

Studentenes manglende stemme i medisinstudiet

Michael 2016; 13: 61–6.

Medisinstudiet er først og fremst et profesjonsstudium der ulike aktører bidrar til å definere legerollen og legeyrket ovenfor studentene. Imidlertid gjør studentenes overfylte studiehverdag og læringsmål formidlet gjennom «det skjulte pensum» at studentene prioriterer en ensidig biomedisinsk og oppgavefokusert forståelse av legerollen. Flere fag i studiet – som allmennmedisin, samfunnsmedisin, psykiatri, klinisk kommunikasjon og etikk – kan bidra til å utfordre dette perspektivet, primært ved at de lærer studentene andre «språk» å praktisere og forstå legeprofesjonen ut ifra, enn det biomedisinske. En hovedutfordring blir derfor å tilpasse undervisning som i utgangspunktet kanskje ikke får plass i en presset studiehverdag, undervisning som krever modning, fordypning og refleksjon, inn i en allerede sammenpakket studieplan der studenten er fokusert på den praktiske yrkeshverdagen.

En legerolle i endring

Medisinstudiet er et profesjonsstudium som har som hovedformål å utdanne leger som kan fungere i en rekke forhåndsdefinerte yrker med behov for medisinsk kompetanse. En naturlig retning for legeutdannelsens innhold og struktur er derfor å underlegge seg samfunnets nåværende og fremtidige behov. Dagens leger har dessuten en sterk påvirkning på studentenes utdanning, både gjennom å være premissleverandører for hva som er god fagutøvelse og gjennom rådgivende organer som f.eks. Legeforeningen. I løpet av den senere tid har to konsepter i økende grad markert seg i moderne medisin – overgangen fra en legesentrert til en pasientsentrert legepraksis (1) og fra en biomedisinsk til en biopsykososial forståelse av pasienten (2).

En nødvendig paternalisme

En endring i medisinsk praksis medfører også en endring i maktforholdet mellom lege og pasient (3). Et lege-pasientforhold preget av en paternalistisk legerolle forlates til fordel for en økende grad av pasientautonomi. Likevel vil en viss grad av paternalisme alltid være en del av et omsorgsforhold. Et grunnlag for paternalisme er nettopp at legene må være overbevist om at makten som legges i deres hender – pasientens overgivelse av selvbestemmelse over egen kropp – er til gode for pasienten.

En slik form for paternalisme vil også legestudenten møte hos sine undervisere. Studenten må gi underviserne tillatelse til å definere hva som må læres og hvordan dette læres på best mulig måte. Imidlertid krever en slik paternalisme at underviserne er klar over hvor studenten befinner seg, slik en behandler må forstå hvor pasienten befinner seg for å kunne utøve det Kierkegaard kaller «hjelpkunst» (4).

En krevende studiehverdag

Ingrid Neteland beskrev i Tidsskrift for Den norske legeforening sin erfaring fra medisinstudiet som «studiet for dårlig selvtillit» (5). Hva er det som karakteriserer medisinstudiet? Det skiller seg på mange måter fra andre studier ved sin kompleksitet og lengde, noe som gir opphav til svært mange ulike undervisningsformer. Undervisningen jeg ble kjent med gjennom medisinstudiet i Oslo innebar vanlige forelesninger, men også seminarer med ulike temaer, kurs, tradisjonell «klinikkundervisning» med framlegg av pasienthistorier, ulike former for ledet smågruppeundervisning ute i klinikken eller foran tavle, samt praksis der man ble utplassert på sykehusavdeling, sykehjemsavdeling og fastlegekontor. Det var oppgaveskriving alene og det var oppgaveskriving i grupper. Mye var obligatorisk. Ofte måtte man ha med seg et lite hefte hvor man samlet underskrifter fra undervisere, og det meste endte i en eksamen på slutten av semesteret der man enten bestod eller strøk.

I tillegg til en travel studiehverdag måtte jeg og andre studenter forholde oss til en rekke prioriteringer; og det trangeste nåløyet er nå å få turnusplass. På grunn av søknadsbasert turnusplassering og for å lette prosessen for dem som vil dra utenlands etter studiet, har Universitetet i Oslo besluttet å forlate den gamle eksamensordningen med bestått/ikke-bestått til fordel for karakterer. Slik tvinges nå studentene til å prioritere mellom studier, relevant jobberfaring, og eventuelt bedre betalte jobber under studiet. I tillegg etterspør og verdsetter sykehusene også annen kompetanse som annen relevant faglig bakgrunn, forskningskompetanse, relevant organisasjonserfaring og til og med hobbyer som idrett og friluftsliv.

Det skjulte pensum

I et slikt landskap befinner altså legestudenter seg, legestudenter som er faglig flinke, setter høye krav til seg selv og til andre og er mer pliktoppfyllende enn den gjennomsnittlige universitetsstudent. Og parallelt med alt dette foregår en kontinuerlig sosialiseringssprosess inn i et studiemiljø, inn i et yrkesmiljø, inn i et sykehusmiljø som vi vet gir studentene mange andre beskjeder om hva som er viktig og hva som skal prioriteres.

Det såkalte skjulte pensum – kjent i litteraturen som «the hidden» eller «informal» curriculum – er også med på å påvirke studenter ved at de formidles beskjeder som at leger er ufeilbarlige, at det alltid er ett riktig svar, at pasientens sosiale og personlige problemer ikke er et hovedanliggende for medisinen og at usikkerhet og kompleksitet skal unngås (6). En studie av legestudenter ved Universitetet i Oslo viser blant annet at studenters empati påvirkes av forestillinger om profesjonalitet som en dyrking av et biomedisinsk fokus og at kynisme oppstår som en mestringsstrategi i møte med pasienter i klinisk praksis (7). I flere land er det blitt dokumentert en reduksjon av studenters empati gjennom medisinstudiet – spesielt i møte med klinikken – der flere har pekt på det skjulte pensum som en viktig pådriver (8).

Et biomedisinsk fokus

Et slikt bilde av medisinnutdannelsen kjenner også jeg igjen fra studiet. Det blir ikke tid til refleksjon og diskusjon, i stedet prioriteres og fremmes et fokus på hva som må kunnes og hva som ikke er viktig. Fra egen erfaring er et generelt inntrykk at undervisningen som er mer teorirettet, trumfes av undervisning som er mer praksisrettet.

Spesielt siste året i studiet opplevdes som en eneste stor forberedelse til legerollen. Det var svært tilspisset mot en praktisk yrkeshverdag som turnuskandidat. Resultatet ble at noe av undervisningen ble ansett som viktig og noe som mindre viktig. Noe av undervisningen var selvfølgelig obligatorisk og kunne ikke prioriteres bort. Annen undervisning ble «rangert» etter flere kriterier, blant annet etter rykte fra tidligere studenter, relevans for eksamen og relevans for praksis. Dersom studentene opplever at undervisningen ikke er relevant er det deres fulle rett å si ifra – og det er i utgangspunktet et godt tegn at studentene viser initiativ og rolleforståelse ved at de tar saken i egne hender. Et sterkt fokus på å drille det praktiske gjorde at jeg i det minste følte meg noenlunde trygg på det medisinske der under legefrakken alene som turnuslegevikar på nattevakt. Et annet spørsmål jeg har reflektert over og følt mye på i ettertid, er om jeg skulle stått der alene i det hele tatt.

Dag Albums studier av sykdoms- og spesialitetshierarkier i medisinen bidrar til å nyansere bildet av det skjulte pensum (9). Mens fag der legen kan redde liv med hjelp av teknologiske intervensjoner ender som høystatusfag, vil fag som jobber med kronisk syke, som psykiatri, allmennmedisin eller sykehjemsmedisin havne lengre bak i køen. Her finnes ikke enkle intervensjoner eller løsninger i like stor grad. Selv om hovedsiktemålet også her er en biomedisinsk forståelse av mennesket – evnen til å tolke pasientens symptomer og lidelse ved hjelp av et medisinsk språk – og selv om dette biomedisinske fokuset er legens viktigste verktøy, vil det likevel komme til kort i enkelte tilfeller (10). I stedet kreves refleksjon, en større forståelse av legens rolle og spillerom i det større samfunnet, og individualiserte vurderinger av pasientens ønsker og behov.

En nødvendig motvekt

Her mener jeg at fagene som legger vekt på å lære studentene andre språk enn det biomedisinske har sitt trumfkort, men også sin største utfordring – som motvekt til et ensidig biomedisinsk, oppgaverettet syn på hva legeryrket består av. Slik kan for eksempel Institutt for helse og samfunn ved Universitetet i Oslo bidra til å skape, utfordre, utforske og videreutvikle medisinstudenters syn på legerollen ved hjelp av en faglig profil bestående av allmennmedisin, sykehjemsmedisin, samfunnsmedisin og økonomi, internasjonal helse, etikk og tverrfaglighet.

Her ligger også hovedutfordringen; å tilpasse undervisning som i utgangspunktet kanskje ikke får plass i en presset studiehverdag, undervisning som krever modning, fordypning og refleksjon, inn i en allerede sammenpakket studieplan der man er konsentrert om det praktiske. Jeg vil hevde at undervisningsmodeller som fremmer utvikling av studentens egen stemme – gjennom kritisk refleksjon og oppsyn – er spesielt egnet til dette. Per Brodal peker på at et godt studiemiljø blant annet kjennetegnes av tillit mellom studenter og undervisere og at dette krever at student-underviserkontakten er av en viss varighet (11). Dette kan også jeg skrive under på fra min erfaring fra studiet. Min opplevelse var at alle de gode sidene ved det tradisjonelle «mester-svenn» forholdet fikk utfolde seg i lengre praksisopphold i f.eks. psykiatri, allmennmedisin eller sykehjemsmedisin. Under kontinuerlig veiledning opplevde jeg noe som ikke bare er viktig for pasienter, men også for studenter – nemlig å bli sett, bli fulgt opp, se at andre også har svakheter og bli tvunget til å eksponere sine egne, diskutere seg fram til løsninger i stedet for å bli fortalt, og å få tilbakemeldinger som ikke bare er generelle tilbakemeldinger som gis til alle studenter. Det var først under

slike forhold at jeg ble kjent med personene bak legefrakken, og slik også fikk mine første virkelige rollemodeller.

Studentenes stemme

Samfunnets behov og profesjonen selv bør ikke alene få definere hva en god utdanning av leger består av. Utdannelsen må kontinuerlig fornyes og tilpasses studentenes virkelighet. En mer studentsentrert undervisningsmodell der man også tar hensyn til studentens behov og begrensninger i et raskt endrende og komplekst studiemiljø behøves. En mulig løsning basert på studentenes hverdag ved Universitet i Oslo kan ligge i å ofre litt av oppmerksomheten om hva som trengs *etter* studiet, og heller bruke mer tid på hva studentene trenger *under* studiet. Selv om det alltid vil være et paternalistisk maktforhold mellom en studieinstitusjon og studentene, er mitt inntrykk at legestudentene – etter innføring av søknadsbasert turnus, karakterer og ny studiemodell ved Universitetet i Oslo mot flertallet av studentenes vilje – føler seg tilsidesatt. Dersom det er en målsetting at studentene skal utøve pasientsentrert medisin, er det viktig at de også opplever at eget ståsted, egne meninger og egne refleksjoner har en plass i undervisningen, slik pasientens ståsted, meninger og refleksjoner har en plass i pasientsentrert medisin (12).

Litteratur

1. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med.* 2000;51:1087-110
2. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977;196:129-36.
3. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA* 1992;267:2221-6.
4. Kierkegaard S. Synspunktet for min Forfatter-Virksomhed. I: Kierkegaard S. *Samlede værker*. Bd. 18. København: Gyldendal, 1994.
5. Neteland I. Medisinsk lettvekter—bare meg? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2012;132:696.
6. Hafferty FW. Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum. *Acad Med.* 1998;73:403-7.
7. Eikeland H-L, Ørnes K, Finset A, Pedersen R. The physician's role and empathy—a qualitative study of third year medical students. *BMC Med Educ.* 2014;14:165.
8. Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C, et al. Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Acad Med.* 2011;86:996-1009.
9. Album D, Westin S. Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students. *Soc Sci Med.* 2008;66:182-8.

10. Kleinman A. *The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition*. USA:Basic books, 1988.
11. Brodal P. Et varselrop om læringsmiljøet i klinikken. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2012;132:698.
12. Bombeke K, Symons L, Debaene L, De Winter B, Schol S, Van Royen P. Help, I'm losing patient-centredness! Experiences of medical students and their teachers. *Med Educ*. 2010;44:662-73.

Artikkelen bygger på et innlegg holdt ved et seminar om undervisning ved Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo 29.11.15.

*Knut Ørnes
knut.ornes@medisin.uio.no
Senter for medisinsk etikk
Institutt for helse og samfunn
Det medisinske fakultet
Universitetet i Oslo*