

# Ideologi og intensjoner — et tilbakeblikk

Peter F Hjort

Da vi laget studieplanen for medisinerstudiet i Tromsø arbeidet vi etter ti prinsipper, som med ett unntak står minst like sterke i dag. Men skulle jeg nå være med på å lage en ny studieplan, ville jeg forsøkt å få med tre nye prinsipper som omfatter etikk, bruken av økonomiske ressurser innen helsetjenesten og en langt bredere plass for geriatrien i undervisningen.

Den 14 mars 1969 oppnevnte interimstyret for Universitetet i Tromsø et Fagutvalg for medisin. Det hadde sju medlemmer — fire medisinske lærere og tre studenter. De var alle fra Universitetet i Oslo, og gjennomsnittsalderen i utvalget var vel 30 år. Den første store oppgaven var å lage en ny medisinsk studieplan for Universitetet i Tromsø.

Universitetet hadde to overordnede mål — »the double helix of the University of Tromsø« — og det preget studieplanen (*Figur 1*). For å forstå dem, nå en huske at det var bitter strid om det nye universitetet og at de overordnede mål — ideologien — var universitetets viktigste kampmiddel. En må også huske at medisinen fungerte som en fortropp for universitetet og at den medisinske studieplanen var hele universitetets fane.

## To overordnede mål

Den første tråden i helix var distriktpolitikken, og distriktpolitikken har alltid

*Peter F Hjort*, professor, dr med, formann for Interimstyret i Universitetet i Tromsø 1969—1973 og dess rektor 1973. Nuvarande adress: Norges almenvitenskapelige forskningsråd, Gruppe for helsetjenesteforskning, Fr Stangsgata 11/13, N-Oslo 2.

Nordisk Medicin 95: 222—224, 1980.

vært viktig i norsk politikk. Den bygger på Formannskapsloven av 1837, den mobiliserer tusenvis av kvinner og menn i ca 450 kommunestyre, og den avgjorde striden om Norges tilslutning til EF. Universitetet i Tromsø var en flaggsak for denne politikken, fordi det symboliserte periferiens kamp mot sentrum og ekspertene der. Den distriktpolitiske målsettingen var et universitet som tjente landsdelen og folket der.

Den anden tråden var universitetspolitisk, og dere må huske at dette arbeidet foregikk året etter studentrevolusjonen i Paris. Denne revolusjonen bygget på tanker om akademiske reformer som hadde modnet i tiåret før. Det sentrale i disse tankene var at universitetet skulle tjene både vitenskapen og samfunnet, både fremtiden og nåtiden. Dette skulle gjelde både forskning, undervisning og praktisk arbeid. Disse tankene var en motoffensiv mot universitetets fremmedgjøring i sin isolerte streben mot egne mål og var en reaksjon mot de akademiske festtaler, som priste akademikernes isolasjon og forskning for forskningens egen skyld.

Selvsagt var vi klar over balansen mellom akademisk frihet og samfunnsengasjement — den balanse som Lord Keynes har uttrykt slik: »The scientist is a public servant, but his own master«. Men vi følte at det akademiske arbeidet hadde mistet denne balansen og at de medisinske fakultetene utdannet leger, som var mer interessert i medisinen enn i syke mennesker. Vi aktet å bruke studieplanen som et middel til akademisk reform. Og vi hadde store mål. Vi håpet at en god studieplan ville smitte over på de andre fakultetene ved Universitetet i Tromsø og på de andre universitetene i Norge.

## Ti praktiske prinsipper

Det store problemet var å ta skrittet fra disse luftige intensjoner til praktiske prinsipper. Vi endte med ti slike prinsipper:

Det første var balansen mellom de to egenskapene som til sammen skaper en god lege: en må kunne noe, men en må også føle noe. Dette prinsippet må prege en medisinsk skole, og derfor

### Universitetet i Tromsø Ideologien fra 1968

Distriktpolitisk: tjene landsdelen,

- utdanne landsdelens egen ungdom
- psykologisk effekt (»distriktpolitikken flaggskip«)
- bedre levekårene i landsdelen

Universitetspolitisk: tjene folket, ikke bare vitenskapen

- akademiske reformer i undervisningen
- relevans i forskningen

Figur 1. Slagordene fra 1968.

satte vi William Osler's ord som motto for studieplanen: »Legen trenger både et klart hode og et varmt hjerte«. (4).

Det andre prinsippet er balansen innen medisinen's hellige treenighet: de biologiske fag, de kliniske fag og de samfunnsmedisinske fag. Hvor det overhodet er mulig, skal de ses i sammenheng. Dette er ikke lett, for de to første — faderen og sønnen — har lett for å dominere den tredje — samfunnsmedisinen, som lett blir like diffus som den Hellige Ånd.

Jeg vil illustrere prinsippet med et eksempel — cystisk fibrose. Dette er en sjelden, medfødt sykdom. Den biologiske bakgrunnen er interessant, de kliniske symptomene er alvorlige, og de fleste medisinske skoler går ikke lenger. Men hva med de sosiale konsekvenser og problemer? Her er én illustrasjon av dem, og ingen kan være lege for familier med alvorlig handicap uten å kjenne slike forhold (*Figur 2*)(3).

	Sosial gruppe		
	I-II	III	IV-V
Alder ved diagnose (mnd)	8.4	15.0	16.3
Far til stede ved beskjed om diagnosen (prosent)	64	30	18
Far fått full beskjed (prosent) .....	45	25	0
God innsikt — mor (prosent) .....	28	11	18
God innsikt — far (prosent) .....	45	12	12

Figur 2. Medfødt sykdom (cystisk fibrose) og sosial gruppe (Burton 1975).

Det tredje prinsippet følger i grunnen av disse to første: tidlig klinisk kontakt, fra første dag i studiet. Dette optok oss sterkt, og vi følte at det markerte opprøret mot de tradisjonelle medisinske skoler.

Det fjerde prinsippet var det vi brukte mest tid på, selve inndelingen av studiet med organkursene, (Figur 3). Dette var ingen original tanke fra vår side — den var satt ut i livet ved flere amerikanske skoler. Vi følte at dette prinsippet var en logisk konsekvens av prinsippet om balanse innenfor treenigheten, og vi så på det som selve nøkkelen til studieplanen. Det hang sammen med det viktigste slagordet vi brukte — integrasjon. Vi var klar over at prinsippet var krevende, men vi mente det var nødvendig.

Det femte prinsippet var stadium III — at studentene skulle vekk fra universitetet og universitetssykehuset for å se praktisk medisin og for å få respekt for dem som drev med det.

Det sjette prinsippet var valgfrie fag hovedoppgaven. Det sies ofte at medisinen er et livslangt studium, og det er sant. Men skal den bli det, må studentene lære seg selvstendige arbeidsvaner, og de må trenes til å ta ansvar for sin egen læring. De må også vite noe om prinsippene for vitenskapelig arbeid. Midlet til å nå alt dette var valgfrie fag og hovedoppgaven. Det tradisjonelle medisinske studium er jo også i virkeligheten en yrkesskole med større vekt på det engelskmennene kaller »training« enn på »education«. Det er viktig å forsøke å gjøre noe med dette, og selvstendig arbeid var ett av midlene.

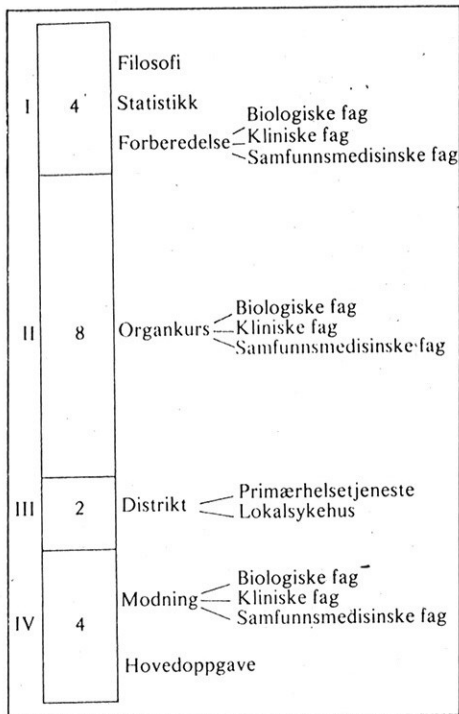
Det syvende prinsippet trakk i samme retning, nemlig eksamen. Vi følte at vi måtte bryte med det tradisjonelle eksamenstyranni med detaljerte karakterer. Vi måtte finne eksamensformer, som overførte mer ansvar til studentene. Det mest radikale forslaget vant. Resultatet var få eksamener og ingen karakterer.

Et åttende prinsipp har antakelig vist seg å ha mindre betydning, nemlig at de studentene som ikke ville drive klinisk arbeid kunne avbryte etter stadium II. Grunnen til at det har fått mindre betydning er antakelig at medisin grunnfag har fanget opp dette behovet (medisin grunnfag er et ett-årig studium, som gir en generell innføring i medisinen og helsetjenesten).

Det niende prinsippet var å lage mekanismer for kontinuerlig revisjon av studieplanen gjennom et studiestyre med stor myndighet og sterk representasjon fra studentene.

Det tiende prinsippet var å offentliggjøre studieplanen (4), dels for å skape interesse for den lille halvørde bok fra Tromsø, og dels for å forplikte universitetet, lærerne og studentene.

Dette var slik vi så det for ti år siden. Hvordan står hele denne tankebygning-



Figur 3. Oversikt over studieplanen i Tromsø. Romertall angir stadier, arabertall angir antall terminer.

en i dag? Jeg vil våge meg på et subjektivt tilbakeblikk.

Først noen ord om de to trådene i helixen. Distriktpolitikken står sterkere enn noensinne. Tiden har vel vist at det var fornuftig av Norge ikke å melde seg inn i det Europeiske fellesskap. Hele ideologien om desentralisering, små enheter — har vist seg å ha stadig sterkere appell til menneskene.

Tanken om akademiske reformer står på en måte svakere i dag enn for ti år siden. Mange universiteter og mange medisinske fakulteter har trukket et lettelsens sukk over at studentrevolusjonen forsvant, slik at en kunne falle tilbake til det gamle eller til mer kosmetiske reformer av studieplanen. Jeg for min del er dypt bekymret over dette, fordi jeg føler at det blir et større og større gap mellom universitetenes virksomhet og samfunnets behov. Jeg tar de eldre og deres behov som illustrasjon. De fleste medisinske fakulteter lukker øynene og håper at eldre-bølgen skal forsvinne på samme måte som studentrevolusjonen forsvant. I Norge er nå to tredjedel av helsetjenestens senger belagt med eldre, men fremdeles eksisterer ikke geriatri som fag i Norge. Et annet eksempel er forebyggende arbeid (Figur 4). Vi tenker fremdeles i vaksinasjon og helsekontroller og ser ikke at det er utenfor medisinen slaget om folkehelsen må utkjempes. Jeg er redd for at universitetene lar dette drive så lenge at samfunnet en dag våkner opp og tar autonomien fra universitetene. Konsekvensene kan bli at universitetene mister sitt selvstyre.

Det er lett å bebreide universitetene,

men det er også lett å forstå dem, for de er fanget i et felles problem for alle store organisasjoner — motstanden mot forandring. Likevel må de gjøre noe, hvis de vil beholde sitt selvstyre.

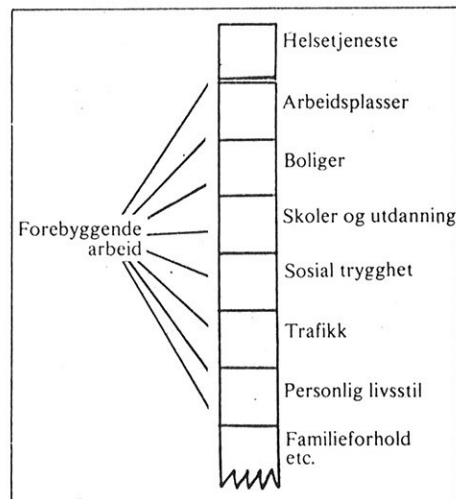
Jeg tolker dette slik at de to trådene i helix har vokset seg sterkere i disse årene. Jeg er overbevist om at vi så rett, og tiden har styrket våre argumenter.

Hvordan er det gått med prinsippene i studieplanen i disse ti årene? Jeg tror bare ett av dem er svekket — slik jeg nevnte ovenfor. De andre tror jeg står minst like sterkt i dag som for ti år siden, og mange av dem står enda sterkere. Jeg har også spurt meg om noe manglet blant disse prinsippene. Skulle jeg være med på å lage en ny studieplan i dag, ville jeg forsøkt å få med tre nye prinsipper.

Det ene omfatter den individuelle etikk — det vi gjør med pasientene. Medisinen har fått så stor makt og så store muligheter til å gripe inn i menneskenes liv at legene må ha etikken med seg i det faglige arbeid, for eksempel i valg av diagnostiske og terapeutiske metoder. Veien er også kort over til vanskelige sosial-etiske problemer, som for eksempel innblanding i menneskenes livsstil og påvirkning av politikken.

Det andre prinsippet gjelder bruk av ressurser. Over alt hvor vår forskningsgruppe har sett etter, har vi funnet svære forskjeller i helsetjenesten (1). Denne forskjellsbehandlingen har både medisinske og økonomiske konsekvenser, og jeg tror legene skulle være mer bevisste om de økonomiske sidene ved helsetjenesten. Da vi snakket om samfunnsmedisinske fag i studieplanen, tenkte vi ikke på økonomien, og det var en svakhet. De medisinske studenter må forstå grunnleggende økonomiske prinsipper, fordi de som leger forvalter så store summer (det norske helsebudsjettet er f.eks i dag på 20 milliarder kroner).

Det tredje prinsippet gjelder de eldre. Jeg må innrømme i dag at vi ikke tenkte på de eldre for ti år siden. Skulle



Figur 4. Forebyggende arbeid er mer enn helsetjeneste.

studieplanen vært laget i dag, måtte geriatrien få en langt bredere plass. (2).

## Entusiasme og engasjement — hemmelige våpen

For ti år siden var jeg ikke i tvil om at den medisinske studieplanen hadde helt avgjørende betydning. I dag er jeg i tvil, og jeg vakler mellom tre syn:

- Det først er mitt gamle syn: at studieplanen er et avgjørende hjelpemiddel til å lage gode leger av medisinske studenter.
- Det andre synet er det motsatte: når en rekrutterer ungdom som er godt utrustet, vant til systematisk arbeid og høyt motivert, så fins det ikke den studieplan i verden som kan hindre dem i å bli gode leger. Kanskje det viktigste ved en studieplan er at en ikke underviser for meget, slik at studentene får fred til å tenke selv.
- Det tredje synet er at studieplanen er viktig, men bare på en indirekte måte. Det avgjørende er at unge mennesker oppdras i et miljø som er preget av optimisme, engasjement, entusiasme, innsatsvilje og selvtillit. Da finner de gode rolle-modeller blandt lærerne, og da går resten av seg selv. Enhver studieplan som bidrar til å skape et slikt miljø er god — uten hensyn til om stoffet er delt inn på langs eller tvers. Det viktigste blir at miljøet tror på studieplanen.

Jeg er mest tilbøyelig til å tro at det siste synet er riktig. Målt med disse kriterier, var studieplanen god, fordi den skapte entusiasme, ansvarsfølelse og målbevissthet. Målt med de samme kriteriene, er den fremdeles god.

Ett av de store problemene i dagens helsetjeneste, er at den har så lite entusiasme og humør. Den er mer opptatt av krise, mangel på ressurser og arbeidstidsnormer enn av noe annet. En begynner å få inntrykk av at personalet har det verre enn pasientene. I særlig grad gjelder dette omsorgen for de gamle. Jeg tror det er viktig å tenke over disse tingene. Hvis mitt syn er riktig, blir det et hovedmål å holde entusiasmen og engasjementet oppe. I så fall kan det tenkes at det er lærerne — og ganske særlig Arne Nordøy — som er Tromsøs hemmelige våpen, ikke studieplanen.

## Litteratur

1. Haugen, Ø, Hjort, P F, Andrew, M & Øydvin, K: Forskjeller i sykehusenes behandlingsopplegg. Tidsskr. Nor Lægeforen 100: 1065-1068, 1980.
2. Hjort, P F: Geriatri — utfordring og stebarn. Tidsskr Nor Lægeforen 99: 1501-1505, 1979.
3. Burton, L: The family life of sick children. Routledge, London, 1975.
4. Universitetet i Tromsø: Medisinsk studieplan. Universitetsforlaget, Tromsø 1971.