

Gode leger – hvordan blir studentene det?

Ian McWhinney er professor i Family medicine i Canada, og han ble æresdoktor ved Universitetet i Oslo i 1991. En del av seminaret som ble arrangert i den forbindelse, dreide seg om det evige problem: «Do we need a reformed medical curriculum?»

Mitt innlegg følger to linjer: Den første er historisk og dreier seg om de store trekkene i utviklingen av medisinen og av folkesykdommene. Den andre er pedagogisk og reiser spørsmålet: **1 betyr mest – studieplanen eller lærerne?**

Innlegget slutter med noen konklusjoner om utdanningen av leger.

Historisk er jeg interessert i to hovedlinjer og kontrasten mellom dem.

Utviklingen av medisinen

Leger har alltid visst at god medisinsk praksis krever at man klarer å smelte sammen to helt forskjellige verdener.

Den ene er den medisinske vitenskaps verden. Det er en abstrakt og teoretisk verden som dreier seg om sykdommer – deres årsaker, mekanismer, diagnose, prognose og behandling. Denne verden dreier seg om nøyaktige kvantitative målinger, logiske resonnementer, analyse, reduksjonisme og vitenskapelig positivisme (tab 1). Det er forstandens og hjernens verden. Denne verden bygger på faktiske kunnskaper som kan finnes i bøker og forelesninger. Kunnskapene kan læres av studenter som er godt motivert av frykten for eksamen, og læringen kan måles ved eksamen.

Den andre er de syke menneskers verden. Dette er legekunstens verden, og her dreier det seg om kvalitativ forståelse, menneskelig innføling, syntese, helhetsforståelse, holisme. Ofte er denne verden verken rasjonell eller logisk, og viktige detaljer må fornemmes og føles, for de kan ikke måles. Dette er innfølingens og hjertets verden. Den bygger på taus kunnskap som ikke kan doseres, leses og læres. Denne kunnskapen må oppfattes og fornemmes gjennom praktisk arbeid, helst i et lærling-mester-forhold over forholdsvis lang tid (1). Den kan bare testes ved praktiske prøver.

Basert på foredraget Medical education – the central dilemmas, seminar 30.8.1991 i Det norske vitenskapsakademi til ære for professor Ian McWhinney

Peter F. Hjort

Avdeling for Samfunnsmedisin
Statens Institutt for Folkehelse
0462 Oslo

Hjort PF.

How do we turn medical students into good doctors?

Tidsskr Nor Lægeforen 1991; 111: 3700–2

Good medical practice requires the amalgamation of two worlds, the world of medical science and the world of sick people. Medical science has seen unbelievable progress, but criticism from patients has nevertheless increased. There is also an increasing gap between the direction of medical science and sick people's problems.

The curriculum needs reforming in most medical schools. But the teachers are probably more important than the curriculum. The teachers, at least a few of them, should serve as role models and influence the students for life. I describe my three role models as an illustration.

The medical schools must therefore work along two lines, they must reform the curriculum and make the teachers good role models.

Vi har lett for å tro at en slik todeling er spesiell for medisinen, men det er den ikke. I en periode av mitt liv var jeg engasjert i å bygge opp en fiskerihøgskole ved Universitetet i Tromsø. Det fantes ingen modell i Norden, og jeg diskuterte prosjektet med mange – også med en fisker på havna i Tromsø. Han viste ingen som helst entusiasme: «Du kan ikke lære å fiske,» sa han, «det må du kunne». Det han mente, var selvfølgelig at en god fisker kan lese bølger, vind og skyer, han føler båtens bevegelse, han ser sjøfuglene, og han føler hvor fisken står (1 tillegg til alle instrumentene). Det innebærer at han har mye til felles med en god sykepleier eller lege som kan fornemme nyanser i pasientens ord og kroppsspråk og som føler om pasienten er alvorlig syk eller ikke. Fremfor alt behersker de kommunikasjonens kunst, fordi de har lært seg til å lytte både med hjerne og hjerte. For Hippokrates var pasienten som person viktigere enn sykdommen, og legen måtte lytte til mer enn pasientens ord (2).

Poenget er ikke å sette disse to verdener opp mot hverandre, men å smelte dem sammen: «The doctor should be compassionate as well as competent» (3).

Hvis vi sammenlikner disse to verdener, ser vi at de har utviklet seg helt forskjellige i

de siste 2–3 generasjoner. Den vitenskapelige medisinen har hatt en ufattelig fremgang. Vi kan lese den genetiske koden, og snart kan vi også rette feilene. Spesialisering var en forutsetning for å skape og bruke slik kunnskap. Min morfar, professor Peter F. Holst, var spesialist i indremedisin, men han var egentlig spesialist i syke mennesker. Det var det som var hans stolthet, og det var det som gav ham hans posisjon. I dag oppfatter 93 % av norske indremedisinere seg som grenspesialister eller organspesialister (4). Det betyr at medisinen fremgang radikalt har endret medisinen praksis (5).

Det er vanskeligere å dokumentere utviklingen i den andre verden – legekunstens og de syke menneskers verden. Men jeg opplever at den har endret seg radikalt. For eksempel er kontinuiteten i behandlingen blitt svekket. For en stund siden snakket jeg med moren til et barn med en alvorlig og komplisert medfødt sykdom. Da vi kom til hennes erfaringer med Regionsykehuset, begynte hun å gråte og sa: «Jeg orker ikke å gå dit lenger, for jeg må fortelle alt sammen på nytt til en ny lege hver gang.» Jeg tror nok også at interessen og respekten for denne verden er mindre enn før.

Jeg tror det er en konkurranse mellom disse to verdener i medisinen og de verdssystemer de står for. Det er ingen tvil om at det er den medisinske vitenskap som er vinneren.

I figur 1 har jeg forsøkt å illustrere en dramatisk og fullstendig uforutsatt virkning av denne utviklingen, nemlig en radikal nedgang i legenes og skolemedisinenes posisjon. Denne posisjonen ble skapt gjennom kanskje hundre generasjoner av legers arbeid med syke mennesker. Den ble ikke rokket av de store gjennombrudd i den medisinske vitenskap, f.eks. av Harveys oppdagelse av sirkulasjonen (1628), av Virchows cellulærpatologi (1858) eller av Kochs oppdagelse av tuberkelbasillen (1882). Nedgangen startet paradoksalt nok da medisinsk behandling begynte å bli effektiv, kanskje med Domaghs oppdagelse av sulfonamidene i 1935.

Utviklingen av folkehelsen og folkesykdommene

Det er nok med en kort oppsummering av denne utviklingen, fordi den velkjent, selv om den ofte blir oversett – kanskje med vilje.

I dette århundret er sykdomspanoramaet dramatisk forandret. Her er noen hovedtrekk:

– Pasientene er blitt meget eldre. Pensjonister (67 år og eldre) bruker nå ca. halvparten av helsetjenestens samlede ressurser

– Kroniske sykdommer og funksjonshemninger er blitt stadig viktigere. Ca. 17% av befolkningen har en varig og vesentlig funksjonshemning (6), og over 80% av pasientene i en indremedisinsk avdeling har kronisk sykdom – ofte flere kroniske sykdommer

– Psykososiale sykdommer («samsykdommer») og muskel- og skjelettsykdommer er blitt de viktigste sykdommene i befolkningen

– Mange leger klager over at de bruker altfor mye tid på «banale problemer». De er viktige for pasientene, men er mer livsproblemer enn medisinske problemer.

Slike trekk har forandret den daglige helse-tjeneste, og det er lett å se at det er en økende kløft mellom det som opptar den vitenskapelige medisin, det som plager og bekymrer befolkningen, og det som er den daglige jobb for helsetjenesten.

Pedagogiske hovedproblemer

Hittil har jeg gjort rede for den virkelighet de nye legene går til. Jeg vil nå se på den medisinske undervisningen og tar for meg to sider av den – studieplanen og lærerne.

Studieplanen

I mange år trodde jeg at studieplanen var nøkkelen til det forjettede land. Den skulle gi oss de legene som var både dyktige og gode, både «competence» og «compassion». Jeg ble belønnet – eller straffet – i 1969 da jeg fikk anledning til å arbeide med den nye medisinske studieplanen for Universitetet i Tromsø. Jeg startet med å besøke flere av de såkalte «progressive medical schools» i verden. Ifølge Verdens helseorganisasjon var det bare ca. 3% av de medisinske skoler som fortjente denne betegnelsen. Det var en spennende tur, og jeg vil nevne to opplevelser.

Ved University of Southern California møtte jeg professor Steven Abrahamson som var professor i medisinsk undervisning. Jeg hadde kjent ham i flere år, og nå så han på meg med et vennlig smil og sa: «So, you are in the curriculum game, now.» Etter hans dyrekjøpte erfaring var studieplanen et spill om timer, penger og innflytelse. I praksis er det umulig å vinne spillet om en progressiv studieplan ved et etablert universitet fordi de konserverende interesser og krefter er for sterke. Status quo er det eneste som kan sikre husfreden.

Ved University of Newcastle ble jeg invitert til en studentdebatt. To grupper stod mot hverandre. Den ene var interessert i medisinen og ønsket seg mer håndfast medisinsk undervisning – Krebs sykklus, DNA og hele kroppens maskineri. Den andre gruppen var interessert i samfunnet og ønsket seg mer samfunnsvitenskap. Den siste gruppen var sterk på denne tiden. Til slutt ble en av studentene i den første gruppen så provosert at

Tabell 1 Medisinens to verdener

Medisinsk vitenskap	Legekunst
Sykdommer	Syke mennesker
Analyse	Syntese
Reduksjonisme	Holisme
Kvantitativ måling	Kvalitativ forståelse
Faktisk kunnskap	Taus kunnskap
Bøker, forelesninger	Klinisk arbeid, lærlingtid
«Hjerne»	«Hjerte»

Tabell 2 Diseases of the curriculum (9)

1. Curriculosclerosis: manglende helhet – «instituttokrati»
2. Carcinoma of the curriculum: ukontrollert vekst av én del
3. Curriculoarthritis: delene passer ikke sammen – «ledder ikke»
4. Curriculum disesthesia: mangler inspirasjon og arbeids glede
5. Iathrogenic curriculitis: klåfingrede endringer
6. Curriculum hypertrophy: studentene undervises i hjel
7. Idiopathic curriculitis: planen drepes av dårlig undervisning
8. Intercurrent curriculitis: utakt med utvikling og samfunn
9. Curriculum ossification: planen forkalkes

han reiste seg, slo ut med armene og ropte: «But you got to know these things when you treat patients.»

For meg var budskapet ett ord – likevekt. Derfor valgte vi Sir William Oslers berømte ord som motto for studieplanen i Tromsø: «Legen trenger både et klart hode og et varmt hjerte» (7). Problemet for dem som spiller om studieplanen er å finne likevekten. Jeg tror vi klarte det i Tromsø, og jeg tror at Tromsø-planen fremdeles er den beste her i landet. Siden den er godt kjent, behøver jeg ikke beskrive den her.

Lærerne

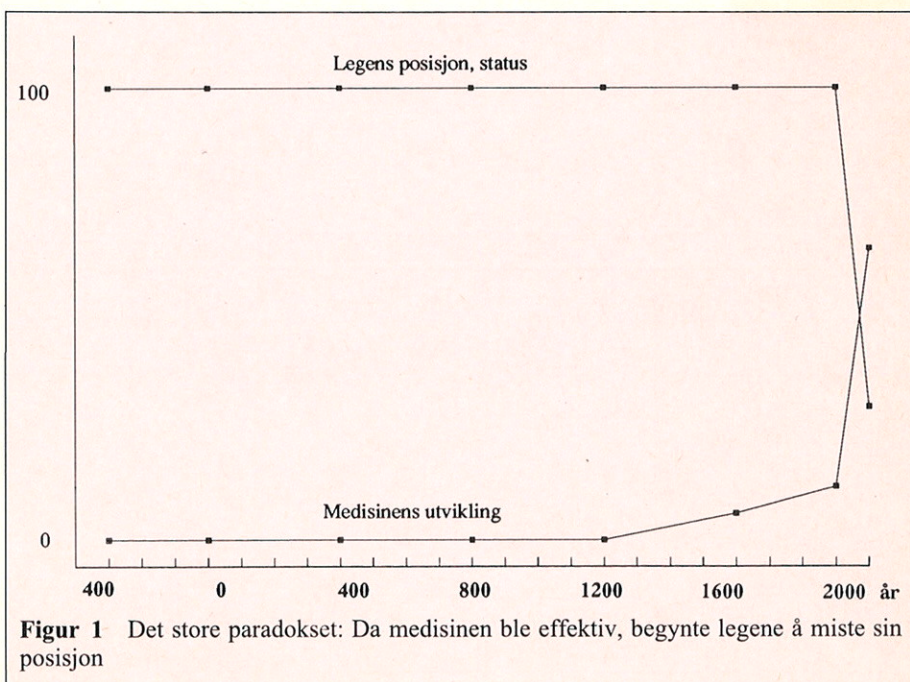
Etter hvert har jeg mistet noe av min klippe-faste tro på studieplanen. Den er viktig, men den er bare den nest viktigste faktor i utdanningen av leger. Den viktigste faktor er lærerne.

Den medisinske utdanningen avhenger helt av lærerne – av hvordan de underviser, av hva slags mennesker de er, og av deres holdninger til andre mennesker – pasienter, medarbeidere og studenter. Solheim har nylig understreket dette perspektivet i en artikkel om den nye studieplanen i Oslo (8).

Gode lærere kan redde en dårlig studieplan, og dårlige lærere kan ødelegge en perfekt plan. Det er imidlertid viktige relasjoner mellom lærerne og studieplanen fordi en god plan trekker til seg og inspirerer gode lærere.

Som en illustrasjon viser jeg i tabell 2 Steven Abrahamsons kjente liste over studieplanens sykdommer (9). De fleste skyldes i virkeligheten dårlige lærere.

Lærerne har to oppgaver – å undervise og å være «rollemodeller». Jeg tror at de fleste profesjonelle – leger, sykepleiere, fiskere og andre – blir påvirket og formet meget tidlig, som studenter eller tidlig i yrkeskarrieren.



Figur 1 Det store paradokset: Da medisinen ble effektiv, begynte legene å miste sin posisjon

Og jeg tror at de formes av noen få rollemo-
deller, som regel færre enn fem. De liker, be-
undrer og identifiserer seg med sine model-
ler, og de blir lik dem. Noen ganger kan man
merke at de snakker som modellene, til og
med går som dem. Jeg vil illustrere dette ved
å fortelle om mine modeller. De var tre – alle
menn, og jeg møtte dem tidlig i livet.

Den første var en kirurg, min onkel Erling
F. Hjort. Som medisinsk student tilbrakte jeg
alle ferier i hans sykehus. Han var en god kir-
urg, en meget vakker mann og det engelsk-
mennene kaller «The perfect gentleman».
Jeg beundret hans lag med pasienten – re-
spekt, interesse, nærhet, varme og humor.
Hans talent med vanskelige kvinnelige pa-
sienter var åpenbart, og en sen nattetime på
vaktrommet sa en av sykepleierne med et
sukk til meg: «Ja, kunne du bli som han ...»

Den andre var distriktslege, Aage Johan-
sen, og jeg var hans assistentlege. Han hadde
to brennende interesser – medisinen og pa-
sientene, og han hadde vært i distriktet i over
20 år. En morgen kom han brusende inn i mitt
lille kontor og ba meg dra i sykebesøk. Pa-
sienten var en ti år gammel gutt med feber, og
det var over tre mil å kjøre. Venteværelset
var fullt, så jeg protesterte. Han var ikke vant
til å bli motsagt og sa: «Du drar straks, og du
kommer ikke tilbake uten diagnose.» Gutten
hadde den høyeste feber jeg hadde sett og
ikke ett lokalt symptom. Han satte seg opp på
halmadrassen sin og la pannen på knærne.
Jeg hadde jo distriktslegens ordre og spinal-
punkterte gutten. Diagnosen kom dryppende
ut av nålen – store gulblakke dråper. Gutten
overlevde sin meningitt, takket være di-
striktlegen, og jeg spurte ham hvorledes han
visste at gutten var så alvorlig syk. «Det var
noe i morens stemme,» var svaret.

Den tredje var professor, Paul A. Owren,

det mest begavede menneske jeg har møtt i
mitt liv. Når vi hadde strevet forgjeves med
en vanskelig pasient, sa han på en av sine ras-
ke visitter: «Har dere tenkt på det?» Så tenkte
vi på det og fant løsningen – i en blanding av
fryd og frustrasjon. Når vi kjørte oss fast på
laboratoriet, foreslo han å angripe problemet
på en annen måte, som virket – til vår glede
og gremmelse. Når vi gav ham et manu-
skript, fikk vi det tilbake med beskjed om at
dette ville bli en fin artikkel, enda vi knapt
kunne se våre egne setninger for hans rettel-
ser. – Unge mennesker kan like mange, be-
undre noen få og knytte seg til en eller to for
livet.

Selvfølgelig nådde jeg aldri opp til mine
modeller, men jeg prøvde – og det er poen-
get. Mine eksempler viser hvordan rolle-
modellene virker. Tre ting er viktige:

- Tid, minst flere måneder
- Nære relasjoner, faglige og menneskelige,
i et lærling-mester-forhold
- Overføringen av taus kunnskap gjennom
eksempelets makt.

Noen konklusjoner

Disse tankene fører meg til fem konklusjo-
ner:

- Den medisinske studieplanen må bygge
opp en god balanse mellom medisinsk viten-
skap og legekunst. Studentene må lære å bru-
ke sin hjerne, men de må også lære å lytte, se
og føle med hjertet
- Studieplanen må få en bedre balanse i for-
hold til det sykdomspanorama vi faktisk har.
Satt på spissen, må geriatri bytte plass med
neurokirurgi (10) som stjernen i de medisins-
ke skoler
- De medisinske lærerne må læres opp til og
bli inspirert til å bli gode lærere. God under-
visning må få sin belønning

– Den medisinske undervisning må organi-
seres slik at studentene får gå i et lærling-
mester-forhold, iallfall med én lærer i løpet
av studietiden. Disse lærerne må være klar
over sitt ansvar som rollemoedeller

– Det beste stedet for rollemoedellene er like-
vel turnustjenesten. Denne perioden er for-
sømt – faktisk død – for mange unge leger.
Den må få liv, status og aktiv undervisning,
og dette er en oppgave for de medisinske
skolene.

Kan vi klare å snu den utviklingen jeg har
forsøkt å illustrere i figur 1? Jeg tror det, men
betingelsen er at vi bygger en bro mellom
den medisinske vitenskap og legekunsten i
de medisinske skolene.

Litteratur

1. Josefson I. Från lärling till mästare. FOU rap-
port 25. Stockholm: Svenska Hälso- och sjukvår-
dens tjänstmannaförbund, 1988.
2. Lyons AS, Petrucelli RJ. Medicine – an illus-
trated history. New York: Harry M. Abrams, 1978.
3. Bendiner E. The Dublin school: from poverty,
a rich legacy. Hosp Pract 1984; June: 221–47.
4. Lange OJ. Legebemanningen ved våre indre
medisinske avdelinger. Tidsskr Nor Lægeforen
1989; 109: 3489–95.
5. Hjort PF, Stene-Larsen G. Indremedisinens
rolle i helsetjenesten – moderfaget som må på
gamlehjem? Tidsskr Nor Lægeforen 1990; 110:
3352–6.
6. Barth E. Funksjonshemmete i Norge. En ana-
lyse av antall, helse og levekår på grunnlag av Hel-
seundersøkelsen 1985. Rapport nr. 6/87. Oslo:
SIFF Gruppe for helsetjenesteforskning, 1987.
7. Universitetet i Tromsø. Medisinsk studieplan.
Tromsø: Universitetsforlaget, 1971.
8. Solheim K. Hvorfor endre medisinstudiet?
Tidsskr Nor Lægeforen 1991; 111: 3147–8.
9. Abrahamson S. Diseases of the curriculum. J
Med Educ 1978; 53: 951–7.
10. Album D. Sykdommers og medisinske spe-
sialisters prestisje. Nord Med 1991; 106: 232–6.