



UiT

THE ARCTIC
UNIVERSITY
OF NORWAY

Institutt for sosiologi, sosialantropologi og samfunnsplanlegging

Veien fra teori til praksis

En kvalitativ studie om hvordan medisinstudenter erfarer sammenhengen mellom teori og praksis i utdanningen.

—

Tori Våland Øymar

Sos 3900 - Masteroppgave sosiologi

Juni 2014



Sammendrag

Denne oppgaven ser nærmere på den medisinske profesjonsutdanningen, og hvordan medisinstudenter erfarer hvordan er det å befinne seg i kvalifiseringsprosessen til å bli profesjonelle yrkesutøvere som leger. Det empiriske materialet som benyttes er basert på kvalitative intervju med ti medisinstudenter fra ulike læresteder i Norge. Oppgaven fokuserer på hvordan studentene erfarer sammenhengen mellom teoretisk kunnskap og praktisk yrkesutøvelse i utdanningen. Som teoretisk begrepsapparat benyttes Harald Grimens begreper *meningsfulle sammenhenger og praktiske synteser*, Bert van Oers begrep *rekontekstualisering*, samt Donald Schöns praksisteori, med særlig vekt på begrepet *refleksjon i handling*. Analysens sentrale poeng er at medisinstudentene til en viss grad synliggjør et gap mellom teori og praksis i utdanningen og uttrykker det gjennom å beskrive at utdanningen mangler et mellomledd mellom teori og praksis. Likevel opplever studentene at teori og praksis henger sammen når de klarer å konstruere meningsfulle sammenhenger mellom ulike former for kunnskap og kompetanser som er relevante for yrkesutøvelsen. Opplevelsen av meningsfulle sammenhenger er ikke nødvendigvis noe som kommer eksplisitt frem i undervisningen, men erfares ofte gjennom en refleksiv holdning til egen utvikling og når studentene aktivt tar tak i det som de mener er viktig for å utvikle seg til å bli gode leger. Materialet synliggjør i tillegg noen momenter ved utdanningen som har innvirkning på deres opplevelse av sammenheng mellom teori og praksis. Det knyttes primært til den pedagogiske kvaliteten på undervisningen, formidling av klinisk rettet teori, betydningen av god og systematisk veiledning, utvikling av relasjonell og refleksiv kompetanse, samt utvikling av profesjonell identitet. Avslutningsvis argumenteres det for at gapet mellom teori og praksis også kan forstås som noe fruktbart dersom det stimulerer til refleksiv utvikling og fordi teoretisk kunnskap kan ha en viktig egenverdi.

Forord

Etter en utfordrende tid med litt for mange baller i luften er jeg endelig ved målstreken. Masteroppgaveskrivingen har til tider vært en ensom prosess, langt vekk fra mine tidligere medstudenter i "rødsofaen". Samtidig har det vært en utrolig lærerik tid og jeg har fått utfordret meg selv på svært mange vis.

Jeg vil gi en stor takk til Anne-Grete Sandaunet for kyndig og god veiledning og for engasjement for oppgaven min. Takk for at du har vært svært fleksibel, tilgjengelig og behjelpelig, samt lagt til rette for veiledning fra en annen kant av landet. Jeg vil også takke Sissel H. Eriksen for veiledning i de innledende rundene av prosjektet.

Tusen takk til informantene som tok dere tid til å dele refleksjoner og erfaringer, midt i eksamenslesing og oppgaveskriving. Det var spennende å høre fortellingene deres!

Takk til familie og venner som alltid har hatt tro på meg når jeg ikke har hatt det selv.

Takk til Helge for korrekturlesing, inspirasjon og for at du tåler alle sider ved meg!

Hamar 1. Juni 2014

Tori Våland Øymar

Innholdsfortegnelse

1 Innledning	7
1.1 Problemstilling	8
1.2 Bakgrunn for tema og problemstilling	8
1.2.1 Samfunnsmessig relevans	8
1.2.2 Sosiologisk relevans	9
1.3 Empirisk forskning	10
1.4 Erfaringsbaserte publikasjoner	12
1.5 Oppgavens oppbygning	13
2 Den medisinske profesjon og profesjonsutdanning – historikk og nåtid	15
2.1.1 Medisin versus kirurgi	15
2.1.2 Videre utvikling av medisinutdanningen i Norge	17
2.1.3 Fra åpen til lukket medisinutdanning	18
2.1.4 Medisinutdanningen i dag	19
2.1.5 Kunnskapssynet i medisinutdanningen	19
2.1.6 Revisjon av medisinutdanningene	21
3 Profesjoner og profesjonskvalifisering	23
3.1 Profesjoner og profesjonsutdanning	23
3.1.1 Det profesjonelle komplekset	24
3.1.2 Den nye moderniteten	24
3.1.3 Profesjonell kompetanse	25
3.1.4 Sentrale utfordringer for profesjonene	26
3.1.5 Utfordringer i kvalifiseringsprosessen til profesjonsyrker	27
3.2 Videre om teori og praksis i profesjoner	28
3.3 Meningsfylte sammenhenger og praktiske synteser	30
3.4 Rekontekstualisering	31
3.5 Donald Schön	32
3.5.1 Viten-i-handling	34
3.5.2 Refleksjon i handling	34
3.5.3 Oppsummering	35
4 Metode	37
4.1 Valg av metode	37
4.2 Kriterier for utvalg	38
4.2.1 Rekrutteringsprosessen	39
4.2.2 Respons på forespørselen om deltakelse	40
4.2.3 Utvalgsstørrelse	41
4.3 Intervjuguiden	42
4.3.1 Gjennomføring av intervju	42
4.4 Analyseprosessen	43
4.4.1 Utarbeidelse av problemstilling	43
4.4.2 Forventninger og forhåndsantakelser	44
4.4.3 Bearbeiding av innsamlet datamateriale	44
4.4.4 Konfidensialitet	45
4.5	46
4.6 Diskusjon og vurdering av studiens kvalitet	46
5 Analyse	48
5.1 Studentenes erfaring av sammenheng mellom teori og praksis	48
5.1.1 ”Det mangler et mellomledd”	48
5.1.2 Teori i bunn	49

5.1.3	Analysens videre oppbygning	50
5.2	Refleksjoner rundt teoretisk kunnskap og kompetanse i forhold til sammenheng med praksis	52
5.2.1	Teori er viktig og høyt verdsatt.....	52
5.2.2	Teorien settes ikke alltid i sammenheng	54
5.2.3	Skjevfordeling av kunnskapselementene i utdanningen	55
5.2.4	Vekting av ulike typer undervisning	57
5.2.5	Oppsummering.....	58
5.3	Refleksjoner rundt praktisk kunnskap og kompetanse i forhold til sammenheng med teori	59
5.3.1	Generelle refleksjoner rundt praksis.....	59
5.3.2	Hva er nytt i praksis?.....	61
5.3.3	Anvendelse av teori i praksis	63
5.3.4	Betydningen av veiledning for utvikling i praksis.....	66
5.3.5	Oppsummering.....	70
5.4	Refleksjoner rundt relasjonell kunnskap og kompetanse	71
5.4.1	Kommunikasjon som legekompentanse	72
5.4.2	Hvordan læres relasjonell kompetanse?.....	73
5.4.3	Oppsummering.....	74
6	Refleksjonens og identitetens betydning i feltet mellom teori og praksis	76
6.1	Refleksjonens betydning i feltet mellom teori og praksis	76
6.1.1	Refleksjon i handling – et eksempel fra praksis.....	76
6.1.2	Å utdanne reflekterte profesjonsutøvere	78
6.1.3	Oppsummering	80
6.2	Utvikling av en enhetlig profesjonell identitet	80
6.2.1	Studentenes legeideal.....	80
6.2.2	De to kulturer i medisinen og Bergs legetypologi	81
6.2.3	Et skjevforhold mellom den personlige og faglige legen.....	82
6.2.4	Oppsummering.....	85
7	Avsluttende refleksjoner.....	86
7.1	Er "gapet" nødvendigvis noe negativt?	86
7.2	"Alt til sin tid"	88
7.3	Hvordan reflekterer medisinstudenter rundt sammenhengen mellom teori og praksis?	88
8	Litteratur	91
9	Vedlegg.....	96
9.1	Vedlegg 1.....	96
9.2	Vedlegg 2.....	101
9.3	Vedlegg 3.....	103

1 Innledning

Å kvalifisere seg for et profesjonsyrke innebærer formell opplæring og tilegnelse av vitenskapelig kunnskap samt praksisopplæring i yrkesfeltet. Profesjonsutdanninger som sykepleier og lærerutdanninger er ofte kritisert for svak eller manglende sammenheng mellom utdanningen sitt innhold og de oppgavene som skal utføres i yrkesfeltet (Heggen and Smeby, 2012, Norvoll, 2002, Smeby and Mausethagen, 2011). I debattene rundt dette forholdet blir det ofte brukt formuleringer som ”gapet mellom teori og praksis”(Kvernbekk, 2012, Landers, 2000, Hatlevik, 2011), ”manglende integrasjon” (Heggen and Smeby, 2012), ”praksissjokk” (Jordell, 1986) eller manglende sammenheng (Heggen and Smeby, 2012).

Denne oppgaven ser nærmere på den medisinske utdanningen, og hvordan medisinstudenter erfarer hvordan er det å befinne seg i kvalifiseringsprosessen til å bli profesjonelle yrkesutøvere som leger. Det empiriske materialet som benyttes er basert på intervju med ti medisinstudenter fra ulike læresteder i Norge som alle snart avslutter utdanningen sin. Oppgaven fokuserer på hvordan studentene erfarer sammenhengen mellom teoretisk kunnskap og praktisk yrkesutøvelse i utdanningen. Den prøver å tegne et bilde av hvordan yrkeskvalifiseringen blir vurdert av studentene, hvordan studenter opplever læring og mestring av ulike kunnskaper som sammen skal kvalifisere dem til å bli kompetente leger, samt hvilke utfordringer de møter i kvalifiseringsprosessen mot legeyrket. Selv om det empiriske materialet baserer seg på én profesjonsutdanning er oppgavens overordnede tema også av en mer allmenn karakter; forholdet mellom teoretisk kunnskap og praktisk yrkesutøvelse er en realitet alle profesjoner og profesjonsutdanninger må forholde seg til.

Gjennom utdanningen i medisin skal studentene tilegne ulike former for kompetanse som til sammen skal gjøre dem til profesjonelle yrkesutøvere. Studentene skal ha omfattende teoretisk opplæring om hvordan menneskekroppen fungerer og hvordan sykdom forebygges, diagnostiseres og behandles (Universitetet i Bergen, 2014, Universitetet i Tromsø, 2014). I det praktiske yrkeslivet som lege skal studentene lære å anvende den teoretiske kunnskapen i praksis, men det stilles også krav til annen kompetanse. Legen skal gjennomføre praktiske undersøkelser, stille diagnoser og utføre papirarbeid (Grimen, 2008). Ikke minst må legen ha god relasjonell kompetanse og ha evne til å kommunisere med pasienter, pårørende og

kollegaer på en god måte (Schei m.fl., 2000). Det er utfordrende å lage gode medisinske utdanninger fordi oppgavene som skal utføres i yrkesfeltet er komplekse og mangfoldige (Grimen, 2008) og fordi endringer innen medisin faget og i samfunnet for øvrig krever dynamiske og endringsvillige profesjonsutdanninger (Giddens, 1994).

1.1 Problemstilling

Det overordnede formålet med oppgaven er å undersøke hvordan medisinstudenter reflekterer rundt teori og praksis. Jeg vil undersøke om det eksisterer et ”gap” mellom teori og praksis og hvilke elementer som eventuelt bidrar til å styrke eller svekke sammenhengen. På bakgrunn av dette vil jeg besvare følgende eksplorative problemstilling:

Hvordan reflekterer medisinstudenter rundt sammenheng mellom teori og praksis i utdanningen?

1.2 Bakgrunn for tema og problemstilling

Bakgrunnen for at dette ble tema for min masteroppgave er tosidig. I løpet av min utdanning innen sosiologi har et sentralt emne vært medisinsk sosiologi. Den faglige bakgrunnen har bidratt til å skape en nysgjerrighet rundt sosiologiske perspektiver på helse og sykdom, samt utstyrt meg med begreper og forståelse av hvordan det norske helsevesenet fungerer. Den andre grunnen til at jeg fattet interesse for temaet var egne opplevelser som pasient i helsevesenet. Jeg har de siste årene hatt flere innleggelse ved ulike sykehus. Jeg har blitt møtt av og behandlet av mange forskjellige leger. De aller fleste opplevde jeg som faglig dyktige og kompetente, men det var stor variasjon i måten de møtte meg som pasient. Jeg satt igjen med både gode og dårlige erfaringer etter mine legekonsultasjoner og det gjorde at jeg begynte å reflektere rundt hvilke former for kompetanse en lege bør inneha for å gjøre jobben sin på best mulig måte. Det gjorde meg nysgjerrig på om medisinstudenter i Norge i stor nok grad ruster studentene for alle oppgavene som kreves av dem i yrkesfeltet.

1.2.1 Samfunnsmessig relevans

I et samfunnsmessig perspektiv er det viktig å undersøke profesjonsutdanninger fordi profesjonene har et sentralt samfunnsoppdrag. Samfunnets institusjoner er blitt avhengige av spesialisert teoretisk kunnskap, og profesjonene er satt til å løse praktiske problemer ved hjelp

av denne kunnskapen (Molander and Terum, 2008b). Samfunnet er avhengig av tilgjengelig og kompetent helsepersonell og det er viktig at utdanningene som kvalifiserer for yrker i helsevesenet blir jevnlig evaluert og revidert. Helsefag som medisin er dynamiske fag som stadig er i endring. Vitenskapelige fremskritt og ny forskning gir ny teoretisk kunnskap som videre har innvirkning på den praktiske utførelsen av profesjonsyrker. Noen av medisinutdanningene i Norge er nylig revidert og noen er i dag under revisjon. Imidlertid gjør endringer både i samfunnet og stadige vitenskapelige fremskritt innen medisin faget at det alltid vil være behov for å undersøke hvordan de ulike elementene i profesjonskvalifiseringen tilpasser seg endringer og legger til rette for å utdanne dyktige og kompetente leger.

Å studere profesjoner med sosiologiske redskaper kan gi en annen samfunnsmessig relevans enn det som synliggjøres når profesjoner studeres av andre fagdisipliner eller fra profesjonenes eget ståsted. Fra et sosiologisk perspektiv er det interessant for å se hvordan kunnskapsformene i profesjoner virker sammen og profesjonsstudenter manøvrerer seg mellom ulike kontekster og fagfelter i utdanningen som ikke alltid synes verdifulle, men som forhåpentligvis sammen skal gjøre studentene til kompetente yrkesutøvere. Jeg håper at denne studien kan føre til ny innsikt i hvordan teoretisk kunnskap og praktisk kompetanse henger sammen i medisinutdanningen og liknende profesjonsutdanninger.

1.2.2 Sosiologisk relevans

Gjennom det tematiske fokus på profesjoner har denne oppgaven relevans på flere nivåer i det sosiologiske fagfeltet. Giddens (1994) begrunner profesjonssosiologiens relevans med sentrale samfunnstrekk, mens Heggen (2010) viser til den profesjonssosiologiske debatten gjennom trekk ved profesjonenes kunnskapsmessige utfordringer. Ifølge Giddens (1994) er det å studere profesjoner av sosiologisk relevans på bakgrunn av sentrale trekk ved "den nye moderniteten" i samfunnet. Den nye moderniteten bidrar til økt bevissthet om risiko på alle områder, ikke minst når det gjelder kunnskap om helse. Den økte bevisstheten om risiko er en konsekvens av økt refleksivitet både på individnivå og samfunnsnivå, og omfatter også skepsis mot blant annet ekspertsystemene. Når ekspertsystemene som profesjonene forvalter gjennomtrenger dagliglivet vårt i økende grad, genereres mer refleksjon og kritikk og konsekvensene blir mer kritiske holdninger til ekspertise. Det stiller profesjonene overfor nye

utfordringer. Oppgaven kan derfor være med å belyse dynamikken mellom profesjoner og samfunnsendringer.

Den profesjonssosiologiske debatten handler ofte om en økende spenning eller polarisering mellom profesjonsutdanninger sin vektlegging av teoretisk kunnskap og yrkesfeltet sine behov for prosedyrekunnskap, praktiske yrkesoperasjoner og kvalifikasjoner (Heggen, 2010:168) Debatten reiser ulike spørsmål: Dreier profesjonskunnskapen seg om ulike former for kunnskap, og hvordan kan de i så fall defineres? Hvilke former for kunnskap og kompetanse bør legges mest vekt på? Hvordan kan ulike kunnskapsformer fungere sammen på en fruktbar måte? Hele diskusjonen om profesjoner og profesjonskvalifisering forutsetter at det finnes mer generell kunnskap som man kan tilegne seg i en lokal yrkeskontekst, og som er en forutsetning for profesjonalitet og profesjon (Heggen, 2010:162). Oppgaven berører noen av spørsmålene som er reist i den profesjonssosiologiske debatten og har derfor også en profesjonssosiologisk relevans.

1.3 Empirisk forskning

Forskning som har omhandler forholdet mellom teori og praksis i profesjonsutdanninger viser at det er grunnlag for å stadig diskutere faglig sammenheng i utdanningene. Studier knyttet til nyutdannede turnuskandidater viser de som leger ofte erfarer at de kommer til kort både når det gjelder kunnskap, ferdigheter og generell kompetanse (Prince m.fl., 2004). Busari m.fl. (1996) viser at medisinstudenter ofte klager over at det er vanskelig å utføre det som krever av dem både når det kommer til "kodifisert", spesialisert kunnskap (Busari m.fl., 1996). De kommer i tillegg til kort praktiske ferdigheter (Prince m.fl., 2004). Andre funn viser at relasjonen mellom teoretisk og praktisk kunnskap oppleves som svak i form av at direkte anvendelse av teoretisk kunnskap i praktiske situasjoner, utvikling av klinisk resonnering og ferdigheter i problemløsning ikke henger sammen. I stedet oppleves de om elementer i konflikt med hverandre (Prince m.fl., 2004). Det knyttes blant annet til ustrukturert og tilfeldig praksisopplæring, hvor studentene får dårlig opplæring i praktiske prosedyrer og lite systematisk veiledning. Funn viser også at det relasjonelle aspektet som står sentralt i yrkesutøvelsen kan bidra til utfordringer knyttet til samspillet mellom teoretiske kunnskaper og praktiske ferdigheter i slike yrker (Smeby and Mausethagen, 2011).

I Norge er det gjort begrenset med forskning om hvordan medisinstudenter opplever sammenhengen mellom teori og praksis i utdanningen. Imidlertid finnes det noe litteratur om hvordan studenter ved andre profesjonsutdanninger opplever sammenheng. En del av denne litteraturen er studier basert på bakgrunn av "StudData-materialet"¹. Dette materialet er basert på studier av studenter ved lærer-, sykepleier, og sosialarbeiderutdanninger. For alle disse utdanningene er det et klart språk mellom behovet for praktisk kompetanse i yrket og tilegningen av slik kompetanse i utdanningen (Heggen, 2010). Videre viser studiene at sentrale faktorer for å styrke koblingen mellom utdanning og yrke er opplevd faglig sammenheng i studiet og utvikling av profesjonelt engasjement (Heggen, 2010). En annen studie undersøkte forholdet mellom utdanning og yrke i sykepleierutdanningen (Norvoll, 2002). Denne undersøkelsen fant at utdanningens teoretiske del i større grad må gi kunnskap som den virkeligheten de møter i praksis. Norvoll argumenterer for at teori og praksis står i et gjensidig og berikende forhold til hverandre, men finner at gapet mellom teori og praksis i sykepleierutdanningen er for stort til at det kan eksistere et slikt samspill mellom dem. Den største grunnen til dette synes å være et misforhold mellom utdanningens fokus på helhetlig og psykososial sykepleie og sykepleiernes faktiske arbeid. Artikkelen argumenterer videre for at den viktigste faktoren for å bygge bro mellom teori og praksis er å i større grad forberede studentene på den kliniske virkeligheten de senere skal ut i. Annen forskning argumenterer for at utvikling av refleksivitet er en viktig faktor for å bygge bro mellom teori og praksis. Hatlevik (2011) viste at studenters opplevelse av sterk faglig sammenheng i sykepleierutdanningen er direkte påvirket av evnen til å reflektere i praksissituasjonen og evnen til å reflektere rundt den nyervervede teoretiske kunnskapen. Kvernbekk (2011) vektlegger også refleksjonens betydning og argumenterer for at gapet mellom teori og praksis ikke nødvendigvis er et problem, men snarere et rom der refleksjon kan skje. Imidlertid viser annen forskning at hjelp til refleksjon i klinisk praksis i medisinstudiet ofte er lavt prioritert (Kutzsche, 2011).

En stor del av tilgjengelig forskning knyttet til sammenhengen mellom teori og praksis er basert på kvantitativt datamateriale. I mindre grad er det undersøkt denne hvordan studentene erfarer sammenhengen mellom teori og praksis ut fra et kvalitativt datamateriale. Det kan gi

¹StudData er en surveyundersøkelse blant studenter i ulike profesjonsutdanninger, gjennomført av Senter for profesjonsstudier (SPS), Høgskolen i Oslo og Akershus. Mer informasjon finnes på <http://www.hio.no/studdata>

ny innsikt i form av mer dyptgående refleksjoner fra studenter enn hva et kvantitativt materiale kan gi. Refleksjoner knyttet til metodevalg behandles nærmere i metodekapittelet.

1.4 Erfaringsbaserte publikasjoner

Tidligere forskning viser et skille mellom teori og praksis i profesjonsutdanninger som gir grunnlag for videre undersøkelse og diskusjon. Selv om det finnes få kvalitative bidrag som belyser medisinstudentenes erfaringer av dette skillet er det imidlertid publisert flere kronikker og essays basert på medisinstudenters erfaringer fra utdanningen og fra deres praksisfelt. Jeg mener det er relevant å nevne noen sentrale bidrag, fordi de synes å vise at det eksisterer en debatt blant aktørene på nettopp det feltet som skal undersøkes. Jeg har kalt disse bidragene for erfaringsbaserte publikasjoner fordi de ikke anses som vitenskapelige artikler, men som er bidrag som kan utfylle bildet av feltet. Av den grunn kan disse refleksjonene fungere som et supplement til det den vitenskapelige litteraturen viser. Disse betraktningene viser at tema for denne oppgaven er et aktuelt tema som engasjerer og opptar de som befinner seg i feltet som undersøkes.

I kronikken ”Student som allmennlege” beskriver en medisinstudent ved et norsk universitet sine opplevelser fra en periode i allmennpraksis ved sitt femte studieår (Hetland, 2012). Hun beskriver et sterkt skille mellom de teoretiske kunnskapene hun har tilegnet seg på skolebenken og de kravene som møter henne i praksis som allmennlege. Hun beskriver et studie som primært har fokus på kroppen som et sett med organer, men opplever denne kunnskapen som mindre viktig i møte med pasienter:

Vi har lært om sykdomsprosesser, utredning, og behandling for hvert enkelt organ. Vi har hørt om uvanlige diagnoser som spesialisten en sjelden gang har møtt på sykehusavdelingen. Visst har vi hørt om ”verden der ute” i samfunnsmedisinkursene. Vi har fått høre at den ikke er like forhåndsdefinert som på avdelingen og at det er en utfordring å kjenne igjen de ”virkelig” syke. Men hva med alle dem man ikke bare forstår hvordan man kan hjelpe? Alle dem som ikke passer inn i rammene av den skolemedisinen vi har lært? Dem er det mange av i allmennpraksis. Hvilke redskaper er vi utstyrt med for å mestre det?

Det finnes mange slike beretninger om hvor angstbefordrende og overveldende det er for studenter å møte pasienter for første gang (Rønnestad, 2008). Dette er tilfelle ikke bare for medisinstudenter, men også for andre profesjoner som sykepleiere og lærere (Heggen, 2010).

Hjørleifsson (2000) har en liknende oppfattelse av medisinstudiet. Han hevder at ”doktorfabrikken” er *en seksårig trening i å behandle mennesker på en måte som er usedvanlig effektiv, men som samtidig skaper avstand både til den andre og til meg selv*. Han bruker begrepet ”sjelelig feilernæring” og hevder medisinstudiet lærer ham å nedprioritere medmenneskeligheten for å utnytte tiden så effektivt som mulig. Schei (2001) argumenterer for at kunnskapssynet i medisinstudiene er ubalansert og i større grad må inkludere en tilegning av humanistisk menneskeforståelse i utdanningen av leger. Han skriver at medisinsk praksis er for dominert av teknologi og at menneskekunnskap i form av empati, humanisme og omsorg er en neglisjert, men vel så viktig form for klinisk kompetanse. Disse artiklene synliggjør det som ser ut til å være en utbredt oppfattelse av medisinstudiet i dag. Studentene opplever å komme i klem mellom det som i medisinen synes å være ulike typer kunnskaper. Det synes det å eksistere et sterkt biomedisinsk paradigme i medisinstudiet som kan se ut til å neglisjere andre viktige typer kunnskaper som legerollen også må inneha (Getz m.fl., 2011). Når den teoretiske kunnskapen medisinstudentene som læres i for liten grad samsvarer med det de opplever er den viktigste kunnskapen i praksisdelen av yrket kan studentene oppleve at teoretisk kunnskap har liten verdi for yrkeslivet (Heggen, 2010). Disse betraktningene reflekterer i tillegg noen større pågående debatter innen medisinsk kunnskap, blant annet knyttet til evidensbasert profesjonsutøvelse (Wyller, 2011).

1.5 Oppgavens oppbygning

Oppgavens kapittel 2 er oppgavens bakgrunnsdel og jeg skal gjøre rede for medisinstudiets historie og utvikling frem til i dag. For å kunne forstå og analysere hvorfor medisinstudiene er bygget opp slik de er i dag er det nødvendig å se utdanningen i en historisk kontekst. Hvordan man fra et sosiologisk ståsted kan forstå profesjoner, forholdet mellom teori og praksis samt syn på hvordan det kan bygges opp mellom teori og praksis er innholdet i kapittel 3. Der skal jeg redegjøre for ulike begrep og teorier som prøver å utvikle sammenhengen og samspillet mellom teori og praksis, både mellom utdanning og yrkesfelt og mellom teoretisk og praktisk kunnskap. Donald Schöns praksisteori (1987, 2001) utgjør en vesentlig del av dette kapittelet. I tillegg har jeg funnet det fruktbart å anvende Harald Grimens (2008) begreper om *meningsfulle sammenhenger* og *praktiske synteser* i analysen, samt Bert van Oers (1998) begrep *rekontekstualisering*, og begrepene vil bli gjort rede for. I kapittel 4 vil jeg presentere og drøfte den metodiske tilnærmingen og gjøre rede for

det empiriske materialet. Kapittel 5 analysens første del og er strukturert og kategorisert med utgangspunkt i Heggens kategorisering av profesjonelle kompetanser. I kapittel 6 løftes analysen fra kategoriene basert på Heggen og analyserer empiri som gikk utenfor de strukturelle rammene som ble satt for første del. I kapittel 7 presenteres noen avsluttende refleksjoner samt oppsummerer oppgavens funn.

2 Den medisinske profesjon og profesjonsutdanning – historikk og nåtid

I Norge startet den formelle utdanning av leger i 1814 og siden da har medisinutdanningen vært i kontinuerlig utvikling. I dette avsnittet skal vi se hvordan medisinutdanningen har utviklet seg siden starten og se hva som kjennetegner medisinutdanningen i dag.

Utviklingstrekkene viser hvordan dagens medisinutdanninger er formet av 200 års utvikling. I tillegg ser vi diskusjonene rundt medisinutdanningen i dag har likhetstrekk med de utfordringene man diskuterte tidligere, og knyttes blant annet til forholdet mellom teori og praksis.

2.1.1 Medisin versus kirurgi

Dersom man sammenlikner med resten av Europa er ikke medisinutdanningen i Norge særlig gammel. Frem til Universitetet i Bergen ble opprettet i 1946 var det kun det medisinske fakultet i Oslo som utdannet leger i Norge (Simonsen, 2012). Medisinutdanningen ble opprettet i 1814 med tre professorer og tre studenter (Simonsen, 2012). De første årene foregikk undervisningen under provisoriske forhold. Et militærssykehus ble benyttet til den kliniske undervisningen. Først i 1852 hadde undervisningen tilgang til ferdige undervisningslokaler på et universitetssykehus.

Selv om medisinutdanningen i Norge kom sent i gang sammenliknet med resten av Europa ble den ansett som nyskapende og unik. Utdanningen integrerte nemlig fagene medisin og kirurgi (Haave, 2009b). Dette var en unik integrering fordi fagene historisk sett hadde utviklet seg som to ulike yrkesdisipliner. Grunnen til dette var at den historiske utviklingen av medisinen fra middelalderen hadde foregått langs to parallelle løp. På den ene siden fantes medisinutdanningen som var en teoretisk universitetsdisiplin for de sosiale elitene i samfunnet. Det ble undervist på latin og faget fokuserte på indremedisin. På den andre siden var kirurgien, som tok form som et laugbasert håndverkeryrke med utøvere fra lavere samfunnslag (Haave, 2009b). Håndverkerkirurgene drev i utgangspunktet med legevirksomhet i hær og flåte. Gjennom denne virksomheten opparbeidet kirurgene seg medisinsk kompetanse som etter hvert ble etterspurt i det sivile samfunnet. Imidlertid så den medisinske eliten i København med mistro på kirurgenes medisinske virksomhet. De sørget

for at kongemakten definerte grensene for medisinsk og kirurgisk praksis, først i København, og senere i større geografisk omfang. Utover 1700-tallet nærmet medisin og kirurgi seg hverandre på ulike områder i praksis, lovgivning og utdanning. Forholdet mellom medisin og kirurgi var et omstridt tema i utviklingen av medisintutdanningen. Da det ble etablert en enhetlig utdanning i Norge i 1814 medførte det at medisinerne og kirurgene fikk en felles kunnskapsbase som gjorde det mulig å bygge et ”moderne” profesjonsfelleskap (Haave, 2009b). I tillegg til at foreningen av medisin og kirurgi var nyskapende og skjellsettende var det at faget ble forankret i universitetet en nyskapning. Universitetet ble den sentrale aktøren i utviklingen av en ny samlet profesjon. En av grunnene til at Norge ble det første landet til å integrere medisin og kirurgi i universitetssammenheng var at det i europeisk sammenheng allerede fantes egne læresteder for kirurger. I tillegg ønsket ikke elitene innenfor begge fagfelt en samlet profesjon. Etter hvert begynte imidlertid kirurgiske læresteder å gi litt undervisning i noen medisinske fag og sammen med den nye norske utdanningsmodellen ble etter hvert medisin og kirurgi formelt opphørt som to ulike yrker. Den formelle sammenslåingen av medisin og kirurgi til en felles profesjon i en universitetskontekst bidro til at det ble mer legitimt å praktisere både medisin og kirurgi. Det ble også forventet at legene skulle beherske begge disipliner. Selv om medisin og kirurgi ble slått sammen til en egen utdanning ble skillet mellom disiplinene imidlertid ikke fullstendig opphevet. Forskjellen fikk etter hvert konsekvenser for den praktiske undervisningen. Haave (2009b) viser til den medisinske studieplan fra 1826. Her fremkom det at ”legekunsten hadde fått et omfang som gjorde det nødvendig å dele den praktiske undervisningen i den ”invendige” Therapie og den ”udvendige” . Likevel var fokuset på at utdanningen var enhetlig og at studentene skulle følge undervisningen i legevitenskapens ”fundamentale Grene” og alle grenenes ”anvendte dele”. Mot slutten av 1800-tallet ble imidlertid forskjellen mellom medisin og kirurgi igjen oppfattet som stor. Det kom av at kirurgien med sine nye bedøvelsesmidler og sterile operasjonsmetoder ble mer teknisk og komplisert. Selv om utdanningen integrerte medisin og kirurgi var det mange leger som kviet seg for å praktisere moderne kirurgi. De legene som viet seg helt til kirurgien begynte dermed å se på seg selv som legefelleskapets elite og erobret flere indremedisinske sykdommer. Det var likevel nå etablert et sterkt profesjonsfelleskap gjennom den felles medisinkirurgiske universitetsutdanningen og striden foregikk innenfor fellesskapet og ikke mellom to yrkesgrupper. Striden vedvarte til legeföreningen innførte spesialistutdanninger i 1917 (Haave, 2009b).

2.1.2 Videre utvikling av medisinutdanningen i Norge

Da medisinutdanningen startet i 1814 var det ingen studieplan lik man har i dagens utdanning, men man hadde definert en fagkrets bestående av medisinsk historie, anatomi, fysiologi, dietetikk (kosthold), farmakologi og reseptlære, kirurgi, fødselsvitenskap samt rettsmedisin (Getz, 1963). Den første studieplanen ble vedtatt i 1826 uten store endringer fra den opprinnelige planen. Planen var kortfattet med en oversikt over fagene som inngikk i studiet samt anbefalt rekkefølge for fagene. Utover 1800-tallet ble studieplanen stadig endret, på bakgrunn av nye krav og prinsipper for utdanningen. En sentral diskusjon knyttet til arbeidet med studieplanene var hvorvidt undervisningens tyngdepunkt skulle ligge. I 1877 ble det satt i gang en ny revisjon på grunnlag av et ønske om å flytte undervisningens tyngdepunkt fra teoretisk til praktisk medisin (Getz, 1963). Man reduserte antall basalfag og den kliniske praksisen ble utvidet og ble obligatorisk i større grad enn før.

Rundt et tiår etter 1877-revisjonen ble de nye endringene kritisert. Det var misnøye med studieplanen og eksamensreglementet. Endringen om å flytte utdanningens tyngdepunkt fra det teoretiske til et mer praktisk orientert studium var ifølge kritikerne ikke blitt tilfredsstillende (Getz, 1963). ”Det norske medicinske Selskab” fremmet kritikken, og fremmet ønske om kortere studietid og bedre organisert klinisk undervisning. I 1887 var legeföreningen nyopprettet og nedsatte en studieplankomité med medlemmer fra både fakultetet og föreningen. Komitéen la etter hvert frem en ny anbefaling knyttet til færre forelesninger og innføring av klinisk undervisning i flere fag. Det ble i tillegg fremmet forslag om et nytt og forenklet karaktersystem. Det ble ikke laget en ny studieplan umiddelbart, men det ble opprettet flere nye stillinger knyttet til klinisk undervisning (Getz, 1963). Det ble med jevne mellomrom fremmet nye krav om endring i studieplanen, men det neste store endringen kom etter århundreskiftet. Den skjedde på bakgrunn av en større debatt i Det norske medicinske Selskab knyttet til medisinsk undervisning. Denne debatten handlet primært om medisinenes og legenes selvbylde (Hem, 2003). Det norske medisinske Selskab kritiserte det medisinske fakultetet og mente at föreningen ikke lengre var et sted hvor professorene hadde større autoritet enn vanlige leger. Kritikken dreide seg også om at studieplanen var for lite detaljert og at det manglet viktig pensum. Det var en bredt ønske om reform i medisinutdanningen, og det forelå etter hvert en ny revisjon. Før første gang ble Det norske medicinske Selskab og legeföreningen inkludert i revisjonsarbeidet. Leger ved sykehus og legekontor ble også hørt for å avdekke eventuelle mangler i nyutdannede legers kunnskapsnivå (Getz, 1963). Den nye

studieplanen la likevel ikke opp til detaljert og obligatorisk undervisning slik kritikerne ønsket. Holdningen var at studentene ikke skulle bindes mer enn nødvendig til utdanningen.

2.1.3 Fra åpen til lukket medisinutdanning

Frem til andre verdenskrig var medisinstudiet åpent. Det eneste opptakskravet var å tilfredsstille de generelle kravene for å komme inn på universitetet (Larsen, 1989). I tillegg skulle utdanningen være fri i den forstand at studentenes initiativ skulle være den viktigste drivkraften. Etter hvert ble det imidlertid et stort behov for bedre koordinering som følge av en stor studentmasse samt økning i antall spesialfag. Det ble derfor innført mer obligatorisk undervisning for å sikre studentenes faglige nivå (Larsen, 1968). Siden det var åpen tilgang til utdanningen fikk fakultetet etterhvert kapasitetsproblemer. I 1923 ble det derfor fremmet ønske om lukket studium. På denne tiden oppsto det også en konflikt mellom Det medisinske fakultet og Legeforeningen på den ene siden og Stortinget på den andre. Den dreiet seg om prinsippet om akademisk frihet og legedekning opp mot kvalitet på undervisningen og kontroll med egen profesjon på den andre siden (Haave, 2009a). Sammen førte denne konflikten og kapasitetsproblemet til at det ble lukket adgang til medisinutdanningen. Lukkingen medførte blant annet til at mange studenter reiste utenlands for å studere. Det var også begynnelsen på en ny konflikt om hvorvidt utenlandsmedisinere skulle få lov til å praktisere i Norge. Denne debatten er fortsatt synlig og aktuell.

Fra etterkrigstiden og frem til i dag har medisinutdanningen fortsatt vært preget av nye revisjoner og debatter rundt oppbygningen av medisinutdanningen. Bakgrunnen for revisjonene har vært kjennetegnet av behov for å justere dimensjoneringen av fag og behov for å forbedre undervisningsmetodene, samt balansering av forholdet mellom teoretisk og klinisk undervisning. I tillegg har ytre rammebetingelser som økt studentopptak og endringer i legerollen som følge av endringer i samfunnet og i helsetjenesten, samt at utvikling og innføring av ny medisinsk teknologi har krevd endringer i medisinutdanningen (Simonsen, 2012).

2.1.4 Medisinutdanningen i dag

I Norge er det i dag fire universiteter som tilbyr utdanning i medisin; Universitetene i Oslo, Bergen, Tromsø og NTNU i Trondheim. Selv om alle medisinutdanningene har det samme hovedformålet, som er å gi studentene det teoretiske, praktiske og atferdsmessige grunnlaget som er nødvendig for legeyrket, er studieplanene forskjellige mellom de ulike lærestedene. Den viktigste forskjellen mellom læreplanene er knyttet til oppbygning av studiet og hvilken rekkefølge fag og praksis kommer i. De fleste lærestedene har i dag fokus på tidlig pasientkontakt og klinisk undervisning, men dette implementeres i undervisningen på ulikt tidspunkt. I tillegg har lærestedene uttalte områder eller arbeidsmåter de har spesielt fokus på. Et eksempel er medisinutdanningen ved NTNU i Trondheim som har ”problembasert læring” (PBL) som en sentral del av undervisningen. PBL innebærer at studentenes læring er organisert ut fra helseproblemer presentert av for eksempel en pasient, en virksomhet eller et lokalsamfunn (Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 2014). Et sentralt fellestrekk ved læreplanene synes likevel å være fokuset på å skape leger med en helhetlig profesjonell kompetanse med gode kunnskaper og ferdigheter innen teoretisk, praktisk og relasjonell kompetanse. I medisinutdanningene skiller man primært mellom kliniske fag og basalfag. De kliniske fagene, som nevrologi, indremedisin og kirurgi dreier seg om hvordan legen diagnostiserer og behandler sykdom. Basalfagene eller prekliniske fag som biokjemi, anatomi og medisinske atferdsfag gir nødvendig basalkunnskap som danner grunnlaget for de kliniske fagene (Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 2014). I tillegg skal studentene gjennomføre praksisperioder ved ulike helsevirksomheter, som praksis ved sykehus og i allmennpraksis.

2.1.5 Kunnskapssynet i medisinutdanningen

Medisinfaget bygger i utgangspunktet på en naturvitenskapelig, biomedisinsk forståelse av helse og sykdom (Engel, 1977). Biomedisinske perspektiver på helse, sykdom og helbredelse knyttes primært til ideen om helse som en fysiologisk normaltilstand, mens sykdom er avvik fra denne tilstanden. Fysiske endringer forstås som en manifestasjon av sykdom, og slike kroppslige endringer skal i prinsippet kunne dokumenteres gjennom objektive funn. Funns på sykdom kan gjøres på ulike nivåer i kroppen; fra ytre, konkrete symptomer, via indre organer og ved, ned til celler og molekylnivå (Helsedepartementet, 2003). I medisinutdanningen gjenkjennes den biomedisinske modellen blant annet gjennom oppbygningen av studiet. Først

lærer studentene om kroppen i sin fysiologiske normaltilstand før man lærer om sykdom ut fra avvik av normaltilstanden.

I dag har man gått vekk fra en ren biomedisinsk modell og man prøver å forstå helse og sykdom ut fra en biopsykososial modell (Engel, 1977). Den biopsykososiale modellen legger vekt på å forstå helse og sykdom helhetlig i lys av både biologiske, psykologiske og sosiale faktorer. Engel argumenterte at for å forstå sykdom må man forstå mennesket som et meningssøkende og relasjonelt vesen. Den biopsykososiale modellen har fått stor oppmerksomhet i medisinfaget (White, 2005, Borrell-Carrió m.fl., 2004) og den gjenkjennes i læreplanene for alle medisinutdanningene. Følgende eksempel er fra læreplanen til medisinutdanningen ved Universitetet i Bergen:

Kandidatene skal kunne greie ut om dei ulike biologiske, psykiske, miljømessige, sosiale og kulturelle faktorane som ligg til grunn for mennesket si helse, for utvikling av sjukdom og skade, og for samspelet mellom desse faktorane også i behandling og førebygging (Universitetet i Bergen, 2014).

Til tross for at man fokuserer på en helhetlig forståelse av helse og sykdom i studieplanene mener likevel mange at den biomedisinske forståelse av helse og sykdom fremdeles står sterkest i medisinen og at den psykososiale og humanistiske delen av menneskeforståelsen blir neglisjert i medisinutdanningen (Schei, 2007). Undersøkelser av studenters egne erfaringer tilsier også at perspektiver på sykdom primært læres i et biomedisinsk perspektiv, fordi organbaserte kurs vektlegges i utdanningen og andre eventuelle sykdomsfaktorer ikke tillegges særlig vekt (Hetland, 2012, Hjørleifsson, 2000).

Et sentralt punkt innen medisinutdanningen er at kunnskapen som formidles skal være basert på forskning. Kunnskap basert på hva som er dokumentert gjennom forskning betegnes som evidensbasert medisin. Evidensbasert medisin beskrives som et nødvendig verktøy for å finne pålitelige svar på kliniske spørsmål i møte med pasienter (Vandvik, 2009). Evidensbasert medisin har hatt enorm betydning for klinisk medisin og man har fått betydelig sikrere kunnskap om hva som virker og hva som ikke virker (Wyller, 2011). Det gjør at studentene utdannes til leger med kunnskap om hva som har dokumentert effekt i medisinen. Samtidig viser forskning at selv om det er krav til at kunnskap skal være evidensbasert har

implementeringen av evidens i praksis kanskje ikke fått det gjennomslaget som forventet (Sandaunet and Willis, 2012). Det kan trolig ses i sammenheng med at profesjonsutøvelse også er uløselig knyttet til skjønn, fordi det som skal håndteres i mange tilfeller ikke reguleres ved hjelp av regler og faglige retningslinjer (Grimen and Terum, 2009).

Det kunnskapssynet som er gjeldende i profesjonsutdanninger og som studentene tilegner seg vil ha innvirkning på måten studentene er forberedt til å håndtere ulike arbeidsoppgaver i praksis og i yrkesutøvelse (Molander and Terum, 2008a) og vil kunne stimulere til debatt rundt vektlegging av ulike former for profesjonell kompetanse (Gulbrandsen and Schei, 2000).

2.1.6 Revisjon av medisinutdanningene

Det foregår eller har nylig foregått revisjonsarbeid knyttet til forbedring av medisinutdanningen ved alle de norske lærestedene. En del av endringene som ønskes gjennom dette arbeidet er økt fokus på sammenheng mellom teori og praksis. Ved Universitetet i Oslo ble studieplanen allerede i 1996 endret vesentlig (Handal, 2002). Denne studiereformen hadde fokus på problembasert læring, god integrering mellom basalfag og kliniske fag og mellom teori og praksis. I 2014 er studiet igjen revidert og ny studieplan innføres høsten 2014. Hovedmålsettingen for den nye studieplanen er økt fokus på faglig innhold. Ved Universitetet i Tromsø har man fra 2012 endret studiemodellen hvor fra fokuset på organkurs til å ha en mer temabasert læring hvor man i større grad integrerer organkursene i sammenheng med kliniske fag og samfunns- og allmennmedisinfag (Universitetet i Tromsø, 2011). Ved Universitetet i Bergen arbeides det også med å innføre en liknende modell med fokus på "spirallæring" hvor studentene møter samme fag igjen på ulike stadier i utdanningen, men på gradvis høyere nivå (Universitetet i Bergen, 2012). Imidlertid møter revisjonene mye skepsis. Skepsisen bygger ikke på at man ikke ønsker endringer i utdanningene. Det ser ut til å eksistere en allmenn oppfatning av at endring er nødvendig på grunn av den eksplosive kunnskapsutviklingen innenfor medisin samt forandringer i samfunnet og helsetjenesten (Universitetet i Bergen, 2012) (Universitetet i Tromsø, 2011). Kritikken bygger imidlertid på en skepsis knyttet til hvorvidt endringer i studieplaner fører til forandring i praksis (Handal and Lycke, 2006, Hjørleifsson, 2000, Larsen, 2002). I lys av redegjørelsen for medisinfagets historie kan det se ut til at dagens utviklingsarbeid har store likhetstrekk med utdanningens historie. Stadige revisjoner viser hvor utfordrende det er å lage gode medisinske utdanninger fordi kunnskapsfeltet som helsepersonell arbeider innenfor er svært stort, uensartet og det er

vanskelig for den enkelte utøve å skaffe seg et faglig overblikk og beholde det gjennom yrkeslivet (Schei, 2007). I tillegg gjør utdanningens kontekst og rammefaktorer til at det blir ytterligere utfordrende. Den viktigste utfordringen for medisnutdanningen ser fortsatt ut til å knyttes til å finne den beste balansen mellom teoretisk kunnskap og praktiske ferdigheter (Heggen, 2010).

Formålet med dette kapitlet var å se nærmere på hvordan medisnutdanningen er i dag og gjennom en historisk kontekst se hvorfor utdanningen er slik den er. Fremstillingen viser at diskusjoner rundt former for kunnskap alltid har vært til stede i den medisinske profesjonen. Studieplanene i medisnutdanningen har blitt diskutert og revidert jevnlig siden starten i 1814. Den viktigste utfordringen for profesjonsutdanningen i medisin ser ut til å ha vært å finne den beste balansen mellom teoretisk og praktisk eller klinisk undervisning. Dette gjenspeiles også i debatten rundt de nye revisjonene som er under arbeid eller nettopp tatt i bruk ved de norske medisnutdanningene i dag og i den generelle profesjonssosiologiske debatten (Heggen, 2010). Nettopp forholdet mellom teori og praksis utgjør et sentralt poeng i denne oppgaven og vil bli belyst nærmere i neste kapittel.

3 Profesjoner og profesjonskvalifisering

Formålet med denne delen er å gå inn i en sosiologisk forståelse av profesjoner og profesjonsutvikling og å legge et teoretisk grunnlag for den etterfølgende analysen av det empiriske materialet. Jeg vil se profesjonsutdanningen i sammenheng med sosiologiske beskrivelser av samfunnet samt redegjøre for teorier og begrep som kan brukes til å forstå og tolke studenters refleksjoner rundt sammenhengen mellom teori og praksis.

3.1 Profesjoner og profesjonsutdanning

I sosiologisk terminologi er profesjoner ofte knyttet til yrker der autoritet og status bygger på høy formell utdanning, som oftest universitetsutdanning (Korsnes, 2008).

Profesjonsutdanninger kan sies å ha et samfunnsoppdrag fordi de som oftest kvalifiserer studenter til et bestemt yrke. Den enkelte profesjons samfunnsoppdrag er også det som skiller den enkelte profesjon fra andre profesjoner. "Klassiske" profesjoner er blant annet medisin, juss og ingeniør. Profesjonsutdanninger med kortere lengde, og som ofte er høyskolebasert, er blant annet sykepleie, fysioterapi og allmennlærer. Profesjonssosiologien betegner ofte slike yrker som "semi-profesjoner" (Korsnes, 2008). I andre typer høyere utdanning, som sosiologi eller filosofi, er det ikke like fruktbart å snakke om et skille mellom teori og praksis, da slike utdanninger i mindre grad er knyttet til bestemte yrker, selv om denne type utdanninger også skal gjøre kandidater kvalifisert for yrkeslivet. Samtidig skiller profesjonsyrkene seg fra yrker som kokker, rørleggere og snekkere fordi de er basert på og forvalter *vitenskapelig*, forskningsbasert kunnskap (Grimen, 2008). Vi ser dermed at begrepet profesjon er knyttet til formell yrkesutdanning og tilegnelse av vitenskapelig kunnskap. Torgersen (1972) definerer ikke profesjoner etter yrkeskategorier, men som en relasjon mellom yrker og en bestemt type utdanning. Torgersen (1972) definerer i boken "Profesjonssosiologi" profesjoner som følgende: *1) En bestemt, langvarig formell utdanning erverves av 2) personer som stort sett er orientert mot oppnåelse av bestemte 3) yrker som i følge sosiale normer ikke kan oppfylles av andre personer enn de med denne utdannelsen.* Ifølge Torgersen har man en profesjonsutdanning dersom utdannelsen er så spesialisert at alle som har denne søker seg inn mot samme yrke. I tillegg vil dette yrket utelukkende rekruttere personer med denne utdannelsen. Dermed er det en bestemt type yrkesmotivasjon og utdanningsmonopol som utgjør den enkelte profesjon.

3.1.1 Det profesjonelle komplekset

Profesjoner og profesjonsutdanning er noe som har opptatt sosiologer helt siden mellomkrigstiden (Molander and Terum, 2008b). Kunnskap om profesjoner er av sosiologisk interesse fordi profesjonene har en svært sentral rolle i dagens samfunn. Samfunnets institusjoner er blitt avhengige av spesialisert teoretisk kunnskap, og profesjonene er satt til å løse praktiske problemer ved hjelp av denne kunnskapen (Molander and Terum, 2008b:13). I Norge snakker man om *utdanningsekspløsjonen* om den økte tilbøyeligheten til å ta høyere utdanning de siste 30-40 årene (Molander and Terum, 2008b). Utdanningsekspløsjonen har ført til det den amerikanske sosiologen Talcott Parsons kalte ”det profesjonelle komplekset” (Parsons, 1969). Det profesjonelle komplekset betegner et ”arrangement” som kobler sammen tre funksjoner; utførelsen av visse typer tjenester med den vitenskapelige institusjonen via utdanningssystemet (Molander and Terum, 2008b:14). Profesjonskomplekset hviler på en kunnskapsmessig asymmetri. Det finnes kunnskap om hvordan bestemte praktiske problem kan håndteres, men som ikke er allment tilgjengelig. Denne kunnskapen forvaltes av profesjonene og allmennheten ønsker deres tjenester. Dette gir profesjonene en rolle som formidlere og fortolkere av kunnskap. Profesjoner er med andre ord ekspertkulturer som er atskilt fra menneskers livsverden (Molander and Terum, 2008b). Utviklingen av det profesjonelle komplekset har ifølge Heggen (2010:14) ført til tvil om verdien av langvarig utdanning og vektlegging av teoretisk kunnskap fremfor praktisk kunnskap, i tillegg til forholdet mellom profesjonskvalifisering på ”skolebenken” og yrkesarenaen. Denne spenningen mellom utdannings- og yrkesarena som følge av det profesjonelle komplekset er noe som ofte kommer til syne når en undersøker profesjonskvalifisering nærmere (Heggen, 2010).

3.1.2 Den nye moderniteten

Skillet mellom teori og praksis som fenomen har eksistert så lenge man har hatt profesjonsutdanninger- og yrker (Molander and Terum, 2008b). Med andre ord går fenomenet langt tilbake i tid. Likevel gjør trekk ved samfunnet og måten samfunnet blir modernisert på at det er viktig med økt kritisk blikk for hva slags kunnskap og kompetanse profesjonsutøvere har (Heggen, 2010). Giddens (1994) er en av dem som er opptatt av den nye moderniteten. Ifølge Giddens gjennomgår samfunnet for tiden en ”sosial revolusjon” (Aakvaag, 2008). I dette ligger det et oppbrudd fra den ”enkle moderniteten” som er knyttet til industrialiseringen eller industrisamfunnet til fordel for en ”høy- eller senmodernitet”, som er kjennetegnet at

”refleksiv modernisering” (Aakvaag, 2008). Giddens hevder at høymoderniteten endrer relasjonen mellom eksperter og lekfolk. Industrisamfunnet var preget av et skille mellom ”lokal kunnskap” og ekspertsystemene, som er systemer av teknisk art og faglig ekspertise (Aakvaag, 2008). Vanlige folk hadde liten innsikt i den faglige og vitenskapelige delen av profesjonene, og stolte dermed blindt på at ekspertsystemene var utviklet med formål som var til deres eget beste (Heggen, 2010). Den nye moderniteten er ifølge Giddens først og fremst kjennetegnet av *refleksivitet, risiko, og utleiring* (”disembedding”). Høymoderniteten bidrar til økt bevissthet om risiko på alle områder, ikke minst når det gjelder kunnskap om helse. Refleksivitet handler om tilgangen på kunnskap om disse risikoene; man reflekterer i økt grad rundt de valg man har i livet, som livsstil, behandling og generell identitet. Refleksiviteten gjør seg gjeldene både på individnivå, men gjelder også på samfunnsnivå i form av *institusjonell* refleksivitet; Det høymoderne samfunn produserer hele tiden ny kunnskap om sine institusjoner og praksiser, og de samme institusjonene og praksisene blir kontinuerlig undersøkt og reorganisert i lys av den samme kunnskapen (Aakvaag, 2008). Med utleiring mener Giddens at sosiale relasjoner i økende grad løftes ut av lokale sosiale kontekster og reorganiseres i mye større kontekster. En av utleiringsmekanismene Giddens viser til er ekspertsystemene. Ifølge Giddens gjennomtrenger ekspertsystemene dagliglivet vårt i økende grad gjennom standardisering av sosiale praksiser. En konsekvens av utleiring, refleksivitet og økt kunnskap om risiko er at det blir skapt mer kritiske holdninger til ekspertise (Heggen, 2010). Har legen god nok utdanning og nok erfaring til å gi meg den beste behandlingen? Kan jeg stole på legen? Skepsisen kommer fra pasienter og fra samfunnet. Det stiller profesjonene overfor nye utfordringer. I tillegg kan disse faktorene også bidra til at studentene noen ganger selv utvikler en skepsis til egen utdanning (Heggen, 2010). Denne skepsisen kan tenkes å forsterkes dersom studentene opplever at den teoretiske kunnskapen har liten sammenheng og verdi i forhold til den kompetansen som kreves i yrkeslivet. Det er derfor behov for å undersøke og diskutere sammenhengen mellom profesjonsutdanning og yrkesutøvelse.

3.1.3 Profesjonell kompetanse

Å kvalifisere seg til et profesjonsyrke handler både om hvordan studenter tilegner seg kunnskap og ferdigheter gjennom utdanningen og hvordan denne kompetansen står i forhold til krav og forventninger i senere yrkesutøvelse (Smeby and Mausethagen, 2011). I profesjoner skal yrkesutøverne inneha ulike typer kunnskap som skal gi grunnlag for å mestre ulike typer kompetanser (Heggen, 2010). Utdanningenes rammeplaner illustrerer de sentrale

dimensjonene ved profesjonell kompetanse og de synliggjør hvordan kunnskapsbasen i profesjonene er kompleks og sammensatt (Smeby and Mausethagen, 2011). Heggen (2010) skisserer tre sentrale kompetanseområder som samlet omfavner flere underliggende former for kompetanse som kreves som profesjonsutøver, og som studenter må tilegne seg gjennom utdanningen: teoretisk, praktisk og relasjonell kompetanse. Teoretisk kompetanse knyttes til bred, generell kunnskap, yrkesspesifikk kunnskap, kunnskap om planlegging og organisering samt innsikt i regler og bestemmelser. Praktisk kompetanse knyttes til kompetanse på områder som praktiske ferdigheter, evne til å arbeide under press og evne til å jobbe selvstendig. Relasjonell kompetanse knyttes til muntlig kommunikasjonsevne, toleranse, evne til å verdsette ulike synspunkter, etisk vurderingsevne samt evne til innlevelse i andre menneskers situasjon. Som vi ser brukes både begrepene kunnskap og kompetanse om det som skal læres for å kunne kvalifisere seg til et profesjonsyrke. Profesjonell kompetanse kan i denne sammenheng forstås som den samlede former for kunnskaper, ferdigheter og holdninger som kreves for å utøve et profesjonsyrke. En slik forståelse av kompetansebegrepet innebærer at kunnskap blir ett element av den samlede profesjonelle kompetansen. I analysen er Heggens definisjoner av former for profesjonell kompetanse brukt som utgangspunkt for kategorisering av det empiriske materialet.

3.1.4 Sentrale utfordringer for profesjonene

Molander and Terum (2008b:15) skisserer noen sentrale problemområder for profesjonene i det høymoderne samfunnet. For det første har ekspansjonen av høyere utdanning har ført til at yrkeskompetanse er mer teoretisk basert og har ført til at *kvalifiseringen* for yrker er blitt mer formalisert og institusjonalisert og atskilt fra yrkesutøvelsen. Det er økte krav om at undervisning i profesjonsutdanninger skal være forskningsbasert, og dette gir utfordringer i forhold til utdanningsinstitusjoners roller som både kvalifiserings- og sertifiseringsarenaer. For det andre er *kunnskapens status* en utfordring for profesjonene. Profesjoner er ”kunnskapsanvendere”. Profesjonskunnskapen utgjør et komplekst forhold mellom teoretisk kunnskap og praktisk kunnskap, hvor det produseres handlingsrelatert kunnskap som kan virke tilbake på den teoretiske kunnskapen som yrket baseres på. Det er en omfattende diskusjon hva det vil si å være en god praktiker. På den ene siden har man vitenskapelig kunnskap og ”allmenne regler”. På den andre siden har man ”praksiskunnskap” eller kunnskap basert på skjønn eller dømmekraft. Som vi har sett er det i medisinen stor grad fokus på evidensbasert kunnskap, og forholdet mellom evidensbasert kunnskap og mer

erfaringbasert kunnskap er omstridt og debattert (Ekeli, 2002) (Wyller, 2011). Det tredje problemområdet Molander og Terum skisserer er *profesjonsutøvelsen*. Herunder kommer de mange og ulike krav som profesjonelle møter fra folket. Profesjonene har på lokalt nivå makt til å definere hvilke behov som skal imøtekommes og profesjonene har makt til å definere hva problemer består i. Denne gir en spenning mellom profesjoner og byråkratiet. I forhold til kvalifisering til yrket er det viktig å diskutere hvordan forholdet mellom utdanning og yrke bør være for å utvikle kunnskap og god kompetanse hos yrkesutøverne (Heggen, 2010) Når det gjelder kunnskapens status ser vi at profesjonsutdanningene er basert på ulike typer kunnskap i teori og praksis og at forholdet mellom kunnskapene er omstridt og debattert. Profesjonsutøvelsen er gjenstand for ulike krav fra folket og byråkratiet, og det kan skape ubalanse mellom teori og praksis.

3.1.5 Utfordringer i kvalifiseringsprosessen til profesjonsyrker

Å kvalifisere seg for profesjonsyrker kan grunnet profesjonenes kompleksitet være en utfordrende prosess (Grimen, 2008). Heggen (2010) presenterer noen av de utfordringene som er knyttet til kvalifiseringsprosessen for profesjonsyrker. For det første kan det være vanskelig for studenten å oppfatte hvilken verdi innholdet i utdanningen vil ha i yrkesfeltet. Et spørsmål er om studentene kan forstå det som blir formidlet i utdanningen ved å se fremtidig nytteverdi av kunnskapen og hvordan denne kunnskapen kan brukes i yrkesutøvelsen. Her kan det oppstå en spenning mellom kunnskap og metoder som studentene opplever som viktige for å kunne utøve yrket mot mer ”luftig” akademisk kunnskap som det kan være vanskeligere å se nytteverdien av (Heggen, 2010:68). Relasjonen mellom utdanningen sitt innhold og de oppgavene som skal utføres i yrkesfeltet er som nevnt kompleks. Imidlertid eksisterer det ifølge Schön (2001) et perspektiv i akademiske institusjoner om at denne relasjonen er enklere enn den i realiteten er. Det blir ofte skapt et inntrykk av at teoretisk kunnskap enkelt kan transformeres til praktisk handling i feltet. Dersom studenter ankommer feltet med forventninger om at teoretisk kunnskap enkelt kan transformeres til praksis kan konsekvensen bli at studentene blir kritiske til egen læring eller at teoretisk kunnskap blir oppfattet som nærmest irrelevant i forhold til yrkesfeltet (Eraut, 1994 i Heggen, 2010:67). Det kan videre føre til at andre måter å verdsette og bruke teoretisk kunnskap på blir forhindret. Dersom det er slik at studenter ser liten verdi i utdanningens teoretisk innhold kan dette skape en ubalanse i forholdet mellom teoretisk og praktisk kunnskap. Ifølge Wyller (2011) eksisterer det en slik usunn balanse innen den medisinske profesjonen og den kommer primært til syne i forholdet

mellom evidensbasert og erfaringsbasert medisinsk kunnskap. Denne ubalansen kommer også til syne i en annen utfordring ved kvalifiseringsprosessen som Heggen (2010) peker på. Profesjonsutøvere vil komme i komplekse situasjoner der den formelle, teoretiske kunnskapen kommer til kort i forhold til det profesjonelle og erfaringsbaserte skjønnet. Det kan være utfordrende for profesjonsutøveren å finne balanse mellom å bruke faglig kunnskap som grunnlag for bestemte handlinger og å bruke det erfaringsbaserte skjønnet når situasjonen tilsier det. Disse variasjonene og komplikasjonene mellom utdanningsinnhold og yrkesarena bidrar til å skape spenning og motsetning for studenten som skal kvalifisere seg som profesjonsutøver. En tredje type utfordring knyttet til relasjonen mellom utdannings- og yrkesarena er at læreprosesser er sterkt knyttet til og påvirket av den konteksten læringen skjer i. Det kalles *situert læring* (Wenger, 1998). I høyere utdanning ved en høyskole eller et universitet vil læreprosessene være sterkt preget av hva som kreves for at studentene skal lykkes akademisk, gjennom å lese pensum, skrive oppgaver, gå på forelesning og ta eksamen. Fokuset på disse formene for læring kan bidra til at den teoretiske kunnskapen som kunne bli brukt til å diskutere løsninger til bruk i praktiske situasjoner utenfor universitetets vegger havner i skyggen av ren akademisk læring (Heggen, 2010). Samlet viser disse utfordringene at det å kvalifisere seg som utøver av et profesjonsyrke innebærer tilegnelse av kunnskap som er langt mer enn å anvende teoretisk kunnskap i praksis.

3.2 Videre om teori og praksis i profesjoner

I dette kapitlet har vi til nå sett profesjoner og profesjonsutdanningers utfordringer i sammenheng med sosiologiske beskrivelser av samfunnet, samt begynt å skissere en forståelse av hvordan man kan forstå forholdet mellom teori og praksis. I den kommende delen av kapitlet skal det sosiologiske begrepsapparatet videreutvikles og legge et teoretisk grunnlag for fortolkningen av det empiriske materialet.

Sosiologisk forståelse av forholdet mellom teori og praksis tar ofte utgangspunkt i at teori og praksis er ulike former for kunnskap (Grimen, 2008). Denne forståelsen har røtter tilbake til Émile Durkheim. Han gjorde en distinksjon mellom *profane* og *hellige* former for mening eller kunnskap. Den profane kunnskap er knyttet til hverdagserfaringens umiddelbare, praktiske kunnskap, mens den hellige formen for kunnskap er kunnskap med stor tyngde, men som ikke kan knyttes til spesifikke objekter eller praktisk erfaring (Durkheim, 1995 i Heggen

og Smeby, 2012). Heggen (2010) viser til Gilbert Ryle som brukte begrepene *knowing how* - å kunne gjøre noe og *knowing that* - å vite at noe er, om relasjonen mellom teoretisk og praktisk kunnskap. Michael Polanyi brukte begrepet *taus kunnskap*. Med det skilte han mellom kunnskap som kan og ikke kan uttrykkes verbalt (Polanyi, 1983 i Grimen, 2008). Med utgangspunkt i forståelsen av at teori og praksis er ulike former for kunnskap kan man grovt sagt si at det finnes to grunnleggende modeller for hvordan man skal forstå forholdet mellom teori og praksis i profesjonsutdanninger (Grimen, 2008). Den ene betrakter praktisk kunnskap som *anvendelse* av teori. Den primære formen for kunnskap blir da teori. Praktisk kunnskap er kun teori som er omsatt i praksis. Vektleggingen av evidensbasert medisin er trolig bygget på et slikt kunnskapssyn (Grimen, 2008). Den andre modellen bygger på at praktisk kunnskap er primær og at teoretisk kunnskap flyter på et *underlag* av praksis. Teori har grunnlag i praktisk kunnskap. Dette er trolig lite fruktbare modeller for å forstå forholdet mellom teori og praksis i medisinfaget. På den ene siden kan ikke alt man gjør i medisinen begrunnes teoretisk. Heller ikke all teori kan omsettes direkte i praktisk handling. På den andre siden er medisinen så teoretisk og teknisk avansert at det gir liten mening å betrakte kunnskapen på bakgrunn av praksis kunnskap.

Vi ser altså at overføring av teoretisk kunnskap tilegnet i utdanningen ikke dreier seg om at direkte anvendelse av teoretisk kunnskap i praksis. Teoretisk medisinsk kunnskap kan sjelden anvendes på en teknisk, instrumentell måte direkte i praksisfeltet. Teoretisk kunnskap kan imidlertid gi grunnlag for tolkninger og assosiasjoner som i neste omgang kan danne grunnlag for løsninger på praktiske problemer (Smeby, 2008). For å kunne forstå hvordan medisinstudentene erfarer feltet mellom teori og praksis skal jeg videre presentere tre teoretiske bidrag som kan bidra med begreper utover den direkte distinksjonen mellom teoretisk og praktisk kunnskap. De forklarer i større grad hvordan ulike kunnskaps- og kompetanseformer virker sammen i profesjoner. Først gjøres det rede for Harald Grimens begreper om *meningsfylte sammenhenger* og *praktiske synteser* samt Bert van Oers begrep *rekontekstualisering*. Til slutt gjøres det rede for Donald Schöns praksisteori, med særlig vekt på begrepet *refleksjon i handling*.

3.3 Meningsfylte sammenhenger og praktiske synteser

Grimen (2008) har laget en skisse til en teoretisk forståelse av forholdet mellom teori og praksis. Han tar utgangspunkt i spørsmålet: Hvor *enhetlig* er egentlig profesjoners kunnskapsgrunnlag? Hans utgangspunkt er en forståelse av at profesjoners kunnskapsgrunnlag er et sammensatt fenomen og at forholdet mellom teori og praksis i profesjonell utdanning og yrkesutøvelse ikke kan forstås på bare én måte. I drøftingen av dette spørsmålet trekker han frem tre dimensjoner (Grimen, 2008:72). Den første dimensjonen knyttes til at profesjoner består av heterogene kunnskapsbaser. Det gjelder særlig de klientorienterte profesjonene som medisin og andre helsefag. De må i de fleste tilfeller anvende kunnskap fra mange ulike felt. Medisindanningen er svært sammensatt og bygger på flere vitenskaper; kjemi, biologi, psykologi og samfunnsvitenskaper. I tillegg har faget som formål å forebygge, diagnostisere, behandle og pleie. Dessuten kan de ulike fagenes verdier komme i konflikt med hverandre. I praksisdimensjonen kan anvendelse av medisinsk kunnskap komme i konflikt med moral, jus, politikk og liknende. En lege eller andre helsearbeidere må stadig ta etiske valg det ikke finnes klare regler på. I tillegg er det faktorer i pasientenes psykiske og sosiale kontekst som kan ha innvirkning på en pasients sykdom og helse (Butler m.fl., 2004, Engel, 1977). Derfor må en lege kunne kommunisere med pasientene på en god måte og ha evnen til å sette seg inn i deres livssituasjon (Grimen, 2008:72). Den andre dimensjonen som Grimen trekker frem er at profesjonskunnskap er teoretisk fragmentert (Grimen, 2008:73) Profesjonskunnskap er sterkt integrert dersom alle delene henger logisk sammen i et system (Heggen and Smeby, 2012:6). Imidlertid er det er ofte liten eller ingen teoretisk integrasjon mellom de ulike områdene i en profesjon. Dette kommer for det første av at kunnskapsbasen er heterogen (Grimen, 2008). Den er satt sammen av elementer fra ulike kunnskapsfelt. For det andre har profesjonskunnskap en siktemål mot praktisk yrkesutøvelse. Profesjonell yrkesutøvelse er vanligvis ikke rettet mot teoretisk refleksjon og å prøve å finne teoretiske sammenhenger. For det tredje er profesjonskunnskap teoretisk fragmentert fordi det ofte er stor avstand mellom den profesjonelle yrkesutøvelsen og forskningsfronten i de vitenskapelige disiplinene som profesjonene forholder seg til (Grimen, 2008).

På bakgrunn av at profesjonskunnskap er heterogen og teoretisk fragmentert mener Grimen at det er noe annet som må skape integrasjon i kunnskapsbasen til profesjoner og trekker frem en tredje dimensjon. Fagene i profesjonsutdanningen må trolig danne *meningsfylte*

sammenhenger (Grimen, 2008). Selv om profesjonskunnskap ikke nødvendigvis er godt teoretisk integrert kan profesjonsutøvere likevel danne meningsfylte helheter eller sammenhenger. I den sammenhengen trekker Grimen inn begrepene *teoretiske* og *praktiske synteser*. Teoretisk syntese handler om at de teoretiske fagene i profesjonen har en indre logikk og innhold som gir mening i seg selv. Fag som kjemi og fysikk har en slik indre funksjon som gjør at meningen og sammenhengen ligger innebygd i selve faget (Heggen, 2010). I profesjonsfag som medisin er imidlertid de forskjellige elementene ikke primært bundet sammen av én helhetlig teori. Kunnskapsbasen er heterogen og elementene er satt sammen av kravene som blir stilt i den praktiske utøvelsen av yrket. Medisinstudenten eller legen kan trolig i størst grad oppleve meningsfulle sammenhenger gjennom en tenkt eller erfart praktisk situasjon (Heggen, 2010). Grimen kaller derfor sammenhengene i profesjonskunnskap for *praktiske synteser*. Når profesjonskunnskap er basert på praktiske synteser er forskjellige områder av kunnskap satt sammen på en bestemt måte fordi de utgjør meningsfulle deler i yrkesutøvelsen forstått som en praktisk helhet eller enhet (Grimen, 2008:74). Grimen (2008:74) beskriver hvorfor medisin er et fag hvor studentene og yrkesutøverne danner meningsfulle sammenhenger basert på praktiske synteser; Medisinere må beherske både biologi og kommunikasjonsteori. Grunnen er ikke at kommunikasjonsteori sier så mye om helse og sykdom. Grunnen er at legene må ha evnen til å kommunisere med pasientene på en god måte for å kunne stille diagnoser, diskutere behandlinger og så videre. Biologi og kommunikasjonsteori er altså ikke knyttet sammen i en helhetlig teori innen medisinfaget. De er derimot knyttet sammen i praksis, nettopp fordi god kommunikasjon med pasientene kan bidra til at viktig informasjon for diagnostiseringen kommer fram, i tillegg til å forberede og motivere pasientene for behandling. Det er legeyrkets fordringer som gjør at kunnskapselementer som i utgangspunktet ikke har teoretisk sammenheng med hverandre likevel kan inngå i en meningsfull helhet.

3.4 Rekontekstualisering

Bert van Oers (1998) medvirker med begrepet *rekontekstualisering av kunnskap* til et sosialkonstruktivistisk perspektiv som kan bidra til å utfylle Grimens begreper. Ifølge van Oers det må finnes en bestemt relasjon mellom utdannings- og praksiskonteksten som kan bidra til at studentene klarer å se kunnskapens bruksverdi i yrkesfeltet. Han mener denne relasjonen er en rekontekstualisering av kunnskap. Den vanligste forståelsen av sammenhengen mellom teori og praksis i form av at praksiskunnskap er teori direkte anvendt

i praksis betegner van Oers som en *dekontekstualiseringsprosess*. Den kontekstualiserte kunnskapen fra undervisningen på universitetet må dekontekstualiseres for å kunne brukes i en praksiskontekst. van Oers argumenterer i stedet for at kunnskapen må rekontekstualiseres fremfor å dekontekstualiseres. van Oers skiller mellom en horisontal og vertikal form for rekontekstualisering av kunnskap.² Horisontal rekontekstualisering er når en bruker en velkjent strategi eller fremgangsmåte i en ny situasjon. Vertikal rekontekstualisering skjer når kunnskap fra en kontekst brukes til å håndtere nye problemer eller situasjoner i en annen kontekst. Ifølge Heggen (2010) krever en slik tankegang at lærestedene må legge til rette for at studentene har tilstrekkelig innsikt i praksisfeltet til at de er motiverte for læringserfaringer som kan rekontekstualiseres til felt utenfor utdanningskonteksten. Samtidig må praksisfeltet bidra til at studentene ser sammenhenger mellom oppgaver i praksis tilbake til teoretisk kunnskap. I denne sammenheng vil man kunne bruke rekontekstualisering som begrep for å undersøke om informantene klarer å oppfatte sammenhenger på tvers av kontekster og dermed danne meningsfulle sammenhenger.

3.5 Donald Schön

I tillegg til meningsfulle sammenhenger og rekontekstualisering av kunnskap kan en reflekterende arbeidsmåte kan være et annet ledd som bygger bro mellom teori og praksis. I den sammenheng er Donald Schön sine begreper og teori fruktbare for å belyse problemstillingen. Donald Schön har utarbeidet et teoretisk rammeverk som kan bidra til forståelsen av hvordan profesjonelle tenker og gjennomfører komplekse og uforutsigbare praksissituasjoner. Schön viser hvordan den profesjonelle yrkesutøver er en refleksiv aktør og utfører komplekse praksissituasjoner ved hjelp av refleksjon. Schön var spesielt opptatt av former for kunnskap og kompetanse. Han stilte spørsmål rundt forholdet mellom den teoretiske kunnskapen som verdsettes av utdanningsinstitusjonene og den praktiske kompetansen som verdsettes i yrkesarenaen. Han mente at det er en manglende sammenheng mellom den profesjonelle utdanningen og hvilken profesjonell kompetanse virkeligheten trenger. Schön var særlig opptatt av *refleksjonens* betydning i forholdet mellom teori og praksis (2001). I utdanninger som bruker teoretisk kunnskap som basis for praksis kan studenter få følelsen av de mangler forutsetninger for mestring av ulike praksissituasjoner

²Basil Bernstein (1999) skriver også om horisontale og vertikale kunnskapsformer, men tar utgangspunkt i andre former for kunnskap en van Oers.

(Schön, 2001). En profesjonell vil ofte møte situasjoner i praksis som er unike, uforutsigbare og komplekse. Håndtering av slike situasjoner kan ikke alltid foreskrives av teori, men må forstås i lys av den konteksten de er en del av. Schön argumenterer for at en profesjonell yrkesutøvers mestring av det komplekse forholdet mellom teori og praksis er basert på evnen til *refleksjon i handling*.

Schön har utgitt særlig to viktige bidrag om profesjonell kunnskap og utdanning av profesjonelle, ”The Reflective Practitioner” (Schön, 2001) og ”Educating the Reflective Practitioner” (Schön, 1987). Disse arbeidene er viktige bidrag til kunnskap og diskusjon rundt hvordan profesjonelle tenker og håndterer situasjoner i praksis som er unike, uforutsigbare og komplekse. I disse bøkene viser Schön hvordan den profesjonelle praktiker tenker og arbeider når vedkommende står overfor situasjoner som er utfordrende og uforutsigbare. Han argumenterer for at en praktiker ofte innehar en evne til å reflektere over den intuitive kunnskapen som anvendes i handlingen. Han mener at refleksjon er nødvendig i praksis fordi situasjonene ofte inneholder et mangfold av muligheter og løsninger (Schön, 2001). I boken tar han et oppgjør med den ”tekniske rasjonalitet”, som han mener er den dominerende praksisepistemologi. I dette ligger det en oppfattelse av at det ved profesjonell aktivitet finnes en instrumentell løsning på praktiske problemer, som er regelsatt gjennom anvendelsen av vitenskapelig teori og teknikk (Schön, 2001:29). Ut fra den tekniske rasjonalitetens modell kan utøverne av disse profesjonene ansees som tekniske problemløsere (Schön, 2001). Leger anvender diagnoseteknikker og behandling som er basert på sykdomsfysiologi. Dette positivistiske synet på profesjonell kunnskap og praksis kritiserer Schön fordi et slikt syn innebærer at en i praksis alltid vil stå overfor et klart definert problem som skal løses. Imidlertid er teknisk problemløsning en grunnleggende ukomplett beskrivelse av leger og andre profesjonelle faktisk gjør. De løser tekniske problemer, men de gjør også noe annet (Schön, 2001:148). En profesjonell vil stadig stå overfor problemer som er komplekse og som ikke alltid kan løses ved bruk av teori. Ifølge Schön er det derfor nødvendig med et oppgjør mot den instrumentalistiske og tekniske forståelse av praksis. Han vil utvikle en alternativ kunnskapsteori for praksis og mener det er *refleksjon-i-handling* som er nøkkelen til å løse komplekse, unike og uforutsigbare profesjonelle utfordringer.

3.5.1 Viten-i-handling

Schön (2001) skiller mellom ”viten i handling” og ”refleksjon i handling” om hvordan profesjonelle går frem når han eller hun står overfor praktiske eller faglige utfordringer i arbeidet. Viten-i-handling er kunnskap som anvendes i situasjoner som er kjente og hvor en kan tilnærme seg situasjonen slik en pleier å gjøre. Det er innlært kunnskap man bruker uten å tenke. Å kunne sykle er et eksempel på viten i handling. Når man først har lært seg å sykle trenger man ikke å huske på hvordan man gjør det for hver gang man skal sykle. Videre er det vanskelig å uttrykke verbalt hvordan man bruker denne kunnskapen. Syklisten har vanskelig for å gi en beskrivelse av hvordan han unngår å falle når han sykler. Erfarne leger kan berette at de noen ganger har evnene til å gjenkjenne en bestemt sykdom med en gang pasienter ankommer legens kontor. Selv om de gjennom undersøkelsen finner at pasienter har symptomer på sykdommen klarer ikke legen å gjøre rede for akkurat hva som gjorde at han eller hun fikk umiddelbart mistanke om sykdommen (Schön, 1987:24). Denne formen for kunnskap kaller altså Schön ”viten i handling”. Man kan altså ikke alltid gjøre rede for hva man vet i gitte situasjoner. Viten er forankret i våre handlingsmønstre og i en fornemmelse for situasjoner man er i. Viten ligger *i* handlingene våre (Schön, 2001). Ifølge Schön er denne kunnskapen som den profesjonelle bruker i kjente situasjoner en konstruert kunnskap. Denne kunnskapen er dynamisk og ikke statisk, slik fakta, prosedyrer, regler og teori er (1987:25). Schön illustrerer dette med en person som skal ta imot en ball. Når man vet hvordan man skal ta imot en ball vil man prøve å komme ballen i forkjøpet. Man former og tilpasser hendene slik at man er klar til å ta imot ballen når den kommer. Denne prosessen krever at personen må være kontinuerlig aktiv gjennom å jobbe med våkenhet, vurderingsevne og tilpasningsdyktighet (1987:25)

3.5.2 Refleksjon i handling

Når man har lært hvordan man skal gjøre noe, kan man altså gjennomføre smidige praktiske prosesser av aktivitet, gjenkjenning, beslutning og tilpasning uten å måtte ”tenke gjennom det” (Schön, 1987). En erfaren lege vil stadig møte pasienter med kjente symptomer og trenger ikke gå gjennom en lang prosess for å gjenkjenne en sykdom eller diagnose. Imidlertid er det ikke alltid man kommer over situasjoner som er gjenkjennelige og vanlige. En lege vil og andre profesjonelle yrkesutøvere ofte erfare å komme i situasjoner som er komplekse og unike, hvor ”viten i handling” ikke er tilstrekkelig for å kunne gjennomføre arbeidsoppgaven. Slike situasjoner krever at den profesjonelle reflekterer over situasjonen

mens han handler. Refleksjon i handling baseres på praktikerens repertoar av tidligere erfaring, tidligere opplevelser og teoretisk kunnskap. Det danner et grunnlag for å kunne tolke nye situasjoner. Ved enhver ny situasjon med refleksjon i handling vil praktikerens repertoar berikes ytterligere (Schön, 2001:125).

I følge Schön (2001:148) skjer det en ”designprosess” av kunstnerisk natur når en profesjonell velger å ta fatt på nye og unike problemer som ikke passer inn i kjente kategorier. Schön bruker begrepet ”professional artistry” om denne prosessen. Når vitenskapsbaserte praktikere forsøker å finne ut av problemets videre kontekst, hvor kun enkeltdeler faktisk er under praktikerens kontroll, så blir praktikerens nødt til å konstruere et løsbart problem ut fra en problematisk situasjon. Praktikerens vil i første omgang reflektere i forhold til de fenomenene som er nye for ham, selv om de faller innenfor grensene for teknisk praksis. I andre omgang vil han gjøre en refleksjon i forhold til en større situasjon som kolliderer med hans aktivitet, selv om den faller utenfor det som normalt oppfattes som grensene for hans profesjon (Schön, 2001:148). For at studenter skal utvikle kompetanse til refleksjon i handling argumenterer Schön for at utdanningsinstitusjonene må revurdere både kunnskapsteorien og de pedagogiske antakelser læreplanene bygger på. Utdanningsinstitusjonen må vektlegge og fokusere på å stimulere og støtte studentenes refleksjonsprosess slik at de blir oppmerksomme på hvordan de handler, hvilke kunnskaper de bruker og hvilke kunnskaper de må tilegne seg for å utvikle seg videre (Schön, 1987).

3.5.3 Oppsummering

Stadige endringer og krav fra samfunnet gjør at profesjoner må være tilpasningsdyktige og endringsvillige for å utføre sitt samfunnsoppdrag. Det fører blant annet til utfordringer med å finne den riktige balansen mellom teoretisk og praksis kunnskap i profesjonsutdanningene. Profesjonsyrkenes kompleksitet gjør at forholdet mellom teori og praksis er mangfoldig og må forstås på ulike måter. Ifølge Grimen (2008) kan en innfallsvinkel være å se sammenhengene i profesjonskunnskap som *praktiske synteser*. Når profesjonskunnskap er basert på praktiske synteser er forskjellige områder av kunnskap satt sammen på en bestemt måte fordi de utgjør meningsfulle deler i yrkesutøvelsen forstått som en praktisk helhet. Ifølge Van Oers kan profesjonsutøvere erfare sammenheng mellom teori og praksis dersom de rekontekstualiserer kunnskap. Schön viser hvordan refleksjon i handling kan være et verktøy

for studenter for å erfare sammenheng mellom teori og praksis i utdanningen. Grimens, van Oers og Schöns begreper utgjør et teoretisk rammeverk for analysen av det empiriske materialet.

4 Metode

I dette kapittelet vil jeg redegjøre og begrunne de metodiske valg jeg tok før, under og etter forskningsprosessen. Jeg vil begrunne valg av design, den praktiske gjennomføringen av datainnsamlingen, fremgangsmåte for analyse, samt drøfte de utfordringene og valgene jeg tok underveis i prosessen. Til slutt vil jeg vurdere studiens kvalitet med utgangspunkt i begrepene pålitelighet, troverdighet, overførbarhet og bekreftbarhet.

4.1 Valg av metode

Med prosjektet ønsket jeg å undersøke hvordan medisinstudenter erfarer og opplever sammenhengen mellom teori og praksis i utdanningen sin. Et kvantitativt design med surveydata fra store utvalg av studenter ble vurdert. Det kunne gitt viktig kunnskap om omfang og fordeling av studentenes vurdering av innholdet på studiet, utdanningens kvalitet og utdanning sett i forhold til yrkeskrav. I tillegg kunne en slik undersøkelse gitt grunnlag for systematisk sammenlikninger av ulike profesjoner og profesjonsutdanninger. Imidlertid hadde et kvantitativt datamateriale gitt delvis overfladiske og lite utdypende svar. Et kvalitativt design kan bidra med kunnskap om hvordan studentene selv erfarer sammenhengen mellom teori og praksis og gir et dypere innblikk i informantenes fortellinger og refleksjoner. Det syntes dermed mest fruktbart å velge et kvalitativt design på prosjektet.

Å velge kvalitativ metode for prosjektet innebar videre å ta stilling til datainnsamlingsmetode. Intervju er ofte den dominerende metoden både i tidsskriftpublikasjoner og i studentoppgaver (Ryen, 2002:15). Intervju syntes mest fruktbart å anvende også i mitt prosjekt. Ifølge Johannessen m.fl. (2010) er intervju særlig hensiktsmessig fordi menneskers erfaringer og oppfatninger kommer best frem når informanten selv har innflytelse på hva som tas opp i intervjuet. I tillegg er sosiale fenomener komplekse, og det kvalitative intervjuet muliggjør å få fram kompleksitet og nyanser. Johannessen m.fl. (2010) påpeker også at informanter gjennom intervju har mulighet til å rekonstruere hendelser, noe som det ikke er mulig å gjøre ved hjelp av observasjon eller strukturert spørreskjema. Nettopp disse faktorene syntes viktige i henhold til min problemstilling og det kvalitative intervjuet ble utgangspunkt for min datainnsamling.

4.2 Kriterier for utvalg

Kvalitative metoder kan basere seg på *strategiske* utvalg, hvor man velger deltakere som er egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategiske i forhold til problemstillingen og undersøkelsens teoretiske perspektiver (Thagaard, 2013:60). Med utgangspunkt i problemstillingen valgte jeg ut noen bestemte kriterier som det strategiske utvalget måtte utfylle. Jeg ønsket et utvalg av medisinstudenter som ikke var ferdigutdannede, men som var i slutten av utdanningen sin. På det tidspunktet i utdanningen har studentene som oftest gjennomført en eller flere lange praksisperioder under utdanningen, både ved sykehus og i allmennpraksis. Det viktigste kriteriet for utvalget var derfor at informantene måtte være ved slutten av femte studieår eller ved sjettestudieår og ha gjennomført en eller flere lange praksisperioder under utdanningen. Jeg tok også et valg om at informantene kunne være fra alle de fire lærestedene for medisin i Norge, selv om jeg valgte å ikke gjøre en komparativ studie. Dette valget drøftes senere i kapittelet. Utover de nevnte kriteriene var det ønskelig at utvalget var noenlunde balansert mellom forhold som kjønn, lærested og alder.

I denne sammenheng kunne det også vært hensiktsmessig med informanter som var i turnusstilling etter endt utdanning. Turnuskandidater kunne kanskje gitt mer utfyllende data om hvordan sammenhengen mellom utdanningen og yrkeslivet er. En turnuskandidat har nylig startet på yrkeslivet, men det begynner å bli en stund siden de for første gang begynte å utføre legeoppgaver ved et sykehus eller ved en allmennpraksis. Jeg tok derfor et valg om å rekruttere informanter som fortsatt var under utdanning, fordi de ville kunne gi meg ferskere refleksjoner om hvordan det er å gå fra flere års teoretisk undervisning til å anvende teoretisk kunnskap i praksis, og hvordan de erfarte den overgangen.

I utgangspunktet var det ønskelig å intervjuet medisinstudenter både før og etter sin første, lange praksisperiode i utdanningen. Da ville en hatt muligheten til å samle data knyttet til forventninger om praksis og yrkesutøvelse i forkant og ettertid samle materiale knyttet til om hvorvidt forventningene ble innfridd. Tidsbegrensninger for dette prosjektet gjorde det imidlertid vanskelig å gjennomføre dette.

4.2.1 Rekrutteringsprosessen

Gitt mine kriterier for utvalg var fantes det relativt mange potensielle informanter. Det er fire læresteder som tilbyr medisinutdanning i Norge. Antall studenter per årskull ved de forskjellige lærestedene er noe ulikt og i tillegg er det alltid noe frafall av studenter utover i utdanningen slik at det er færre studenter per årskull ved femte og sjette studieår. Basert på samtaler med informanter og kontakter ved læresteder anslår jeg at det er gjennomsnittlig ca. 100 studenter per årskull. Dermed hadde jeg rundt 800 potensielle informanter undersøkelsen mi, da det va to årskull ved hvert lærested som passet til mine utvalgskriterier. Det burde i utgangspunktet være enkelt å nå frem til et stort nok antall informanter. Jeg hadde en noe ulik rekrutteringsprosess ved de ulike lærestedene. Ved to av lærestedene hadde jeg kontakter innen undervisning på studiet var det naturlig å ta førstegangskontakt med vedkommende. Andre steder tok jeg direkte kontakt med studieadministrasjonen. Ved det ene lærestedet for medisin viste det seg vanskelig å få studieadministrasjonen til å videreformidle forespørselen om deltakelse videre til studentene, og jeg fikk ikke etablert studentkontakt ved dette lærestedet. Imidlertid fikk jeg rekruttert informanter fra tre av fire læresteder. Da prosjektet ikke er en komparativ studie mellom de ulike medisinutdanningene vurderte jeg at det ikke var av vesentlig betydning for studiens kvalitet at det manglet informanter fra ett av fire lærested.

Da jeg valgte å rekruttere informanter fra ulike lærested måtte jeg ta stilling til om studien skulle være en komparativ studie. Medisinutdanningene i Norge er bygget opp på relativt ulike måter. Det kunne derfor vært en mulighet å sammenlikne og vurdere lærestedene knyttet opp mot faglig sammenheng i utdanningene. Et annet alternativ var å begrense seg til informanter fra ett lærested. Imidlertid viser liknende forskning på feltet at tilknytning til lærested eller arbeidsplass ikke nødvendigvis har relevans for opplevd faglig sammenheng (Heggen, 2010). Mitt prosjekt fokuserer primært på praksisopplevelser og ikke spesifikke utdanningsopplegg. Det er rimelig å anta at praksiserfaringer i større grad er knyttet til praksisplass enn lærested, selv om studentenes erfaringer i praksis til en viss grad må være formet av lærestedets undervisningsopplegg. I tillegg klarte jeg ikke å identifisere spesifikke mønstre knyttet til de ulike lærestedene i mitt datamateriale. Jeg vurderte derfor tilknytning til lærested av liten betydning for å besvare min problemstilling.

Ved lærested 1. var min kontakt en bekjent som er praksisveileder for medisinstudenter. Han stilte seg villig til å videreformidle informasjonsbrev og forespørsel om deltakelse i intervju til studentene han var veileder for. Vedkommende videreformidlet også kontakt med en studiekonsulent og seksjonsoverlege ved lærested 1. Disse videresendte informasjonsbrev og forespørsel om deltakelse i intervju til studenter ved femte og sjette studieår. Av disse meldte tre studenter seg og ville la seg intervju. Ved lærested 2. tok jeg kontakt med to bekjente studenter ved henholdsvis femte og sjette studieår. Disse stilte seg positive til å videreformidle informasjonsbrevet og forespørsel om deltakelse til sine medstudenter. Det ble sendt via e-post og via en lukket gruppe på Facebook for deres respektive kull. Av disse meldte fem studenter seg og ville la seg intervju. Den samme strategien hadde jeg ved lærested 3. En studentkontakt videreformidlet forespørsel og informasjonsbrev via e-post. To studenter meldte seg som informanter her. Alle informantene ble under intervjuene spurt om de kunne tenke seg å bidra til å rekruttere medstudenter. De fleste stilte seg positive til dette. Imidlertid fikk jeg tilbakemelding fra flere av informantene i etterkant at de hadde oppmuntret sine medstudenter til å delta i studien, men at de fleste valgte å takke nei.

4.2.2 Respons på forespørselen om deltakelse

Sett i forhold til hvor mange studenter som fikk forespørsel om intervjudeltakelse var svarresponsen svak. Ved det ene lærestedet fikk nærmere 150 studenter tilsendt forespørsel og informasjonsbrev via e-post. Det var kun tre studenter som ga tilbakemelding og stilte seg positive til deltakelse. Ved et annet fikk rundt 50 studenter forespørsel via e-post og Facebook, hvorav fem studenter svarte og stilte seg positive. Det kan tenkes flere grunner til svak respons. Da dette er et mastergradsprosjekt med begrenset tid til rådighet er også tidsrommet for datainnsamling relativt begrenset. I dette tilfellet måtte intervjuene gjennomføres i løpet av våren 2013. For mange studenter er dette eksamenstid. Dermed er det nok mange som velger å ikke ta seg tid til å delta i slike prosjekt i en travel tid. Ved det ene lærestedet var det også mange av studentene som var i en periode med oppgaveskriving og som selv befant seg i feltarbeid og dermed ikke var daglig tilstede ved lærestedet eller sykehuset. Noen av informantene som takket ja fortalte også at andre medstudenter hadde vurdert å takke ja til deltakelse, men lot være fordi de får svært mange forespørsler om deltakelse i forskning og dermed må være selektive med tanke på hvilke prosjekter de vil være med på. Informantene sa også at mange medstudenter hadde fått forespørselen og i utgangspunktet kunne tenke seg å være med fordi de syntes det var et spennende tema, men at

de likevel lot være og svare fordi de ikke ”orket” eller ville sette av tid til det. Svak respons på forespørselen kan også gi andre utfordringer med tanke på studiens kvalitet. I denne sammenheng kan det tenkes at de som meldte seg som informanter er studenter med et spesielt engasjement for temaet. Flere av informantene nevnte at de satt i utvalg som drøftet endringer og revisjoner av medisinstudiet ved sitt lærested. Andre informanter var spesielt engasjert i forskning og oppga dette som en viktig grunn til at de takket ja til deltakelse. At utvalget var besto av engasjerte og aktive studenter kan på en side ha bidratt til at det empiriske materialet består av refleksjoner fra en viss type studenter. Andre studenter med andre interesser og annet type engasjement kunne ha bidratt til andre type erfaringer og refleksjoner enn det som kom fram med dette utvalget. På en annen side kan det også være en styrke å ha engasjerte informanter, da jeg først og fremst var ute etter rike beskrivelser og refleksjoner knyttet til informantenes utdanning. Et annet moment ved utvalget var kjønnsfordelingen.. Utvalget endte opp med å bestå av tre gutter og syv jenter. Det er ikke nødvendigvis en svakhet ved en kvalitativ studie, da utvalget aldri vil være representativt og en viss bredde vil fanges opp da begge kjønn er representert. Gutter kan likevel tenkes å ha andre erfaringer og refleksjoner enn jenter, og dermed kan materialet mitt være preget av at flertallet av informantene er jenter. Disse momentene utgjør ikke nødvendigvis en stor svakhet ved studien, men kan ha bidratt til at materialet ikke har fått den bredden det potensielt kunne hatt.

4.2.3 Utvalgsstørrelse

Det er ofte vanskelig å avgjøre på forhånd hva som vil være nok intervjuer. Ved studentprosjekt er det ofte begrenset tid og økonomi til rådighet, og man må kanskje begrense seg til færre enn ti intervju (Johannessen m.fl., 2010). Dette viste seg å påvirke størrelse på utvalget også for min del. Jeg endte opp med å gjennomføre ti intervju. Som nevnt var det en stor gruppe studenter som oppfylte kriteriene for deltakelse, men det var få som takket ja til deltakelse. På bakgrunn av tidsbegrensning og at jeg hadde gjennomført intervju med alle som svarte ja til deltakelse i første rekrutteringsrunde rundet jeg av ved ti intervju. Samtidig følte jeg også at jeg fikk svært mye ut av de fleste intervjuene jeg fikk gjennomført. De fleste informantene tok seg god tid og svarte utfyllende og grundig på de fleste spørsmål. Jeg begynte også å se et tydelig mønster i intervjuene på dette tidspunktet. Dermed følte jeg at ti intervju gav det grunnlaget jeg trengte for å besvare og drøfte problemstillingen. Hadde

intervjuene gitt meg færre beskrivelser hadde det vært ønskelig å prøve å rekruttere flere informanter, til tross for begrenset med tid.

4.3 Intervjuguiden

Jeg valgte å benytte en semi-strukturert intervjuform. Det kjennetegnes ved at man på forhånd har satt opp hovedspørsmål og saker og tema, men uten å fastlegge i detalj spørsmålsformuleringer og rekkefølgen av spørsmålene (Ryen, 2002:99). Jeg utarbeidet en intervjuguide³ med hovedtema jeg ville innom, og formulerte videre spørsmål og stikkord for hva jeg ønsket en samtale om innen de ulike temaene. Noen av spørsmålene var mer konkret formulert, mens andre var mindre detaljert eller fastsatt. Dermed var det rom for et fleksibelt intervju hvor rekkefølgen eventuelt kunne endres og jeg kunne være åpen for tema jeg ikke hadde tenkt over på forhånd. Intervjuguiden ble utarbeidet med utgangspunkt i tre hovedtema; teoretisk utdanningsdel, erfaringer fra praksis, samt kunnskapssyn og refleksjon. Den overordnede problemstillingen gikk imidlertid igjen som en rød tråd i hele intervjuguiden.

4.3.1 Gjennomføring av intervju

Før jeg startet datainnsamlingen ble prosjektet meldt til Personvernombudet for forskning, NSD (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste), og godkjent. Informantene hadde på forhånd fått tilsendt informasjonsbrev om prosjektet med vedlagt samtykkeerklæring. Disse ble underskrevet av informantene og tatt med til intervju. Tid og sted for intervju ble avtalt mellom meg og den enkelte informant. Alle intervjuene ble gjennomført ved informantenes lærested eller ved sykehuset hvor enkelte av informantene var i praksis. Dette fordi det var mest praktisk å gjennomføre intervjuene ved informantenes daglige studie- eller praksisplass, da de kunne gjennomføres før, etter eller i løpet av en skoledag. I tillegg var det informantenes eget ønske å gjennomføre intervjuene der. En innvendig mot gjennomføre intervjuene på et sted hvor informantene har sterk tilhørighet kunne vært at svarene ble mer tilpasset og mindre ærlige, fordi de vil kunne la seg påvirke av jobb- eller studiekonteksten. Jeg opplevde likevel at informantene syntes det var avslappende og uformelt å gjennomføre intervjuene på et kjent sted. Studentene virket lettet over å kunne "tømme seg" for tanker, refleksjoner og frustrasjoner til en utenforstående person som ikke selv var knyttet til

³ Se vedlegg med intervjuguide

medisinutdanningen. Dersom det samme intervjuet hadde blitt gjort med en med mer tilknytning til utdanningen og lærestedet kan det tenkes at svarene og refleksjonene kunne blitt mer tilpasset den som intervjuet. I mitt tilfelle virket imidlertid informantenes refleksjoner til å være autentiske og lite tilpasset mottaker.

Jeg forsøkte å i liten grad følge intervjuguiden i oppsatt rekkefølge, men stilte heller spørsmålene ulikt og i ulik rekkefølge etter hvordan samtalen tok form. De fleste informantene var svært snakkesalige, med mange refleksjoner rundt hvert tema. Det var derfor enkelt å la samtalen gå fritt uten å måtte følge med på intervjuguiden kontinuerlig. Ved å la informantene snakke fritt og åpent følte jeg fortellingene ble fortalt på informantenes premisser, selv om samtalen enkelte ganger dreiet vekk fra det overordnede temaet.

4.4 Analyseprosessen

Før jeg gjør rede for bearbeidingen og tolkingen av datamaterialet skal jeg presentere hva jeg tok stilling til av mer vitenskapsteoretisk art. Den benyttes hovedsakelig en abduktiv forskningsstrategi (Blaikie, 2009). Ved abduksjon opererer man med et dialektisk forhold mellom teori og empiri. Blaikie beskriver abduksjon som å ta utgangspunkt i menneskers erfaringsnære hverdagsbegreper og knytte dem til mer erfaringsfjerne begreper for å kunne si noe generelt, samtidig som man ivaretar aktørens beskrivelser. I denne sammenheng er analysen basert på en forholdsvis åpen ramme, men den er kategorisert og disponert med inspirasjon fra Heggens begreper knyttet til profesjonell kompetanse (2010). Jeg har prøvd å se materialet gjennom Heggens ramme, men materialets innhold har ved noen tilfeller også gjort det nødvendig å gå ut over Heggens ramme og la empirien være styrende for teorien. Analysen er derfor et resultat av en interaksjon mellom det empiriske materialet og de teoretiske rammene.

4.4.1 Utarbeidelse av problemstilling

I følge Everett og Furseth (2004) krever kvalitativ forskning mye forarbeid i forhold til å formulere presise problemstillinger. Å starte datainnsamling til masteroppgaven uten en presist formulert problemstilling kan føre til at en sitter igjen med spredte, irrelevante data (Everett and Furseth, 2004:116). I mitt tilfelle var problemstillingen relativt bredt formulert. Den gjorde at jeg måtte favne om flere ulike temaer i intervjuene. Det gjorde at jeg i etterkant

av datainnsamlingen satt igjen med et omfattende datamateriale. Som følge av det ble en stor del av bearbeidingsprosessen å luke ut det som var irrelevant for problemstillingen. Imidlertid gjorde dette det mulig å identifisere mønster som ikke var preget av mine forhåndsantakelser. På den måten kan den åpne problemstillingen ha bidratt i forhold til å utforske andre sammenhenger mellom teori og praksis i utdanningen enn det jeg ville gjort med en mer snevert formulert problemstilling. Nettopp det å avveie mellom presisjon og åpenhet er noe av det som er særlig vanskelig i prosessen med å formulere en problemstilling (Thagaard, 2013). Dette var en utfordring jeg kunne relatere meg til.

4.4.2 Forventninger og forhåndsantakelser

Som nevnt bidro problemstillingen til at jeg fikk et åpnere blick mot mønstre i datamaterialet og fikk utforsket tema jeg ikke hadde ventet på forhånd. Man kan likevel ikke ankomme et forskningsfelt uten forhåndsantakelser knyttet til det man skal undersøke (Ryen, 2002). All kunnskap er et resultat av en interaksjon mellom forskeren med hans bakgrunn og erfaringer og samfunnet og kulturen han er en del av (Thornquist, 2003). Slik sett er all forskning teoriavhengig (Ryen, 2002). I mitt tilfelle har faglig bakgrunn fra medisinsk sosiologi gjort at jeg hadde kjennskap til begreper om helsevesenets organisering og samfunnsmessige funksjon. Dermed kan tidligere kunnskap knyttet til temaet ha påvirket mine forventninger. I tillegg var en del av min motivasjon for dette prosjektet egne opplevelser fra helsevesenet, som nevnt innledningsvis. Forventninger og meninger om hvordan leger bør opptre i praktisk yrkesutøvelse kan også ha hatt innvirkning på mine forhåndsantakelser. Jeg prøvde imidlertid å ha et bevisst og reflektert forhold til mine forventninger om temaet slik at intervjuene og bearbeidningen av materialet var preget av en åpen og objektiv holdning

4.4.3 Bearbeidning av innsamlet datamateriale

I etterkant av hvert intervju noterte jeg umiddelbare tanker og ideer jeg gjorde meg. Videre transkriberte jeg intervjuet så fort jeg hadde anledning. Imidlertid var det spesielt ved det ene lærestedet kort tid mellom hvert intervju, slik at jeg ikke rakk å transkribere ferdig hvert intervju før jeg gjennomførte det neste intervjuet. Derfor ble noen cirka halvparten av intervjuene transkribert i etterkant av hele datainnsamlingen. Intervjuene ble transkribert ordrett, men jeg valgte å ta bort intetsigende ord som "hm", så lenge det ikke påvirket meningsinnholdet. Ved noen anledninger var det også deler av intervjuene som omhandlet

tema langt fra problemstillingen, og som jeg vurderte til svært lite aktuelle for bruk i oppgaven. I de tilfellene valgte jeg å bare skrive tema for avsnittet med henvisning til tidspunkt i det aktuelle lydopptaket. På den måten sparte jeg mye tid, men hadde likevel mulighet til å transkribere avsnittet ved et senere tidspunkt, dersom det mot formodning skulle vise seg å være aktuelt for analysen likevel.

I etterkant av transkriberingen startet jeg å gjennomgå datamaterialet. I første omgang ble datamaterialet primært kategorisert etter temaene i intervjuguiden for å få oversikt over materialet. Ved andre gjennomgang var jeg mer løsrevet fra de overordnede temaene i intervjuguiden. Jeg begynte å se et mønster i materialet, og jeg etablerte nye kategorier som var mer løsrevet fra de overordnede temaene i intervjuguiden. Gjennom kategoriseringen dannet det seg et mønster hvor informantene reflekterer rundt ulike former for kunnskap og kompetanse som kunne knyttes opp mot problemstillingen. I arbeidet med kategoriseringen lot jeg meg inspirere av Heggens inndeling av ulike former for profesjonell kompetanse (2010) og lot hans kompetansebegrep til en viss grad være styrende for kategoriseringen av materialet. Denne kategoriseringen dannet etter hvert grunnlag for tematisering og disponering av analysen. En slik temasentrert tilnærming til analysen kan imidlertid kritiseres for å ikke ivareta et helhetlig perspektiv og føre til at utsnitt fra teksten løsrives fra sin opprinnelige sammenheng (Thagaard, 2013:181). Derfor er det viktig at informasjon fra hver enkelt informant sette opp mot intervjuet som helhet. Å ha en helhetlig forståelse av materialet var noe jeg tilstrebet under analyseprosessen.

4.4.4 Konfidensialitet

For at forskning skal være etisk forsvarlig stilles det strenge krav til konfidensialitet. Det innebærer at informasjon som kan bidra til å identifisere informantene ikke avsløres (Brinkmann and Kvale, 2009:50). Å sikre informantene anonymitet har vært viktig under arbeidet og presentasjonen av datamaterialet. Informantene har gjennom intervju gitt innsikt i personlige tanker og refleksjoner om seg selv som student, om lærested, praksissted, medstudenter, veiledere og forelesere. For å sikre informantenes anonymitet ble samtlige gitt fiktive navn under transkriberingen. De fiktive navnene har jeg deretter forholdt meg til gjennom både tekst og i minne. Samtidig er det også viktig å sikre at andre ikke kan få innsikt i det originale datamaterialet (Thagaard, 2013). Lydopptakene fra intervjuene ble slettet i etterkant av transkriberingen og datamaskin med de transkriberte intervjuene har vært låst

med kode og vært innelåst når datamaskin ikke har vært under oppsyn. I tillegg har en liste med informantens navn, adresse og telefonnummer vært innelåst under arbeidet.

4.5

4.6 Diskusjon og vurdering av studiens kvalitet

Jeg vil diskutere studiens kvalitet i lys av begrepene troverdighet, pålitelighet, bekreftbarhet og overførbarhet (Johannessen m.fl., 2010). Thagaard (2013:193) viser til Corbin og Strauss (2008:301) i forbindelse med begrepet troverdighet. De mener troverdighet er en sentralt begrepet for å studere forskningens kvalitet da det er et begrep som fanger opp både informantens, forskerens og leserens erfaringer med de fenomenene som studeres. Silverman (2011, i Thagaard, 2013) argumenterer også for å vurdere forskningens kvalitet på grunnlag av troverdighet. Pålitelighet (reliabilitet) og bekreftbarhet (validitet) er sentrale begreper i denne sammenheng (Johannessen m.fl., 2010).

Pålitelighet eller reliabilitet sikter til forskningens fremgangsmåte og om en kan ha tillit til forskningen. For at forskningen kan være reliabel må forskeren gjøre rede for hvordan data utvikles. Forskeren må blant annet skille mellom informasjon fra datamateriale og forskerens egne vurderinger av informasjonen, samt redegjøre for sin relasjon til informantene og forskerens for forståelse og egne erfaringer fra feltet (Thagaard, 2013). I dette kapittelet er det gjort rede for fremgangsmåten for å samle inn datamaterialet og begrunnelse for de valgene jeg har tatt. Jeg har i tillegg drøftet mine forventninger og forhåntakelser knyttet til temaet og aspekter ved informantene og intervjugjennomføringen. Jeg har videre diskutert hvordan dette kan påvirke tolkningen av materialet. Et aspekt som kan ha bidratt til å svekke undersøkelsens pålitelighet er knyttet til utvalget, som gjør at fenomenet kanskje ikke er belyst i sin hele bredde.

Validitet eller bekreftbarhet er knyttet til gyldigheten av tolkningen av det empiriske datamaterialet. Forskeren bør derfor gå kritisk gjennom grunnlaget for egne tolkninger (Thagaard, 2013). Tolkningen av materialet er min egen og gjort med bakgrunn i min forståelse av fenomenet. Jeg har strebet etter objektivitet i tolkingen. Jeg anser meg selv som utenforstående til det miljøet som er studert og mener det har bidratt til at tolkningen i liten grad er preget av subjektivitet. Samtidig kan personlige opplevelser som pasient i

helsevesenet, både i forkant og i løpet av dette prosjektet, ha påvirket min forståelse og tolkning av fenomenet. Videre har jeg prøvd å tolke funnene i lys av tidligere studier. Samtidig er det få kvalitative studier fra Norge som beskriver profesjonsstudenters egne erfaringer fra utdanningen. De som er gjort er i de fleste tilfeller gjort på andre profesjonsutdanninger enn medisin (Heggen, 2010). Disse har vært viktige for å belyse mine funn, til tross for at faktorer som utvalgsstørrelse og tidsbegrensning har gjort at min undersøkelse er til en viss grad basert på andre premisser enn liknende studier.

Overførbarhet er knyttet til om den forståelsen som utvikles i prosjektet også er relevant i andre sammenhenger. I følge Thagaard (2013) er ikke denne vurderingen nødvendigvis relevant eller en målsetting i alle kvalitative studier. På en side baserer studien seg på et relativt lite utvalg. Resultatet er av den grunn ikke nødvendigvis alle studenters refleksjoner og erfaringer og kan på ingen måte generaliseres. Når utvalget er lite kunne resultatet vært annerledes dersom jeg hadde endt opp med andre informanter. Imidlertid reiser materialet sentrale spørsmål knyttet til medisinutdanning og profesjonsutdanninger generelt som gir grunnlag for nye undersøkelser. Først og fremst mener jeg studien er relevant for å forstå hvordan sammenhengen mellom teoretisk og praktisk kunnskap i den medisinske profesjonsutdanningen. I tillegg kan studien være relevant for å forstå hvordan man kan arbeide for å få en sammenheng som er mest mulig fruktbar og lærerik for studentene. Studien kan også være overførbar som et bidrag til den generelle forståelsen for distinksjonen mellom teoretisk og praktisk kunnskap. I tillegg mener jeg at den grunnleggende forståelsen om hvordan teori og praksis henger sammen i medisinutdanningen også kan være relevant for å forstå sammenhenger i andre profesjoner og profesjonsutdanninger. Det er selvfølgelig aspekter ved medisinutdanningen og medisinsk kunnskap som er unike for profesjonen. Men som jeg beskrev innledningsvis har profesjoner bestemte likhetstrekk, inkludert prinsipper for integrering av teoretisk kunnskap og praktisk kompetanse. Økt forståelse rundt dette fenomenet kan derfor også knyttes til liknende profesjonsutdanninger. Dette kan også gå andre veien. Litteratur om faglig sammenheng i utdanninger som sykepleie, sosialarbeider og lærerutdanning viser likhetstrekk mellom faglig sammenheng i medisinutdanningen (Heggen, 2010). Dermed kan liknende studier fra andre profesjoner også være overførbare til den medisinske profesjonen. På bakgrunn av dette mener jeg at bidraget kan anses som relevant for profesjonssosiologien i sin helhet.

5 Analyse

I analysedelen skal jeg se nærmere på hvordan informantene reflekterer rundt sammenhengen mellom teori og praksis i medisinstudier. Innledningsvis presenterer jeg de hovedinntrykkene fra det empiriske materialet knyttet til hvordan studentene reflekterer rundt teoretisk og praktisk kunnskap i utdanningen og hvordan de erfarer sammenhengen mellom dem.

5.1 Studentenes erfaring av sammenheng mellom teori og praksis

Innledningsvis ble det nevnt at grunnet profesjonenes karakter og formål eksisterer det et naturlig skille mellom teori og praksis i utdanningene som kvalifiserer til profesjonsyrker. Teorikapittelet viste at skillet mellom teori og praksis er mangfoldig og må forstås på ulike måter. Samtidig er profesjonsutdanninger ofte kritisert for svak eller manglende sammenheng mellom utdanningen sitt innhold og de oppgavene som skal utføres i yrkesfeltet (Heggen and Smeby, 2012). Problemstillingen har som utgangspunkt å undersøke hvordan medisinstudenter erfarer og reflekterer rundt sammenhengen mellom teori og praksis. Dersom man skal måle en form for sammenheng mellom teori og praksis må det dermed ligge en implisitt antakelse av at det eksisterer et skille eller et gap mellom teori og praksis. I det følgende demonstreres at gapet også går igjen i mitt materiale.

5.1.1 ”Det mangler et mellomledd”

Hovedinntrykket av materialet er at informantene synes det er stor forskjell mellom teori og praksis. De fleste ser likevel en klar sammenheng mellom teoretisk kunnskap og praktisk yrkesutøvelse, og er tydelige på at de ser hvorfor de burde lære teorien bak det de skal drive med i yrkeslivet. De er tydelig på at god og bred teoretisk kunnskap er vesentlig for å kunne fungere i legeyrket. Materialet demonstrerer imidlertid at det i realiteten er dårlig samsvar mellom teori og praksis i utdanningen. Selv om informantene ser at det er en logisk sammenheng mellom teori og praksis, mener de at det i for liten grad legges til rette for at de selv skal kunne lære å anvende den teoretiske kunnskapen i praksis. Informantene Ingrid og Helle er begge tydelig på at det er noe mangelfullt over utdanningsløpet sitt:

Teori og praksis henger jo sammen når du selv klarer å koble sammen boksene. Vi lærer jo ikke irrelevante ting, men det er det å lære det i en viss setting. Det mangler noe der. (Ingrid)

Som sagt som er det stor forskjell mellom teori og praksis. Men jeg ser sammenhengen. Jeg ser hvorfor jeg burde lære teorien, i forhold til praksisen. Men det er stor forskjell på det å lære teori og det å utøve det i praksis. Det er en eller annen forbindelse der som ikke er helt gått gjennom i medisinstudiet.
(Helle)

Med andre ord mener ikke Ingrid og Helle at de gjennom utdanningen tilegner seg kunnskap som ikke relevant for det som kan vente dem i yrkeslivet. Imidlertid savner de et fokus på å se teoretisk kunnskap i en viss setting. Jeg tolker Ingrid og Helles refleksjoner som en identifisering av et slags gap mellom teori og praksis i utdanningen. I lys av dette kan det se ut som at gapet i denne sammenhengen ikke består av en diskrepans mellom den teoretiske kunnskapen og dens relevans for senere yrkesliv, men at det mangler en god metode for å arbeide for en praktisk integrering mellom teori og praksis.

Da informantene innledningsvis ble bedt å reflektere grunnleggende om hvordan de opplever sammenhengen mellom teori og praksis i utdanningen relaterte mange av dem direkte til det som kan tolkes som et eksisterende gap mellom teori og praksis. Et gjennomgående ord som flere brukte var at de opplevde at de savnet et *mellomledd* som kunne hjelpe dem til å ”koble sammen boksene” og se sammenhengen mellom teori og praksis.

Vi mangler et mellomledd. Og det trenger ikke være mye (...) som at man har en del av faget som heter klinisk. Men generelt så mangler vi et mellomledd, det er ikke et god samsvar mellom teori og praksis sånn sett. (Silje)

Informantene synliggjør et gap mellom teori og praksis i utdanningen gjennom at de mener det mangler et ”mellomledd” som kan hjelpe dem til å koble sammen kunnskap og ferdighet i realiteten og ikke bare som en erkjennelse av at det teoretisk innholdet i utgangspunktet er relevant for praksis. Som vi ser har Silje noen konkrete tanker om hva dette mellomleddet kan være. Hun uttrykker et ønske om at den teoretiske undervisningen burde ha et større fokus på et klinisk perspektiv. I lys av dette kan man tolke gapet som en manglende tilstedeværelse av et verktøy som kan hjelpe studentene til å koble sammen teori og praksis på en god måte.

5.1.2 Teori i bunn

Gapet trenger ikke nødvendigvis å oppfattes som et problem dersom studentene opplever at den teoretiske kunnskapen henger sammen den kunnskapen som er nødvendig for å kunne

gjennomføre og håndtere ulike typer yrkesoppgaver. Materialet viser også at det på mange måter kan være fruktbart med et gap mellom teori og praksis. Selv om informantene savner et mellomledd mellom teori og praksis ser de likevel relevansen av den teorien de lærer i forhold til yrkesfeltet. Det at man må ha teoretisk kunnskap om menneskekroppen i bunn for å kunne arbeide med praktiske legeoppgaver ser informantene som nødvendig, selv om denne teoretiske kunnskapen ikke alltid anvendes eksplisitt i den praktiske yrkesutøvelsen. Denne kunnskapen blir etterhvert internalisert og gjort til viten-i-handling, som Schön (2001) betegner det. At dette faktumet kan by på utfordringer i kvalifiseringsprosessen til legeyrket er noe som informantene synes bevisste på og har et reflektert forhold til. Jakob viser en refleksiv holdning til hans egen kunnskapsutvikling og viser forståelse for at jo mer kunnskap man tilegner seg, jo lettere blir det å se sammenheng mellom teori og praksis:

Jeg ser jo nå at vi hele tiden kommer tilbake til det basale. Så gode teoretiske kunnskaper må man ha i bunn. Men i starten så jeg ikke helt det, og det mener jeg er fordi man mangler det lille mellomleddet.

Et hovedinntrykk at materialet er altså at informantene erfarer et gap mellom teori og praksis. I det ligger det altså en forståelse av at det er en manglende sammenheng mellom teori og praksis som informantene til en viss grad opplever som problematisk. Gjennom studentenes refleksjoner har det kommet til syne noen elementer i utdanningen hvor denne manglende sammenhengen ser ut til å komme til syne. På en annen side viser materialet at gapet også kan oppfattes som et naturlig element i utdanningen og som nødvendigvis ikke er noe negativt. Gapet kan i stedet være en arena for utvikling av en helhetlig profesjonell kompetanse, fordi gapet stimulerer til refleksjon, rekontekstualisering av kunnskap, til å danne meningsfulle sammenhenger og til å utvikle et kritisk blikk.

5.1.3 Analysens videre oppbygning

Analysen videre presenterer og drøfter mer inngående hvilke refleksjoner informantene hadde rundt sammenheng mellom teori og praksis utdanningen og hva som kan hindre studentene å erfare sammenhenger. I analysens første kapittel har jeg valgt å gjøre en grunnleggende kategorisering av det empiriske materialet basert på Heggens oppdeling av ulike profesjonelle kompetanser. Dermed er informantenes refleksjoner i kategorisert etter hvordan de reflekterer rundt teoretisk, praktisk og relasjonell kompetanse. I første omgang presenteres og drøftes studentenes refleksjoner knyttet til teoretisk kunnskap og kompetanse i utdanningen og hvordan de ser teori i sammenheng med yrkesutøvelsen som leger. Deretter presenteres og drøftes refleksjoner fra praksisopplæringen og hvordan den står i sammenheng med teori og i

forhold til senere yrkesutøvelse. Heggens la som nevnt til relasjonell kompetanse som en av formene for profesjonell kompetanse. Dette var en form for kompetanse som informantene i høyeste grad hadde refleksjoner rundt. Jeg presenterer disse refleksjonene i et eget avsnitt. Imidlertid var det elementer i materialet som ikke falt inn under rammene for Heggens kompetansebegrep og det materialet analyseres i analysens andre kapittel. Materialet mitt viste at utvikling av refleksiv kompetanse også kan knyttes til hvordan studenter erfarer sammenheng mellom teori og praksis og jeg har av den grunn inkludert et avsnitt om disse refleksjonene i den andre delen av analysen. Avslutningsvis i analysens andre del drøfter jeg noen refleksjoner om profesjonell identitet som også hadde innvirkning på informantenes opplevelse av sammenheng mellom teori og praksis i utdanningen.

Det presiseres at Heggens kompetansebegrep primært er ment som en hjelp til å kategorisere materialet og som en bærende struktur i analysen. Til selve tolkningen av materialet benyttes primært Grimens og Schöns begreper. Det påpekes også at kategoriene på ingen måte er utelukkende og kategoriene sammenfaller på ulike måter. Det vil også komme frem i teksten. Informantenes refleksjoner er kategorisert på denne måten fordi de til en viss grad gjenspeiler måten studentene tilegner seg kompetanse og kunnskap på; henholdsvis teoretisk og praktisk kompetanse tilegnes i utgangspunktet ved ulike utdanningsarenaer. De første årene av utdanningen skal de tilegne seg teoretisk kunnskap, primært gjennom teoretisk undervisning. Når de har et godt nok grunnlag med teoretisk kunnskap skal de entre praksisfeltet hvor de skal lære å anvende seg teoretisk kunnskap, samt læres opp i de praktiske delene av legeyrket og utvikle en relasjonell og refleksiv kompetanse.

Profesjonell kompetanse kan i denne sammenheng forstås som den samlede former for kunnskaper, ferdigheter og holdninger som kreves for å utøve et profesjonsyrke. En slik forståelse av kompetansebegrepet innebærer at kunnskap blir ett element av den profesjonelle kompetansen. Det presiseres imidlertid at jeg i analysen kommer til å bruke begge begrepene etter hvordan informantene har brukt begrepene i sine refleksjoner. Begrepet kunnskap ble oftest brukt når det var snakk om teori mens kompetanse oftest ble brukt om praksisopplæringen. Informantene brukte begrepene litt om hverandre og brukte kunnskapsbegrepet der man etter definisjonen ville brukt kompetansebegrepet. Begrepene

bruker derfor litt om hverandre ved noen anledninger. Imidlertid vil det fremgå av konteksten hva som menes når begrepene blir brukt.

5.2 Refleksjoner rundt teoretisk kunnskap og kompetanse i forhold til sammenheng med praksis

I lys av kompetansebegrepet til Heggen (2010) forstås teoretisk kompetanse som en konstruksjon av følgende kunnskapsområder: bred, generell kunnskap, yrkesspesifikk kunnskap, kunnskap om planlegging og organisering samt innsikt i regler og bestemmelser. Hensikten med den teoretiske opplæringen i medisinerutdanningen er primært at studentene skal få kunnskap om menneskekroppens oppbygning og funksjon, i tillegg kunnskap om sykdom og skader; hvordan sykdom og skader oppstår, forebygges, behandles og følges opp (Schei, 2007). Studentene skal i løpet av teoriopplæringen også utvikle en kritisk vitenskapelig tenkemåte som er en forutsetning for kunne fortsette å holde seg oppdatert på utvikling av den medisinske kunnskapen også når grunnutdanningen er ferdig (Universitetet i Tromsø, 2011). Den konkrete oppbygningen av utdanningen er som nevnt noe ulik ved de ulike utdanningsinstitusjonene i Norge. Felles for alle lærestedene er imidlertid at det legges mest vekt på grundig teoretisk opplæring i de første årene av utdanningen. Først i de siste studieårene integreres praksis med teori, selv om de fleste lærestedene til en viss grad legger til rette for noe praksis i løpet av de første studieårene.

5.2.1 Teori er viktig og høyt verdsatt

Et hovedinntrykk av informantenes refleksjoner rundt det teoretiske innholdet og relevansen i forhold til yrkeslivet er at teoretisk kunnskap synes å være høyt verdsatt og anses som viktig for å mestre yrket de skal inn i. Flere av informantene mener at det teoretiske innholdet i undervisningen i stor grad oppleves som relevant og at det kan relateres til yrkeslivet. Følgende utsagn fra noen av informantene viser en holdning til teori som var relativt gjennomgående hos informantene:

Det krever et bra teoretisk kunnskapsnivå for å fungere i praksis. (Anja)

Teoriinnholdet svart på hvitt er for så vidt riktig. Kanskje litt gammeldags. (...) Men i og for seg er det adekvat det vi lærer, jeg må si det. (Ingrid)

Alt vi lærer er jo relatert til det som kan vente oss i yrkeslivet. (Kristian)

Samlet viser kommentarene at informantene har positive holdninger og erfaringer med den teoretiske undervisningen ved medisinstudiet. De er tydelig på at en god teoretisk forståelse for kropp og sykdom er vesentlige for å lykkes i praksis og yrkesliv og verdsetter således den teoretiske kunnskapen som formidles i utdanningen. Det skiller seg i så måte fra forskning som argumenterer for at teoriopplæringen i profesjonsutdanninger i for liten grad kan relateres til det som kreves i praksis og i yrkesliv (Heggen and Smeby, 2012). Senere ser vi imidlertid at selv om informantene synes teoriinnholdet i stor grad kan relateres til yrkeslivet mener de at det finnes teori de anser som viktig for praksis og yrkesliv som enten mangler i den teoretiske opplæringen eller som vektlegges i liten grad i opplæringen. En påpekning er at selv om informantene mener at teorien kan relateres til senere yrkesliv kan den i mindre grad relateres til praksisdelen av utdanningen. Mye av den teoretiske kunnskapen er en innføring i ulike spesialiseringer i yrkeslivet, og vil derfor først bli særlig relevant når studentene starter på eventuelle spesialiseringer etter endt turnustjeneste. Av den grunn mener informantene at til tross for yrkesrelevant teoriinnhold skulle de ønske at den teoretiske undervisningen var vektet på en annen måte. Dette drøftes mer inngående senere i avsnittet.

I tillegg til at studentene mener alt de lærer kan relateres til en større sammenheng påpeker de hvor vesentlig det er med gode teoretiske kunnskaper i bunn for å kunne mestre yrkeslivet. De fleste mener som nevnt at teori er både vesentlig og viktig for å kvalifisere dem til å bli leger. I tillegg til at teori er viktig for yrkesutøvelsen viser Kristian at han verdsetter den teoretiske kunnskapen også utover relevansen den har for praksis:

Den basale kunnskapen er ekstremt viktig å kunne som lege, det er jo hele basisen for yrket. Og så er jeg jo glad i realfag da – det var en av grunnene til at jeg ville studere medisin. Å kunne kombinere realfag med et menneskeyrke. Så jeg synes mye av teorien er spennende i seg selv. Det å lære om hvordan kroppen fungerer synes jeg er veldig interessant.

Det å kunne vise til gode teoretiske kunnskaper i medisinen fremtrer som en høyt verdsatt kompetanse hos studentene.. Dette skiller seg fra den ”Stud-data”- undersøkelsen som ble presentert innledningsvis. Denne studien viser at studenter ved andre profesjoner verdsatte praktisk kunnskap fremfor faglig eller teoretisk kunnskap (Heggen, 2010). Imidlertid er denne undersøkelsen basert på utdanninger som profesjonssosiologien betegner som ”semi-

profesjoner” (Korsnes, 2008). Dette er utdanninger som ofte er høgskolebasert og av kortere lengde. Det kan tenkes at teoretisk kunnskap ikke står like sterkt i slike utdanninger som den synes å gjøre i medisinstudiet. Informantene er i hvert fall svært tydelige på at de ikke kunne klart seg i yrket uten den teoretiske kunnskapen i bunn. Dette skiller seg fra den nevnte undersøkelsen hvor blant annet sosialarbeidere og vernepleiere i etterkant av utdanningene sine slo fast at de godt kunne gjort jobben uten utdanning eller med en helt annen utdanning (Heggen, 2010).

Materialet viser at informantene synes å verdsette den teoretiske kunnskapen til tilegner seg i utdanningen og synes at den i stor grad er relevant for det som kreves i yrkeslivet.

Informantene har imidlertid også noen kritiske merknader vedørende den teoretiske kunnskapen og sammenhengen den har med senere praktisk yrkesutøvelse. Felles for disse er at de knyttes til en skjevfordeling av kunnskapselementene i utdanningen som kan bidra til å svekke studentenes opplevelse av sammenheng mellom teori og praksis.

5.2.2 Teorien settes ikke alltid i sammenheng

En sentral debatt rundt profesjonsutdanninger er som tidligere nevnt at teorien i for liten grad kan relateres til det som kreves i yrkeslivet (Heggen and Smeby, 2012). I tillegg er det teoretiske innholdet kritisert for å være for organbasert fremfor å ha et mer helhetlig syn på helse og sykdom (Schei, 2007). Dette er teori som studenter opplever at de trenger i yrkesutøvelsen og som de av den grunn ønsker mer fokus på i den teoretiske undervisningen (Hjørleifsson, 2000) (Hetland, 2012). På en side synes dette å være i tråd med de erfaringene mine informanter forteller om. Følgende utsagn fra Elise står som et eksempel for flere av informantenes liknende tanker om den teoretiske kunnskapen:

Det at vi har organbasert undervisning gjør at jeg ofte føler jeg kommer til kort når jeg skal treffe pasienter når er i praksis. I teorien lærer vi om sykdommer og så har vi for eksempel om hjerteinfarkt, så står det symptomer på første slide, så er det klinikk på andre slide sånn og sånn, og så står det videre utredning sånn og sånn, behandling gjør sånn og sånn. Og så står du bare der med symptomene og det er ikke alltid alle er på listen. Det er litt tricky, fordi det er annerledes og så mye mer enn det som kreves når jeg møter pasienter i virkeligheten.

Live har liknende refleksjoner som Elise og synes også den teoretiske undervisningen skulle hatt fokus på anvendelse av teori i praksis:

L: I teorien så lærer du veldig mye om ”Dette her er diabetes og her er fysiologien bak diabetes. Pasienten har diabetes, punktum. Slik behandler du det”. Men når du er lege får du jo pasienten inn på kontoret. Med spørsmålsteget. Hva har pasienten? Hvordan tenker du da? Det er veldig lite vektlagt i teorien. Men i praksis kommer det så godt frem. ”Shit, hva har denne pasienten?”

T: Men er det kanskje noe du klarer å lære deg gjennom praksisen?

L: Ja. Eller kanskje ikke lærer deg, men du kommer litt mer inn i den tankegangen, den diagnostiske tankegangen. Men jeg savner det i teorien, vi skulle hatt mer om slike ting teorien, hvordan man skal møte slike utfordringer i praksis. Det hadde kanskje vært lettere å se sammenhengen mellom teori og praksis da.

Elise og Lives refleksjoner viser at måten det teoretiske innholdet legges frem formidles uten å vise dens relevans for praksis. Dette er for så vidt noe studentene kommer til å tilegne seg mer kunnskap om gjennom praksisperiodene og turnus etter ferdig utdanning (Markestad, 2000), men som Live påpeker skulle hun likevel ønske at de mer fokus på dette også i den teoretiske opplæringen. Dette vil ifølge informantene kunne føre til enda bedre læring i praksis og således gjøre at de får mer læring ut av praksisperiodene under utdanningen.

5.2.3 Skjevfordeling av kunnskapselementene i utdanningen

Tidligere forskning viser at det er svake pedagogiske tradisjoner ved den teoretiske undervisningen i medisinstudiet. Dette synes å være i tråd med flere av mine informanternes tanker rundt de pedagogiske tradisjonene i sin utdanning. Flere av informantene i denne sammenheng uttrykte ønsker om at både forelesere og veiledere hadde bedre pedagogiske ferdigheter. Studentene selv setter ønsket særlig i sammenheng med at de fleste forelesere i utgangspunktet er forskere som har undervisningsplikt i stillingen sin. Det begrunner informantene for det første ved at undervisningen blir svært teoretisk og detaljert. Den er i liten grad klinisk rettet og legger i liten grad opp til at studentene skal se den kliniske relevansen av det teoretiske innholdet. Dette er noe flere av informantene savner ved den teoretiske undervisningen. De påpeker at de er klare over og enig i at mye av innholdet i undervisningen er viktige grunnleggende basalfag som er en forutsetning for å kunne bygge på med annen kunnskap, men mener den i større grad kunne vært presentert i en mer anvendbar kontekst.

At mange av foreleserne er forskere som har undervisning som en plikt framfor en frivillig oppgave kommer ifølge informantene ofte til uttrykk i måten det blir undervist på.

Forelesningene bærer ofte preg av at foreleser er svært faglig dyktig fordi vedkommende ofte

har dette som sitt spesialfelt. Imidlertid er den pedagogiske kvaliteten ofte svak. Ifølge flere informanter blir fagstoff ofte formidlet på en lite engasjerende og motiverende måte. Informantene savner flere forelesere som viser interesse for å forelese og som viser at de trives med det de gjør. De mener mer entusiasme kunne bidratt til økt motivasjon blant studentene til å arbeide med basalfag. Dette er i tråd med det Heggen and Smeby (2012) beskriver som konsekvenser av det er krav om forskerkompetanse i undervisningen i profesjonsutdanning. De mener det vil kunne være med på å styrke den faglige kvaliteten i undervisningen. Imidlertid påpeker de også at det også vil kunne føre til at avstanden mellom utdanning og yrke økes som følge av at de som underviser har svakere kunnskaper om yrkesfelt og yrkesoppgaver. Nettopp dette synes å gjenspeiles i dette materialet. Studentene opplever også at det er stor forskjell mellom forskere og klinikere i kommunikasjonen med elevene i undervisning:

De beste foreleserne er ofte assistentleger som nylig har vært der vi er og som vet hva vi trenger. Og de er også ofte de mest klinisk rettede, for de vet hva vi trenger å lære. Så jeg synes at ikke bare professorer burde undervise. (Frida)

Frida uttrykker her et ønske om at foreleserne skal ha en tettere relasjon og kobling til det kliniske feltet som studentene skal ut i. I stedet blir studentene i de fleste tilfeller undervist av forelesere som har en fjern relasjon til den kliniske anvendelsen av den kunnskapen de formidler. En mulig konsekvens av forskertettheten i undervisningen er at det kan bli vanskeligere for studentene å koble sammen teori og praksis, noe også Heggen og Smeby (2012) påpeker.

Selv om medisnutdanningen følger et biopsykososialt kunnskapssyn argumenterer flere for at medisinfaget fremdeles har et biomedisinsk tyngdepunkt (Getz m.fl., 2011, Schei, 2007). I følge Schei (2007:12) har det ført til svake tradisjoner for kritisk refleksjon, ivaretagelse av relasjoner og følelser, håndtering av usikkerhet, uenighet og feil, og vurdering av ulike kunnskapers relevans. I følge Schei (2007) er de pedagogiske tradisjonene i medisnutdanningen en av grunnene til at disse kompetansene er svake. Reformene i høyere utdanning de siste tiårene har stilt økende formelle krav til de som arbeider med å utdanne profesjonsutøvere (Heggen and Smeby, 2012). Underviserne skal ha forskningserfaring, førstekompetanse og doktorgrader. I medisnutdanningen er det kun personer med forskerbakgrunn som kan få fast jobb som underviser for studenter (Schei, 2007). I tillegg har

medisinen en trang teoretisk forståelsesramme som underviserne må forholde seg til; Medisinen har vært mest opptatt av å studere sykdommenes kjennetegn og deres nære årsaksmekanismer, ikke underliggende årsaker til at noen mennesker rammes mer enn andre (Schei, 2007:47). Disse pedagogiske tradisjonene mener altså Schei (2007) at bidrar til en skjevfordeling av kunnskapselementene i undervisning av medisinstudenter. Ifølge Kutzsche (2012) trenger undervisende leger bedre pedagogisk kompetanse. I Norge mangler det et helhetlig pedagogisk utdanningsprogram som ivaretar alle sidene av studiene i medisin og andre helsefaglige utdanninger (Kutzsche, 2012). Dette er i tråd med mitt materiale, som viser til at studentene uttrykker ønske om bedre pedagogiske ferdigheter blant forelesere og veiledere.

5.2.4 Vekting av ulike typer undervisning

Flere av informantene skulle ønske at en del av tiden som blir brukt på teoretisk undervisning i dyptpløyende basal kunnskap i stedet kunne bli brukt på undervisning om hva som venter de første årene i arbeidslivet, som turnuslegeoppgaver og mindre høyspesialiserte ”overlegeoppgaver”:

Alt vi lærer er jo relatert til det som kan vente oss i yrkeslivet. Men jeg synes nok kanskje at det er litt lite fokus på det som kommer i den første delen av yrkeslivet. For det ville jeg sagt var det viktigste, det å kunne fungere godt som en turnuslege, hva som kreves for det, arbeidsmetodikk; hvordan man forholder seg til en akutt case som ikke kreves høyspesialisert behandling, men som krever de enkle tingene. Flyten i et akuttmottak på en måte. For det er der man kommer til å stå og klø seg i hodet og rive seg i håret. De første årene i hvert fall. Vi har jo undervisning i det og, men en del av undervisningen er sånn at en overlege underviser i hva *de* driver med, som kan være operasjonen på tarmen og sånne ting som vi ikke kommer til å se på mange år. Så jeg synes man burde vektet forelesningene i større grad ut fra hva som venter de første årene i arbeidslivet. For å gi en generell grunnpakke. Men det er klart; man må vite litt hva som foregår og hvilke muligheter man har på sykehuset, men det burde kanskje vektet litt mindre. (Kristian)

Der Kristian ønsker et større fokus på det som venter i begynnelsen av arbeidslivet ønsker andre at den teoretiske undervisningen i større grad har fokus på klinisk anvendelse av teorien. Frida begrunner ønsket om mer klinisk integrering i undervisningen på følgende måte:

Da jeg skulle velge studiested valgte jeg lærestedet som tradisjonelt har mest teori de første årene, fordi jeg ville ha mye teori i bunn før jeg møtte min første pasient. Men nå tror jeg at jeg ser viktigheten av å ha mer integrert undervisning underveis og å møte pasienter tidligere. Jeg innser viktigheten av det nå, fordi nå merker i hvert fall jeg at jeg har problemer med å koble sammen ting. Jeg klarer ikke å være i en situasjon og samtidig ta et skritt tilbake og se på situasjonen utenfra. Det er veldig forventet at du skal klare det med en gang da, i første praksisperiode.

Studentenes refleksjoner rundt vekting av teoretisk undervisning ser ut til å være i tråd med som annen forskning som argumenterer for at den viktigste faktoren for å bygge bro mellom teori og praksis er å i større grad forberede studentene på den kliniske virkeligheten de senere skal ut i (Norvoll, 2002). Studien til Prince m.fl. (2004) viser at nyutdannede turnuskandidater ofte kommer til kort når det gjelder praktiske og kliniske ferdigheter i praksis, og relaterer det til at den teoretiske undervisningen i for liten grad inkluderer et klinisk perspektiv. Også Benner m.fl. (2010) konkluderer med at studenter ved sykepleierutdanningene lærer best når lærerne gjør forsøk på å integrere klasserom og klinisk arbeid. Denne studien viser videre at det synes å være for svak kobling mellom klasserom og klinisk erfaring. Informantene viser noen av de samme utfordringene som denne litteraturen beskriver. De uttrykker i særlig et ønske om mer klinisk integrering i de ulike teoretiske fagene fordi de mener det vil gjøre det lettere for dem å koble sammen teori og praksis. Det påpekes at disse utfordringene til dels er tatt tak i de nye revisjonene som enten er implementert eller som implementeres i medisinerutdanningene i nær fremtid. De nye revisjonene tilsier at man i større grad vil forsøke å integrere mer klinisk praksis parallelt med den teoretiske opplæringen gjennom såkalt spirallæring.

5.2.5 Oppsummering

Dette avsnittet har vist hvordan informantene har reflektert rundt hvordan de opplever teoretisk kunnskap i utdanningen og hvordan erfarer teori i sammenheng med praksis. Analysen viser at den teoretiske kunnskap er høyt verdsatt av informantene og de påpeker at det som formidles av teori har en relevans for praksis. I tillegg verdsettes teoretisk kunnskap som en verdi i seg selv. Samtidig ønsker informantene at den teoretiske kunnskapen i større grad formidles med et klinisk perspektiv hvor relevansen for praksis kommer mer eksplisitt frem i den teoretiske undervisningen. Informantene opplever en skjevfordeling mellom kunnskapselementene og uttrykker at de teoretiske fagene burde vektlegges annerledes, primært i form av mindre undervisning i basal medisinsk kunnskap og større vektlegging av kunnskap knyttet til det som venter dem de første årene i yrkeslivet. I tillegg mener de at det er teoretiske emner som studentene opplever som relevant i praksis, men som de mener neglisjeres i den teoretiske undervisningen. Det handler blant annet om et ønske om et mer helhetlig fokus på forstå helse og sykdom i den teoretiske undervisningen fremfor å lære om organer som isolerte kunnskapselementer.

5.3 Refleksjoner rundt praktisk kunnskap og kompetanse i forhold til sammenheng med teori

I dette avsnittet endrer jeg perspektivet og vi skal se hvordan studentene reflekterer rundt praktisk kompetanse og kunnskap i forhold til sammenheng med teori. Selv om teorirefleksjonene til en viss grad kom inn på praksisinnhold reflekterte informantene også rundt andre momenter når vi snakket om sammenhengen med teori fra et praksisperspektiv.

Praktisk kompetanse er konstruert på grunnlag av områdene praktiske ferdigheter, evne til å arbeide under press og evne til å jobbe selvstendig (Heggen, 2010). Når medisinstudentene er i praksis er det primære målet at studentene skal få aktiv trening i legerollen. Studieplanene for praksisopplæringen beskriver at studenten skal lære å kunne anvende teoretisk kunnskap og knytte den til praktisk handling. Studentene skal lære å kunne samhandle med andre fagpersoner i helsetjenester om behandling av pasienter samt å kunne vurdere etiske dilemma i medisinsk virksomhet og kunne føre profesjonell kommunikasjon med pasientene. I praksis har studenten også rett på kontinuerlig veiledning som gir strukturert tilbakemelding på hans eller hennes faglige ferdigheter (Universitetet i Bergen, 2014) (Universitetet i Tromsø, 2014). Medisinstudentenes praksisopplæring er med andre ord kompleks og omfattende.

5.3.1 Generelle refleksjoner rundt praksis

Flere av informantene umiddelbart uttrykte entusiasme og glede rundt det å være i praksis. Da de skulle ut i praksis var det knyttet høye forventinger til det å skulle "ta på frakken" etter flere år hvor det primært hadde vært teoretisk undervisning. Silje forteller om sin første praksisopplevelse:

Det var veldig gøy da vi begynte i skikkelig sykehuspraksis. Det var liksom en ny verden. Å endelig kunne ta på seg frakken. Det var veldig positivt. Det synes jeg nesten hver gang vi har en praksisperiode at jeg synes det er gøy.

Elise kan også fortelle om positive opplevelser fra praksis, og uttrykker at det har vært svært lærerikt og interessant:

Praksis har vært kjempespennende og ekstremt lærerikt. Man føler at man har lært veldig mye mer i praksis enn ellers på studiet, men da har man jo et bakteppe fra det man har hatt, og det er jo den teorien man nå integrerer i et virkelig liv. Men det har vært supert, både det å komme seg litt ut og sånn ting, komme til en plass der de ikke er overlesset av studenter, der de er kjempeinteressert i å lære deg ting, å få være der litt over lengre tid, å bli kjent med folk på ordentlig og å få slippe til litt mer på ordentlig og få prøvd seg selvstendig. Vi fikk jo gjøre omtrent sånn som turnuslegene gjorde. Eller, vi jobbet som turnusleger, bare at vi hadde mindre ansvar selvfølgelig. Og så hadde vi mer oppfølging. Og så hadde vi ikke det samme... vi

måtte ikke, hehe. Man måtte bare møte opp hver dag, det var det eneste, så kunne vi gå når vi ville. Så lenge du gikk på morgenmøtet og gjorde det veileder ba deg om.

Som nevnt innledningsvis viser annen forskning at studenter ofte opplever et ”praksissjokk” når de kommer ut i praksis eller når det startet yrkeslivet etter endt utdanning. Særlig for lærerstudenter, sykepleiere og andre semi-profesjoner er dette vanlig (Hatlevik, 2011) (Heggen and Smeby, 2012), men studier som beskriver medisinstudenter tyder på at det er vanlig med et praksissjokk for dem (Prince m.fl., 2000). Imidlertid tyder mitt materiale på at informantene ikke opplever dette praksissjokket i samme grad som andre studier beskriver. For mine informanter synes overgangen til livet i praksis i stedet vært preget av nysgjerrighet til yrket og glede over å være tilstede i den arenaen hvor de skal utøve sitt fremtidige yrke og hvor de innser at den teoretiske kunnskapen de har tillært seg over flere år har en faktisk funksjon i forhold til senere yrkesliv:

Man blir enda mer engasjert når man er ute og ser hvordan ting faktisk er og skjønner hvorfor du må kunne ting. Man får en ny giv til å faktisk lære ting på ordentlig, ikke bare pugge det til eksamen.
(Ingrid)

For mange var den største forventningen knyttet til om praksis ville gi dem et svar på om de hadde valgt den utdanningen og yrkesretning som er viktig for dem. Flere gir uttrykk for at de tidlig i første praksisperiode fikk en følelse av og en bekreftelse på at de hadde gjort riktig studievalg. I tillegg kan uttrykk som ”å endelig ta på seg frakken” også være et uttrykk for at studentene nå endelig kan begynne å identifisere seg med det yrket de har valgt og å starte prosessen med å finne sin identitet i yrkesfeltet. Nettopp det kunne begynne å skape en identitet som leger syntes viktig for studentene. Det at studentene starter en identifiseringsprosess i praksis, får en bekreftelse på at valg av utdanning var riktig for dem og ser seg selv som fremtidige leger kan i seg selv tenkes å bidra til å legge et grunnlag å danne meningsfulle sammenhenger (Grimen, 2008). Imidlertid skal vi i en senere del av analysen se at ønsket om å finne *sin* legeidentitet synes å bidra til å skape en rollekonflikt mellom den legen informantene ønsker å bli og den legen som de opplever at utdanningen former dem til.

Selv om informantene synes å uttrykke umiddelbar positivitet og engasjement når de starter i praksis, noe som tyder på at deres opplevelse at det såkalte praksissjokket er svak, kom det likevel frem at det er ulike aspekter ved praksisopplæringen som informantene ønsker kunne

vært bedre og som til en viss grad virket hemmende i prosessen med å koble sammen teori og praksis til en meningsfylt sammenheng. Det kommer jeg tilbake til.

5.3.2 Hva er nytt i praksis?

Selv studentene synes å trives godt i praksis og at mange får en bekreftelse på at studievalget var riktig erkjenner informantene at de lærer mye nytt i praksis som ikke behandles i den teoretiske opplæringen. På grunn av den grunnleggende ulikheten mellom teori og praksis vil det være elementer ved praksisopplæringen som ikke har direkte sammenheng med noe studentene har lært i teorien og som dermed vil fremstå som noe helt nytt. Mye av det som er helt nytt i praksis gjelder praktiske prosedyrer. Selv om studentene sa de i forkant var forberedt på at mye av praksisopplæringen kom til å bli innlæring av praktiske prosedyrer synes det å ha vært en krevende og forvirrende prosess:

Det ble ofte veldig forvirrende, masse tekniske ting rundt omkring. Organisering. Det er veldig mye organisering, som hvordan er forløpet til en pasient inn i sykehuset, det lærer vi aldri om på studiet. Folk vet jo det de har sett i tv-serier, de kommer i akuttmottak og så er de på sengeposten, men når du plutselig skal organisere det så er det alle de tingene rundt. Når skal du bestille blodprøver, når skal du bestille røntgen, skal du snakke med bakvakten før du skal bestille blodprøve eller skal du etter- rekvirere eller skal du ditt skal du datt, har jeg lov å signere på kurva? Veldig mye praktiske ting som man måtte lære seg i starten, som gjorde at alt ble veldig forvirrende (Elise)

Tidligere forskning viser at turnusleger ofte kommer til kort når det gjelder praktiske prosedyrer og at det bidrar til å gjøre dem usikre i arbeidet (Prince m.fl., 2004). Denne forskningen argumenterer også for at det i større grad også bør være en formell opplæring i praktiske prosedyrer og ikke kun en "learning by doing"- tilnærming til denne delen av praksisopplæringen. Å vite litt å "flyten" i sykehuset på forhånd, slik Elise uttrykker det, er et ønske flere fremmer. Dette er trolig noe studentene vil tilegne seg mer kunnskap om etter en viss tid i praksisfeltet, men dersom studentene kom mer forberedt til dette i praksis ville de kunne frigjort mer tid til pasientkontakt og trening i det som studentene kaller diagnostisk tankegang. Det å lære seg diagnostisk tankegang er et annet element som informantene beskriver som nytt for dem i praksis og som krever mye arbeid å lære seg. Følgende utsagn fra Kristian beskriver en utfordring flere av informantene gir uttrykk for:

Men man lærer seg litt mer den tankemåten i praksis. Fra når pasienten kommer inn til du eventuelt stille en diagnose, så lærer du seg tankemåten. Sånn som i forelesningene, så blir det ofte sånn "Denne pasienten har diabetes". Men du får aldri tankegangen, hva legen tenker fra han får pasienten inn på kontoret til han stiller diagnosen. Det er veldig sånn "enhver idiot må jo skjønne at pasienten har

diabetes”. Men det er jo ikke alltid så åpenlyst. Så i teorien mangler man litt om hva legen tenkte fra han kom inn til han stilte diagnosen.

At tankegangen i møte med pasient og eventuell diagnostisering er nytt for studentene når de kommer ut i praksis kan trolig ses i sammenheng med at studentene etterlyser mer klinisk rettet teoretisk undervisning og situert læring. En innvending er at en slik type tankegang er en form for kompetanse som først og fremst læres i praksis og at det av den grunn ikke trenger å legges vekt på i teorien. Likevel etterlyser studentene undervisning om dette for å ha et grunnlag når de starter i praksis og kan bruke praksisen til å videreutvikle arbeidet med denne prosessen.

På samme måte som studentene tilegner seg den diagnostiske tankegangen først når de kommer seg i praksis, er praksisarenaen også et sted der studentene tilegner seg kunnskapen om ”spillereglene” på feltet. Flere av informantene syntes det var en interessant utfordring å skulle prøve å få tak i de uskrevne reglene og praksisene ved praksisstedet, men flere uttrykte også frustrasjon over at der hersket mye taus kunnskap som det var vanskelig å finne ut av:

Til å begynne med brukte jeg veldig mye energi på å finne ut av alle de uskrevne reglene og rutinene som føles på et sykehus men som ingen egentlig forteller oss om. Leger som har jobbet samme sted i 20 år tenker liksom ikke over hva de gjør i ulike situasjoner, men for meg som er helt ny står blir jeg ofte forvirret når det er forventet at jeg skal kunne en rutine som andre vet om ”fordi er bare er slik vi gjør det”, men uten at noen har sagt det til meg hvordan man gjør det. En gang må jo være den første! (Anja)

Bourdieu bruker begrepet *doxa* for å beskrive en slik taus og implisitt enighet om spillereglene på feltet (Aakvaag, 2008). Doxa kommer til uttrykk gjennom den implisitte forståelse aktørene i et felt deler om hva som er gjeldene retningslinjer eller kultur på et område. Doxa blir imidlertid i først utfordret når det kommer nykommere på feltet. Dermed vil studenter eller nyutdannede leger i utgangspunktet kunne tenkes å utfordre doxa når de ankommer feltet, særlig når de synes det er vanskelig å identifisere eksisterende doxa. I dette tilfellet prøver imidlertid studentene å finne ut av etablerte doxa fremfor å utfordre. Trolig kan det ses i sammenheng med at erfarne leger har mye kulturell kapital og av den grunn vil være vanskelig å utfordre det etablerte doxa.

Informantene påpekte også noen aspekter ved praksisopplæringen som ikke var forventet, men som viste seg å være overraskende sentrale elementer i hverdagen som lege. Elise forteller at da hun var i allmennpraksis var hun svært overrasket over hvor mange pasienter som var helt friske:

Det opplevdes som et slags praksissjokk på meg. Vi har jo bare lært om alvorlige sykdommer, så jeg trodde jo at alle som kom inn var veldig syke. I stedet var jo de aller fleste helt friske! Det skulle jeg ønske at jeg var litt forberedt på forhånd, noe jeg på ingen måte var.

I allmennpraksis vil trolig svært mange pasienter komme inn med bekymringer og symptomer som ikke er relatert til sykdom. For Elise ble allmennpraksis av den grunn svært annerledes enn forventningene hun hadde til praksisperioden. I tillegg var noen av informantene overrasket over hvor mye papirarbeid og fokus på økonomi det er i yrket. Ifølge Mats går svært mye av arbeidsdagen med arbeid som ikke er relatert til pasienter:

Jeg har lært mye om papirarbeid og at det går veldig mye tid til det i løpet av en arbeidsdag. Det jeg absolutt ikke hadde trodd jeg skulle lære var hvordan man koder pasienter utfra hva som feilte dem i riktig rekkefølge sånn at sykehuset tjener mest mulig penger, og hvor viktig det er.

Dette er sider ved legehverdagen som også annen litteratur påpeker. Gulbrandsen and Schei (2000) og Hjørleifsson (2000) argumenterer blant annet for at en konsekvens av at legene må bruke mye tid på arbeidsoppgaver som ikke er pasientrelaterte vil kunne gå ut over legenes evne til empati og medmenneskelighet.

5.3.3 Anvendelse av teori i praksis

Selv om studentene møter på mye nytt i praksis, som av naturlige årsaker ikke har vært behandlet i stor grad i den teoretiske undervisningen i forkant er et av de primære målene for medisinstudentenes praksisopplæring at de skal lære å kunne anvende teoretisk kunnskap og knytte den til praktisk handling. Samtidig viste teoridelen av anvendelse av teori ikke er ”svart –hvitt” og som oftest ikke dreier seg om direkte anvendelse av teori i praksis, men det er en mer kompleks prosess (Grimen, 2008). Dette er et poeng som kommer frem i informantenes refleksjoner. Informantene betegner i flere tilfeller det å skulle anvende teori i praksis med å ”henge ting på knagger” eller ”å få terrenget til å stemme overens med kartet”. Anja viser gjennom følgende refleksjon at det er å erfare at teori henger sammen med situasjoner i praksis bidrar til mestringsfølelse og positive læringsopplevelser:

Det som er artig er når du ser at terrenget stemme overens med kartet, at det du har lest får du til å stemme med pasienten også. Når vi for eksempel har hatt om symptomer på diabetes, og så kommer det inn en pasient med nettopp disse symptomene.

I Anjas tilfelle viser hun at forholdet mellom teori og praksis ikke nødvendigvis må være komplekst i alle tilfeller. I mange tilfeller vil den teoretiske kunnskapen også kunne ses i direkte sammenheng med praksissituasjoner, som Grimen (2008) påpeker er en grunnleggende modell for å forstå sammenhengen mellom teori og praksis. Silje reflekterer også hvordan hun oppfatter og erfarer anvendelse av teori i praksis:

Det er det som er det artigste, når man får knagger å henge ting på og får endelig sett det man har lest på. Så man lærer alt på nytt, bare på en ny måte.

Silje uttrykker også at hun klarer å se teoretisk kunnskap i sammenheng med praktiske oppgaver. I tillegg påpeker hun at når man er i praksis vil man "lære alt på nytt, bare på en ny måte". Det kan forstås som et uttrykk for det van Oers betegner som en vertikal rekontekstualisering av kunnskap; Silje bruker kunnskap fra utdanningskonteksten og rekontekstualiserer kunnskapen slik at den kan anvendes i praksiskonteksten. Når studentene opplever at de klarer å rekontekstualisere teoretisk kunnskap til praksis kunnskap selv om de to kunnskapsformene er grunnleggende ulike kan denne prosessen likevel bidra til at teori og praksis ses i en meningsfylt sammenheng.

Studenter kan trolig oppleve meningsfulle sammenhenger gjennom en tenkt eller erfart praktisk situasjon (Grimen, 2008). Av den grunn kan sammenhengen mellom teori og praksis i medisinerutdanningen forstås som praktiske synteser. Da materialet synes å vise at informantene i relativt stor grad opplever sammenheng mellom teori og praksis selv om de er klar over det komplekse forholdet, vil også informantene i denne sammenheng trolig ha dannet praktiske synteser og meningsfulle sammenhenger. Live gir et eksempel på en praktisk syntese:

Så jeg har ikke noe svar på det; hvordan man integrerer praksis i forhold til hvor mye teori man kan. Men så er spørsmålet; Skal man bare ha faglig eller teoretisk utbytte av praksisen, eller er det mer at man får et rammeverk, altså knagger å henge det på? For jeg merker selv at hvis jeg har sett en pasient med en diagnose, så husker jeg det mye bedre; jeg har en pasient å henge det på. Men det husker samtaler og bilder fra hverdagen mye bedre enn jeg husker teori. Så det er kanskje forskjellige måter å lære på. (Live)

Som Live her viser at det først når hun får ”knagger” å henge den teoretiske kunnskapen på at hun opplever at sammenhengen mellom teori og praksis er meningsfull. Når hun kan relatere den teoretiske kunnskapen til en pasient lærer hun ikke bare å anvende teori i praksis, men hun synes også å huske teorien bedre fordi hun ser teorien i relasjon til en pasient. Teorien gir med andre ord først mening for Live når den kan ses i relasjon til en praktisk situasjon. På denne måten ser vi at Live trolig opplever en meningsfulle sammenhenger fordi hun har dannet en praktisk syntese av ulike kunnskapselementer.

Informantenes erfaringer viser at de på noen områder opplever at den teoretiske kunnskapen kan ses i sammenheng med ulike praksissituasjoner. Sammenhenger ser de både på en ”klassisk” måte ved at de ser en direkte relevant av teoretisk kunnskap når de er i praksisfeltet og på en mer kompleks måte gjennom å danne praktiske synteser slik at de opplever meningsfulle sammenhenger mellom teori og praksis. Hva som får studentene til å oppleve sammenheng mellom teori og praksis avhenger med andre ord av kompleksiteten i praksissituasjonen. Samtidig er det heller ikke alltid at informantene opplever at ”terrenget stemmer overens med kartet”, gjennom opplevelser av at den teoretiske kunnskapen om sykdom og diagnoser ikke alltid stemmer overens med pasientenes symptomer og sykdomsbilde. Ingrids følgende utsagn er på ingen måte unikt i mitt materiale:

Teorien er jo ganske A4. Men i praksis må man bare innse at det ikke er helt A4, at dermatomene ikke går helt likt på alle og at refleksene kanskje kommer fra litt ulike nerverøtter, at det tross alt er individuelle forskjeller. (...) Det er ganske vanskelig å relatere det jeg har lest om pasienter til virkeligheten, for som regel så stemmer det ikke helt. Men det detter jo inn ting når man er med en pasient og de forteller et eller annet, at man kan skjønne at dette her, det er sånn og da må jeg gå videre sånn og sånn, fordi man en eller annen gang har lest det, uten at man husker en spesifikk ting.

Flere informanter gir uttrykk for at selv om de har pasientrelaterte ”caser” i undervisningen som skal bidra å gjøre det lettere å bruke teoretisk kunnskap i praksis er det sjelden at studentene opplever at pasientmøtene stemmer med ”casene” de har lært om tidligere.

For vi lærer veldig sånn om sykdommer, og bolker det bortover, mens en pasient kommer gjerne inn med smerter i magen og så må du tenke alle mulige differensialdiagnoser. Det er jo kanskje slik som virkeligheten er, men vi leser jo ikke sånn i det hele tatt.

Frida opplever at det er vanskelig å anvende teori i praksisfeltet, men har en litt annen begrunnelse enn at en pasient i virkeligheten oftest er svært annerledes enn en ”teoretisk” pasient:

Det er veldig sånn teori i begynnelsen, og i praksis skal du huske alt fra teorien og bruke det mest relevante av det og bruke det inn i praksis. Og den overgangen synes jeg har vært altfor brå. Jeg merker veldig forskjell på de som har jobbet mye i helsevesenet, som har jobbet mye på siden som pleiemedhjelpere og jobbet som ekstrahjelp her og der, de klarer den overgangen mye greiere. De forstår litt mer hva de skal se etter. For meg har det vært litt sånn to ulike hjernehalvdeler som har vært vanskelig å koble. For jeg har ikke jobbet så veldig mye i helsevesenet.

Frida begrunner det at hun synes det er utfordrende å anvende teori i praksisfeltet med at hun har lite erfaring fra helsevesenet fra før. Når medstudenter jobber i helsevesenet mener hun at de får en annen forståelse av hvordan teori og praksis henger sammen, selv om de ikke arbeider med legerelaterte oppgaver i disse jobbene. Når man har en relasjon til praksisfeltet fra tidligere kan det tenkes at det vil være lettere kunne rekontekstualisere teoretisk kunnskap fordi man har forkunnskap om den konteksten kunnskapen skal rekontekstualiseres.

Som vi ser strever informantene til dels med å få terrenget til å stemme med kartet. Det kobles særlig til at virkeligheten i praksis i realiteten er helt annerledes enn når studentene lærer om potensielle pasientmøter i teorien. Samtidig er informantene fortsatt tydelige på at teori er relevant for praksis, de mangler bare erfaring og praksis i å se teori i sammenheng med praksissituasjoner. Det at studentene ikke nødvendigvis klarer å koble praksissituasjoner direkte tilbake til teoretisk kunnskap er ikke nødvendigvis negativt i forhold til kvalifiseringsprosessen til å bli lege. Trolig er det å se teori i sammenheng med praksissituasjoner en treningssak som vil bedre seg jo mer erfaring studentene får. Informantene er fortsatt i en relativt tidlig fase i forhold til å det å utvikle en helhetlig yrkeskompetanse. Som Kvernbekk (2012) påpeker er ikke det å oppleve en slik form for gap nødvendigvis noe negativt. Det kan i stedet være en rom hvor studentene blir utfordret til utvikling av selvstendig tenkning og god klinisk refleksivitet, som på sikt vil bidra til å styrke opplevelsen av sammenheng mellom teori og praksis.

5.3.4 Betydningen av veiledning for utvikling i praksis

Jevnt over synes informantene å være fornøyd med praksisperiodene sine. De synes det er engasjerende og lærerikt og de ser ut til å oppleve praksisopplæringen som meningsfylt i

forhold til senere yrkesliv. Å se sammenhengen med teoretisk kunnskap når de er i praksis er ikke nødvendigvis en enkel prosess, men informantene danner til en viss grad praktiske synteser slik at de opplever sammenhengen mellom teori og praksis som meningsfull. Det er imidlertid én side ved praksis som flere av informantene påpeker som mangelfull når det kommer til å utvikle en forståelse for hvordan teori og praksis henger sammen. Informantene forteller viser at det er svake tradisjoner for å gi studentene god og systematisk veiledning når de er i praksis. I dette avsnittet forteller informantene om hvordan de har opplevd veiledningen i praksis, og jeg vil argumentere for at mangelfull veiledning i praksis kan være en begrensende faktor i forhold til prosessene med å danne meningsfulle sammenhenger mellom teori og praksis i utdanningen.

De formelle forskriftene for praksisopplæringen av medisinstudenter tilsier at de har krav på en fast veileder gjennom praksisperioden (Universitetet i Tromsø, 2011). Det er ingenting som i mitt datamateriale som tilsier at noen av informantene ikke har fått tildelt en fast veileder gjennom sine praksisperioder. Selv om de formelle krav til veiledning ser ut til å bli gitt tyder imidlertid materialet på at veiledningen ofte er lite systematisk og mangelfull. Informanten Mats har opplevd veiledning i praksis som et tilbud som står ved lag, men som ikke er prioritert eller systematisert inn i praksishverdagen:

Det har ikke vært noe systematisk veiledning og det er litt sånn "alle har en person de kan snakke med", en overordnet vi kan snakke med. Men det er mer sånn "send en mail hvis det er noe, still et spørsmål hvis det er noe".

Silje forteller om likende erfaringer fra sine praksisperioder:

Veiledningen er veldig mangelfull egentlig. Og det går igjen på den kontinuiteten. Det er ikke samme lege du ser hver gang. Og jeg tror de også da tenker litt sånn; det er ikke noe poeng, jeg ser ikke denne personen igjen.

Erfaringene Silje og Mats har gjort i praksis tilsier at selv om studentene har krav på veiledning i praksis blir de i liten grad systematisk fulgt opp av veileder. I situasjoner der veiledning fra overordnede leger er vært mangelfull har imidlertid flere av informantene fått nyttig hjelp og veiledning av fra sykepleiere, turnusleger og annet helsepersonell. Sykepleierne har særlig vært til god veiledning i opplæring av praktiske prosedyrer, mens turnuslegene har bidratt til å formidle noen av de tause spillereglene eller "doxa" som vi har

sett eksisterer ved sykehus og andre praksisarenaer. Imidlertid synes informantene å savne mer systematisk veiledning knyttet til pasientrelaterte legeoppgaver, og påpeker at de synes de erfarne legene er de beste veilederne innen dette.

Ifølge Elise kan en av grunnene til at veiledningen er lite systematisk være at det ikke alltid er tidsmessig tilrettelagt for grundig veiledning i praksis og at det dermed ikke er realistisk å få gjennomført:

Vi kunne godt hatt at man hadde en til en-samtale en gang i uken, der man tok opp ting man synes er vanskelig og fått snakket litt mer rundt de usikre tingene som man ikke helt skjønner. Det hadde nok vært fint, men da måtte du nesten hatt en person som ikke jobbet. Ellers er det helt urealistisk. (Elise)

I de sammenhengene informantene opplever at veiledningen har vært bra synes det ofte å være i forbindelse med praksisopphold på små sykehus eller allmennlegekontor. Frida opplevde god faglig oppfølging i distriktpraksis, og følgende sitat er representativt for flere av informantene som opplevde god oppfølging og veiledning ved mindre sykehus og allmenlegekontor:

Det var veldig bra i distriktpraksis, for da var det bare deg og det var veilederen som hadde bare deg som student. Så da fikk du en til en-oppfølging og det var veldig bra. I sykehuset er du litt mer én av mange, men likevel var jeg på et så lite sykehus sånn at de vet hvem du er.

Ved praksisplasser ved mindre sykehus eller allmennlegekontor vil lege og student mest sannsynlig se hverandre langt oftere enn ved store sykehus og studentene vil være langt mer synlig for veileder i det daglige. Dermed vil det kunne være lettere for både veileder å følge opp studentene og studentene vil sannsynligvis i større og hyppigere grad få tilgang til fagfolk til å kunne diskutere problemstillinger, fag og praksissituasjoner med.

Gode resultater i klinisk utdanning er relatert til god veiledning fra veilederne i praksisfeltet (Kutzsche, 2012). At veiledning er av positiv betydning for profesjonell utvikling er i det store og hele bekreftet av forskning (Rønnestad, 2008). Hetland (2012) mener at god veiledning i praksis som medisinstudent er helt avgjørende for læring i praksis. Hun påpeker også at veilederne har en viktig jobb i å forme studentene å bli gode fremtidige leger. Systematisk veiledning bør derfor være et sentralt element i medisnutdanningen for at å

stryke den opplevde sammenhengen mellom teori og praksis. Studenter i profesjonsutdanning vurderer selv god og systematisk veiledning som et viktig element for utvikling i praksis og som hjelp til å knytte bånd mellom teori og praksis (Löfmark m.fl., 2012). Studieplan for medisinstudiet i Norge slår fast at studentene skal få kontinuerlig veiledning hvor de gis strukturert tilbakemelding på sine faglige ferdigheter når de er i praksis (Universitetet i Tromsø, 2014). Imidlertid viser forskning at veiledning i profesjonsutdanning og videre spesialistutdanning i medisin ofte er tilfeldig og lite tilfredsstillende (Kutzsche, 2012). Mitt materiale synes også å vise at veiledning i praksis i mange tilfeller er nedprioritert og lite systematisk. Det kan ha negativ innvirkning hvorvidt studentene klarer å koble sammen teoretisk kunnskap med praktiske ferdigheter når de er i praksisfeltet.

Schön (2001) viser at veiledning er en viktig faktor for kunnskapsbygging og utvikling av refleksiv kompetanse. Han viser til eksempler fra forskjellige profesjoner for å belyse kunnskapsbygging gjennom veiledning og bruk av refleksjon i veiledning. Schön viser til en tenkt case i arkitektutdanningen. I casen beskrives studenten Petra som skal løse en formgivingsoppgave. Hun får veiledning av sjefsarkitekten Quists. Quists lærer ikke Petra eksplisitt hvordan hun skal løse oppgaven, men bruker ord og skisser når han veileder henne. Molander (1996) viser til eksempelet med Petra og Quist og beskriver hvordan det i denne prosessen skjer en kunnskapsbygging med dialogisk struktur. Petra og Quist samarbeider med mål om at Petra skal lære seg arbeidet selv gjennom å gjøre ting selv. Quist forteller ikke Petra hva hun skal gjøre, men reflekterer i stedet sammen med Petra over ulike tilnærminger og spørsmål knyttet til arbeidet. Dynamikken mellom Petra og Quist har Molander (1996:24) sammenfattet i følgende punkter; For det første *eksperimenterer* og prøver de seg fram. Videre er det en prosess som tar *lang tid*, med stadig nye forsøk på ulike ting. Petra lærer videre å være oppmerksom på hva både Quists og hun selv gjør. I tillegg veksler både veileder og student mellom innlevelse og distanse; de må først distansere seg fra sine opprinnelige forslag for deretter å leve seg inn i den andre forslag. Denne vekslingen gjelder også i forhold til ens eget forslag, mellom å styre arbeidet eller skissen, for deretter å åpne seg og la arbeidet tale for seg selv slik at det som ikke kan kontrolleres kan komme frem.

Schöns beskrivelse av Petra og Qvist er ikke en reell praksissituasjon. Eksempelet kan likevel gi nyttig kunnskap om betydningen av veiledning og refleksjon i praksisfeltet i medisinstudiet. For medisinstudentene vil både praksisveileder og lærer fra utdanningsinstitusjonen spille en viktig rolle for studentenes utvikling i praksis. God veiledning vil være av stor betydning for utvikling av både praktiske ferdigheter som lege, og for å utvikle gode refleksive ferdigheter for å kunne håndtere komplekse praksisferdigheter. Som Molander og Schön poengterer vi vil denne prosessen ta lang tid. Studenten må lære seg å bli oppmerksom, både i veiledningssituasjoner og i relasjoner med pasienter. Kvaliteten på veiledning i praksis kan av den grunn synes å være en faktor som kan ha innvirkning på studentenes opplevde sammenheng mellom teori og praksis. God og systematisk veiledning i praksis vil kunne bidra til at studentene i større grad ser sammenhenger mellom teoretisk kunnskap og praktiske yrkesoppgaver, fordi en god veileder kan hjelpe studentene til å utvikle den refleksive tenkningen rundt hvordan teori og praksis henger sammen og hvordan ulike praksissituasjoner kan håndteres. Dersom veiledningen i praksis er mangelfull eller lite systematisk kan det i lys av Schöns teori få innvirkning på studentenes utvikling i praksis og trolig kunne bidra til å svekke studentenes opplevelse av sammenheng mellom teori og praksis i utdanningen.

5.3.5 Oppsummering

I dette avsnittet har vi sett hvordan studentene reflekterer rundt praksis i utdanningen og hvordan praksis ses i sammenheng med teori. Lite tyder på at informantene opplever ”praksissjokk” når de møter det fremtidige yrkesfeltet, og materialet skiller seg dermed fra litteratur som viser at et praksissjokk er vanlig for studenter i ulike profesjonsutdanninger. I stedet forteller informantene om positive og spennende møter med sitt fremtidige yrkesfelt. Samtidig er det mye ny læring i praksisfeltet som ikke relateres tilbake til teori. Det knyttes blant annet til å finne ut av yrkesfeltets ”doxa” og utvikling av diagnostisk tankegang. Informantenes refleksjoner rundt anvendelse av teori i praksis viser at måten teori blir anvendt i praksis på avhenger av praksissituasjonens kompleksitet. I noen tilfeller anvender studentene teorien basert på den klassiske modellen for sammenheng mellom teori og praksis gjennom å anvende teori direkte i praksisfeltet. I andre tilfeller brukes teori på en mer kompleks måte hvor studentene blant annet rekontekstualiserer teoretisk kunnskap i praksisfeltet og danner praktiske synteser. Teori får dermed først verdi når den ses i relasjon til en praksissituasjon. Samtidig viser materialet at veiledningen i praksis ofte er mangelfull eller lite systematisk. I

lys av Schön teori kan mangelfull veiledning ha innvirkning på hvorvidt studenter klarer å danne praktiske synteser og dermed ha påvirkning på hvorvidt studentene klarer å se meningsfulle sammenhenger mellom teori og praksis.

5.4 Refleksjoner rundt relasjonell kunnskap og kompetanse

Heggen (2010) definerer relasjonell kompetanse som en tredje kompetanse i profesjoner som studentene tillegger seg. I utgangspunktet kunne refleksjoner rundt relasjonell kompetanse blitt belyst som en del av informantenes praksisrefleksjoner. Jeg har imidlertid valgt å inkludere informantenes refleksjoner rundt relasjonell kompetanse i en egen del av analysen fordi det kom tydelig til inntrykk at denne formen for kompetanse var ansett som svært viktig hos samtlige informanter. Analysen av deres refleksjoner viser at god relasjonell kompetanse er en viktig faktor for konstruksjon av meningsfulle sammenhenger mellom teori og praksis i utdanningen. Utvikling av relasjonell kompetanse syntes i tillegg å være en vesentlig del av informantenes konstruksjon av praktiske synteser for å oppleve meningsfulle sammenhenger.

Relasjonell kompetanse er ifølge Heggen (2010) konstruert ut fra områdene muntlig kommunikasjonsevne, toleranse, evne til å verdsette ulike synspunkter, etisk vurderingsevne og evne til innlevelse i andre menneskers situasjon. I medisinutdanningen er det tradisjonelt lagt liten vekt på opplæring i klinisk samtalekompetanse, men de siste årene har dette bildet endret seg (Schei m.fl., 2000). Viktigheten av at legene har god relasjonell kompetanse gjenspeiles også i pasientens perspektiv. Den hyppigste klage i helsetjenesten er mangel på kommunikasjon (Hjort, 2000). For pasienter i allmenntidmedisin er samspillet med legen like viktig som utfallet av konsultasjonen (Steine m.fl., 2000). I studieplanene for medisinutdanningene legges det blant annet vekt på at studentene skal kunne skape kontakt, trygghet og tillit i lege-pasient-forholdet (Universitetet i Bergen, 2014), kommunisere med pasienter og pårørende (Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 2014), vise empati, samt reflektere over egen innfølelse (Universitetet i Oslo, 2014). Studieplanen for medisinutdanningen i Tromsø definerer det primære læringsmålet for utdanningen som ”at en nyutdannet lege skal klare å skape relasjoner med pasienten for å kunne undersøke, analysere og delta i håndteringen av de komplekse forhold som forårsaker lidelse, gir behandlingsmuligheter og påvirker prognosen. Formuleringen av dette læringsmålet tilsier at

relasjonell kompetanse er vesentlig for- og må ligge til grunn for diagnostisering og behandling av sykdom.

5.4.1 Kommunikasjon som legekompertanse

Informantenes refleksjoner bekrefter viktigheten av god relasjonell kompetanse for å kunne meste legeyrket. Under intervjuene fikk informantene spørsmål om de kunne reflektere rundt hva de mener er det viktigste de lærer i utdanningen og hva de anser en leges viktigste kompetanse. Uten unntak svarte samtlige informanter at den viktigste formen for kompetanse en lege har er evnen til å kommunisere på en god måte og evnen til å være et godt medmenneske. Følgende utsagn fra Live er et eksempel på det flere av informantene ga uttrykk for da de snakket om legens viktigste kompetanse:

Du skal være god på teorien og du skal ha en faglig kunnskap som er god. Det mener jeg. Det er verktøyet du har. Men! Det hjelper ikke å være en god teoretiker hvis du ikke kan bruke det i praksis og hvis du ikke kan formidle det på en god måte. Det er mange som sier at medisin er at ”du må underholde pasienten til det går over.” Og da kommer alt an på kommunikasjonen tenker jeg. Du må kunne kommunisere med folk for å kunne gjøre det en lege gjør. Det blir et veldig idealistisk syn, men du skjønner hva jeg mener. Men jeg mener du må ha teorien i bakgrunnen, det er viktig for det er det du kan og du må kunne det for å stille en diagnose og kunne bestemme behandling og alt det der. Men det er også akkurat like viktig for en lege å kunne kommunisere og vise litt empati og at pasienten føler seg godt ivaretatt. Jeg tenker hvorfor er alternativ medisin så himla populært? Det er jo fordi de blir tatt alvorlig. (Live)

Som Live påpeker anser hun teoretisk og praktisk medisinsk kunnskap som nærmest uten verdi dersom man ikke har evne til å kommunisere godt med pasienten. Dette synet på kunnskap er i tråd med det primære læringsmålet som ligger til grunn for medisnutdanningen for det ene lærestedet, nemlig at en god relasjon med pasienten må ligge til grunn for å kunne diagnostisere og behandle sykdom. Elise legger også en medmenneskelig dimensjon til den relasjonelle kompetansen:

Den viktigste medisinske kompetansen må jo være å se hele mennesket og ikke bare alle organsystemene som utgjør mennesket. Og også kunne gjøre det fantastiske med å tre inn i situasjonen og være der som et empatisk medmenneske som hører på hva du sier og til en viss grad klarer å skjønne det du sier. Og samtidig, uten at du fjerner deg fra mennesket, tre tilbake og nettopp finne ut hva dette kan være og ha et nøkternt forhold til det. Men samtidig at det ikke går på bekostning av det du virkelig er der da. Det sceneskiftet der tror jeg tar veldig mange år å få til på en god måte.

Kommunikasjon og relasjonsbygging må altså foregå i en relasjon til faglig kunnskap. De er begge kompetanseformer som synes gjensidig avhengige av hverandre for å kunne utøve

legeyrket. Biomedisinsk kunnskap og relasjonell kompetanse er som Grimen (2008) påpeker ikke knyttet sammen av en helhetlig teori i medisinfaget, men knyttet sammen i praksis nettopp fordi god kommunikasjon med pasientene kan bidra til at viktig informasjon for diagnostiseringen kommer fram, i tillegg til å forberede og motivere pasientene for behandling. Av den grunn må Live og Elise trolig erfare at de har evne til å kommunisere godt og kunne skape gode relasjoner med pasienter for at de skal danne praktiske synteser og dermed oppleve at utdanningen og legeyrket består av en meningsfull helhet og sammenheng. Dette er i tråd med Schei m.fl. (2000) som argumenterer for at god mellommenneskelig kommunikasjon ikke bare kommer pasienter til gode, men også er en styrke for legen fordi det får legen til å føle seg vel og funksjonsdyktig i sin profesjonelle væremåte.

5.4.2 Hvordan læres relasjonell kompetanse?

Selv om relasjonell kompetanse tillegges stor viktighet for mestring av legeyrket er ikke informantene entydige på hvorvidt relasjonell kompetanse kan læres gjennom undervisning eller om det er noe ”en har i seg”. Silje mener at relasjonell kompetanse ikke er noe som kan læres i teorien, men som må utvikles gradvis gjennom nettopp relasjonsbygging i praksis:

Og det å sitte å lese om pasientkontakt, hallo, gå nå heller på sykehuset og snakk med noen! Ja, det mener jeg. Du kan lære deg undersøkelsesteknikker, det verktøyet du trenger for å finne en diagnose. Men du kan ikke lære i teorien hvordan du møter pasienten.

Kristian er av en annen oppfatning enn Silje. Han mener at til tross for at noen ”bare har det i seg”, bør undervisningen også ha mye fokus på kommunikasjon for å bevisstgjøre dem viktigheten av god kommunikasjon med pasienter og internalisere kommunikasjonsteknikker som de kan dra god nytte av i møte med pasienter i praksis. Når man bygger en god relasjon med pasienten vil man lettere kunne forstå pasientens symptomer og eventuelle sykdomsbilde. Kristian mener av den grunn at man i større grad klarer å forstå sammenhenger mellom teori og praksis dersom man er bevisst på kommunikasjonen og på viktigheten av å bygge relasjoner med pasienter. Kristians syn på utvikling av relasjonell kompetanse er i tråd med Schei m.fl. (2000) som har utviklet et konkret undervisningsopplegg knyttet til klinisk kommunikasjon. Schei påpeker at det er vist at misnøye og vantrivsel hos pasienter kan knyttes direkte til kvaliteten på relasjonen til leger og helsepersonell. Av den grunn bør studenter trenes i mellommenneskelig kommunikasjon også gjennom undervisning i utdanningen. For å lære seg å bygge en god relasjon med pasienter mener Schei at studentene

trenger begreper og struktur til det som foregår når pasient møter lege og at de dermed trenger det strukturert undervisningsopplegg i klinisk kommunikasjon. Undervisning i kommunikasjon er noe informantene påpeker at det er noe fokus på i undervisningen deres. Imidlertid synes de fleste at omfanget av kommunikasjonstrening er for lite og mener at noe av den høyspesialiserte undervisningen burde vike til fordel for mer fokus på klinisk kommunikasjon og den humanistiske dimensjonen av legerollen.

Heggen (2010) viser at det i semi-profesjoner som sykepleier- og lærerprofesjonen på mange områder er god sammenheng mellom teoretisk og praktisk kompetanse, men at det synes å eksistere et gap mellom teoretisk kompetanse og relasjonell kompetanse. Mitt materiale synes derimot å tyde på at det er god sammenheng mellom teoretisk og relasjonell kompetanse i medisnutdanningen fordi informantene opplever at de i større grad mestrer å anvende teoretisk kunnskap i praksis dersom de klarer å bygge en god relasjon med pasienten. Dette oppnår informantene trolig fordi de synes å være er bevisst viktigheten av relasjonell kompetanse og synes å verdsette undervisning knyttet til klinisk kommunikasjon. I lys av dette ser det ut til at informantene tillegger god relasjonell kompetanse som viktig faktor for å oppleve meningsfulle sammenhenger mellom teori og praksis i utdanningen. Når studentene derimot ikke opplever at de ikke er gjort rustet gjennom utdanningen til å kommunisere godt med pasienter kan det oppleves som et gap mellom teori og praktisk kompetanse i form av manglende kommunikasjonskompetanse.

5.4.3 Oppsummering

Informantene anser relasjonell kompetanse som svært viktig for å mestre legeyrket. Teoretisk og praktisk medisinsk kunnskap oppleves av noen informanter som nærmest uten verdi dersom man ikke har evne til å kommunisere godt med pasienten. Deres refleksjoner viser at gode kommunikasjonsevner og evne til å skape gode relasjoner med pasienter trolig er viktige faktorer for kunne danne praktiske synteser og oppleve meningsfulle sammenhenger mellom teori og praksis i utdanningen.

Innenfor rammene av Heggens kompetansebegrep har vi sett hvordan informantene reflekterer rundt teoretisk, praksis og relasjonell kompetanse og hvordan informantene ser

kompetanseformene i sammenheng med hverandre. Imidlertid foreligger det refleksjoner i det empiriske materialet knyttet til teori og praksis som ikke dekkes av de rammene jeg satte for første del av analysen. Det vil si at Heggens kompetansebegrep ikke gir tilstrekkelig grunnlag for å forstå alle refleksjoner som kan knyttes opp mot problemstillingen. Dette kommer jeg inn på i neste del av analysen.

6 Refleksjonens og identitetens betydning i feltet mellom teori og praksis

I denne delen av analysen tar vi et steg videre fra refleksjonene som har kommet frem innenfor rammene av Heggens kompetansebegrep. Basert på materialet vil jeg argumentere for at også *refleksiv* kompetanse er viktig for at studenter skal oppleve meningsfulle sammenhenger gjennom praktiske synteser, og at Schöns begrep om ”refleksjon i handling” dermed blir relevant for å forstå informantenes beskrivelser. At yrkesutøveren må ha evnen til refleksjon over yrkesfeltets yrkesgrunnlag og egen praksis kommer også frem i annen litteratur (Eraut, 2010, Freidson, 2001, Hatlevik, 2011). Materialet viser at utvikling av denne formen for kompetanse tillegges liten vekt i medisinstudiet. I tillegg vil jeg argumentere for at prosessen med å utvikle en *profesjonell identitet* har innvirkning på studentenes opplevelse av sammenheng mellom utdanning og yrke. Bergs legetypologi (1987) og Erauts begreper personlig og kulturell kunnskap brukes for å tolke informantenes refleksjoner.

6.1 Refleksjonens betydning i feltet mellom teori og praksis

Jeg innleder avsnittet med å presentere en informantfortelling om bruk av refleksjon i handling i en praksissituasjon.

6.1.1 Refleksjon i handling – et eksempel fra praksis

Elise forteller en historie fra hennes allmennpraksis. En 16 år gammel gutt kom inn med smerter i benet. Gutten hadde vært hos Elise to ganger tidligere, i tillegg til konsultasjoner hos andre leger ved legesenteret. Hver gang hadde han hatt smerte og plager i ulike deler av kroppen; hofter, rygg, bryst og denne gangen beina. Han hadde fått ulike somatiske diagnoser, behandlinger og medisiner. Elise forteller:

EKSEMPEL SLETTET

Ifølge Schön (2001:148) skjer det en ”designprosess” av kunstnerisk natur når en profesjonell velger å ta fatt på nye og unike problemer som ikke passer inn i kjente kategorier. Schön bruker begrepet ”professional artistry” om denne prosessen. Når vitenskapsbaserte praktikere forsøker å finne ut av problemets videre kontekst, hvor kun enkeltdeler faktisk er under praktikerens kontroll, så blir praktikerer nødt til å konstruere et løsbart problem ut fra en problematisk situasjon. Praktikerer vil i første omgang reflektere-i-handling i forhold til de fenomenene som er nye for ham, selv om de faller innenfor grensene for teknisk praksis. I andre omgang vil han gjøre en refleksjon-i-handling i forhold til en større situasjon som kolliderer med hans aktivitet, selv om den faller utenfor det som normalt oppfattes som grensene for hans profesjon (Schön, 2001:148). I dette situasjonen ser vi at Elise gjør nettopp dette. Uten bruk av refleksjon i handlingssituasjonen hadde pasienten ikke Elise klart å identifisere pasientens egentlige problem. Elise setter her sammen flere ulike elementer av kunnskapsbasen sin. I første omgang reflekterer hun rundt guttens symptomer, som i utgangspunktet er uvanlige for en gutt på 16 år. Hun forstår at hun ikke kan anvende standardisert teoretisk kunnskap knyttet til symptomene hans. Deretter reflekterer hun rundt sin egen læringskontekst og benytter kunnskap fra en tidligere forelesning hun husker. Denne kunnskapen benytter hun som utgangspunkt for å prøve å tolke symptomene på en annen måte. På bakgrunn av det kommer hun frem til at angst kan være en mulig forklaring på smertene. Med utgangspunkt i en annerledes tolkning av symptomene hans reflekterer hun videre, denne gang med utgangspunkt i guttens sosiale kontekst. Er det noe i hans sosiale kontekst som kan forårsake eventuell angst? For å finne frem til dette ser vi videre at Elise er helt avhengig av tillit og god kommunikasjon med pasienten.

Denne situasjonen viser for det første at man som lege er helt avhengig av å ulike former for kunnskap for å håndtere situasjonen. Både evidensbasert biomedisinsk teori, erfaring og kommunikasjon er kunnskap og kompetanse som anvendes i samme situasjon. Videre klarer Elise å komme til bunns i hva som egentlig plager gutten gjennom refleksjon i handling. Forhåpentligvis førte dette til at gutten fikk riktig behandling for riktig diagnose. Imidlertid har ikke denne situasjonen kun positive konsekvenser for pasienten, men også for studenten. Gjennom bruk av refleksjon i handling sitter Elise igjen med et stort læringsutbytte og en erfaring hun kommer til å ha bruk for i videre praksis og senere yrkesliv. Elise viste også uttrykk for økt mestringfølelse som følge av at hun klarte å håndtere en unik og kompleks

praksissituasjon på en god måte. I tillegg klarte hun å se verdien av bruken av ulike kunnskaper som ikke nødvendigvis ha en logisk sammenheng i utgangspunktet, men som på bakgrunn av praksissituasjonens karakter utgjør en meningsfull sammenheng og helhet. Elise opplever med andre ord meningsfulle sammenhenger i utdanningen på bakgrunn av at hun har dannet en praktiske syntese av den kunnskapsbasen hun har tilegnet seg. På bakgrunn at dette vil Elise trolig oppleve en sterkere sammenheng mellom teori og praksis i utdanningen enn de som ikke har erfart og håndtert en slik kompleks situasjon med bruk av refleksjon i handling.

6.1.2 Å utdanne reflekterte profesjonsutøvere

Situasjoner medisinstudentene møter i praksis krever altså en reflektert tilnærming fordi pasientsituasjonene kan være komplekse. Sammensatte kunnskaper er en forutsetning fordi en på forhånd ikke kan si hva som kommer til å skje. Schön (2001) påpeker at det kreves en reflekterende problembevissthet i komplekse praksissituasjoner. Her strekker ikke vanetenkningen, eller ”viten-i-handling” til for å løse pasientens problem. Viktigheten av refleksivitet som en viktig kompetanse i praksissituasjoner kommer også tydelig frem i annen empirisk forskning (Hatlevik, 2011) (Kvernbekk, 2012). Som vi så i praksissituasjonen til informanten Elise måtte hun måtte jobbe refleksivt i situasjonen og anvende sammensatte kunnskaper for å løse pasientens problem på en kompetent måte. Utvikling av studentenes refleksive kompetanse i løpet av utdanningen kan være en viktig faktor for å styrke sammenhengen mellom teori og praksis. Imidlertid synes mitt materiale å vise at utdanningen i liten grad ønsker å bevisstgjøre viktigheten av refleksiv tankegang både i forhold til bruk i komplekse praksissituasjoner og refleksjon knyttet til den teoretiske kunnskapen. Flere av informantene opplever i liten grad å bli oppfordret til kritisk tenkning og refleksjon rundt den teoretiske kunnskapen de tilegner seg:

I liten grad stimuleres vi til det. I så fall skjer det i meget bestemte rammer, der de kan slå ned hvis det kommer utenfor deres egen oppsatte ramme. Jeg synes det er altfor liten kritisk tenkning og refleksjon i medisin. (Ingrid)

Live har en liknende oppfatning som Ingrid:

Det føler jeg overhodet ikke. Jeg føler vi er grå ansikter som bare sitter er mottar informasjon, og hvis vi er heldige så lærer vi 20% av det. Jeg synes ikke de lærer oss opp til å bli kritiske og reflekterende mennesker. Jeg føler at det er veldig opp til deg selv. (...) Du blir sugd inn i en bestemt tankegang, og du skal stå på eksamen.

Dette vitner om en undervisningsform som i liten grad bevisstgjør studentene på refleksjon som et verktøy for å oppleve sammenheng mellom teori og praksis. Anja synes i utgangspunktet å ha et litt annet syn enn mange av de andre informantene. Hun mener at studentene blir til en viss grad blir oppfordret til i det minste å resonnerer og tenke rundt den kunnskapen de har tilegnet seg. Dersom studentene bevisstgjøres på resonnering vil komplekse praksissituasjoner lettere mestres. Samtidig synes Anja å koble begrepet refleksjon og kritisk tenkning mest i forhold til det å stille seg kritisk til evidensbasert forskning. Å lese og vurdere vitenskapelig forskning med et kritisk blikk er naturligvis viktig, og det er positivt at Anja er bevisst dette. Samtidig virker det ikke som at hun har tenkt over refleksjonens betydning i praksisfeltet. Kristian kobler automatisk begrepet refleksjon til kritisk tenkning i forbindelse med forskning. Han snakker primært om signifikansnivå og evidensbasert bruk av medisin i forbindelse med disse begrepene:

Vi har hatt et sånn epidemiologikurs, på andre studieår, der vi lærte om statistikk og epidemiologi og sånne ting. (...) Og det med signifikans er jo noe man sier at, det er lett å svelge det som at da *er* det. Hvis det ikke er signifikant, så er det ikke. Selv om det kan skille en promille på de to, så sier man ved den ene tilstanden at noe er sant, og ikke sant ved den andre.

I den grad studentene blir oppfordret til kritisk tenkning og refleksjon synes det å være i form av å forholde seg kritisk til evidensbasert forskning og ikke i som et verktøy i komplekse praksissituasjoner. Imidlertid synes informantene å oppleve dette som kun en formell oppfordring, men at det i praksis er lite rom for diskusjon av teoretisk kunnskap i utdanningen. Når det i liten grad stimuleres til kritisk tankegang og refleksjon ”på skolebenken” kan det tenkes at studentene heller ikke stimuleres til å tenke kritisk og reflektert i praksissituasjoner i yrkesfeltet. De bevisstgjøres ikke refleksjon som et verktøy for mestring av praksissituasjoner. Dette kan naturligvis diskuteres i forhold til at refleksiv kompetanse er en form for taus kunnskap som ikke kan verbaliseres (Polanyi, 1962). Det kan dermed være vanskelig for utdanningsinstitusjonene å gi studentene konkret og anvendbar undervisning i det å være en refleksiv yrkesutøver. Likevel kan det gå an å i større grad bevisstgjøre studentene av viktigheten av refleksivitet før det skal ut i praksis og senere yrkesliv. Dersom studentene i større grad er bevisst de komplekse situasjonene de ofte kommer til å komme ut for og videre er bevisst noen refleksive verktøy som kan brukes i

disse situasjonene kan det bidra til at de raskere utvikler en evne til å takle slike situasjoner. Når konkrete situasjoner vurderes gjennom refleksjon aktualiseres både teoretiske og praktiske kunnskaper. Refleksjon vil derfor være et viktig verktøy for studentene for å skape sammenheng mellom teori og praksis i utdanningen.

6.1.3 Oppsummering

Med utgangspunkt i en praksisfortelling fra informanten Elise har vi i dette avsnittet sett at refleksjon i handling er viktig for å håndtere en kompleks og unik situasjon hvor ulike elementer av kunnskapsbasen må benyttes. Når refleksjon benyttes som et verktøy i møte med pasienten vil studentene trolig lettere erfare meningsfulle sammenhenger mellom teori og praksis. Imidlertid viser materialet at utdanningen i liten grad bevisstgjør studentene nytten av refleksjon i handling og kritisk tankegang.

6.2 Utvikling av en enhetlig profesjonell identitet

I denne avsnittet går jeg litt vekk fra den strukturelle rammen for analysen som er knyttet til former for kompetanse. I materialet kom det frem at prosessen med å utvikle profesjonell identitet har innvirkning på hvordan studentene erfarer sammenhengen mellom utdanning og yrke. Informantenes refleksjoner rundt dette tas med i analysen fordi de belyser problemstillingen på en annen måte enn de foregående avsnittene.

6.2.1 Studentenes legeideal

Når medisinstudenter starter sin kvalifiseringsprosess mot legerket vil de trolig starte med en visjon eller oppfatning av hvordan og hvem de vil være som profesjonelle yrkesutøvere, det vi kan kalle deres *profesjonelle identitet* (Heggen, 2010). Dersom innholdet i undervisningen ved universitetet og de profesjonelle de møter i utdanningen samsvarer med den visjonen studentene har om deres fremtidige yrkesrolle kan det bidra til å skape motivasjon og engasjement for yrkeskvalifiseringen. Det vil også kunne bidra til å skape en god relasjon mellom innholdet på utdanningen og fremtidig yrkesrolle (Heggen, 2010). Flere av informantene var tydelig opptatt av legerollen de skal inn i og hva som kan bidra til å gjøre dem til ”den gode” eller ”den dyktige” legen. Som vi så tidligere i analysen anså informantene gode evner til kommunikasjon og relasjonell kompetanse som svært viktig for yrkesutøvelsen. Flere uttrykte at deres legeideal var å ha evne til å kombinere medmenneskelighet, empati og gode kommunikasjonsevner med god faglig kompetanse, og at det var en disse egenskapene

de selv strebet etter å fylle sin fremtidige legerolle med. Informantenes refleksjoner tyder imidlertid på at det eksisterer et skjevforhold mellom den visjonen informantene har om hvordan de vil forme sin profesjonelle identitet og den legerollen som studentene opplever at utdanningen former dem til. Før vi går nærmere inn på informantenes refleksjoner rundt utvikling av profesjonell identitet skal vi først gå litt tilbake til medisinfagets historie og kultur.

6.2.2 De to kulturer i medisinen og Bergs legetypologi

Medisinfaget tilhører historisk sett både naturvitenskapelig og humanistisk fagkultur, selv om det faglige tyngdepunktet ligger det det naturvitenskapelig plan (Nylenna, 2000). Ifølge Nylenna har imidlertid de to fagkulturene de senere årene skilt lag og utviklet et spenningsforhold til hverandre. ”Vi blir stadig flinkere til å behandle sykdommer og stadig dårligere til å behandle syke mennesker” skriver Hjort (2000). I dette utsagnet ligger det en advarsel om at kløften mellom den humanistiske og naturvitenskapelige fagkulturen stadig blir større. Nylenna (2000) beskriver videre at dagens leger primært oppfatter seg som naturvitere og at moderne medisin har lite rom for humanistiske tradisjoner. Andre argumenterer for at medisinutdanningen er systematiske utdanning av ”kroppsingeniører” (Holte and Høye, 2000).

Berg (1987) har en liknende oppfattelse av legers fagtilhørighet. Han knytter skillet mellom de to kulturer i medisinen opp mot en typologi for legeatferd. Bergs legetypologi er noe ”gammel”, men hans beskrivelser av legeatferd har likhetstrekk med informantenes fortellinger og jeg anser Bergs betraktninger som relevante i denne sammenheng. Berg tar utgangspunkt i et skille mellom *personlig* og *upersonlig* medisin. I begrepet upersonlig medisin ligger det en tingliggjøring av pasienter; pasientene blir betraktet som maskiner og blir objekter for eksperimentering. I personlig medisin ligger det en mer humanistisk pasientorientering til grunn. Berg tar utgangspunkt i to dimensjoner i sin legetypologi (1987:75). Den ene dimensjonen refererer til legens grad av *dekomponering* av pasienten og pasientens miljø. Det vil si at legen ser på pasient og miljø som en rekke interagerende størrelser eller variabler. Jo mer pasient og miljø omgjøres til slike distinkte variabler jo større grad av dekomponering. Høy grad av dekomponering er således preget av at legen har en svært avgrenset problemorientering og kalkulert planlegging. Pasienten og miljøet ses ikke

som en helhet. Hvis legen derimot i liten grad dekomponerer pasient og miljø ser han eller hun på disse som bestående av få, grove og diffuse variabler. Pasienten, og til dels pasientens miljø, forstås nærmest som en ikke oppdelbar helhet. Legeatferden blir i dette tilfellet lite kalkulerende og strategisk preget. Jo mer legen dekomponerer pasient og miljø, jo mer upersonlig blir han eller hun. Jo mindre legen gjør det, jo mer personlig blir han eller hun. Den andre dimensjonen henviser til bredden i legens pasientorientering. Bredden i legens orientering mot pasient og miljø kan variere fra det svært omfattende til det meget begrensede. En lege med en vid pasientorientering vil være opptatt av pasienten og pasientens kontekst. En legen med en snever pasientorientering vil konsentrere seg om en liten del av pasienten, for eksempel et bestemt organ. Denne legen vil stort sett neglisjere pasientens kontekst. Den vide orienteringen kan karakteriseres som den personlige verdi, mens den snevre som den upersonlige verdi på denne dimensjonen. Hvis dekomponering og pasientorientering gis to verdier hver, og videre kombinerer dem, får vi fire former for personlig eller upersonlig legeatferd (Berg, 1987). En personlig legeatferd vil da være preget av lav dekomponering og stor pasientorientering eller oppmerksomhetsbredde. En upersonlig legeatferd vil således preges av høy dekomponering og lav pasientorientering. De to formene for legeatferd som vi får når personlige og upersonlige verdier kalles Berg for semi-personlige. Bergs legetypologi kan dermed klassifiseres på følgende måte:

		Oppmerksomhetsbredde	
		Stor	Liten
Dekomponeringsgrad	Lav	1 Personlig	2 Semi-personlig
	Høy	3 Semi-personlig	Upersonlig

6.2.3 Et skjevforhold mellom den personlige og faglige legen

At ”de to kulturer” til en viss grad eksisterer i det medisinske fagfeltet på den måten Snow beskrev det i 1959 viser seg igjen i informantenes fortellinger. Informanten Ingrid identifiserer de to kulturer på denne måten:

Det viktigste som lege er jo å bli et menneske som kan være der for andre mennesker . Eller sagt på en annen måte, at det ikke lenger blir en konkurranse mellom den faglig dyktige og den menneskelige legen. Per nå er det en konkurranse. Det virker som at du kan ikke være det ene eller det andre.

I denne sammenheng tolker jeg den ”faglig dyktige” legen som den naturvitenskapelig legen og den ”menneskelige” legen som en lege med humanistiske verdier. Ingrid viser dette eksempelet at disse to fagtradisjonene står i et spenningsforhold hvor Ingrid oppfatter det som at det ene utelukker det andre. Dette er i tråd med det Snow mente den medisinske fagkulturen var preget av allerede i 1959. Dette spenningsforholdet oppfatter Ingrid som problematisk. Hun har et ønske om å utvikle seg til å bli både den naturvitenskapelige legen og den menneskelige legen, men hun opplever at utdanningen ikke legger til rette for at studentene skal bli ”menneskeleger”. Helle opplever også denne kløften, og erfarer at det ikke legges til rette for å være det Berg kaller den personlige legen og at det heller ikke legges til rette for refleksjoner rundt studentenes fremtidige legerolle:

Jeg skulle ønske vi lærte mer av det å bli bevisst legerollen og alt det kan være. At vi ikke bare lærer å bli den faglige, kalde flinkisen. Vi burde lære at det er rom for det menneskelige og at det ikke er en svakhet å vise menneskelige følelser.

Når det gjelder Bergs legetypologi synes det også å eksistere et slags misforhold mellom den legetypen elevene utdanner seg til å bli og den de selv skulle ønske at det var lagt vekt på i utdanningen.

(...)Du lærer veldig å tenke i bokser, da. Det gjør det veldig vanskelig å koble sammen boksene etterpå. (Ingrid)

Dette utsagnet tyder på at den legetypen studentene lærer å bli er en lege preget av høy dekomponering og lav pasientorientering. I tillegg antyder Ingrid at når hun opplever at hun kun lærer å tenke ”i bokser”, som jeg tolker som et uttrykk for høy dekomponering, gjør det vanskelig å koble disse boksene etterpå. Tidligere i analysen viste jeg til det at studentene bruker praksisperioden til å ”koble sammen boksene”, altså å aktivt og refleksivt arbeide for å koble sammen teoretiske og praktisk kunnskap. Ingrid synes dermed å koble utvikling av det Berg kaller upersonlig legetatferd til en faktor som bidrar til å svekke hennes opplevde sammenheng mellom teori og praksis. Denne type læring, hvor boksene læres hver for seg

uten å ses i sammenheng eller i forhold til hverandre, synes Ingrid er en utfordring. Hun uttrykker videre et ønske om å lære om mennesket i en mer helhetlig kontekst.

I lys av disse utsagnene opplever trolig informantene at de utdannes til det Berg betegner som upersonlige leger. Det ser vi fordi det tyder på at studentene lærer en legeatferd som er preget av høy dekomponering og lav pasientorientering. Dette kan trolig ses i sammenheng mellom den kløften mellom de to kulturene i medisinen, hvor den naturvitenskapelige fagtradisjonen står sterkere i medisinen enn det den humanistiske fagtradisjonen for tiden gjør. Dette peker også Berg (1987) på i sin analyse; Det er primært faginnholdet og kunnskapsorganiseringen i medisinutdanningen som impliserer en bestemt legeatferd. Imidlertid ønsker informantene selv å være en mer personlig lege, men selvsagt med gode, medisinsk faglige kunnskaper i bunn. Slik jeg tolker det ønsker studentene å fremstå som det Berg betegner som semi-personlig, med bred pasientorientering, men ikke for høy dekomponering. Det som er interessant er at studentene er grunnleggende uenige i den utdanningens syn på legerollen og den visjonen om de selv har om sin fremtidige legerolle. De vil i utgangspunktet tilegne seg de holdninger og kunnskaper som formidles av utdanningsinstitusjonen (Eraut, 2009). De opplever dermed at utdanningen former dem til en annen type lege enn de selv ønsker å være og erfarer dette som problematisk.

At kommunikasjon og medmenneskelighet er egenskaper informantene anser for de viktigste en lege innehar, betyr ikke nødvendigvis at det er faktorer som forklarer best hva som er kreves for å være en dyktig lege. Det er dem som legger rammer for utdanningen som burde ha størst forutsetninger for det. Problemet ligger i at studentene synes å ha en annen oppfatning om hva som gjør dem til gode leger enn det utdanningen faktisk lærer dem. Det kan bidra at studentene opplever det vanskelig å koble sammen den teoretiske og den praktiske kunnskapen i utdanningen. Dette kan utfordringen kan ses i lys av hvordan Eraut (2009) forstår hvordan kunnskap blir overført fra en kontekst til en annen. Eraut gjør en distinksjon mellom kulturell og personlig kunnskap. Kulturell kunnskap er sosialt situert av konteksten den befinner seg i. Personlig kunnskap er i denne sammenheng den kunnskapen man tar med seg fra andre sosiale kontekster og inn i utdanningskonteksten. Personlig kunnskap vil også kunne ha innvirkning på hvordan man tolker den teoretiske kunnskapen man lærer seg i utdanningen. Studentene som skal utdanne seg til å bli leger har altså en

visjon om hvilken type lege de ønsker å bli, primært basert på den personlige kunnskapen de tar med seg inn i utdanningen. Når studentene skal forme sin personlige identitet vil de både bruke sin kulturelle og personlige kunnskap i prosessen. Slik jeg tolker det kommer studentenes visjoner for sin profesjonelle identitet i denne sammenheng i konflikt med hvordan den kulturelle kunnskapen i utdanningen former studentenes profesjonelle identitet. Når avstanden mellom den kulturelle kunnskapen om legerollen som formidles i utdanningen og den personlige kunnskapen og visjonen studentene har om sin profesjonelle identitet blir for stor kan det i lys begrepene til Eraut ses på som en faktor som kan bidra til å svekke den opplevde sammenhengen mellom teori og praksis i medisinstudiet. Å skape en utdanning hvor det ikke er for stort gap mellom kulturell og personlig kunnskap vil se ut til å være en faktor som kan gjøre at studentene i større grad opplever meningsfulle sammenhenger mellom utdanning og yrkesfelt.

6.2.4 Oppsummering

I dette avsnittet har vi sett på forholdet mellom teori og praksis i et annet lys enn resten av analysen. Vi har gått vekk fra kompetansebegrepet og sett på profesjonskvalifisering i form av utvikling av profesjonell identitet. Vi har sett at informantene opplever utvikling av profesjonell identitet som utfordrende fordi de opplever at utdanningen former inn i en legerolle som skiller seg fra de verdier og idealer studentene selv tillegger legerollen. I lys av begrepene til Eraut kan dette skillet ha innvirkning på studentenes opplevelse av sammenheng mellom utdanning og yrkesfeltet fordi studentenes personlige kunnskap kommer i konflikt med den kulturelle kunnskapen som formidles av utdanningsinstitusjonen.

7 Avsluttende refleksjoner

Avslutningsvis i analysen skal jeg forsøke å legge et brede refleksjonsgrunnlag for hvordan profesjonsutdanninger kan forstås. Jeg vil gå tilbake til noen av spørsmålene som ble knyttet til den profesjonssosiologiske debatten innledningsvis (Heggen, 2010). Spørsmålene dreide seg om hvordan man bør vektlegge ulike former for kunnskap i profesjoner, samt hvordan ulike kunnskapsformer kan fungere sammen på en fruktbar måte. Jeg vil reflektere rundt hvordan forholdet mellom teori og praksis kan forstås som en fruktbart skille.

7.1 Er ”gapet” nødvendigvis noe negativt?

Selv om problemstillingen i denne oppgaven fokuserer på *sammenhengen* mellom teori og praksis i medisindanningen ligger en implisitt forståelse av at forholdet mellom teori og praksis er et *problem* dersom sammenhengen ikke er sterk nok. Datamaterialet mitt viser at det eksisterer et skille mellom teori og praksis som kan by på utfordringer for studentene i kvalifiseringsprosessen til å bli leger. Imidlertid viser materialet også at informantene i stor grad evner å se faglige og meningsfylte sammenhenger der sammenhengen ikke nødvendigvis er synlig ved første øyekast. Selv om den eksplisitte sammenhengen mellom den teoretiske kunnskapen og praksis yrkesutøvelse ikke alltid synes sterk for studentene betyr ikke det nødvendigvis at utdanningen ikke kvalifiserer studenter til å bli gode og dyktige leger i fremtiden. Kanskje heller tvert i mot? Må sammenhengen mellom teori og praksis være egentlig være sterkest mulig for at utdanningen skal være best mulig? Kan det være fruktbart å tenke på ”gapet” mellom teori og praksis som noe positiv som stimulerer til engasjement og refleksjon fremfor et problem? Når gapet mellom teori og praksis forstås som et problem vil man gjerne forsøke å bygge bro (Kvernbekk, 2011). Dette synet er utgangspunktet for den teoretiske forståelsen som ligger til grunn i denne oppgaven. Både Schöns og Grimens teorier og begreper synes å være forankret i et syn på forholdet mellom teori og praksis som et problem og at gapet kan tettes ved bruk av deres begreper. Min tolkning av datamaterialet dermed basert på et syn om at forholdet mellom teori og praksis er et forhold på må styrkes gjennom å minske gapet mellom dem så mye som mulig. Kvernbekk (2011) mener det er misvisende å betegne gapet mellom teori og praksis som et problem. Ifølge Kvernbekk bør gapet ikke alltid forsøke ”tettes” igjen, fordi både teori og praksis har sterke egenverdier i seg selv. Særlig legger Kvernbekk vekt på at teoretisk kunnskap har en sterk egenverdi. Man trenger teori som ikke bare har som formål å kunne omsettes i praksis. Man trenger også teori som bidrar med rene beskrivelser av hva som skjer og hvorfor det skjer. Når teorien får rom

til å utvikles i sin rene form vil det ifølge Kvernbekk stimulere til refleksjon rundt teorien. Teori som ikke alltid behøver å legitimere seg i praksis, men i stedet opprettholder en distanse til praksis, gjør at teorien kan fungere som et kritisk redskap og verktøy for refleksjon. Når et gap mellom teori og praksis fungerer som et rom for refleksjon og kritisk tenkning kan man det kanskje være fruktbart å tenke på gapet mellom teori og praksis som noe positivt.

I følge Heggen and Smeby (2012) kan sammenheng som begrep lett bli forvekslet med konsistens. Tolkningen av begrepet konsistens i denne sammenheng er at det handler om sammenhenger som er fri for motsetninger (Heggen and Smeby, 2012). Dersom profesjonsutdanninger skal forstås som konsistente i betydningen entydig vil forståelsen skjærme for faktumet at profesjoner tvert imot er svært sammensatte og mangesidige. Heggen og Smeby argumenterer for at slike profesjoner er tjent med å være nettopp så sammensatt og til dels konfliktfylt. Studentene er trolig lite tjent med at læreprosessen fremstår som en ”ferdigtegnet” vei mot yrkeslivet. Forsøk på utvikling av ”evidensbasert praksis” i blant annet medisintutdanningen kan trolig baseres på et syn om at profesjonsutdanninger er konsistente (Ekeland, 2009, Heggen and Smeby, 2012). Studenter kan i stedet være tjent med at kunnskapsbasen nettopp er sprikende og mangesidig med tanke på å utvikle profesjonell og teoretisk forståelse fordi de utfordres til refleksjon og diskusjon. Dersom studentene får god trening i å håndtere sprikende og vage elementer i kunnskapsbasen, slik at de selv konstruerer meningsfulle sammenhenger, kan man også se på gapet mellom teori og praksis som noe positivt og som et verktøy for utvikling av dyktige, reflekterte leger.

Disse avsluttende refleksjonene viser at man trolig kan ses diskusjonen om sammenheng mellom teori og praksis på to måter. Både analysen og diskusjonen viser at et gap mellom teori og praksis ikke nødvendigvis er negativt, både fordi gapet kan være et fruktbart sted for refleksiv utvikling og fordi teoretisk kunnskap kan ha en verdi i seg selv. Samtidig synes profesjonsutdanningene å ha en kontinuerlig utfordring i det å jobbe for å styrke sammenhengen mellom det faglige, teoretiske innholdet i utdanningen og de utfordringene studentene møter i yrkesfeltet.

7.2 ”Alt til sin tid”

Både denne analysen og tidligere forskning antyder at det er nødvendig med diskusjon rundt teori og praksis i forhold til kvalifisering til profesjonsyrker. Imidlertid er det viktig å ta med i betraktningen av studentene er langt fra ferdig utdannede leger selv om man er ferdig med den formelle grunnutdanningen. Både i legeyrket, og i alle andre yrker, fortsetter kvalifiseringen langt ut i arbeidslivet. For den nyutdannede legen sin del starter yrkeslivet som turnuskandidat og senere fortsetter mange med spesialistutdanning. Seks års grunnutdanning er å betrakte som første del på veien til å bli en dyktig og kompetent lege. Å være lege er et yrke der man må modnes over lang tid. Markestad (2000) mener at mange studenter har for høye forventninger til egen rolle som lege under utdanning og i tidlig arbeidsliv. Markestad beskriver møter med studenter som har en dyp følelse av utilstrekkelighet som følge av håp og krav om at utdanningen skal gjøre dem til komplette leger med evne til å håndtere svært kompliserte medisinske og medmenneskelige problemer. Imidlertid skal legene være i yrket i svært mange år for man blir nødt til å beslutte dyptgripende konsekvenser for pasientene. Han argumenterer for at det er uheldig å strebe etter mer innsikt og forståelse enn det modenheten i studiet tilsier. Medisinstudenter er flinke studenter som alltid har vært vant til å prestere og mestre på høyt nivå. Ifølge Markestad er det derfor viktig å jobbe med å dempe forventningene til egen rolle som lege i løpet av utdanningen. Samtidig er det viktig at aktørene studentene møter i praksisfeltet lar studenter være studenter og demper forventningene til studentene i legerollen, selv om de selvsagt bør utfordres i praksis som en del av utviklingsprosessen mot yrkeslivet.

7.3 Hvordan reflekterer medisinstudenter rundt sammenhengen mellom teori og praksis?

Det overordnede målet for denne oppgaven var å besvare følgende problemstilling:

Hvordan reflekterer medisinstudenter rundt sammenhengen mellom teori og praksis?

Problemstillingen har blitt studert gjennom å ta utgangspunkt i studentenes refleksjoner knyttet til henholdsvis teoretisk, praktisk, relasjonell og refleksiv kompetanse samt refleksjoner knyttet til utvikling av profesjonell identitet. Analysen viser at medisinstudentene til en viss grad synliggjør et gap mellom teori og praksis i utdanningen og uttrykker det gjennom å fortelle om et manglende mellomledd. Likevel opplever studentene at teori og praksis henger sammen når de klarer å konstruere meningsfulle sammenhenger mellom ulike former for kunnskap og kompetanser som er relevante for yrkesutøvelsen. Opplevelsen av

meningsfulle sammenhenger er ikke nødvendigvis noe som kommer eksplisitt frem i undervisningen. Studentene erfarer derimot meningsfulle sammenhenger gjennom en refleksiv holdning til egen utvikling og når de aktivt tar tak i det som de mener er viktig for å utvikle seg til å bli gode leger. Materialet tyder på at studentene i liten grad opplever et praksissjokk, slik litteraturen viser er vanlig i andre profesjonsutdanninger. I stedet viser studentene til positive og læringsrike opplevelser fra praksis.

Gjennom medisinstudentenes refleksjoner har det kommet frem noen momenter i utdanningen som kan ha innvirkning på hvorvidt studentene opplever meningsfulle sammenhenger. Teoretisk kunnskap er høyt verdsatt som kunnskapsform av studentene, men det kommer frem at teoretisk kunnskap i større grad bør formidles med et klinisk perspektiv og at formidlingen av kunnskapen kan være av bedre pedagogisk kvalitet. Studentene knytter også betydningen av veiledning for opplevelse av sammenheng og ønsker at det i større grad tilrettelegges for god og systematisk veiledning i praksisopplæringen for å få hjelp til å danne praktiske synteser. Materialet viser at utvikling av relasjonell kompetanse er viktig for at studentene skal oppleve teoretisk kunnskap som relevant for praksis, samt evnen til refleksjon i handling. Studentene tillegger også prosessen med utvikling av profesjonell identitet tillegges også relevans for å koble sammen utdanning og yrke.

Dette materialet er lite og er basert på forholdsvis få informanter. Dette bidraget kan av den grunn ikke brukes til å si noe generelt om hvordan medisinstudenter opplever sammenhengen mellom teori og praksis i utdanningen sin. Det kan imidlertid være med å belyse hvordan noen studenter erfarer sammenhengen mellom ulike former for kunnskap og kompetanser i utdanningen. Jeg mener i tillegg at de refleksjonene som har kommet frem belyser noen generelle utfordringer som profesjonsutdanninger står overfor, nemlig hvordan man best mulig grad skaper praktiske synteser slik av profesjonsstudenter opplever meningsfulle sammenhenger mellom ulike former for kunnskaper og kompetanser i kvalifiseringsprosessen til yrkeslivet.

Et steg videre fra denne undersøkelsen kan være å undersøke hvordan nyutdannede turnuskandidater reflekterer rundt de samme spørsmålene som er stilt i denne studien. Et

kvantitativt design på en undersøkelse om medisinstudenters vurdering av utdanningen kunne gitt utfyllende kunnskap knyttet til omfang og fordeling av sentrale funn i denne undersøkelsen. Det mangler også kunnskap om hvordan studenter ved andre klassiske profesjoner som juss og tannlege opplever sammenhengen mellom teori og praksis og mellom utdanning og yrke. Det som er sikkert er profesjonsutdanninger stadig må tilpasse seg endringer i eget fagfelt og i samfunnet. Det ser vi særlig i medisinfeltet hvor medisnutdanningene stadig revideres. Det vitner om et fagfelt som ser viktigheten av å fornye seg, tilpasse seg etter nye rammebetingelser og ønske om å skape en utdanning som legger et best mulig grunnlag for studentene som skal ut i et langt yrkesliv. Siden medisnutdanningene stadig er i endring vil man stadig også trenge kunnskap om hvordan studentene opplever utdanningene. Å fortsette å gjennomføre sosiologiske undersøkelser om sammenhengen mellom teori og praksis vil stadig være aktuelt når rammebetingelsene for kunnskapsformene i profesjoner er i endring.

8 Litteratur

- BENNER, P., HEGGEN, K., THORBJØRNSSEN, K. M. & KJERLAND, L. 2010. *Å utdanne sykepleiere: behov for radikale endringer*, [Oslo], Akribe.
- BERG, O. 1987. *Medisinens logikk*, Oslo, Universitetsforlaget.
- BERNSTEIN, B. 1999. Vertical and Horizontal Discourse: an essay. *British Journal of Sociology of Education*, 20, 157-173.
- BLAIKIE, N. 2009. *Designing social research: the logic of anticipation*, Cambridge, Polity Press.
- BORRELL-CARRIÓ, F., SUCHMAN, A. L. & EPSTEIN, R. M. 2004. The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. *Annals of family medicine*, 2, 576-82.
- BRINKMANN, S. & KVALE, S. 2009. *Det kvalitative forskningsintervju*, Oslo, Gyldendal Akademisk.
- BUSARI, J., SCHERPBIER, A. J. A. & BOSHUIZEN, H. A. 1996. Comparative study of medical education as perceived by students at three Dutch universities. *Advances in Health Sciences Education*, 1, 141-151.
- BUTLER, C. C., EVANS, M., GREAVES, D. & SIMPSON, S. 2004. Medically unexplained symptoms: the biopsychosocial model found wanting. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 97, 219-222.
- EKELAND, T.-J. 2009. Hva er evidensen for evidensbasert praksis? In: GRIMEN, H. & TERUM, L. I. (eds.) *Evidensbasert profesjonsutøvelse*. Oslo: Abstrakt forlag.
- EKELI, B.-V. 2002. *Evidensbasert praksis: snublestein i arbeidet for bedre kvalitet i helsetjenesten?*, Tromsø, Eureka forl.
- ENGEL, G. L. 1977. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-36.
- ERAUT, M. 2009. Transfer of knowledge between education and workplace settings. In: DANIELS, H., LAUDER, H. & PORTER, J. (eds.) *Knowledge, values and educational policy*. Oxon: Routledge.
- ERAUT, M. 2010. Knowledge, working practices, and learning. In: BILLET, S. (ed.) *Learning through practice*. Dordrecht: Springer.
- EVERETT, E. L. & FURSETH, I. 2004. *Masteroppgaven. Hvordan begynne - og fullføre*, Oslo, Universitetsforlaget.
- FREIDSON, E. 2001. *Professionalism: the third logic*, Cambridge, Polity Press.
- GETZ, B. 1963. Medisinske studieplaner 1826-1955. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 83, 603-610.
- GETZ, L., KIRKENGEN, A. L. & ULVESTAD, E. 2011. Menneskets biologi – mettet med erfaring. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 131, 683-7.
- GIDDENS, A. 1994. *Modernitetens konsekvenser*, København, Hans Reitzels Forlag.

- GRIMEN, H. 2008. Profesjon og kunnskap. In: MOLANDER, A. & TERUM, L. I. (eds.) *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- GRIMEN, H. & TERUM, L. I. (eds.) 2009. *Evidensbasert profesjonsutøvelse*, Oslo: Abstrakt forlag.
- GULBRANDSEN, A. & SCHEI, E. 2000. *Forstår du, doktor? : mot en humanistisk legeutdanning*, [Oslo], Tano Aschehoug.
- HANDAL, G. 2002. Utdanning av medisinerne - det pedagogiske perspektivet på Oslo96. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 19.
- HANDAL, G. & LYCKE, K. H. 2006. Studieplaners liv og forvitring. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 126, 74-7.
- HATLEVIK, I. K. R. 2011. The theory-practice relationship: reflective skills and theoretical knowledge as key factors in bridging the gap between theory and practice in initial nursing education. *Journal of Advanced Nursing*, 68(4), 868-877.
- HEGGEN, K. 2010. *Kvalifisering for profesjonsutøving: sjukepleiar - lærar - sosialarbeidar*, Oslo, Abstrakt forlag.
- HEGGEN, K. & SMEBY, J.-C. 2012. Gir mest mulig sammenheng også den beste profesjonsutdanninga? *Norsk pedagogisk tidsskrift*, 01, 4-14.
- HELSEDEPARTEMENTET. 2003. *Ot.prp. nr. 27 (2002-2003) Om lov om alternativ behandling av sykdom mv.* [Online]. Available: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/otprp/20022003/otprp-nr-27-2002-2003-/4/3.html?id=171508> [Accessed 23.05 2014].
- HEM, E. 2003. Har noen sett en 100 år gammel studieplan? . *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 123, 2758.
- HETLAND, R. A. 2012. Student som allmennlege. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 15, 1776-1777.
- HJORT, P. F. 2000. Fremtiden er lys - det er bare tre bekymringer. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 120, 12.
- HJØRLEIFSSON, S. 2000. Doktorfabrikken. Om sjelelig feilernæring i legestudiet. In: GULBRANDSEN, A. & SCHEI, E. (eds.) *Forstår du, doktor? : mot en humanistisk legeutdanning*. Oslo: Tano Aschehoug.
- HOLTE, K. & HØYE, S. 2000. Hvordan lære en pugghest å danse ballett? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 120, 3770-2.
- HAAVE, P. 2009a. Fra fritt til lukket medisinstudium. Myndighet og kyndighet i konflikt (1923-1940). In: COLLETT, J. P., MYHRE, J. E. & SKEIE, J. (eds.) *Kunnskapens betingelser: festskrift til Edgeir Benum*. Oslo: Vidarforlaget.
- HAAVE, P. 2009b. Medisinens kirurgisering og etableringen av en norsk legeskole i 1814. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 129(4), 2637-41.
- JOHANNESSEN, A., TUFTE, P. A. & CHRISTOFFERSEN, L. 2010. *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*, Oslo, Abstrakt forlag.

- JORDELL, K. Ø. 1986. *Fra pult til kateter: om sosialisering til læreryrket: en teoretisk studie*, Tromsø, Universitetet i Tromsø.
- KORSNES, O. 2008. *Sosiologisk leksikon*, Oslo, Universitetsforl.
- KUTZSCHE, S. 2011. *A lifeworld study of supervision in paediatric postgraduate training*. Masters thesis, Maastricht University.
- KUTZSCHE, S. 2012. *Pedagogisk utdanning for helsepersonell* [Online]. Tidsskrift for Den norske legeforening. Available: <http://tidsskriftet.no/article/2235186> [Accessed 04.10.13].
- KVERNBEKK, T. 2011. Filosofisk om teori og praksis. *Bedre Skole*, 2.
- KVERNBEKK, T. 2012. Argumentation in Theory and Practice: Gap or Equilibrium? *Informal Logic*, 32, 288-305.
- LANDERS, M. G. 2000. The theory-practice gap in nursing: the role of the nurse teacher. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 1550-1556.
- LARSEN, Ø. 1968. Den medisinske undervisnings historie i Norge i tidsrommet 1814-1940. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 88, 2233-2239.
- LARSEN, Ø. 1989. *Mangfoldig medisin: Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo 175 år, 1814-1989*, Oslo, Seksjon for medisinsk historie, Universitetet i Oslo.
- LARSEN, Ø. 2002. *Studieplaner, deres funksjon og foranderlighet* [Online]. Tidsskrift for Den norske legeforening. Available: <http://tidsskriftet.no/article/582317> [Accessed 06.10.13].
- LÖFMARK, A., THORKILDSEN, K., RÅHOLM, M.-B. & NATVIG, G. K. 2012. Nursing students' satisfaction with supervision from preceptors and teachers during clinical practice. *Nurse Education in Practice*, 12, 164-169.
- MARKESTAD, T. 2000. Alt til sin tid. In: GULBRANDSEN, A. & SCHEI, E. (eds.) *Forstår du, doktor? : mot en humanistisk legeutdanning*. Oslo: Tano Aschehoug.
- MOLANDER, A. & TERUM, L. I. 2008a. *Profesjonsstudier*, Oslo, Universitetsforl.
- MOLANDER, A. & TERUM, L. I. 2008b. Profesjonsstudier - en introduksjon. In: MOLANDER, A. & TERUM, L. I. (eds.) *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- MOLANDER, B. 1996. *Kunnskap i handling*, Göteborg, Daidalos.
- NORGES TEKNISK-NATURVITENSKAPELIGE UNIVERSITET. 2014. *Profesjonsstudium Medisin* [Online]. Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. Available: <http://www.ntnu.no/studier/cmed> [Accessed 29.04. 2014].
- NORVOLL, R. 2002. Gap mellom utdanning og yrke. *Sykepleien*, 90(5), 52-56.
- NYLENNA, M. 2000. De "to kulturer" i medisinen. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 120.
- PARSONS, T. 1969. Research with Human Subjects and the "Professional Complex". *Daedalus*, 98, 325-360.

- POLANYI, M. 1962. Tacit knowing: Its bearing on some problems of philosophy. *Reviews of Modern Physics*, 34(4).
- PRINCE, K., VAN DE WIEL, M. W., VAN DER VLEUTEN, C., BOSHUIZEN, H. & SCHERPBIER, A. 2004. Junior doctors' opinions about the transition from medical school to clinical practice: a change of environment. *EDUCATION FOR HEALTH-ABINGDON-CARFAX PUBLISHING LIMITED-*, 17, 323-331.
- PRINCE, K. A. H., VAN DE WIEL, M., SCHERPBIER, A. J. A., VAN DER VLEUTEN, C. M. & BOSHUIZEN, H. A. 2000. A Qualitative Analysis of the Transition from Theory to Practice in Undergraduate Training in a PBL-Medical School. *Advances in Health Sciences Education*, 5, 105-116.
- RYEN, A. 2002. *Det kvalitative intervjuet*, Bergen, Fagbokforl.
- RØNNESTAD, M. H. 2008. Profesjonell utvikling. In: MOLANDER, A. & TERUM, L. I. (eds.) *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforl.
- SANDAUNET, A.-G. & WILLIS, E. 2012. Evidence-Based Healthcare: The Future Research Agenda. In: BROOM, A. & ADAMS, J. (eds.) *Evidence-based healthcare in context: critical social science perspectives*. Farnham: Ashgate.
- SCHEI, E. 2001. Menneskekunnskap som klinisk kompetanse. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 9, 1122-5.
- SCHEI, E. 2007. *Hva er medisin*, Oslo, Universitetsforl.
- SCHEI, E., BÆRHEIM, A. & MELAND, E. 2000. Klinisk kommunikasjon - et strukturert undervisningsopplegg. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 120, 2258-62.
- SCHÖN, D. A. 1987. *Educating the reflective practitioner*, San Francisco, Calif., Jossey-Bass.
- SCHÖN, D. A. 2001. *Den reflekterende praktiker: hvordan professionelle tænker, når de arbejder*, Århus, Klim.
- SIMONSEN, G. L. 2012. *Medisnutdanning ved Universitetet i Tromsø som redskap for regional endring i Nord-Norge*. Masterprogram i region og regionalisering, Universitetet i Bergen.
- SMEBY, J.-C. 2008. Profesjon og utdanning. In: MOLANDER, A. & TERUM, L. I. (eds.) *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- SMEBY, J.-C. & MAUSETHAGEN, S. 2011. Kvalifisering til "velferdsstatens yrker". *Utdanning 2011 - veien til arbeidslivet*. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- STEINE, S., FINSET, A. & LÆRUM, E. 2000. Hva er viktig for pasienten i møtet med allmennpraktikeren? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 120, 349-53.
- THAGAARD, T. 2013. *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode*, Bergen, Bergen : Fagbokforl.
- THORNQUIST, E. 2003. *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag*, [Bergen], Fagbokforl.
- TORGENSEN, U. 1972. *Profesjonssosiologi*, Oslo, Universitetsforlaget.

- UNIVERSITETET I BERGEN. 2012. *Bakgrunn for prosjektet* [Online]. Bergen: Universitetet i Bergen. Available: <http://www.uib.no/mofa/63466/bakgrunn-prosjektet> [Accessed 18.05 2014].
- UNIVERSITETET I BERGEN. 2014. *Medisinstudiet* [Online]. Universitetet i Bergen. Available: <http://www.uib.no/studieprogram/PRMEDISIN> [Accessed 29.04. 2014].
- UNIVERSITETET I OSLO. 2014. *Medisin (profesjon)* [Online]. Universitetet i Oslo. Available: <https://http://www.uio.no/studier/program/medisin/> [Accessed 29.04. 2014].
- UNIVERSITETET I TROMSØ. 2011. *Medisinsk studieplan. Innstilling fra Prosjektgruppen for revisjon av medisinstudiet ved Det helsevitenskapelige fakultet* [Online]. Tromsø: Universitetet i Tromsø. Available: [http://uit.no/Content/257913/Innstilling - Medisinsk studieplan.pdf](http://uit.no/Content/257913/Innstilling_-_Medisinsk_studieplan.pdf) [Accessed 18.05 2014].
- UNIVERSITETET I TROMSØ. 2014. *Medisin profesjonsstudium* [Online]. Universitetet i Tromsø. Available: http://uit.no/studietilbud/program?p_document_id=274285 [Accessed 29.04. 2014].
- VAN OERS, B. 1998. The Fallacy of Detextualization. *Mind, Culture, and Activity*, 5, 135-142.
- VANDVIK, P. O. 2009. Evidensbasert medisin, uvurderlig verktøy for klinikere. In: GRIMEN, H. & TERUM, L. I. (eds.) *Evidensbasert profesjonsutøvelse*. Oslo: Abstrakt forlag.
- WENGER, E. 1998. *Communities of practice: Learning, meaning and identity*, Cambridge, Cambridge University Press.
- WHITE, P. 2005. *Biopsychosocial medicine: an integrated approach to understanding illness*, Oxford, Oxford University Press.
- WYLLER, T. B. 2011. Evidensbasert medisin eller vulgærcochranisme. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 12, 1181-2.
- AAKVAAG, G. C. 2008. *Moderne sosiologisk teori*, Oslo, Abstrakt forl.

9 Vedlegg

9.1 Vedlegg 1

Intervjuguide

Tema/hovedspørsmål	Kontrollspørsmål
<p>Oppvarming/småprat</p> <p>Litt om prosjektet</p> <p>Hvordan fikk du høre om dette prosjektet?</p> <p>Hvorfor takket du ja til å bli med?</p> <p>Biografiske spørsmål</p> <p>Hvem er du?</p>	<ul style="list-style-type: none">- Alder- Kjønn- Studiested- Antall år studert- Praksiserfaring
<p>Utdanning</p> <p>Hvorfor ville du studere medisin?</p> <p>Hvordan synes du det er på studiet?</p> <p>Hva synes du om foreleserne på studiet?</p> <p>Hvor fornøyd er du med utdanningen din så langt?</p>	<ul style="list-style-type: none">- Noen positive og kjekke ting med studiet?- Noen kjedelige ting med studiet?- Studiemiljø- Faglig nivå - Faglig nivå- Engasjement

<p>Utdanningens innhold</p> <p>Hvordan synes du utdanningsforløpet er?</p> <p>Hva synes du er det viktigste dere lærer og studiet?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Og det minst viktige? <p>Er det noe du skulle ønske dere lærte mer av på studiet?</p> <p>Er det noe du synes dere lærer for mye om på studiet?</p> <p>Føler du at du mestrer den teoretiske delen av studiet?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Utdanningens oppbygning - Fagkombinasjoner
<p>Praksis</p> <p>Hvordan synes du det er å være i praksis?</p> <p>Hvordan synes du overgangen fra å lære teori på skolen til å være i praksis har vært?</p> <p>Følte du deg godt nok forberedt da du begynte i praksis?</p> <p>Hvilke forventninger hadde til praksisen før du begynte?</p> <p>Har praksisen stått til forventningene?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Noen positive erfaringer? - Noen negative erfaringer? <p>- Hva som er annerledes, både i utdanningen og på fritiden (tidsbruk, lange dager, slitsomt?)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Teoretisk? - Praktisk? <ul style="list-style-type: none"> - Nervøs? - Usikker?

<p>Hvordan synes du det er å møte pasienter?</p> <p>Føler du at du kan være deg selv i rollen som lege?</p> <p>Føler du at du får brukt dine tillærte teoretiske kunnskaper i praksisen?</p> <p>Hva har du lært noe nytt gjennom praksis som du ikke har lært tidligere på studiet?</p> <p>Hvordan er veiledningen du får i praksis?</p> <p>Hvordan synes du det er å omgås mer erfarne kollegaer?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pasientkontakt i forhold til teoretiske "caser": Forskjellig? Lærer noe nytt? - Får du brukt dine positive egenskaper i jobben? - Er veileder engasjert? - Tilgjengelig? - Kvalifisert? - Formelt/uformelt? - Oppføre seg på en bestemt måte? - Sosiale koder?
<p>Føler du at du mestrer det som kreves av deg i praksisen?</p> <p>Føler du noen gang at det stilles krav til deg i jobben som lege som du ikke har lært noe om i utdanningen?</p> <p>Hva tenker du om sammenhengen mellom det du lærer på studiet og det som kreves at</p>	<ul style="list-style-type: none"> - God sammenheng? - Hva kunne eventuelt hatt bedre sammenheng?

<p>du kan og skal gjøre når du er ute i praksis?</p> <p>Har synet på hva legeyrket innebærer endret seg etter at du var i praksis?</p>	
<p>Kunnskap</p> <p>Føler du at du har tilstrekkelig medisinsk kunnskap?</p> <p>Hva synes du er ”riktig” medisinsk kunnskap?</p> <p>Hva tenker du om begrepet ”evidensbasert kunnskap”?</p> <p>Hva tenker du om følgende kunnskapstyper relatert til legeyrket?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Evt. en følelse av å aldri kunne nok? - Overskudd eller underskudd på kunnskap <p>Hvilken kunnskap innen medisin er viktigst? Biomedisin eller mer humanistisk forståelse?</p> <p>Synes du den viktigste medisinske kunnskapen er prioritert i utdanningen?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Er det et fokus på utdanningen? - For mye eller lite fokus? - Viktig for leger? - Evidensbasert praksis vs erfaringsbasert praksis <ul style="list-style-type: none"> - teoretisk kompetanse - praktisk kompetanse - relasjonell kompetanse
<p>Refleksjon</p> <p>Føler du at utdanningen ønsker å stimulere til refleksjon rundt fag og yrke?</p> <p>Blir dere oppfordret til å tenke kritisk på egen utdanning, eget fag og yrke?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Fremmer en bestemt tankegang?

Avslutning

Hva slags lege vil du bli?

- Har du flere tanker og refleksjoner rundt temaet?

- Mer du synes bør belyses?

9.2 Vedlegg 2



Forespørsel om deltakelse i intervju i forbindelse med masteroppgave

Jeg er masterstudent i sosiologi ved Universitetet i Tromsø og holder nå på med den avsluttende masteroppgaven. Tema for oppgaven er forholdet mellom teorikunnskap og praksiskunnskap i profesjonsutdanninger.

Jeg er interessert i å finne ut av hvordan medisinstudenter opplever sin første lange, selvstendige praksisperiode etter å tilegnet seg teoretisk kunnskap over flere år. Spørsmålene vil dreie seg rundt om du som medisinstudent føler om det er god nok sammenheng mellom teori og praksis i utdanningen, om du føler at du gjennom utdanningen lærer det som kreves av deg når du arbeider som lege, og hvilket syn du som student har om hva som er medisinsk kunnskap.

For å finne ut av dette ønsker jeg å intervjuer omtrent 12 medisinstudenter som har vært gjennom en eller flere lange praksisperioder under utdanningen.

Jeg vil benytte båndopptaker og ta notater mens vi snakker sammen. Intervjuet vil ta omtrent 45 min. Vi blir sammen enige om tid og sted.

Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg fra intervjuet når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg vil alle innsamlede data om deg bli anonymisert. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i oppgaven. Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes når oppgaven er ferdig, innen 15.11.2013.

Dersom du har lyst til å være med på intervjuet er det fint om du skriver under på den vedlagte samtykkeerklæringen og tar kontakt med meg. Samtykkeerklæringen tas med på intervjuet.

Hvis det er noe du lurer på kan du ringe meg på 90 61 31 64, eller sende en e-post til toy000@post.uit.no eller torioymar@gmail.com. Du kan også kontakte min veileder Sissel Eriksen ved Institutt for sosiologi, statsvitenskap og samfunnsplanlegging ved Universitetet i Tromsø på telefonnummer 77 64 62 17 eller e-post sissel.eriksen@uit.no.

Studien er godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Med vennlig hilsen masterstudent

Tori Øymar

Vedlegg: Samtykkeerklæring



Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt skriftlig informasjon om følgende:

- At jeg når som helst kan trekke meg fra undersøkelsen uten nærmere forklaring.
- At personidentifiserbare data vil bli behandlet konfidensielt, og vil ikke bli offentliggjort sammen med resultater fra undersøkelsen.
- At personidentifiserbare data vil bli slettet ved endt studie.

Jeg er villig til å delta i studien.

Navn.....

Telefonnummer.....

E-post.....

Dato..... Sted.....

Signatur.....

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Sissel H. Eriksen
Institutt for sosiologi, statsvitenskap og samfunnsplanlegging
Universitetet i Tromsø
9037 TROMSØ

Vår dato: 08.03.2013

Vår ref:33481 / 3 / SSA

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 20.02.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

33481	<i>Medisinstudenters opplevelse av sammenheng mellom teori og praksis i utdanning. En kunnskapsosnologisk tilnærming</i>
Behandlingsansvarlig	Universitetet i Tromsø, ved institusjonens overste leder
Daglig ansvarlig	Sissel H. Eriksen
Student	Tori Våland Øymar

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

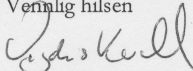
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

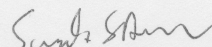
Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.11.2013, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Sondre S. Arnesen

Sondre S. Arnesen tlf: 55 58 25 83

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Tori Våland Øymar, Hertzbergs gate 31B, 2318 HAMAR

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no



Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 33481

Ifølge prosjektmeldingen skal det innhentes skriftlig samtykke basert på muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet og behandling av personopplysninger. Personvernombudet finner informasjonsskrivet tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår.

Innsamlede opplysninger registreres på privat pc. Personvernombudet legger til grunn at veileder og student setter seg inn i og etterfølger Universitetet i Tromsø sine interne rutiner for datasikkerhet, spesielt med tanke på bruk av privat pc til oppbevaring av personidentifiserende data.

Prosjektet skal avsluttes 15.11.13 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.

[Faded signatures and text at the bottom of the page]

