

Uniped, volume 39
no. 4-2016 p. 304–315
ISSN online: 1893-8981
DOI: 10.18261/issn.1893-8981-
2016-04-03

FAGFELLEVDERT ARTIKKEL

Medisinsk grunnutdanning

– hvordan har universitetene forholdt seg til signaler om nye kompetansekrav?

Jan C. Frich

Professor

Institutt for helse og samfunn, Det medisinske fakultet

Universitetet i Oslo

jan.frich@medisin.uio.no

SAMMENDRAG

Kunnskapsutviklingen innen medisin, ny teknologi og endringer i befolkningens forventninger og behov fører til stadige endringer i helsevesenet. Hvilke signaler har norske myndigheter gitt de siste ti år når det gjelder innholdet i medinstudiet, og hvordan har norske universiteter forholdt seg til disse? En gjennomgang av offentlige dokumenter og rapporter viser at norske helse- og utdanningsmyndigheter forventer at nyutdannede leger tilegner seg kunnskap om kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet og har forståelse for systemer og behandlingsforløp. Det kreves videre at leger kan samarbeide i team på tvers av tjenestenivåer og profesjonelle grupper, kan involvere pasienter og brukere, og har kompetanse innen elektronisk samhandling og forebyggende helsearbeid. Norske universiteter har forholdt seg til nye kompetansekrav og signaler fra myndighetene ved å iverksette endringer og revisjoner i de medisinske studieplanene. Utviklingen av medinstudiet fordrer dialog mellom universitetsmiljøene og nasjonale og internasjonale fag- og forskningsmiljøer, myndigheter, studenter, arbeidsgivere og representanter for brukere og pasienter. Statlig detaljstyring av studiets innhold vil kunne hemme lokal innovasjon og universitetenes eget kontinuerlige arbeid med å utvikle og kvalitetssikre studieplanene.

Nøkkelord

medinstudiet, profesjonalitet, kompetanse, regulering

ABSTRACT

Advancement in medical knowledge and technology, and changes in the population's expectations and needs lead to constant changes in health care. What requirements have Norwegian governmental authorities articulated during the last ten years about the content of basic medical education, and how have Norwegian universities responded to these signals? A review of public documents and reports shows that Norwegian authorities expect that medical graduates acquire knowledge of quality improvement and patient safety, and understand systems and care pathways. It is required that graduates are able to work in teams across service levels and professional groups, have competencies in patient and user involvement, and have acquired expertise in electronic

communication and preventive health care. Norwegian universities have responded to new competence requirements and signals from governmental authorities by implementing changes and revisions in the medical curricula. Developing medical curricula requires a dialogue between universities and national and international professional organisations and research communities, governmental authorities, students, employers, and representatives of users and patients. Detailed governmental regulation of the medical curriculum may inhibit local innovation and universities' continuous work with quality assurance development of the curricula.

Keywords

medical curriculum, professionalism, competency, regulation

BAKGRUNN

Da de første tre norske medisinstudentene startet ved Det kongelige Fredriks Universitet i Christiania høsten 1814 fantes det ikke noen medisinsk studieplan (Larsen, 2002). Mange steder i Europa var utdanningen av medisinerer (*medici*) og kirurger (*chirurgici*) adskilt, og det norske studiet var å regne som innovativt etter datidens målestokk, ettersom det inneholdt både medisinske og kirurgiske fag. Ti år senere ble det bestemt at embetseksamen i medisin i Christiania skulle omfatte fagene «naturhistorie, kjemi, anatomi, fysiologi, farmakologi, patologi, kirurgi og terapi, fødselsvitenskap og statsmedisin» (Larsen, 2002). Medisinstudiet i Oslo er siden blitt revidert en rekke ganger, og et tilbakevendende skisma har vært balansen mellom en vitenskapelig og praktisk orientering i undervisningen (Larsen, 2002).

Kompetansebasert medisinsk utdanning

I 2010 publiserte Lancet-kommisjonen *Education of health professionals for the 21st century* en toneangivende artikkel om medisinsk utdanning (Frenk et al., 2010). Kommisjonen anla et globalt perspektiv og rapporterte om at det i mange land var et misforhold mellom helsevesenets og samfunnets behov for medisinsk kompetanse og innholdet i de medisinske grunnutdanningene. Kommisjonen mente det var nødvendig med reformer hvor kompetansekrav ble gjort eksplisitt og studiets innhold ble tilpasset samfunnets behov. Kompetansebasert medisinsk utdanning er siden etablert som begrep internasjonalt (Hawkins et al., 2015; Holmboe, 2015; Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, 2016) og bærer bud om en forpliktende dialog mellom utdannelseinstitusjoner, helsevesen og samfunn. Denne trenden er i tråd med *Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for livslang læring*, hvor kvalifikasjoner skal tydeliggjøres gjennom beskrivelser av forventet læringsutbytte som skal være styrende for innholdet i utdanningene (Kunnskapsdepartementet, 2011).

Regulering av innholdet i medisinstudiet

I 1814 kunne professorene i Christiania alene bestemme innholdet i medisinstudiet. Slik er det ikke lenger. I prinsippet kan ytre regulering av studiet foregå gjennom internasjonale retningslinjer og krav, nasjonale lover, forskrifter og rammeplaner, tilsyn og akkreditering og lovregulering av legeyrket (Caspersen, 2012). Norske universiteter må blant annet forholde seg til at europeisk godkjenning av norsk autorisasjon som lege forutsetter at medisinstudiet har et omfang på seks år og 5500 timer (European Commission, 2011). Artikkel 24 i det europeiske yrkeskvalifikasjonsdirektivet stiller krav om at studiet skal inneholde basalmedisinsk kunnskap, kunnskap om atferd, undervisning og praksis i kliniske fag (European Commission, 2005).

Universitetenes institusjonelle frihet er en grunnleggende verdi (NOU 2006: 19), samtidig som universitetene blir gjenstand for ulike former for ytre styring (Austin & Jones 2016). Det synes å være enighet internasjonalt om at friheten er blitt satt under økt press, med mer detaljert ytre styring og økende krav til at kjernevirksomheten skal være relevant og samfunnsnyttig (Austin & Jones, 2016; Gibbons et al., 1994; Henkel, 2007; Olssen & Peters, 2005). *Lov om universiteter og høyskoler* § 1-5 fastslår på den ene siden at norske universiteter skal fremme og verne akademisk frihet og står fritt til å bestemme det faglige innholdet i undervisningen, samtidig som lovens kapittel 3 åpner for betydelig grad av ekstern myndighetsstyring. Departementet har hjemmel i loven for å føre tilsyn med institusjonene og kan fastsette nasjonale rammeplaner for enkelte utdanninger. Det eksisterer ingen rammeplan for det universitetsbaserte medisinstudiet i Norge. Helse- og utdanningsmyndighetene har likevel de siste ti år utøvd indirekte styring gjennom tydelige signaler om hvilken kompetanse man forventer nyutdannede leger skal ha.

Helsepolitisk kontekst

Samhandlingsreformen som ble implementert i 2012 er ett svar på økningen i antall personer med livsstilssykdom, psykiske lidelser og eldre og kronisk syke med sammensatte behov (St.meld. nr. 47 (2008–2009)). En bærende idé i reformen er at en større andel av tjenestene i fremtiden vil ytes i primærhelsetjenesten og at spesialisthelsetjenesten skal avlastes, for å bli bedre i stand til å ivareta sine spesialiserte funksjoner. Parallelt med samhandlingsreformen er det kommet en ny lov om folkehelsearbeid (2012) som vektlegger kommunens ansvar for å jobbe tverrsektorielt for å fremme folkehelsen. Myndighetene har stilt økt krav til kvalitet i tjenestene og har pekt på at oppgaver i helsetjenesten vil fordeles på nye måter, med økte krav til evne til samarbeid og samhandling (Meld. St. 26 (2014–2015); Meld. St. 11 (2015–2016)). *En innbygger – en journal* (Meld. St. 9 (2012–2013)) varsler en vekst i de digitale kontaktflatene mellom brukere og helsetjenesten. Nye plattformer for gjennomføring av konsultasjoner og profesjonell støtte for brukere vil bli en viktig del av det digitaliserte tjenestetilbudet i morgendagens helsesystemer.

Formål

Denne artikkelens formål er å undersøke følgende problemstilling: *Hvilke signaler har norske myndigheter gitt de siste ti år når det gjelder innholdet i medisinstudiet, og hvordan har norske universiteter forholdt seg til disse?*

Metodisk tilnærming

Undersøkelsen er basert på en analyse av offentlige dokumenter, rapporter og utredninger som vedrører medisinstudiet og som er publisert siden 2005. Tekstene er identifisert gjennom søk på Regjeringen.no og nettsidene til Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen (NOKUT), Universitets- og høgskolerådet (UHR) og Helsedirektoratet. Studieplanene ved de fire medisinske utdanningsinstitusjonene i Norge er identifisert gjennom søk på universitetenes hjemmesider. Tekstene er lest og er blitt gjenstand for kvalitativ analyse, hvor tekstavsnitt om medisinstudiet, helsefaglig utdanning mer generelt og begrunnelser for endring av studieplaner er identifisert, samlet i tematiske kategorier og fortolket (Bradley, Curry, & Devers, 2007). Resultatene er organisert i fire hovedkategorier: Myndighetenes signaler til utdanningsinstitusjonene, ønsket om et felles innhold i utdanningene, iverksetting av revisjoner og endring i studieplaner, og eksempler på lokal innovasjon. De to første kategoriene omhandler myndighetenes signaler og de to siste omhandler hva som skjer ved de medisinske utdanningsinstitusjonene.

I studiet av hvordan universitetene har forholdt seg til ytre signaler har Everett M. Rogers' (2003) teori om spredning av innovasjon i sosiale systemer vært brukt som en analytisk og begrepsmessig ressurs. Med innovasjon mener Rogers en idé, en praksis eller en ting som oppfattes som ny av et individ eller en enhet i systemet. Han er særlig interessert i å studere spredning av innovasjoner og hva som påvirker denne. Forhold ved selve innovasjonen kan ha betydning for spredningen, som hvor lett det lar seg gjøre å implementere den. Rogers poengterer at innovasjoner ikke sprer seg mekanisk og lineært, men gjennom dynamiske og komplekse prosesser. Spredningshastigheten skyldes dels at ulike grupper i et sosialt system vil forholde seg ulikt til innovasjoner. Han identifiserer fem idealtyper av «adapters». Innovatørene er gruppen som fascineres av innovasjoner og lanserer nye ideer. De tidlige brukere («early adopters») er som regel mer integrert i systemet og er de man gjerne forhører seg med. Den tidlige majoritet er de som tar i bruk en innovasjon før de fleste, mens den sene majoritet er skeptikere som gjerne må overbevises eller overtales før de gir sin tilslutning til innovasjonen. Etterløperne («laggards») er gjerne mistenksomme og yter gjerne motstand før de eventuelt til slutt tar i bruk innovasjonen, og kanskje på et tidspunkt da den er i ferd med å avløses av en ny innovasjon.

RESULTATER

Myndighetenes signaler til utdanningsinstitusjonene

Hovedinntrykket er at myndighetene gjennom dokumenter og meldinger som regel henvender seg til helse- og sosialutdanninger generelt, med noen få unntak. I Norge ga myndighetene et tydelig signal til alle utdanningsinstitusjoner i 2005, blant annet gjennom den nasjonale strategien for kvalitetsforbedring, hvor ett av satsningsområdene var å styrke forbedringskunnskapens plass i utdanningene (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)* (Meld. St. 16 (2010–2011)) bærer bud om samhandlingsreformen og signaliserer at helsefaglige utdanninger i større grad må vektlegge «pasientforløp, samhandlingskompetanse, sterkere brukermedvirkning, forebygging og folkehelsearbeid».

Utdanning for velferd (Meld. St. 13 (2011–2012)), også kalt «samspillmeldingen», gir signaler om innholdet i morgendagens helse- og velferdsutdanninger, med direkte adresse til de medisinske universitetsmiljøene:

Dagens høyere utdanninger, og spesielt medisnutdanningen, er i stor grad orientert mot spesialisthelsetjenesten både i undervisning og praksis. Samhandlingsreformen gjør det nødvendig med en sterkere orientering mot de kommunale helse- og omsorgstjenestene både i grunnutdanningen og spesialistutdanningene. Ikke minst bør mer av den praktiske opplæringen skje i kommunene. Samhandling, tverrfaglighet, folkehelse, forebygging, tidlig innsats, brukermedvirkning og pasientforløpstenkning er sentrale begreper i reformen som vil gjenspeiles i de nye helse- og omsorgstjenestene, og som derfor også må gjenspeiles i utdanningene (Meld. St. 13 (2011–2012)).

I meldingen heter det videre:

Samhandlingsreformen forutsetter en dreining av det faglige innholdet i grunnutdanningen i retning av mer allmennmedisinsk teori og mer praksis i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Videre må utdanningen i større grad enn i dag gi kompetanse på helseovervåking, forebygging og tidlig intervensjon, brukermedvirkning, IKT og forbedringsarbeid (Meld. St. 13 (2011–2012)).

Meldingen *God kvalitet – trygge tjenester* (Meld. St. 10 (2012–2013)) fra 2012 signaliserer et behov for at helse- og sosialutdanningene inneholder undervisning om systemforståelse, pasientsikkerhet, kvalitet, ledelse, samhandling og samarbeid i team:

Helse- og sosialfaglige utdanninger på universitets-, høyskole- og videregående nivå må tilpasse undervisningen til dagens og framtidens kvalitetsutfordringer og bidra til økt kompetanse i kvalitetsforbedringsarbeid. Kunnskap om systematisk kvalitetsforbedring skal inngå i alle helse- og sosialfaglige utdanninger. Dette handler både om fagkunnskap og om kunnskap om organisering, arbeidspsykologi og statistikk.

Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet (Meld. St. 26 (2014–2015)) gir tydelige signaler om en ny, teambasert helse- og omsorgstjeneste, med større vekt på samlokalisering av ulike profesjoner og samarbeid på tvers av fag. *Global helse i utenriks- og utviklingspolitikken* (Meld. St. 11 (2011–2012)) inneholder ikke spesifikke signaler når det gjelder grunnutdanningen i medisin, men bærer bud om en overordnet politisk ambisjon om at Norge skal være en viktig bidragsyter og aktør innen global helse.

Ønsket om et felles innhold i utdanningene

En idé som ble lansert i *Utdanning for velferd* er at det bør utvikles et «felles innhold» i alle norske helse- og sosialfagutdanninger:

For å sikre brede grunnutdanninger som gir kandidatene en solid velferdsfaglig kunnskapsplattform og forbereder dem på den tverrprofesjonelle yrkesutøvelsen i tjenestene, vil Kunnskapsdepartementet innføre et nytt felles innhold i alle de helse- og sosialfaglige grunnutdanningene. Formålet er å sikre at kandidatene har nødvendige kunnskaper om helheten i helse- og velferdstjenestene, lov- og regelverk og viktige samfunnsutfordringer, samt generell kompetanse som gode kommunikasjons- og samarbeidsevner, evne til å ta i bruk velferdsteknologi og evne til kritisk og etisk refleksjon. Studentene skal forberedes på å arbeide brukerrettet og lære prosesser som legger til rette for å styrke mestring, egenomsorg og funksjonsevne hos dem de senere vil møte i arbeidet (Meld. St. 13 (2011–2012)).

Myndighetene har hatt ambisjon om at et slikt felles pensum skal bidra til å nå målet om at profesjonsutøvere skal utvikle en «dobbel identitet». Ideen er at studentene skal utvikle rollebevissthet og kompetanse som gjør at de kan se seg selv som del av et større velferdssystem der ulike fagpersoner i fellesskap har nødvendig kompetanse til å løse komplekse problemstillinger. Flere meldinger til Stortinget viser siden til dette initiativet, deriblant *Folkehelsemeldingen* (Meld. St. 34 (2012–2013)) og *Nasjonalt helse- og sykehusplan (2016–2019)* (Meld. St. 11 (2015–2016)).

I 2015 ble det på oppdrag fra Kunnskapsdepartementet igangsatt et arbeid med felles innhold i regi av Universitets- og høgskolerådet, og det forelå i 2015 et utkast til læringsutbyttebeskrivelser for et felles innhold myntet på norske helse- og sosialfagutdanninger (Universitets- og høgskolerådet, 2015). Rapporten fra Universitets- og høgskolerådet skisserer ni kompetanseområder som anbefales å inngå i en felles kompetanseplattform: Etisk og verdiforankret praksis; relasjons-, kommunikasjons- og veiledningskompetanse; kulturkompetanse; helse- og sosialpolitisk innsikt og systemforståelse; folkehelsearbeid og arbeidsinkludering; tverrprofesjonell samhandlingskompetanse; kompetanse om sosiale og atferdsmessige risikofaktorer; profesjonell handlingskompetanse og kunnskapsbasert praksis; innovasjons- og endringskompetanse.

Iverksetting av revisjoner og endring i studieplaner

Alle de medisinske studiestedene i Norge er i gang med revisjoner av sine medisinske studieplaner (Universitetet i Bergen, 2014; Universitetet i Oslo, 2013; Universitetet i Tromsø, 2014; Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 2014). Begrunnelsene som anføres for endringene er knyttet til indre organisatoriske utfordringer, den faglig utviklingen, ønske om å ta i bruk nye pedagogiske metoder og studentevalueringer, men samtlige studiesteder peker også på reformer i helsevesenet og myndighetenes signaler om nye kompetansekrav. Det medisinsk-odontologiske fakultet ved Universitetet i Bergen skriver eksempelvis følgende i innledningen til sin reviderte medisinske studieplan kalt *Medisin 2015*:

Regjeringen la frem stortingsmeldingen om Samhandlingsreformen i juni 2009, hvor det ble presentert et økt samarbeid mellom helsetjenester på alle nivåer, lokalt og regionalt. Dette innebærer også en styrking av primærhelsetjenesten og sykehjemstjenesten, og økt samarbeid mellom lokale og sentrale helsetjenester på spesialistnivå. Vi må forholde oss til dette, og styrke allmenntidens og aldersmedisinens plass. Samtidig må vi øke vekten på samarbeid mellom sykehusene som kompetansesentra med de lokale helsetjenestene. (Universitetet i Bergen, 2014).

Universitetet i Tromsø viser i innledningen til den nye *2012-studieplanen for medisinstudiet til Utdanning for velferd* og signalene Kunnskapsdepartementet gir. Fakultetet peker samtidig på de mange avveininger og hensyn som inngår i utformingen av en medisinsk studieplan:

I denne studieplan har vi søkt å integrere disse forskjellige perspektiver – et nasjonalt politisk perspektiv om utvikling av utdanning og helsetjeneste i Norge, et vitenskapelig perspektiv om kunnskapsbasert medisinsk forskning og legeutdanning internasjonalt, et regionalt perspektiv om de særlige vilkår og oppgaver i Nord-Norge og et pedagogisk perspektiv om å ta utgangspunkt i studenten og anvende relevante pedagogiske metoder. (Universitetet i Tromsø, 2014).

I utredningen *En fornyet og fremtidsrettet legeutdanning ved NTNU* (Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 2014), omtales «ytte føringer» med referanse til samhandlingsreformen og *Utdanning for velferd*. I forbindelse med forarbeidene til revisjonen av medisinstudiet i Oslo og den nye studieplanen *Oslo 2014* ble det gjort en analyse av nye kompetansebehov, med referanse til norske myndigheters signaler og utviklingen internasjonalt (Universitetet i Oslo, 2012).

Eksempler på lokal innovasjon

Det finnes flere eksempler på innovasjon som er drevet av lokale initiativ knyttet til det enkelte studiested. Ved Universitetet i Bergen er det etablert en ny «profesjonssøyle» i medisinstudiet, undervisningen i kommunikasjon er styr-

ket og medisinstudentene har alt i flere år deltatt i tverrfaglig samarbeids- læring, kalt TVEPS (Universitetet i Bergen, 2016). Ved UiT Norges arktiske universitet er *profesjonell kompetanse* (PROFKOM) og *vitenskapelig kompetanse* (VITKOM) etablert som nye fag (Universitetet i Tromsø, 2014). Ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet har medisinstudentene i flere år deltatt i faget *Ekspertes i team* (EiT) som utvikler studentenes kompetanse i tverrfaglig teamarbeid, og man vil nå vurdere å utvikle en egen variant kalt *Helsearbeidere i team* (Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 2014). Ved Universitetet i Oslo startet man undervisning i ledelse, kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet alt høsten 2006. Prosjektet ble i 2011 videreført som faget *Kunnskapshåndtering, ledelse og kvalitetsforbedring* (KLoK), hvor blant annet simulering i tverrfaglige team inngår som et obligatorisk element (Frich et al., 2012). Nye undervisningsopplegg om brukermedvirkning er innført i studieplanen i Oslo (Lie et al., 2015). Fag og undervisningsopplegg ved de ulike studiestedene har forskjellige betegnelser, men innholdet synes til dels å være overlappende.

DISKUSJON

Det er de siste ti år iverksatt en rekke reformer i helsevesenet i Norge, og globale helseutfordringer er blitt aktualisert. Norske helse- og utdanningsmyndigheter har i samme periode gitt signaler av betydning for innholdet i medisin- studiet. Signalene i norske offentlige dokumenter og rapporter speiler i stor grad trender som kommer til uttrykk i litteraturen internasjonalt (Busing et al., 2010; Cosgrove, 2014; Frenk et al., 2010; General Medical Council, 2009). Denne undersøkelsen viser at myndighetene forventer at nyutdannede leger til- egner seg kunnskap om kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet og har forstå- else for systemer og behandlingsforløp. Det kreves videre at leger kan samar- beide i team på tvers av tjenestenivåer og profesjonelle grupper, kan involvere pasienter og brukere, og har kompetanse innen elektronisk samhandling og forebyggende helsearbeid.

Undersøkelsen indikerer at de medisinske universitetsmiljøene har vilje og evne til å ta inn over seg nye kompetansekrav og myndighetenes signaler. Universite- tene fremstår ikke som etternølere eller motstandere mot endringer, for å trekke veksler på Rorgers' (2003) teori om spredning av innovasjon. Det finnes en rekke eksempler på at de medisinske universitetsmiljøene har vært innovatører, helt i front av utviklingen når det gjelder pedagogikk og innhold i studieplanene. I mange henseender vil det være rimelig å karakterisere utdanningsinstitusjo- nene som «early adopters», noe de pågående revisjonsprosessene viser.

Felles innhold i utdanningene?

Myndighetenes ønske om å etablere et felles innhold i alle norske helse- og sosialfaglige grunnutdanninger aktualiserer spørsmål om relasjonen mellom myndigheter og institusjonenes autonomi (Meld. St. 13 (2011–2012)). Det er i

løpet av 2015 utarbeidet et forslag med detaljerte læringsutbyttebeskrivelser (Universitets- og høyskolerådet, 2015). Hvordan vil Kunnskapsdepartementet forholde seg? Vil man etablere en nasjonal rammeplan for felleselementene eller vil man presentere pensumet som veiledende? Hvis departementet vedtar at et spesifikt felles innhold skal implementeres i medisinske studier i Norge, vil dette representere et radikalt utdanningspolitisk vendepunkt i politikken myndighetene har ført overfor universitetene. Man vil bevege seg fra en politikk preget av tillit til institusjonenes evne til selv å bestemme innholdet i studiene til en mer detaljert, ytre styring (Austin & Jones, 2016).

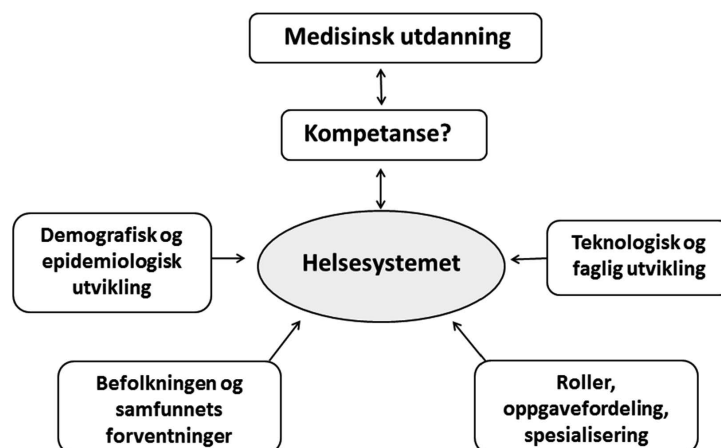
Samordning gjennom samarbeid

I en rekke europeiske land søker man en økt samordning av innholdet i medisinstudiet. I Storbritannia er det etablert felles læringsmål gjennom dokumentet *Tomorrow's doctors* (General Medical Council, 2009). I Skottland samarbeider medisinske fakulteter om å definere felles læringsmål (The Scottish Doctor, 2016). I Tyskland er det etablert en nasjonal eksamen i regi av *Institut für medizinische og pharmazeutische Prüfungsfragen* (Chenot, 2009). I Sveits gjennomførte man første gang i 2011 en nasjonal eksamen for medisinstudiet (Guttormsen et al., 2013). Et fellestrekk ved initiativene er at de drives frem av utdanningsinstitusjonene og ikke av statlige myndigheter.

I Norge er det en tett dialog på tvers av de fire universitetene. Det arbeides med felles overordnede læringsmål og en nasjonal delprøve i medisin (Valestrand et al., 2016). I 2015 ble det vedtatt nasjonale krav til hvilke praktiske prosedyrer studentene skal beherske ved fullført studium. Samordningsarbeid på tvers av institusjoner tar tid, ettersom studieplaner er organiske helheter hvor det eksisterer en rekke indre og ytre avhengigheter. Dette handler blant annet om tilgang på praksisarenaer, utvekslingsavtaler, samarbeid med andre studieprogram og organisasjoner. Det kan kanskje være fristende for statlige myndigheter å gripe til detaljstyring med hensyn til innholdet i studieplanene, for raskt å kvittere ut politiske mål og ambisjoner. Samtidig vil en slik aktiv detaljstyring kunne ha negative effekter ved å hemme lokal innovasjon og universitetenes eget kontinuerlige arbeid med å utvikle og kvalitetssikre studieplanene. Man risikerer i verste fall å fremme en kultur hvor institusjonene ikke tar rollen som innovatør, men blir avventende og passive etternølere.

Utvikling gjennom gjensidig dialog

En rekke aktører har interesse i medisinsk grunnutdanning: Nasjonale og internasjonale fag- og forskningsmiljøer, profesjonsforeninger, myndigheter, studenter, arbeidsgivere og representanter for brukere og pasienter. Det er svært lenge siden det enkelte fag eller fakultet fritt kunne definere innholdet i medisinstudiet. I en æra av kompetansebasert medisinsk utdanning må det etableres arenaer for dialog om hvilken kompetanse som er nødvendig for å møte samfunnets og helsevesenets behov (figur 1).



Figur 1. Kompetansebasert medisinsk utdanning, hvor samfunnets behov for medisinsk kompetanse har betydning for innholdet i medisinstudiet.

Det er grenser for hva det er mulig å lære innen rammen av et seksårig medisinsk studium, og det er derfor nødvendig å avstemme hva grunnutdanningen skal dekke og hvilke type kompetanse som må utvikles innen rammen av legers spesialistutdanning (Den norske legeforening, 2015). Også innen andre profesjonsutdanninger, som opererer i spenningsfeltet mellom politikk, vitenskap, profesjonskrav og endringer i samfunnet, vil innholdet i utdanningene måtte avstemmes gjennom dialog med ulike interessenter. Institusjonene må selvsagt anerkjenne myndighetene som en viktig interessent og være lydhør for føringer og signaler. Arenaer for dialog vil være et viktig virkemiddel for å etablere en god balanse mellom overordnet politisk styring og indre selvstyre.

KONKLUSJON

Samfunnets behov for medisinsk kompetanse må få betydning for innholdet i medisinstudiet. Norske universiteter har forholdt seg til nye kompetansekrav og signaler myndighetene har gitt, og det er iverksatt omfattende endringer og revisjoner av samtlige medisinske studieplaner. Utviklingen av medisinstudiet fordrer dialog mellom universitetsmiljøene og nasjonale og internasjonale fag- og forskningsmiljøer, myndigheter, studenter, arbeidsgivere og representanter for brukere og pasienter. Statlig detaljstyring av studiets innhold vil kunne hemme lokal innovasjon og universitetenes eget kontinuerlige arbeid med å utvikle og kvalitetssikre studieplanene.

LITTERATUR

- Austin, I., & Jones, G. A. (2016). *Governance of higher education: global perspectives, theories and practices*. London: Routledge.
- Bradley, E. H., Curry, L. A., & Devers, K. J. (2007). Qualitative data analysis for health services research: developing taxonomy, themes, and theory. *Health Services Research, 42*, 1758–1772.

- Busing, N., Slade, S., Rosenfield, J., Gold, I., & Maskill, S. (2010). In the spirit of Flexner: working toward a collective vision for the future of medical education in Canada. *Academic Medicine*, 85, 340–8.
- Caspersen, J. (2012). *Drivkrefter i profesjonsutdanningene i sykepleie og medisin. Rapport 33/2012*. Oslo: Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning.
- Chenot, J.-F. (2009). Undergraduate medical education in Germany. *German Medical Science*, 7, Doc02.
- Cosgrove, T. (2014). *The Cleveland Clinic way: lessons in excellence from one of the world's leading healthcare organizations*. New York: McGraw-Hill.
- Den norske legeforening (2015). *Grunnutdanningen – fundamentet for legerket: innspillsrapport til sentralstyremøtet 2015*. Oslo: Legeforeningen. Hentet fra [http://legeforeningen.no/PageFiles/5846/Sak%2020%20-%20Prosjektrapport%20grunnutdanning%20\(1\).pdf](http://legeforeningen.no/PageFiles/5846/Sak%2020%20-%20Prosjektrapport%20grunnutdanning%20(1).pdf) (21.4. 2016).
- European Commission (2005). *Directive 2005/36/EC of the European Parliament and of the Council of 7 September 2005 on the recognition of professional qualifications*. Hentet fra <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex:32005L0036> (21.4. 2016).
- European Commission (2011). *Evaluation of the professional qualifications directive (Directive 2005/36/EC)*. Hentet fra http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/docs/news/20110706-evaluation-directive-200536ec_en.pdf (21.4. 2016).
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., ... Zurayk, H. (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*, 376, 1923–1958.
- Frich, J. C., Gran, S. F., Vandvik, P. O., Gulbrandsen, P., & Hjortdahl, P. (2012). Kunnskap, ledelse og kvalitet i studiet. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 132, 1768–1770.
- General Medical Council (2009). *Tomorrow's doctors. Outcomes and standards for undergraduate medical education*. London: General Medical Council.
- Gibbons, M., Limoges, C., Nowotny, H., Schwartzman, S., Seot, P., & Trow, M. (1994). *The new production of knowledge: the dynamics of science and research in contemporary societies*. London: Sage.
- Guttormsen, S., Beyelera, C., Bonvinb, R., Feller, S., Schirloc, C., Schnabela, K., Schurtera, T., & Berendonkaet, C. (2013). The new licencing examination for human medicine: from concept to implementation. *Swiss Medical Weekly*, 143, w13897.
- Hawkins, R. E., Welcher, C. M., Holmboe, E. S., Kirk, L. M., Norcini, J. J., Simons, K. B., & Skochelak, S. E. (2015). Implementation of competency-based medical education: are we addressing the concerns and challenges? *Medical Education*, 49, 1086–102.
- Henkel, M. (2007). Can academic autonomy survive in the knowledge society? A perspective from Britain. *Higher Education Research & Development*, 26, 87–99.
- Holmboe, E. S. (2015). Realizing the promise of competency-based medical education. *Academic Medicine*, 90, 411–413.
- Kunnskapsdepartementet (2011). *Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for livslang læring*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/e579f913fa1d45c2bf2219afc726670b/nkr.pdf>.
- Larsen, Ø. (2002). *Legestudent i hovedstaden – medisin på stadig nye veier*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lie, A. H. K., Jensen, T., Lichtwarck, H., Storaas, J., Torjussen, E., & Havnes, I. A. (2015). Å sette brukeren i sentrum – allerede som student. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 135, 1236–1237.
- Meld. St. 16 (2010–2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 11 (2011–2012). *Global helse i utenriks- og utviklingspolitikken*. Oslo: Utenriksdepartementet.

- Meld. St. 13 (2011–2012). *Utdanning for velferd*. Oslo: Kunnskapsdepartementet.
- Meld. St. 9 (2012–2013). *En innbygger – en journal. Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 10 (2012–2013). *God kvalitet – trygge tjenester*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 26 (2014–2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 11 (2015–2016). *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (2014). *En fornyet og fremtidsrettet legeutdanning ved NTNU*. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. Hentet fra https://innsida.ntnu.no/c/wiki/get_page_attachment?p_1_id=22780&nodeId=24647&title=Gjennomgang+av+medisinstudiet+ved+DMF&file Name=Rapport_Gjennomgang%20av%20medisinstudiet%20ved%20NTNU_2014_uten%20vedlegg.pdf.
- NOU 2006: 19 (2006). *Akademisk frihet – Individuelle rettigheter og institusjonelle styringsbehov*.
- Olssen, M., & Peters, M. A. (2005). Neoliberalism, higher education and the knowledge economy: from the free market to knowledge capitalism. *Journal of Education Policy*, 20, 313–345.
- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations* (5. utg.). New York: Free Press.
- Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (2016). *CanMEDS*. Hentet fra <http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/canmeds>.
- St.meld. nr. 47 (2008–2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Sosial- og helsedirektoratet (2005). ... og bedre skal det bli. *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten. IS-1162*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- The Scottish Doctor (2016). Hentet fra <http://www.scottishdoctor.org/>.
- Universitetet i Bergen (2014). *Makroplan: Medisin 2015*. Det medisinsk-odontologiske fakultet, Universitetet i Bergen. Hentet fra http://www.uib.no/sites/w3.uib.no/files/attachments/makroplan_for_ny_studieplan_medisin_2015_-_revidert_november_2014.pdf.
- Universitetet i Bergen (2016). *TVEPS – Senter for tverrprofesjonell samarbeidslæring*. Hentet fra <http://www.uib.no/tveps>.
- Universitetet i Oslo (2012). *Rapport fra arbeidsgruppen Oslo 96 +*. Oslo: Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo. Hentet fra <http://www.med.uio.no/om/prosjekter/oslo-2014/revisjonsdokumenter/rapport-fra-arbeidsgruppen-Oslo-96%2B>.
- Universitetet i Oslo (2013). *Oslo 2014: Studieplan for profesjonsstudiet i medisin*. Oslo: Det medisinske fakultet. Hentet fra <http://www.med.uio.no/om/prosjekter/oslo-2014/revisjonsdokumenter/revidert-studieplan-profesjonsstudiet-medisin-oslo-2014>.
- Universitetet i Tromsø (2014). *Profesjonsstudiet i medisin: 2012-studieplanen*. Tromsø: Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Tromsø. Hentet fra: <http://uit.no/Content/367284/Studieplan%202014-02-20%20vedtatt%20men%20med%20egne%20lo-endringer.docx>.
- Universitets- og høgskolerådet (2015). *UHR-prosjektet Felles innhold i de helse- og sosialfaglige profesjonsutdanningene*. Oslo: Universitets- og høgskolerådet. Hentet fra http://www.uhr.no/documents/ferdig_rapport_Felles_innhold_290515_1500.pdf.
- Valestrand, E., Slørdahl, T. S., Bærheim, A., Schirmer, H., Andersen, S., Aabelvik, H.-G., & Frich, J. (2016). Mot en nasjonal delprøve i medisinstudiet. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 136, 390–391.