

NY VIRKELIGHET OG NYE RAMMEVILKÅR FOR MEDISINER- UTDANNINGEN I TROMSØ

Universitetet i Tromsø 08.09.06.

Peter F. Hjort

1. Innledning

Historien bak den medisinske studieplanen i Tromsø startet 2. september 1967, for 39 år siden - på årsfesten for Universitetet i Oslo. Årsfesten holdes i Aulaen, og den er meget høytidelig. Det skal holdes en stor tale - en festforelesning, og den går på omgang mellom fakultetene. I 1967 var det medisinerens tur. Dekanus, den berømte professor Alf Brodal, ba meg å holde talen, og jeg kalte den: "Tanker om medisinen i fremtidens samfunn". Her fikk jeg plutselig lov til å si alt det jeg hadde brent inne med i møtene i Det medisinske fakultet. I ettertid er jeg litt stolt over at jeg var ute ett år før 68-erne.

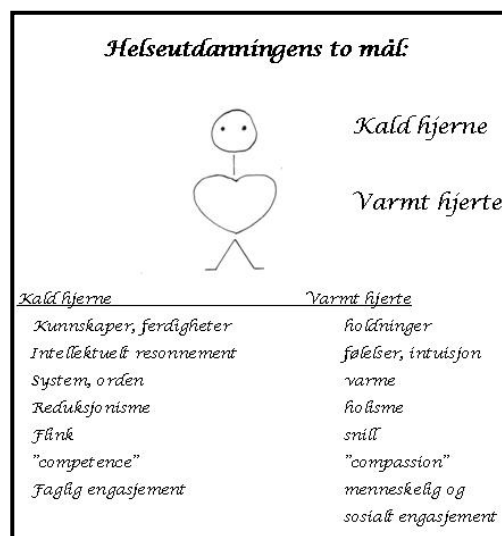
Den 28. mars året etter bestemte Stortinget at det skulle reises et universitet i Tromsø. Det var stor motstand mot beslutningen, og Departementet klarte ikke å finne noen til å ta på seg denne oppgaven. Til slutt ringte ekspedisjonssjef Enevald Skadsem i Kirke- og Undervisningsdepartementet til meg og sa at nå kunne jeg få realisere tankene i forelesningen i Aulaen - ikke i Oslo, men i Tromsø. Jeg følte at planene for det nye universitetet var for små, bl.a skulle det bare være klinisk undervisning av de medisinske studentene, for det var for dyrt med de teoretiske instituttene. Jeg stilte derfor en rekke krav på vegne av det nye universitetet, og i sin nød måtte Departementet gå med på dem alle sammen. Dermed ble det Tromsø for meg.

Medisinen var spydspissen for det nye universitetet, for hovedargumentet i Stortinget hadde vært å skaffe Nord-Norge leger. Derfor ble studieplanen for medisinerne flagget for det nye universitetet. Vi trykket den som en

liten bok: "Halvt rød for det nødvendige i det nye og halvt hvit for det gode i det gamle". Boken fikk fort navnet "Den lille halvørde fra Tromsø", og det var vi godt fornøyde med.

2. Planen fra 1971

Hva var så hovedtrekkene i studieplanen? Vi valgte et motto som vi tok fra den store William Osler (1849-1919): "Legen trenger både et klart hode og et varmt hjerte", og jeg laget denne figuren for å vise hva vi la i dette.



For å få til dette, laget vi en serie prinsipper:

- Bort med den klassiske todelingen av studiet: først 2 ½ år med teori i 1. avd. og så 3 ½ år med klinikk i 2. og 3. avdeling. Vi ville integrere medisinsk biologi og medisinsk klinikk.
- Kontakt med pasienter så tidlig som mulig, dvs. fra dag en, og jeg husker ennå den kliniske demonstrasjonen av en

kvinne med leddgikt som jeg holdt på dag en for kull 1. Det gjorde et varig inntrykk på studentene da hun fortalte dem hvordan det var å leve med leddgikt.

- Ut fra Universitetssykehuset for å lære praktisk medisin, dels hos allmennpraktikerne og dels ved de lokale sykehusene.
- Selvvalgt hovedoppgave.
- Færrest mulig eksamener.
- Bort med karakterer og bare bestått eller ikke bestått.

Dette var prinsippene, og planen ble selvfølgelig dømt nord og ned i Oslo, inntil de innførte lignende prinsipper 25 år senere, uten å nevne med ett ord om at de hadde lånt noen tanker fra Tromsø.

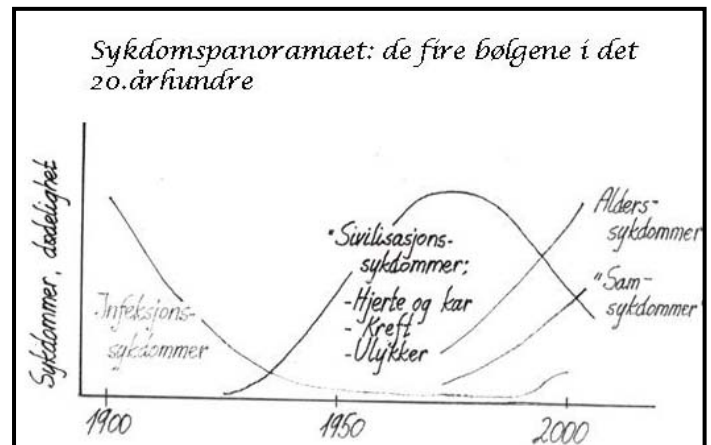
Jeg må nevne en ting til som var helt avgjørende. En studieplan er helt nødvendig, men den er og blir en død ting. Det er lærerne og studentene som gir planen liv, og Tromsø klarte å rekruttere unge, begavede og entusiastiske lærere fra Sør-Norge. Det var lett å friste dem. For det første ble de professorer ti år før de ville blitt det i Sør-Norge. For det andre fikk de utfolde seg med nye og spennende prosjekter i et nytt miljø. For det tredje fikk de gode forskningsmuligheter, og for det fjerde var studentene entusiastiske. Det er viktig å understreke denne ildsjelsfaktoren, og jeg vil lære dere et slagord: "Med ildsjeler kan en få til hva som helst, uten ildsjeler kan en ikke få til noe". Uten ildsjeler slukker Norge.

Jeg vil gi dere to eksempler fra starten her i Tromsø. Det ene er professor i indremedisin, Arne Nordøy, som er født med nordnorsk optimisme, kreativitet og humør. Det andre eksemplet er professor i kirurgi Jon Anton Johnsson. Da jeg la frem planene for legene på det gamle Sentralsykehuset, var det stille en stund. Så reiste Jon Anton seg og sa på sin spesielle kirurgiske måte: "Vi tar det gutter. For faen, vi tar det!" Det var i virkeligheten et avgjørende øyeblikk for det nye universitetet.

3. Den nye virkeligheten

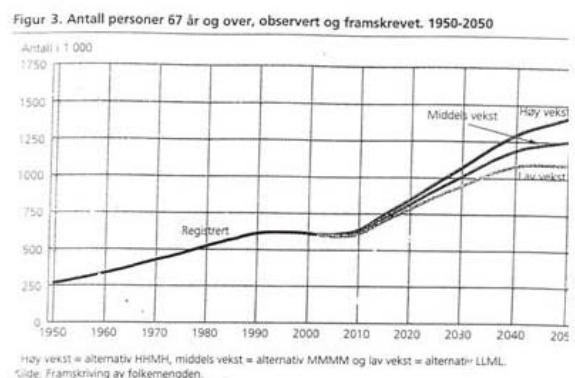
Det er nå gått 39 år siden 1967, og i løpet av disse årene er alt - absolutt alt - forandret. La meg nå forsøke å sammenfatte de viktigste forandringene.

1. Sykdomspanoramaet er endret, og jeg forsøker å illustrere det med denne figuren, som viser sykdomsbølgene i det 20. århundre.



Da jeg var ferdig lege i 1950, var det ennå tuberkulose, poliomyelitt og alle de andre infeksjonssykdommene. Så kom hjerte- og karsykdommene og de andre sivilisasjonssykdommene, og nå står vi midt oppe i alderssykdommene og det jeg kaller samsykdommene, fordi de henger sammen med alle ordene som begynner på sam - samtale, samarbeid, samliv og samfunn. Og vi vet at eldrebølgen blir overveldende.

Eldrebølgen i Norge



2. Fra å behandle syke mennesker til å behandle sykdommer. Da jeg var ung lege, lærte vi å

behandle syke mennesker, mens vi nå behandler sykdommer. Her ser dere forskjellen.

<i>Behandle sykdommen eller det syke menneske?</i>	
<i>Sykdommen</i>	<i>Det syke menneske</i>
<i>Objektiv distanse</i>	<i>Personlig</i>
<i>Rasjonell</i>	<i>Følelsesmessig engasjert</i>
<i>Statistisk gjennomsnitt</i>	<i>Denne ene unike person</i>
<i>Reduksjonistisk</i>	<i>Holistisk</i>
<i>Bekreftede sykdommen</i>	<i>Bekreftede personen</i>
<i>Legevitenskap</i>	<i>Legekunst</i>
<i>Den gode legen</i>	

Det paradoksale er at det storslagne prinsippet om "evidence based medicine" har forsterket dette, for den grunnleggende tanken er jo nettopp det statistiske gjennomsnittet. Biomedisinen har - uten å ville det - fordrevet humanismen og det menneskelige fra medisinen.

Sykdommen eller personen?

"Jeg føler at jeg bare følger sykdommen min til legen, men jeg er verken sykdommen min eller diagnosen min. Jeg er meg!"

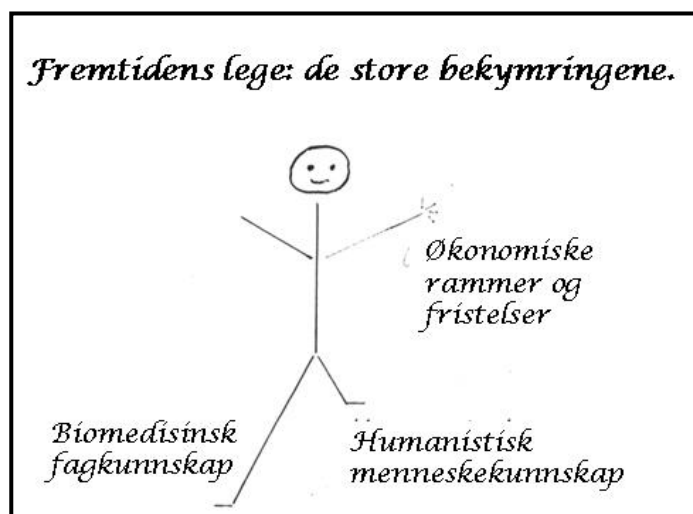
En gammel dame sa det slik, og her viser jeg dere forsiden på det første nummer i det nye millenium av Western Medical Journal fra den



amerikanske vestkysten - den rikeste delen av verden, og dere ser slagordet: "Recapturing the spirit of Medicine".

3. Omorganiseringer uten ende. Før var det individer som drev helsetjenesten. Allmennpraktikerne drev alene, og sykehusene var små og selvstendige. Nå er alt blitt store organisasjoner, og alle blir ustanselig omorganisert og effektivisert. Det er klart at dette gjør noe med menneskene og deres personlige ansvarsfølelse.

4. Økonomene har overtatt mer og mer, både i helsetjenesten og i samfunnet. Da jeg begynte på Rikshospitalet i 1953, var det ingen direktør, bare en forvalter med en knøttliten stab. Nå er det flere direktører og en stor administrasjon, og sykehusene har gått fra å behandle syke mennesker til å "produsere DRG-poeng". Samtidig har legene, som alle andre mennesker, blitt mer opptatt av penger og alt det fører med seg. Jeg er redd for at fremtidens lege kan se slik ut.



5. Egobølgen er over oss. Samfunnsviterne forteller oss at de langsiktige trendene i spørreundersøkelser viser at folk er blitt mer egoistiske. Vi liker ikke det ordet, og derfor sier vi "individualistiske", men det betyr det samme. Før var det solidaritet og fellesskap, nå lever vi i det som amerikanerne kaller "The me-first society". En rik mann sa det slik: "Solidaritet for meg er bare en utgift". Det blir selvfølgelig konflikter av slikt. Når fire individualister møter hverandre - pasient, pårørende, pleier og lege da

er det annerledes og vanskeligere enn det var før.

6. *Fra paternalisme til autonomi.* De gamle legene var paternalister som sa til pasientene: "Gjør som legen sier!" Det var mye godt i denne kulturen, for legene tok ansvar og brydde seg om pasientene. Nå har autonomien overtatt, pasientene er sin egen kaptein, og legen er los. I prinsippet er dette selvfølgelig bra, men i praksis krever det stor takt, og det er ofte problemer.

Autonomi er målet, men hva gjør en når pasienten:

- *Ikke vet hva hun vil*
- *Ikke kan bestemme selv for eksempel pga demens*
- *Ikke orker eller ønsker å bestemme selv*
- *Har urealistiske, feilaktige eller uheldige ønsker*
- *Har uetiske ønsker, for eksempel aktiv dødshjelp*
- *Har en uheldig livsstil og ikke ønsker å endre den*
- *Motsetter seg nødvendige tiltak og må behandles med tvang*

7. *Etiske dilemmaer.* Det er et gammelt paradoks i helsetjenesten: Jo bedre helsetjenesten blir, desto flere eldre og desto flere syke blir det. I tillegg betyr de medisinske fremskrittene at behandlingen blir mer sammensatt og kompleks. Det blir flere multisyke og mer multibehandling. Det betyr at vi får flere og mer kompliserte dilemmaer. Ett eksempel kan belyse dette: Et gammelt menneske nærmer seg slutten av livet, og legen må avgjøre - sammen med pasienten, de pårørende og pleierne når tiden er inne til å avslutte aktiv, livsforlengende behandling og konsentrere seg om lindrende behandling, pleie og omsorg.

8. *Fra 40 til 100 studenter.* Endelig må jeg nevne en praktisk viktig ting:

Medisinerkullet i Tromsø har økt fra 40 til 100 studenter. Det er mange fordeler med små kull, og det blir helt andre menneskelige relasjoner når kullene blir så store både mellom studentene og lærerne og mellom studentene innbyrdes.

Jeg har valgt ut disse åtte forandringene. Til sammen er de store nok til å endre

forutsetningene og vilkårene for studieplanen. I det siste avsnittet forsøker jeg nå å gjøre rede for hva dette betyr for studieplanen, etter mitt skjønn.

4. Hva betyr dette for studieplanen?

Jeg vil starte med å takke for evalueringsrapporten og for de holdninger evalueringsutvalget gir uttrykk for. Spesielt ble jeg glad for denne setningen i sammendraget: "Rapportens anbefalinger omhandler derfor justeringer for å komme de opprinnelige intensjonene nærmere". I det følgende gjør jeg rede for mine tanker, og jeg har valgt å legge dem frem i form av konkrete forslag.

- *Holde fast ved de gamle prinsippene, verdiene og holdningene.* Det første punktet har jeg grublet meget over, for det virker jo reaksjonært at jeg først forteller dere at omtrent alt er forandret og så konkluderer med at en likevel skal holde fast ved de gamle prinsippene, verdiene og holdningene. I virkeligheten går jeg enda et skritt lenger, for jeg mener at de gamle verdiene er enda viktigere i dag enn de var for 35 år siden. Jeg tror at diskusjonen ikke skal dreie seg om disse verdiene er riktige, men om hvorledes en best kan ta vare på dem. Dette er derfor mitt utgangspunkt.

- *Dele kullet i to.* Jeg tror at en bør overveie om det er mulig å dele det store kullet i to, en del som starter i august og en del som starter i januar. Jeg innser at dette er et kostbart og krevende forslag, men jeg tror det vil gi mye tilbake i form av bedre kontakt mellom lærere og studenter og mellom studentene. Jeg tror at "small is beautiful" i all undervisning.

- *Starte med et introduksjonskurs på en uke.* Jeg tror at studentene burde starte med en ukes introduksjonskurs. Her skulle studentene få høre om hva det vil si å være en god lege og om hvordan studiet er lagt opp for å gjøre dem til det.

- *Gjøre noe med Stadium I.* Jeg tror det er viktig at Stadium I ikke skal være et teoretisk kurs i medisinsk biologi, men at det blir en innlæring

av den grunnleggende biologien som legen trenger. Derfor må hele dette stadiet gjøres klinisk relevant. Studentene må se sammenhengen mellom biologien og klinikken. To naturlige eksempler for meg er genetikk og immunologi. Det store slagordet i den opprinnelige studieplanen var "integreert undervisning". Jeg tror det er viktig å få til det, slik at studentene forstår hvorfor de må lære den medisinske biologien, og undervisningen må være relevant for dem. Derfor må det være noen leger blant lærerne i Stadium I.

- *Den longitudinelle tenkningen* Evalueringsutvalget tar opp spørsmålet om de longitudinelle sammenhengene, dvs. at studiet henger sammen på langs. Jeg tror at dette er et viktig poeng.

- *Styrke og ansvarliggjøre ledelsen* på alle trinn. Et medisinsk studium er en stor og komplisert operasjon. Tabellen på s. 5 i rapporten viser at det er:

102 fast ansatte lærere
111 midlertidig ansatte lærere
42 stipendiater
ca. 600 studenter
ca. 850 personer i alt

Det betyr at det er en kjempestor utfordring å organisere og lede dette. Alt i alt er det ca 850 mennesker som skal fungere sammen og nå et felles mål. Jeg har tilbrakt over to år i det militære, og jeg ser for meg en styrke på størrelse med en bataljon som skal rykke frem mot et mål. Skal en få til det, må det være en klar og synlig ledelse av hele den samlede operasjonen, av de enkelte kursene og av utdanningen i landsdelen. Som eksempel nevner jeg at jeg besøkte alle sykehusene i landsdelen og hadde regelmessige møter med fylkeslegene. En norsk bataljon er satt opp med bataljonsjef, kompanisjefer, troppssjefer og lagførere pluss en serie staber. Jeg vil ikke ha en militær drill på studiet, men jeg tror ikke det er noe venstrehåndsprosjekt å få alt dette til å fungere.

- *Tilbakemelding fra studentene* er viktig,

både om de enkelte delene av studiet og om lærerne. Gode lærere må få ros, og mindre gode må få hjelp til å bli bedre.

- *Tilbakemelding til studentene* er ofte et sårt og vanskelig punkt. De får selvfølgelig eksamensresultatene, men jeg tror de trenger noe mer. I de fleste norske bedrifter har en nå medarbeidersamtaler, og jeg tror studentene trenger noe liknende. De fleste studenter er gode og trenger og fortjener ros, men noen trenger nokså håndfaste råd, og jeg tror de bør få det før det er for sent.

- *Kommunikasjon*. Den hyppigste klagen i den norske helsetjenesten gjelder kommunikasjon, og jeg ønsker meg at Tromsøstudentene blir Norgesmestere på kommunikasjon. Da må de både lære om det og øve seg.

- *Etikk*. Jeg tror at studentene må trenes i etiske resonnementer og i bevisst selvrefleksjon. En måte er å lage en serie seminarer om etiske dilemmaer, f. eks. om:

- Autonomiens begrensninger
- Prioriteringskonflikter
- Uheldige hendelser
- Omsorg ved livets slutt
- Forebygging og medikalisering.

Det medisinske fakultet i Bergen har laget slike seminarer under overskriften "Filosofisk poliklinikk", og erfaringene er positive.

5. Slutt

Er det mulig å sammenfatte alt dette? Jeg vil gjøre et forsøk til slutt.

For noen år siden ble min kone alvorlig syk, og jeg fikk erfaring som pårørende gjennom flere og lange år. Da kom jeg til at jeg kunne dele alt helsepersonell i to grupper - den ene hadde det jeg kalte "grepet", og den andre hadde det ikke. Jeg har holdt forelesninger om dette, og en

kollega spurte meg: "Hva mener du egentlig med dette "grepet?" Da måtte jeg si til ham: "Hvis du ikke forstår det, så har du det nok ikke".

Her forsøker jeg å sammenfatte noe om "grepet", og jeg viser dere også et sitat fra den svenske legen Axel Munthe (1857-1949), som var hele Europas superlege omkring det forrige århundreskiftet. Han mente selv at det skyldtes "the ability to to inspire confidence. The doctor who has this gift can almost raise

the dead". (Les Axel Munthe: The story of San Michele).

Og til slutt minner jeg dere på hva Aristoteles hadde å si om phronesis – klokskap eller visdom, som er det store målet; "vi trenger klokskap for å bruke viten og ferdighet på en god måte".

Takk for meg, og lykke til!