

Medisinstudium eller legeskole – et evig dilemma

Michael 2022; 19: 62–6.

Legeutdanning må omfatte både teori og praksis. Men hva er den optimale balansen? Er det forventningene til legen som gjør det vanskelig å finne denne balansen?

Da jeg i sin tid ble spurt om jeg kunne ta på meg oppgaven å skrive historien til Det medisinske fakultet i Oslo ved 200-års-jubileet i 2014, sa jeg ja til det og grov meg ned i stoffet. Arbeidet som fulgte bekreftet og utdypet for meg at det her var to hundre år med et evig dilemma mellom å drive en doktorskole og et akademisk medisinstudium. Boka heter da også *Doktorskole og medisinstudium* (1). Dette dilemmaet er der etter mitt skjønnt fortsatt, og man har neppe funnet den optimale balansen.

Et akademisk medisinstudium har to hovedoppgaver. Det skal for det første gi studentene en kunnskapsmessig bakgrunn av fakta og forståelse. Fakultetenes faglige oppbygging gjenspeiler dette. Fagsammensetning, personell og ressurser er som regel grundig gjennomtenkt og et resultat av atskillige avveininger og dragkamper om hva og hvor mye som skal være med i undervisningen; hva medisin ved fakultetet skal være.

For det andre skal medisinstudiet være en legeskole. Det skal sosialisere studentene inn i yrkesrollen *lege*. De skal internalisere ferdigheter for det praktiske liv, for arbeidet som lege. Studentene skal også erverve holdninger som gjør medisinstudiet noe annerledes enn andre akademiske studier, blant annet *handlingsimperativet*. Det er ikke nok å ha kunnskaper om hvordan ting er og fungerer. Man forventes også å bruke kunnskapene til å gjøre noe, her og nå, med det som man har lært er galt.

Vi har altså et akademisk studium som skiller seg uvesentlig fra andre akademiske studieløp, men som samtidig skal være en yrkesskole. Medisinstudier, så å si over alt i verden, er slike hybridopplegg, og har vært det lenge.

For Norges vedkommende har det nåværende studietilbudet sin profil helt fra da Det kongelige kirurgiske akademi ble opprettet i København i 1785. Sprenglærde universitetsmedisinere og ofte ekvilibristisk dyktige, men håndverksutdannede kirurger med lite eller ingen teoretisk bakgrunn ble fra da av *akademiske praktikere*. Det er ingen tvil om at det var et klokt kompromiss.

Legeroller og legeoppgaver – forventninger som styrer

Spør hvem som helst hva en lege er. Sjansene er store for at de fleste svarer at en lege er en akademisk utdannet person som helbreder syke. Det norske akademis ordbok pr. januar 2022 definerer da også en lege som en «person som er (vitenskapelig) utdannet til å helbrede syke, især med medisinsk embetseksamen og offentlig autorisasjon»¹. Studenter, leger og befolkningen ellers har altså en dominerende forventning til hva en lege skal være, hva en lege skal gjøre, hvilken *rolle* en lege skal ha. Kanskje er denne allmenne *forventningen* en av årsakene til at balansen mellom teori og praksis ofte skurrer, simpelthen fordi forventningen ikke stemmer med virkeligheten? Et legestudium utvikler mye mer enn en *behandler* og kvalifiserer også for andre roller vi har bruk for. Men rollen som den behandlende legen er den som syns best.

Til rollen som *trøster og hjelper* får studentene også kompetanse. Legen som kan roe ned og støtte opp i situasjoner der det kanskje ikke er så mye av effektiv kur å tilby. Det den gode lege her gjør, må kunne kalles *legekunst*, selv om Det norske akademis ordbok også setter denne funksjonen i bås og definerer ordet som «kunsten å helbrede».

Leger med norsk autorisasjon har dessuten en funksjon som *forvalter* på vegne av det offentlige. Hver gang det skrives en sykmelding, en blåresept eller en uføretrygdsøknad, er legen en portåpner for en økonomisk omfordeling av stort omfang. Som bakgrunn for å være samfunnets forlengede arm fordres egentlig gode kunnskaper om hvordan samfunnet fungerer, både i tid og rom, dvs. *samfunnskompetanse*. Dette er basalkunnskaper som ligger lavt i forventningene til legeryrket, fordi forvalterrollen syns dårlig.

Koronapandemien har brakt en tidligere meget aktet legerolle fram i lyset – legen som har kompetanse i å håndtere sykdom og folkehelse på *gruppenivå*. Samfunnsengasjerte medisinere har vi hatt lenge. Fram til Den annen verdenskrig var faktisk grupperettede medisinske tiltak noe av det i medisinen som hadde størst effekt på folkehelsen. Men i de senere generasjoners legeutdanning har forebyggende medisin, særlig i form av eldre tiders

¹ www.naob.no. Definisjonen er neppe god, men man merker seg at den ved å ta med det innskutte «(vitenskapelig)» skiller legen fra andre som har opplæring i å helbrede syke.

distriktslegers domene og helseforvaltningens virkefelt, blitt tonet ned i den alminnelige *forventning* til hva som er en leges arbeidsområde. Smittsomme sykdommer er for eksempel ikke forsvunnet. Det har vi lært på ny.

Veien fram til velferdssamfunnet har ikke bare vært en sosial og økonomisk opptur, men også en triumf i det stille for forebyggende medisin. I en teoretisk basert og bredt forankret samfunnsmedisinsk innsats overfor samfunnet består suksessen i at intet galt skjer. Slike til daglig usynlige resultater syns dårlig i det store bildet, i det minste før det er gått en tid. Derfor er historien lærerik.

Forventningene til legen styrer ikke bare studiet. De styrer mye annet, fra hvem som bestemmer seg for å studere medisin og helt til hvordan helsevesenet bygges opp.

Studentene og de pedagogiske prinsippers paradoks

Hvis man spør lærere i de mange medisinske fagene om hva og hvor mye de synes unge leger bør ha satt seg inn i fra deres fag, vil summen av stoff langt overstige det som det er mulig å få med. Lærere og fakultet må forhandle for å lage en studieplan med rimelig stoffmengde og fagbalanse.

Dagens studenter som også skal ha tid til ekstrajobb på sykehus, til å hente barn i barnehagen og til å ha et sosialt liv, har kanskje mindre tid til å studere enn forfedrene som satt i ensomhet på enkle hybler med fingrene i ørene og leste. For dem var det viktigst å bruke tiden til å få med seg mest mulig. Helt fram til etterkrigstidens sykehusutbygging var det sjelden noe studentvikariat å få. Det nærmeste man kom, var kanskje å hospitere ulønnet for å lære. For mange bar det rett ut som privatpraktiserende lege umiddelbart etter studiet. Vår tids medisinere har også mye de skal lære, trolig mer. Da har vegring mot mer lærestoff vært en vei å velge. Slike krav er også blitt fulgt opp av enkelte lærere som er særlig lydhøre for studentenes ønsker. Ofte har da praktiske emner fortrenget bakgrunnsstoffet.

For å løse slike problemer har man paradoksalt nok mange ganger trukket inn pedagogiske prinsipper som hørtes tilforlatelige ut i første omgang, men som enten var dårlig funderte eller som slett ikke passet til medisinske fag, især ikke de teoretiske. Motsetningene mellom teoretisk bakgrunnskap og praktiske ferdigheter er lett blitt aksentuert ved det man trodde skulle være studieforbedringer.

Et slags pedagogisk aksiom, uten overbevisende begrunnelse, har f.eks. lenge vært at *forelesninger* er en antikvert form for kunnskapsformidling. Hvordan *vet* man at det ikke for enkelte fag kan være meget effektivt å ha en forelesningsserie som avgrenser stoffet, drøfter hovedpunktene og poengterer for studentene i plenum hva som er viktig?

Et aksiom er det også at å bruke *lærebøker* er utdatert, fordi det blir så mye unødvendig å lese. Det glemmes at en lærebok gir faget rammer, noe et virvar av artikler og powerpointutskrifter uten kontekst aldri kan gi.

Et aksiom er gjerne at *tverrfaglig undervisning* alltid har store fordeler. Mot dette kan innvendes at for mange temaer er det nødvendig at studentene faktisk *har bakgrunn* i de ulike fagene som skal møtes i tverrfaglighet. At de får aha-opplevelser når de ser ting de kan fra før i sammenheng. Dere av mine lesere som er leger: Tenk på den gang vi lærte anatomen systematisk, om blodårer, nerver, muskler og sener. Men vi skjønnte først ordentlig hva vi så da vi dissekerte eller så alt i sammenheng på obduksjonssalen, fordi vi hadde lest om de enkelte strukturene på forhånd.

Et aksiom går på det fordelaktige i å bruke *problemløsning* som utgangsprinsipp. Store og omdiskuterte reformer, som f.eks. innføringen av studieplanen «Oslo-96», gjorde dette. Men består livet bare av problemer som kommer i kø etter hverandre for å bli løst? Hvordan skal studenter med denne forventningen til eget virke få oversikt og kompetanse i å hindre at problemene oppstår? På gruppenivå og samfunnsnivå? Eller se sammenhengen mellom problemene?

Organiseringen av norsk helsetjeneste både formes av og støtter praksisorienteringen i legeutdanningen. Dette er helt logisk. Det er et tilstrekkelig antall leger med tilstrekkelig kompetanse samfunnet trenger. Men denne kompetansen inkluderer teoretisk bakgrunn og samfunnsforståelse på akademisk nivå. Dette må ikke komme i klemme ved studierevisjoner. Det må komme inn i de alminnelige *forventningene* til legen at vedkommende også har andre kunnskaper enn de som ligger bakom det å behandle.

Gjennom de siste årtiene har vi sett hvordan det blir flere og flere ikke-medisinere i både medisinsk forskning og i helseforvaltningen. Er det hensiktsmessig? Den dominerende forventningen til legerollen som behandler kan egentlig virke ekskluderende.

Utviklingen videre

Det er etter mitt skjønne synd at Det norske akademis definisjon av en lege er som den er. Den sementerer rollen av *en lege som en behandlende lege* og gir ingen åpning for at rollen rommer mye mer. Definisjonen lar seg imidlertid forandre. Ordboken er bare en ordbok som viser hvordan ord brukes.

Det er mer synd at samfunnets og de fleste implisertes *forventninger* til hva en lege er, stemmer så godt med ordbokens definisjon. Forventningene er det vanskeligere å gjøre noe med. Men det går an å prøve.

Litteratur

1. Larsen Ø. Doktorskole og medisinstudium. Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo gjennom 200 år (1814-2014). *Michael* 2014; 14: Supplement 15.

Øivind Larsen
oivind.larsen@medisin.uio.no

Øivind Larsen er professor emeritus i medisinsk historie ved Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo.