



Uniped, volume 39  
no. 4-2016 p. 357–367  
ISSN online: 1893-8981  
DOI: 10.18261/issn.1893-8981-  
2016-04-07

# Dannelse til lege

*Pasientkontakt og profesjonalitet i første fase av medisinstudiet*

Edvin Schei

Professor

Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Det medisinsk-odontologiske fakultet

Universitetet i Bergen

Edvin.schei@uib.no

## SAMMENDRAG

Artikkelen beskriver et nytt undervisningsopplegg hvor førsteårs medisinstudenter i løpet av seks måneder møter 20 alvorlig syke pasienter og veiledes gjennom refleksjon og teori mot større innsikt i sykdom og helse, i legerollens utfordringer, i menneskelig mangfold, og i forståelse av egen utvikling mot profesjonell identitet som medisinstudent og lege. Formålet er å legge til rette for at studentene skal utvikle trygghet og praktisk kompetanse i å mestre legerollen på måter som skaper nødvendig tillit hos pasienter og samfunn. Undervisning som sikter mot personlig utvikling og dannelse av karakteregenskaper, verdier og holdninger er utfordrende, med mange fallgruver. Det er paralleller mellom undervisning og legearbeid: Leger må evne å skape løsninger i komplekse og rotete situasjoner preget av variasjon, usikkerhet og motstridende interesser. Det samme må undervisere som vil legge til rette for dannelse av profesjonelle kompetanser. I artikkelen drøftes nødvendigheten av samsvar mellom form og innhold, god modellering, og kombinasjoner av erfaringslæring, teori og improvisasjon.

## Nøkkelord

profesjonalitet, kommunikasjon, pasientsentrert medisin, erfaringslæring, undervisning, dannelse

## ABSTRACT

The paper presents an introductory course in which first-year medical students meet 20 seriously ill patients over six months and are guided, through reflection and theory, toward deeper insight into the phenomena of sickness and health, the challenges of physicianship and professional identity development. The aim is to promote students' sense of security and practical competencies that may increase trust from patients and society at large. Group-based educational practices targeting the development of character, values and attitudes are both intellectually and emotionally challenging. Parallels exist between doctoring and teaching. Physicians must be able to create solutions in complex, messy situations characterized by variation, uncertainty and competing interests. So must instructors who try to foster the formation of professional competencies. The paper discusses the challenges of creating concordance between content and format, adequate role modelling, and a balancing of experiential learning with theory and improvisation.

  
UNIVERSITETSFORLAGET

 idunn.no  
Nordiske tidsskrifter på nett

This article is downloaded from [www.idunn.no](http://www.idunn.no). © 2016 Author(s). This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons CC-BY 4.0 License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), allowing third parties to copy and redistribute the material in any medium or format and to remix, transform, and build upon the material for any purpose, even commercially, provided the original work is properly cited and states its license.

### Keywords

professionalism, communication, patient-centered medicine, experiential learning, teaching, character development

Hva innebærer det å være profesjonell som lege i det 21. århundres teknologiske og demografiske virkelighet? Og kan universitetet på meningsfullt vis gi målrettet opplæring i medisinsk profesjonalitet? Medisinstudiet har, og skal ha, sterk innvirkning på studentenes profesjonelle dannelse. Gjennom seks års komplekse læringserfaringer, i universitetets regi og utenfor, formes kommende legers intellektuelle horisont. I prosessen forvandles man fra lekperson til lege. Man forventes å bli medisinsk profesjonell, man får profesjonens plikter og privilegier, man får en kulturelt forankret identitet som innebærer tillit og makt. Men medisinstudiet har i liten grad satt disse aspektene av faget på studieplanen – før nå.

Dette essayet er en refleksjon om hvordan «medisinsk profesjonalitet» kan forstås og undervises. Teksten knytter an mot tre års erfaringer fra et pilotprosjekt i ny studieplan for medisin ved Universitetet i Bergen. Kurset «Pasientkontakt», beskrevet lenger nede, lar førsteårsstudenter møte syke mennesker og pårørende i dyptloddende samtaler som, gjennom veiledet refleksjon, blir råstoff for å etablere en tidlig forståelse av legerollen og de intellektuelle, moralske og mellommenneskelige kompetanser den fordrer. Før kurset beskrives nærmere vil jeg presentere profesjonalitetsbegrepet som fakultetet har lagt til grunn, antyde hva slags læring som foregår når unge mennesker utvikler seg til profesjonelle medisinske hjelpere, og hvordan vi kan lage en universitetspedagogikk deretter.

### MEDISINSK PROFESJONALITET, SKJULTE DANNELSESPROSESSER

En lege som skal kunne gi god, individuell hjelp til syke og lidende mennesker trenger naturvitenskapelige, håndverksmessige, moralske og kommunikative kompetanser. Er det noe nytt? Nei, slik må legerollen alltid ha vært. Når «profesjonalitet» har fått høynet oppmerksomhet i moderne vestlig legeutdanning er det fordi mange viktige universiteter, særlig i USA og Canada, mot slutten av det 20. århundre konstaterte at utdanningene ikke lenger som en selvfølge sikret «gode leger». Man fant at medisinstudenter og unge leger ofte utviklet en feilaktig forståelse av legers rolle og oppgaver, med overdreven tillit til at teknisk og teoretisk kompetanse skulle løse alle legers oppgaver, og at oppgavene primært handler om diagnoser og sykdomsbehandling, ikke om relasjoner til pasienter (Christakis, 1995; Inui, 2003).

Legeyrkets urgamle vektlegging av relasjon, empati og moralsk karakterutvikling forsvant gradvis fra universitetenes studieplaner etter 1910, da den amerikanske Flexner-komiteén la frem en rapport som ble toneangivende for vestlig legeutdanning, med naturvitenskap og laboratoriefag som erkjennelsesmessig og pedagogisk grunnvoll (Christakis, 1995). I siste del av det 20. århundre ble

det imidlertid tydelig at forvandlingen av legeyrket fra et relasjonelt omsorgsfag til et teknisk laboratoriefag hadde problematiske konsekvenser. Rapporter om kynisme, overgrep, grådighet, kommunikasjons- og behandlingssvikt svekket tilliten til legestanden. Skandaler knyttet til medisinsk eksperimentering på pasienter, både i Tyskland under andre verdenskrig og senere i USA og andre land, ga opphav til moderne bioetikk fra 60-tallet (Beauchamp & Childress, 2001). Mot slutten av århundret satte Harvard Medical School og andre viktige nordamerikanske læresteder «profesjonalitet» på studieplanen (Cruess, Cruess, & Steinert, 2009). Målet er at medisinsk utdanning skal skape leger som er genuint menneskesentrerte i sin tilnærming til faget, uten å svekke den naturvitenskapelige forankringen.

Mange undersøkelser har vist at studenter kan utvikle holdninger som er i strid med undervisningens idealer og uttalte budskap. Identitetsutvikling og integrering av den medisinske fagkultur skjer i stor grad ubevisst, uten veiledning eller korreksjon, ved at den enkelte student og lege tilpasser seg det som er blitt kalt medisinenens «skjulte pensum» (Hafferty, 1998; Hafler et al., 2011; Neumann et al., 2011). Det skjulte pensum er «de virkelige» verdiene og prioriteringene som formidles gjennom undervisnings- og eksamensformer, budsjetter og ansettelser, hva leger og undervisere bruker mye og lite tid på, og de idealene og praksisene som fremgår av snakk mellom leger, mellom leger og studenter, i legers møte med pasienter og pleiere med mer. Denne tause læringen er kraftfull fordi den i liten grad erkjennes, og den kan føre til atferd som er i konflikt med offisielle medisinske profesjonalitysidealer (Inui, Cottingham, & Frankel, 2009). På et sykehus vil studenter se at samtaler som betyr mest for legene ofte skjer på vaktrommet og i korridorene, ikke ved pasientens seng (Coulehan & Williams, 2001), og at hovedaktørene i samtaler og fortellinger ikke er pasientene, men sykdommene, legene og teknologien, med pasienter, pårørende og andre helseprofesjoner i biroller (Coulehan & Williams, 2003). Studentene lærer at samværet med pasientene gjøres så kort som mulig, og da gjerne med en prosedyre eller et konkret tiltak for øye, mens emosjonelle og eksistensielle aspekter minimeres (Agle Dahl, Gulbrandsen, Førde, & Wifstad, 2011). Samtidig kan selve studiesituasjonen oppleves slitsom og truende, slik at man som student blir opptatt av sin egen overlevelse og skyver bort læringsmuligheter som ikke er «matnyttige» (Christakis & Feudtner, 1997). Tilgjengelig evidens viser at det er fare for at studenter i klinisk del av studiet endrer seg fra å være opptatt av det formelle pensum (gjøre som underviserne sier) til å bli formet av «det uformelle pensum» (de gjør som alle andre gjør) (Pedersen, 2010), og fra modning til stagnasjon i evnen til moralsk refleksjon og skjønn (Inui et al., 2009).

I England har The Royal College of Physicians etter en høringsprosess definert medisinsk profesjonalitet som «*de verdier, væremåter og relasjoner som skaper tillit til leger hos enkeltpasienter og i samfunnet*» (*Doctors in society. Medical professionalism in a changing world*, 2005). Denne definisjonen brukes nå ved det medisinsk-odontologiske fakultet i Bergen (E. Schei et al., 2013).

De faglige kompetansene som utgjør «profesjonalitet» er knyttet til studentenes individuelle karakterutvikling. Med en forståelse av profesjonalitet hvor «tillit» står i sentrum, blir det naturlig å sikte mot utdanning som styrker kompetansen på to områder: *kommunikasjonsferdigheter* som hjelper legen med å forstå den andres perspektiv, og *refleksjonsferdigheter* som gjør det lettere å erkjenne og korrigere egen atferd og tankeprosesser.

I ny studieplan for medisin som startet høsten 2015 er profesjonalitet gjort til en gjennomgående læringsakse for alle studieårene.<sup>1</sup> Hensikten er å legge til rette for at studentene skal utvikle trygghet og praktisk kompetanse i å mestre legerollen på måter som skaper tillit. Men hvordan gjør man det gjennom konkrete undervisningstiltak? Hvordan gi studentene kunnskap, veiledning, inspirasjon og impulser slik at de utvikler, hver på sitt vis, «verdier, væremåter og relasjoner som skaper tillit til leger»? Hvordan lage læringsarenaer som virker etter hensikten, uten at legestudiets stress, eksamensangst og jag etter minste motstands vei forvandler dannelsesidealer til rituell flinkhet uten dypere konsekvens?

## STUDENTSENTRETT UNDERSVING, PASIENTSENTRETT MEDISIN

Undervisning har interessante fellestrekk med medisinsk praksis. Slik den kompetente legen er pasientsentrert må den gode underviseren være student-sentrert. I relasjonen mellom undervisere og studenter må atferden og kommunikasjonsformene modellere trekk ved det gode lege-pasientforholdet. Skal studentene utvikle seg til gode klinikere gjennom modellering må underviserne fremstå som troverdige medisinske forbilder og i sin praksis anskueliggjøre de kliniske idealene vitebegjær, refleksjon og empati.

Det skjer dyptgripende endringer i individuell identitet og virkelighetsforståelse gjennom studietid og tidlige yrkeserfaringer. Universitetet har en formende kraft på individnivå, og et tilsvarende ansvar. Ansvaret underviseren må ta for å bidra til studentenes dannelse har fellestrekk med det ansvaret klinikerne må ta for å påvirke pasientens evne til å håndtere sin situasjon: Man må vite at man gjennom rollen har makt over den andres valgfrihet, utsyn og forståelse. Man må prøve å forstå den andres opplevde virkelighet, og ved hjelp av kunnskap, ferdigheter og klokskap bruke makten til den andres beste.

1. Under profesjonalitetssøylen ligger all klinisk utplassering, opplæring i praktiske ferdigheter, etikk og kommunikasjon. De to andre søylene er den akademiske, det vil si kunnskapslære, statistikk og særoppgave, og den «faglige», det vil si tradisjonell biologi og sykdomslære. At betegnelsen «faglig» innsnevres til å gjelde bioteknisk fakta- og prosedyrekunnskap, og ikke selve forståelses- og beslutningsprosessene i kliniske arbeid, er uheldig. Her må språkbruken på sikt endres slik at «faglig» blir identisk med medisinsk kompetanse i vid forstand, mens det som i dag ofte kalles «det rent faglige» heller betegnes som teknisk eller biomedisinsk.

## EVNEN TIL Å FINNE GODE LØSNINGER – «PRAKTISK KLOKSKAP»

For å være en kompetent profesjonsutøver er det nødvendig, men altså ikke tilstrekkelig, å ha god teoretisk og teknisk kompetanse – man skal også ha evnen til å se «den andres beste». Den profesjonelle er en problemløser, og løsningene krever improvisasjon fordi mennesker og situasjoner er unike, alltid nye i en viss forstand, alltid komplekse. Å være ekspert på sykdomsteori er nødvendig for en kliniker, men aldri nok i seg selv. Hva som vil være den beste anvendelse av teori, om for eksempel kreftbehandling, for å skape en god løsning for de involverte kan man i utgangspunktet ikke ha sikker kunnskap om. Men hvordan kan man, i fravær av sikker kunnskap, gi målrettet undervisning i evnen til profesjonell problemløsning? Her kommer de antikke greske filosofene oss til unnsetning med et kunnskapsbegrep – *fronésis* – som nettopp beskriver evne til å improvisere løsninger og utøve godt skjønn i komplekse situasjoner. Ordet har forsvunnet i moderne språk, men oversettes gjerne med «praktisk klokskap». I dag snakker de færreste om «klokskap» som en kunnskap man kan tilegne seg gjennom læringsprosesser ved et universitet. De antikke filosofene så imidlertid annerledes på det.

Våre begreper teori (begrepskompetanse) og teknikk (ferdighetskompetanse) er avledet av grekernes *theoreia* og *techne*. Men Aristoteles og hans samtidige, grunnleggerne av den vestlige kunnskapstradisjon, hadde ikke to, men tre kunnskapsbegreper til å beskrive menneskelig kompetanse med, nemlig teori, teknikk og *fronésis*. Alle tre kan utvikles gjennom læringsprosesser og klok veiledning, men *fronésis* ble regnet som den høyeste og mest krevende. *Fronésis* er evnen til å finne løsninger i komplekse menneskelige situasjoner hvor interesser og forståelser står mot hverandre, som i en samtale med sykt barn og mor, eller i ledelse av en sykehusavdeling (Svenaesus, 2003). *Fronésis* viser seg ved at den profesjonelle både kan tenke ut fornuftige mål, gitt alle hensyn som må tas, og finne midlene for å nå målet (Dunne, 2001). Denne evnen er basert på erfaring fra andre partikulære situasjoner, sier Aristoteles (Aristoteles, 1999). Man kan ikke finne løsningen kun ved hjelp av teoretiske prinsipper og regler. Erfaring er imidlertid heller ikke nok alene, man må kjenne teoretiske prinsipper og regler for å se muligheter og gjøre gode valg i uoversiktlige situasjoner, slike som leger og pedagoger alltid står i. Man må også være ydmyk og kunne lytte til gode rådgivere som våger å være uenige. Dessuten inngår det i denne dyden å kunne gripe en gylden anledning og gjøre det beste ut av tilfeldigheter, lik Askeladden som målbandt prinsessen med to bukkehorn og en utgått skosåle. Den som har *fronésis* er i stand til å kombinere «intuisjon, visdom, planlegging, diskresjon, manipulering, smartheit, årvåkenhet, oppportunisme, ulike praktiske ferdigheter, og mange års erfaring ... i situasjoner som er forbigående, varierende, truende eller dobbeltbunnete, situasjoner som ikke tillater presis måling, eksakt kalkyle eller rigorøs logikk» (Dunne, 2001, s. 257). Enhver med klinisk erfaring vil se at *fronésis* er en medisinsk relevant kompetanse (Svenaesus, 2003). Når noen blir syk trenger de rådsnare leger som kan skape orden i kaos. Tillit til legen er tillit til at han eller hun skal klare å finne en løsning.

Improviserende problemløsningskompetanse er en evne som mennesker kan øve opp (Schön, 1991). Resultatet av slik læring er hele tiden personen selv (Dreyfus & Dreyfus, 1986; Skovholt & Rønnestad, 1995). Det er menneskets biografiske utvikling, vekst og «danning» som skaper stadig nye nivåer av innsikt, dømmekraft og refleksiv kreativitet. Kompetanse i denne forstand er ikke bare noe man *vet* eller *har*, det er noe man *er*. Ved planlegging av undervisning i medisinsk profesjonalitet kan det være en hjelp å tenke at man skal lage læringsarenaer som kan øke studenters frønesis. Begrepet hjelper oss til å se at godt skjønn og dømmekraft er profesjonelle egenskaper som kan læres, og sier også noe om hvordan dannelseslæring kan skje. Neste skritt er å omsette denne innsikten i konkrete tiltak som kan fremme slik læring på et moderne universitet.

### UNDERVISNING SOM FUNGERER – INNSIKTER FRA FORSKNINGEN

Læringsforskning viser at læring skjer best gjennom lystbetont egenaktivitet, i dialogiske prosesser hvor undervisere og studenter i fellesskap opplever og utforsker konkrete erfaringer og teoretisk kunnskap, og hvor underviserne tilstreber at arbeidet med sentrale faglige begreper også skal styrke studentenes personlige vekst og læringsmotivasjon (22). Passiv faktaformidling i form av forelesninger er den minst effektive bruk av undervisningstid. «Hva ville skje med utdanning om vi tok utdanningsforskning på alvor?» er tittelen på en artikkel fra 2014 (23) om hva som best fremmer læring av komplekse ferdigheter. Første punkt er at læring skjer best når studentene må *anvende* kunnskapen – i oppgaveløsning, diskusjoner eller skriftlig bearbeidelse. Neste punkt er at læring i grupper er mye mer effektiv enn individuell læring. Videre viser litteraturen at læring av komplekse ferdigheter skjer best gjennom langsiktig, tilbakevendende arbeid med temaet, med regelmessig feedback og oppfølging. Og sist men ikke minst, læring øker dramatisk med graden av *engasjement*. Engasjement er en tilstand preget av vitalitet, iver og oppslukthet. Faktorer som fremmer engasjement er autonomi, kontroll, sosial støtte, forandring og variasjon, gruppeaktiviteter og spennende utfordringer. «Fun will be an essential element for both learners and teachers» slår forfatterne fast.

Vi skal nå se på hvordan vi konkret har gjennomført et kurs i profesjonalitet for førsteårsstudentene i Bergen.

### PASIENTEN SOM UNDERVISNINGSRESSURS

Vi valgte å arbeide med en dimensjon av legerollen som helt ferske studenter har forutsetninger for å forstå og øve på. Denne dimensjonen er den relasjonelle – etablering av kontakt, gjensidig forståelse og allianse mellom den som søker hjelp og den som tilbyr seg å hjelpe (Schei, 2006; Schei, 2014). Gjennom å møte et mangfold av pasienter med ulike helseplager, livssituasjoner og forutsetninger, får studentene allerede fra første semester gjøre seg konkrete erfaringer og reflektere over hva det innebærer å ha en identitet som medisinstudent og vordende lege – uavhengig av fagkunnskap innen biologi, patologi og terapi.

Av erfaring vet vi at «pasienten» er en ressurs som kan fange enhver medisinstudents oppmerksomhet, særlig tidlig i studiet. Alle innser at pasienten er hovedpersonen i helsevesenet. Det er det syke medmennesket med sin sårbarhet og sitt behov for hjelp som gjør legen til lege. Pasienter kan på ubetvilelig vis vitne om at medisinen alltid befatter seg med lidelse, emosjoner og relasjoner, med sårbarhet og motstandskraft, med håp, trøst og forsoning – det eksistensielle feltet som i bunn og grunn er teknisk medisins eksistensberettigelse.

Vi ønsket å lage et kurs som kunne gjøre denne ressursen tilgjengelig for de yngste studentene, uten å overforenkle og uten å sluke store midler. Utgangspunktet var studieplanens mål om å utdanne kloke leger gjennom læringsaktiviteter som skaper aktivitet og refleksjon hos de lærende. Hvis vi kunne lage et system som lot pasientene «undervise» gjennom å dele sine unike livshistorier og virkeligheter med studentene måtte det være håp om at inntrykk og innsikter i unge sinn kunne vare lenger enn til neste eksamen. Teoretisk grunnlag for en slik tilnærming fant vi blant annet i narrativ medisin (Charon, 2004).

En rekke konkrete utfordringer måtte imidlertid møtes: Hvordan lage praktiske løsninger som lar 160 studenter bli godt kjent med syke pasienter uten for mye logistikk, og med gode rammer for læring? Hvordan skaffe de nødvendige ressurser i et prosjekt hvor nyskapning ikke skal koste penger? Hvordan unngå konflikt med undervisere som har hatt tradisjon for å «eie» første studieår? Hvordan gjøre studentene motiverte og delaktige? Hvordan unngå at undervisningen blir for omfattende, kjedelig og dermed sin egen verste fiende? Hvordan hindre at de mest uinteresserte velger å bruke tiden på noe annet, når de kanskje er dem som trenger det mest? Hvordan skaffe nok pasienter? Hvordan sikre nærkontakt mellom studenter og pasienter uten «filter», og uten at noen blir skremt, fortvilet eller krenket? Og hvordan sikre studentene anledning og forpliktelse til å fordøye, dele og tenke over pasientmøtet, modne egne emosjoner, lære begreper, modeller og idealer for medisinsk profesjonalitet?

## OPPSETT OG METODE I KURSET PASKON

PASKON er et 40 timers obligatorisk kurs som starter tidlig på første studieår og løper i et halvt år. Studentene arbeider i grupper på fire. Gruppene blir satt i kontakt med en pasient med ganske alvorlig sykdom som de besøker i hjemmet. Oppgaven er å sette seg inn i hva det innebærer for vedkommendes eksistens å være rammet av sykdom. Studentene får en tosidert skriftlig veiledning til «den gode samtalen», med tips om måter å etablere god kontakt på, temaer som ofte er viktige for syke mennesker, samt råd om hvordan man kan prøve seg varsomt frem i følelsesladet terreng, bruke egen nysgjerrighet og våge å la samtalen utvikle seg spontant. Noen dager etter hjemmebesøket kommer pasienten i auditoriet i 45 minutter og forteller, hjulpet av de fire studentene, om sine erfaringer med å bli syk, funksjonstap, god og mindre god legehjelp, betydningen av miljø og relasjoner, eller andre temaer som har vist seg å være viktige. Studentene får på denne måten innblikk i livet til 20 pasienter og

mange pårørende.<sup>2</sup> Noen eksempler: Kvinne 47 år med migrene, tre ryggoperasjoner, hypertyreose. Hennes hovedproblem er omsorg for to narkomane sønner. Mann 27 år, doktorgradsstudent, tykktarmskreft, innlagt ved avdeling for lindrende medisin, har få uker igjen å leve. Gutt 3 år med diabetes. Mor forteller om nattlige blodsuktermålinger, utslitthet, engstelse og tanker om barnets fremtid. Mann 42 år med angst og depresjon, forteller om oppvekst med alkoholikerforeldre. Mann 25, overlevd fem år med lammet magesekk, nesten død av underernæring. Studerer nå medisin.

Etter pasientpresentasjonen i auditoriet skriver de fire studentene refleksjonsnotater hver for seg. En tekst om hvordan de tror det er å være pasienten, og én om hvordan det var å være «meg i en profesjonell rolle». Ved avslutningen av kurset må alle skrive et tredje essay, hvor de kan velge mellom tre ulike oppgaver knyttet til en tekst, et sentralt begrep som tillit, eller en personlig erfaring som de tror kan ha betydning for fremtiden som lege.

Kursets 40 undervisningstimer utgjøres av ti undervisningsøkter à tre timer, samt en åpnings- og avslutningsdag. Hver tretimersøkt inneholder to pasientpresentasjoner og en time til refleksjon og teori. To undervisere som begge er leger leder økten. Undervisernes oppgaver er å skape trygghet og struktur, oppfordre studentene til å tenke, snakke i smågrupper, stille spørsmål til pasienten og til hverandre. Mye tid settes av til dialog mellom auditoriet og pasienten. Underviserne bruker pasientens og studentenes fortellinger og refleksjoner til å belyse legerollens utfordringer og muligheter, og til å tydeliggjøre begreper og teoretiske modeller fra teoripensum, annen litteratur, yrkeserfaringer som lege, debatter i media og så videre.

Pensum består av utvalgte artikler samt en norsk lærebok i medisinsk kommunikasjon og profesjonalitet (Schei, 2014). Til hver undervisningsøkt må studentene lese et visst antall sider, og tilfeldig valgte studenter blir invitert til å drøfte noe av innholdet, gjerne i lys av de pasientfortellingene som er kommet frem. Eksempler på temaer i pensum er distinksjonen mellom sykdom og sykhet, medisinsk kommunikasjonsteori, håndtering av uheldige hendelser, tillit og makt i legerollen.

I PASKON er eldre studenter engasjert som lønnete veiledere. De får opplæring i skriftlig og muntlig veiledning og er hjelpere for to firergrupper. Veilederstudentene møter sine åtte yngre kolleger før pasientbesøket, og snakker med dem om hva slags utfordringer de forventer å møte. Senere leser veilederne de tre essayene fra hver student, kommenterer, godkjenner eller returnerer for bearbeidelse. Tekstene som veilederne vurderer som de beste og de svakeste med tanke på faglig refleksjon sendes til kurslederne.

2. Kullet deles i to. Hver kullhalvdel har 80 studenter, det vil si 20 firergrupper som møter hver sin pasient.



## HVORDAN HAR DET GÅTT?

To studentkull har gitt PASKON gode evalueringer,<sup>3</sup> tabell 1 gjengir et utvalg formuleringer fra studentenes kvalitative midtveiseevaluering. Det har vært høylytt engasjement, latter og tårer i auditoriet, en stor andel av studentene bidrar i diskusjon og refleksjon. Tekstene som studentene skriver bærer gjennomgående preg av innsats og ettertanke.

Pasientenes erfaringer er ikke blitt formelt evaluert, men flertallet ønsker å delta igjen, vederlagsfritt, i den grad helsen tillater det. Rekruttering av pasienter er dermed ikke lenger spesielt krevende.

De eldre veilederstudentene er entusiastiske, det er lett å rekruttere nye, vi har flere søkere enn plasser. Vi er to undervisere som hvert år står på scenen 70 timer. Vi opplever kurset som en stimulerende serie av samtaler med pasienter og studenter som utforsker medisinsens vesen og utvikler seg selv. Vi ønsker å fortsette, det er også en evaluering.

Mer skal ikke sies her om resultatet. Om kurset vil ha betydning i det lange løp, og påvirke studentenes måte å være leger på, er umulig å besvare. Oppfølging under paraplyen «profesjonalitet» skjer ved at studentene på andre studieår tas inn i en obligatorisk mentorordning hvor grupper på åtte veiledes av to leger gjennom resten av studiet.

TABELL 1.

**Sitater fra midtveiseevaluering i PASKON. Alle svar er gitt av grupper på fire studenter, på spørsmålet «Hva har du lært så langt?»**

- Vi har erfart at pasientene ofte er veldig åpne, og at de tør å svare på spørsmål. Det er lov å spørre personlig.
- At pasienter krever improvisering; det finnes ingen fasit eller «rett» fremgangsmåte.
- Veldig syke kan se helt friske ut
- Lukkede personer har også masse å si – kanskje mer enn andre
- Hvor viktig et godt nettverk er
- Ikke stigmatiser folk som er uføre
- At samtalen kan være en like stor del av jobben som medisinerer og å stille en diagnose
- Historier og tid pluss tillit gir riktig og raskere diagnose
- Lytte er også en behandling
- Gå dypere inn i hva som egentlig sies
- Blitt bevisst på feil som går igjen i helsevesenet
- Vi kommer til å gjøre feil
- Godta at noen ganger kan du ikke hjelpe
- Du blir aldri utlært
- Vi har lært å være mindre dømmende. Vi har også fått et åpnere sinn ved at vi har blitt konfrontert med ulike fordommer. Vi har fått større innsikt i hvordan det er å leve med en lidelse.
- At ein kan vere både lege, menneskeleg, alvorleg og morosam på same tid.

3. Publisering av resultatene av studentevalueringene er planlagt.

## KONKLUSJON: TEORI, PRAKSIS – OG NOE MER

I dette og andre undervisningsprosjekter har jeg undret meg: Hva er de reelle begrunnelsene for målsetting, metoder, alle valgene og vurderingene som blir tatt når nye ting planlegges? Man kan spørre seg i hvilken grad et kurs som PASKON er et teoridrevet prosjekt, og hvor mye som skapes av erfaring, personkjemi, intuisjon og lokale kompromisser. Spørsmålet er interessant, ikke bare for å forstå hvordan undervisningsformer skapes, men fordi det generelt kan kaste lys over det improvisatoriske aspektet ved profesjonalitet i arbeid med mennesker.

For å nærme oss et svar på spørsmålet kan vi slå fast at nye prosjekter ikke bør planlegges på en rent teoretisk grunnmur, fordi teoretisk innsikt ikke tar høyde for lokale forutsetninger og kompleksiteten i det virkelige liv. Nye prosjekter bør imidlertid heller ikke være rent erfaringsbaserte og pragmatiske, fordi de da blir sårbare for kopiering, repetisjon og stereotype antakelser. Men hvis nyskapende tiltak ikke fullt ut kan utledes verken av rådende teori eller praksis, hvordan kan vi da forstå hvordan planer oppstår og beslutninger forankres? Svaret er at personer har evnen til å lære å skape, tenke nytt, utvikle løsninger på nye problemer, og at både teori og erfaring da er nødvendig, men ikke tilstrekkelig (Schön, 1991). I denne artikkelen har jeg forsøkt å vise at en av universitetets oppgaver i utdanningen av leger er å utvikle disse evnene til å tenke, forstå, vurdere og skape tiltak som kan virkeliggjøre profesjonens hensikt, som er å gi hjelp til syke og lidende mennesker av alle slag. Og fordi målet med undervisningen er å «danne» studentenes evne til å løse problemer i uforutsette situasjoner, må undervisningen konstrueres slik at den byr på uforutsette situasjoner og problemer, samt verktøy og veiledning for studentene til å finne frem og utvikle seg som individer, gjennom trygg prøving og feiling, tilbakemelding fra andre og refleksjon over egne verdier, atferd og identitet.

## LITTERATUR

- Agledahl, K. M., Gulbrandsen, P., Førde, R., & Wifstad, Å. (2011). Courteous but not curious: how doctors' politeness masks their existential neglect. A qualitative study of video-recorded patient consultations. *Journal of Medical Ethics*, 37(11), 650–654. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/jme.2010.041988>
- Aristoteles (1999). *Den nikomakiske etikk*. Oslo: Bokklubben Dagens Bøker.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2001). *Principles of Biomedical Ethics* (5 utg.). Oxford: Oxford University Press.
- Charon, R. (2004). Narrative and Medicine. *New England Journal of Medicine*, 350(9), 862–864.
- Christakis, D. N., & Feudtner, C. (1997). Temporary matters. The ethical consequences of transient social relationships in medical training. *JAMA*, 278, 739–743.
- Christakis, N. A. (1995). The similarity and frequency of proposals to reform US medical education. *JAMA*, 274, 706–711.
- Coulehan, J., & Williams, P. C. (2001). Vanquishing virtue: The impact of medical education. *Academic Medicine*, 76(6), 598–605.
- Coulehan, J., & Williams, P. C. (2003). Conflicting professional values in medical education. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 12(1), 7–20.

- Cruess, R. L., Cruess, S. R., & Steinert, Y. (2009). *Teaching medical professionalism*. New York: Cambridge University Press.
- Doctors in society (2005). *Medical professionalism in a changing world*.  
Hentet fra <http://www.rcplondon.ac.uk/publications/doctors-society>
- Dreyfus, H., & Dreyfus, S. (1986). *Mind over machine: the power of human intuition and expertise in the era of the computer*. New York: Free Press.
- Dunne, J. (2001). *Back to the Rough Ground: Practical Judgment and the Lure of Technique*. Notre Dame: University of Notre Dame Press.
- Hafferty, F. W. (1998). Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum. *Academic medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 73(4), 403–407.
- Hafler, J. P., Ownby, A. R., Thompson, B. M., Fasser, C. E., Grigsby, K., Haidet, P., . . . Hafferty, F. W. (2011). Decoding the learning environment of medical education: a hidden curriculum perspective for faculty development. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 86(4), 440–444.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/ACM.0b013e31820df8e2>
- Inui, T. S. (2003). *A flag in the wind: Educating for professionalism in medicine*.  
Hentet fra <http://www.regenstrief.org/bio/professionalism.pdf/download>
- Inui, T. S., Cottingham, A. H., & Frankel, R. M. (2009). Supporting teaching and learning in professionalism – changing the educational environment and students' «navigational skills». I R. L. Cruess, S. R. Cruess, & Y. Steinert (Red.), *Teaching medical professionalism*. New York: Cambridge University Press.
- Neumann, M., Edelhäuser, F., Tauschel, D., Fischer, M. R., Wirtz, M., Woopen, C., . . . Scheffer, C. (2011). Empathy Decline and Its Reasons: A Systematic Review of Studies With Medical Students and Residents. *Academic Medicine*, 86(8), 996–1009.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/ACM.1000b1013e318221e318615>
- Pedersen, R. (2010). Empathy development in medical education – a critical review. *Medical Teacher*, 32(7), 593–600.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.3109/01421590903544702>
- Schei, E. (2006). Doctoring as leadership: the power to heal. *Perspectives in Biology and Medicine*, 49(3), 393–406.
- Schei, E. (2014). *Lytt. legerolle og kommunikasjon*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Schei, E., Paus, A. S., Neteland, I., Valestrand, E., Müller, K. E., & Fjøsne, E. (2013). *Dannelse til lege. Læring av profesjonalitet, pasientsentrert kommunikasjon og mestring av legerollen under medisinstudiet i Bergen*. Rapport fra «Profesjonalitetskomiteen», mars 2013. Hentet fra <http://www.uib.no/filearchive/rapport-fra-profesjonalitetskomiteen-mars-2013.pdf>
- Schön, D. A. (1991). *The reflective turn: case studies in and on educational practice*. New York: Teachers College, Columbia University.
- Skovholt, T. M., & Rønnestad, M. H. (1995). *The evolving professional self. Stages and themes in therapist and counselor development*. New York: John Wiley & Sons.
- Svenaesus, F. (2003). Hermeneutics of medicine in the wake of Gadamer: The issue of pronesis. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 24(5), 407–431.