

Helsevitenskapelig fakultet, UiT, Norges Arktiske Universitet

Samfunnsoppdrag og fagmiljø

Diskurser i arbeidet med regionalisering av legers utdanning

Helga Einarsdottir MK-11

Med-3950 Femteårsoppgave, profesjonsstudium i medisin, juni 2016

Forord

Desentralisering av medisinstudiet etter Finnmarksmodellen har vært omdiskutert. Jeg har valgt å skrive om prosessen og diskusjonen i forkant, som jeg synes er spesielt interessant da jeg selv kommer fra Alta. Jeg har skrevet oppgaven i en hektisk periode av mitt liv, og jeg vil takke alle som har vært behjelpelig med å få dette arbeidet i havn. En spesiell takk til min motiverende og inspirerende veileder Torsten Risør.

Innhold

Sammendrag	3
Innledning og problemstilling	3
Teori og metode	3
Bakgrunn	3
Diskursanalyse og diskusjon	3
Innledning	4
Problemstilling	4
Teori	5
Diskursteori	5
Diskurs som teori og diskursanalyse som metode	8
Sentrale begreper	9
Desentralisering	9
Desentralisert utdanning	10
Materiale og metode	11
Bakgrunn	12
Medisinstudiet i Tromsø	12
Begrunnelser for ny studieplan	14
Finnmarksmodellen	14
Begrunnelser for Finnmarksmodellen	16
Forskning	17
Endringer i helsevesenet: Samhandlingsreformen	18
Distriktpolitikk: legedekning i Finnmark	19
Motforestillinger mot Finnmarksmodellen	20
Diskursanalyse og diskusjon	22
Aktører	23
To diskurser: samfunnsoppdrag og fagmiljø	26
Samfunnsoppdrags diskursen	26
Fagmiljø diskursen	28
Konklusjon	30
Referanser	34

Sammendrag

Innledning og problemstilling

Opprettelsen av «Finnmarksmodellen» for medisinstudiet ved Universitetet i Tromsø er planlagt å starte høsten 2019. Denne desentraliseringen vil føre til at 12 studenter ved 5. og 6. studieår vil ha undervisning, praksis og avsluttende eksamen i Finnmark. Denne oppgaven tar for seg bakgrunnen for desentraliseringen, prosessen i forkant, en gjennomgang av aktørene som deltok og til slutt en diskursanalyse.

Teori og metode

Det er diskursteori som en bakteppet for analysen mens jeg har benyttet meg av studier om desentralisering til bakgrunnsdelen. Begreper og hva vi legger i dem er viktig innenfor diskursteori så jeg har også tatt for meg noen sentrale begreper. Kildene mine er i stor grad møtereferater, rapporter og offentlige utredninger, men også forskning som tar for seg medisinstudentenes prestasjoner, hvor de ender opp etter endt utdanning og om desentraliserte studier har en innvirkning på deres kvalifikasjoner.

Bakgrunn

Opprettelsen av Universitetet i Tromsø ble av mange sett på som en del av et bredere politisk prosjekt, der et av formålene var å utvikle landsdelen. Med dette som bakteppe har jeg beskrevet prosessen i forkant av opprettelsen av «Finnmarksmodellen», der jeg har inkludert litt om bakgrunnen for opprettelsen av Universitetet i Tromsø, bakgrunnen for den nye studieplanen som kom i 2012 og til slutt en gjennomgang av prosessen som lå til grunn for desentralisering av 12 studieplasser til Finnmark. Jeg fokuserer spesielt på forskning, forandringer i helsevesenet og distriktpolitikk, da dette ofte kommer opp som begrunnelse for ytterligere desentralisering. Til slutt en gjennomgang av motforestillingene som kom fram i høringsuttalelsene.

Diskursanalyse og diskusjon

Analysedelen begynner med at jeg presenterer de to diskursene som jeg skal analysere; «samfunnsoppdragdiskursen» og «fagmiljødiskursen». Deretter følger det en gjennomgang av de forskjellige aktørene som var en del av prosessen og klassifisering av hvilken diskurs de forskjellige aktørene tilhører. I selve analysen har jeg benyttet meg av analyseverktøyet «What's the problem represented to be», laget av Carol Bacchi (2009).

Innledning

Denne oppgaven handler om prosessen som førte fram til opprettelsen av «Finnmarksmodellen» ved medisinstudiet i Tromsø. Denne modellen innebærer at 12 studenter skal ta femte og sjette studieår i Finnmark som en del av et desentralisert studieopplegg. Jeg vil først redegjøre for problemstillingen for oppgaven, teori og metode. Deretter gjør jeg rede for det jeg anser som bakgrunnen for Finnmarksmodellen og den reviderte studieplanen den har sitt utgangspunkt i. I påfølgende kapittel kommer jeg inn på beslutningsprosessen og de ulike aktører som deltok. Til slutt vil jeg bruke diskursanalyse som verktøy i en analyse av prosessen.

Medisinstudiets oppgave er å utdanne leger for norsk helsevesen; det vil si ulike typer helseinstitusjoner som har som mål å yte helsetjenester på ulike nivåer til hele befolkningen. Endringer i studiet over tid kan være konsekvenser av at medisinfaget utvikler seg, men kan også være svar på endringer i helsevesenets organisering og økonomi, endrede behov i samfunnet, for eksempel endret alderssammensetning av befolkningen, endret bosettingsmønster eller endrede krav til helsevesenet.

Behov for endring kommer til uttrykk og konkretiseres på ulike måter; som politiske krav som må følges opp av myndighetene, som resultater fra forskning og utredninger, eller som etterspørsel i et marked for helsetjenester.

Behovene trenger dermed ikke å være entydige, det kan herske ulike virkelighetsoppfatninger om hvilke behov som foreligger, om hvor viktige de er, og hvordan de kan og bør imøtekommes. Ulike aktører som er involvert i diskursen rundt endringsprosessene kan forholde seg til ulike mål, verdier og virkelighetsbeskrivelser, ut i fra ulike ståsted; faglig, politisk, institusjonelt og geografisk. Jeg stiller spørsmålet om, eller hvorvidt de ulike aktørene i prosessen som førte fram til Finnmarksmodellen forholdt seg til ulike virkelighetsdefinisjoner, eller diskurser.

Problemstilling

I oppgaven spør jeg om ulike aktører som har ytret seg i prosessen med å planlegge og implementere ny studieplan «problematiserer» forskjellig. Min hypotese er at det finnes to

diskurser i debatten rundt Finnmarksmodellen. En for desentralisering og en mot desentralisering.

Argumenterer aktørene ut i fra ulik oppfatning av virkelighetsbeskrivelsen, om de er uenige om hvorvidt det foreligger et behov for «Finnmarksmodellen» og om de forholder de seg til ulike deler av virkeligheten og definerer/prioriterer behov med utgangspunkt i egen "nisje". Det innebærer også spørsmålet om aktørene er uenige om hvilke virkemidler som egner seg til å møte de definerte behovene og om de har ulike oppfatninger av hva konsekvensene av de foreslåtte virkemidlene vil bli. Videre vil jeg analysere diskusjonen i forkant av Finnmarksmodellen ved hjelp av diskursteori.

Jeg vil se på hvilke behov Finnmarksmodellen er ment å dekke, medisinskfaglig og samfunnsmessig, og hvordan virkelighetsoppfatningen som ligger til grunn er etablert (politiske krav, forskning/utredning, økonomi/marked). Hvilke målsettinger og verdier er formulert som begrunnelse for forslaget? Jeg vil videre undersøke hvilke aktører som har aktivt deltatt i diskursen om Finnmarksmodellen, og hvordan de har artikulert oppfatninger om den ut i fra ulike ståsted. Jeg har gruppert aktørene i hovedkategoriene forvaltningsaktører, profesjonsaktører og politiske aktører.

Teori

Diskursteori

Diskurs er et begrep som brukes på mange forskjellige måter og i mange sammenhenger. Siden jeg skal benytte meg av diskursanalyse vil jeg her gå inn på det teoretiske grunnlaget for diskursanalysen. Først vil jeg gjøre kort rede for hvilken definisjon av diskurs jeg benytter meg av og det teoretiske rammeverket for diskursanalyse generelt. Så vil jeg kort presentere det analyseverktøyet jeg benytter i oppgaven.

Ifølge «Store norske leksikon» betyr diskurs: *«samtale, vidløftig drøftelse, disputt, men kan også betegne en sammenhengende rekke med språklige enheter ytret i en gitt kontekst. 'Diskursiv' betyr det som skjer i løpet av en **diskurs** eller samtale. Den flerfaglige tradisjonen for å forske på **diskurs** og **diskurser** kalles **diskursanalyse**»* (1). I oppgaven vil diskursen omfatte alle ytringer som har vært i forbindelse med planlegging og implementering av ny studieplan ved medisinstudiet på UiT og innføring av Finnmarksmodellen. Ytringene inkluderer rapporter og møtedokumenter som er skrevet i forkant av implementeringen,

høringssvar som kom i forbindelse med forslag om ny studieplan generelt og innføring av Finnmarksmodellen spesielt, stortingsmeldinger og andre dokumenter samt avisartikler og kommentarer i aviser som omhandler organisering av medisinstudier generelt og desentralisering av medisinstudiet spesielt.

I motsetning til andre måter å analysere tekst på er hovedmålet med diskursanalysen ikke å finne ut hva teksten «egentlig» handler om, hvordan argumentasjonen er oppbygget eller hva informanter sier i et intervju. Diskursanalysen er en metode som brukes for å analysere tekst og ytring for å finne ut hvordan virkeligheten er konstruert igjennom språket (2). På denne måten er ikke hovedmålet å finne ut «hva som skjer», men heller «hvordan og hvorfor det skjer». Hva er virkelighetsforståelsen bak diskursen? Hvordan er maktforholdene mellom de forskjellige som ytrer seg og hvordan ser de som ytrer på seg selv om samfunnet og hvorfor er det slik? (2)

Hjort (1997) viser til tre forskjellige måter definere begrepet diskurs; en refererende, en strukturell og en analytisk definisjon. Den sistnevnte definisjonen innebærer at diskursbegrepet benyttes av analytikeren til å analysere de kategoriene som vedkommende har satt opp (3).

Det handler om hvordan samfunnet og sosiale aktører definerer virkeligheten og det er den subjektive virkelighetsforståelsen vi skal analysere. Hvordan vi hele tiden forholder oss til den sosiale konstruksjonen av virkeligheten som vi har rundt oss (2). Jørgensen og Phillips forklarer dette slik: «*Det er ved å se verden igjennom en bestemt teori, at man kan fremmedgjøre seg fra noen av sine selvfølgeligheter og stille andre spørsmål til materialet, enn det man kan ut i fra sin hverdagsforståelse*»(4). Når man representerer en diskurs så er den nødvendigvis bygd opp rundt måten man ser verden på. «Den sosiale konstruksjonen av virkeligheten» som det blir referert til bygger både på de tingene som samfunnet har definert som normalt meg også de forutsetningene og erfaringene som er individets utgangspunkt for å fortolke den virkeligheten man er en del av. Dette kan gjøre det veldig vanskelig å «fremmedgjøre seg fra sine selvfølgeligheter». Særlig hvis utgangspunktet for problemforståelsen er helt forskjellig er det vanskelig å se opp fra sitt eget perspektiv. Dette kan føre til polarisering der alle parter har en urokkelig tro på sitt eget perspektiv som det eneste riktige. I diskursanalyse er ikke problemstillingen om noe er sant eller usant men om hvordan det selvsagte blir selvsagt.

Neumann forklarer at «*diskursanalyse dreier seg bl.a. om å studere mening, og den studerer mening der den oppstår, nemlig i språket selv. Språket sees ikke som et uproblematisk system av begreper som refererer direkte til ting og fenomener, men som et sosialt system som (også) følger sin egen logikk, og denne logikken er virkelighetskonstituerende for mennesker*». Neumann fremhever at diskursanalysen kan kaste nytt lys over de forutsetninger og betingelser som alltid er en del av politiske praksiser(5).

Jørgensen og Phillips har satt opp fem punkter for en kritisk diskursanalyse:

1. Sosiale og kulturelle prosesser og strukturer har en delvis lingvistisk-diskursiv karakter
2. Diskurs er både konstituerende og konstituert
3. Språk skal analyseres empirisk i den sosiale sammenhengen
4. Diskurs fungerer ideologisk
5. Dette baseres på kritisk forskning som er politisk engasjert i sosial forandring, kritisk diskursanalyse stiller seg på «de undertrykte sosiale gruppers side» (4).

Foucaults tanker om hvordan virkelighet konstitueres gjennom diskursiv praksis er et viktig grunnlag for diskursteorien. Han sier om problematisering;

“Problematization doesn’t mean representation of a pre-existing object, nor the creation by discourse of an object that doesn’t exist. It is the totality of discursive or non-discursive practices that introduces something into the play of true and false and constitutes it an object for thought (whether in the form of moral reflection, scientific knowledge, political analysis, etc.)” (6).

Foucault mener at selve «diskursen» er sammenhengen mellom kreftene i samfunnet, altså slik de materialiserer seg i institusjoner, i språket og i individets erkjennelse (7). Foucault er interessert i hvordan regler som styrer produksjonen av utsagn oppstår igjennom maktkamper, som etablerer hierarkiske relasjoner mellom overordnede, totalitære vitensformer og lokale undertrykte vitensformer. Makt og diskurs er derfor tett sammenvevde fenomener (7).

Diskurs som teori og diskursanalyse som metode

I oppgaven vil jeg se på hvordan problemer skapes igjennom diskurs. Diskursbegrepet kan benyttes som både teori og metode. Jeg vil se på diskurs som metode først og siden bruke Bacchis (2009) analyseverktøy for diskursanalyse til å analysere diskursen omkring opprettelsen av «*Finnmarksmodellen*» og se på hvordan problemer skapes igjennom diskurs.

Carol Bacchi hevder at vi ved å adressere «problemer» med den intensjonen at vi ønsker å løse dem, så er vi istedenfor med å skape problemene når vi velger å omtale dem som akkurat det (8). Hun argumenterer i sin bok «*What is the problem represented to be?*» (2009) for at ved at myndighetene indentifiserer og reagerer på fikserte eller statiske sosiale problemer i den hensikt at de ønsker å løse dem så er de samtidig med på å gjøre dem til et «problem». Altså at myndighetene (og alle vi andre) er med på å forme de (sosiale) problemene når vi omtaler dem som problemer og bestemmer oss for å gjøre noe med dem (8).

Foucault var også opptatt av «problematisering». Han studerte institusjoner som skolen, psykiske sykehus og fengsel, og han viste til at praksisen med at de som bryter loven skal settes i fengsel og at de som er psykisk syke må inn på institusjon er noe som har blitt det «normale» ganske nylig. Han ønsket å forstå forhistorien til praksisene som tilhører de institusjonene som vi tar for gitt (9). Det vi legger i begrepene styrer måten vi tenker og handler i forhold til forbrytere og psykisk syke. Altså at ved å definere dem som psykisk syke eller som kriminelle så har vi gjort dem til et problem som vi må gjøre noe med. Han argumenterer for at måten vi forholder oss til institusjonene våre viser at vi lever i et disiplinorientert samfunn der vi benytter oss av hierarkier, forskjellsbehandling, normaliseringsteknikker og overvåkningssystemer (9, 10).

Bacchi undersøker hvordan politiske problemer produseres i diskurs og forståelsene som ligger bak politikken. Hun er tilhenger av Foucaults teorier og argumenterer for at problemer ikke er gitte, men at de er et resultat av sosiale konstruksjoner. Hun mener f.eks. at når myndigheter skal håndtere et problem ved å sette i gang reformer eller bevilge penger så er det de som er med på å definere den aktuelle saken som et «problem». Hun mener ikke at disse sakene ikke nødvendigvis er reelle, men at selve «problematiseringen» er verdt å se nærmere på. Hennes WPR (*what's the problem represented to be?*) metode består av seks spørsmål:

1. What is the problem represented to be in a specific policy?
2. What presuppositions or assumptions underlie this representation of the problem
3. How has this representation of the problem come about
4. What is left unproblematic in this problem representation? Where are the silences?
Can the problem be thought about differently?
5. What effects are produced by this representation of the problem?
6. How/where has this representation of the problem been produced, disseminated and defended? How could it be questioned, disrupted and replaced?(8)

I min analyse vil jeg svare på disse spørsmålene og benytte meg av WPR metoden.

Sentrale begreper

Desentralisering

Desentralisering innebærer at ansvaret for ivaretagelsen av offentlige oppgaver blir overført til enheter eller organer på et lavere nivå i det offentlige styringssystemet. Begrepet blir både brukt i de situasjonene der reell beslutningsmyndighet overføres til lavere myndighetsorganer men også i situasjoner der organer eller enheter tildeles ansvar for å sette i gang og drifte noe som er blitt vedtatt igangsatt av høyere myndigheter (11).

Eksempler på dette er overføring av myndighet og forvalteransvar fra staten til fylkeskommuner og kommuner, men det kan også være snakk om etablering av spesialiserte statlige etater på lokalt nivå.

Desentralisering i offentlig sektor kan begrunnes praktisk, som et middel for å sikre brukerne best mulig tilgang til tjenester og prinsipielt, for å oppnå en best mulig demokratisk styring og kontroll av offentlig virksomhet. Geografisk spredning vil føre til nærhet til brukerne. Tanken er at nærhet til brukerne vil være en forutsetning for best mulig effektivitet i fordelingen og forvaltningen av tjenestene. Desentralisering av oppgaver til kommuner og fylkeskommuner gjør at velgerne er sikret innflytelse på den lokale utformingen av tjenestene og de fysiske rammene rundt tjenesteytingen (11).

Desentralisert utdanning

Det finnes forskjellige definisjoner på begrepet desentralisert utdanning. Begrepene «desentralisert utdanning», «fjernundervisning» og «fleksibel utdanning» blir ofte brukt om hverandre og kan være delvis overlappende. I oppgaven bruker kunnskapsdepartementets definisjon av desentralisert utdanning: «*utdanning gitt av eller på oppdrag av en institusjon utenfor lærestedets hovedsete for den aktuelle utdanningen*» (12).

Begrunnelsen for desentralisering av utdanning er vanligvis å nå en større målgruppe gjennom et fleksibelt utdanningstilbud. Av Stortingsmeldingen «*Tidlig innsats for livslang læring*» (St.meld. nr. 16 (2006-2007)) går det frem at regjeringen ønsker å legge til rette for at alle som ønsker å ta høyere utdanning skal få muligheten til dette. De understreker også at desentralisert utdanning også anses som et viktig virkemiddel for å øke kompetansen og bidra til utvikling i distriktene (13).

Å tilby desentralisert utdanning er også et uttrykt mål for Helsevitenskapelig fakultet ved UiT. Av strategiplanen for fakultetet 2010-2013 går det frem at fakultetet ønsker være ledende på fleksible og desentraliserte utdanninger og at de ønsker å tilby utdanningsløp rettet mot befolkningens og arbeidslivets fremtidige behov for kompetanse. (14). De nevner også at de vil «*videreutvikle bruk av praksis i utdanningene og ta i bruk flere undervisningsarenaer for alle profesjonsstudenter i kommunehelsetjenesten, ved helseforetakene og ved andre helseinstitusjoner i landsdelen*» og «*videreføre etablerte desentraliserte profesjonsutdanninger og arbeide for å utvikle studietilbud som kan gjennomføres på deltid og med større innslag av campusuavhengig undervisning*» (14).

«*Morgendagens leger*» var et sentralt dokument når det kom til ønsket om evaluering av medisinstudiet og etter hvert utforming av en ny studieplan. De la frem prinsipper for revisjon av medisinstudiet i Tromsø. Der kommer det frem at de ønsker at Universitetet skal utdanne leger til å jobbe i allmennpraksis i Nord-Norge; medisinstudiet skal gi studentene kunnskaper, ferdigheter og holdninger for å bli gode leger og samtidig skape entusiasme og motivasjon for å jobbe i allmennpraksis i Nord-Norge (15).

Ifølge notat fra styringsgruppen for revisjon av medisinstudiet så har arbeidet med revisjon av medisinstudiet hatt en uttalt målsetning om «*økt fokus på primærhelsetjeneste og*

distriktsmedisin. Dette henger også sammen med utfordringene norsk helsevesen står ovenfor (16). To perspektiver tas opp i dette notatet: for den enkelte student er det essensielt at utdannelsen gir den kompetanse som er nødvendig for å håndtere arbeidslivets utfordringer på en god måte, og for Universitetet sin del må samfunnsmandatet oppfylles.

Materiale og metode

Kildene er funnet bl.a. ved hjelp av søk i Pub.med med søkeordene «decentralized medical education» og «decentralized studies». Jeg har ikke brukt Mediscal SubHeadings (MeSH). Jeg har også benyttet med av universitetet i Tromsø sine møtedokumenter, strategiplaner, studieplaner og interne og eksterne evalueringer iverksatt at helsevitenskapelig fakultet. Noe av litteraturen har jeg fått rett fra veileder, eller veileder har anbefalt meg en forfatter. Mange av kildene har jeg funnet frem til ved hjelp av ting som blir referert til i rapporter eller artikler som jeg allerede hadde på kildelisten. Jeg har også gjort søk etter litteratur ved hjelp av Google og på UiT sine hjemmesider. På Google har jeg brukt søkeordene «*desentralisert utdanning*», «*desentralisert medisinutdanning*», «*ny studieplan medisinstudiet UiT*» og «*Finnmarksmodellen*». Jeg har brukt hjemmesidene til distriktsmedisinsk senter.

Oppgaven er en litteraturstudie. Mange av mine kilder er saksdokumenter, studieplaner, høringsdokumenter og stortingsmeldinger. Jeg har også benyttet meg av avisartikler og leserinnlegg for å finne eksempler på de forskjellige diskursene. Jeg har også brukt mer akademiske kilder, fagartikler og studier som omhandler desentralisering generelt og desentralisering av medisinstudiet spesielt. De har handlet om både erfaringer med å starte og drive desentraliserte studier, samt erfaringer fra studenter og konsekvenser for regionene der dette har blitt gjennomført.

Jeg har ønsket å finne kilder som både argumenterer for og mot desentralisering av medisinstudiet. Dessverre har det ikke vært så enkelt å finne de kritiske forskningsartiklene om temaet. Her kan jeg ikke utelukke at de finnes, men jeg har ikke klart å finne dem ved hjelp av litteratursøk. Jeg har for øvrig noen kritiske høringsuttalelser som jeg vil bruke som utgangspunkt for diskursanalysen. Det kommer også frem noen kritiske spørsmål i saksdokumentene jeg har brukt, samt i noen avisartikler jeg har sett på. Så jeg mener på denne måten at jeg har klart å danne meg et bilde av hva som er argumentasjonen mot

desentraliserte medisinstudier. Jeg ønsket å danne meg et bilde av motivasjon og målsetninger til de forskjellige aktørene i prosessen med å iverksette Finnmarksmodellen, og hva som er den eventuelle bakgrunnen for at de enten er kritiske eller positive til tiltaket. På hvilken måte påvirker aktørenes bakgrunn og motivasjon deres argumentasjon? Hvis man deler argumentasjonen inn i forskjellige diskurser, er det da slik at aktørene kun vil være representanter for sitt eget ståsted eller overlapper målsetningene til de forskjellige aktørene?

For å kunne gjennomføre diskursanalysen har jeg valgt å dele aktørene opp i tre; forvaltningsaktører, profesjonsaktører og politiske aktører. For å kunne se på litteraturen mer systematisk har jeg delt dem inn i fire kategorier:

1. Rammedokumenter: vedtak, studieplan, strategidokument, reformer
2. Høringssvar: hva enkeltpersoner eller grupper mener om noe/sier noe om hva de synes
3. Forskning: empiri
4. Leserinnlegg

Bakgrunn

Medisinstudiet i Tromsø

Opprettelsen av Universitet i Tromsø var i sin tid er en del av et bredere politisk prosjekt, der en av målene var å gi høyere utdanning til befolkningen i Nord-Norge og på den måten skaffe mer kompetent arbeidskraft til landsdelen. Før vedtaket om at Universitetet i Tromsø skulle bli en realitet (mars 1968) fantes det bare to universiteter i Norge, et i Oslo og ett i Bergen. Det var stor strid om hvor det tredje universitetet skulle plasseres og mye av denne striden var særlig knyttet til lokaliseringen av medisnutdanningen(17). Helt fra opprettelsen av Universitetet i Tromsø var det et ønske om at universitetet skulle ha en «landsdelsrelevans», altså at de skulle engasjere seg aktivt og være til særlig nytte for det nord-norske samfunnet. Dette gjaldt alle fagområdene og særlig medisnutdanningen (18, 19).

Studieplanen ved det nyopprettede medisinstudiet i Tromsø i 1973 ble ansett som nyskapende og modig (19). Studieplanen la vekt på integrasjon av biologi, klinikk og

samfunnsmessige temaer, samt mer pasientkontakt, moderne pedagogikk og forskertraining (20) Den presenterte nye tanker om hvordan man skulle organisere legeutdanningen og den la vekt på samkjøring av teori og praksis og involvering av hele helsevesenet i regionen. Studieplanen ble ansett som såpass nyskapende og kontroversiell at den ble utgitt i bokform slik at den kunne leses og diskuteres av folk utenom universitetsmiljøet (17, 20).

Desentralisering av høyere utdanning i Nord-Norge har vært brukt som rekrutteringstiltak siden 70-tallet, både til helsesektoren (sykepleiere og fysioterapeuter) og skole/barnehage pedagoger (21). Formålet med desentraliseringen har tradisjonelt vært todelt, både å kunne tilby utdanningsmuligheter til de som bodde i distriktskommuner men også for å kunne skaffe kompetent arbeidskraft til distriktet, der teorien er at de som studerer i distriktet ønsker å bli der etter endt utdanning. I helsesektoren har det vært problemer med å skaffe kompetente fagfolk både til Troms og Finnmark, og rekrutteringstiltakene har ofte vært rettet spesielt mot denne regionen (22, 23)

Medisinstudiet i Tromsø har vært til inspirasjon for andre legeutdanninger (20). Etter oppstarten i 1973 har det vært flere mindre revisjoner. Fra 1973 til 1987 ble det tatt opp 40 studenter årlig. I 1995 ble det gjort en utredning for å se på mulighet for opptak av 70 studenter årlig. Og fra 2004 ble det tatt opp 100 studenter årlig (20). I 1998 ble det dannet en arbeidsgruppe for å vurdere om man skulle utvide opptaket til 120 studenter. Denne arbeidsgruppen så mest på praktiske forhold ved studiet, men kom også med noen forslag til studieforbedrende tiltak. I 2005 kom «*innstilling fra prosjektgruppen for revisjon av medisinstudiet*» Arbeidet med innstillingen startet som et resultat av tidligere utredninger, blant annet en ekstern evaluering (2006) og rapporten «*Utdanning av morgendagens Leger*» (2007)(15, 19). Den eksterne evalueringen ble initiert av fakultetsledelsen som ønsket en evaluering som en del av grunnlaget for arbeidet med en ny studieplan som var tenkt startet i 2007-2008. Gruppen som skrev evalueringen hadde som mandat å evaluere organisering og tilretteleggingen for læring i undervisningen ved medisinstudiet ved UiT og gi innspill som kan være til nytte i det interne arbeidet med revurdering og revidering av studiet (15). Den eksterne evalueringen anbefalte færre forelesninger og flere studentaktiviserende læring og undervisningsformer, men nevner ikke desentralisering spesielt (19).

Begrunnelser for ny studieplan

Både den eksterne evalueringen av medisinstudiet som ble foretatt i 2006 og rapporten «utdanning av morgendagens leger» la vekt på at studieplanen ved medisinstudiet ved UiT hadde forbedringspotensial når det kom til organiseringen av undervisningen og studentaktiviserende opplegg (15, 19). Selv om studieplanen ble betegnet som både innovativ og nyskapende i 1973 så er det mye som har skjedd både med både pedagogikk og studenter og hvilke krav som stilles til begge deler. Studentene forandrer seg, har en annen pedagogisk bakgrunn, de er vant med gruppearbeid og mer deltagende undervisning (20). Studentene vil også kunne være nødt til å forholde seg til en annen virkelighet når de kommer i arbeidslivet enn de legene som ble utdannet på 70-tallet. Det stilles høye krav til oppdatert kunnskap, studentene trenger undervisning i å tilegne seg oppdatert forskning og kunne være kritisk til ny informasjon (24).

Et annet moment er at undersøkelser viser at medisinstudenter har hatt lite samfunnsfaglig kunnskap, de har også en tendens til å komme fra de øvre samfunnslag og har dermed liten innsikt i livssituasjonen til mange av sine fremtidige pasienter (20). Medisinstudiet i Tromsø har med sine kvoter kanskje et annet opptaksgrunnlag av studenter enn de «tradisjonelle» medisinstudiene, men det har vært et ønske om å integrere humanistiske og samfunnsfaglige aspekter i undervisningen, slik at de kommende legene skal ha litt innsyn i økonomi, arbeid, utdanning og hverdag til dem de skal behandle. Hovedmålet når det kommer til læringsutbytte vil nødvendigvis være å utdanne gode leger:

«Mål – å utdanne leger med helhetlig profesjonell og akademisk kompetanse som gjør dem i stand til å behandle sykdom, redusere lidelse og fremme helse gjennom pasientrettet og tverrfaglig arbeid i helsetjenesten, undervisning, fagutvikling, forskning og formidlingsarbeid» (20).

Finnmarksmodellen

Proessen som førte til vedtaket om å innføre «Finnmarksmodellen» var en del av arbeidet med revisjonen av medisinstudiet og gikk parallelt med denne. I 1999 fikk et utvalg oppnevnt av fakultetsstyret som mandat å vurdere inntak av 120 studenter årlig og «vurdere andre organisasjonsformer og se på mulighetene for en annen utnyttelse av landsdelens ressurser i denne undervisningen» (25). Bakgrunnen for at dette utvalget ble dannet var en ustabil

legedekning i Nord-Norge og en stor eksport av leger ut av landsdelen (26). I forbindelse med arbeidet til dette utvalget ble det konkludert med at det bare var Nordland sentralsykehus og Nordlands psykiatriske sykehus som var egnet for desentralisert undervisning ut over den eksisterende praksisperioden på 5. studieår (26).

Desentralisering av 5. og 6. studieår til Bodø ble gjennomført for første gang i 2009 og har vært en populær ordning blant studentene. Inntil 25 studenter tar nå 5 og 6 studieår i Bodø. Fakultetet har ansatt både administrativt og vitenskapelig personell med arbeidssted ved Nordlandssykehuset og studentene får både teoretisk og praktisk undervisning og tar eksamen i Bodø (25). Utgangspunktet for å opprette Bodøpakken var plassmangel ved universitetssykehuset, for store grupper ved f.eks. praktisk klinisk undervisning og mangel på veiledere) og legemangel i Nordland fylke, samt ønske om å ta opp flere studenter ved medisinstudiet (27). En annen grunn var at medisinstudiet i Trondheim overtok mange av de praksisplassene som tidligere ble brukt av Tromsøstudenter.

Universitetet angir i sin rapport «*Finnmark som utdanningsarena i medisinstudiet ved UiT Norges arktiske Universitet*» at bakgrunnen for å desentralisere deler av medisinstudiet igjennom Finnmarksmodellen er at Universitetet ønsker å bidra til å øke rekrutteringen og forbedre legedekningen i Finnmark fylke (28). Men det nevnes også andre grunner, som behov for nye undervisningsarenaer, Kunnskapsdepartementets stortingsmelding «samspill i praksis» og stortingsmelding 47, «Samhandlingsreformen» (25).

Fakultetsstyret ved Det Helsevitenskapelige Fakultetet ved UiT oppnevnte i januar 2013 et utvalg for å utrede mulighetene for å ta i bruk Finnmark som utdanningsarena for sjettedeårs medisinstudenter. Utvalget fikk spesielt i oppgave å vurdere aktuelle undervisningssteder i Finnmark med tanke på kapasitet, klinisk og akademisk kompetanse hos undervisningspersonellet (28), samt utarbeide forslag til modell for faglig innhold og praktisk organisering. Utvalget konkluderte med at «*klinisk aktivitet, kliniske fasiliteter og fagmiljø i Vest-Finnmark er av slik kvalitet og volum at det kan danne grunnlag for en meget spennende og god utdanningsarena for medisinstudenter i sjettede studieår*» (28).

Ifølge rapporten om Finnmark som utdanningsarena skal 12 sjettedeårsstudenter i medisin skal ta Finnmarksmodellen hvert år fra 2019, og en pilot er planlagt med fire studenter fra 2017. Det vil være tre læresteder; Hammerfest blir hovedbasen med moduler i Alta (6 uker) og

Karasjok (3 uker). Læringsmålene vil være de samme som i Tromsø, men tanken er at det skal være en «Finnmarksprofil» med ekstra fokus på samhandling, akuttmedisin og kulturforståelse (28). De fire første årene skal gjennomføres ved campus UiT på samme måte som for studenter som tar Bodøpakken. Det vil være påmelding til de tolv studieplassene i Finnmarksmodellen fra studentkullet som går første året medisin høsten 2015, og det vil være mulig å melde seg på fram til de går 4.året. Hvis de 12 studieplassene ikke blir fylt opp vil det bli gjennomført loddtrekning blant studentene (28).

Begrunnelser for Finnmarksmodellen

På et overordnet nivå kan Finnmarksmodellen begrunnes med henvisning til samfunnsoppdraget til Norges Arktiske Universitet, UiT; å utdanne kompetent arbeidskraft som kan fylle behovene i landsdelen. Medisinstudiet i Tromsø ble i sin tid opprettet for å utdanne leger til helsetjenesten i hele Nord-Norge. Behovet for flere leger i landsdelen ble også bakgrunnen for en utredning som var ferdig i 1999 og som het «Innstilling om opptak av 120 studenter årlig til embetsstudiet i medisin», der mandater var å vurdere forslag til praktisk organisering av det medisinske studium ved opptak av 120 studenter og derunder å utrede «en annen bruk av landsdelens ressurser i undervisningen» (26). Det kommer frem at på grunn av en «sterk sentraliseringstendens og stor eksport av ferdige spesialister til sørligere landsdeler må utdanningskapasiteten i Nord-Norge være høyere enn folketallet tilsier for at regionen skal klare å opprettholde en legedekningsgrad på linje med resten av landet» (26) Ifølge innstillingen kom det forslag fra kunnskapsdepartementet allerede i 1998 om å «vurdere et alternativ med desentralisert kliniskundervisning» for å imøtekomme et økt antall studenter (26). Innstillingen går inn for en modell med deling av kullene, der den ene delen av kullet må ta et halvt år fri, for så å begynne etter jul. Bakgrunnen var kapasitetsproblemer for å ta imot studenter ved UNN, pluss at de store gruppene førte til dårligere studiekvalitet og læringsmiljø blant studentene (26). Innstillingen går ikke inn for å innføre desentralisert klinisk undervisning ved Hammerfest sykehus på grunn av at det vil bli behov for å skaffe ambulerende spesialister, pluss at noen kliniske moduler vil måtte gjennomføres på UNN, og på den måten vil det ikke være til hjelp for den allerede sprenkte kapasiteten ved sykehuset. De anbefaler derimot at det kan etableres et tilbud med klinisk undervisning av medisinstudenter i siste studieår i Bodø. De vurderer både at NSS har den faglige spesialistkompetansen og pasientgrunnet for å kunne utføre oppgaven og da opptil 24

studenter kan ta sisteåret i Bodø vil det være mulig å utvide studentopptaket ved medisinstudiet på tross av den pressede kapasiteten ved UNN (26).

Her kan vi se at en viktig begrunnelse for desentralisering av studiet er at det var ønske om å øke opptaket av studenter ved medisinstudiet i Tromsø på tross av at kapasiteten ikke tilsa at dette var mulig. De videre begrunnelsene har jeg valgt å dele opp i tre kategorier; de begrunnelsene som viser til forskning, de som henviser til endringer i helsevesenet og de som argumenterer med bakgrunn i distriktspolitikk.

Forskning

I den nye studieplanen legges det vekt på at de forandringene som har blitt gjort bygger på et faglig grunnlag som det er bred enighet om både i Europa og Amerika: *«Det er interessant å se, hvordan konsensus i så vel Europa som Nord-Amerika går i samme retning: legeutdanningen må fokusere mer på praktisk kompetanse, evne til livslang læring, større fokus på den enkelte pasient, på pasientforløp, på primærhelsetjeneste, på samhandling og på tverrfaglighet (20).*

Det finnes flere internasjonale studier som rapporterer om gode resultater av desentraliserte utdanningsløp. Studentene er fornøyde og har oppnådd en fullverdig kompetanse etter gjennomførte desentraliserte studier (29-31) Noen undersøkelser viser at studentene ved desentraliserte utdanninger scorer like bra faglig som studenter som studerer i universitetsbyer, og i noen tilfeller scorer de bedre på faktorer som trivsel og selvtillit (27, 32). I tillegg til å produsere fornøyde studenter har tidligere desentraliserte studier også hatt en positiv effekt på rekruttering; *«Vurdert som tiltak for å skaffe distrikts-Norge fagfolk innen helse og oppvekstsektoren, har de desentraliserte tilbudene hatt en svært positiv effekt» (33).* Kunnskapsdepartementet argumenterer også for økt satsning på desentralisert utdanning for å møte de nye behovene i stortingsmelding 16 (2006-2007); *«et av virkemidlene for å øke kompetansen i regionene er desentralisert og fleksibel utdanning» (34) (Asplan Viak 2009 s.9).*

Det er ikke bare Universitetet i Tromsø som har gått aktivt inn for å støtte sin landsdel. Myndighetene i Canada bestemte seg i 2001 for å etablere et medisinstudie i Northern Ontario. Northern Ontario School of Medicine ble i 2002 dannet for å aktivt hjelpe til med en ustabil og manglende legedekning i Northern Ontario. Ønsket var å kunne rekruttere studenter fra området da det er større sannsynlighet for at de vil ønske å fortsette å bo der

etter at studietiden er over (35). I forkant av etableringen av dette medisinstudiet ble det arrangert seminarer der lokalbefolkningen ble invitert til å komme å si sin mening om hvilken type leger de ønsket at skolen skulle utdanne. Dette ble senere integrert i studieplanen sammen med det allerede sterke sosiale mandatet som er tydelig uttrykt (35). Dette er et av flere eksempler på en ny måte å tenke om medisinedanning på. «*Community engaged medical education*» (CEME) handler om hvordan man kan få til samhandling mellom medisinedanningen og de samfunnene som de skal utdanne leger til. «*..CEME, which features active community participation, can improve medical education while meeting community needs and advancing national and international health equity agendas*». Forfatterne argumenterer for at denne måten å legge opp medisinstudiet på vil føre til at de ferdigutdannede legene kommer til å ønske å arbeide i rurale strøk som ofte har en ustabil legedekning. Dette ønsker de at skal føre til en mer jevn fordeling av helsetjenester blant befolkningen (35, 36).

Endringer i helsevesenet: Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen ble implementert i januar 2012 og målet var å få et bedre og mer helhetlig helsetilbud (24). Kommunene har sammen med helseforetakene og utdanningsinstitusjonene hovedansvaret for å gjennomføre samhandlingsreformen. Hovedmålet til samhandlingsreformen er bl.a. å få ulike ledd i helsetjenesten til å jobbe bedre sammen og å forebygge fremfor å reparere. Men de ønsker også en desentralisering av en rekke tjenester ved å flytte helsetilbudet nærmere der folk bor og delegerer flere oppgaver til kommunene (og gi dem penger til å gjennomføre disse oppgavene). Dette skal føre til et bedre tilbud til pasientene med en sterkere grad av brukermedvirkning (24).

“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 om helseovervåkning, forebygging og tidlig intervensjon, brukermedvirkning, IKT og forbedringsarbeid. Det er også viktig at leger som arbeider i spesialisthelsetjenesten har grunnleggende kunnskap om allmennmedisin og kommunenes arbeid” (37).

Dette kan leses som en instruks til universitetene der det er ønske fra Helse og omsorgs Departementet om at det skal legges mer vekt på allmennmedisin og kommunenes arbeid i undervisningen. Samhandlingsreformen ønsker å øke pasientsikkerheten. Tilbudet skal være

tilpasset den enkelte bruker, og de ønsker å styrke den kommunale helse og omsorgstjenesten. Det skal være en arbeidsdeling der kommunene tar mer ansvar ovenfor pasienter som ikke trenger spesialistbehandling (f.eks. kronikere) og hvis det skal være mulig å gjennomføre dette så er det behov for mere kvalifisert helsepersonell i kommunene.

Distriktpolitikk: legedekning i Finnmark

UiT har desentralisering som en av sine satsningsområder og sier i sitt strategidokument for 2009-2013: «*Universitetet skal være nasjonalt ledende og nyskapende innenfor desentralisert og nettbasert utdanning, slik at større deler av landsdelens befolkning kan nås med relevante utdanningstilbud*» (14)

Helsedirektoratets nøkkeltall for 2015 viser at legemangelen i Nord-Norge fremdeles er stor. Antallet fastlegelister uten lege er størst i Finnmark med 5,2 % og nest størst i Nordland med 4,8 % (22). Denne kunnskapen, satt sammen med tall fra sosial og helsedepartementet (1999) sin viser at 55% av medisinstudenter og turnusleger i Norge ønsker seg tilbake til regionen de kommer fra, er en viktig del av bakgrunnen for at UiT har ønsket å ytterligere desentralisere medisinstudiet (38).

I tillegg til behovet for kompetent arbeidskraft i helsesektoren, er nye behov innenfor helsetjenesten i distriktene, en del av bakgrunnen for opprettelsen av Finnmarksmodellen. Utvalget som utredet Finnmarksmodellen la til grunn at «*UiT skal utdanne leger som er kompetente til å arbeide i Norges nordligste fylke med et desentralisert helsevesen, lange avstander, et tøft klima og en spredt befolkning*» (39). Utvalget trekker også frem at de ønsker at den desentraliserte utdanningen i Finnmark skal kunne brukes til å gjøre studentene trygge i akutte situasjoner fordi dette antas å være en avgjørende faktor ved valg av tjeneste i distrikt (28).

I perioden mellom 1996 til 2001 valgte ca. 50% av medisinstudentene som uteksaminertes fra UiT sin yrkeskarriere i Nord-Norge. De fleste med nordnorsk tilhørighet (75%) valgte å bosette seg i landsdelen. De fleste med tilhørighet utenfor landsdelen, som studerte medisin ved UiT, valgte å bosette seg andre plasser i landet (32, 40). Et av argumentene for «*Bodøpakken*» var at hvis deler av utdanningen legges til Bodø, vil nyutdannede leger ha større tilbøyelighet til å ta en jobb i Nordland etter endte studier. De evalueringene som har vært gjennomført viser

at både studenter og undervisere har vært fornøyde med det faglige utbyttet av «Bodøpakken» (27), men på grunn av den relativt korte varigheten av programmet, er det for tidlig å si noe om det har hatt en innvirkning på legerekutteringen i Nordland. Selv om de tiltakene for rekruttering som allerede er satt i gang fungerer som de skal, er det fremdeles behov for både allmennleger og spesialister, spesielt til distriktene i Finnmark. Finnmark har den høyeste andelen av ubesatte fastlegehjemler i landet ifølge helsedirektoratet (22).

Motforestillinger mot Finnmarksmodellen

På tross av gode tilbakemeldinger fra studenter, forskning som viser god effekt av desentralisert utdanning, og velvilje fra kunnskapsdepartementet, har tilbakemeldingene i kjølevannet av opprettelsen av Finnmarksmodellen ikke vært udelt positive. Skepsis mot desentralisert utdanning er ikke noe nytt. Særlig fagforeningene har vært bekymret for nivåsenkning av profesjonsutdanningene (21). Andre deler av kritikken peker på at spesialisttjenesten i Finnmark er for liten og for sårbar, og derfor utilstrekkelig for å gi medisinstudentene den faglige kompetansen de vil trenge. Av dem som har ytret seg kritisk til opprettelsen av Finnmarksmodellen har jeg valgt å bruke høringsuttalelsene fra Overlegeforeningen, Legeforeningen, Nevrologisk fagenhet og Pediatrisk fagenhet. Dette er uttalelser som kom i forbindelse med at rapporten «*Finnmark som utdanningsarena i medisinstudiet*» var ute til høring. Disse høringsuttalelsene er ikke valgt på grunn av at de var de meste kritiske, men er kun brukt som et eksempel på en diskurs som vektlegger fagmiljø.

Legeforeningen påpeker i sin høringsuttalelse at pasientgrunnlaget er for lite, det er ikke et bredt nok sykdomspanorama og antallet spesialister er ikke tilstrekkelig. De mener også at det fremstår som usikkert at man skal basere mye av undervisningstilbudet på å hente inn eksterne undervisningskrefter og de stiller seg spørrende til om det finnes tilstrekkelig antall leger med akademisk undervisningskompetanse i Finnmark.

«Ønsket om å rekruttere leger til Finnmark må ikke gå ut over kvaliteten på utdanningen av leger. De akademiske kravene som ligger til profesjonsutdanningen i medisin kan ikke fravikes» (41).

Overlegeforeningen mener at de ikke kan se at kvaliteten på undervisningen for de som drar til Finnmark blir fullverdig med de ressursene man har tilgjengelig. Og ved å sende 12

studenter til Finnmark, vil dette føre til en fragmentering av studietilbudet. *«Overlegeforeningen synes at innhold og kvalitet på undervisningen er for lite vektlagt i forslaget. Overlegeforeningen kan på bakgrunn av uttalelsen fra utvalget ikke støtte forslaget om å opprette 12 studieplasser i Finnmark. Det er for usikkert om tilbudet blir godt nok og om det vil fungere som et stimulus for å få nyutdannede leger til utkantkommuner» (41).*

Pediatrik avdeling nevner to momenter som gjør at de er bekymret for om kvaliteten på studietilbudet blir adekvat. Det ene er at det er et svært begrenset pasientvolum og at det er mange pasientgrupper studentene ikke vil komme til å se på grunn av at disse ikke blir behandlet i Finnmark. Det andre er at det er ustabil overlegedekning og at det er svært få overleger som er bosatt i Finnmark. Dette gjør at det vil bli utfordrende å gi det samme tilbudet som i Tromsø (41).

Nevrologisk fagenhet mener at utfordringene som er knyttet til Finnmarksmodellen er håndtert på en overfladisk måte i rapporten. De savner en vurdering for hvorfor det er et ønske om å utvide antall studenter, og stiller spørsmålet om det er entydig at det faktisk er et økt behov for leger fremover. *«Begrunnelsen for å opprette Finnmarks plasser virker ikke veldig overbevisende (...) Mangel på overbevisende begrunnelse gir tanker om at det kan være andre motiver som ligger bak» (41).* De nevner videre at mye av undervisningen baserer seg på en ambulerende spesialisthelsetjeneste som det allerede i dag er krevende å gjennomføre, og at studentene ikke vil møte de pasientene som har problemstillinger som krever innleggelse i sengepost. *«Vi mener derfor at studenter i Finnmark ikke vil få de samme kvalitetsmessige tilbud i nevrologi som studenter i Tromsø og Bodø»(41).*

De kritiske argumentene mot Finnmarksmodellen dreier seg i hovedsak om kvaliteten på medisinstudiet, som antas å bli svekket ved desentralisering, på grunn av avstand til fagmiljøet i Tromsø og et svakt fagmiljø i Finnmark. Argumentene forholder seg ikke til begrunnelsen for Finnmarksmodellen, slik den fremgår av utredninger og grunnlagsdokumenter, som legedekningen i Finnmark, framtidige behov i helsevesenet eller behovet for flere praksisplasser. Ut i fra dette mener jeg at disse ytringene representerer en egen diskurs, som jeg velger å kalle *fagmiljødiskursen*.

Diskursanalyse og diskusjon

I problemstillingen presenterte jeg en hypotese om diskursen i forbindelse med prosessen med å iverksette Finnmarksmodellen. Hypotesen var at det finnes to forskjellige diskurser, en for desentralisering og en mot desentralisering. De forskjellige diskursene «*problematiserer*» forskjellig og de definerer og prioriterer behov med utgangspunkt i sin egen virkelighetsbeskrivelse. Dette skal jeg gå nærmere inn på i diskursanalysen. De som tilhører den diskursen som argumenterer for økt desentralisering er opptatt av at Universitetet har et samfunnsoppdrag og dette samfunnsoppdraget innebærer at de har et ansvar for å skaffe leger til landsdelen. Denne diskursen kommer jeg i fortsettelsen å kalle «*samfunnsoppdragdiskursen*». De som tilhører den andre diskursen som argumenterer mot økt desentralisering er opptatt av faglig kvalitet og fagmiljø. Den kommer jeg til å kalle for «*fagmiljødiskursen*». De ønsker at medisinstudiet skal bestå i den formen det har i dag og de er redde for at økt desentralisering vil gå ut over den faglige kvaliteten.

Før jeg går nærmere inn på de to diskursene vil jeg presentere noen begreper som står sentralt i analysen. Først har vi distriktpolitikk. Dette er et eksempel på et begrep som har kommet i nyere tid og som konstituerer en slags forståelse av at det er noen spesielle problemer i distriktet som må løses. Der man kunne argumentert for at problemet er at folk bor i distriktet så er tanken at det skal legges til rette for at folk skal kunne bo i distriktet, altså at det å bo i distriktet har en slags verdi. Dette var en sentral begrunnelse for at Universitetet i Tromsø ble etablert og man finner tydelige henvisninger til hensynet til distriktene både i Universitetets strategiplaner og studieplanene til de første medisinstudentene som startet ved Universitetet. Desentralisering har jeg vært inne på tidligere i oppgaven. Det er et begrep som henger ganske nært sammen med begrepet distriktpolitikk, da desentralisering ofte kan være et resultat av distriktpolitikk. Desentralisering innebærer at funksjoner, institusjoner og beslutningsmyndighet flyttes fra sentralt til lokalt for å legge til rette for befolkningen som har valgt å bosette seg i distriktet. Et annet begrep som blir mye brukt i diskursen er «*fagmiljø*». Begrepet fagmiljø er ikke særlig gammelt, det er et positivt ladet men noe upresist begrep som viser til en samling personer med samme fagbakgrunn. I noen sammenhenger må man ha en viss stilling for å kunne være en del av fagmiljøet, eller at man har en viss type erfaring eller et antall år med erfaring. Når det er snakk om fagmiljø i diskursen rundt Finnmarksmodellen, så er det snakk om overleger og spesialister. Sykepleiere, bioingeniører, radiografer og

farmasøyter er ikke regnet som en del av det «fagmiljøet» som blir brukt i diskusjonen. «*Et fagmiljø kan være smalt eller bredt, stort eller lite. Fagmiljøets fremste kjennetegn er en felles forståelse for fagfeltets avgrensning, for hva som er innenfor og utenfor fagets rammer*» (42).

I diskursanalyse er ikke hovedpoenget å finne ut hva aktørene egentlig mener men heller å sette de inn i en diskursmessig kontekst. For å oppnå ny forståelse har det en hensikt å fordele de forskjellige argumentene og aktørene i grupper på bakgrunn av hvilken diskurs de tilhører. Det skal analyseres ut i fra hvilket ståsted og virkelighetsoppfatning de plasserer seg selv i. Analysen er ikke rettet mot deres «*indre hovedmotivasjon eller hva de egentlig mente*», men heller hvilken diskurs deres utsagn passer inn i.

Aktører

Aktørene er delt inn i tre grupper: Forvaltningsaktører, profesjonsaktører og politiske aktører. Disse skal dekke medisinfaglige og samfunnsmessige behov og møte økonomiske, politiske og forskningsmessige krav. Inndelingen er gjort for å vise de forskjellige aktørene som har ulike ståsted og interesser i prosessen.

Forvaltningsaktørene i denne sammenhengen er først og fremst Universitet i Tromsø og det helsevitenskapelige fakultet med fakultetsstyret i spissen. Det er de som har stått i spissen for en ytterligere desentralisering av medisinstudiet. Jeg har også valgt å inkludere direktøren ved UNN i forvaltningsaktørgruppen siden han har vært positiv til tiltaket helt fra han ble ansatt som direktør og han var medlem av styringsgruppen for revisjonen av medisinstudiet. Grunnen til at dette har vist seg å være viktig er at den forrige direktøren var negativ til en desentralisering av medisinstudiet og på den måten var en bremsekloss for prosessen. Argumentene som forvaltningsaktørene har brukt som bakgrunn for å forandre på studieplanen er mange men bunner ut i at det er kommet anbefalinger til innhold i studieplanen fra politikere og diverse utredninger gjort i forkant, samt at studentene er i større grad enn før vant til/forventer gruppebasert undervisning og studentengasjerende læringsmetoder. «*Finnmarksmodellen er en desentralisert utdanning som skal øke rekruttering av helsefaglig kompetanse til distriktsstrøk og bidra til å sikre legedekningen i fylket*» (28). Forvaltningsaktørene plasseres med denne argumentasjonen innenfor den diskursen som er opptatt av samfunnsoppdraget til UiT. «*Medisinstudiet skal utdanne leger til landsdelen.*

Studiet skal beholde utplasseringsperioden i lokalsykehus og i allmennlegetjenesten. Hele Nord-Norge skal være arena for praksis gjennom bruk av ny teknologi og telemedisin» (15).

Motivasjonen til Universitetet og helsevitenskapelig fakultet er at de ønsker å utdanne leger som er villige til å jobbe i hele landsdelen og dermed oppfylle samfunnsoppdraget som er å skaffe kompetent helsepersonell til landsdelen. Forvaltningsaktørene bygger sine argumenter i stor grad på forskning og erfaring fra andre universiteter som viser at desentraliserte studier fører til at flere arbeider i distriktene og at de som tar desentraliserte studier skårer like høyt på eksamen som de som studerer på campus (21, 29, 31, 36, 40).

Profesjonsaktørene i denne sammenheng er kirurger og overleger ved UNN, overlegeforeningen og legeforeningen. De forvalter profesjonskunnskapen og har argumentert for at desentralisering av medisinstudiet vil føre til lavere faglig kvalitet og at det ikke finnes ressurser eller fagmiljø i Finnmark for å gjennomføre planene. Representantene for profesjonsaktørene plasserer seg med denne argumentasjonen godt innenfor fagmiljødiskursen. Argumentasjonen er at de ikke synes at de studentene som skal ta den desentraliserte studiemodellen i Finnmark vil få et fullgodt tilbud der og at de som studerer i Tromsø vil få et mye bedre tilbud siden de er nærmere UNN. De kommer ikke med et alternativ til hvordan man skal kunne skaffe flere leger til Finnmark men de argumenterer for at den metoden som er foreslått ikke kommer til å fungere. En underliggende forutsetning synes å være at det ikke er UIT sin oppgave å skaffe leger til Finnmark, eller at det ikke er et problem at det er mange distriktskommuner som har problemer med å skaffe kompetent helsepersonell. I en av høringsuttaalelsene fra (nevrokirurgisk avdeling) på UNN stilles det spørsmål om desentraliseringsplanene *«er en del av et politisk prosjekt?»*. Det gis inntrykk av at det er et større problem at det blir lav faglig kvalitet på undervisningen enn at det er legemangel i Finnmark. Dermed er det tydelig at profesjonsaktørene er forankret i fagmiljødiskursen.

De politiske aktørene er både nasjonale og regionale. De nasjonale politikerne har satt i gang reformer for å lage et «nytt helsevesen» som er bedre tilpasset de nye behovene i samfunnet. Det kommer til å bli en omfordeling av ressurser og oppgaver og det er behov for kompetent helsepersonell i kommunene som kan utføre de nye oppgavene. Man kan si at både de nasjonale og regionale politikerne argumenter for at desentralisering er en god ide siden det

trengs mer kompetent helsepersonell i distriktene. De ønsker en dreining av innholdet i studiet til å bli mer i retning av allmennt medisinsk teori og at det skal bli mer praksis i den kommunale helse og omsorgstjenesten. Utgangspunktet til de nasjonale og regionale politikerne er litt forskjellig. De nasjonale politikerne er opptatt av at de vil at medisinstudiet skal møte de nye behovene i kjølevannet av samhandlingsreformen, mens de regionale politikerne i større grad ønsker flere leger og bedre helsetjenester til sin region/kommune, og de ønsker å legge til rette for at dette skal kunne skje. Dermed plasserer de politiske aktørene seg klart i samfunnsoppdragdiskursen. I Alta ønsker de seg også et sykehus, så de er veldig positive til å ta over en del av medisinstudiet.

Aktører	Argumenter	Grunnleggende forutsetninger
Profesjonsaktører Kirurger og overleger ved UNN, overlegeforeningen og legeforeningen	Desentralisering vil føre til lavere faglig kvalitet og dette er ikke forsvarlig. Finnes ikke ressurser eller fagmiljø for å gjennomføre planene.	Uenige i at det finnes et problem som må løses. Mener at man skaper et problem ved å desentralisere.
Forvaltningsaktører Universitetet, helsefakultet, dekan, direktøren ved UNN	Revisjon av studieplanen for å tilpasse utdanningen nye krav fra politikere, studenter og fagmiljø.	Nye behov i helsevesenet. Samfunnsoppdraget til UIT er å ivareta behovene i landsdelen. Kapasitetsproblemer ved UNN.
Politiske aktører Politikere i Finnmark Kunnskapsdepartementet Samhandlingsreformen	Behov for kompetent helsepersonell i distriktene i Finnmark. Ønsker en dreining av det faglige innholdet i utdanningen i retning av mer allmennt medisinsk teori og mer praksis i den kommunale helse og omsorgstjenesten.	Ønsker helsetjenester for å dekke behovene til befolkningen i regionen. Vil at utdanningen skal møte de nye behovene i kjølevannet av samhandlingsreformen

To diskurser: samfunnsoppdrag og fagmiljø

Jeg vil nå se nærmere på de to diskursene og bruke Bacchi (2009) sine seks spørsmål for å se nærmere på grunnlaget for dem.

Samfunnsoppdrags diskursen

Som jeg har vist i foregående kapittel, har Universitetets samfunnsoppdrag ovenfor Nord-Norge stått sentralt helt fra etableringen av medisinstudiet i Tromsø. Å bidra til bedre legedekning til landsdelen var en sentral begrunnelse for opprettelsen av studiet. Distriktpolitikk og desentralisering er begreper som er godt forankret i Universitetets strategidokumenter. Samfunnsoppdragdiskursen omfatter også argumenter om at medisinstudiet må tilpasse seg samfunnsendringer og endringer i organiseringen av helsevesenet. *«Legerollen er i endring som følge av endringer i samfunnet og helsetjenesten, og som følge av utviklingen innen medisinsk kunnskap og teknologi»* (20).

Jeg har brukt Bacchi (2009) sine seks spørsmål for å undersøke hvordan samfunnsoppdragsdiskursen er konstruert:

1. What is the problem represented to be in a specific policy?

Problemet i samfunnsoppdragsdiskursen er at det er legemangel i distriktskommuner i Finnmark. Finnmark har den høyeste andelen av fastlegelister uten lege i landet og det er mangel på spesialister ved sykehusene. Universitetet i Tromsø har helt siden oppstarten hatt et definert samfunnsoppdrag som var å skaffe kompetent arbeidskraft til regionen og dette innebærer at de ser på det som sitt ansvar å skaffe leger som kan jobbe i distriktene.

2. What presuppositions or assumptions underlie this representation of the problem?

Det er visse forutsetninger som tas for gitt i denne diskursen, bl.a. at det er Universitetet i Tromsø sitt ansvar å skaffe kompetent arbeidskraft til Finnmark. De tar også utgangspunkt i at det ikke er den spredte bosetningen i Finnmark som er problemet, men mangelen på helsetjenester til den befolkningen som har valgt å bosette seg så spredt. Helsetjenester skal besørges av det offentlige og alle skal ha et helsetilbud, uavhengig av bosted. En forutsetter også at tiltaket som blir foreslått skal fungere; altså

at ved å desentralisere en del av medisinstudiet til Finnmark så vil det føre til bedre rekruttering.

3. How has this representation of the problem come about?

Hvordan har disse forutsetningene oppstått? Den skandinaviske velferdsmodellen som bygger på likhetsidealer ligger til grunn for at det offentlige står for gratis helsetjenester til alle. Denne modellen oppsto med bakgrunn i sosialdemokratisk politikk etter andre verdenskrig. Desentralisering og distriktpolitikk, som ligger til grunn for tanken om at spredt bosetting ikke er problemet, oppsto som «mainstream» på 1970-tallet, men står ikke like sterkt i dag. Når Universitetet ble opprettet så var det en viktig begrunnelse at det skulle føre til et løft for landsdelen og føre til utvikling både faglig og økonomisk. Universitet skulle bidra med kompetanse generelt og medisinstudiet skulle bidra til å få bukt med legemangelen. Dette er det som blir kalt for universitetets samfunnsoppdrag.

4. What is left unproblematic in this problem representation? Where are the silences?

Can the problem be thought about differently?

Samfunnsoppdragsdiskursen problematiserer ikke om det er medisinstudiet sitt ansvar å sikre legedekning i Finnmark. Eller å tilpasse studiet til samhandlingsreformen for den saks skyld. En alternativ tilnærming kunne vært at spredt bosetting var Finnmarkingenes eget problem. Spørsmålet om studentene har krav på å være i det beste fagmiljøet uavhengig av politiske prioriteringer blir heller ikke problematisert. En side av saken som blir lite vektlagt i samfunnsoppdragsdiskursen om Finnmarksmodellen er at desentraliseringen også er en løsning på kapasitetsproblemene ved UNN.

5. What effects are produced by this representation of the problem?

Effekten av å ramme inn problemet i en distrikts/desentraliseringsdiskurs kan være at det oppstår en allianse mellom helsemyndighetene, helseinstitusjoner i Finnmark, fylkes- og kommunepolitikere. Hvis vi tenker oss at tiltaket bare ble framstilt som en måte å løse et kapasitetsproblem på UNN, uten distriktsprofil, kunne effekten kanskje

vært en annen? Samfunnsoppdragsdiskursen gir tiltaket en politisk legitimitet og bygger
allianser.

6. How/where has this representation of the problem been produced, disseminated and defended? How could it be questioned, disrupted and replaced?

Representasjonen av problemet er utformet i gjennom de ulike utredningene fra UiT. Det kan stilles spørsmål ved representasjonen ut i fra de politiske forutsetningene som ligger til grunn, og sentrale begreper som «samfunnsoppdrag», «desentralisering» og distriktpolitikk- og forutsetningen om at UiT skal spille en aktiv rolle i å sikre legedekning i Finnmark.

Fagmiljø diskursen

Fagmiljødiskursen tar utgangspunkt i Universitetet som institusjon, medisin som vitenskap, spesialisering og fagmiljø. I denne diskursen er kvaliteten på utdanninga ansett for å være avhengig av tilgangen til spesialister og fagmiljø på UNN. Det er et underliggende premiss at spesialistene har en kompetanse som er svært viktig for medisinstudentene og medisinutdanningen.

1. What is the problem represented to be in a specific policy?

Problemet i fagmiljødiskursen er at deler av medisinstudiet ved Universitet i Tromsø skal desentraliseres til Finnmark. De frykter at dette skal kunne gå ut over kvaliteten på studiet, at det er for få pasienter og at fagmiljøet i Finnmark ikke er sterkt nok.

2. What presuppositions or assumptions underlie this representation of the problem?

En av forutsetningene som er underliggende her er at medisinstudiet skal være et enhetlig, vitenskapsbasert profesjonsstudium som skal bygge på samme studiemodell som den som eksisterer i dag. Det er også underliggende at et sterkt fagmiljø er essensielt for medisinstudenter under deres utdanning og at UNN har det beste fagmiljøet for dem som skal forberede seg til legeyrket. De tar utgangspunkt i at ved å

befinne seg i absolutt nærhet av dette fagmiljøet vil studentene bli motivert/inspirert og undervist på best mulig vis.

3. How has this representation of the problem come about?

De som argumenterer for fagmiljø diskursen mener at medisinutdanning som foregår utenfor universitetet og UNN ikke kan være faglig godt nok fundert til at de studentene som tar denne utdanningen vil få en god nok utdanning. Dette baserer de på et ideal om at det er klasseromsundervisning som er best og at den beste undervisningen gjennomføres av de flinkeste legene. Bakgrunnen for dette kan være forskjellig men mye bunner nok i den statusen som legeyrket og medisinstudiet har. Modellen for utdanning av leger, som i dag regnes som universiell, har bakgrunn i en rapport som ble utgitt i 1910 og som strømlinjeformet medisinutdanningene i Amerika og Canada. Den het «Flexner Rapporten» og la vekt på at medisinstudiene i Amerika burde stille høye opptakskrav til sine studenter og at undervisningen skulle være vitenskapsbasert og foregå på universiteter (43, 44). Rapporten førte til en standardisering av medisinutdanningene både i Amerika og Europa som fremdeles er gjeldende i dag.

4. What is left unproblematic in this problem representation? Where are the silences?

Can the problem be thought about differently?

Noe som ikke blir omtalt er at det faktisk er et kapasitetsproblem ved UNN og at undervisningen der ofte kan være både tilfeldig og ikke sjelden overlatt til turnusleger/LIS leger fordi overlegene er for opptatt til å bry seg med studentene. Så det vil ikke bestandig si at selv om fagmiljøet på en plass er topp, så er undervisningen bra. Det er også avhengig av på kulturen på stedet, ressursfordeling og ledelse (rapport om fagmiljø (42). Argumentene som er sentrale i samfunnsoppdragdiskursen, legedekning i Finnmark og samhandlingsreformen, blir heller ikke problematisert i fagmiljødiskursen.

5. What effects are produced by this representation of the problem?

Effekten av denne typen problematisering er at profesjonsaktørene får pekt på viktigheten av egen profesjon, som et fagmiljø for studentene. Diskursen forholder seg ikke til om dette fagmiljøet i praksis er tilgjengelig for studentene, og indikerer en negativ vurdering av fagmiljøet i Finnmark.

6. How/where has this representation of the problem been produced, disseminated and defended? How could it be questioned, disrupted and replaced?

Representasjonen er produsert, formidlet og forsvart med utgangspunkt i medisinfaglig profesjonstenkning, med vekt på begreper som faglig kvalitet, fordypning og vitenskap. Det er mulig å stille spørsmål både ved begrepet «fagmiljø» generelt, hva betyr det og hva er et bra fagmiljø, -og om de påstått viktige fagmiljøene ved UNN har kapasitet til å ta seg av studentene på en tilfredsstillende måte.

Konklusjon

Innledningsvis spurte jeg om ulike aktører som har ytret seg i prosessen med å planlegge og implementere ny studieplan og etablere Finnmarksmodellen «problematiserer» forskjellig. Min hypotese har vært at det finnes to diskurser i debatten rundt Finnmarksmodellen. En for desentralisering og en mot desentralisering. Jeg spurte videre om aktørene som deltok i ordskiftet var uenige om hvorvidt det forelå et behov for «Finnmarksmodellen» og om de forholdt seg til ulike deler av virkeligheten og definerte/prioriterte behov med utgangspunkt i egen "nisje". Jeg har gruppert aktørene i hovedkategoriene forvaltningsaktører, profesjonsaktører og politiske aktører, og brukt diskursteori som verktøy for å analysere aktørenes ytringer.

Konklusjonen er at de tre aktørgruppene opererer innenfor to klart adskilte diskurser; den ene, som jeg kaller *samfunnsoppdragsdiskursen* begrunner desentralisering av medisinstudiet gjennom Finnmarksmodellen med Universitetets og medisinstudiets samfunnsoppdrag i Nord-Norge, mens den andre, *fagmiljødiskursen*, er kritisk til desentralisering med henvisning til svekking av kvaliteten på studiet på grunn av svakere fagmiljø i Finnmark. Den førstnevnte diskursen er representert ved politiske aktører og forvaltningsaktører, mens den sistnevnte representeres av profesjonsaktørene.

Som Neumann (2001) forklarer, oppstår mening i språket selv, språket er ikke et uproblematisk system av begreper som refererer til ting og fenomener, men et sosialt system med en virkelighetskonstituerende logikk. I analysen viser jeg hvordan de to diskursene er konstituert rundt ulike begreper, og hvordan de i liten grad forholder seg til hverandres hovedbegreper. Det går derfor an å si at hver av de to diskursene forholder seg til egne

virkelighetskonstituerende logikker (5). Bacchi (2009) viser til at når myndighetene indentifiserer og reagerer på sosiale problemer i den hensikt at de ønsker å løse dem så er de samtidig med på å gjøre dem til et «problem» (8). Jeg har brukt hennes 6 spørsmål for å analysere hva som tas for gitt i de to diskursene, og hvordan de er konstituert rundt antagelser som tas for gitt og begreper det ikke stilles spørsmål ved. På den måten konstitueres «problemet» på to helt forskjellige måter i de to diskursene.

Jeg har ikke problematisert maktforskjeller mellom de ulike aktørgruppene, men i denne prosessen virker det som forvaltningsaktørene og de politiske aktørene har en felles virkelighetsoppfatning og en dominerende stilling. Alliansen mellom dem kan ha en viss sammenheng med at Finnmarksmodellen skal både løse et kapasitetsproblem på UNN og bidra til bedre legedekning i Finnmark.

Referanser

1. Grue J. Diskurs: Store norske leksikon; 2013, 16. oktober. Available from: <https://snl.no/diskurs>.
2. Boolsen MW. Kvalitative analyser: Hans Reitzel; 2006. Side 195
3. Hjort K. Diskurs: analyser af tekst og kontekst: Samfundslitteratur; 1997.
4. Winther J M, Phillips L. Diskursanalyse som teori och metod. 2000. Studentlitteratur. Side 3 og 73-104
5. Neumann IB. Mening, materialitet og makt: En innføring i diskursanalyse: Fagbokforlaget; 2001. Side 84
6. Foucault M. The history of sexuality, Vol. 2: The use of pleasure: Vintage; 2012. Side 257
7. Ulleberg HP. Diskursanalyse: Et mulig bidrag til utdanningshistorisk forskning. Barn; 2007. side 68
8. Bacchi C. Analysing policy: Pearson Higher Education AU; 2009.
9. Foucault M. Overvåkning og straff: det moderne fengselssystemets fremvekst. Oslo: Gyldendal; 1994.
10. Foucault M. Diskursens orden. m/etterord av Espen Schaanning. Oslo: Spartacus Opprinnelig publisert som L'ordre du discours. 1971.
11. Johnson DG. Desentralisering. Store Norske Leksikon. Oslo2015.
12. Revold J. Med nettverk skal landet bygges. In: Regjeringen, editor. Regjeringen.no2008.
13. Tidlig innsats for livslang læring, Stortingsmelding 16 (2006-2007). In: Kunnskapsdepartementet, editor. Oslo 2006.
14. Strategiplan 2010-2013. Helsevitenskapelig fakultet Universitetet i Tromsø: Tromsø 2010.
15. Utdanning av morgendagens leger. Prinsipper for revisjon av profesjonsstudiet i medisin ved UiT Helsevitenskapelig fakultet UiT: Tromsø 2007. Available from: <https://uit.no/Content/90484/morgendagensleger.pdf>.
16. Sundsfjord A. Desentralisert studiemodell - ulike studieløp 2010 [cited 2016 04.02]. Available from: <https://uit.no/Content/209976/S%2026-2010%20Desentralisert%20studiemodell%20-%20ulike%20studiel%F8p.pdf>.
17. Simonsen GL. Medisinutdanning ved Universitetet i Tromsø som redskap for regional endring i Nord-Norge. 2012.
18. Fulsås N. Universitetet i Tromsø 25 år: Universitetet i Tromsø; 1993.
19. Evaluering av profesjonsstudiet i medisin ved Universitetet i Tromsø. Rapport fra en ekstern evalueringsgruppe Universitetet i Tromsø 2006. Available from: <https://uit.no/Content/90479/Evaluering.pdf>.
20. Profesjonsstudiet i Medisin; 2012-studieplanen Universitetet i Tromsø 2014. Available from: <https://uit.no/Content/401051/Studieplan%202014-02-20%20.pdf>. side 5 og 7
21. Bråstad Jensen E. Fra krisetiltak til suksesshistorier. Desentraliserte profesjonsutdanninger i Troms 1978 - 2008: Orkana forlag; 2008.
22. Helsedirektoratet. Styringsdata for fastlegeordningen, 4. kvartal 2015. 2016.
23. Finnmarkssykehuset. Legerekutteringsprosjektet 2005 [cited 2016 03.04]. Available from: <http://www.finnmarkssykehuset.no/legerekuttering/>.
24. Samhandlingsreformen. Rett behandling, på rett sted, til rett tid. Helse og omsorgsdepartementet. Meld. St. 16 Oslo 2009.
25. Regionalisering av medisinstudiet i Tromsø-oppnevning av utvalget: Universitetet i Tromsø 2013. Available from: <https://uit.no/Content/328077/FS%20Helsefak%203-13.PDF>.

26. Innstilling om opptak av 120 studenter årlig ved embedsstudiet i medisin ved Universitetet i Tromsø 1999 [cited 2016 01.04]. Available from: <https://uit.no/Content/117816/120%20studenter%20medisin%20nov99.pdf>. Side 5, 9, 38 og 40
27. Rekkedal E. Opprettelse av undervisning for sjette års medisinerstudenter i Bodø: Universitetet i Tromsø; 2011.
28. Finnmark som utdanningsarena i medisinstudiet ved UiT Norges arktiske universitet. Universitetet i Tromsø: 2014. Side 2
29. Birden H, Wilson I. Rural placements are effective for teaching medicine in Australia: evaluation of a cohort of students studying in rural placements. 2012.
30. Zink T, Power DV, Olson K, Harris IB, Brooks KD. Qualitative differences between traditional and rural-longitudinal medical student OSCE performance. *Family medicine*. 2010;42(10):707.
31. Schauer RW, Schieve D. Performance of medical students in a nontraditional rural clinical program, 1998–99 through 2003–04. *Academic Medicine*. 2006;81(7):603-7.
32. Alexandersen O, Jorgensen E, Osteras J, Hasvold T. MEDISIN OG VITENSKAP-Tema: Utdanning-Medisinerutdanningen i Tromsø--sikrer den legerekutteringen til Nord-Norge? *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*. 2004;124(16):2107-9.
33. Brekke M, Germeten S, Jensen ØB, Jenssen Ø, Sjøvoll J. Desentralisert lærerutdanning i nord: fra nødløsning til fullverdig alternativ: Eureka Forlag, Høgskolen i Tromsø; 2007.
34. Sollien. T.H K-JEoPE. Analyse av markedet for desentralisert høyere utdanning. 2009 15.05.2015. Report No.: 519835. Side 9
35. Strasser RP, Lanphear JH, McCready WG, Topps MH, Hunt DD, Matte MC. Canada's new medical school: The Northern Ontario School of Medicine: social accountability through distributed community engaged learning. *Academic Medicine*. 2009;84(10):1459-64.
36. Worley P, Strasser R, Prideaux D. Can medical students learn specialist disciplines based in rural practice: lessons from students' self reported experience and competence. *Rural Remote Health*. 2004;4(4):338.
37. Kunnskapsdepartementet. Utdanning for velferd. Samspill i praksis. Oslo: Kunnskapsdepartementet. 2012;Meld. St. 13. Side 84
38. Jensen H EM. Stimuleringsiltak for å få nyutdannede leger og tannleger til Nord-Norge. Rapport fra spørreundersøkelsen februar 1999. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1999.
39. Finnmarksmodellen. Helsevitenskapelig fakultet: Universitetet i Tromsø; 2015 (Pamphlet).
40. Aaraas IJ, Halvorsen PA, Aasland OG. Supply of doctors to a rural region: Occupations of Tromsø medical graduates 1979–2012. *Medical teacher*. 2015;37(12):1078-82.
41. Høringsuttalelser til Innstilling fra prosjektgruppe for revisjon av medisinstudiet ved Det helsevitenskapelige fakultet(2014).
42. Vabø A, Kårstein A. Robuste fagmiljøer. En litteraturgjennomgang. 2014.
43. Flexner A. Medical education in the United States and Canada. *Bulletin of the World Health Organization*. 2002;80(7):594-602.
44. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The lancet*. 2010;376(9756):1923-58.