andre involverte.

## AVSLUTNING

Tradisjonelt har pasienter deltatt i legeutdanning som lærerrike eksempler og illustrasjoner på interessante diagnoser, eller som en del av studenters kliniske ferdighetstrening og kommunikasjonstrening (Vågan, 2009). Store deler av den medisinske læringslitteraturen har tatt for seg bruken av enten simulerte eller standardiserte pasienter i undervisning og vurdering. Studier av hvilken rolle virkelige pasienter har i undervisning, har i stor grad fokusert på pasienttilfredshet knyttet til møter med legestudenter, og ikke så mye på hva pasienter kan bidra med i selve undervisningen (ibid.)

På begynnelsen av 1990-tallet begynte det å komme eksempler på studieprogram hvor pasienter fikk andre roller og økt innflytelse. Denne utviklingen må ses i lys av større endringer i tjenesteytelse, politikk og forskning som understreker at aktiv deltagelse fra pasienter og lokalsamfunn i egen behandling er viktig for å forbedre tjenesten. En sentral drivkraft er myndigheters bestrebelse på å gjøre helsetjenester mer tilpasset pasienters behov, og på innsparing av kostnader ved en økt vektlegging av egenomsorg, spesielt blant såkalte «ekspert-pasienter» med kroniske tilstander. Likepersonarbeidet til blant andre Kreftforeningen og Landsforeningen for Pårørende innen Psykisk helse, er eksempler på dette (Finset & Skirbekk, 2014).

Litteratursøkene våre dekker ikke alt som har blitt gjort på dette feltet, og vi har bare i begrenset grad kvalitetsvurdert studiene. Formålet vårt har derimot vært å gjøre kjent aktuell og innflytelsesrik litteratur med inngående beskrivelser av pasientdeltagelse i ulike legeutdanninger: Beskrivelser hvor erfarne pasienter og brukere som har langvarige helseutfordringer, og deres pårørende, bidrar og deltar i undervisning av legestudenter, i et sidestilt samarbeid.

Resultatene av disse eksemplene er gode. Medisinstudentene rapporterer jevnt over om bedre kommunikasjonsferdigheter og kunnskaper om langvarig sykdom, samt bedre evne til å sette seg inn i pasientenes bekymringer. Studentene sier også at brukermidvirkning gir dem bedre muligheter til å takle egne



emosjonelle reaksjoner på vanskelige og alvorlige situasjoner. Utfordringene oppstår i stor grad hvis studentene opplever at de er en byrde for pasientene, spesielt i møter med alvorlig syke pasienter.

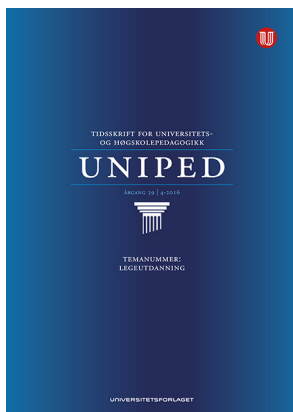
Vi har også sett eksempler på hva som gjøres ved norske studiesteder i medisin. I lys av eksemplene vi har gjennomgått i denne artikkelen mener vi det er et stort potensiale for å ta opp tematikken i langt flere utdannings sammenhenger. Brukermedvirkning og mestring ved langvarige helseutfordringer kan også utgjøre en komponent i tverrprofesjonell undervisning om ulike kroniske lidelser (jf. *The interprofessional Health Mentors HM programme*), i utplassering i allmennpraksis og ved hjemmebesøk til brukere/pasienter med kreft eller med andre diagnoser (jf. *Portfolio learning with cancer patients*), eller i pediatrisk undervisning om utviklingshemming og barn med utviklingshemming som innebærer et aktivt samarbeid med pårørende og foresatte (jf. *Parents-as-teachers program, PAT*). Selv om resultater fra tidligere studier også er lovende, er det behov for å gjennomføre flere studier med forskningsdesign som kan si noe om effekter av undervisning på studenters kompetanseutvikling over tid.

## LITTERATUR

- Aabakken, L., Baasland, I., Lygren, I., & Osnes, M. (1997). Development and evaluation of written patient information for endoscopic procedures. *Endoscopy*, 29(1), 23–26. DOI: <http://dx.doi.org/10.1055/s-2007-1004056>.
- Aarthur, A., & Akerjordet, K. (2014). Parent participation in decision-making in health-care services for children: an integrative review. *Journal of Nursing Management*, 22(2), 177–191.
- Ahuja, A. S., & Williams, R. (2010). Telling stories: learning from patients' and families' experiences of specialist child and adolescent mental health services. *International Journal of Consumer Studies*, 34(5), 603–609.
- Andrew, N. R., Siegel, B. S., Politch, L., & Coulter, L. (1998). Teaching medical students about children with developmental disabilities. *Ambulatory Child Care*, 4, 307–316.
- Babu, K. S., Law-Min, R., Adlam, T., & Banks, V. (2008). Involving service users and carers in psychiatric education: what do trainees think? *Psychiatric Bulletin*, 32, 28–31.
- Barr, J., Ogden, K., & Rooney, K. (2010). Viewpoint: let's teach medical students what patient partnership in clinical practice can be, with the involvement of educationally engaged patients. *International Journal of Consumer Studies*, 34(5), 610–612.
- Blasco, P. A., Kohen, H., & Shapland, C. (1999). Parents-as-teachers: design and establishment of a training programme for paediatric residents. *Medical education*, 33, 695–701.
- Chumbley, G. M., Hall, G. M., & Salmon, P. (2002). Patient-controlled analgesia: what information does the patient want. *Journal of Advanced Nursing*, 39(5), 459–471.
- Collins, L. G., Arenson, C., & Antony, R. (2008). Chronic illness care education: longitudinal interprofessional mentor programme. *Medical education*, 42, 1130–1131.
- Coulter, A., & Ellins, J. (2007). Effectiveness of strategies for informing, educating and involving patients. *BMJ*, 335, 24–27.
- Crawford, M. J., Rutter, D., Manley, C., Weaver, T., Bhui, K., Fulop, N., & Tyrer, P. (2002). Systematic review of involving patients in the planning and development of health care. *BMJ*, 325(1263).

- Durantini, M. R., Albarracin, D., Mitchell, A. L., Earl, A. N., & Gillette, J. C. (2006). Conceptualizing the influence of social agents of behavior change: A meta-analysis of the effectiveness of HIV-prevention interventionists for different groups. *Psychological Bulletin*, 132(2), 212–248. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.132.2.212>
- Fagermoen, M. S., Bevan, K., Berg, A. C., Bjørnsborg, E., Mathiesen, C., Gulbrandsen, H., . . . Strøm, A. (2014). Personer med sykkelig overvekt hadde økt mestringsforventning og selvfølelse etter pasientkurs. *Sykepleien Forskning*, 3(9), 216–223.
- Fagermoen, M. S., & Lerdal, A. (2011). Teoretiske modeller for læring og mestring. I A. Lerdal & M. S. Fagermoen (Red.), *Læring og mestring – et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning* (17–37). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Finset, A., & Skirbekk, H. (2014). «Du trenger ikke trekke kølapp!» Rapport fra Likepersonsprosjektet. En kvalitativ undersøkelse av likepersonstjenesten ved Vardesenteret på Radiumhospitalet Universitetet i Oslo. Avdeling for medisinsk atferdsforskning: Kreftforeningen.
- Folkehelse rapporten. (2014). *Helsetilstanden i Norge*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Grabowski, D., Brun Jensen, B., Willaing, I., Zoffmann, V., & Schiøtz, M. L. (2010). *Sundhedspædagogik i patientuddannelse. En litteraturbasert gjennomgang af udvalgte sundhedspædagogiske begrebers anvendelse i patientuddannelse*. Steno Center for sundhedsfremme.
- Helsedirektoratet. (2015). *Legenes spesialiststruktur og spesialistutdanning – oppdrag om detaljutredning av oppgaver for Helsedirektoratet i ny organisatorisk modell*.
- Humerfelt, K. (2012). *Brukermedvirkning i arbeid med individuell plan – anerkjennelse og krenkelse*. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU).
- Jha, V., Quinton, N. D., Bekker, H. L., & Roberts, T. E. (2009). Strategies and interventions for the involvement of real patients in medical education: a systematic review. *Medical education*, 43, 10–20.
- Kunnskapscenteret. (2007). Systematisk kunnskapsoppsummering. *Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten*. Hentet fra <http://www.uio.no/studier/emner/medisin/isv/SYKVIT4021/h07/undervisning/kunnskapsoppsummering.pdf>.
- Lie, A. K., Jensen, T., Lichtwarck, H., Storaas, J., Torjussen, E., & Havnes, I. A. (2015). Å sette brukeren i sentrum – allerede som student. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 135(14), 1236–1237.
- Long-Bellil, L. M., Robey, K. L., Graham, C. L., Minihan, P. M., Smeltzer, S. C., & Kahn, P. (2011). Teaching medical students about disability: the use of standardized patients. *Academic Medicine*, 86(9), 1163–1170.
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). Sist endret LOV-2015-05-22-32 fra 01.11.2015 (1999).
- Lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven). Sist endret: LOV-2013-06-14-41 fra 01.07.2013, (2001).
- Maughan, T. S., Finlay, I. G., & Webster, DJ. (2001). Portfolio learning with cancer patients: an integrated module in undergraduate medical education. *Clinical Oncology*, 13(1), 44–49.
- Meld. St. 13 (2011–2012) (2012). *Utdanning for velferd*. Oslo: Kunnskapsdepartementet.
- Meld. St. 47 (2008–2009) (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Mockford, C., Staniszewska, S., Griffiths, F., & Herron-Marx, S. (2012). The impact of patient and public involvement on UK NHS health care: a systematic review. *International Journal for Quality in Health Care*, 24, 28–38.
- Morgan, A., & Jones, D. (2009). Perceptions of service users and carer involvement in healthcare education and impact on students' knowledge and practice. A literature review. *Medical Teacher*, 31, 82–95.

- Nasjonalt kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (NK LMH) (2014). *Strategiplan 2014–2016*.
- Nasjonalt kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (NK LMH) (2015). *Sentrale begreper innen læring og mestring*. Hentet fra <http://mestring.no/laerings-og-mestringstjenester/laering-og-mestring/>.
- Neale, J., Bloor, M., Berney, L., & Fisher, J. (2006). Feel good factor. *Druglink*, 21, 20–21.
- Nilsen, E. S., Myrhaug, H. T., Johansen, M., Oliver, S., & Oxman, A. D. (2006). Methods of consumer involvement in developing healthcare policy and research, clinical practice guidelines and patient information material. *Cochrane Database Syst Rev*, 3. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004563.pub2>
- Skirbekk, H., & Nortvedt, P. (2010). Making a Difference: A qualitative study on care and priority setting in health care. *Health Care Analysis*, 19(1).
- Skirbekk, H., & Nortvedt, P. (2014). Inadequate treatment for elderly patients: professional norms and tight budgets could cause «ageism» in hospitals. *Health Care Analysis*, 22(2), 192–201.
- Sloan, P. A., Plymale, M. A., Johnson, M., Vanderveer, B., LaFountain, P., & Sloan, D. A. (2001). Cancer pain management skills among medical students: the development of a cancer pain objective structured clinical examination. *Journal of Pain Symptom Management*, 21, 298–306.
- Spencer, J., Blackmore, D., Heard, S., McCrorie, D., McHaffie, D., Scherpbier, A., . . . Southgate, L. (2000). Patient-oriented learning: a review of the role of the patient in the education of medical students. *Medical Education*, 34, 851–857.
- Strøm, A., & Fagermoen, M. S. (2012). Brukermedvirkning som medtjenesteytelse – brukerrepresentanter som samarbeidspartnere. I A. Lerdal & M. S. Fagermoen (Red.), *Læring og mestring – et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning* (s. 63–81). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Thomas, D., Kessler, C., Sackdevl, N., Barret, F., Schwartz, A., & Harris, I. (2015). Residents' perspectives on rewards and challenges of caring for ambulatory care patients living with chronic illness. Findings from three academic health centers. *Academic Medicine*, 90, 1684–1690.
- Towle, A., Bainbridge, L., Godolphin, W., Katz, A., Kline, C., Lown, B., . . . Thistlethwaite, J. (2010). Active patient involvement in the education of health professionals. *Medical Education*, 44, 64–74.
- Towle, A., Brown, H., Hofley, C., Kerston, R. P., Lyons, H., & Walsh, C. (2014). The expert patient as teacher: an interprofessional Health Mentors programme. *The Clinical Teacher*, 11, 301–306.
- Towle, A., & Godolphin, W. (2011). The neglect of chronic disease self-management in medical education: Involving patients as educators. *Academic Medicine*, 86, 1350.
- Universitetet i Oslo. (2013). *Oslo 2014: Studieplan for profesjonsstudiet i medisin. Forslag til revidert studieplan for profesjonsstudiet i medisin ved UiO*.
- Universitetet i Tromsø. (2014). *Studieplan for profesjonsstudiet i medisin. 2012-studieplan, revidert 2014*.
- Vail, R., Mahon-Salazar, C., Morrison, A., & Kalet, A. (1996). Patients as teachers: an integrated approach to teaching medical students about the ambulatory care of HIV infected patients. *Patient Education and Counseling*, 27, 95–101.
- Vifladt, E. H., & Hopen, L. (2004). *Helsepedagogikk – samhandling om læring og mestring*. Oslo: Nasjonalt Kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom.
- Vågan, A. (2009). *Physicians in the making* (ph.d.-avhandling). Oslo: Universitetet i Oslo.



Uniped, volume 39  
no. 4-2016 p. 330–344  
ISSN online: 1893-8981  
DOI: 10.18261/issn.1893-8981-  
2016-04-05

FAGFELLEVDERT ARTIKKEL

# Fronesis som kunnskapsform i legeutdanningen

Sylvi Stenersen Hovdenak  
Professor, dr. polit.  
Det utdanningsvitenskapelige fakultet  
Universitetet i Oslo  
Professor II  
Det helsevitenskapelige fakultet  
UiT Norges arktiske universitet  
s.s.hovdenak@ils.uio.no

## SAMMENDRAG

I internasjonal forskning ser vi en økende interesse for den aristoteliske kunnskapsformen fronesis, praktisk klokskap, når det gjelder utvikling av profesjonalitet i ulike utdanningskontekster. I artikkelen blir fronesis som kunnskapsform diskutert, problematisert og relatert til dagens profesjonsutdanning i medisin. Videre stilles det grunnleggende spørsmålet om hvorfor fronesis bør ha en sentral posisjon i legeutdanningen. Denne problemstillingen søkes belyst ved hjelp av ulike faglige perspektiver hentet fra forskere som er opptatt av medisinsk utdanning. I artikkelen argumenteres det blant annet for at fronesis som kunnskapsform kan forstås som et motsvar til en stadig økende instrumentell tenkning relatert til profesjonell utdanning, profesjonell praksisutøvelse og politiske beslutninger. Det tredje spørsmålet som blir tatt opp i artikkelen er hvordan fronesis kan komme til uttrykk i legeutdanningen. For å belyse denne problemstillingen blir det presentert data fra evalueringen av revisjonen av studieplanen for profesjonsstudiet i medisin ved Universitetet i Tromsø, Norges arktiske universitet. Her refereres det til studentenes perspektiver på hva som kjennetegner en god legeutdanning, og i hvilken grad fronesis kommer til uttrykk i dagens og fremtidens legeutdanning. Det blir også pekt på hvilke fremtidige utfordringer som kan knyttes til den videre utviklingen av fronesis som kunnskapsform.

## Nøkkelord

kunnskapsformer, fronesis, legeutdanning, læringsarenaer, profesjonell kompetanse

## ABSTRACT

International research on professional education increasingly focuses on the Aristotelian form of knowledge named *phronesis*, sometimes prudence or practical wisdom. In this paper, the concept of *phronesis* will be discussed, problematized and related to medical education. The analysis of *phronesis* shows why this concept is fruitful when included in designing a curriculum in the making of physicians. Researchers who have been dealing with the concept

of *phronesis* are mentioned and cited in the paper, showing that this form of knowledge can be regarded as a response to an instrumentalised approach in medical education. Its use can be understood as seeking to fill a void in understanding professional work. Professional practice is more than technical application. Another important aspect is how *phronesis* can be expressed in medical education, and in this respect data from an ongoing study at the University of Tromsø, The Arctic University of Norway, is presented. The study program is being revised, and some of the students' perspectives on *phronesis* in medical education are reported and analysed. Future opportunities and challenges when including the concept of *phronesis* in designing education are discussed.

### Keywords

medical education, forms of knowledge, *phronesis*, professional competence, students' perspectives

## INNLEDNING

I artikkelen blir *fronesis*, eller praktisk klokskap, som kunnskapsform problematisert og diskutert før det blir vist til denne kunnskapsformens betydning for utvikling av profesjonalitet i legeutdanningen. Spørsmålet om hvorfor denne kunnskapsformen bør ha en sentral plass, utgjør et grunnleggende perspektiv i artikkelen. Videre pekes det på hvordan Universitetet i Tromsø, Norges arktiske universitet (UiT) forsøker å operasjonalisere *fronesis* på profesjonsstudiet i medisin. I denne sammenhengen trekker artikkelen frem legestudenters refleksjoner om *fronesis* i legeutdanningen. Jeg argumenterer for at denne kunnskapsformen i større grad bør få en sentral plass i et fremtidig profesjonsstudium i medisin.

De forskningsspørsmålene som ligger til grunn for artikkelen, kan oppsummeres som følger: Hva kjennetegner *fronesis* som kunnskapsform? Hvorfor er *fronesis* viktig i legeutdanningen? Hvordan kan *fronesis* komme til uttrykk i undervisningen av legestudenter?

## HVA KJENNETEGNER FRONESIS SOM KUNNSKAPSFORM?

*Fronesis*, praktisk klokskap, har fått mye oppmerksomhet i utdanningssammenheng, og særlig innenfor profesjonsutdanning i løpet av de siste årene. I forskningslitteraturen blir anvendelsen av denne kunnskapsformen beskrevet som en gjenoppdagelse, nytolkning og fornyelse, som for eksempel i antologien til Kinsella og Pitman (2012). Interessen for *fronesis* skyldes at dette er en kunnskapsform med konkret tilknytning til praksis. *Fronesis* har blitt et begrep som favner evnen til å overveie og beslutte seg for å utføre gode handlinger. Dette er viktig i enhver praksisutdanning. Vi skal i en kort historikk vende blikket mot begrepet *fronesis* slik det kommer til uttrykk hos Aristoteles (384–322 f. Kr.)

I introduksjonen til en engelsk utgave av Aristoteles' etiske hovedverk *Den nikomakiske etikk* beskriver Barnes (2004) Aristoteles som en av de mest innflytelsesrike moralfilosofene som vi i vår tid refererer til. I sentrum for den aristoteliske moralfilosofien står dydsbegrepet. Derfor kalles det også for dydsetikk. Ifølge Aristoteles er menneskelig dyd «den holdning som gjør mennesket godt, og som gjør at det utfører sin særegne oppgave vel» (Aristoteles, 1999, s. 71). For Aristoteles er det å være god og å realisere sitt potensial to sider av samme sak. Dette er også veien til lykke, som ifølge Aristoteles er livets mål.

Aristoteles lister opp en rekke moralske dyder som det er viktig å tilegne seg, mest kjent er mot, måtehold, vennlighet og rettferdighet. Tilegnelsen av de moralske dydene er forutsetningen for å kunne utvikle fronesis eller klokskap, som er en intellektuell dyd knyttet til praksis – den viser seg i godt utførte handlinger. Utgangspunktet for handlingen er overveielse og beslutning:

Derfor kan en beslutning ikke finne sted uten fornuft og tenkning eller uten moralsk holdning. For rett handling og det motsatte er ikke mulig uten tenkning og karakter. Tenkningen selv beveger imidlertid ingenting, men bare den som retter seg mot et mål og har med handling å gjøre (Aristoteles, 1999, s. 99).

Artikkelen bygger i stor grad på den amerikanske og internasjonalt anerkjente filosofen professor Martha Nussbaums (1997, 2000, 2001, 2010) tolkning av Aristoteles inn i vår tid. Nussbaum er en av våre fremste eksperter på dette feltet. Hun er opptatt av hvilken relevans antikkens filosofi har for dagens debatter på ulike samfunnsområder som for eksempel utdanning, politikk og etikk. I skandinavisk sammenheng har den svenske idéhistorikeren og pedagogen professor Bernt Gustavsson (2001, 2007) arbeidet innenfor samme tradisjon. Internasjonal utdanningsforskning bygger etter hvert på begreper fra denne klassiske tradisjonen, så også denne artikkelen.

I tillegg til fronesis regner Aristoteles også med to andre intellektuelle dyder, nemlig episteme og techne. De har fått bred omtale tidligere (Hovdenak, 2012; Hovdenak & Risør, 2015). Her skal det derfor bare kort nevnes at episteme angår vitenskapelig, objektiv og kontekstuavhengig kunnskap, i denne sammenhengen snakker vi om medisinsk teori. Techne viser seg i frembringelsen av konkrete produkter, og vil for eksempel handle om å ha utviklet spesielle ferdigheter i undersøkelsesmetodikk. Disse tre intellektuelle dydene markerer dermed tre ulike kunnskapsformer knyttet til viten (episteme), frembringelser (techne) og praksis (fronesis).

I et forsøk på ytterligere å klargjøre fronesis som kunnskapsform, vil det være fruktbart å se nærmere på en del av den faglitteraturen som diskuterer og problematiserer begrepet som ofte blir referert til som «phronesis», «prudence», «practical wisdom», eller på norsk «praktisk klokskap» (se for eksempel Aristoteles, 1999; Aristotle, 2004; Flyvbjerg, 2006; Gadamer, 1975; Gustavsson,

2001, 2007; Kinsella & Pitman, 2012; Nussbaum, 1997). Vi har også sett at forholdet mellom fronesis og de to andre kunnskapsformene, episteme og techne, har vært gjenstand for økende oppmerksomhet innen filosofi og utdanningsforskning (for eksempel Eikeland, 2008). Her skal det redegjøres nærmere for noen av de perspektivene som er kommet til uttrykk.

I boken *Phronesis as Professional Knowledge. Practical Wisdom in the Professions* (Kinsella & Pitman, 2012) diskuterer og problematiserer flere forskere fronesisbegrepet ut fra ulike perspektiver. Utgangspunktet for boken og dens forfattere er at bidragsyterne hevder at de over tid har registrert en økende grad av instrumentell tenkning relatert til profesjonell utdanning, profesjonell praksisutøving og politiske beslutninger. De argumenterer for at en instrumentell rasjonalitet i økende grad kommer til uttrykk i utdanningssystemet på ulike plan, nasjonalt og internasjonalt.

Med utgangspunkt i denne utviklingen uttrykker forskerne en viss uro relatert til hvilke implikasjoner en instrumentell rasjonalitet kan bidra med når det gjelder profesjonell utdanning, samtidig som de også etterlyser et mulig korrektiv til denne utviklingen. De leter etter «noe» viktig som kan fylle et tomrom i diskusjonen om profesjonell utdanning (Kinsella & Pitman, 2012). Det er i søken etter dette «noe» at flere forskere peker på Aristoteles' begrep om fronesis som et mulig redskap for utvikling av profesjonalitet, og som et motsvar til en økende grad av instrumentell rasjonalitet i utdanningssystemet. Begrepet fronesis kan derfor sies å være tatt i bruk igjen og videreutviklet i moderne tid som et motsvar til et instrumentelt syn på kunnskap og avhumanisering av kunnskapsbegrepet (Ellett, 2012; Frank, 2012; Hibbert, 2012; Sellman, 2012).

Eikeland (2008) problematiserer forholdet mellom episteme og fronesis og poengterer at fronesis ikke er en kunnskapsform som kan frikobles episteme. Fronesis handler om å vurdere den enkelte konkrete situasjonen ut fra faktiske forhold og etiske betraktninger der epistemiske kunnskaper også danner grunnlag for bedømmelsen. Videre presiserer Eikeland at fronesis som kunnskapsform stimulerer til analyser, refleksjon og fortolkninger om hva som vil være den beste løsningen. Han fremhever denne kunnskapsformens etiske perspektiv foran de andre kunnskapsformene.

Nussbaum (1997) har viet stor oppmerksomhet til de tre aristoteliske kunnskapsformene. Hun argumenterer for at episteme og techne ikke er tilstrekkelig som kunnskapsformer i utdanning. Fronesis, praktisk klokskap, er i Nussbaums tenkning en nødvendighet i det hun benevner som «cultivating humanity» i ulike utdanninger. Hennes argument er at i profesjonsutdanninger som handler om mellommenneskelige relasjoner, er fronesis som kunnskapsform av grunnleggende betydning. En god profesjonell bedømmelse inkluderer komplekse interaksjoner mellom det generelle og det partikulære. Her må ulike betraktninger veies opp mot hverandre for å definere hva som vil være en god handling i en gitt situasjon.

Gustavsson (2001, 2007) benevner fronesis som praktisk klokskap. Denne kunnskapsformen handler om å møte livets konkrete og komplekse situasjoner med lydhørhet, følsomhet og en åpenhet mot de muligheter som finnes. Både fronesis og techne er praktiske kunnskapsformer som knytter seg til menneskelige handlinger. Fronesis knyttes til menneskets etiske og politiske liv, mens techne knyttes til produksjon og resultater. Fronesis knyttes til handling som praxis, techne knyttes til handling som poiesis.

Flyvbjerg (2006) er opptatt av de aristoteliske kunnskapsformene og vier fronesis spesiell oppmerksomhet. Han sier følgende:

*Phronesis* er den intellektuelle aktivitet, som er relevant i forhold til *praxis*. Den fokuserer på det, der er variabelt. Det, som ikke kan fanges i universelle regler. Den forudsætter vekselvirkning mellom det generelle og det konkrete og kræver overvejelse, skøn og valg. Mere end noget andet kræver *phronesis* erfaring (Flyvbjerg, 2006, s. 73.)

Flyvbjerg argumenterer for at det i vår tid mer enn noensinne er behov for verdirasjonalitet som en balansering av, og et supplement til middelrasjonalitet. Det er i denne diskursen fronesis blir et viktig bidrag.

Fronesis som kunnskapsform spiller også en viktig rolle innenfor hermeneutisk tenkning der etiske betraktninger inngår som en vesentlig del:

Although practicing this virtue means that one distinguishes what should be done from what should not, it is not simply practical shrewdness and general cleverness. The distinction between what should and should not be done includes the distinction between the proper and the improper and thus presupposes a moral attitude, which it continues to develop (Gadamer, 1975, s. 22).

Formidlingen fra det universelle til det partikulære er basis for fronesisk tenkning. Kunnskap må settes inn i både et etisk og politisk perspektiv som gir rom for kritisk tenkning i den aktuelle situasjonen. Enhver ny situasjon krever en ny overveielse som tar utgangspunkt i tidligere handlinger. Denne forståelsen av fronesis synes det å være bred enighet om i faglitteraturen (for eksempel Birmingham, 2004; Montgomery, 2006; Ellett, 2012; Frank, 2012; Hibbert, 2012).

I antologien av Kinsella og Pitman (2012) blir det presisert at de forskjellige forfatternes respons på fronesisbegrepet åpner opp for flere tolkninger. Det er derfor viktig å understreke enda en gang at dagens forskning om fronesis som kunnskapsform åpner for nye fortolkninger, forståelser og anvendelser som er utviklet og tilpasset vår tid.

Anvendelsen av fronesis som egen kunnskapsform bidrar til en dypere og mer analytisk differensiert forståelse av kunnskapsbegrepet som for øvrig kan sies å fremstå som et altomfattende og ullent begrep i norsk utdanningsforskning (Erstad & Hovdenak, 2010).



Gjennomgangen av relevant faglitteratur om fronesis som kunnskapsform, viser at forskerne i hovedsak deler forståelsen av denne kunnskapsformens innhold og anvendelse, der noen aspekter blir gjenkjent og gjentas: Fronesis er et motsvar til en stadig økende instrumentell rasjonalitet som kommer til uttrykk i utdanningssystemet. Denne kunnskapsformen utvikles i et samspill mellom erfaring og refleksjon. Fronesis kan ikke ses isolert fra de to andre aristoteliske kunnskapsformene. Etske implikasjoner spiller en viktig rolle når handling skal iverksettes. Fronesis som kunnskapsform er sentral i profesjonsutdanninger som handler om mellommenneskelige relasjoner.

Et fundamentalt spørsmål er hvorfor fronesis kan være et konstruktivt begrep i utviklingen av fremtidens legeutdanning.

### **HVORFOR ER FRONESIS SOM KUNNSKAPSFORM VIKTIG I LEGEUTDANNINGEN?**

I boken *Medical Education. Past, Present and Future. Handing on Learning* argumenterer Calman (2006) for utdanningens grunnleggende betydning for å utdanne og å utvikle gode leger (cultivating a good doctor). Han anvender begrepet kompetanse i flere av sine betraktninger rundt det å være en dyktig lege, og spør hvordan vi kan måle kompetanse. Svaret er som følger: «Competence is measured by the ability to put into practice the knowledge, skills and attitudes which have been learned and understood. It is this integration in practice which is the crucial part, not simply the acquisition of knowledge and skills» (Calman, 2006, s. 401.) I Calmans definisjon av kompetanse gjenkjenner vi de tre aristoteliske kunnskapsformene episteme, techne og fronesis. Vi ser også at det er integrasjonen av de ulike kunnskapsformene i praksisfeltet som blir sett på som helt avgjørende for legens kompetanse. I denne tenkningen blir utøvelsen av profesjonalitet relatert til den konkrete situasjonen mellom lege og pasient der det forventes at legen skal handle. Calman presiserer betydningen av integrasjonen mellom kunnskapsformene i møtet mellom lege og pasient idet han sier at det ikke er ervervelsen av kunnskaper og ferdigheter i seg selv som er avgjørende, men anvendelsen av dem i et konkret tilfelle. Vi ser at i denne situasjonen blir legens holdninger og etiske kompetanse, fronesis, integrert med episteme og techne. Dette er en kontinuerlig prosess i praktiseringen av medisin, og det er en viktig karakteristikk av medisinsk profesjonalitet. «Doctors need to continue to search for new 'paths' to find better ways of healing and delivering care» (Calman, 2006, s. 488).

Den etiske dimensjonen blir tillagt stor vekt i Calmans betraktninger om legeutdanning der faren for teknisk utøvelse (technical training) kan komme til å overskygge en utdanning som også har rom for etiske problemstillinger. Han frykter for en utvikling der studentene fylles med faktakunnskaper, og der det er liten tid til å reflektere og gå i dybden på den kunnskapen som presenteres, samt å sette den inn i meningsfulle sammenhenger. Budskapet er klart: Klinisk undervisning er og blir viktig i legeutdanningen. Det er i denne undervisnings-

konteksten studentene i særlig grad kan bli oppmuntret til refleksjon, problemløsning og det å forholde seg til kompliserte og vanskelige spørsmål. Calman anvender begrepet «wisdom», riktignok uten å referere til begrepet fronesis. Han sier følgende:

Wisdom is the ability to look at a problem – a complex and uncertain one – and to come to a judgment on the appropriate course of action. It is not easy and takes experience and a long practice, but it is an essential part of being a doctor. It takes the doctor into theories of complexity and the management of very difficult problems, and combines the need for detailed knowledge with a broader holism about the patient and the community (Calman, 2006, s. 471).

Calman konkluderer i boken med at forskning om hva som kjennetegner god legeutdanning er nødvendig og bør oppmuntres. Han sier videre: «Ethical issues will remain of crucial importance as will experience, wisdom and judgment» (Calman, 2006, s. 504). I bokens argumentasjon og budskap gjenkjennes teorien om ulike kunnskapsformers betydning, og samspillet mellom dem for utvikling av profesjonalitet i legeutdanningen. Vi ser at fronesis som kunnskapsform får stor oppmerksomhet i argumentasjonen uten at begrepet blir anvendt direkte.

Montgomery (2006) er i boken *How Doctors Think* opptatt av at medisin bør forstås som en form for praksis der omsorg for pasienten er i fokus: «The widespread misdescription of medicine as a science and the failure to appreciate its chief virtue, clinical judgment or phronesis, amount to a visual field defect in the understanding of medicine» (Montgomery, 2006, s. 5). Hun argumenterer for at medisin ikke er en ren vitenskapelig disiplin, men at medisin som praktisk utøvelse relateres til vitenskapelig kunnskap. Hennes perspektiv er at leger ofte arbeider i situasjoner som kjennetegnes av usikkerhet. Det er i denne sammenhengen fronesis blir operasjonalisert som en grunnleggende kunnskapsform i legeutdanningen, beskrevet som «the flexible, interpretive capacity that enables moral reasoners (...) to determine the best action to take when knowledge depends on circumstance» (s. 5).

Montgomery argumenterer for at fronesis bør innta en sterk posisjon i utdanningen av leger: «In medicine, morality and clinical practice require phronesis, the practical rationality that characterizes both a reliable moral agent and a physician» (s. 41). Og hun fortsetter sin argumentasjon med at: «(...) medical education is necessarily a moral education, for it is training to choose what is best to do in the world of action. Its goal is the cultivation of phronesis, the practical reason essential to clinical judgment» (s. 41). Hun hevder at i omsorgen for den enkelte pasient er absolutte svar uopnåelige, og at bare episteme som kunnskapsform derfor ikke er tilfredsstillende innenfor medisin fordi fagområdet kjennetegnes av fortolkninger og usikkerhet i kliniske bedømmelser. Legen må derfor både forholde seg til episteme og fronesis når kliniske avgjørelser skal tas. Med referanse til Aristoteles beskriver også Montgomery, i lik-

het med de andre forskerne som det refereres til i artikkelen, erfaringens betydning i utviklingen av fronesis. En hovedmålsetting må være å bidra til utdanning av leger som utvikler god klinisk bedømmelse. I denne sammenhengen blir oppmerksomheten også rettet mot begrepet «phronesiology» som kontrast til «epistemology» for å beskrive den praktiske rasjonaliteten som kommer til uttrykk i konkrete situasjoner der legen arbeider med å finne gode løsninger for sin pasient.

Hibbert (2012) argumenterer for nødvendigheten av å utvikle fronesis som kunnskapsform i legeutdanningen av hensyn til legens profesjonalitet og ansvarlighet, og for å unngå at en instrumentell rasjonalitet skal dominere i kliniske bedømmelser. Hun er opptatt av å skape forståelse for at diversitet i læringspotensial forekommer på alle nivåer, også blant legestudenter. For å stimulere til gode læringssituasjoner må det også legges til rette for gode refleksjonsstunder. Slike rammer er vesentlige for oppøvelsen av fronesis, og bidrar til en mer systematisk undervisning og læring av denne kunnskapsformen.

Hibbert hevder at i profesjonell utøving generelt, der medisin ikke er noe unntak, har den dominante diskursen i lang tid vært preget av tekniske og vitenskapelige tilnærminger der spesielt leger blir trent i å ta høyde for maksimal sikkerhet, og der effektivitet, tekniske ferdigheter og målbare resultater blir høyt belønnet. Denne typen instrumentell rasjonalitet har imidlertid sine begrensninger. Nettopp fordi denne rasjonaliteten har vært den dominante i legeutdanningen, blir problemet desto større når den nyutdannede legen møter praksisfeltet og opplever at den kliniske bedømmelsen også blir preget av usikkerhet i den totale omsorgen for pasienten: «The capacity to understand precisely *which* action is best suited to a particular situation draws on the notion of phronetic action» (Hibbert, 2012, s. 66.) Denne refleksive dimensjonen betraktes som grunnleggende, og er et aspekt som kommer klart til uttrykk også hos Kinsella (2012, s. 37) som sier: «Whatever else phronesis might be, we can safely say that it involves reflection.»

Refleksjonens betydning blir også understreket av Frank (2012), som sier at refleksiv praksis starter med å stille spørsmål. Det er når man stiller spørsmål ved den daglige rutinen at refleksjonsprosesser kan starte. «In these reflective moments, the subject of action and the object of action are linked; not quite merged, but fully dependent on each other» (Frank, 2012, s. 54). Frank refererer til Sokrates som avbrøt folk og ba dem tenke over det de tok for gitt. Han spør hvilke spørsmål helsearbeidere stiller seg hvis de ønsker å praktisere fronesis som kunnskapsform. Refleksjon i en fokusert og anvendt form innenfor medisin kan kjennetegnes ved at man stiller spørsmål ved hvilke krav som er relevante i ethvert møte mellom lege og pasient, for deretter å spørre hvilke krav som bør ha prioritet i denne spesielle konsultasjonen. Gjennom slike prosesser er håpet at en form for praktisk klokskap kan utvikles som en veiledende kraft. «The name that is increasingly given to that practical wisdom is Aristotle's term, *phronesis*» (Frank, 2012, s. 57.)

Sellman (2012) sier at fronesis har en helt spesiell posisjon i profesjonelt liv, og også han peker på denne kunnskapsformen som et alternativ til en teknisk rasjonalitet. Fronesis består både av en kognitiv og en emosjonell dimensjon. Sellman anvender begrepet «professional phronesis» for å skille mellom novisen og eksperten. Han knytter «professional phronesis» til den kompetente praksisutøver, og beskriver personen som følger: «(...) rather, the competent practitioner aspires toward the Aristotelian ideal of doing the right thing to the right person at the right time in the right way and for the right reason» (Sellman, 2012, s. 127). Her er en klar advarsel mot utviklingen av tekniske ferdigheter på bekostning av fronesis. Også Pitman (2012) anvender begrepet fronesisk profesjonalitet, og understreker betydningen av fronesis i profesjonell utdanning. Han sier: «If the educators of professionals fail to motivate their students toward a phronetic professional life, they will fail not only the profession but all in society it professes to serve» (Pitman, 2012, s. 145.)

Vågan (2009) har undersøkt hvordan legestudenter konstruerer sin profesjonelle identitet ved hjelp av kliniske erfaringer tidlig i studieforløpet. Han konkluderer blant annet med å peke på nødvendigheten av at lærerne stimulerer studentene til å reflektere over erfaringer fra egen praksis, og at lærerne hjelper dem til større grad av bevisstgjøring ved å diskutere nærmere kompleksiteten knyttet til medisinske konsultasjoner. Vågan (2009, s. 59) sier: «The findings (...) indicate that without such possibilities of articulation students are left on their own to reflect and make sense of the medical and interactional challenges faced in education». I sin studie anvender ikke Vågan et begrepsapparat hentet fra forskning om fronesis, men vi ser likevel klare forbindelseslinjer mellom hans analyse og argumentasjon og tenkningen som fronesisforskningen bygger på.

I legeutdanningen handler fronesis om refleksjon over bedømmelse av komplekse situasjoner i praksisfeltet hvor man deretter handler ut fra det som blir vurdert som den beste løsning i den aktuelle konteksten. I denne prosessen blir den generelle epistemiske kunnskapen relatert til en partikulær situasjon og vurdert ut fra det.

Spørsmålet videre er hvordan man kan legge til rette for at fronesis som kunnskapsform blir ivaretatt i legeutdanningen.

### **HVORDAN KAN FRONESIS SOM KUNNSKAPSFORM KOMME TIL UTTRYKK I LEGEUTDANNINGEN?**

For å diskutere ovennevnte spørsmål, rettes oppmerksomheten mot profesjonsstudiet i medisin ved Universitetet i Tromsø, Norges arktiske universitet (UiT) der en revidert studieplan er under implementering. Vi har i et tidligere arbeid funnet at fronesis som kunnskapsform har styrket sin posisjon i den reviderte studieplanen sammenlignet med den forrige. En viktig begrunnelse er at den nye studieplanens innhold og struktur ivaretar og muliggjør en fronesisk kunnskapsform (Hovdenak & Risør, 2015). Studien som relateres til et

studentperspektiv viser, som vi skal se, at opplevelsen av fronesis som kunnskapsform kommer til uttrykk på ulike læringsarenaer og i ulike undervisningssituasjoner.

Før presentasjon og diskusjon av sentrale funn, skal det kort redegjøres for anvendt metode i datainnsamlingen av dette empiriske materialet.

### Metodisk tilnærming

Studentperspektivet som her presenteres, bygger i hovedsak på individuelle intervjuer av to forskjellige studentkull, 2011- og 2012-kullet, der sistnevnte følger ny studieplan. I et par tilfeller har det vært gjennomført gruppeintervju bestående av to personer. 20 studenter fra hvert kull er intervjuet, 12 kvinner og 8 menn som gjenspeiler kjønnsfordelingen i kullene. Intervjuene har vart i 45–60 minutter. En semistrukturert intervjuguide har vært benyttet. Samtlige intervjuer er blitt ordrett transkribert. Tekstene er tematisk kategorisert og kodet, og både deduktiv og induktiv koding har vært benyttet. Analyse og fortolkning har tatt utgangspunkt i samspill og integrasjon mellom teoretiske begreper og empiri. Funnene fra de to studentkullene er blitt sammenlignet. Datainnsamlingen har foregått i tre omganger fra studieåret 2012/2013 til våren 2015.

### Sentrale funn

Analysen viser at fronesis som kunnskapsform har en sterk posisjon blant studentene. De understreker betydningen av samspillet mellom de ulike kunnskapsformene episteme, techne og fronesis, samtidig som de i særlig grad poengterer den refleksive, kommunikative og etiske dimensjonen som er ivaretatt gjennom den nye studieplanen. I de tre årene den reviderte studieplanen har vært i bruk, har studentene uttrykt at de ser på praktisk klokskap som en kunnskapsform det er særdeles viktig å utvikle. De opplever at dette perspektivet er ivaretatt. Det er langs fronesisdimensjonen vi finner en av de største forskjellene mellom den tidligere og den reviderte studieplanen. Datamaterialet viser at studentene som følger den tidligere planen ikke opplever at den etiske dimensjonen blir tilstrekkelig godt ivaretatt i undervisningen. I den grad det etiske perspektivet er ivaretatt, blir det opp til den enkelte legelærer å fokusere denne dimensjonen. Etikkundervisningen er ikke obligatorisk, med det resultat at svært få møter. Dette har kunnet skje fordi den tidligere studieplanen som disse studentene følger, mangler en overordnet struktur som rammer inn viktige aspekter som burde være forpliktende. I denne studieplanen som fases ut om to år, er undervisningens innhold i stor grad blitt definert av den enkelte legelærer (Hovdenak & Risør, 2015).

Videre i denne empiriske presentasjonen skiller vi mellom de ulike læringsarenaene som studentene møter. Vi snakker om forelesninger i auditoriet, seminarundervisning med caseoppgaver som gruppearbeid, obligatorisk profkomgruppe (profesjonell kompetanse), og praktisk klinisk undervisning (PKU) på

avdelinger og poliklinikk, legevakt og legekantor. Vi skal se nærmere på hvordan studentene opplever undervisningen på noen av disse ulike læringsarenaene, og i hvilken grad fronesis som kunnskapsform blir ivaretatt. Det er studentenes opplevelser av den reviderte studieplanen som utgjør det empiriske grunnlaget.

### **Auditoriet, forelesningen og fronesis**

Alle studentene som er intervjuet går på forelesningene. På denne læringsarenaen er det episteme som kunnskapsform som hovedsakelig er fokusert, noe som også er forventet av studentene. Kvaliteten kan riktignok variere noe. Et av aspektene som imidlertid kjennetegner den gode forelesningen, er at foreleseren stimulerer til meningsfull læring i den betydning at studentene ser relevansen av medisinsk teori. Det skjer for eksempel når læreren eksemplifiserer ved hjelp av egne erfaringer og opplevelser. Slike eksempler fungerer motivevende, og stimulerer til refleksjon blant studentene. Disse lærerne blir fremhevet som dyktige forelesere. Her blir medisinsk teori kontekstualisert til praksisfeltet. I denne situasjonen der den generelle epistemiske kunnskapsformen har forrang, blir det likevel gjort forsøk på å transformere kunnskapen til en spesiell kontekst som krever refleksjon. Studentene opplever samspillet og diskusjonen rundt ulike kunnskapsformers anvendelse som en motiverende læringssituasjon der de stimuleres til å forstå den generelle kunnskapen anvendt i forhold til en spesifikk sykdomshistorie. De fleste legelærere er i besittelse av viktige erfaringer fra sin legepraksis som unge legestudenter gjerne lar seg innvie i. En slik læringsprosess krever bevissthet fra lærerne om ulike kunnskapsformers betydning og samspillet mellom dem.

### **Seminargrupper, case og fronesis**

Caseundervisning i seminargrupper er en annen undervisningsform som vektlegges i den reviderte studieplanen. Den gode undervisningssituasjonen, sett fra et studentperspektiv, er kjennetegnet av god sammenheng mellom auditoriets forelesning og seminargruppens casebaserte undervisning. I arbeidet med casene opplever studentene at den casebaserte seminargruppeundervisningen fører dem enda et steg nærmere en fronesisk tenkemåte. I denne situasjonen skal gruppen diskutere seg frem til en løsning som er til det beste for pasienten. Det betyr at de ulike kunnskapsformene settes i spill. Den reviderte studieplanen har en struktur som forutsetter en videreføring og bearbeiding av den epistemiske individuelle kunnskapen som er ervervet i forelesningen. Første steg i denne prosessen er seminargruppene der det forventes at hver deltaker kommer med innspill i en kollektiv læringsprosess som bringer studentene videre. Samtlige studenter i undersøkelsen sier at de alltid kommer forberedt til seminargruppene. I prosessen med å utvikle sin profesjonalitet der fronesis som kunnskapsform er grunnleggende viktig, blir seminarformen det nivået der studenten gjør sitt første stopp for å kontekstualisere den generelle epistemiske kunnskapen. Denne systematiske undervisningen i seminargruppene er en annen viktig forskjell mellom de to kullene som deltar i evalueringen. Følgende utsagn representerer studentperspektivet:

Jeg synes det har vært greit å lære ting. Først å få det forelest, så å lese på egen hånd og så ta det opp og diskutere i casegruppa.

### Praksisfeltet og fronesis

Praksisfeltet som læringsarena er sammensatt av flere arenaer som samlet utgjør det som her betegnes som praksisfeltet. Vi snakker om observasjonspraksis på legekontor, om PKU på sykehuset, om legevaktpraksis, og om profkom. Vi begynner med sistnevnte.

Den kommunikative og etiske dimensjonen har fått en sentral posisjon i den nye studieplanen. Her er det opprettet langsgående obligatoriske basisgrupper bestående av rundt 8 studenter. Disse basisgruppene har fått betegnelsen profkom. Gruppene, som er stabile gjennom hele studietiden, blir ledet av to mentorer som begge er leger. De to første årene besto undervisningen hovedsakelig av videoopptak av rollespill relatert til definerte problemstillinger som ble diskutert i samlet gruppe. Ut fra studentevalueringen etter tredjeåret er det nå viktig å unngå at denne formen blir for dominerende i fortsettelsen. Studentene er fornøyd med, og ser relevansen av profkom, men flere peker på at det bør være mulighet for at gruppen sammen med sine mentorer i større grad får definere innholdet i basisgruppene ut fra ønsker og behov der etiske problemstillinger er overordnet. Evalueringen etter tredjeåret viser at flere grupper forholder seg fleksibelt til basisgruppens innhold i den forstand at det er mulig å diskutere aktuelle problemstillinger, inkludert studentenes erfaringer i møte med pasienter. Her er noen representative studentuttalelser:

Basisgruppene og profkom har fungert godt, synes jeg. Kommunikasjon er viktig. De beste legene jeg har vært borti er de som kan snakke med pasientene så de forstår.

Man fikk veldig mye ut av de to første årene, og det var veldig bra. Men nå synes jeg profkom har stagnert litt. Jeg savner litt det å diskutere de etiske dilemmaene som kommer fram i hverdagen. Siste gangen gjorde vi det, og da var det bra.

De siste gangene har vi ikke sett like mange filmer. Vi har diskutert mer problemstillinger rundt pasienten og ting som vi har tenkt på.

Når det gjelder PKU og studentenes opplevelse av god undervisning, er spørsmålet hovedsakelig om undervisningen foregår med eller uten pasient. Dette er et absolutt avgjørende punkt, og det skal sies at de fleste PKU-ene er med pasienter. I disse læringssituasjonene ligger det til rette for en fronesisk tilnærming, men som flere av studentene påpeker, vil det avhenge av den enkelte lærer i hvilken grad vedkommende trekker inn en fronesisk kunnskapsdimensjon. Hvis ikke bevisstheten om fronesis som kunnskapsform er til stede, kan denne undervisningen like gjerne ende opp som det vi har sett Calman (2006) benevner som «technical training» i stedet for «medical education», der en instrumentell tilnærming forstått som en enkel mål-middel-tenkning, poiesis som handling, kommer til uttrykk. Dette er en utfordring som bør få større opp-

merksomhet i den videre implementeringen av studieplanen. Studentuttalelsen som følger viser til betydningen av «medical education»:

PKU har stort sett fungert veldig bra. Det er noen ganger det ikke har vært så bra. (...) Vi har snakket med pasientene og så har vi undersøkt. Så har vi samlet oss igjen etterpå og gått gjennom kasusene og diskutert hva som feiler dem og behandling og alt sånn der.

Studieåret 2014/2015 er første gangen studentene har praksis på legevakta. Dette gjelder for begge kullene, 2011 og 2012. Tiltaket har vært en suksess slik studentene har opplevd situasjonen. I denne praksisen har studentene vært sammen to og to med en erfaren lege som mentor og «backup». Når dette tiltaket har fått så god mottakelse, kan det forstås i sammenheng med at studentene er plassert som ansvarlige i en autentisk situasjon der de må aktivere hele sitt kunnskapsgrunnlag. Dette er en situasjon der de tre aristoteliske kunnskapsformene blir integrert. Studenten må kunne en del medisinsk teori, hun må kunne undersøkelsesmetodikk og sist, men ikke minst, må vedkommende være i stand til å kommunisere med pasienten, reflektere ut fra pasientens ståsted og behov for så å handle. Studentene må være i stand til å etablere en helhetsforståelse. I disse konsultasjonene opplevde studentene at de ulike kunnskapsformene ble integrert. Et viktig poeng er at studentene som umiddelbar oppfølging av konsultasjonen, hadde en samtale med sin mentor og medstudent der de drøftet og reflekterte over hele hendelsesforløpet. Denne reflekterende gjennomgangen kombinert med en diskuterende og problematiserende tilbakemelding har vært særdeles viktig for studentene. I intervjuene fremhever samtlige studenter at de opplever at i disse læringssituasjonene blir fronesis, praktisk klokskap, løftet frem:

Legevakta synes jeg er veldig bra. Her får man muligheten til å prøve seg selvstendig, og det tror jeg er veldig bra for å modnes innenfor yrket. Og så har man noen å diskutere med.

Legevakta, nei, det må vi bare skryte av, det var fantastisk. Det er kanskje der jeg har lært mest. Det var en bratt læringskurve. Også fikk jeg tilbakemelding, ikke kjeft akkurat, men kritikk. Og vi kunne diskutere.

Okay, der var pasienten, og så fikk du prøve deg skikkelig. Og så satt egentlig bare legen og medstudent og så på. Og så fikk man hjelp underveis hvis man trengte det. Man fikk gode tilbakemeldinger etterpå, og vi diskuterte. Så dette var veldig, veldig bra.

Fronesis er ikke en kunnskapsform man kan «lese seg til». Vi har sett at fronesis som kunnskapsform ikke kan forstås isolert. Det er en kunnskapsform som må samspille med episteme og techne for å lykkes, og som bidrar med en grunnleggende viktig dimensjon når vi snakker om utvikling av profesjonalitet. Videre er fronesis en kunnskapsform som i stor grad bygger på erfaring og refleksjon.



Det er viktig å presisere at studentene fra begge kullene, 2011 og 2012, legger stor vekt på den etiske, kommunikative og mellommenneskelige dimensjonen i lege-pasient-forholdet, samtidig som de også presiserer nødvendigheten av solide medisinskfaglige kunnskaper.

Så langt har evalueringen vist at Det helsevitenskapelige fakultet er på rett vei og har lagt opp til et utdanningsløp som gjør det mulig å ivareta og stimulere til utvikling av en profesjonalitet der fronesis som kunnskapsform får en grunnleggende posisjon. Her er imidlertid et forbedrings- og utviklingspotensial som først og fremst handler om å skape større bevissthet hos den enkelte lærer om betydningen av fronesis som kunnskapsform i profesjonsutdanningen.

## OPPSUMMERING

Vi har sett at i internasjonal litteratur er det en økende interesse for fronesis, eller praktisk klokskap, som kunnskapsform i utviklingen av profesjonalitet.

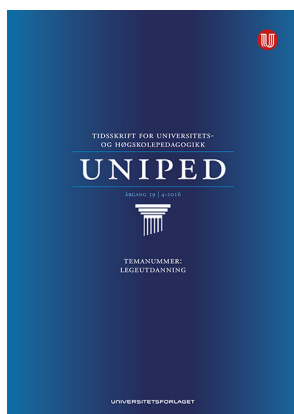
I artikkelen har fronesis blitt diskutert og relatert til dagens profesjonsutdanning i medisin. Et sentralt spørsmål som har blitt belyst, er hvorfor denne kunnskapsformen bør ha en viktig posisjon i legeutdanningen. Videre i artikkelen har vi spurt hvordan fronesis kan komme til uttrykk. Dette spørsmålet er besvart ved å vise til evalueringen av revidert studieplan for profesjonsstudiet i medisin ved UiT. Her har Det helsevitenskapelige fakultet lagt opp til et utdanningsløp der det er mulig å ivareta og å stimulere til utvikling av fronesis i et annet omfang enn tidligere gjennom studieplanens struktur og innhold. Imidlertid er det både et forbedrings- og utviklingspotensial her som i første omgang handler om å skape bevissthet om fronesis som kunnskapsform blant aktørene i profesjonsutdanningen i medisin.

Så langt viser evalueringen at fakultetet er på rett vei i revisjonen av studieplanen. Det er ikke lenger fritt frem for den privatpraktiserende legelærer å definere innholdet etter som det passer. Etter tre år med revidert studieplan er konklusjonen, begrunnet ut fra studentkullenes evalueringer og den nye studieplanens struktur, at fronesis som kunnskapsform har styrket sin posisjon i profesjonsutdanningen. Utfordringen videre er å stimulere og videreutvikle praktisk klokskap ved hjelp av en systematisk, bevisst og tilpasset opplæring blant dagens legestudenter og morgendagens leger.

## LITTERATUR

- Aristotle (2004). *The Nicomachean Ethics*. London: Penguin Classics.
- Aristoteles (1999). *Etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Barnes, J. (2004). Introduction. I Aristotle, *The Nicomachean Ethics*. London: Penguin Classics.
- Birmingham, C. (2004). Phronesis. A model for pedagogical reflection. *Journal of Teacher Education*, 55(4), 313–324.

- Calman, K. C. (2006). *Medical Education. Past, Present and Future. Handing on Learning*. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier.
- Eikeland, O. (2008). *The Ways of Aristotle. Aristotelian phrónēsis, Aristotelian philosophy of dialogue, and action research*. Bern: Peter Lang.
- Ellett, F. S. jr. (2012). Practical rationality and a recovery of Aristotle's «phronesis» for the professions. I E. A. Kinsella & A. Pitman, (Red.), *Phronesis as Professional Knowledge. Practical Wisdom in the Professions* (13–33). Boston: SensePublishers.
- Erstad, O., & Hovdenak, S. S. (2010). Kunnskap på dagsorden. I S. S. Hovdenak & O. Erstad, (red.), *Kunnskap i skolen* (9–16). Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.
- Flyvbjerg, B. (2006). *Rationalitet og magt. Det konkrete videnskap*. København: Akademisk Forlag.
- Frank, A. W. (2012). Reflective health care practice. Claims, Phronesis and Dialogue. I E. A. Kinsella & A. Pitman (Red.), *Phronesis as Professional Knowledge. Practical Wisdom in the Professions* (s. 53–60). Boston: SensePublishers.
- Gadamer, H.-G. (1975). *Truth and Method*. London: Sheed & Ward Stagbooks.
- Gustavsson, B. (2001). *Vidensfilosofi*. Århus: Klim.
- Gustavsson, B. (2007). Bildning som tolkning och förståelse. I B. Gustavsson (Red.), *Bildningens Förvandlingar* (s. 71–86). Göteborg: Daidalos.
- Hibbert, K. (2012). Cultivating Capacity: Phronesis, Learning and Diversity in Professional Education. I E. A. Kinsella & A. Pitman (Red.), *Phronesis as Professional Knowledge. Practical Wisdom in the Professions* (s. 61–71). Boston: SensePublishers.
- Hovdenak, S. S. (2012). Kunnskap og danning i skolen. Om relasjonen mellom ulike kunnskapsformer. I A. G. Eikseth, C. F. Dons, & N. Garm (Red.), *Utdanning mellom styring og danning. Et nordisk panorama* (s. 47–62). Trondheim: Akademika forlag.
- Hovdenak, S. S., & Risør, T. (2015). Profesjonalitet i legeutdanningen: Om kunnskapskoder, praktiske synteser og koherens. En analyse av studieplanen for profesjonsstudiet i medisin ved Universitetet i Tromsø, Norges arktiske universitet. *UNIPED*, 3, 213–228.
- Kinsella, E. A. (2012). Practitioner reflection and judgement as phronesis: A continuum of reflection and considerations as phronetic judgement. I E. A. Kinsella & A. Pitman (Red.), *Phronesis as Professional Knowledge. Practical Wisdom in the Professions*. (35–52). Boston: SensePublishers.
- Kinsella, E. A., & Pitman, A. (red.) (2012). *Phronesis as Professional Knowledge. Practical Wisdom in the Professions*. Boston: SensePublishers.
- Montgomery, K. (2006). *How Doctors Think: Clinical Judgment and the Practice of Medicine*. Oxford: Oxford University Press.
- Nussbaum, M. C. (1997). *Cultivating humanity: A classical defence of reform in liberal education*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Nussbaum, M. C. (2000). *Känslans skärpa tankens inlevelse. Essäer om etik och politik*. Stockholm: Brutus Östlings Bokförlag Symposion.
- Nussbaum, M. C. (2001). *Upheavals of Thought. The Intelligence of Emotions*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Nussbaum, M. C. (2010). *Not for Profit. Why Democracy Needs the Humanities*. New Jersey: Princeton University Press.
- Pitman, A. (2012). Professionalism and professionalization: Hostile ground for growing phronesis? I E. A. Kinsella & A. Pitman (Red.), *Phronesis as Professional Knowledge. Practical Wisdom in the Professions* (s. 131–146). Boston: SensePublishers.
- Sellman, D. (2012). Reclaiming Competence for Professional Phronesis. I E. A. Kinsella & A. Pitman (Red.), *Phronesis as Professional Knowledge. Practical Wisdom in the Professions* (115–130). Boston: SensePublishers.
- Stigen, A. (1999). Innledning. I Aristoteles, *Etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Vågan, A. (2009). *Physicians in the making*. Avhandling for graden Ph.d. Senter for profesjonsstudier. Oslo: Høgskolen i Oslo.



Uniped, volume 39  
no. 4-2016 p. 345–356  
ISSN online: 1893-8981  
DOI: 10.18261/issn.1893-8981-  
2016-04-06

FAGFELLEVDERT ARTIKKEL

# Hvordan kan legestudiet ivareta grunnleggende profesjonelle verdier?

Per Brodal  
Professor emeritus  
Institutt for medisinsk basalfag  
Universitetet i Oslo  
pabrodal@gmail.com

## SAMMENDRAG

Legenes kontrakt med samfunnet er basert på et sett av profesjonsverdier. Kontrakten er i hovedsak moralsk og innebærer en forpliktelse til å sette pasientenes og samfunnets interesser foran egeninteresser i yrkesutøvelsen. I dag trues denne kontrakten av industrialisering av helsevesenet og dehumanisering av medisinen. Det er derfor viktig at legestudiet i størst mulig grad bidrar til å utvikle studentenes profesjonalitet slik at de er rustet til å holde profesjonelle verdier i hevd. Fem områder peker seg ut som særlig viktig for å utvikle studentenes profesjonalitet: *læringsmiljøet*, som i stor grad formes av lærere som i ord og handling viser hva profesjonalitet er; studieopplegg og lærere som stimulerer til *integrasjon* og *helhetstenkning*; organisering av studiet som prioriterer *kontinuitet* i lærer-student- og student-pasientkontakt; prioritering av *interprofesjonelt samarbeid*; og til sist eksamen og *evalueringsformer* som harmonerer med utvikling av alle aspekter ved profesjonalitet, ikke bare de enklest målbare.

## Nøkkelord

profesjonalitet, studieplan, dehumanisering, lege

## ABSTRACT

The contract between the medical profession and society is based on a set of professional values. The contract is mainly of a moral character, implying that physicians place the interests of the patients and the society above their self-interests. Today this contract is threatened by industrialization of the health service and dehumanization of medicine. Therefore, it is of great importance that medical schools see their responsibility in developing the students' professionalism. Five areas are emphasized here as being of special importance in this context: a good *learning environment*, which is created mainly by teachers who show in practice what professionalism is; curriculum organization and teachers that facilitate *integration* and *holistic thinking*; a curricular organization that prioritizes *continuity* of teacher-student and patient-student contact; *interprofessional education*; and finally, *assessment* and evaluation methods that support the development of all aspects of professionalism, not only those easily measured.

## Keywords

professionalism, curriculum, dehumanization, physician

  
UNIVERSITETSFORLAGET

 idunn.no  
Nordiske tidsskrifter på nett

This article is downloaded from www.idunn.no. © 2016 Author(s). This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons CC-BY 4.0 License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), allowing third parties to copy and redistribute the material in any medium or format and to remix, transform, and build upon the material for any purpose, even commercially, provided the original work is properly cited and states its license.

De norske studieplanene for medisin fremhever profesjonalitet som et viktig mål, og de fleste tar vel for gitt at medisin er en profesjonsutdanning. Likevel er det en voksende bekymring for at legestudiene ikke i tilstrekkelig grad fremmer studentenes utvikling av profesjonalitet, og at legeprofesjonens grunnleggende verdier er truet i dagens helsevesen (Brody & Doukas, 2014; Bærheim, 2007; Frenk et al., 2010; Hafferty, 2006; Hillis & Grigg, 2015; Hodges et al., 2011; Paus, Neteland, Valestrand, Schei, & Müller, 2014; Stern & Papadakis, 2006; Tallis, 2006). Det hjelper lite å beholde betegnelsen profesjonsutdanning, hvis studiet ikke ivaretar grunnleggende profesjonsverdier. Mitt hovedanliggende med denne artikkelen er å fremheve forhold ved legestudiet som jeg anser særlig viktige hvis vi virkelig ønsker å utvikle studentenes profesjonalitet. Dessverre preges medisinske studieplaner ofte av manglende samsvar mellom mål og midler – «alle» er for eksempel enige om betydningen av å legge til rette for profesjonell utvikling, men studienes virkelighet viser ofte noe annet (Brainard & Brislen, 2007; Brodal, 2014; Cooke, Irby, Sullivan, & Ludmerer, 2006; Marinker, 1997; Neteland, 2012). Som bakgrunn omtaler jeg først kort begrepene profesjonalitet og profesjonelle verdier, samt trekk ved dagens helsevesen som ansees å true legenes profesjonalitet.

## PROFESJONALITET

### Profesjonalitet i et helsevesen i endring

Samfunnsmessig og teknologisk utvikling har medført store endringer av legers arbeid, deres selvforståelse og befolkningens forventninger (Berg, 2006). Samtidig som teknologiske fremskritt har muliggjort stadig bedre og mer omfattende diagnostikk og behandling, har det også økt ytre kontroll og styring av legers virksomhet – noe som kommer i konflikt med profesjonens krav på autonomi og kollegial organisering (Rammetekst 1). Markedstenkning har videre endret insentiver og maktfordeling i helsevesenet ganske dramatisk. Men selv om det i dagens høyteknologiske og komplekse helsevesen verken er ønskelig eller mulig fullt ut å bevare *alle* kjennetegnene ved en profesjon (Rammetekst 1), finnes det noen grunnleggende profesjonsverdier som det er i pasientenes og samfunnets interesse at ivaretas (Baron, 2015).

#### Hva er en profesjon?

En profesjon er en yrkesgruppe som har kontroll over sine arbeidsoppgaver – både i form av ekstern kontroll over hvem som får utføre oppgavene – og intern kontroll over utførelsen (Molander & Terum, 2008). Andre kjennetegn på en profesjon er (Grimen, 2008):

- at den er egalitært organisert – det er samarbeid mellom tilnærmet likeverdige partnere eller kolleger (til forskjell fra hierarkisk organisering av byråkrati),
- at den tillater stor ulikhet mellom deltagerne, men bare hvis ulikheten er basert på kompetanse og erfaring,
- at avgjørelser baseres på argumentasjon mer enn på formell autoritet,
- at det finnes interne ordninger for å kontrollere virksomheten, fordi profesjoner utfører oppdrag på vegne av andre (samfunnet)
- at kollektiv handling bygger på demokratisk fattede vedtak etter forutgående diskusjoner, etter prinsippet en person, en stemme (til forskjell fra de fleste andre styringssystemer, hvor en person alene kan ta avgjørelser for hele organisasjonen).

## Grunnleggende profesjonsverdier

En overordnet begrunnelse for medisinsk profesjonalitet<sup>1</sup> er at det er nødvendig for å sikre at legene er verdige den tilliten de er tildelt fra pasienter og samfunn (Hafferty, 2006; Schei et al., 2013; Wynia, Papadakis, Sullivan, & Hafferty, 2014). Mer enn bare en samling av ønskelige verdier, holdninger og kompetanser, handler profesjonalitet om en moralsk kontrakt mellom den medisinske profesjonen og samfunnet, som fremhevet i en rapport fra «Profesjonalitetskomiteen» ved medisinstudiet i Bergen (Schei et al., 2013). Rapporten drøfter profesjonalitet inngående, og understreker blant annet at

profesjonalitet ikke kan undervises som ‘noe eget’, fordi begrepet i bunn og grunn handler om kvaliteter ved måten leger tenker, opptre og behandler pasienter på i den kliniske hverdag. Begrepet profesjonalitet peker mot fenomener som yrkesidentitet og fagkultur, og kan ikke tenkes endret annet enn ved å påvirke nettopp yrkesidentitet og fagkultur.

Det er ikke nok at studentene erverver kunnskaper, ferdigheter og atferd som trengs for å praktisere medisin. Å være lege – med identitet som en ekte profesjonell – innebærer også å gjøre en rekke verdier til sine egne, deriblant en generell forpliktelse ikke bare til læring og dyktighet, men også til autentisk omsorgsfull atferd og praksis (Hafferty, 2006). Cohen (2007) fremhever at selv om profesjonalitet og humanisme begge er knyttet til det å være en god lege, er det en forskjell. Profesjonalitet, slik Cohen ser det, viser til atferd som følger visse normative verdier, mens humanisme er indre, dype overbevisninger om ens forpliktelser overfor andre. Humanisme er derved «the passion that animates professionalism» (Cohen, 2007, s. 1029). Dette berører et viktig poeng, nemlig at profesjonalitet ikke bare kjennetegnes ved riktige handlinger, men også av at *intensjonen* som ligger bak (for eksempel et kirurgisk inngrep eller en MR-undersøkelse) er i samsvar med kravet om å sette pasientens og samfunnets behov foran ens egne (Gunderman, Baskin, & Brown, 2015).

## Profesjonalitet forutsetter helhetstenkning

Profesjonalitet krever selvfølgelig omfattende kunnskaper, ferdigheter og erfaring som basis for ulike kompetanser. Legen forventes å være en ekspert. Forsøk på å beskrive ulike dimensjoner av profesjonell kompetanse har resultert i lange lister med begreper fra «core knowledge» og «procedural skills» til

1. Begrepet lar seg neppe definere presist (Bryden, Ginsburg, Kurabi, & Ahmed, 2010; Burford, Morrow, Rothwell, Carter, & Illing, 2014). En systematisk gjennomgang av litteraturen fra de siste 20 årene viste da også betydelig språk i hva ulike forfattere legger i medisinsk profesjonalitet (Birden, Glass, Wilson, Harrison, Usherwood, & Nass, 2014). Forskjellene viser seg imidlertid først og fremst ved forsøk på en komplett og samtidig presis definisjon. De grunnleggende, verdibaserte elementene – som denne artikkelen handler om – er det stort sett enighet om.

«caring» og «habits of mind».<sup>2</sup> Felles for så godt som alle former for medisinsk kompetanse er imidlertid at de forutsetter *integrasjon* og *helhetstenkning* – verken kunnskaper, ferdigheter, holdninger, empati eller gode manerer er hver for seg nok. Profesjonalitet innebærer at legen må kunne se og avveie mange ulike faktorer og interesser inn i en større sammenheng – med pasientens og samfunnets behov som styrende. En lege med en sterkt spesialisert kompetanse, men uten nødvendige forutsetninger for (eller vilje til) å ta hensyn til helheten, oppfyller derved ikke kravene til profesjonalitet.

### Profesjonalitet innebærer vilje og evne til interdisiplinært samarbeid

Kompetanse i interdisiplinært samarbeid som et element i profesjonalitet har fått økende betydning med tiltakende kompleksitet i helsetjenesten. Mangel på samhandling er da også identifisert som en viktig årsak til sviktende pasientsikkerhet (Aase, 2013; Aase, 2015; Nelson, Tassone, & Hodges, 2014). Men selv om de fleste er enige om viktigheten av at studiet utvikler vaner og ferdigheter i interdisiplinær samhandling, har det vist seg vanskelig å få til i praksis. Å lære å samarbeide med kolleger er noe mer enn å lære sammen med dem, men med bevisste pedagogiske grep, nøye planlegging og hardhendte prioriteringer er det mulig å få det til (Nelson et al., 2014; Teodorczuk, Khoo, Morrissey, & Rogers, 2016). En forutsetning er at studentene gjennom hele studiet – ikke bare i enkelte dedikerte kurs – trenes i å tenke og arbeide på tvers av disipliner og profesjoner slik at det blir en godt etablert vane. Dessverre oppmuntrer ikke dagens økonomiske insentiver til å bruke tid på å utvikle teamarbeid (Nelson et al., 2014).

### Legers profesjonalitet er truet

Den store interessen for profesjonalitet de siste 15–20 årene er nok et resultat av at medisinsens kjerneverdier oppfattes som truet, både i helsevesenet og i medisinsk utdanning (Cooke et al., 2006; Hjort, 2001; Wyller et al., 2013). Bekymringen gjelder at legene taper autonomi, at medisinen dehumaniseres (Haque & Waytz, 2012) og at legene reduseres til «kroppsteknikere» (Hofmann, 2001, 2015). Den verdibaserte selvreguleringen, som er et sentralt trekk ved profesjonell virksomhet, er i ferd med å erstattes av ytre kontroll og direktiver. Derved vil en leges egeninteresser i mindre grad tøyles av internaliserte verdier og normer (Grimen, 2008), noe som eksempler fra rådet for legeetikk konkretiserer (Hytten, 2015). Vi ser konturene av et industrialisert helsevesen styrt av markeds-krefter<sup>3</sup> mer enn av menneskelige behov – til tross for fagre ord om pasienten i sentrum, brukervedvirkning og det hele mennesket (Brean, 2005). Berg (2006)

2. Epstein og Hundert (2002) definerer medisinsk profesjonell kompetanse slik: «the habitual and judicious use of communication, knowledge, technical skills, clinical reasoning, emotions, values, and reflection in daily practice for the benefit of the individuals and communities being served.»
3. I Storbritannia økte den private medisinske sektoren (utkontraktert fra NHS) fra 6,9 mrd. pund og 98 000 ansatte i 2010 til 12,2 mrd. pund og 261 000 ansatte i 2013 (Iacobucci, 2015).

påpeker at industriell logikk i økende grad legges til grunn når sykehusvesenet omorganiseres, og at klinisk praksis blir mer og mer redusert til presist beskrevne og vitenskapelig dokumenterte prosedyrer. De profesjonelle lederne forstår klinisk arbeid rent instrumentelt. Samlet mener Berg at det skjer en *dehumanisering* av helsevesenet. Han er ikke alene om et slikt synspunkt. Filosofen Steen Wackerhausen (Funch, 2015) fremhever at valg av ord og begreper fra økonomi og markedstenkning virker dehumaniserende i helsevesenet ved å påvirke våre følelser og vår evne til empati, og derved måten vi handler på.<sup>4</sup> «Humanspråket», med ord som omsorg, ansvar, takknemlighet, fortvilelse, håp og så videre henviser til sentrale områder av menneskers virkelighet, og uttrykker det konkrete, levde livet. Frisk eller helbredet formidler noe annet enn utskrevet. Behandling, hjelp og omsorg uttrykker noe annet enn produksjon. Det fører til en snikende dehumanisering når man gradvis fjerner humanspråket fra beslutningsprosesser og profesjoner, sier Wackerhausen. Vogt og Pahle (2015) argumenterer overbevisende for at pakkeforløp innen psykiatrien i realiteten representerer et reduksjonistisk, dehumaniserende syn på komplekse lidelser. De påpeker blant annet det selvmotsigende i at personlig tilpasning og kvalitet forventes fremmet gjennom standardisering og effektivisering.

Svekkelse av profesjonalitet skyldes også medisinenes egen suksess drevet av forskning og stadig økende spesialisering (Berg, 2006). Legene har selv bidratt til dehumanisering gjennom ureflektert reduksjonisme og overdreven tro på teknologiske løsninger (Ahn, Tewari, Poon, & Phillips, 2006; Malterud, 2001; Marinker, 1997; Miles, 2009). Dominans av den reduksjonistiske tilnærmingen (som er nødvendig for å nå vitenskapelige mål) har medført en fragmentering av medisinen og manglende erkjennelse av at det vi skal tjene er hele personer og hele samfunn (Cassell, 2013).<sup>5</sup> Til tross for moderne medisins utvilsomme triumfer, er det bekymring for økende medikalisering, overbehandling og ulikhet i fordeling av helsetjenester (Carter, Rogers, Heath, Dege-ling, Doust, & Barratt, 2015; Clarke & Shim, 2011; Følling, 2008; Strand & Schei, 2001; Westin, 2004). «Vi kan gjøre mer enn noen gang... men vi gjør også mer som er unødvendig, teknologidrevet, for dyrt, og uproduktivt med hensyn til individuelle og statistiske mål på helse» (Cassell, 2013, s. xii).

### Marginalisering av utdanningsoppgaver svekker profesjonalisering

Faglig fragmentering er dessverre sterkest i de læringsmiljøene hvor fremtidens leger skal utvikle sin evne til helhetstenkning. I høyspesialiserte kliniske miljøer fører prioritering av forskning og «produksjon» ofte til at utdanningsoppgaver

4. Dette kommer på toppen av medisinenes lange tradisjon for fremmedgjørende språkbruk (Leopold et al., 2014). Vi snakker for eksempel om kasus heller en person, vi bruker betegnelser som epileptiker fremfor person med epilepsi (Nakken, 2013). Vi snakker om sykdommen som noe som kan forstås og behandles uavhengig av personen den rammer. Vi mistror symptomer og lidelser som vi ikke kan forklare med vår nåværende kunnskap.
5. Reduksjonistisk tankegang lever i beste velgående: ved sammenslåing av enhetene for anatomi, fysiologi og medisinsk biokjemi ved Det medisinske fakultet i Oslo ble den nye avdelingen døpt «Avdeling for molekylærmedisin». Man kan lure på om navnegiverne mener at menneskets anatomi og fysiologi ikke er noe mer enn summen av molekyler.

blir marginalisert (Dienstag, 2011; Hirsh, Ogur, Thibault, & Cox, 2007; Stevens, Wilkerson, & Uijtdehaage, 2014). Studentene føler seg lite sett og møter for få gode rollemodeller i et læringsmiljø dominert av spesialisering og tidspress (Neteland, 2012). Det er et overordnet lederansvar å sørge for at utdanningsoppgavene blir ivaretatt i universitetssykehusene. Det hjelper lite med gode intensjoner og regler om at alle ved et universitetssykehus forventes å delta i utdanningsoppgaver, hvis ikke ledelsen skaper rom for det i den kliniske hverdagen.

## HVORDAN STUDIET KAN IVARETA PROFESJONELLE VERDIER

Det er mange mål som skal nås i et legestudium, og mange ulike kompetanser skal utvikles. I det følgende har jeg valgt ut fire forhold som jeg mener er av overordnet betydning for å ivareta grunnleggende profesjonelle verdier. Som nevnt ovenfor er interdisiplinært samarbeid et viktig element i profesjonalitet, men jeg går ikke nærmere inn på hvordan det best kan ivaretas i utdanningen.

### Læringsmiljø og rollemodeller

Studentene sosialiseres på godt og vondt inn i profesjonens kultur. De gjør læringsmiljøets sett av verdier og praksiser til sine egne – ofte uten å merke det; dette synes vi er viktig, slik gjør vi det her. Verdiene og praksisene læres først og fremst av de lærerne studentene møter i tallrike læringssituasjoner. Dessverre er det ikke alltid slik at det studentene opplever stemmer med studieplanenes eksplisitte mål om humanisme og profesjonelle verdier (Gaufberg, Batalden, Sands, & Bell, 2010; Marinker, 1997; Neteland, 2012). Det er blant annet mye forskning som tyder på at legestudenters empati avtar utover i studiet (Pedersen, 2010). To amerikanske leger som skriver om hvordan de opplevde sin studietid, hevder at den viktigste barrieren mot å utvikle profesjonalitet var lærerne de møtte (Brainard & Brislen, 2007). Det hjelper lite med spesifikke profesjonalitetskurs og mentorordninger hvis hovedmengden av lærere studentene møter ellers i studiet er uinteresserte eller til og med uprofesjonelle i sin atferd. Osterberg, Swigris, Weil, & Branch (2015) ba lærere ved flere medisinske skoler om å skrive om den læreren som påvirket dem mest i studietiden. «Å bry seg om» (a caring person) gikk igjen hos de fleste. Andre karakteristika var «fremragende og entusiastisk underviser», «faglig dyktig», «generøs og uselvisk», «ikke-dømmende», «høye forventninger til studentene» og «kunne vise sårbarhet». Videre ble det fremhevet at de gode rollemodellene viste både profesjonell og personlig interesse for studentene. En lærer med sterk påvirkningskraft kjennetegnes ved evnen til å etablere en varig relasjon til studenten preget av gjensidig tillit og respekt (Haidet & Stein, 2006). Første bud for å etablere en slik relasjon er at læreren er oppriktig interessert i studentens læring og utvikling. En god lærer identifiserer seg med studentens ønske om å bli profesjonell, og viser gjennom sine ord og handlinger hva det vil si.

Hvordan sikre at fakultetene har en kritisk masse av lærere som i handling viser at de mener at studentenes læring og profesjonelle utvikling er viktig? Jeg skal ikke prøve å gi uttømmende svar på det. Men det handler både om å arbeide for bedre rammebetingelser for dem som underviser legestudenter og om fakultetenes selektering og oppfølging av sine lærere.



## Integrasjon

Som nevnt må studiet inneholde sterke integrerende elementer hvis studentene skal utvikle evne til å se sammenhenger og helhet (som er en essensiell del av profesjonalitet). Integrasjon skjer ikke av seg selv i studentenes hoder, spesielt ikke i dagens sterkt spesialiserte læringsmiljøer (Brodal, 2014). Det er derfor avgjørende at studieplanleggere tar bevisste valg for å unngå at studentenes virkelighetsoppfatning blir fragmentert. Virkemidler er studiets organisering, valg av læringsmetoder og opplæring av dem som underviser. Hvis studentene skal lære seg å anvende kunnskap fra ulike områder til beste for pasienter, må de aller fleste læringssituasjoner stimulere til å integrere ulike typer av informasjon. Nøyte tidsmessig koordinering av ulike tema og problemstillinger hjelper studentene til å se sammenhenger. De siste detaljene i hvordan timeplanen legges kan bli avgjørende i så måte – en god overordnet plan kan ødelegges av mangelfull detaljplanlegging. Læringsmetoder som stimulerer til målrettet, aktiv bruk av ulike typer informasjon er også viktige. Men det hjelper lite med øyer av slik læring hvis hovedmengden av undervisningen er enveis og fagspesifikk. En annen viktig faktor er lærere som greier å se sitt eget fag i en større sammenheng, og som hele tiden trekker inn relevant kunnskap fra andre områder i sin undervisning. Derved hjelpes studentene til å se sammenhenger de kanskje ikke ville oppdaget på egenhånd. En slik tilnærming gjør det også lettere å huske og få oversikt over den overveldende stoffmengden i et legestudium.

### Harvard New Pathways: Et eksempel til etterfølgelse?

Ved Harvard Medical School har de tatt på alvor medisinsens endrede landskap. Ikke minst overgangen fra inneliggende pasienter til poliklinisk behandling nødvendiggjorde nytenkning rundt klinisk undervisning (Dienstag, 2011). De erkjente også at det hadde skjedd en gradvis erosjon av læringsmiljøet, med blant annet tap av kontinuitet og koherens i den kliniske opplæringen: «Certainly, little time was available for attention to ethical, social, cultural, and professional issues in patient management – the very substance of patient-centered care» (Dienstag, 2011, s. 39). I tillegg ønsket de å gå bort fra den typiske amerikanske modellen med 2 år basalfag + 2 år klinikk for å styrke integrasjon av basalfag, samfunnsmedisin og kliniske fag (den forrige, banebrytende studiemodellen fra 1985 – «New Pathway in General Medical Education» – begrenset seg til de to prekliniske studieårene). Prosessen mot ny studieplan begynte rundt år 2000 med å klargjøre hvordan de kunne bygge videre på styrkene ved den forrige studiemodellen og overkomme dens begrensninger. De satte opp flere overordnede mål, blant annet:

- forbedre basalfagsundervisningen og integrere den med klinisk undervisning gjennom hele studieløpet
- reetablere meningsfulle og engasjerte interaksjoner mellom studenter og lærere, og trekke flere av lærerstaben (også de mest seniore) inn i undervisningen
- omorganisere klinisk undervisning med utgangspunkt i studentenes behov for kontinuitet i pasient- og lærerkontakt, i interdisiplinær integrasjon, og i evaluering.

Det var også enighet om å optimalisere læringsmetoder og læringsmiljø, og legge økt vekt på å stimulere til humanisme og profesjonalitet. Et to ukers introduksjonskurs gir en bred oversikt over profesjonen og dens verdier. Problembasert læring ble videreført som en sentral læringsmetode. All «core clinical clerkships» gjennomføres på ett klinisk lærested, hvor studentene følger et visst antall pasienter gjennom hele året. Evalueringer og eksamen er integrert.

De gjorde også noe med vurderingskriterier for ansettelse ved å etablere «areas of excellence» – blant annet et kalt «teaching and education leadership» – fremfor tidligere rigide akademiske kriterier. Det vil si at fremragende kvalifikasjoner innen utdanning vil kunne være avgjørende, og ikke alltid bli vurdert etter vitenskapelige kvalifikasjoner.

## Kontinuitet

Klinisk undervisning er de fleste steder blitt mer og mer oppstykket med korte opphold på hver avdeling og stadig skifte av lærere. Dette har selvfølgelig stor betydning for læringsmiljøet, og er uheldig for studentenes profesjonelle utvikling. Det gir få muligheter for å etablere tillitsfulle relasjoner og for å oppleve gode rollemodeller (Brodal, 2012; Neteland, 2012). Dessuten er det alvorlig at studentene sjelden får følge pasientforløp (utplasseringsperiodene er et hederlig unntak, men kan ikke oppveie manglene ved den kliniske undervisningen ved universitetssykehusene). At de så godt som aldri opplever at en erfaren kliniker observerer dem mer enn glimtvis i samspill med pasienter, er også en stor svakhet ved utdanningen. Det er da også en økende erkjennelse av behovet for kontinuitet i klinisk opplæring (Brodal, 2012; Dienstag, 2011; Hirsh et al. 2007; Stevens et al., 2014). En rekke medisinske skoler i flere land har nå tatt konsekvensene av dette og etablert «longitudinal integrated clerkships» utenfor universitetssykehusene (Norris, Schaad, DeWitt, Ogur, & Hunt, 2009). Det kreves bevisste prioriteringer fra både sykehusledelse og fakultet hvis det skal tilrettelegges for mer kontinuitet i klinisk undervisning, men det er neppe umulig (Rammetekst 2). Alternativet er å flytte store deler av klinisk undervisning ut av universitetssykehusene, noe som innebærer åpenbare logistiske problemer og ekstra omkostninger (Lindbæk, 1999; Brodal & Brinchmann-Hansen, 1999). Det vil også møte på motstand fordi det må medføre omfordeling av ressurser. Det vil dessuten innebære at forskning og utdanning skilles enda mer enn i dag, og det vil vanskeliggjøre integrasjon av basalfag og klinikk. Men hvis vi ikke greier å revitalisere læringsmiljøet i universitetssykehusene, vil sannsynligvis større deler av grunnutdanningen også i Norge måtte legges til mindre spesialiserte kliniske miljøer. Et selvstendig argument for å flytte mer av klinisk grunnutdanning ut fra universitetssykehusene er behovet for bedret rekruttering til distriktsmedisinen (Brandstorp, 2015; Christensen, 2015).

## Eksamen og løpende evaluering

Til sist, men ikke minst, er *eksamen* avgjørende, fordi eksamen styrer studentenes atferd langt mer enn studieplanen. Hvis man for eksempel ønsker å stimulere integrasjon og helhetstenkning, må også eksamen være laget for formålet. Hvis man legger vekt på kompetanse som studiemål fremfor faglige delmål, må dette også styre hvordan studentene testes og måles (Epstein, 2007). Fagspesifikke eksamener vil effektivt motarbeide ambisjoner om et studium som utvikler profesjonell kompetanse fremfor isolerte kunnskaper og ferdigheter. Summativ evaluering i form av eksamen tjener først og fremst sertifiseringsformål. Det er veldig mye lettere å teste faktakunnskap og praktiske ferdigheter enn de komplekse verdibaserte kvalitetene som kjennetegner en god lege:

Those personal qualities that we hold dear...are exceedingly difficult to assess. And so, unfortunately, we are apt to measure what we can, and eventually come to value what is measured over what is left unmeasured. The

shift is subtle, and occurs gradually. It first invades our language and then slowly begins to dominate our thinking (Rothstein, Jacobson & Wilder, 2008, s. 31).

Vi må nok innse at ikke alt vi ønsker studentene skal ha oppnådd lar seg teste ved «high stake»-eksamener. Desto viktigere blir det at de humanistiske og profesjonelle kvalitetene – som ikke lar seg teste ved eksamen – gjennomsyres læringsmiljøet ved lærernes eksempler. Det er også viktig at studentene stimuleres og utfordres til å reflektere rundt egne erfaringer, i dialog med erfarne klinikere. At det etableres tillitsfulle relasjoner mellom lærere og studenter er sannsynligvis avgjørende i denne sammenhengen.

## KONKLUSJON

Hvis vi virkelig ønsker at studiet skal bidra til at leger fortsatt kan ansees som profesjonsutøvere – med hva det innebærer av autonomi, ansvar og selvregulering – vil jeg fremheve fem forhold som særlig viktige. Det første er *læringsmiljøet*, som i stor grad bestemmes av lærerne studentene møter og hvordan de forholder seg. Hvis en stor andel av lærerne opplever undervisning som en belastning som forstyrrer viktigere gjøremål, hjelper det ikke hva studieplanen inneholder av honnørord om kompetanse, profesjonalitet og etikk. Det andre gjelder prioritering av organiseringsformer og læringsmetoder som fremmer *integrasjon og helhetstenkning*. Profesjonalitet forutsetter evne til å se seg selv og sin faglige virksomhet i en større sammenheng. Det tredje gjelder prioritering av *kontinuitet* i klinisk opplæring fremfor dagen sterke tendens til fragmentering. Det fjerde gjelder utvikling av kompetanse i *interprofesjonelt samarbeid*. Det femte er at vi må sikre at behovet for sertifisering gjennom summativ *evaluering* ikke forskyver studentenes arbeid mot det som enkelt lar seg måle på bekostning av personlig vekst og utvikling.

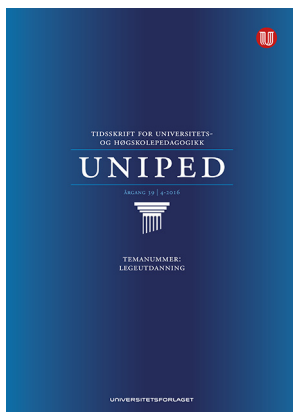
## LITTERATUR

- Aase, I. (2013). Teaching interprofessional teamwork in medical and nursing education in Norway: A content analysis. *Journal of Interprofessional Care*, 27, 238–245.
- Aase, K. (red.) (2015). *Pasientsikkerhet* (2. utgave). Oslo: Universitetsforlaget.
- Ahn, A. C., Tewari, M., Poon, C.-S., & Phillips, R. S. (2006). The limits of reductionism in medicine: Could systems biology offer an alternative? *PLoS Medicine* 3, e208. DOI: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.0030208>.
- Baron, R. J. (2015). Professional self-regulation in a changing world. Old problems need new approaches. *JAMA* 313, 1807–1808.
- Berg, O. (2006). *Fra politikk til økonomikk. Den norske helsepolitikks utvikling det siste sekel*. Oslo: Den norske legeforening. Tidsskriftets skriftserie.
- Birden, H., Glass, N., Wilson, I., Harrison, M., Usherwood, T., & Nass, T. (2014). Defining professionalism in medical education. *Medical Teacher*, 36, 47–61.
- Brainard, A. H., & Brislen, H. C. (2007). Viewpoint: Learning professionalism: A view from the trenches. *Academic Medicine*, 82, 1010–1014.
- Brandstorp, H. (2015). *RE: Valg av spesialitet – et valg for livet*. <http://tidsskriftet.no/article/3391755#comments>

- Brean, A. (2005). Hva har «pasienten i sentrum» å gjøre? *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 125, 2994.
- Brodal, P. (2012). Et varselsrop om læringsmiljøet i klinikken. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 132, 689.
- Brodal, P. (2014). Mål og midler i legeutdanningen. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 134, 34–36.
- Brodal, P., & Brinchmann-Hansen, Å. (1999). Gjenreis universitetssykehusene som utdanningsinstitusjoner. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 119, 1496–1497.
- Brody, H., & Doukas, D. (2014). Professionalism: a framework to guide medical education. *Medical Education*, 48, 980–987.
- Bryden, P., Ginsburg, S., Kurabi, B., & Ahmed, N. (2010). Professing professionalism: Are we our own worst enemy? Faculty members' experiences of teaching and evaluating professionalism in medical education at one school. *Academic Medicine*, 85, 1025–1034.
- Burford, B., Morrow, G., Rothwell, C., Carter, M., & Illing, J. (2014). Professionalism in education should reflect reality: findings from three health professions. *Medical Education*, 48, 361–374.
- Bærheim, A. (2007). Medisinsk profesjonalitet. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 127, 2074.
- Carter, S. M., Rogers, W., Heath, I., Degeling, C., Doust, J., & Barratt, A. (2015). The challenge of overdiagnosis begins with its definition. *BMJ*, 350, h869.
- Cassell, E. (2013). *The Nature of Healing. The Modern Practice of Medicine*. New York: Oxford University Press.
- Christensen, M. H. (2015). Medisinsk grunnutdanning i allmennpraksis. *Utposten*, 4, 16–17.
- Clarke, A. E., & Shim, J. (2011). Medicalization and biomedicalization revisited: Technoscience and Transformations of Health, Illness and American Medicine. I B. A. et al. (Red.), *Handbook of sociology of health, illness, and healing: A blueprint for the 21st century*. Pescosolido (s. 173–199). New York: Springer.
- Cohen, J. J. (2007). Viewpoint: Linking Professionalism to Humanism: What It Means, Why It Matters. *Academic Medicine*, 82, 1029–1032.
- Cooke, M., Irby, D. M., Sullivan, W., & Ludmerer, K. M. (2006). American medical education 100 years after the Flexner report. *The New England Journal of Medicine*, 355, 1339–1344.
- Dienstag, J. L. (2011). Evolution of the New Pathway Curriculum at Harvard Medical School. *Perspectives in Biology and Medicine*, 54, 36–54.
- Epstein, R. M. (2007). Assessment in medical education. *The New England Journal of Medicine*, 356, 387–396.
- Epstein, R. M., & Hundert, E. M. (2002). Defining and assessing professional competence. *JAMA*, 287, 226–235.
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., ... Zurayk, H. (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*, 376, 1923–1958.
- Funch, S. M. (2015). En trojansk hest i sundhetssektoren. Intervju med Steen Wackerhausen. *Informationen*. Hentet fra [http://www.information.dk/544894?utm\\_content=buffer&utm\\_medium=social&utm\\_source=facebook.com&utm\\_campaign=buffer](http://www.information.dk/544894?utm_content=buffer&utm_medium=social&utm_source=facebook.com&utm_campaign=buffer)
- Følling, I. (2008). Énprosentmedisinen – en kilde til overbehandling. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 128, 334–336.
- Gaufberg, E. H., Batalden, M., Sands, R., & Bell, S. K. (2010). The hidden curriculum: What can we learn from third-year medical student narrative reflections? *Academic Medicine*, 85, 1709–1716.
- Grimen, H. (2008). Profesjon og profesjonsmoral. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 144–160). Oslo: Universitetsforlaget.

- Gunderman, R. B., Baskin, M. H., & Brown, B. P. (2015). Professionalism: Intent is definitive. *Academic Radiology*, *22*, 1277–1279.
- Hafferty, F. W. (2006). Professionalism – the next wave. *The New England Journal of Medicine*, *355*, 2151–2152.
- Haidet, P., & Stein, H. F. (2006). The role of the student-teacher relationship in the formation of physicians. *Journal of General Internal Medicine*, *21*, 16–20.
- Haque, O. S., & Waytz, A. (2012). Dehumanization in medicine: causes, solutions, and functions. *Perspectives on Psychological Science*, *7*, 176–186.
- Hillis, D. J., & Grigg, M. J. (2015). Professionalism and the role of the medical colleges. *Surgeon*, *13*, 292–299.
- Hirsh, D. A., Ogur, B., Thibault, G. E., & Cox, M. (2007). «Continuity» as an Organizing Principle for Clinical Education Reform. *The New England Journal of Medicine*, *356*, 858–866.
- Hjort, P. (2001). Noe var bedre før – hvordan kan vi ta vare på det? *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, *121*, 2069–2072.
- Hodges, B., Ginsburg, S., Cruess, R., Cruess, S., Delpont, R., Hafferty, F., ... Wade, W. (2011). Assessment of professionalism: Recommendations from the Ottawa 2010 Conference. *Medical Teacher*, *33*, 354–363.
- Hofmann, B. (2001). Legen som kroppstekniker. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, *121*, 1266–1269.
- Hofmann, B. M. (2015). Too much technology. *BMJ*, *350*, 705.
- Hytten, K. (2015). Medisin og marked. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, *135*, 1471–1472.
- Iacobucci, G. (2015). Health service outsourced to private sector increased from 6.9bn to 12.2bn in three years to 2013. *BMJ*, *350*, 768.
- Leopold, S. S., Beadling, L., Gebhardt, M. C., Gioe, T. C., Potter, B. K., Rinnac, C. M., & Wongworawat, M. D. (2014). Words hurt – avoiding dehumanizing language in orthopaedic research and practice. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, *472*, 2561–2563.
- Lindbæk M. (1999). Bør fremtidens kliniske legeutdanning flyttes ut fra universitetene? *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, *119*, 664.
- Malterud, K. (2001). The art and science of clinical knowledge: evidence beyond measures and numbers. *Lancet*, *358*, 397–400.
- Marinker, M. (1997). Myth, paradox and the hidden curriculum. *Medical Education*, *31*, 293–298.
- Miles, A. (2009). On a medicine of the whole person: away from scientific reductionism and towards the embrace of the complex in clinical practice. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, *15*, 941–949.
- Molander, A., & Terum, L. I. (2008). Profesjonsstudier – en introduksjon. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 13–26). Oslo: Universitetsforlaget.
- Nakken, K. O. (2013). Betegnelsen epileptiker bør unngås. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, *133*, 1088.
- Nelson, S., Tassone, M., & Hodges, B. D. (2014). *Creating the health care team of the future. The Toronto model for interprofessional education and practice*. London: Cornell University Press.
- Neteland, I. (2012). Medisinsk lettvekter – bare meg? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, *132*, 696–997.
- Norris, T. E., Schaad, D. C., DeWitt, D., Ogur, B., & Hunt, D. D. (2009). Longitudinal Integrated Clerkships for Medical Students: An Innovation Adopted by Medical Schools in Australia, Canada, South Africa, and the United States. *Academic Medicine*, *84*, 902–907.

- Osterberg, L., Swigris, R., Weil, A., & Branch, W. T. (2015). The highly influential teacher: recognising our unsung heroes. *Medical Education*, 49, 1117–1123.
- Paus, A. S. M., Neteland, I., Valestrand, E. A., Schei, E., & Müller, K. E. (2014). Profesjonalitet kommer ikke av seg selv. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 134, 1482–1483.
- Pedersen, R. (2010). Empathy development in medical education – a critical review. *Medical Teacher*, 32, 593–600.
- Rothstein, R., Jacobsen, R., & Wilder, T. (2008). *Grading education: Getting accountability right*. New York: Teachers College Press.
- Schei, E., Asbjørnsen, H., Wilhelmsen, I., Jonung, T., Ræder, H., Neteland, I., ... Müller, K. E. (2013). *Dannelse til lege. Læring av profesjonalitet, pasientsentrert kommunikasjon og mestring av legerollen under medisinstudiet i Bergen*. Rapport fra «Profesjonalitetskomiteen».  
<http://www.uib.no/filearchive/rapport-fra-profesjonalitetskomiteen-mars-2013.pdf>
- Stern, D. T., & Papadakis, M. (2006) The developing physician – becoming a professional. *The New England Journal of Medicine*, 355, 1794–1799.
- Stevens, C. D., Wilkerson, L., & Uijtdehaage, S. (2014). Longitudinal continuity experiences can repair disconnects in the core clerkships for medical students. *Academic Medicine*, 89, 205–207.
- Strand, R., & Schei, E. (2001). Gjør kunnskap vondt? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 121, 1502–1506.
- Tallis, R. C. (2006). Doctors in society: medical professionalism in a changing world. *Clinical Medicine*, 6, 7–12.
- Teodorczuk, A., Khoo, T.K., Morrissey, S., & Rogers, G. (2016). Developing interprofessional education: putting theory into practice. *Clinical Teacher*, 13, 7–12.
- Vogt, H., & Pahle, A. S. (2015). *Likeverd på samlebånd*.  
Hentet fra <http://morgenbladet.no/ideer/2015/09/likeverd-pa-samleband>.
- Westin, S. (2004). Medikalisering uten grenser. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 124, 3179.
- Wyller, V. B., Hagen, E., Heggedal, R., Heimdal, A., Karlsen, K., Mellin-Olsen, J., ... Wyller, T. B. (2013). Ta faget tilbake! *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 133, 655–659.
- Wynia, M. K., Papadakis, M. A., Sullivan, W. M., & Haffery, F. W. (2014). More Than a List of Values and Desired Behaviors: A Foundational Understanding of Medical Professionalism. *Academic Medicine*, 89, 712–714.



Uniped, volume 39  
no. 4-2016 p. 357–367  
ISSN online: 1893-8981  
DOI: 10.18261/issn.1893-8981-  
2016-04-07

# Dannelse til lege

*Pasientkontakt og profesjonalitet i første fase av medisinstudiet*

Edvin Schei

Professor

Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Det medisinsk-odontologiske fakultet

Universitetet i Bergen

Edvin.schei@uib.no

## SAMMENDRAG

Artikkelen beskriver et nytt undervisningsopplegg hvor førsteårs medisinstudenter i løpet av seks måneder møter 20 alvorlig syke pasienter og veiledes gjennom refleksjon og teori mot større innsikt i sykdom og helse, i legerollens utfordringer, i menneskelig mangfold, og i forståelse av egen utvikling mot profesjonell identitet som medisinstudent og lege. Formålet er å legge til rette for at studentene skal utvikle trygghet og praktisk kompetanse i å mestre legerollen på måter som skaper nødvendig tillit hos pasienter og samfunn. Undervisning som sikter mot personlig utvikling og dannelse av karakteregenskaper, verdier og holdninger er utfordrende, med mange fallgruver. Det er paralleller mellom undervisning og legearbeid: Leger må evne å skape løsninger i komplekse og rotete situasjoner preget av variasjon, usikkerhet og motstridende interesser. Det samme må undervisere som vil legge til rette for dannelse av profesjonelle kompetanser. I artikkelen drøftes nødvendigheten av samsvar mellom form og innhold, god modellering, og kombinasjoner av erfaringslæring, teori og improvisasjon.

## Nøkkelord

profesjonalitet, kommunikasjon, pasientsentrert medisin, erfaringslæring, undervisning, dannelse

## ABSTRACT

The paper presents an introductory course in which first-year medical students meet 20 seriously ill patients over six months and are guided, through reflection and theory, toward deeper insight into the phenomena of sickness and health, the challenges of physicianship and professional identity development. The aim is to promote students' sense of security and practical competencies that may increase trust from patients and society at large. Group-based educational practices targeting the development of character, values and attitudes are both intellectually and emotionally challenging. Parallels exist between doctoring and teaching. Physicians must be able to create solutions in complex, messy situations characterized by variation, uncertainty and competing interests. So must instructors who try to foster the formation of professional competencies. The paper discusses the challenges of creating concordance between content and format, adequate role modelling, and a balancing of experiential learning with theory and improvisation.

  
UNIVERSITETSFORLAGET

 idunn.no  
Nordiske tidsskrifter på nett

This article is downloaded from [www.idunn.no](http://www.idunn.no). © 2016 Author(s). This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons CC-BY 4.0 License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), allowing third parties to copy and redistribute the material in any medium or format and to remix, transform, and build upon the material for any purpose, even commercially, provided the original work is properly cited and states its license.

### Keywords

professionalism, communication, patient-centered medicine, experiential learning, teaching, character development

Hva innebærer det å være profesjonell som lege i det 21. århundres teknologiske og demografiske virkelighet? Og kan universitetet på meningsfullt vis gi målrettet opplæring i medisinsk profesjonalitet? Medisinstudiet har, og skal ha, sterk innvirkning på studentenes profesjonelle dannelse. Gjennom seks års komplekse læringserfaringer, i universitetets regi og utenfor, formes kommende legers intellektuelle horisont. I prosessen forvandles man fra lekperson til lege. Man forventes å bli medisinsk profesjonell, man får profesjonens plikter og privilegier, man får en kulturelt forankret identitet som innebærer tillit og makt. Men medisinstudiet har i liten grad satt disse aspektene av faget på studieplanen – før nå.

Dette essayet er en refleksjon om hvordan «medisinsk profesjonalitet» kan forstås og undervises. Teksten knytter an mot tre års erfaringer fra et pilotprosjekt i ny studieplan for medisin ved Universitetet i Bergen. Kurset «Pasientkontakt», beskrevet lenger nede, lar førsteårsstudenter møte syke mennesker og pårørende i dyptloddende samtaler som, gjennom veiledet refleksjon, blir råstoff for å etablere en tidlig forståelse av legerollen og de intellektuelle, moralske og mellommenneskelige kompetanser den fordrer. Før kurset beskrives nærmere vil jeg presentere profesjonalitetsbegrepet som fakultetet har lagt til grunn, antyde hva slags læring som foregår når unge mennesker utvikler seg til profesjonelle medisinske hjelpere, og hvordan vi kan lage en universitetspedagogikk deretter.

### MEDISINSK PROFESJONALITET, SKJULTE DANNELSESPROSESSER

En lege som skal kunne gi god, individuell hjelp til syke og lidende mennesker trenger naturvitenskapelige, håndverksmessige, moralske og kommunikative kompetanser. Er det noe nytt? Nei, slik må legerollen alltid ha vært. Når «profesjonalitet» har fått høynet oppmerksomhet i moderne vestlig legeutdanning er det fordi mange viktige universiteter, særlig i USA og Canada, mot slutten av det 20. århundre konstaterte at utdanningene ikke lenger som en selvfølge sikret «gode leger». Man fant at medisinstudenter og unge leger ofte utviklet en feilaktig forståelse av legers rolle og oppgaver, med overdreven tillit til at teknisk og teoretisk kompetanse skulle løse alle legers oppgaver, og at oppgavene primært handler om diagnoser og sykdomsbehandling, ikke om relasjoner til pasienter (Christakis, 1995; Inui, 2003).

Legeyrkets urgamle vektlegging av relasjon, empati og moralsk karakterutvikling forsvant gradvis fra universitetenes studieplaner etter 1910, da den amerikanske Flexner-komiteén la frem en rapport som ble toneangivende for vestlig legeutdanning, med naturvitenskap og laboratoriefag som erkjennelsesmessig og pedagogisk grunnvoll (Christakis, 1995). I siste del av det 20. århundre ble



det imidlertid tydelig at forvandlingen av legeyrket fra et relasjonelt omsorgsfag til et teknisk laboratoriefag hadde problematiske konsekvenser. Rapporter om kynisme, overgrep, grådighet, kommunikasjons- og behandlingssvikt svekket tilliten til legestanden. Skandaler knyttet til medisinsk eksperimentering på pasienter, både i Tyskland under andre verdenskrig og senere i USA og andre land, ga opphav til moderne bioetikk fra 60-tallet (Beauchamp & Childress, 2001). Mot slutten av århundret satte Harvard Medical School og andre viktige nordamerikanske læresteder «profesjonalitet» på studieplanen (Cruess, Cruess, & Steinert, 2009). Målet er at medisinsk utdanning skal skape leger som er genuint menneskesentrerte i sin tilnærming til faget, uten å svekke den naturvitenskapelige forankringen.

Mange undersøkelser har vist at studenter kan utvikle holdninger som er i strid med undervisningens idealer og uttalte budskap. Identitetsutvikling og integrering av den medisinske fagkultur skjer i stor grad ubevisst, uten veiledning eller korreksjon, ved at den enkelte student og lege tilpasser seg det som er blitt kalt medisinenens «skjulte pensum» (Hafferty, 1998; Hafler et al., 2011; Neumann et al., 2011). Det skjulte pensum er «de virkelige» verdiene og prioriteringene som formidles gjennom undervisnings- og eksamensformer, budsjetter og ansettelser, hva leger og undervisere bruker mye og lite tid på, og de idealene og praksisene som fremgår av snakk mellom leger, mellom leger og studenter, i legers møte med pasienter og pleiere med mer. Denne tause læringen er kraftfull fordi den i liten grad erkjennes, og den kan føre til atferd som er i konflikt med offisielle medisinske profesjonalitysidealer (Inui, Cottingham, & Frankel, 2009). På et sykehus vil studenter se at samtaler som betyr mest for legene ofte skjer på vaktrommet og i korridorene, ikke ved pasientens seng (Coulehan & Williams, 2001), og at hovedaktørene i samtaler og fortellinger ikke er pasientene, men sykdommene, legene og teknologien, med pasienter, pårørende og andre helseprofesjoner i biroller (Coulehan & Williams, 2003). Studentene lærer at samværet med pasientene gjøres så kort som mulig, og da gjerne med en prosedyre eller et konkret tiltak for øye, mens emosjonelle og eksistensielle aspekter minimeres (Agle Dahl, Gulbrandsen, Førde, & Wifstad, 2011). Samtidig kan selve studiesituasjonen oppleves slitsom og truende, slik at man som student blir opptatt av sin egen overlevelse og skyver bort læringsmuligheter som ikke er «matnyttige» (Christakis & Feudtner, 1997). Tilgjengelig evidens viser at det er fare for at studenter i klinisk del av studiet endrer seg fra å være opptatt av det formelle pensum (gjøre som underviserne sier) til å bli formet av «det uformelle pensum» (de gjør som alle andre gjør) (Pedersen, 2010), og fra modning til stagnasjon i evnen til moralsk refleksjon og skjønn (Inui et al., 2009).

I England har The Royal College of Physicians etter en høringsprosess definert medisinsk profesjonalitet som «*de verdier, væremåter og relasjoner som skaper tillit til leger hos enkeltpasienter og i samfunnet*» (*Doctors in society. Medical professionalism in a changing world*, 2005). Denne definisjonen brukes nå ved det medisinsk-odontologiske fakultet i Bergen (E. Schei et al., 2013).

De faglige kompetansene som utgjør «profesjonalitet» er knyttet til studentenes individuelle karakterutvikling. Med en forståelse av profesjonalitet hvor «tillit» står i sentrum, blir det naturlig å sikte mot utdanning som styrker kompetansen på to områder: *kommunikasjonsferdigheter* som hjelper legen med å forstå den andres perspektiv, og *refleksjonsferdigheter* som gjør det lettere å erkjenne og korrigere egen atferd og tankeprosesser.

I ny studieplan for medisin som startet høsten 2015 er profesjonalitet gjort til en gjennomgående læringsakse for alle studieårene.<sup>1</sup> Hensikten er å legge til rette for at studentene skal utvikle trygghet og praktisk kompetanse i å mestre legerollen på måter som skaper tillit. Men hvordan gjør man det gjennom konkrete undervisningstiltak? Hvordan gi studentene kunnskap, veiledning, inspirasjon og impulser slik at de utvikler, hver på sitt vis, «verdier, væremåter og relasjoner som skaper tillit til leger»? Hvordan lage læringsarenaer som virker etter hensikten, uten at legestudiets stress, eksamensangst og jag etter minste motstands vei forvandler dannelsesidealer til rituell flinkhet uten dypere konsekvens?

## STUDENTSENTRETT UNDERVISNING, PASIENTSENTRETT MEDISIN

Undervisning har interessante fellestrekk med medisinsk praksis. Slik den kompetente legen er pasientsentrert må den gode underviseren være student-sentrert. I relasjonen mellom undervisere og studenter må atferden og kommunikasjonsformene modellere trekk ved det gode lege-pasientforholdet. Skal studentene utvikle seg til gode klinikere gjennom modellering må underviserne fremstå som troverdige medisinske forbilder og i sin praksis anskueliggjøre de kliniske idealene vitebegjær, refleksjon og empati.

Det skjer dyptgripende endringer i individuell identitet og virkelighetsforståelse gjennom studietid og tidlige yrkeserfaringer. Universitetet har en formende kraft på individnivå, og et tilsvarende ansvar. Ansvaret underviseren må ta for å bidra til studentenes dannelse har fellestrekk med det ansvaret klinikerne må ta for å påvirke pasientens evne til å håndtere sin situasjon: Man må vite at man gjennom rollen har makt over den andres valgfrihet, utsyn og forståelse. Man må prøve å forstå den andres opplevde virkelighet, og ved hjelp av kunnskap, ferdigheter og klokskap bruke makten til den andres beste.

1. Under profesjonalitetssøylen ligger all klinisk utplassering, opplæring i praktiske ferdigheter, etikk og kommunikasjon. De to andre søylene er den akademiske, det vil si kunnskapslære, statistikk og særoppgave, og den «faglige», det vil si tradisjonell biologi og sykdomslære. At betegnelsen «faglig» innsnevres til å gjelde bioteknisk fakta- og prosedyrekunnskap, og ikke selve forståelses- og beslutningsprosessene i kliniske arbeid, er uheldig. Her må språkbruken på sikt endres slik at «faglig» blir identisk med medisinsk kompetanse i vid forstand, mens det som i dag ofte kalles «det rent faglige» heller betegnes som teknisk eller biomedisinsk.

## EVNEN TIL Å FINNE GODE LØSNINGER – «PRAKTISK KLOKSKAP»

For å være en kompetent profesjonsutøver er det nødvendig, men altså ikke tilstrekkelig, å ha god teoretisk og teknisk kompetanse – man skal også ha evnen til å se «den andres beste». Den profesjonelle er en problemløser, og løsningene krever improvisasjon fordi mennesker og situasjoner er unike, alltid nye i en viss forstand, alltid komplekse. Å være ekspert på sykdomsteori er nødvendig for en kliniker, men aldri nok i seg selv. Hva som vil være den beste anvendelse av teori, om for eksempel kreftbehandling, for å skape en god løsning for de involverte kan man i utgangspunktet ikke ha sikker kunnskap om. Men hvordan kan man, i fravær av sikker kunnskap, gi målrettet undervisning i evnen til profesjonell problemløsning? Her kommer de antikke greske filosofene oss til unnsetning med et kunnskapsbegrep – *fronésis* – som nettopp beskriver evne til å improvisere løsninger og utøve godt skjønn i komplekse situasjoner. Ordet har forsvunnet i moderne språk, men oversettes gjerne med «praktisk klokskap». I dag snakker de færreste om «klokskap» som en kunnskap man kan tilegne seg gjennom læringsprosesser ved et universitet. De antikke filosofene så imidlertid annerledes på det.

Våre begreper teori (begrepskompetanse) og teknikk (ferdighetskompetanse) er avledet av grekernes *theoreia* og *techne*. Men Aristoteles og hans samtidige, grunnleggerne av den vestlige kunnskapstradisjon, hadde ikke to, men tre kunnskapsbegreper til å beskrive menneskelig kompetanse med, nemlig teori, teknikk og *fronésis*. Alle tre kan utvikles gjennom læringsprosesser og klok veiledning, men *fronésis* ble regnet som den høyeste og mest krevende. *Fronésis* er evnen til å finne løsninger i komplekse menneskelige situasjoner hvor interesser og forståelser står mot hverandre, som i en samtale med sykt barn og mor, eller i ledelse av en sykehusavdeling (Svenaesus, 2003). *Fronésis* viser seg ved at den profesjonelle både kan tenke ut fornuftige mål, gitt alle hensyn som må tas, og finne midlene for å nå målet (Dunne, 2001). Denne evnen er basert på erfaring fra andre partikulære situasjoner, sier Aristoteles (Aristoteles, 1999). Man kan ikke finne løsningen kun ved hjelp av teoretiske prinsipper og regler. Erfaring er imidlertid heller ikke nok alene, man må kjenne teoretiske prinsipper og regler for å se muligheter og gjøre gode valg i uoversiktlige situasjoner, slike som leger og pedagoger alltid står i. Man må også være ydmyk og kunne lytte til gode rådgivere som våger å være uenige. Dessuten inngår det i denne dyden å kunne gripe en gylden anledning og gjøre det beste ut av tilfeldigheter, lik Askeladden som målbandt prinsessen med to bukkehorn og en utgått skosåle. Den som har *fronésis* er i stand til å kombinere «intuisjon, visdom, planlegging, diskresjon, manipulering, smartheit, årvåkenhet, oppportunisme, ulike praktiske ferdigheter, og mange års erfaring ... i situasjoner som er forbigående, varierende, truende eller dobbeltbunnete, situasjoner som ikke tillater presis måling, eksakt kalkyle eller rigorøs logikk» (Dunne, 2001, s. 257). Enhver med klinisk erfaring vil se at *fronésis* er en medisinsk relevant kompetanse (Svenaesus, 2003). Når noen blir syk trenger de rådsnare leger som kan skape orden i kaos. Tillit til legen er tillit til at han eller hun skal klare å finne en løsning.

Improviserende problemløsningskompetanse er en evne som mennesker kan øve opp (Schön, 1991). Resultatet av slik læring er hele tiden personen selv (Dreyfus & Dreyfus, 1986; Skovholt & Rønnestad, 1995). Det er menneskets biografiske utvikling, vekst og «danning» som skaper stadig nye nivåer av innsikt, dømmekraft og refleksiv kreativitet. Kompetanse i denne forstand er ikke bare noe man *vet* eller *har*, det er noe man *er*. Ved planlegging av undervisning i medisinsk profesjonalitet kan det være en hjelp å tenke at man skal lage læringsarenaer som kan øke studenters frønesis. Begrepet hjelper oss til å se at godt skjønn og dømmekraft er profesjonelle egenskaper som kan læres, og sier også noe om hvordan dannelseslæring kan skje. Neste skritt er å omsette denne innsikten i konkrete tiltak som kan fremme slik læring på et moderne universitet.

### UNDERVISNING SOM FUNGERER – INNSIKTER FRA FORSKNINGEN

Læringsforskning viser at læring skjer best gjennom lystbetont egenaktivitet, i dialogiske prosesser hvor undervisere og studenter i fellesskap opplever og utforsker konkrete erfaringer og teoretisk kunnskap, og hvor underviserne tilstreber at arbeidet med sentrale faglige begreper også skal styrke studentenes personlige vekst og læringsmotivasjon (22). Passiv faktaformidling i form av forelesninger er den minst effektive bruk av undervisningstid. «Hva ville skje med utdanning om vi tok utdanningsforskning på alvor?» er tittelen på en artikkel fra 2014 (23) om hva som best fremmer læring av komplekse ferdigheter. Første punkt er at læring skjer best når studentene må *anvende* kunnskapen – i oppgaveløsning, diskusjoner eller skriftlig bearbeidelse. Neste punkt er at læring i grupper er mye mer effektiv enn individuell læring. Videre viser litteraturen at læring av komplekse ferdigheter skjer best gjennom langsiktig, tilbakevendende arbeid med temaet, med regelmessig feedback og oppfølging. Og sist men ikke minst, læring øker dramatisk med graden av *engasjement*. Engasjement er en tilstand preget av vitalitet, iver og oppslukthet. Faktorer som fremmer engasjement er autonomi, kontroll, sosial støtte, forandring og variasjon, gruppeaktiviteter og spennende utfordringer. «Fun will be an essential element for both learners and teachers» slår forfatterne fast.

Vi skal nå se på hvordan vi konkret har gjennomført et kurs i profesjonalitet for førsteårsstudentene i Bergen.

### PASIENTEN SOM UNDERVISNINGSRESSURS

Vi valgte å arbeide med en dimensjon av legerollen som helt ferske studenter har forutsetninger for å forstå og øve på. Denne dimensjonen er den relasjonelle – etablering av kontakt, gjensidig forståelse og allianse mellom den som søker hjelp og den som tilbyr seg å hjelpe (Schei, 2006; Schei, 2014). Gjennom å møte et mangfold av pasienter med ulike helseplager, livssituasjoner og forutsetninger, får studentene allerede fra første semester gjøre seg konkrete erfaringer og reflektere over hva det innebærer å ha en identitet som medisinstudent og vordende lege – uavhengig av fagkunnskap innen biologi, patologi og terapi.

Av erfaring vet vi at «pasienten» er en ressurs som kan fange enhver medisinstudents oppmerksomhet, særlig tidlig i studiet. Alle innser at pasienten er hovedpersonen i helsevesenet. Det er det syke medmennesket med sin sårbarhet og sitt behov for hjelp som gjør legen til lege. Pasienter kan på ubetvilelig vis vitne om at medisinen alltid befatter seg med lidelse, emosjoner og relasjoner, med sårbarhet og motstandskraft, med håp, trøst og forsoning – det eksistensielle feltet som i bunn og grunn er teknisk medisins eksistensberettigelse.

Vi ønsket å lage et kurs som kunne gjøre denne ressursen tilgjengelig for de yngste studentene, uten å overforenkle og uten å sluke store midler. Utgangspunktet var studieplanens mål om å utdanne kloke leger gjennom læringsaktiviteter som skaper aktivitet og refleksjon hos de lærende. Hvis vi kunne lage et system som lot pasientene «undervise» gjennom å dele sine unike livshistorier og virkeligheter med studentene måtte det være håp om at inntrykk og innsikter i unge sinn kunne vare lenger enn til neste eksamen. Teoretisk grunnlag for en slik tilnærming fant vi blant annet i narrativ medisin (Charon, 2004).

En rekke konkrete utfordringer måtte imidlertid møtes: Hvordan lage praktiske løsninger som lar 160 studenter bli godt kjent med syke pasienter uten for mye logistikk, og med gode rammer for læring? Hvordan skaffe de nødvendige ressurser i et prosjekt hvor nyskapning ikke skal koste penger? Hvordan unngå konflikt med undervisere som har hatt tradisjon for å «eie» første studieår? Hvordan gjøre studentene motiverte og delaktige? Hvordan unngå at undervisningen blir for omfattende, kjedelig og dermed sin egen verste fiende? Hvordan hindre at de mest uinteresserte velger å bruke tiden på noe annet, når de kanskje er dem som trenger det mest? Hvordan skaffe nok pasienter? Hvordan sikre nærkontakt mellom studenter og pasienter uten «filter», og uten at noen blir skremt, fortvilet eller krenket? Og hvordan sikre studentene anledning og forpliktelse til å fordøye, dele og tenke over pasientmøtet, modne egne emosjoner, lære begreper, modeller og idealer for medisinsk profesjonalitet?

## OPPSETT OG METODE I KURSET PASKON

PASKON er et 40 timers obligatorisk kurs som starter tidlig på første studieår og løper i et halvt år. Studentene arbeider i grupper på fire. Gruppene blir satt i kontakt med en pasient med ganske alvorlig sykdom som de besøker i hjemmet. Oppgaven er å sette seg inn i hva det innebærer for vedkommendes eksistens å være rammet av sykdom. Studentene får en tosidert skriftlig veiledning til «den gode samtalen», med tips om måter å etablere god kontakt på, temaer som ofte er viktige for syke mennesker, samt råd om hvordan man kan prøve seg varsomt frem i følelsesladet terreng, bruke egen nysgjerrighet og våge å la samtalen utvikle seg spontant. Noen dager etter hjemmebesøket kommer pasienten i auditoriet i 45 minutter og forteller, hjulpet av de fire studentene, om sine erfaringer med å bli syk, funksjonstap, god og mindre god legehjelp, betydningen av miljø og relasjoner, eller andre temaer som har vist seg å være viktige. Studentene får på denne måten innblikk i livet til 20 pasienter og

mange pårørende.<sup>2</sup> Noen eksempler: Kvinne 47 år med migrene, tre ryggoperasjoner, hypertyreose. Hennes hovedproblem er omsorg for to narkomane sønner. Mann 27 år, doktorgradsstudent, tykktarmskreft, innlagt ved avdeling for lindrende medisin, har få uker igjen å leve. Gutt 3 år med diabetes. Mor forteller om nattlige blodsuktermålinger, utslitthet, engstelse og tanker om barnets fremtid. Mann 42 år med angst og depresjon, forteller om oppvekst med alkoholikerforeldre. Mann 25, overlevd fem år med lammet magesekk, nesten død av underernæring. Studerer nå medisin.

Etter pasientpresentasjonen i auditoriet skriver de fire studentene refleksjonsnotater hver for seg. En tekst om hvordan de tror det er å være pasienten, og én om hvordan det var å være «meg i en profesjonell rolle». Ved avslutningen av kurset må alle skrive et tredje essay, hvor de kan velge mellom tre ulike oppgaver knyttet til en tekst, et sentralt begrep som tillit, eller en personlig erfaring som de tror kan ha betydning for fremtiden som lege.

Kursets 40 undervisningstimer utgjøres av ti undervisningsøkter à tre timer, samt en åpnings- og avslutningsdag. Hver tretimersøkt inneholder to pasientpresentasjoner og en time til refleksjon og teori. To undervisere som begge er leger leder økten. Undervisernes oppgaver er å skape trygghet og struktur, oppfordre studentene til å tenke, snakke i smågrupper, stille spørsmål til pasienten og til hverandre. Mye tid settes av til dialog mellom auditoriet og pasienten. Underviserne bruker pasientens og studentenes fortellinger og refleksjoner til å belyse legerollens utfordringer og muligheter, og til å tydeliggjøre begreper og teoretiske modeller fra teoripensum, annen litteratur, yrkeserfaringer som lege, debatter i media og så videre.

Pensum består av utvalgte artikler samt en norsk lærebok i medisinsk kommunikasjon og profesjonalitet (Schei, 2014). Til hver undervisningsøkt må studentene lese et visst antall sider, og tilfeldig valgte studenter blir invitert til å drøfte noe av innholdet, gjerne i lys av de pasientfortellingene som er kommet frem. Eksempler på temaer i pensum er distinksjonen mellom sykdom og sykhet, medisinsk kommunikasjonsteori, håndtering av uheldige hendelser, tillit og makt i legerollen.

I PASKON er eldre studenter engasjert som lønnete veiledere. De får opplæring i skriftlig og muntlig veiledning og er hjelpere for to firergrupper. Veilederstudentene møter sine åtte yngre kolleger før pasientbesøket, og snakker med dem om hva slags utfordringer de forventer å møte. Senere leser veilederne de tre essayene fra hver student, kommenterer, godkjenner eller returnerer for bearbeidelse. Tekstene som veilederne vurderer som de beste og de svakeste med tanke på faglig refleksjon sendes til kurslederne.

2. Kullet deles i to. Hver kullhalvdel har 80 studenter, det vil si 20 firergrupper som møter hver sin pasient.

## HVORDAN HAR DET GÅTT?

To studentkull har gitt PASKON gode evalueringer,<sup>3</sup> tabell 1 gjengir et utvalg formuleringer fra studentenes kvalitative midtveiseevaluering. Det har vært høylytt engasjement, latter og tårer i auditoriet, en stor andel av studentene bidrar i diskusjon og refleksjon. Tekstene som studentene skriver bærer gjennomgående preg av innsats og ettertanke.

Pasientenes erfaringer er ikke blitt formelt evaluert, men flertallet ønsker å delta igjen, vederlagsfritt, i den grad helsen tillater det. Rekruttering av pasienter er dermed ikke lenger spesielt krevende.

De eldre veilederstudentene er entusiastiske, det er lett å rekruttere nye, vi har flere søkere enn plasser. Vi er to undervisere som hvert år står på scenen 70 timer. Vi opplever kurset som en stimulerende serie av samtaler med pasienter og studenter som utforsker medisinsens vesen og utvikler seg selv. Vi ønsker å fortsette, det er også en evaluering.

Mer skal ikke sies her om resultatet. Om kurset vil ha betydning i det lange løp, og påvirke studentenes måte å være leger på, er umulig å besvare. Oppfølging under paraplyen «profesjonalitet» skjer ved at studentene på andre studieår tas inn i en obligatorisk mentorordning hvor grupper på åtte veiledes av to leger gjennom resten av studiet.

TABELL 1.

**Sitater fra midtveiseevaluering i PASKON. Alle svar er gitt av grupper på fire studenter, på spørsmålet «Hva har du lært så langt?»**

- Vi har erfart at pasientene ofte er veldig åpne, og at de tør å svare på spørsmål. Det er lov å spørre personlig.
- At pasienter krever improvisering; det finnes ingen fasit eller «rett» fremgangsmåte.
- Veldig syke kan se helt friske ut
- Lukkede personer har også masse å si – kanskje mer enn andre
- Hvor viktig et godt nettverk er
- Ikke stigmatiser folk som er uføre
- At samtalen kan være en like stor del av jobben som medisinerer og å stille en diagnose
- Historier og tid pluss tillit gir riktig og raskere diagnose
- Lytte er også en behandling
- Gå dypere inn i hva som egentlig sies
- Blitt bevisst på feil som går igjen i helsevesenet
- Vi kommer til å gjøre feil
- Godta at noen ganger kan du ikke hjelpe
- Du blir aldri utlært
- Vi har lært å være mindre dømmende. Vi har også fått et åpnere sinn ved at vi har blitt konfrontert med ulike fordommer. Vi har fått større innsikt i hvordan det er å leve med en lidelse.
- At ein kan vere både lege, menneskeleg, alvorleg og morosam på same tid.

3. Publisering av resultatene av studentevalueringene er planlagt.

## KONKLUSJON: TEORI, PRAKSIS – OG NOE MER

I dette og andre undervisningsprosjekter har jeg undret meg: Hva er de reelle begrunnelsene for målsetting, metoder, alle valgene og vurderingene som blir tatt når nye ting planlegges? Man kan spørre seg i hvilken grad et kurs som PASKON er et teoridrevet prosjekt, og hvor mye som skapes av erfaring, personkjemi, intuisjon og lokale kompromisser. Spørsmålet er interessant, ikke bare for å forstå hvordan undervisningsformer skapes, men fordi det generelt kan kaste lys over det improvisatoriske aspektet ved profesjonalitet i arbeid med mennesker.

For å nærme oss et svar på spørsmålet kan vi slå fast at nye prosjekter ikke bør planlegges på en rent teoretisk grunnmur, fordi teoretisk innsikt ikke tar høyde for lokale forutsetninger og kompleksiteten i det virkelige liv. Nye prosjekter bør imidlertid heller ikke være rent erfaringsbaserte og pragmatiske, fordi de da blir sårbare for kopiering, repetisjon og stereotype antakelser. Men hvis nyskapende tiltak ikke fullt ut kan utledes verken av rådende teori eller praksis, hvordan kan vi da forstå hvordan planer oppstår og beslutninger forankres? Svaret er at personer har evnen til å lære å skape, tenke nytt, utvikle løsninger på nye problemer, og at både teori og erfaring da er nødvendig, men ikke tilstrekkelig (Schön, 1991). I denne artikkelen har jeg forsøkt å vise at en av universitetets oppgaver i utdanningen av leger er å utvikle disse evnene til å tenke, forstå, vurdere og skape tiltak som kan virkeliggjøre profesjonens hensikt, som er å gi hjelp til syke og lidende mennesker av alle slag. Og fordi målet med undervisningen er å «danne» studentenes evne til å løse problemer i uforutsette situasjoner, må undervisningen konstrueres slik at den byr på uforutsette situasjoner og problemer, samt verktøy og veiledning for studentene til å finne frem og utvikle seg som individer, gjennom trygg prøving og feiling, tilbakemelding fra andre og refleksjon over egne verdier, atferd og identitet.

## LITTERATUR

- Agledahl, K. M., Gulbrandsen, P., Førde, R., & Wifstad, Å. (2011). Courteous but not curious: how doctors' politeness masks their existential neglect. A qualitative study of video-recorded patient consultations. *Journal of Medical Ethics*, 37(11), 650–654. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/jme.2010.041988>
- Aristoteles (1999). *Den nikomakiske etikk*. Oslo: Bokklubben Dagens Bøker.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2001). *Principles of Biomedical Ethics* (5 utg.). Oxford: Oxford University Press.
- Charon, R. (2004). Narrative and Medicine. *New England Journal of Medicine*, 350(9), 862–864.
- Christakis, D. N., & Feudtner, C. (1997). Temporary matters. The ethical consequences of transient social relationships in medical training. *JAMA*, 278, 739–743.
- Christakis, N. A. (1995). The similarity and frequency of proposals to reform US medical education. *JAMA*, 274, 706–711.
- Coulehan, J., & Williams, P. C. (2001). Vanquishing virtue: The impact of medical education. *Academic Medicine*, 76(6), 598–605.
- Coulehan, J., & Williams, P. C. (2003). Conflicting professional values in medical education. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 12(1), 7–20.



- Cruess, R. L., Cruess, S. R., & Steinert, Y. (2009). *Teaching medical professionalism*. New York: Cambridge University Press.
- Doctors in society (2005). *Medical professionalism in a changing world*.  
Hentet fra <http://www.rcplondon.ac.uk/publications/doctors-society>
- Dreyfus, H., & Dreyfus, S. (1986). *Mind over machine: the power of human intuition and expertise in the era of the computer*. New York: Free Press.
- Dunne, J. (2001). *Back to the Rough Ground: Practical Judgment and the Lure of Technique*. Notre Dame: University of Notre Dame Press.
- Hafferty, F. W. (1998). Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum. *Academic medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 73(4), 403–407.
- Hafler, J. P., Ownby, A. R., Thompson, B. M., Fasser, C. E., Grigsby, K., Haidet, P., . . . Hafferty, F. W. (2011). Decoding the learning environment of medical education: a hidden curriculum perspective for faculty development. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 86(4), 440–444.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/ACM.0b013e31820df8e2>
- Inui, T. S. (2003). *A flag in the wind: Educating for professionalism in medicine*.  
Hentet fra <http://www.regenstrief.org/bio/professionalism.pdf/download>
- Inui, T. S., Cottingham, A. H., & Frankel, R. M. (2009). Supporting teaching and learning in professionalism – changing the educational environment and students' «navigational skills». I R. L. Cruess, S. R. Cruess, & Y. Steinert (Red.), *Teaching medical professionalism*. New York: Cambridge University Press.
- Neumann, M., Edelhäuser, F., Tauschel, D., Fischer, M. R., Wirtz, M., Woopen, C., . . . Scheffer, C. (2011). Empathy Decline and Its Reasons: A Systematic Review of Studies With Medical Students and Residents. *Academic Medicine*, 86(8), 996–1009.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/ACM.1000b1013e318221e318615>
- Pedersen, R. (2010). Empathy development in medical education – a critical review. *Medical Teacher*, 32(7), 593–600.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3109/01421590903544702>
- Schei, E. (2006). Doctoring as leadership: the power to heal. *Perspectives in Biology and Medicine*, 49(3), 393–406.
- Schei, E. (2014). *Lytt. legerolle og kommunikasjon*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Schei, E., Paus, A. S., Neteland, I., Valestrand, E., Müller, K. E., & Fjøsne, E. (2013). *Dannelse til lege. Læring av profesjonalitet, pasientsentrert kommunikasjon og mestring av legerollen under medisinstudiet i Bergen*. Rapport fra «Profesjonalitetskomiteen», mars 2013. Hentet fra <http://www.uib.no/filearchive/rapport-fra-profesjonalitetskomiteen-mars-2013.pdf>
- Schön, D. A. (1991). *The reflective turn: case studies in and on educational practice*. New York: Teachers College, Columbia University.
- Skovholt, T. M., & Rønnestad, M. H. (1995). *The evolving professional self. Stages and themes in therapist and counselor development*. New York: John Wiley & Sons.
- Svenaesus, F. (2003). Hermeneutics of medicine in the wake of Gadamer: The issue of pronesis. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 24(5), 407–431.