

Er det for lite erfaringsbasert læring og medisinsk profesjonalisme i dagens medisinske utdanning?

## Medisinsk profesjonalitet

I de senere årene har det internasjonalt vært rettet økende oppmerksomhet mot utvikling av medisinske profesjonelle standarder (1). I boken *Measuring medical professionalism* definerer Stern medisinsk profesjonalitet til å omfatte fire likeverdige deler: medisinsk kompetanse, humanisme, etterrettelighet og altruisme (2). Medisinsk kompetanse omfatter beherskelse av det medisinske kunnskapstilfanget, inkludert etisk og juridisk forståelse, praktiske ferdigheter, kommunikasjonsevner og evnen til å benytte disse elementene sammen i praktisk legegjerning. Humanisme omfatter evnen til å spille sammen med andre mennesker, pasienter, kolleger og andre samarbeidspartnere med respekt, medfølelse, empati, ære og integritet, og kunnskap om og forståelse for andres ståsted og spesifikke kontekst. Etterrettelighet dekker evnen til selvregulerende atferd i yrkesutøvelsen med tanke på de plikter som følger, inkludert skrevne og uskrevne kontrakter med pasienter, kolleger, arbeidsplass, arbeidsgiver, fag og samfunn samt ansvar for egen livslang læring. Altruisme er vanskelig å kategorisere, og elementer av begrepet kunne vært tatt med i hver av de tre andre punktene: yte det beste for pasienten, uselvvisk opptreden, unngå egeninteresser. Det finnes flere liknende definisjoner (1).

Amerikanske organisasjoner innen medisinsk utdanning har oppfordret samtlige medisinske fakulteter i USA å ta inn disse prinsippene i sine studieplaner (1). Burde Spesialitetsrådet og Den norske legeforening gjøre det samme i Norge? Legges det tilstrekkelig vekt på alle de fire elementene av kvalifisert legegjerning i grunnutdanningen og i videre- og etterutdanning av leger i Norge? Sterns omfattende definisjon av medisinsk profesjonalitet spesifiserer på mange måter hva som kan mangle. Faget medisinske atferdsfag har tradisjonelt tatt seg av trening i deler av Sterns begrep, men blir lett betraktet som en salderingspost i grunnutdanningen. Faget har heller ingen særlig stor plass i videre- og etterutdanningen av leger. Tross alt har alle medisinske spesialiteter ansvar for at leger trenes i god, profesjonell atferd.

Mye tyder på at trening innen de mer personbaserte elementene i Sterns definisjon av medisinsk profesjonalitet må plasseres i et repetert mønster og i relevant kontekst i studieplanen for å kunne påvirke studentens selvoppfatning, holdninger, ferdigheter og atferd i gunstig retning (2). Det samme gjelder for legers videre- og etterutdanning. Studier tyder på at studentenes kommunikasjonsevner blir svekket i løpet av studiet (3). Årsaken kan være at studentene konsentrerer seg for mye om å lære basal medisinsk teori til å tenke på egen kommunikasjon, men det kan også være manglende forbilder og for lite spesifikk trening gjennom studiet. Tilsvarende er vist for studentenes evne til empati (4, 5). Det har vært hevdet at slike personlighetsrelaterede egenskaper ikke kan læres (1). Slike egenskaper, særlig empati og altruisme, er svært komplekse, og innlæring av dem må derfor være multifasettert. For eksempel vil et verbalt sett empatisk utsagn kunne falle dødt til jorden dersom det ikke oppleves som ektefølt av mottakeren, mens en ikke-verbale handling kan formidle det som var meningen å formidle. En rekke studier viser at alle elementene i medisinsk profesjonalitet kan læres når læringen er basert på erfaring (2–5). Det bør norske medisinske fakulteter ta konsekvensen av.

Erfaringsbasert læring og utvikling av evnen til refleksjon henger nøye sammen. Refleksjon, som kan defineres som det å ta et skritt

til siden og vurdere en hendelse kritisk fra et analytisk og upartisk synspunkt, er et sentralt aspekt ved alle beslutningsprosesser og all kommunikasjon. Evne til refleksjon kan ses på som selve essensen i medisinsk profesjonalitet og må således betraktes som en kjerneferdighet for den gode lege og en forutsetning for å kunne ta ansvar for egen livslang læring. Også evnen til refleksjon kan læres ved spesifikk trening (6).

Det er ikke uproblematisk at norske medisinske fakulteter ofte ensidig vektlegger medisinsk kunnskap på bekostning av andre forhold ved medisinsk profesjonalitet, slik som kommunikasjonsevner, empati og humanisme. Selv om kommunikasjons- og empatitrening tilsynelatende er prioritert, utgjør slik trening ikke mer enn ti timer i snitt per år ved norske læresteder (7). Skal profesjonelle ferdigheter som humanisme, pålitelighet og altruisme tas på alvor, må de også etterprøves. Svært få norske medisinstudenter stryker til eksamen på grunn av utilstrekkelige ferdigheter innen humanisme, altruisme eller kommunikasjon, til tross for at klagesaker mot leger ofte dreier seg om slike forhold.

Det er satt av for liten plass til trening i medisinsk profesjonalitet på flere områder innen legers videre- og etterutdanning, selv om det finnes gode eksempler på det motsatte. Kollegabaserte grupper og gjensidige praksisbesøk er del av programmet for resertifisering av spesialister i allmenntidrett. I spesialiteten onkologi er kommunikasjonskurs en obligatorisk del av utdanningen, og andre spesialiteter har utviklet liknende opplegg. I Storbritannia sender allmennpraktikere inn videoopptak av ti konsultasjoner siste måneder for bedømmelse ved resertifisering. I USA er delstatseksamen for leger nylig utvidet med en praktisk «stasjonseksamen» der kandidatens grad av medisinsk profesjonalitet evalueres ut fra hennes/hans håndtering av simulerte pasienter. Trening og testing for alle de fire elementene av medisinsk profesjonalitet bør vurderes innført i grunnutdanningen og i videre- og etterutdanningen av norske leger.

**Anders Bærheim**  
anders.barheim@isf.uib.no

*Anders Bærheim (f. 1948) er professor i allmenntidrett ved Universitetet i Bergen og har spesiell interesse for medisinsk undervisning.*

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

### Litteratur

- Rohrich RJ. Professionalism: the end product of the medical profession. *Plast Reconstr Surg* 2006; 118: 1487–8.
- Stern DT, red. *Measuring medical professionalism*. New York: Oxford University Press, 2006.
- Pfeiffer C, Madray H, Ardolino A et al. The rise and fall of students' skill in obtaining a medical history. *Med Educ* 1998; 32: 283–8.
- Stepien KA, Baernstein A. Education for empathy. A review. *J Gen Intern Med* 2006; 21: 524–30.
- Falkum E. Kan empati læres? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 3662.
- Kidd J, Nestel D. Facilitating reflection in an undergraduate medical curriculum. *Med Teach* 2004; 26: 481–6.
- Gude T, Anvik T, Bærheim A et al. Undervisning i klinisk kommunikasjon for medisinstudenter i Norge. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 2277–80.