



Er det plass til en humanistisk dimensjon i medisinerutdanningen?

TEMA

STEINAR WESTIN

Email: steinar.westin@medisin.ntnu.no
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Medisinsk teknisk forskningscenter
7489 Trondheim

Utgangspunktet for denne artikkelen er en uro over at utdanningen av leger i stigende grad har tatt en ren naturvitenskapelig retning. Dette til tross for at flere moderne studieplaner prøver å anlegge et bredere perspektiv, med noe plass også for humanistiske fag. I tillegg til disse "to kulturrene" kan vi identifisere en "tredje kultur" i medisinerutdanningen, de samfunnsmedisinske fagene i vid forstand, de som handler om helse og sykdom i samspill med samfunn og miljø. De har overlappende grenseflater mot de egentlige humanistiske fagene, men har tradisjonelt en mer etablert plass i studieplanene.

Forholdet mellom disse tre fagkulturene drøftes med utgangspunkt i personlige erfaringer under gjennomføring av den nye studieplanen for Det medisinske fakultet i Trondheim fra 1993. Mye har lyktes godt i denne delvis problembaserte studiemodellen. Men humaniorafagene har falt ut i større utstrekning enn det som var planlagt. Som læringsmetode har problembasert læring (PBL) ikke vært egnet til læring utover den naturvitenskapelige rammen. Dette skyldes neppe PBL-metoden i seg selv, men trolig rammevilkårene for den i et etablert medisinsk fagmiljø.

Denne artikkelen hadde opprinnelig den løfterike arbeidstitelen "mangler og muligheter i medisinerutdanningen". Siden det er de humanistiske fag det dreier seg om, kunne det lyde som om jeg hadde en ferdig oppskrift på hvordan den manglende humanioradimensjonen i dagens studieordninger kan forvandles til muligheter. Det har jeg ikke. Men jeg har gjennom årene gjort en del observasjoner av hvordan de ulike fag og fagdimensjoner finner sin plass i den dynamiske prosessen som foregår når et stort antall medarbeidere ved et medisinsk fakultet skal formulere og

iverksette en helt ny studieplan, den som startet i Trondheim i 1993 (1). Planen er lagt opp etter tidsriktige prinsipper med:

- – Problembasert læring (PBL)
- – Tidlig pasientkontakt
- – Vekt på kommunikasjonstrening
- – Fagintegrering mellom basalfag og kliniske fag
- – Mindre forelesninger
- – Mer studentorientert læring
- – En selvstendig hovedoppgave av et semesters varighet

Omtrent slik husker jeg at ledende utdanningsideologer i 1980-årene stilte opp ønskelistene for det ideelle medisinske studium (1, 2).

Med utgangspunkt i disse erfaringene vil jeg reflektere over hva som likevel kan gå galt om man ønsker å gi studiet en sterkere profilering mot annet enn de nødvendige naturvitenskapene og den tradisjonelle klinikk. Det var sterke anslag til en slik bredere tenkning da det nye studiet ble planlagt. Særlig ble det skapt entusiasme rundt de mulighetene som lå i å lage den første norske problembaserte studiemodellen (2, 3). I ettertid kan det diskuteres om selve humanioradimensjonen egentlig hadde en særlig synlig plass i planene. Men det ble faktisk lagt stor vekt på at introduksjonen og det første semesteret skulle ha en bred og flerdimensjonal profil under merkelappen "Det hele mennesket" (fig 1). I denne profilen var det ulike innslag fra fag og disipliner som har med menneskelige verdier å gjøre, som er en av de brede definisjoner på humaniora (4). Filosofien hadde sin tradisjonelle plass med examen philosophicum, som i gamle dager. En viss vekt på lesing av skjønnlitteratur var det også (fig 2), men ellers knapt så ambisiøst innen kunst og musikk som i studiemodellen ved Det medisinske fakultet i Oslo fra 1996 (5, 6). Likevel var det innslag fra mange andre arenaer enn de tradisjonelle prekliniske, og vi syntes det var et spennende opplegg vi gikk i gang med i 1993.

To eller tre kulturer?

Her må vi gjøre plass for et tillegg til de "to kulturer" som Magne Nylenna har lagt slik vekt på (4), med referanse til C.P. Snows advarsler om den økende kløften mellom naturvitenskapene og humaniorafagene (7, 8). I tillegg til naturvitenskapene og de humanistiske fag finner vi en serie fag som vi i denne sammenheng kan kalle den tredje kultur i medisinerutdanningen: De samfunnsmedisinske fagene, de som bygger på kunnskap om grupper og samfunn med hjelp av metoder fra samfunnsfagene, både de kvantitative og de kvalitative, samt epidemiologien og statistikken (9). De handler om helse og sykdom i samspill med samfunn og miljø. De har sin åpenbare overlappende grenseflate mot de egentlige humaniorafagene, men har en langt mer befestet plass i de medisinske studieplanene (10).

Under arbeidet med den nye studieplanen for Trondheim ble det meislet ut to sentrale dimensjoner i tillegg til den biologisk-kliniske, nemlig den som skulle omhandle *atferd* og den som skulle omhandle *miljø*. Begge hadde sin tidsriktige begrunnelse. Den atferdsmessige dimensjonen var fakultetets svar på den voksende misnøye blant politikere og folk flest over det som hyppig ble utlagt som legers manglende "folkeskikk". Klager på leger er sjelden begrunnet i faktiske faglige feil, men i sviktende kommunikasjon, lød det – og lyder det fortsatt – fra de instanser som mottar den nye tids pasientklager. Den andre av de nye dimensjonene var inspirert av bølgen av interesse for miljø, den som også nedfelte

seg i Rio-konvensjonen på denne tiden, og forut for den også i den norske arbeidsmiljøloven fra 1977. Det var først da Trondheims-fakultetet annonserte sin vilje til å satse spesielt på en *miljømedisinsk* profil, i voksende samarbeid med sivilingeniørutdanningen ved Norges Tekniske Høyskole, at Stortinget i sin tid bevilget midler til et fullstendig studium i Trondheim. Med vekt på atferd og miljø, og med problembasert læring som hovedmetode, skulle vi skape noe nytt og noe bredere enn i de tradisjonelle studieplanene, selv om merkelappen bare i begrenset grad var humaniora, men snarere det vi her kan kalle den tredje kultur.



Figur 1 Det nye medisinstudiet i Trondheim legger vekt på at særlig innføringssemesteret skal dreie seg om "Det hele mennesket". Skisse av studieplanen høsten 2000

Hvordan gikk det?

Ikke så verst, men ikke så helt bra heller, med humaniora som målestokk.

De to nye dimensjonene, altså de som særlig skulle bygges ut i tillegg til den tradisjonelle biologisk-kliniske, ble også bakt inn i intensjonene for den problembaserte læringen. Alle kasinndledninger, pasientbeskrivelsene som skulle danne utgangspunkt for studentenes selvstendige lesing og læring, skulle belyses med alle tre dimensjonene, biologi-klinikk, miljø og atferd. I evalueringsskjemaene etter gjennomgang av hver PBL-oppgave lå det faktisk en oppfordring om å markere hvor stor andel, prosentvis, av "samtaler, ettertanke og lesning" som falt innenfor hver av studiets tre hovedakser. De er i mellomtiden blitt til fire: basalfagene måtte rimeligvis få sin egen prosentfordeling.

Slik kunne vi følge hvor stor andel av tid og oppmerksomhet som ble de ulike kulturer til del i PBL-gruppene. Det ble svært lite på atferd og miljø. Selvsagt var det ikke meningen at dimensjonene skulle vektes likt. Men det ble svært få prosenter på annet enn biologi-basalfag og biologi-klinikk, så få at det ble nødvendig å legge inn et par kasuistikker som entydig ledet studentenes læringsmål inn mot de to ekstra dimensjonene, f.eks. med en

anoreksi-problematikk. Selv etter denne hjelpemanøveren har andelen tid på annet enn basalfag og klinikk vært beskjeden. Våren 2000 angav studentene i annet semester at samlet sum av atferd og miljø hadde omfattet anslagsvis 18 %, og i et stort antall PBL-oppgaver nær eller lik 0 %.

Om dette er mye eller lite, kan diskuteres. Det er grunn til å være mer bekymret over det studentene klassifiserer som tilfredsstillende læring under atferds- og miljødimensjonen. Ideelt sett skal læringen i PBL-grupper styres av læringsmål og testes til eksamen. Problemet er at det ikke ligger klare føringer for hvordan, og på hvilket nivå, læringen innen atferd og miljø, eller for den saks skyld humaniora og etikk, skal finne sted. I denne sammenheng blir læringsmålene meget summariske og overfladiske. Det vises sjelden til aktuelle lærebøker eller artikler innen disse fagområdene. Bare unntaksvis har studentene vært i stand til å utvikle begreper og modeller på disse områdene som bringer læringen noe særlig lenger enn til dagspressenivå. Det samme gjenspeiles i fagprofilen i eksamensoppgavene, når det etter hvert studieår skal utarbeides de sedvanlige integrerte fageksamener, skriftlig som muntlig. Her vil det til vanlig nedfelle seg krav om oppgaveløsninger basert på det fellesgods av fagforståelse som eksamenskommisjonene besitter: solid og veletablert basalfaglig og klinisk kunnskap.

I disse kritiske betraktningene ligger det ingen intensjon om å dømme PBL-metoden nord og ned som en uegnet læringsform. Den har en rekke fortrinn, utmerket beskrevet og drøftet i andre sammenhenger (2, 11, 12). Men når det gjelder kunnskap egner den seg best for innlæring av det som ligger som hovedtenkningen i veletablerte lærebøker, eller som felles fagforståelse blant korpset av akademiske veiledere. Satt på spissen er metoden kanskje best egnet for resirkulering av fagmiljøenes veletablerte kunnskap – ikke til fornyelse, ikke til jakting på teoretiske modeller utenfor det som ligger sentralt i de basalfaglige og kliniske fagmiljøene, ikke til begrepsforståelse på andre områder, og i særlig grad ikke innen det vi her omtaler som humaniorafag, knapt nok innen det vi har kalt ”den tredje kultur”.

Hva skal vi med begrepene?

Et grunnleggende problem ved læring, både innen humaniora og ”den tredje kultur”, er at fagtermene og begrepene til forveksling likner dem som inngår i dagligtalen. Da tror man at dagligforståelsen er tilstrekkelig. Eller de høres fremmedartede ut, og da oppfattes de som å være av tvilsom betydning. Nylenna har gitt eksempler på ord fra humaniorafagene som sjelden inngår i medisineres fagspråk (4). Det gjør derimot ord som empati, verdi, rolle, norm, forventning, avvik, sanksjon, motiv, kultur, og ritual – en hel serie fagtermer fra samfunnsfagene som i sine enkle utgaver også finnes på dagspressenivå. Hvis det ikke finnes klare føringer som leder studentene til å utvikle nysgjerrighet på den teoretiske bakgrunnen for denne slags ord og begreper, da forblir de for studentene på dagspressenivå. Da kan det oppleves som godt nok å erklære sin sympati med den personen som i PBL-kasuistikken fikk påvist en kreftsykdom – det heter *atferd*, eller gjenta at det er farlig å røyke og ikke så helt bra med alkohol heller – det heter *miljø*. ”La oss gå videre med det vi må kunne til eksamen . . .” Det ligger ingen sterke føringer i kulturen omkring PBL-læringsformen i et tradisjonelt medisinsk fagmiljø som signaliserer at andre fag enn de biologisk-naturvitenskapelige også har et akademisk fundament. Mer generelt ser det ut til at PBL som metode sentrerer læringen inn mot tyngdefeltet i den gjeldende fagkultur. Vil man inn med noe nytt i de innledende studieår, som f.eks. langs humanioradimensjonen, er ikke PBL-gruppene alene noen egnet arena.

Hvorfor skal man nå egentlig gjøre slikt nummer av at kommende leger bør utvikle sin forståelse for disse begrepene og dimensjonene, utover dagligtalens bruksfelt? Svaret er ikke helt enkelt, men koker muligens ned til hensikten med all akademisk læring og fordypning, utvikling av begrepsmessige redskaper for tenkning og handling. På samme måte som det er viktig å forstå at kolesterol er mer enn navnet på noe som har med fett å gjøre, slik er det viktig at de kommende leger også har en forståelse av at et begrep som

sosial rolle rommer mer enn betegnelser på hvordan vi opptrer. Eller at begrepet ritual kan bety noe spesielt for legers arbeid som helbredere. Eller at empatibegrepet har et innhold av største betydning i lege-pasient-forholdet, og at etiske prinsipper kan referere til større teoretiske byggverk enn det man umiddelbart ”synes er riktig” i en klinisk situasjon.



Figur 2 Faksimile fra en omtale i den lokale Universitetsavisa av opplegget ”Leger i litteraturen”, som var et element i studieplanen i Trondheim fra 1992, her med del av veiledningen for studentene klippet inn nederst

Studieplaner er dynamiske

Det er mange slags tyngdekrefter i sving i den dynamikken som frembringer et nytt studium. Under arbeidet med den nye studieplanen i Trondheim ble resultatet på mange områder annerledes enn det så ut i de opprinnelige vedtakene (3). For det første ble det ingen ren PBL-modell, men snarere en hybridmodell som kombinerer nye og tradisjonelle studieformer. Den opprinnelige radikale intensjonen om å redusere antallet formelle forelesninger med 80 %, slik fakultetsstyret med knapt flertall hadde bestemt, ble heller ikke gjennomført fullt ut. Likevel ble det gitt nokså klare rammer for antall timer ”skjemalagt undervisning” i hver termin – ikke over 16 – 17 timer per uke er normen. Her skulle det åpnes for egen lesing og mer studentorientert læring.

Slik fikk innledningen til det nye studiet i Trondheim et sterkere preg av den rene naturvitenskap. Fagene kom i det hele tatt til å klumpe seg mer enn forutsatt da man under planleggingen snakket om gradvise glidninger i omfanget av basalfag, samfunnsmedisinske fag og klinikk, med alle elementer til stede i alle faser av studiet, bare med ulik vekt. I studiestyret var det en viss uro over denne utviklingen. Det viste seg at det ikke var helt opplagt hva man la i intensjonen om å gi studentene en introduksjon til ”Det hele mennesket” (fig 3). I et av møtene ble det fra et basalfagsmiljø fremført at siden hele mennesket er kjemi i alle fall, så er vel intensjonen om ”Det hele mennesket” utmerket ivaretatt når biokjemien har gitt sitt. Muligens var det sagt i spøk. Men noen av oss var ikke så helt sikre på det.



Figur 3 "... Det viste seg at det ikke var helt opplagt hva man la i intensjonen om å gi studentene en introduksjon til "Det hele mennesket". Fra den offisielle studiebrosjyren høsten 2000

Denne knappere rammen for forelesninger og kurser skapte frustrasjon i mange fagmiljøer. Man følte seg ikke sikker på at studentene lærte nok. Allerede under planleggingen kom det signaler om at de biologiske basalfagsmiljøene følte seg klemt ned under forsvarlighetsgrensen. Av mange grunner var det de kliniske fagmiljøene, og særlig de indremedisinske fagene, som så ut til å stå sterkest i den nye studieplanen (3). Dels var dette en bevisst satsing fra fakultetets side, ved å forutsette at mye av den basalfaglige læring best kunne forestås av kliniske og parakliniske fagmiljøer med forskningsarenaer mot basalfagene. Men de rene basalfaglige miljøene murret. Dermed startet det en kjedereaksjon av uformelle tilpasninger, som langt på vei ble styrt av terminledere som følte behov for å gi eget fagområde det som ble ansett som en mer forsvarlig plass innen de nye trange rammene for formell undervisning (3). De frie krefter av faglig tyngde og medisinsk prestisje begynte å gjøre seg gjeldende. De kliniske fagene hadde presset basalfagene. Nå var det basalfagene som så en anledning til å presse atferdsfagene og de samfunnsmedisinske fagene. Tredje år etter at det nye studiet var satt på beddingen forsvant de fleste forelesninger og seminarer i atferd, miljø, samfunnsmedisin og humaniora fra den formelle forelesningsplanen i første semester, selve innledningssemesteret med "Det hele mennesket" som overskrift (fig 1). Riktig nok ble mye av den praktiske læringen innen atferd og kommunikasjon ført videre under det såkalte lege-pasient-kurset (13), som hele tiden har hatt sin betydelige plass gjennom de to første studieårene. Men intensjonen om at dett

e kurset også skulle suppleres med en bredere teoretisk introduksjon ble betydelig svekket. Om studentene fortsatt leser og diskuterer "legeromaner" (fig 2), er det i hvert fall ikke som resultat av inspirasjon de får gjennom studieplanen. Mange mente nok at refleksjoner omkring legeskikkelser i skjønnlitteraturen burde henvises til fritiden.

Hva kan vi lære av dette?

Det er minst tre typer lærdom å hente av denne deltakende observasjon under forming av en ny studieplan:

– Studieplaner er dynamiske. Det er ikke uten videre gitt at formelle vedtak i fakultetets styrende organer nedfeller seg i den endelig form studiet tar. Antakelig bør man i det hele tatt ikke snakke om noen endelig form. For fagmiljøenes formelle tyngde og uformelle prestisje vil stadig tendere til å underminere radikale vedtak om forandring. Noen vil mene at dette på et vis er betryggende, i den forstand at slike prosesser stort sett er konserverende. Det er da også anført at den hybridmodellen vi fikk i Trondheim, ikke nødvendigvis er dårligere enn den mer rendyrkede PBL-modellen som ble planlagt – kanskje bedre (3).

– Under slike dynamiske prosesser er det fare for at nye fagtradisjoner eller fagperspektiver som ikke uten videre oppfattes som del av ”det nyttige”, vil komme under press fra tunge og mer tradisjonelle fagmiljøer. I slike prosesser vil humaniorafagene tidlig stå for hogg i et medisinsk miljø.

– Som læringsform er PBL ikke egnet for introduksjon av fagstoff utover de tradisjonelle fagdisipliner. Det vil hos studentene tidlig oppstå en ”taus kunnskap” om hva som ansees som viktig når deres egne læringsmål skal formes, dels uttrykt gjennom de felles referanserammer som korpset av veiledere formidler, dels ved de føringer som tidligere eksamensoppgaver gir. Læringsmål alene kan ikke befordre læring på akademisk nivå innen fagområder som ikke allerede er etablerte. Det ligger altså ingen impulser til utvidelse av forståelsesrammene i PBL-modellen, snarere til resirkulering av etablert kunnskap innen kjente rammer.

Av dette vil det være galt å trekke den slutning at problembasert læring er uegnet generelt sett. Slett ikke. Det gjelder bare å se hva metoden er god til, hvor den har sine begrensninger, og i hvilken kontekst den brukes. Den er ikke egnet til å gi faginnholdet i studiet noen ny retning. Til det trengs det andre læringsformer. Slik også for humanioradimensjonen. I medisinstudiet må den, som mye av fagstoffet under det som tidligere ble omtalt som ”den tredje kultur”, formidles i andre former, som kurser, seminarer, egne forelesningsrekker, gruppeoppgaver, skriftlige hjemmeoppgaver, og selvsagt egen lesing.

Alt dette under forutsetning av at man, som Snow (7), Nylenna (4), og mange av medisinenes markerte skikkelser mener, at den gode lege må ha mer enn et naturvitenskapelig fundament å stå på. Ja, noen mener dette så sterkt at de reiser tvil om den moderne medisinen i det hele tatt vil overleve som tilnærmet enerådende samfunnsinstitusjon i møtet med blant annet alternative behandlere, om den ikke beskikker sitt bo med en større vektlegging av lege-pasient-forholdet og den humanistiske dimensjonen (14). Det handler ikke om å klistre noe irrelevant utenpå den egentlige medisinerutdanningen. Det handler om hvordan vi i studiet kan hjelpe de kommende leger til å bli bedre leger, og om hvordan de kan overleve som mer fornøyde leger i en yrkesrolle som ser ut til å bli stadig mer komplisert (14, 15). Til det trengs det mer enn god biokjemisk forståelse. Og faktisk også mer enn overfladiske kurs i ”god folkeskikk”.

Til denne kasuistiske beretningen fra et medisinsk fakultets arbeid med ny studieplan bør det føyes til at mye fortsatt er løfterikt. Fakultetsledelsen har tatt fatt på et nytt arbeid for å justere og forbedre studieplanene. I dette arbeidet har lege-pasient-forholdet fortsatt høy prioritet (16). Trondheims-fakultetet har fått en betydelig styrking av fagmiljøer innen medisinsk etikk, både på basalfags- og på klinikkensiden, og medisinsk historie er under oppbygging. Når det gjelder praktisk læring av kommunikasjon har problemet de siste årene verken ligget i manglende rammer i studieplanene eller i velvilje fra fakultetets side, men i den mye omtalte bemannings- og rekrutteringskrisen i allmenntilleggsmedisinen, som har store oppgaver nettopp her. Også på dette området er det forbedringstiltak i gang. Men det aller mest løfterike er at vi fortsatt får tilstrømning av studenter med høy motivasjon og gode hoder. Da kan det aldri gå helt galt med utdanningen. Men det forplikter.

LITTERATUR:

1. Pettersen HB, Bovim G, Brodal P, Øgreid D, Fønnebø V. Medisinstudiet i Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 2798 – 803.
2. Johannessen T, Pettersen HB, Vatten L, Iversen O-J, Bjertnæs A. Hvorfor endre medisinstudiet – har vi noe å lære av universitetene i New Mexico, McMaster og Harvard? Tidsskr Nor Lægeforen 1992; 112: 1215 – 8.
3. Karlens KAH, Vik T, Westin S. Det problembaserte studiet i Trondheim – ble det slik det var planlagt? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2269 – 73.
4. Nylenna M. De ”to kulturer” i medisinen Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3732 – 5.
5. Frich JC, Fugelli P, Fyrand O, Jørgensen J, Frøyshov IL. Velkommen til kurset ”Helse og sykdom i kunsten”! Oslo: Universitetet i Oslo, 1996.
6. Frich JC. På sporet av en litterær medisin. Tidsskr Nor Lægeforen 1995; 115: 3773 – 7.
7. Snow CP. De to kulturer. Oversatt av Ragnar Kvam. Cappelen upopulære skrifter. Oslo: Cappelen, 1960.
8. Bøe S. Medisin med et menneskelig ansikt – en vitenskapsfilosofisk betraktning. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 4355 – 7.
9. Bjørndal A, Fugelli P, Westin S. Sans og samling – om samfunnsmedisinske ord og ordninger. Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 2954 – 7.
10. Fugelli P, Haug K, Høyen G, Westin S. Sosialmedisin – på sporet av det tapte fag Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3057 – 61.
11. Holen A. Fortrinn ved problembasert læring. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 2998.
12. Holen A. The PBL group: self reflections and feedback for improved learning and growth. Medical Teacher 2000; 22: 485 – 8.
13. Johannessen T. Lege-pasient-kurset i medisinstudiet i Trondheim. Tidsskr Nor Lægeforen 1994; 114: 3202 – 6.
14. Le Fanu J. The rise and fall of modern medicine. London: Little, Brown, 1999.
15. Hjort PF. Legerollen mot år 2000. Tidsskr Nor Lægeforen 1988; 108: 3276 – 7.
16. Bovim G. Kan leger snakke med folk? Adresseavisen 17.10.2000: 15.

Publisert: 10. desember 2000. Tidsskr Nor Legeforen. DOI:

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no