



Uniped, volume 39
no. 4-2016 p. 293–303
ISSN online: 1893-8981
DOI: 10.18261/issn.1893-8981-
2016-04-02

FAGFELLEVDERT ARTIKKEL

Legeutdanning i og for distriktene

Ivar J. Aaraas

Professor, lege

UiT Norges arktiske universitet / Nasjonalt senter for distriktsmedisin

ivar.aaraas@uit.no

SAMMENDRAG

Med medisinstudiet i Tromsø som utgangspunkt belyser vi den internasjonale utviklingen av distriktsorienterte legeutdanninger fra 1960-tallet og fram til i dag. Basert på ulike perspektiver; universitetenes, studentenes, lærernes, pasientenes og befolkningens perspektiver, framlegges erfaringer med å anvende distriktene og kommunehelsetjenesten som undervisningsarena i legers grunnutdanning. De distriktsorienterte modellene har vist seg nyttige for å rekruttere leger til distrikter og underprivilegerte områder – og for å bidra til mer likeverdig helsetjeneste for befolkninger i disse områdene. Dessuten er modellene vel tilpasset framtidens kompetanseutfordringer med økte krav til samhandling og overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten.

Nøkkelord

legeutdanning, distrikt, primærhelsetjeneste, rekruttering, tilgjengelighet til helsetjenester

ABSTRACT

With the medical school in Tromsø as an original example, we describe the international development of rurally oriented medical education from the 1960s until today. Based on the perspectives of involved partners (universities, students, teachers, patients and populations), we present experiences with rural communities and primary care as locations for undergraduate medical education. These models have turned out to be useful for recruiting doctors to rural and underprivileged areas, and for improving equity of care for populations in these areas. In addition, the models are well adjusted to meet future challenges for competence related to co-ordination of care and tasks transferred from specialist to primary health care.

Keywords

rural medical education, primary health care, recruitment, access to health care

INNLEDNING

Medisinsk Studieplan Universitet i Tromsø (1971) var nyskapende, ofte omtalt som «Den halvørde», et navn i stil med layout, innhold og tidens politiske strømninger.



Studieplanen innledet en ny æra i norsk legeutdanning, med vekt på tidlig pasientkontakt og integrert undervisning om hvordan helse og sykdom skapes og påvirkes av biologiske, sosiale og samfunnsmessige forhold. Viktige spørsmål i studieplanen var: Hva slags arbeid går norske leger til? Og hvordan kan man gi dem riktige holdninger og forståelse for at god medisin krever både en vitenskapelig, en samfunnsbevisst og en medmenneskelig holdning?

Planen fastslo at utviklingen av spesialistfagene bidro til en flukt fra allmennmedisin, noe som skapte store problemer for befolkningens tilgang til legetjenester. For å motvirke dette ønsket man at studiet skulle bidra til innsikt og en positiv holdning til allmennmedisin. Dette ville man oppnå ved å samarbeide med helsetjenesten i den nordlige landsdel. Femte studieår skulle studentene i hovedsak tilbringe utenfor universitetscampus i Tromsø, med praktisk klinisk tjeneste i hele Nord-Norge; 16 uker ved lokalsykehus og 8 uker i primærhelsetjenesten.

FORFATTERENS BAKGRUNN

Som forfatter anser jeg det formålstjenlig med en innledende avklaring om min bakgrunn og erfaring med medisinsk utdanning. Fra studentutplasseringen i primærhelsetjenesten ble gjennomført første gang (1978) og fram til nylig pensjonering (2014), har jeg medvirket i ulike roller. De første ti–tolv årene deltok jeg aktivt som allmennlege og praksislærer for utplasserte studenter. Den neste tiårsperioden var jeg Universitetets hovedkoordinator for utplasseringen i hele Nord-Norge. I de senere år har jeg hatt en rolle som deltakende observatør i en utvidet koordinatorgruppe bestående av en allmennlege med hovedstilling ved universitetet og tre–fire regionale fylkeskoordinatorene i mindre bistillinger. Gjennom mine roller som deltaker og observatør har jeg fått en positiv innstilling til praksisbasert opplæring og trening av medisinstudenter. Samtidig har jeg fått adgang til å observere problemer og utfordringer på nært hold.

FORMÅLET MED ARTIKKELEN

Med medisinstudiet i Tromsø som utgangspunkt vil jeg belyse den internasjonale utviklingen av distriktsorienterte legeutdanninger fra 1960-tallet og fram til i dag. Ifølge Gamnes og Rasmussen (2013) var nyvunne erfaringer fra universiteter i Canada, Nederland, England og Israel grunnleggende ved oppstarten av Tromsøstudiet i 1973. Fra 1980-årene har universiteter i Australia, Canada og USA ledet an i denne utviklingen (Greenhill, Walker, & Playford, 2015; MacDowell, Glasser, & Hunsaker, 2013; Norris et al., 2006; Tesson,

Hudson, Strasser, & Hunt, 2009; Worley, Esterman, & Prideaux, 2004). Først vil jeg dokumentere erfaringer med distriktsorienterte studiemodeller ut fra medvirkende institusjoners og grupperes perspektiv: universitetene, studentene, lærerne, pasientene og befolkningen. Deretter vil jeg diskutere modellenes betydning for å imøtekomme framtidens utfordringer ved utdanning av leger.

UNIVERSITETENE

Ved de medisinske universitetsmiljøene i Norge på 1960-tallet (Oslo og Bergen) var det stor motstand mot i det hele tatt å etablere legeutdanning i Nord-Norge (Bertelsen, 1991; Gamnes, 2013). Torstein Bertelsen (1923–2008), professor i øyesykdommer i Bergen med oppvekst i Nord-Norge, representerte et viktig unntak. Tidlig publiserte Bertelsen (1963) en banebrytende artikkel i *Tidsskrift for Den norske legeförening*, der han viste at leger etter endt utdanning har en klar tendens til å søke arbeid på eller i nærheten av sitt oppvekststed. Artikkelen og Bertelsens videre engasjement for å opprette legeutdanning i Nord-Norge, var blant de avgjørende faktorene da Stortinget i 1968 vedtok å opprette et nordnorsk universitet og et nytt legestudium i Tromsø. En annen forkjemper for legeutdanning i nord var Peter F. Hjort (1924–2011), professor i indremedisin i Oslo. Han påtok seg oppgaven med å planlegge det nye studiet, og ble den første rektor ved Universitetet i Tromsø. Underveis møtte Hjort mye motstand fra det sørnorske medisinske establishment. Men hans ukuelige visjon for et nyskapende studium som skulle forbedre legedekningen og helse-tjenesten til befolkningen i hele Nord-Norge vant fram. Ved utenlandske universiteter; McMaster i Canada, Maastricht i Nederland, Southampton i England og Bercheba i Israel, fant Hjort interessante modeller til støtte for en nyorientering av norsk legeutdanning tilpasset mulighetene og utfordringene i Nord-Norge (Gamnes, 2013). Dermed sørget han for at fremstående internasjonale erfaringer med pasientsentrert og praksisorientert integrert medisinsk undervisning ble inkorporert i Tromsøs studieplan. Ideen om desentralisert klinisk tjeneste i nordnorske lokalsamfunn stammet fra McMaster, ett av Canadas toppuniversiteter, der man hadde gode erfaringer med å prioritere opptak og utplassering av medisinstudenter fra ressursvake nordlige distrikter i provinsen Ontario (Mulloy, 2009). Opplegget var spennende og lærerikt både for studentene og for distriktslegene som var praksislærere, og det bidro sannsynligvis til å rekruttere studenter til senere legearbeid i distriktene. I Norge og i Tromsø tiltrakk Hjort seg et støttende lag av yngre kolleger. Arne Nordøy (f. 1933) og Anders Forsdahl (1930–2006), den gang nyetablerte Tromsø-professorer i henholdsvis indremedisin og allmennmedisin, var ildsjeler og arkitekter for den lange utplasseringen i nordnorske lokalsykehus og hos allmennleger i distriktskommuner. På 1980-tallet sørget Nordøy (1985) og Forsdahl sammen med Fønnebø Knutsen og Johnsen (1986) og Forsdahl et al. (1988) for at nye og positive erfaringer med legeutdanningen i Nord-Norge ble publisert. Dette vakte raskt interesse og anerkjennelse for medisinstudiet i Tromsø, nasjonalt og internasjonalt. Ved de andre norske universitetene kopierte man

tidlig modellen med å utplassere studenter i allmennpraksis, men med kortere utplasseringsperioder enn i Tromsø.

STUDENTENE

Studentenes erfaringer og evalueringer har vært avgjørende for å lykkes med desentralisert undervisning. Etter utplasseringen har over 9 av 10 studenter evaluert perioden i distriktpraksis som overveiende positiv. Ved en systematisk evaluering etter åtte år (Fønnebø Knutsen et al., 1986), mente studentene at utplasseringen hos allmennleger burde være lenger, mens lærerne mente åtte uker var passe. Studentenes skriftlige kommentarer i evalueringsrapporten fra 2012/13, nylig gjengitt i et kapittel om Tromsø-studiets historie i *The WONCA Rural Medical Education Guidebook*, illustrerer tilfredsheten med læringsutbyttet (Aaraas & Halvorsen, 2014):

- En kjempegod veileder! Flott at man kan for holde seg til EN som lærer deg å kjenne etter hvert, som vet hvor god du er. Når ikke veilederen var til stede, fikk jeg alltid hjelp av noen andre. Sekretærene var utrolig hjelpsomme og hyggelige!
- Fikk se mange pasienter med ulike lidelser. Har fått fjerne f.eks. føflekker, blitt hentet av legene når de hadde noe spennende. Har fått et godt innblikk i hverdagen som allmennlege.
- Veldig lærerikt å være den som først vurderer og konkluderer. Og så får videre veiledning, får være den som legger inn på sykehus osv.
- Jeg tilbrakte en del tid på legevakta, noe jeg synes var utrolig lærerikt. Der hadde jeg opptil 12 pasienter om dagen. Denne perioden har vært den mest lærerike på studiet.

Evalueringsrapporter gjennom alle år fra 1978 og fram til i dag inneholder tallrike lignende uttalelser. Kommentarene illustrerer at studentene får gode muligheter til å trene på praktiske ferdigheter. En positiv følge av dette gjen-speiles trolig i en undersøkelse blant turnusleger, som viste at leger utdannet i Tromsø var tryggere på sine praktiske ferdigheter enn de som var utdannet i Bergen (Kaisen et al., 1984). Når forslag om reduksjon eller fjerning av utplasseringsperioden har kommet opp, det være seg i Tromsø eller ved andre norske universiteter med lignende opplegg, har studentenes protester vært tydelige. Studentenes klare beskjed om ikke å røre ved en undervisningsform de opplever som virkelighetsnær og lærerik, har vist seg avgjørende for å beholde utplasseringen som et utvilsomt kvalitetselement i legestudiet. Tilbakemeldingene fra studentene er hovedgrunnen til at den praktisk-kliniske tjenesten ved lokalsykehus og i distrikt gjerne er betegnet som Tromsøstudiets «flaggskip».

LÆRERNE

Evalueringen av utplasseringen etter åtte år viste at både lærere og studenter i all hovedsak var positive (Fønnebo Knutsen et al., 1986). I samsvar med veiledningsmanualen utarbeidet av studieledelsen hadde lærerne involvert studentene i alle aspekter av primærhelsetjenesten. Hovedvekten var på pasientrettet klinisk medisin. Dessuten fikk studentene ta del i forebyggende helsearbeid for småbarn, skolebarn og gravide, helsetjenesten for eldre ved hjemmebesøk og i sykehjem og virksomhet relatert til sosial- og trygdemedisin og miljørettet helsevern. Slik fikk studentene være sammen med legens samarbeidspartnere og lære om deres kompetanse og arbeidsområder. Noe varierende fra sted til sted kunne dette være helsesøstre, fysioterapeuter, hjemmesykepleiere, psykologer, tannleger, apotekere, veterinærer, trygdefunksjonærer og andre yrkesgrupper legen samarbeidet med. Det viste seg at studentene i løpet av de første åtte årene fikk en gradvis mer aktiv og selvstendig rolle. «Halvisevalueringen», en obligatorisk samtale midt i utplasseringsperioden mellom praksislærer og student om hva studenten har lært hittil og hva hun/han trenger å lære mer om, har de senere år vært en ordning for å sikre et mest mulig fullverdig læringsutbytte. Ved evalueringen i 2012/2013 rapporterte alle de 77 allmennlegene som var praksislærere i Nord-Norge at studentene hadde gjort det bra. Samtidig hadde flere forslag til hva «deres student» trengte å øve mer på og lære mer om før eksamen. Opp gjennom årene har en rekke studenter fått tillit som ferievikarer i allmennpraksis, etter endt utplassering og før avsluttende eksamen sjetten år. Lærernes mulighet til å bygge trygge relasjoner til studentene og få vurdert deres medisinskfaglige kompetanse over tid antas å ha vært viktig for tilliten og bruken av studenter som vikarer i allmennpraksis.

PASIENTENE

Før praksisutplasseringen ble innført var et usikkerhetsmoment i hvilken grad pasientene ville godta å komme til en student på allmennelegekontorene. Erfaringen har vist at pasienter helt unntaksvis motsetter seg å møte studenter. Tvert imot har det vist seg at pasientene stort sett er vel tilfredse etter å ha møtt en viderekommen legestudent, en som har avsatt ekstra god tid til å høre på dem og gjøre en grundig undersøkelse. Når studentene i etterkant, gjerne med fastlegen til stede, oppsummerer konsultasjonen, er dette både lærerikt og betryggende for pasientene. Vi har hørt om pasienter som i utgangspunktet var skeptiske til å treffe en student, og som etter konsultasjonen har sagt at de kunne ønske å ha nettopp denne vennlige og dyktige unge «legevikaren» som sin framtidige fastlege. Så langt vi vet, har pasientklager på behandling gitt av medisinstudenter aldri vært til vurdering hos tilsynsmyndighetene, Fylkesmannen eller Statens Helsetilsyn. Basert på skriftlige og muntlige tilbakemeldinger fra mange praksislærere vet vi at studentenes grundighet og refleksjon har bidratt med viktige, nye perspektiver på diagnostikk og behandling for noen av allmennlegenes pasienter. En overveiende erfaring, som også er bekreftet i internasjonale studier, er at viderekommende legestudenter etter en

kort innføringsperiode ikke er en hindring, men heller til hjelp for pasientomsorg og ressursbruk ved legekantorene (Hudson, Knight, & Weston, 2012; Sen Gupta, Murray, McDonell, Murphy, & Underhill, 2008).

BEFOLKNINGEN

Som nevnt var et viktig aspekt ved opprettelsen av et legestudium i Tromsø å forbedre tilgangen til lege- og helsetjenester for befolkningen i hele Nord-Norge. I samsvar med Bertelsens funn på 1960-tallet, var ett tiltak for å oppnå dette å prioritere opptak for studenter med oppvekst/tilhørighet i landsdelen (Bertelsen, 1963). De første årene var den nordnorske opptakskvoten relativt beskjedne 25%. Ved en undersøkelse av arbeidssted for de fem første årskullene fant Forsdahl et al. (1988) at andelen som tok arbeid i Nord-Norge var mye høyere for studenter/leger nordfra enn deres kolleger sørfra. Derfor ble den nordnorske opptakskvoten fordoblet til 50 % på 1980-tallet og ytterligere økt til 60 % fra 1998. En undersøkelse av arbeidssted i 2013 for 34 årskull av Tromsøutdannede leger (1611 leger uteksaminert fra 1979 til 2012) viste at en betydelig høyere andel arbeidet i primærhelsetjenesten enn gjennomsnittet blant norske leger, de fleste i Nord-Norge (Aaraas, Halvorsen, & Aasland, 2015). Blant de relativt nyutdannede legene, de som var uteksaminert etter 2005, arbeidet 60 % i Nord-Norge i 2013. Andelen nyutdannede leger som arbeidet i Nord-Norge i 2013 var økt med 10 % i forhold til de første årskullene, da man undersøkte deres arbeidsted etter fem år på 1980-tallet (Forsdahl et al., 1988). Til sammen gir denne dokumentasjonen holdepunkter for at både det å prioritere en nordnorsk kvote ved opptak til studiet og det å involvere studentene i nordnorsk helsetjeneste ved utplasseringen i lokalsykehus og distrikter har vært viktig for å få legene til å slå seg ned og bli i Nord-Norge. Ettersom faktorer utenfor helsetjenesten som utdanning, arbeid, sosiale forhold og livsstil i stor grad avgjør helsetilstanden på befolkningsnivå, er det vanskelig å fastslå sikkert hvordan effekten av utdanning av leger i Nord-Norge har innvirket på befolkningens helse. Det er likevel rimelig å anta at det har vært en positiv og ikke en negativ effekt, tatt i betraktning den betydelige forbedring som har skjedd med folkehelsen i Nord-Norge gjennom de siste førti år, nettopp i den perioden man i Tromsø har utdannet leger i samvirke med helsetjenesten i landsdelen (Statistisk sentralbyrå, 2009).

DISKUSJON

Teoretiske perspektiver

Det å prioritere studenter fra distriktene og bruke primærhelsetjenesten/distriktene som læringsarena, kan begrunnes med referanse til ulike teoretiske modeller for karrierevalg: Den eldste modellen (Parson, 1909) og videre utvikling av denne (Holland, 1959), la vekt på en best mulig balanse mellom arbeidstype og personens verdier, interesser og oppveksterfaringer. I senere teorier (Bandura, 1971; Krumboltz, 1979) har man argumentert for at karriere-

valg i stor grad er et resultat av sosial læring og erfaring. Disse teoriene er vel forenlige med hypoteser som er dannet etter 1970 basert på internasjonal empiri og forskning om hva som bidrar til rekruttering i distrikt. De to dominerende hypotesene handler om: (1) «Rural origin» – det å ha oppveksterfaringer fra distrikt, og (2) «Rural exposure» – det å få møte pasienter og lære i distrikts-medisinske settinger i studietiden (Dunbabin & Levitt, 2003).

Internasjonal utvikling

I 2015 har en rekke helseprofesjonsutdanninger verden rundt inkludert distriktsorienterte moduler i sine programmer ved å tilpasse og videreutvikle undervisningsopplegg av den typen noen få universiteter, deriblant Universitetet i Tromsø, var pioner for på 1970-tallet. Som for Tromsø og Nord-Norge, har et gjennomgående motiv vært å rekruttere leger og annet helsepersonell med riktig forståelse og kompetanse til befolkninger i noen av verdens underprivilegerte distriktsregioner. Nytt av desentraliserte undervisningsopplegg i samarbeid med lokale leger og andre helseprofesjoner er nå bekreftet i mange internasjonale studier, i første rekke fra universiteter i Canada, Australia og USA (Greenhill et al., 2015; MacDowell et al., 2013; Norris et al., 2006; Tesson et al., 2009; Worley et al., 2004). Dokumentasjon fra alle deler av verden er nylig samlet og utgitt i *The WONCA Rural Medical Education Guidebook* (Chater, Rourke, Couper, Strasser, & Reid 2014). Som tidligere nevnt, er legeutdanningen i Tromsø og i Nord-Norge representert her. Medisinske skoler med undervisningsmoduler som sikrer kontinuitet i relasjonen mellom en student og en allmennlege/mentor og dennes pasienter over en sammenhengende periode utgjør i dag et internasjonalt nettverk: «Consortium for Longitudinal Integrated Clerkships» (CLIC). Interessen for Longitudinal Integrated Clerkships (LICs) har vært raskt økende, noe som blant annet har resultert i etablering av et verdensomspennende forskningsnettverk. Her samler og analyserer man data fra universiteter som benytter kontinuitet i «student-lege/lærer-pasient- relasjonen» som et prinsipp i sine undervisningsprogrammer (Worley et al., 2016). I dette nettverket bidrar også Tromsø med data basert på utplasseringsperioden hos allmennleger. Forkjempere for «kontinuitet» som et organiserende prinsipp for å reformere den kliniske undervisningen ved tradisjonelle legestudier har i stor grad latt seg inspirere av erfaringene med distriktsbasert undervisning (Hirsh, Ogur, Thibault, & Cox, 2007). Nettopp gjennom desentraliserte moduler har man lyktes med å skape meningsfull, virkelighetsnær klinisk trening med kontinuitet i student-lege/lærer-pasientforholdet som et bærende prinsipp. Dette samsvarer med kontinuitet i lege-pasientforholdet, som er en kjerneverdi og et fortrinn i allmennt medisinsk virksomhet. For en fullverdig læringseffekt gjennom kontinuitetsprinsippet er anbefalingen fra CLIC at utplasseringen hos allmennleger bør være tre måneder eller lengre, noe som er gjennomført ved mange utenlandske universiteter. I nyere studier er det vist at LICs er fordelaktig for studentenes evne til pasientomsorg, samarbeid og bidrag til lokalsamfunnet (Hudson et al., 2012; Myhre, Woloschuk, & Pedersen, 2014; Poncelet et al., 2013).

Utdanningskvalitet

Blant en del universitetsansatte finnes fortsatt mangelfull forståelse for betydningen av å bruke primærhelsetjenesten og distriktene som undervisningsarena. Det viste seg i Oslo for noen år siden da man foreslo å nedlegge praksisutplasseringen der. Og det viste seg nylig i Tromsø da man foreslo å redusere utplasseringstiden i distrikt med to uker, på tross av klare føringer om det motsatte i den pågående studieplanrevisjonen. Argumentene var dels økonomiske (budsjettmessige innsparinger og omprioriteringer), dels faglige (mer tid til undervisning i spesialistfag). Både i Oslo og i Tromsø var motargumentene klare og entydige, særlig fra studentene og fra det allmenmedisinske fagmiljø. Forslagene ble trukket tilbake. Tilsvarende skepsis har man også møtt internasjonalt ved etablering av nye distriktsorienterte utdanningsmodeller (Tesson et al., 2009). Mye av skepsisen synes basert på en forestilling om at medisinsk undervisning av høy kvalitet utelukkende kan foregå på universitetssykehus og gis av spesialister med forskningserfaring. Det finnes ikke forskningsmessig belegg for en slik forestilling. Tvert imot viste Worley (2004) i en studie fra Australia at studenter som hadde gjennomgått distriktsbaserte utdanningsopplegg hadde like gode eller bedre eksamensprestasjoner enn studenter fra tradisjonelle utdanninger. Det er uansett viktig med systematisk og vedvarende årvåkenhet for å sikre at kvaliteten på den undervisning som gis ute i kommunene holder mål. På slutten av 1990-tallet erfarte vi manglende stabilitet med økende bruk av korttidsvikarer i mange nordnorske distriktskommuner (Andersen, Herder, & Forsdahl, 1999). Tilbakemeldinger om dårlig studentveiledning i noen av disse kommunene ble en vekker. Dette førte til at universitetet satte i gang utviklingsprosjekter i samarbeid med nordlige og sentrale statlige helsemyndigheter (Helse Nord og HOD/Helsedirektoratet) for å bygge bro mellom akademi og praksis og styrke rekruttering og stabilitet blant leger i distriktskommuner (Aaraas, Hasvold, Andersen, Swensen, & Straume, 2000). Fra 2007 ble prosjektene samlet under en paraply ved opprettelsen av Nasjonalt Senter for Distriktsmedisin (NSDM) (Aaraas & Swensen, 2008). Som leder av NSDM (2007–2013) har jeg (artikkelens forfatter) hatt en rolle som deltakende observatør i koordinatorgruppen som har faglig ansvar for utplasseringen. I denne rollen har jeg deltatt i gruppens arbeidsmøter, og jeg har medvirket i planlegging og gjennomføring av det årlige praksislærerkurset, som er et viktig forum for tilbakemeldinger og kvalitetssikring av undervisningen. Mitt helhetsinntrykk basert på skriftlige og muntlige tilbakemeldinger fra lærere og studenter er at praksisundervisningen stadig holder god kvalitet. Vedvarende og hovedsakelig gode erfaringer med desentraliserte undervisningsmoduler gjelder ikke bare leger, men også andre helseprofesjonsutdanninger (Jensen, 2008; Nordbye & Skaalvik, 2013). En formålstjenlig videreutvikling kan være felles utplassering av ulike profesjonsutdanninger samtidig i samme kommune. Nettopp dette er nylig gjennomført i et pilotprosjekt med lovende erfaringer (Ytreberg, Nordbye & Linaker, 2015).

Økonomi

Når det gjelder økonomiske vurderinger, bør disse baseres på en samfunnsøkonomisk helhetsanalyse. Ved en slik tilnærming har man ved Northern Ontario School of Medicine funnet at utvidet utplassering og undervisning av legestudenter i lokalsamfunn er lønnsomt for økonomi og utvikling i en hel region (Hogenbirk et al., 2015). Ved universitetenes budsjettprioriteringer blir praksisutplassering lett vurdert som en utgiftspost man kan redusere eller fjerne. Det er en stor utfordring ved utdanning av leger og annet helsepersonell i og for distriktene å få forståelse for at denne virksomheten må ses i et helhetlig samfunnsøkonomisk perspektiv. Primært går utfordringen til statlige bevilgende myndigheter. Tre departementer med ansvar for henholdsvis undervisning, kommuner og helse må samarbeide og bidra med samordnede tilskudd. Og tilskuddene må fordeles slik at ledere ved universitetene og i kommunene ser at praksisbasert utdanning av leger og annet helsepersonell er økonomisk fordelaktig.

Framtidsperspektiver

Ved utdanning av framtidens leger vil det å utvikle evne til samarbeid og god sammenhengende pasientomsorg være sentrale utfordringer, ikke minst fordi en økende andel av pasientene vil være kronisk syke og eldre mennesker. I samsvar med samhandlingsreformen skal behandling og omsorg i stadig større grad foregå i lokalsamfunnet, i hjem, sykehjem og helsesentra i regi av leger og annet helsepersonell i primærhelsetjenesten. Studentene må lære å forstå viktigheten av samhandling og sammenhengende pasientforløp, og den avgjørende rolle familie og lokale forhold spiller for sykdomsutvikling, omsorg og tilfriskning. Det er grunn til å tro at dette oppnås på en fordelaktig måte gjennom utplasseringer med «student-lege/lærer-pasient-kontinuitet» som et organiserende prinsipp.

Tromsøs «gamle» studieplan fra 1971 var nyskapende og framtidsrettet. De viktigste målsetningene i den gamle planen er også nedfelt i den nye studieplanen som nå er under innføring. Foruten å bevare den eksisterende utplasseringen i nordnorske lokalsykehus og distrikter uavkortet for alle studentene, er det lagt opp til utvidet bruk av desentraliserte undervisningsopplegg. Mest radikalt er at en andel av studentene (30–40 %) vil ha all undervisning og all klinisk tjeneste ved sykehus og i primærhelsetjenesten i Nordland og Finnmark gjennom hele 5. og 6. studieår. Dette er allerede gjennomført for Nordland, og erfaringene hittil er gode. Dette gir grunn til å tro at den nye studieplanen i framtiden vil befeste renommeet om en nyskapende og framtidsrettet legeutdanning i Tromsø og i Nord-Norge, nasjonalt og internasjonalt.

LITTERATUR

- Aaraas, I. J., & Halvorsen, P. A. (2014). Developing rural medical schools: The history of Tromsø and Northern Norway. I A. B. Chater, J. Rourke, I. D. Couper, R. P. Strasser, & S. Reid (Red.), *The WONCA Rural Medical Education Guidebook* (s. 1–11). World Organization of Family Doctors (WONCA): WONCA Working Party on Rural Practice, 2014. Hentet fra www.globalfamilydoctor.com.
- Aaraas, I. J., Halvorsen, P. A., & Aasland, O. G. (2015). Supply of doctors to a rural region: Occupations of Tromsø medical graduates 1979–2012. *Medical Teacher*, 26, 1–5.
- Aaraas, I. J., Hasvold, T., Andersen, F., Swensen, E., & Straume, K. (2000). *Legeflukten fra distriktene. Betenkning til Sosial- og helsedepartementet*. Tromsø: Universitetet i Tromsø, Institutt for samfunnsmedisin.
- Aaraas, I. J., & Swensen, E. (2008). National Centre of Rural Medicine in Norway: a bridge from rural practice to the academy. *Rural and Remote Health*, 8, 948.
- Andersen, F., Herder, O., & Forsdahl, A. (1999). Kommunelegetjenesten i Nord-Norge 1995–97. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 119, 1296–8.
- Bandura, A. (1971). *Social learning theory*. Morristown, N. J.: General Learning Press.
- Bertelsen, T. I. (1963). Hvor kommer legene fra og hvor blir de av? *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 83, 861–70.
- Bertelsen, T. I. (1991). *Kampen for et medisinsk fakultet i Tromsø*. Bergen: eget forlag.
- Chater, A. B., Rourke, J., Couper, I. D., Strasser, R. P., & Reid, S. (Red.) (2014). *The WONCA Rural Medical Education Guidebook*. World Organization of Family Doctors (WONCA): WONCA Working Party on Rural Practice, 2014. Hentet fra www.globalfamilydoctor.com.
- Dunbabin, J., & Levitt, L. (2003). Rural origin and rural medical exposure: their impact on the rural and remote medical workforce in Australia. *Rural and Remote Health*, 3. Hentet fra http://www.rmh.org.au/publishedarticles/article_print_212.pdf.
- Forsdahl, A., Grundnes, O., Eliassen, H., Gamnes, J., Hagland, R., & Ytrehus, I. (1988). Hvor blir Tromsølegene av? *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 108, 1225–30.
- Fønnebø Knutsen, S., Johnsen, R., & Forsdahl, A. (1986). Practical training of medical students in community medicine. Eight years' experience from the University of Tromsø. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 4, 109–14.
- Gamnes, J., & Rasmussen, K. (Red.) (2013). *Fra fagområdet medisin til Det helsevitenskapelige fakultet: Det medisinske fakultets historie*, Universitetet i Tromsø. Stamsund: Orkana forlag.
- Greenhill, J. A., Walker, J., & Playford, D. (2015). Outcomes of Australian rural clinical schools: a decade of success building the rural medical workforce through the education and training continuum. *Rural and Remote Health*, 15, 2991.
- Hirsh, D. A., Ogur, B., Thibault, G. E., & Cox, M. (2007). «Continuity» as an Organizing Principle for Clinical Education Reform. *The New England Journal of Medicine*, 356, 8.
- Hogenbirk, J. C., Robinson, D. R., Hill, M. E., Pong, R. W., Minorer, B., Adams, K., . . . Lipinski, J. (2015). The economic contribution of the Northern Ontario School of Medicine to communities participating in distributed medical education. *Canadian Journal of Rural Medicine*, 20(1), 25–32.
- Holland, J. L. (1959). A theory of vocational choice. *Journal of counselling psychology*, 6, 35–45. Trykket på nytt i J. F. Adams (Red.) (1965), *Counselling and guidance – A summary view*. New York: The Macmillan Company.
- Hudson, J. N., Knight, P. J., & Weston, K. M. (2012). Patient perceptions of innovative longitudinal integrated clerkships based in regional, rural and remote primary care: a qualitative study. *BMC Family Practice*, 13, 72.
- Jensen, E. B. (2008). *Fra krisetiltak til suksesshistorier. Desentraliserte profesjonsutdanninger i Troms 1978–2008*. Stamsund: Orkana forlag.

- Kaisen, A., Kjetså, G. A., Lie, R. K., Hjetland, R., Haaland, P. T., Møller, P., . . . Mæland, J. G. (1984). Interns' evaluation of their preparation for general practice: A comparison between the University of Tromsø and the University of Bergen. *Medical Education*, *18*, 349–54.
- Krumboltz, J. D. (1979). A social learning theory of career decision making. I A. M. Mitchell, G. B. Jones, & J. D. Krumboltz (Red), *Social learning and career decision making*. (19-49). Cranston, RI: Caroll Press.
- MacDowell, M., Glasser, M., & Hunsaker, M. (2013). A decade of rural physician workforce outcomes for the Rockford Rural Medical Education (RMED) Program. University of Illinois. *Academic Medicine*, *88*(12), 1941–7.
- Mulloy, J. (2009) The rural physician and medical education. I G. Tesson, G. Hudson, R. Strasser, & D. Hunt (Red.), *The making of the Northern Ontario School of Medicine. A case study in the history of medical education* (s. 47–61). Montreal: McGill-Queen's University Press.
- Myhre, D. L., Woloschuk, W., & Pedersen, J. S. (2014). Exposures and attitudes toward interprofessional teams: a three-year prospective study of longitudinal integrated clerkships versus rotation-based clerkship students. *Journal of Interprofessional Care*, *28*(3), 270–2.
- Nordbye, B., & Skaalvik, M. W. (2013). Decentralized nursing education in Northern Norway: towards a sustainable recruitment and retention model in Arctic healthcare services. *International Journal of Circumpolar Health*, *72*, 22793.
- Nordøy, A. (1985). Tromsø: Lessons from a new curriculum. *Lancet*, *326*, 485–7.
- Norris, T. E., Coombs, J. B., House, P., Moore, S., Wenrich, M. D., & Ramsey, P. G. (2006). Regional solutions to the physician workforce shortage: The WWAMI experience. *Academic Medicine*, *81*(10), 857–62.
- Parson, F. (1909) *Choosing a vocation*. Boston: Houghton Mifflin.
- Poncelet, A. N., Wamsley, M., Hauer, K. E., Lai, C., Becker, T., & O'Brien, B. (2013). Patient views of continuity relationships with medical students. *Medical Teacher*, *35*(6), 465–471.
- Sen Gupta, T. K., Murray, R. B., McDonell, A., Murphy, B., & Underhill, A. D. (2008). Rural internships for final year students: clinical experience, education and workforce. *Rural and Remote Health*, *8*, 827.
- Statistisk sentralbyrå (2009). <http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/er-helse-avhengig-av-hvor-vi-bor>
- Strasser, R., & Hirsh, D. A. (2011). Longitudinal integrated clerkships: Transforming medical education worldwide? *Medical Education* *45*, 436–437.
- Tesson, G., Hudson, G., Strasser, R., & Hunt, D. (Red.) (2009). *The making of the Northern Ontario School of Medicine. A case study in the history of medical education*. Montreal: McGill-Queen's University Press.
- Worley, P., Esterman, A., & Prideaux, D. (2004). Cohort study of examination performances of undergraduate medical students learning in community settings. *BMJ*, *328*(7433), 207–9.
- Worley, P., Couper, I., Strasser, R., Graves, L., Cummings, B-A., Woodman, R., . . . the CLIC collaboration. (2016). Research Collaborative. A typology of longitudinal integrated clerkships. *Medical Education*, *50*(9), 922–933. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/medu.1384>.
- Ytreberg, B., Nordbye, B., & Linaker, I. (2015). Tverrprofesjonell samarbeidslæring i helsefaglig praksis. *Fysioterapeuten*, *10*(15), 32–3.