



Drivkrefter i profesjonsutdanningene i sykepleie og medisin

Joakim Caspersen

Rapport 33/2012

NIFU

Drivkrefter i profesjonsutdanningene i sykepleie og medisin

Joakim Caspersen

Rapport 33/2012

Rapport 33/2012

Utgitt av Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning
Adresse PB 5183 Majorstuen, NO-0302 Oslo. Besøksadresse: Wergelandsveien 7, 0167 Oslo

Oppdragsgiver Arbeidsgiverforeningen Spekter
Adresse PB 1511 - Vika, 0117 Oslo

ISBN 978-82-7218-863-3
ISSN 1892-2597 (online)

www.nifu.no

Forord

Grunnutdanningene i sykepleie og medisin er av stor samfunnsmessig betydning, da det er her mye av grunnlaget for kvalitet i helsetjenestene legges. Hvordan innholdet i utdanningene bestemmes og formes er derfor et vesentlig spørsmål. I denne rapporten belyses en del drivkrefter som er med på å forme grunnutdanningene i sykepleie og medisin. Særlig vekt legges på hvilken rolle profesjonsforeningene, Norsk Sykepleierforbund og Den Norske Legeforening, har hatt inn mot utdanningene. Gjennomgangen av rollen profesjonene har spilt brukes også til å si noe om mottakelsen «Samspillmeldinga», melding til Stortinget nummer 13, 2011-2012, har fått. Særlig diskuteres det om det finnes paralleller mellom forslagene om endringer i helse- og sosialfagutdanningene i Samspillmeldinga med forslagene som Bjørnson-komiteen fremla i 1972, og som ble fulgt opp i Stortingsmelding 13 (1976-1977). Begge meldingene foreslår for eksempel trinnvis utdanning, om enn på noe forskjellig vis. Kan det finnes paralleller i hvordan profesjonsforeningene mottok meldingene selv om tidspunktet og konteksten er svært forskjellig?

Rapporten er skrevet av forsker Joakim Caspersen ved NIFU på oppdrag fra arbeidsgiverforeningen Spekter. Ved NIFU har Per Olaf Aamodt, Svein Kyvik og Hilde Karlsen lest og kommentert utkast til rapporten. Takk til Trond Bergene og Kari Hoff Okstad i Spekter, som også har vært med på å drøfte rapporten og dens innretning.

Oslo, 03.09.2012

Sveinung Skule
Direktør

Jannecke Wiers-Jenssen
Forskningsleder

Innhold

Sammendrag	7
1 Innledning	11
2 Profesjonssosiologiske perspektiver og utviklingen i norsk høyere utdanning.	15
2.1 Institusjonalisering av profesjoner som historisk prosess.....	16
2.2 Akademisering av profesjonene	17
2.3 Kontroll og autonomi	18
2.3.1 Rammeplaner	19
2.3.2 NOKUT	19
2.3.3 Bolognaprosessen	19
2.3.4 Kvalifikasjonsrammeverket.....	20
2.3.5 Læringsutbytte	20
2.4 Kvalifisering for yrkesutøvelse	20
3 Faglig utvikling og arbeidsmessig avgrensning – profesjoner som drivkraft	23
3.1 Sykepleiens profesjonaliseringsprosjekt og sykepleierutdanningen i Norge	23
3.2 Medisin som mønsterprofesjonen.....	26
3.2.1 Kvalifiseringen til ferdig lege.....	29
4 Til kamp mot Stortingsmelding 13!	35
4.1 Lignende forslag, men forskjellig utgangspunkt	39
4.2 Nærmere om Samspillmeldinga.....	40
4.3 Yrkeskvalifisering	40
5 Oppsummering og diskusjon	43
Litteratur	47

Sammendrag

Denne rapporten har som formål å belyse *hvordan ulike drivkrefter har påvirket innholdet og utformingen av grunnutdanningene i sykepleie og medisin, med særlig vekt på profesjonenes interesser, roller og påvirkningsmuligheter.*

Fremgangsmåten i rapporten er å forsøke å gi et oversiktsbilde av hvordan profesjonsutdanningene formes i et utdanningssystem der mange aktører spiller inn sine interesser. Rapporten er basert på gjennomgang av forskningslitteratur og utvalgte stortingsmeldinger og interessepolitiske dokumenter relatert til stortingsmeldingene. Særlig vekt har blitt lagt på hvordan spenningen mellom yrkesorientering og akademisk orientering får innvirkning i grunnutdanningene i sykepleie og medisin. Denne spenningen er på mange måter et kjennetegn ved profesjonene, i og med at de skal være yrkesrettede og dermed generalistpregete, samtidig som de bygger på en viss grad av spesialisert kunnskap. Å balansere denne spenningen handler på mange måter for profesjonene om å legitimere sin posisjon og status. I kapittel 2 diskuteres forskjellige teoretiske perspektiver på profesjoners strategier for å sikre innflytelse og kontroll. Hovedskillet går mellom perspektiver som ser profesjoner som samfunnsnyttige og som organiserer kunnskap på en måte som gjør den anvendbar i praksis, og perspektiver som ser profesjoner som sterke interessegrupper som bruker kunnskapen for å sikre seg privilegier, for eksempel rett til å utføre visse arbeidsoppgaver. Dette er selvfølgelig ytterpunkter, og mange har argumentert for at det er viktig å forstå profesjoners rolle som resultat av historiske prosesser.

Høgskolereformen i 1994 var en stor institusjonsreform i de yrkesrettede utdanningene, som også hadde betydning for utdanningenes organisering og innhold. Reformens resultater kan beskrives ved hjelp av begrepene institusjonell og akademisk drift, der resultatet blir institusjonell statusheving, vertikal utvidelse av utdanningsprogrammer, horisontal utvidelse av fagtilbudet, større vektlegging av teori i yrkesutdanningene, utvikling av forskningsvirksomhet og etableringen av en akademisk stillingsstruktur. Til sammen innebar dette en vending bort fra det yrkesrettede til fordel for det akademiske.

Den direkte styringen av profesjonsutdanningenes innhold foregår hovedsakelig på fire måter:

- 1) Direkte regulering av utdanningene gjennom lover, forskrifter og rammeplaner
- 2) Evaluering, revisjon og akkreditering av utdanningstilbudene
- 3) Lovregulering av yrkene og profesjongodkjenning
- 4) Direkte regulering gjennom internasjonale retningslinjer

Det er Lov om universiteter og høgskoler som er det regulerende lovverket, og Kunnskapsdepartementet utarbeider forskrifter for utdanningene, og styrer gjennom budsjett- og

styringsdokumenter. Universitetene står stort sett fritt til å bestemme innholdet i utdanningene, mens høyskoleutdanningene i stor grad er styrt av rammeplaner. Disse spesifiseres på lokalt nivå i studieplanene. Sykepleierutdanningenes innhold, omfang, obligatoriske hovedelementer og delemner er bestemt gjennom rammeplanen, mens utformingen av medisinerutdanningen er delegert til de medisinske fakultetene.

NOKUT (Nasjonalt organ for kvalitet i utdanning) ble opprettet ved innføringen av Kvalitetsreformen i høyere utdanning i 2002/2003, og har som formål å evaluere, akkreditere og godkjenne kvalitetssystem, institusjoner og studietilbud. NOKUT ble tenkt som en institusjonalisering av skillet mellom politikk og faglig myndighetsutøvelse, og en institusjonalisert sikring av faglig kvalitet i utdanningene. Evalueringen av Kvalitetsreformen viser at det ikke er entydig at det er slik det har gått, og at det kan være vanskelig å skille politikk og fag i praksis.

Bolognaprosessen dreier seg retorisk om institusjonell autonomi, men kan i praksis sies å reflektere en mer direkte regulering av utdanningene gjennom styring av finansiering og ansvarliggjøring gjennom evaluering. Mobilitet mellom land er også et av de viktige formål med standardiseringen av utdanningene, og dette er også noe av tanken bak innføringen av kvalifikasjonsrammeverket (Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for livslang læring). Her er formålet å utarbeide enhetlige beskrivelser av læringsutbytte, kvalifikasjoner og nivå på tvers av land, med henvisning til det europeiske kvalifikasjonsrammeverket.

I kapittel 3 diskuteres sykepleie og medisin som profesjons*prosjekt*, under overskriften «faglig utvikling og arbeidsmessig avgrensning». Å snakke om profesjonsprosjekter innebærer å se på hvordan profesjonsorganisasjoner har arbeidet strategisk for å styrke sin posisjon. I rapporten beskrives det hvordan sykepleie og medisin i Norge, med ulikt utgangspunkt, har arbeidet for å sikre rett til å utføre visse arbeidsoppgaver, sikre et utdanningsmonopol, og påvirket prosesser som angår utdanningene. Sykepleie og medisin har hatt oppmerksomheten rettet mot to forskjellige fronter. Sykepleieprofesjonen har vært opptatt av å avgrense utdanningen mot andre yrkesgrupper for å sikre egen posisjon, og den har hatt som mål å vitenskapeliggjøre utdanningen. Dette har ført til spenninger mellom utdanningens yrkesrelevans og dens akademiske innretting (Martinsen, 2003; Karseth & Nerland, 2007). I medisin, som har lengre tradisjoner som etablert profesjon, har man til en viss grad strukket seg motsatt vei, og jobbet med å sikre utdanningens relevans for arbeidet. Dette har i nyere tid skjedd gjennom endringer i grunnutdanningens innhold, blant annet gjennom innføring av praksisnære undervisningsmodeller. Medisin har hatt en posisjon som ikke har vært under press på samme måte som sykepleie, ved å være en etablert profesjon som har kunnet jobbe for kontroll over andre felter, slik som spesialistutdanningen og antall studenter.

I kapittel 4 diskuteres to forskjellige stortingsmeldinger og arbeidet med disse, melding til Stortinget 13 (2011-2012) («Utdanning for velferd – Samspill i praksis») og Stortingsmelding 13 (1976-1977) («Om organiseringen av den fremtidige utdanningen av sosial- og helsepersonell»). Begge meldingene, med nærmere 40 års mellomrom, omhandler organiseringen av helse- og sosialfagene, og er dermed forsøk på å ta tak i sentrale utfordringer i utdanningen av helseprofesjonene. Hvordan reagerer profesjonene på forslagene som ble fremmet? Stortingsmelding 13 (1976-1977), og særlig forarbeidene til den (Bjørnssonkomiteen, 1972) la grunnlaget for en av de store stridene Norsk Sykepleierforbund har involvert seg i. I rapporten diskuteres det i hvilken grad man kan trekke paralleller mellom forslagene fra 1976, og forslagene i 2012, og om reaksjonene fra den gang kan gi en pekepinn på hvordan den nyeste meldingen blir mottatt. En del likheter blir diskutert, og selv om bakgrunnen for endringene og forslagene den gang selvsagt var en annen, kan de første reaksjonene på den nye meldingen tyde på at profesjonsorganisasjonenes reaksjoner følger til dels samme mønster som tidligere. For eksempel er det stor motstand mot endringer som åpner opp studiene for større grupper, eller som kan sies å gjøre det enklere å komme inn på studiene.

I det femte og siste kapittelet diskuteres den innledende problemstillingen nærmere. Profesjonsorganisasjonene har vært sentrale i å utforme og påvirke utdanningene fra den spede begynnelse, men etter hvert som utdanningssektoren har ekspandert og gått gjennom stadig større

endringer har flere og flere aktører og prosesser også fått innflytelse på grunnutdanningene. Det kan også problematiseres hvorvidt profesjonene i det hele tatt er enhetlige aktører med en klar agenda, slik det fremlegges i noen teoretiske tilnærminger til profesjoner. Sentrale forskningsbidrag peker nettopp på at profesjonene er preget av intern kamp om retning og utvikling.

1 Innledning

Norge står overfor en helsepolitisk utfordring. Andelen som vil ha behov for omsorg og ytelse fra det offentlige vil bli større, og kravene til arbeidskraft vil øke samtidig. Dette innebærer ikke bare at man trenger flere hender til å utføre arbeidet, men også at man trenger ansatte i helsesektoren med riktig kompetanse: man trenger hender med de riktige hodene. Framskrivninger viser at det for en del grupper (for eksempel helsefagarbeidere, tannleger, og til dels fysioterapeuter) vil bli en klar mangel på arbeidskraft, mens det for andre grupper er et forventet overskudd (psykologer, ergoterapeuter og tannpleiere). Sykepleiere og leger ser ut til å befinne seg i en mellomposisjon, der noen framskrivninger gir underskudd, andre gir balanse, og andre overskudd (Kunnskapsdepartementet, 2012: vedlegg 2). Uavhengig av om balansen i etterspørselen og tilbudet er tilfredsstillende, er utfordringen i all yrkesrettet utdanning å sikre at kvaliteten på de uteksaminerte kandidatene er god. Det hjelper ikke med nok sykepleiere hvis sykepleierne ikke kan det som trengs for å jobbe som sykepleiere, i dag og i fremtiden.

Formålet med dette prosjektet er å beskrive *hvordan ulike drivkrefter har påvirket innholdet og utformingen av grunnutdanningene i sykepleie og medisin, med særlig vekt på profesjonenes interesser, roller og påvirkningsmuligheter.*

Ideelt sett kunne man si at utdanningen bør formes av svaret på spørsmålet: Hva trengs for å jobbe som sykepleier? En slik tilnærming innebærer også at man må være tydelig på hva det er en sykepleier kan som en helsefagarbeider ikke kan. Helsevesenet er i stor grad organisert på den måten at visse grupper, f.eks. sykepleiere, har rett til å utføre noen arbeidsoppgaver, mens leger har sitt arbeidsområde og helsefagarbeidere et annet. Leger har gjennom studier av anatomi, fysiologi og andre områder ervervet seg kunnskap som er nødvendig for å behandle pasienter forsvarlig. Sykepleiere har ikke den samme utdanningen, og dermed ikke den samme kunnskapen, og kan derfor ikke utføre de samme oppgavene som legene. Men bakgrunnen for slik arbeidsdeling er ikke alltid å finne i den funksjonelle forklaringen om at alle gjør det de kan best og er utdannet til.

Oppgavens avgrensning skyldes også forhold som ikke kan trekkes direkte tilbake til profesjonenes kompetanse. Hvilke grupper som kan utføre hvilke oppgaver i arbeidslivet er gjenstand for interessekamper, der det er viktig å sikre økonomisk og sosial anerkjennelse for medlemmene i en yrkesgruppe. Den mest vanlige strategien for dette er å hevde at kompetansen for utførelse av oppgavene er eksklusiv. Dermed er det ikke kunnskapen i seg selv som er avgjørende for utførelsen av arbeidet, men de *påstander* om kunnskap og ferdigheter som følger av en bestemt utdanning, og hvorvidt disse påstandene blir *anerkjent* av andre grupper. Utdanningen fungerer dermed som en sertifisering eller lisensiering i like stor grad som en kvalifisering til faktiske oppgaver. Dersom man tar som utgangspunkt at utdanningssystemets fremste oppgave er å sikre at de fremtidige yrkesutøverne har den riktige kompetansen for jobben de skal gjøre, har situasjonen beskrevet over en del mulige

uheldige konsekvenser. Arbeidsgivere er ikke sikret at de får den kompetansen de ønsker og har behov for, og på et overordnet nivå blir dermed ikke samfunnets arbeidskraftsbehov tilstrekkelig dekket.

Slike perspektiver diskuteres i den norske og internasjonale profesjonslitteraturen (se for eksempel boka Profesjonsstudier (Molander & Terum, 2008) for en oversikt over forskningsfeltets utvikling og status). Antagelsen om at kunnskap- og kunnskapsproduksjon er profesjonenes oppgave og domene var lenge dominerende, kanskje særlig i amerikansk sosiologi i mellomkrigstiden. Denne forskningen ble avløst av et mer kritisk perspektiv, der kunnskap ble sett som et verktøy for å sikre eksklusive posisjoner for profesjonene.

I denne rapporten benyttes profesjonslitteraturen til å gi et overblikk over hvordan innholdet i helseutdanningene formes. Det presenteres ulike perspektiver på hvordan forholdet mellom utdanning og arbeidsliv er, og hvilke drivkrefter som er med på å forme innholdet i utdanningene. Er det arbeidslivets behov som styrer innholdet, eller er det andre påvirkninger som spiller inn? Spesiell oppmerksomhet rettes mot sykepleie og medisin, og hvilken rolle profesjoner har spilt i å forme innholdet i grunnutdanningen for disse to gruppene. Det gis særlig oppmerksomhet til hvilken mulighet profesjonsorganisasjonene har hatt til å påvirke innholdet i grunnutdanningene i medisin og sykepleie, og hvordan dette har utviklet seg i perioden etter andre verdenskrig.

Bakgrunnen for denne rapporten er at Arbeidsgiverforeningen Spekter, som blant annet organiserer store deler av spesialisthelsetjenesten, kontaktet NIFU med ønske om å få belyst problemstillingen for prosjektet. Det ble skissert opp flere mulige drivkrefter og påvirkninger man ønsket å få en oversikt over. For det første ble utviklingen tilbake til Høgskolereformen i 1994 trukket frem som svært sentral, det samme gjaldt Kvalitetsreformen i 2003 og de endringer i finansieringsordninger og kvalitetssikring dette innebar, blant annet opprettelsen av NOKUT. Bolognaprosessen og opprettelsen av et felles europeisk kvalifikasjonsrammeverk, og de nasjonale motstykkene til dette, er en viktig del av denne utviklingen. Det var også ønskelig å se nærmere på de ulike aktørenes rolle og posisjon i utviklingen, det vil si profesjons- og fagorganisasjonene, utdanningsinstitusjonene, Kunnskapsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og andre. Det eksisterer også en rekke arenaer for samarbeid mellom blant annet helseforetak/regioner og utdanningsinstitusjoner som kan spille en sentral rolle i å gjøre utdanningen relevant for arbeidslivet. Evalueringer fra NIFU viser at samarbeidsarenaene i mindre grad har spilt den rolle de var tiltenkt (Caspersen, 2011). I tillegg ønsket Spekter å få belyst den generelle samfunnsutviklingen og drivkreftene som har dannet bakteppet for utviklingen i grunnutdanningene, blant annet den teknologiske utviklingen, og få belyst eventuelle «brudd» i utviklingen, som har betydning for utdanningenes innretning. Dessuten var det et mål å få med en diskusjon av den nyeste stortingsmeldingen på feltet, (Meld. St. 13 (2011-2012), «Utdanning for velferd. Samspill i praksis») og hvordan den staker ut kursen for utdanningene i helse- og sosialfag fremover.

Denne omfattende listen er vanskelig å få en god gjennomgang av innenfor begrensede rammer. Derfor er rapporten avgrenset til å gi et oversiktsbilde av hvilke drivkrefter som har formet grunnutdanningene, hvordan profesjonssosiologien har forstått profesjoners rolle, og utdanningens rolle i profesjonene. Rapporten er basert på en gjennomgang av foreliggende forskningslitteratur, i tillegg til utvalgte stortingsmeldinger som tar for seg helse- og sosialfeltet, og interessepolitiske dokumenter knyttet til stortingsmeldingene. Det finnes i den internasjonale profesjonsforskningen en rekke konkurrerende perspektiver og forklaringer på hvordan profesjonsutdanninger formes og endres, og hvordan og hvorfor profesjoner har mer eller mindre innflytelse over utdanning og arbeidsmarked. Det finnes også mange norske studier som benytter slike perspektiver mer direkte som analytiske verktøy. Uten å gå i detaljer kan det nevnes at det finnes diskusjoner omkring utdanningsorganisering i tradisjonelle akademiske disipliner, i motsetning til det man kan kalle en yrkesorganisering med vekt på praksis, og videre hvordan harmonisering mot internasjonale rammeverk øver innflytelse på organiseringen i Norge (Karseth, 2006). En del litteratur kan også finnes i evalueringene av de omtalte reformene, som evalueringen av Høgskolereformen (Karseth & Kyvik, 1999) og delene av den som

gikk spesifikt på helsefagene, f.eks. «Sykepleierutdanning i en reformtid» (Karseth, 2000). Her ble oppmerksomheten rettet mot en del iboende spenninger i utdanningene: mellom akademisk orientering og praksisorientering, disiplinorientering og tverrfaglig orientering, nasjonal styring og institusjonell frihet – tema som alle griper inn i hovedproblemstillingen for dette prosjektet. Evalueringen av Kvalitetsreformen (Michelsen & Aamodt, 2006) og flere av delrapportene fra denne tar for seg problemstillinger knyttet til autonomi og styring av høyere utdanning, og vurderer de virkemidlene Kvalitetsreformen benyttet. Slike spørsmål diskuteres i kapittel 2.

I kapittel 3 er det den faktiske utviklingen i sykepleie og medisin som diskuteres, med særlig vekt på hvordan profesjonsorganisasjonene, Den Norske Legeforening og Norsk Sykepleierforbund, har arbeidet med utdanningsspørsmål. I kapittel 4 diskuteres melding til Stortinget 13 (2011-2012), med bakgrunn i tidligere forsøk på å omorganisere helse- og sosialutdanningene i Norge, særlig Stortingsmelding 13 (1976-77), «Om organiseringen av den fremtidige utdanningen av sosial- og helsepersonell». I hvilken grad finnes det likheter mellom forslagene som ble fremmet i 1976 og forslagene som blir fremmet i 2012? Og i hvilken grad kan man trekke paralleller mellom profesjonsorganisasjonenes reaksjoner for nesten 40 år siden og i dag? På bakgrunn av svarene på disse spørsmålene reises og diskuteres en hel del spørsmål omkring kvalifisering til profesjonsutøvelse. I kapittel 5 diskuteres drivkreftene som former utdanningene med bakgrunn i de foregående kapitlene, med noen forsøk på å si noe om utviklingen fremover.

2 Profesjonssosiologiske perspektiver og utviklingen i norsk høyere utdanning.

I dette kapitlet er formålet å gi en kortfattet innføring i hvilke forståelser man har hatt av profesjoners roller, og samtidig forsøke å knytte dette til utviklingen i norsk høyere utdanning de siste tiårene. Et viktig spørsmål er hva profesjonsteori kan si om endringer i profesjonsutdanninger, og i hvilken grad utfyllende perspektiver må hentes inn.

Forståelsen av profesjoner i samfunnet har endret seg over tid, og det er utdanningens rolle som særlig har vært gjenstand for studier og oppmerksomhet. Ytterpunktene i profesjonssosiologien har ligget mellom å se profesjonene som samfunnsnødvendige spesialister som utfører oppgaver ingen andre kan gjøre eller vurdere på en kompetent måte, til å se en slik spesialisering som et grunnlag for at profesjonene kan forfølge sine særinteresser og skaffe seg illegitime fordeler. Brante (1988) refererer til dette som henholdsvis den naive og den kyniske tilnærmingen til profesjoner. I den naive forståelsen antar man at teoretisk kunnskap er den viktigste forutsetningen for god profesjonell yrkesutøvelse. Man lener seg da ofte på en antagelse om at kunnskap ervervet gjennom utdanning kan anvendes direkte i yrkespraksis, der den vedlikeholdes og videreutvikles. Dette stemmer også godt overens med den dagligdagse forståelsen av forholdet mellom utdanning og arbeidsliv. Den kyniske tilnærmingen stiller spørsmål ved en slik direkte kobling mellom utdanning og arbeidsliv. Collins (1979, 2000, 2002) hevder at tilegnelse av kunnskap og ferdigheter først og fremst foregår i arbeidslivet. Utdanningsløpet, særlig da høyere utdanning, har kun en sertifiserende funksjon, ikke en kvalifiserende. Han mener eksempelvis at det er dårlig samsvar mellom karakterer og kvaliteten på senere profesjonell yrkesutøvelse.

Collins er altså enig i at høyere utdanning er et sentralt trekk for profesjoner, men ikke i at det har betydning for kvaliteten på yrkesutøvelsen. Ekspansjonen i høyere utdanning forstår han som at yrkesgrupper arbeider strategisk for å sikre seg enerett på adgangen til lukrative yrker. Et av Collins' eksempler er medisins utvikling mot den statusen den etter hvert har fått i samfunnet og academia. Profesjoner kjennetegnes nettopp av at de så å si er basert på arbeidslivets kompetansebehov, men det slående med medisin er at den hadde høy status lenge før den utviklet holdbare behandlingsformer. Medisin hadde utviklet ikke bare feilaktige, men også skadelige behandlingsformer. Den amerikanske sosiologen Elliot Freidson (1970a, 1970b) var også tidlig ute med å presentere profesjoner som grupper som ikke bare er ute etter å gjøre det beste for samfunnet. Han argumenterte for at medisin hadde opparbeidet seg en status og autonomi som gikk langt utover det deres profesjonelle autoritet skulle tilsi (Fauske, 2008). Parkin (1979) argumenterte for at det i moderne samfunn finnes to monopoliseringsstrategier: gjennom eiendom og gjennom utdanning. Profesjoner sikrer seg dermed monopol på yrkesutøvelse gjennom utdanning, og det er to strategier de kan bruke for å monopolisere yrkesutøvelsen. Det ene er å «tilrane» seg oppgaver fra andre

yrkesgrupper (Parkin kaller dette for usurpasjon). Den andre er lukning, som innebærer å sikre privilegier ved å avskjære gruppene under fra å gjøre samme oppgaver. Dæhlen og Svensson (2008: 120) hevder at medisin, for eksempel legeföreningens arbeid for å beholde eneretten til å sykemelde, er et eksempel på lukning som utestengning. Førskolelærernes inntog i skolen kan forstås som en vellykket usurpasjonsstrategi der de har lyktes med å overta arbeidsområder tradisjonelt forbeholdt allmennlærere. Sykepleie har i følge Dæhlen og Svensson lyktes med en dobbeltstrategi: på den ene siden med å få inntog i administrative stillinger som tidligere var forbeholdt legene, på den andre siden med å utestenge hjelpepleierne fra sykepleiernes områder.

Som et alternativ til forståelsen av profesjonalisering som luknings- og usurpasjonsprosesser, en tilnærming som tradisjonelt har sitt utspring i marxistiske tilnærminger til arbeid og utdanning, utviklet Andrew Abbot sin mer systemorienterte tilnærming til profesjoner (Abbott, 1988). Han er opptatt hvordan profesjoner utvikler sitt *mandat* og sin *lisens*, altså at noen grupper har tillatelse fra samfunnet til å utføre oppgaver andre ikke kan utføre. De har også et mandat som et kollektiv, oftest gjennom profesjonsorganisasjonen, til å definere grensene for akseptabel yrkesutøvelse. Denne tilnærmingen hentet Abbott fra tidlige profesjons sosiologiske bidrag i den såkalte Chicagoskolen (Hughes, 1984; Fauske, 2008). I tillegg til mandat og lisens har profesjonene også et sterkt bånd til en bestemt oppgave, og dette båndet omtalte Abbott som profesjonens jurisdiksjon. Dette handler både om juridisk myndighet eller kompetanse, og også om et virkeområde for utøvelsen av dette området. Kampen om jurisdiksjonen blir dermed det sentrale, og må studeres som historiske kamper om jurisdiksjon i bestemte systemer, og sammenlignes med andre prosesser. Også Freidson (1983) argumenterte med at profesjoner ikke kunne forstås uavhengig av den historiske sammenhengen og hvordan yrkenes samfunnsmessige posisjon hadde utviklet seg. Denne rapporten belyser de historiske prosessene som har bidratt til at sykepleie og medisin har de posisjonene de har (kapittel 3). Dersom man skal studere profesjoner som slike historiske prosesser må man også undersøke hva slags andre utviklingstrekk som har funnet sted på samme tid. I neste avsnitt diskuteres noen forskjeller mellom forskjellige statssystemer og hvordan profesjonene har funnet sin rolle innenfor disse, for å vise hva som er særegent med posisjonen profesjoner har i det norske systemet.

2.1 Institusjonalisering av profesjoner som historisk prosess

Dersom institusjonalisering av profesjonsutdanningene, gjerne gjennom å etablere utdanningene på universitetene, har vært et ledd i profesjonsorganisasjonenes strategi for å regulere adgangen til yrket, er det grunn til å anta at profesjonene har jobbet aktivt med nettopp dette siktemålet (Smeby, 2008). Men her finnes det forskjeller mellom profesjoner, og nettopp etableringen på universitetsnivå har vært en konfliktfylt prosess, der profesjonsorganisasjonene selv i mange tilfeller har kjempet for en praksistilknytning og mot etablering av utdanning på universitetsnivå (Burrage, 1993). Det finnes internasjonale forskjeller på dette området. Som mange har påpekt tar profesjons sosiologien ofte utgangspunkt i USA og England i en avgrenset historisk periode når de skal beskrive fremveksten av profesjonene (se for eksempel Burrage, 1990; Smeby, 2008). Dette har gjort at profesjonene har blitt beskrevet som svært sterke aktører, mens det har vært lite statlig kontroll. I kontinental-Europa, derimot, har profesjonsorganisasjonene inngått i et tett samarbeid med staten og andre aktører, som for eksempel arbeidsgiverorganisasjoner.

Smeby (2008: 90-91) diskuterer hvordan utviklingen av profesjoner i England og USA i stor grad har skyldtes en relativt svak statsmakt, noe som har gitt profesjonene relativt stor innflytelse på grunnutdanningene i profesjonene. Profesjonene ble her formet i stater med markedsøkonomi, relativt passiv og desentralisert statsmakt og en liten statsforvaltning (Fauske, 2008: 46). I kontinental-Europa organiserte staten i større grad utdanning og arbeid for disse yrkesgruppene. I Frankrike har statsmakten vært sterk, og profesjonsutdanningene var i stor grad lagt til universitetet. Profesjonene fikk mindre innflytelse i og med at praktikere og akademikere var utdannet gjennom samme utdanningssystem.

I Tyskland har profesjonene arbeidet i utdanningssystemet i samarbeid med staten (McClelland, 1990; Smeby, 2008). Profesjonene tok her i liten grad utgangspunkt i de gamle laugene, men oppsto senere,

under statlig beskyttelse i en byråkratisert form. I følge Smeby (2008) kan utviklingen av profesjonsutdanningene i Tyskland forstås mer som et motsvar til den vitenskapeliggjøringen som foregikk på 1800-tallet, enn som en profesjonaliseringsstrategi kjempet frem av profesjonsorganisasjonene. Profesjonsorganisasjonene og staten hadde i stor grad sammenfallende interesser når det gjaldt å utvikle kvalifikasjonskrav for å utøve bestemte yrker.

I Norge spilte staten en lignende rolle som i Tyskland. Etablering av universitet og utvikling av profesjonsutdanninger var i stor grad et nasjonsbyggende prosjekt, viktig for moderniseringen av landet. De tre «klassiske» profesjonene, offiserer, teologer og jurister, hadde i stor grad monopolisert de myndighetsposisjonene som fantes, og etter hvert sikret medisinene seg også en fremtredende posisjon. Skaset (2006) beskriver utviklingen i forholdet mellom de norske legene, representert ved Den norske legeforening, og staten fra 1945 til 2000: «Akkurat som medisinsk og politisk ideologi har overlappet, ikke bare når det kommer til mål, men også i forhold til styringsideologi, slik at det har vært enighet om en uklar grense mellom politikk og medisin, har legene og staten overlappet institusjonelt» (Skaset, 2006: 565).

2.2 Akademisering av profesjonene

Fra fokuset på profesjoners utvikling i de tidlige fasene av nasjonsdannelse, har oppmerksomheten etter hvert vært rettet mot den såkalte akademiseringen av profesjonene. I Norge har ble høyere utdanning gitt ved universitetene og vitenskapelige høyskoler, mens de kortere profesjonsutdanningene – de såkalte «semi-profesjonene» (Etzioni, 1969) lærerutdanning, sykepleierutdanning, ingeniørutdanning – foregikk ved egne utdanningsinstitusjoner. Etter hvert som utdanningssystemet ekspanderte som et resultat av både vekst i antall studenter og økt behov for kvalifisert arbeidskraft, ble det argumentert for et mer differensiert statlig utdanningssystem med en blanding av korte, yrkesrettede utdanninger, og akademiske, lengre utdanninger. Dette er blant annet slik den norske Ottosen-komiteen (St.prp. nr. 136 1968-69) argumenterte (Kyvik, 2002b; Smeby, 2008), og også Bjørnsson-komiteen (1972), som diskuterte organiseringen av helse- og sosialfagene. Opprettelsen av en egen høyskolesektor var en utvikling som skjedde i mange land omtrent samtidig som i Norge. I starten var høyskolene små, spesialiserte institusjoner som ga korte utdanninger i et lite antall fag. Som en del av Høgskolereformen i 1994, ble de fleste institusjonene slått sammen til 26 statlige høyskoler. I Storbritannia skjedde denne utviklingen allerede på 60-tallet, og i 1992 gjorde man der samtlige institusjoner av denne kategorien om til universiteter, en prosess som nå pågår i Norge¹.

Kyvik (2002b: 60-61) hevder at utviklingen fra yrkesskoler til høyskoler, og videre ønsket om universitetsstatus hos høyskolene, kan forklares med begrepene institusjonell og akademisk drift. Han knytter ikke dette til profesjonsteoretiske perspektiver, men bygger i stedet på internasjonale utviklingstrekk. I følge Kyvik er det for det første en tendens til at organisasjoner imiterer andre organisasjoner som oppfattes å ha høyere status, og ofte er det fagpersonalet som er drivkreftene i slike prosesser. I høyskolesektoren er det ofte slik at fagpersonalet ikke bare er medlem av profesjonsfelleskapet, men også et disiplinifelleskap som har egne faglige normer og statusrelasjoner. Det er en tendens til at fagpersonalet identifiserer seg med fagfelleskapets normer fremfor profesjonsfelleskapet, og dermed legger press på ledelsen for å få bedre forskningsbetingelser, muligheter til å utvikle studieprogram på stadig høyere nivå, og dermed begynne å ligne mer på universitetene. Ledelsen har på sin side et ønske om å heve organisasjonens status, og ønsker dermed at personalet i større grad skal drive akademisk forskning og benytte seg av tradisjonelle akademiske undervisningsformer. På denne måten er undervisningspersonalet og institusjonen deltakere i gjensidig forsterkende prosesser. Det kan skilles mellom seks forskjellige slike prosesser.

¹ Dette tas blant annet opp av det såkalte Stjernø-utvalget (NOU, 2008:3).

- 1) Institusjonell statusheving. Det ser ut til å være en empirisk «lovmessighet», bekreftet gjennom mange internasjonale eksempler, at yrkesrettede utdanninger søker høyere akademisk status som høyskoler, og at høyskolene videre arbeider mot universitetsstatus.
- 2) Vertikal utvidelse av utdanningsprogrammer. At kortere utdanninger ble erstattet med lengre utdanninger, toårige med treårige, lavere grad til hovedfag osv., er en utvikling man først så i det amerikanske utdanningssystemet på 60-tallet, men som senere har blitt en tydelig del også av de norske profesjonsutdanningene.
- 3) Horisontal utvidelse av fagtilbudet gjennom innføring av universitetsfag og -utdanninger i høyskolesektoren. Dette skjedde i norsk sammenheng først og fremst gjennom etableringen av distriktshøyskolene, men fant også sted ved de pedagogiske høyskolene. Tilsvarende utvikling er også funnet i andre land.
- 4) Større vektlegging av teori i yrkesutdanningene er også en utvikling man har observert i mange land, og er beskrevet blant annet som en del av utviklingen av de kortvarige profesjonsutdanningene i USA.
- 5) Utvikling av forskningsvirksomhet har vært en av de mest sentrale formene for akademisk drift i høyskolesektoren, ikke bare i Norge.
- 6) Sammen med utviklingen av forskningsvirksomheten har også etableringen av en akademisk stillingsstruktur kommet.

Smeby (2008) argumenterer for at utviklingen av en akademisk stillingsstruktur og utviklingen av forskningsvirksomheten er de mest sentrale prosessene i Norge. På den ene siden kan det forstås som et ledd i arbeidet for statusheving, men det er også en tilpasning til et reelt økende og endret kunnskapsbehov. Koblingen til de tradisjonelle yrkesutdanningene blir, gjennom prosesser som er beskrevet over, gradvis svekket, og sammen med dette har også ansvaret for utdanningene blitt overført fra sektorenes fagdepartement til Kunnskapsdepartementet (som det heter i dag). Samtidig har man i mange tilfeller også nedtonet krav til forpraksis. Det økte innslaget av teori har gått på bekostning av de praktiske delene av teoriundervisningen, noe som også blir forsterket av at praksis er mer ressurskrevende undervisning enn klasseromsundervisning av studentene.

Bildet som tegnes av utviklingen innen yrkesfagene er en generell beskrivelse, og passer dermed ikke nødvendigvis like godt på alle utdanninger. Medisin har lenge befunnet seg på toppen av statushierarkiet både blant de yrkesrettede utdanningene og i det akademiske universet. Dermed har man ikke i medisin erfart de prosessene Kyvik beskriver på samme måte som profesjoner lenger ned i statushierarkiet. Sykepleie har derimot hatt en utvikling mot mer akademisering og institusjonalisering, samt utvikling av et eget kunnskapsgrunnlag. Profesjonsorganisasjonen, Norsk Sykepleierforbund, har vært en klar pådriver i denne prosessen. Samtidig har Norsk Sykepleierforbund også fremhevet viktigheten av å styrke og sikre praksisundervisningen (Karseth, 2004). Mange av de ansatte i høyskoleprofesjonene har også vært skeptiske til å legge for mye vekt på abstrakt teoretisk kunnskap. Høyskolereformen og endringene innad i profesjonsutdanningene som resultat av reformen må i stor grad sees som resultat av nettopp endrede rammer og betingelser og som et resultat av modernisering av utdanningsforvaltningen, ikke bare som eksplisitte profesjonaliseringsstrategier (Smeby, 2008: 93). Standardiseringen og byråkratiseringen som har funnet sted i forvaltningen generelt, og dermed også utdanningssystemet, har ført til at profesjonsorganisasjonene har fått mindre innflytelse på utdanningene enn tidligere (Karseth, 2002).

2.3 Kontroll og autonomi

Styring og regulering av utdanningenes innhold er en viktig prosess å se nærmere på for å forstå hvordan profesjonenes utdanningssystemer har endret seg. I profesjons sosiologien ble oppmerksomheten for alvor rettet mot slike spørsmål ved innføring av nye styringsformer i offentlig sektor (New Public Management) (Christensen & Laegreid, 1999). Også tidligere hadde det vært advart mot deprofesjonalisering og proletarisering av profesjonene som følge av minkende kontroll over arbeidsoppgavene og økt teknologisk innslag i arbeidet som gjorde behovet for profesjonsutøvernes særegne kunnskap mindre (Haug, 1973; Caspersen, 2007a). I høyere utdanning har endringene i den statlige styringen blitt beskrevet som en overgang fra byråkratisk styring til selvregulering, fra kontroll i forkant til kontroll i etterkant (Vught, 1989, i Smeby 2008). Kyvik (2002a)

påpeker at høyskolereformen i noen grad innebar større autonomi for institusjonene, mens på andre områder ble de sterkere styrt enn før. Styring og regulering av profesjonsutdanningene i Norge foregår grovt sett på fire måter (Smeby, 2008: 94):

1. Direkte regulering av utdanningene gjennom lover, forskrifter og rammeplaner
2. Evaluering, revisjon og akkreditering av utdanningstilbudene
3. Lovregulering av yrkene og profesjongodkjenning
4. Direkte regulering gjennom internasjonale retningslinjer

Direkte regulering foregår gjennom Lov om universiteter og høyskoler. Det er Kunnskapsdepartementet som har ansvaret for å utarbeide forskrifter for opptakskrav og tidsnormering av studier, og som styrer utdanningene gjennom budsjett- og andre styringsdokumenter, i tillegg til styringsdialog og årsrapportering (Hatlevik, 2000). Innholdet i utdanningen styres på forskjellig vis for universiteter og høyskoler. Universitetene har stor frihet til å bestemme innholdet i utdanningene innenfor det gjeldende lovverket, mens de fleste høyskoleprofesjonene er styrt gjennom nasjonale rammeplaner, med detaljerte forskrifter. Høyskolene utarbeider deretter fagplaner som spesifiserer utdanningenes mål, innhold, struktur og organisering. Dermed er sykepleieutdanningens omfang, innhold, obligatoriske hovedelementer og delemner bestemt gjennom rammeplanen, mens utformingen av medisinstudiet er delegert til de medisinske fakultetene.

2.3.1 Rammeplaner

Formålet med rammeplanene er å standardisere utdanningene, og dermed sikre blant annet studentmobilitet og kvalitet, ved å sørge for at det samme utdanningstilbudet gis ved alle institusjoner som tilbyr utdanningen. Profesjonsorganisasjonene er med på utarbeidelse av rammeplaner, og har i flere tilfeller vært pådriver for å beholde rammeplanene, selv om det har vært stilt spørsmål ved om rammeplanene begrenser institusjonenes handlingsrom i for stor grad (Hatlevik, 2000). Profesjonsorganisasjonene ser denne begrensningen som nødvendig for å sikre et godt utdanningstilbud, og utformingen av rammeplanene er dermed en måte å sikre profesjonenes innflytelse på utdanningenes innhold (Smeby, 2008: 95).

2.3.2 NOKUT

NOKUT (Nasjonalt organ for kvalitet i utdanning) ble opprettet ved innføringen av Kvalitetsreformen i høyere utdanning i 2002/2003. Dets oppgave er å evaluere, akkreditere og godkjenne kvalitetssystem, institusjoner og studietilbud. Institusjonene har selv ansvar for kvaliteten på utdanningene, men NOKUT akkrediterer institusjonenes kvalitetssikringssystemer og gjennomfører evalueringer som skal stimulere til kvalitetsutvikling. Smeby (2008) påpeker at NOKUTs rolle som kvalitetskontrollør for mange utdanninger kommer i tillegg til den styringen som foreligger gjennom rammeplaner. Det har blitt spekulert i at etableringen av NOKUT ville føre til at rammeplanene etter hvert vil avskaffes som statlig styringsinstrument, og også kan åpne opp et rom der profesjonsorganisasjonene kan få økt innflytelse på utdanningene gjennom et økt fokus på utdanningenes relevans (Smeby, 2008: 95). Opprettelsen av NOKUT var planlagt som en institusjonalisering av skillet mellom politikk og fag, og en institusjonalisert sikring av faglig kvalitet i utdanningene, men det er ikke entydig at det er slik utviklingen har gått (Stensaker, 2006). I praksis er politikk og fag vanskelig å skille fra hverandre. Innføringen av nye kontrollinstanser medfører også en fare for et evalueringsbyråkrati og økt arbeidsmengde, og det var en målsetting for NOKUT at dette ikke skulle være en konsekvens av opprettelsen (Stensaker, 2006: 28). Kvalitetsreformen innebar en økt frihet i faglige, økonomiske og organisatoriske spørsmål, men samtidig en mer profesjonell styring av utdanningene og opprettelsen av et nytt finansieringssystem der betydelige deler av budsjettet tildeles etter oppnådde resultater i forskning og utdanning.

2.3.3 Bolognaprosessen

Den institusjonelle, og også nasjonale, friheten settes også på prøve gjennom den internasjonale utviklingen, særlig den europeiske. Karseth (2006) diskuterer hvordan retorikken omkring innføringen

av et felles europeisk gradssystem gjennom Bolognaprosessen, og også kvalifikasjonsrammeverket, retorisk dreier seg om institusjonell autonomi. I praksis reflekterer det derimot en mer direkte styringsform av utdanningene gjennom styring av finansiering, og ansvarliggjøring gjennom evaluering. Denne standardiseringsprosessen av høyere utdanning kan i seg selv medføre en mindre åpen og kritisk utdanningsdebatt fordi viktige spørsmål løftes ut av diskusjonene, hevder Karseth. For profesjonene er noe av målsettingen med innføringen av de felles gradssystemene å sikre mobilitet av arbeidskraft. En profesjonsutøver som har praktisert et yrke i sitt hjemland skal være egnet til å utøve tilsvarende arbeid i et annet EU-land, selv om det ikke innebærer en automatisk godkjenning av vitnemål. I tillegg er det utarbeidet sektordirektiver (som minner om rammeplaner) for blant annet sykepleie og medisindanninger. Dette innebærer at utdanningen er automatisk godkjent i alle land i EØS-området.

2.3.4 Kvalifikasjonsrammeverket

Kvalifikasjonsrammeverket (Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for livslang læring) er offisielt en «samlet, systematisk og nivådelt beskrivelse av formelle kvalifikasjoner som kan oppnås innenfor et utdanningssystem. Rammeverket er en systematisk beskrivelse av nivå og oppnådd kompetanse for universitets- og høyskolegrader, fag- og yrkeskompetanse, generell studiekompetanse, grunnskolekompetanse og fagskolekompetanse. Nasjonale kvalifikasjonsrammeverk er basert på nasjonens utdanningssystem, viser nivå og progresjon og sammenheng til arbeidsliv og samfunnsliv» og skal relatere det nasjonale kvalifikasjonsrammeverket til det overordnede Europeiske Kvalifikasjonsrammeverket (NOKUT, 2012). Formålet med å innføre kvalifikasjonsrammeverket i EØS-landene er, for det første, å fremme mobilitet mellom land ved å ha likelydende beskrivelser av kvalifikasjoner og definisjon av nivåer. Rammeverket skal, for det andre, styrke mulighetene for livslang læring ved at de ulike delene av utdanningssystemet koordineres bedre, og ved at det etableres gode ordninger for prøving, dokumentasjon og formell anerkjennelse av kvalifikasjoner oppnådd utenfor det formelle utdanningssystemet. Kvalifikasjonsrammeverket skal videre bidra til økt kvalitet i det nasjonale utdanningssystemet, ved å stimulere til at det etableres gode systemer for kvalitetssikring.

2.3.5 Læringsutbytte

Til nå har man lent seg på sammenligninger av kvalifikasjoner ved å ta utgangspunkt i utdannings lengde, pensum og se på utdanningsinstitusjoner. Dette går man bort fra ved innføring av kvalifikasjonsrammeverket, og i stedet lener man seg på beskrivelse av læringsutbytte. Læringsutbytte defineres som det «en person vet, kan og er i stand til å gjøre som et resultat av en læringsprosess». Læringsutbytte er beskrevet i kategoriene kunnskap, ferdigheter og kompetanse. Nivået på læringsutbyttet er avhengig av kompleksiteten av kunnskapen, ferdigheten og den generelle kompetansen» (NOKUT, 2012). Læringsutbyttebeskrivelsene skal implementeres i utdanningssektoren, og er i noen utdanninger (for eksempel den nye grunnskolelærerutdanningen) tatt inn i rammeplanen. I sykepleie og medisin er ikke prosessen kommet så langt, men de enkelte studiene har innarbeidet kvalifikasjonsrammeverket i sine fag- og undervisningsplaner. Læringsutbyttebeskrivelsene omfatter ikke bare den rent faglige eller disiplinspesifikke kompetansen, men også de fagovergrepene – ofte benevnt som generiske ferdigheter – og som antas å være viktig for utøvelsen av et yrke. Hva slags endringer implementeringen av kvalifikasjonsrammeverket innebærer for utdanningene er vanskelig å si, da man fortsatt er på et tidlig stadium i denne prosessen.

2.4 Kvalifisering for yrkesutøvelse

Som vist over er det mange utviklingstrekk som er med på å påvirke den akademiske orienteringen til profesjonene, og som styrer balansen mellom praktisk øving og undervisning ved utdanningsinstitusjonen. En av de viktigste innflytelsene på den akademiske driften må likevel sies å være antagelsen om at profesjonsutøvelsen blir bedre av å baseres på den institusjonaliserte kunnskapen som finnes i universitets og høyskolesystemet. Teoretisk kunnskap sees som en

forutsetning for god, profesjonell praksis. I studier av profesjoner blir denne antagelsen ofte satt spørsmålsteget ved. Sentral i en slik diskusjon er Schön (1983), som hevder at den teoretiske, vitenskapelige kunnskapen profesjonsutøverne har tilegnet seg gjennom utdanningen, er utilstrekkelig i «the swampy zones of practice» som de møter i arbeidslivet. Den tekniske rasjonaliteten som ligger i tanken om profesjoner som utøvere av profesjonelt arbeid på bakgrunn av kompetanse tilegnet gjennom utdanningen, (den «naive» forståelsen som Brante (1988) kalte det) er ikke tilstrekkelig for å løse oppgaver preget av usikkerhet og verdikonflikt. Profesjonsutøvere kjennetegnes derimot av at læring foregår som deltakelse i et praksisfellesskap, en tilnærming man blant annet finner i teorier om situert læring (Wenger, 1998). Forskning på profesjoner med dette utgangspunktet er stort sett opptatt av hvordan relevant kunnskap læres gjennom deltakelse i arbeidslivet, og for eksempel innen sykepleie har et slik praksisbasert kunnskapssyn vært fremmet og hatt stor gjennomslagskraft (Smeby, 2008: 97). Utdanningens kvalifiserende rolle har blitt vurdert som svært liten, eller bare blitt sett bort fra, og kan dermed sies å underbygge Collins' påstand om at utdanning først og fremst er sertifiserende, ikke kvalifiserende (Collins, 1979).

Når overgangen fra studier til arbeidsliv i profesjonene skal beskrives er det forskjellige «sjokk»-metaforer som benyttes (Caspersen & Raaen, 2010). Utdanningen beskrives da ofte som ikke relevant, og det oppfattes å være et gap mellom den teoretiske undervisningen og den praksisen som skal utøves. I noen studier av slike prosesser i profesjonskvalifisering beskrives dette som et rekontekstualiseringsproblem (van Oers, 1998). Teoretisk kunnskap er i utgangspunktet ikke bundet til en bestemt kontekst og må rekontekstualiseres for å kunne benyttes. Dette står i motsetning til den dagligdagse kunnskapen som anses som kontekstspesifikk og i mindre grad som relevant i nye situasjoner. Både arbeidsliv og utdanning har et ansvar for å hjelpe studentene å se relevansen av de teoretiske perspektivene, hevder Smeby (2008: 98). Praksis som en del av utdanningen er et eksempel på måter å sikre koblingen mellom yrkesutøvelsen og den teoretiske utdanningen. Det samme er forskjellige modeller for problembasert læring. Sykepleie er per i dag en av utdanningene med mest praksis i løpet av studietiden, og medisinutdanningene har innført forskjellige varianter av PBL-metoder. Turnusordninger, eller forslag om ordninger med et praksisår før man oppnår tillatelse til selvstendig å utøve yrket, er også måter å sørge for at problemene knyttet til overføring av kunnskap minimeres. Det er også forskjeller mellom profesjoner i hvordan man tar i mot nyutdannede i arbeidslivet. Forskjellene kan kanskje sees som profesjonsforskjeller i hvordan man forstår forholdet mellom utdanning og arbeidsliv. Eksempelvis har nyutdannede lærere tradisjonelt blitt satt til å gjøre den samme jobben som erfarne kollegaer fra første stund, og også de tunge undervisningsoppgavene ingen andre vil ta. I sykepleie har det derimot, i alle fall på sykehusene, i større grad eksistert en kultur der nyutdannede deltar gjennom å samarbeide med erfarne sykepleiere, og på den måten kunne arbeide med redusert intensitet og ansvar (Caspersen, 2007a, 2007b). Turnustjeneste i medisin har også vært et eksempel på slik institusjonalisert, glidende overgang fra studier til arbeidsliv.

Så langt har generelle trekk ved utviklingen av de yrkesrettede høyere utdanningene, profesjonene, blitt presentert, med den norske og internasjonale profesjonsforskningen som bakteppe. Spørsmålet om utdanningenes relevans for yrkesutøvelsen står sentralt i diskusjonene. Hvilken rolle spiller så de spesifikke profesjonsorganisasjonene, for sykepleie sin del hovedsakelig Norsk Sykepleierforbund og for medisin Den norske legeförening, i dette feltet? Dette er utdypet i flere arbeider, blant annet diskuteres det i forskjellige bind av Universitetet i Oslo's historie (Helsvig, 2011; Myhre, 2011), i profesjonshistorier (Høst, 2007; Martinsen, 1984, 2003; Melby, 1990), og i kunnskapssosiologiske studier (Skaset, 2006), men også i artikler innenfor andre fagtradisjoner (for eksempel Karseth & Nerland, 2007). Sykepleie trekkes ofte frem som et eksempel på en profesjon som har jobbet aktivt med å løfte sin egen status, gjennom å meisle ut en egen akademiseringsstrategi og bruke denne aktivt i profesjonskampen. Medisin er ofte trukket frem som den klassiske modellprofesjonen, der profesjonsorganisasjonen sitter med stor makt over både utdanning og sertifisering, og også spesialistutdanningen. Blant annet er det slik at selv om godkjenningsmyndigheten av legespesialister ble overført til staten fra høsten 2011, er organiseringen av spesialistgodkjenningen fortsatt slik at Legeföreningen skal spille en viktig rolle (Haave, 2011a). I neste kapittel skal disse prosessene beskrives mer detaljert.

3 Faglig utvikling og arbeidsmessig avgrensning – profesjoner som drivkraft

Som vist i avslutningen av forrige kapittel blir akademisk orientering ofte satt opp mot praktisk orientering i profesjonene. Dette er på mange måter det klassiske skillet i debatter om yrkesrettede utdanninger, ofte nevnt som et skille mellom teori og praksis, eller teoretisk og praktisk kunnskap. Dersom man trekker det helt konkret mot utdanningenes organisering kan det gi seg utslag i debatter om utdannerenes kompetanse. Spørsmålet om de skal være hovedsakelig profesjonsutøvere eller hovedsakelig akademisk utdannede er en diskusjon som ble tydeliggjort for eksempel gjennom prosessen omkring NOKUTs akkreditering av sykepleierutdanningene (Raaen, 2006). Andre sentrale spørsmål er balansen mellom undervisning og tid brukt på FoU (Hatlevik, Caspersen, Vindegg, & Smeby, 2011) og debatter om undervisningsformer. I medisin er dette tydeliggjort med omleggingen til problembasert læring (PBL) og viktigheten av turnus, i sykepleie i diskusjoner om mengden og lengden av praksis og simulerings- og ferdighetstrening (Christiansen, Karseth, & Heggen, 2004; Karseth, 2004). Det dreier seg også om en debatt om utdanningenes direkte relevans, og en mulig motsetning til studentenes faglige fordypning og generalistkompetanse satt opp mot spesialistkompetanse. Dersom slike overordnede perspektiver skal ha substans, må de kobles inn mot konkrete beskrivelse av historiske prosesser der spenningene har fått utfolde seg. For å få til dette vil sykepleie og medisins forhold til grunnutdanningene beskrives som «profesjonsprosjekter» i de følgende avsnittene.

3.1 Sykepleiens profesjonaliseringsprosjekt og sykepleierutdanningen i Norge

Akademiseringen av sykepleie kan forstås som et forsøk på å sikre kontroll over en type yrkesutøvelse gjennom å dyrke frem en akademisk kunnskapsbase. Grunnutdanningen for sykepleiere blir da gjenstand for en profesjonskamp, og blir et verktøy som brukes i profesjonens utvikling. Dette er en historie som er fortalt av mange, og som ofte brukes som illustrasjonen på nettopp akademisering som statushevende strategi (Myhre, 2011; Slagstad, 2006, kapittel 12). Melby (1990) beskriver hvordan kampen om kunnskapsgrunnlaget i sykepleie har utviklet seg fra 50-tallet til i dag. I løpet av 50-, 60-, og 70-tallet ble det stadig vanligere for norske sykepleiere å søke seg til utlandet for å søke mer kunnskap. De første «Amerikafarene» i sykepleie ble også lærere på Norsk Sykepleierhøyskole når de kom hjem, og «Amerikalinjen», som disse ble kalt av noen, ble også med tider en innflytelsesrik kunnskapselite i Norsk Sykepleierforbund. Sykepleierutdanningens undervisning, organisering og innhold ble dermed også influert av amerikanske tradisjoner for videreutdanning.

Norsk Sykepleierforbund stimulerte tidlig til denne utviklingen gjennom stipendmidler, gjennom å oppfordre til å ta formelle universitetsgrader og gjennom å anbefale utdanningsinstitusjoner for

studentene (ofte Teachers College ved Columbia University i New York) (Melby, 1990: 275). I følge Melby har Norsk Sykepleierforbund vært svært aktive med å finansiere videreutdanning, og i 1985 ble en million kroner av overskuddet satt av til stipend for sykepleiere som ville ta doktorgrad. Det var vanlig at den som fikk stipend forpliktet seg til å søke stilling ved Norges Sykepleierhøyskole når utdanningen var ferdig.

«De som hadde vært i Amerika brakte forskningen inn i norsk sykepleie» skriver Melby (side 276). Helga Dagsland, (som ble valgt til formann for Norsk Sykepleierforbund på et ekstraordinært landsmøte 1967, da det sittende styre fikk mistillit fordi det ville godkjenne sykepleiere som ikke hadde gjennomgått en treårig sykepleierutdanning)², var en av de første til å reise, og også en av de første til å omsette kunnskapen til norske forskningsarbeider. Av mange ble «Amerikalinjen» sett på som en ensretting av undervisningen, og en orientering mot medisinstudiet. Motsvaret ble dermed å knytte seg til en mer samfunnsvitenskapelig tradisjon fremfor den medisinske vitenskapstradisjonen. Slagstad skriver at «sykepleierne søkte seg mot samfunnsvitenskapene i et forsøk på å riste av seg 'legeåket'» (Slagstad, 2006: 156). Sykepleie forsøkte å bygge seg en ny basis, som kunne forene kunnskap med autoritet – løsningen var spesialistkompetanse, formet etter legenes modell, men der innholdet ble søkt i samfunnsvitenskapelige rammer. Legene anså den erfaringsbaserte praksiskunnskap, som hadde vært den dominerende i sykepleien frem til dette, som uvitenskapelig ut fra tidens kunnskapsideal. Det medisinske kunnskapsparadigmet gjorde sykepleierne fremmede for sykepleiens praksisbaserte kunnskap, og man sto igjen med valget mellom en faglig splittelse der praksis var for seg og teori for seg, eller å tilpasse praksis en mistilpasset teori (Slagstad, 2006: 157).

Som et svar til denne uholdbare situasjonen var særlig Kari Martinsen med på å formulere det samfunnsfaglige alternativ: en personorientert profesjonalitet som bygger på praktisk kunnskap, formulert innen rammene til Skjervheims positivismekritikk. For Slagstad forstås dette som en reorientering mot den egentlige sykepleieidentitet, og også den egentlige profesjonsidentitet, der profesjonsutdanningene er kjennetegnet ved at de er systematisk innrettet mot ulike yrkesfelt. Det kan kanskje fremstå som paradoksalt at denne dreiningen av sykepleie mot de ikke-biologiske og ikke-teknologiske temaene er et forsøk på å praksisrette og praksisorientere sykepleiefaget. Karseth (2004) understreker nettopp at samtidig som sykepleierforbundet har jobbet med å styrke det akademiske kunnskapsgrunnlaget, har det også fremhevet viktigheten av å styrke praksisundervisningen.

Sykepleiens vitenskapelige avgrensning har ikke bare foregått mot medisin, det har også vært en grensedragnings mot de andre pleie- og omsorgsyrkene (Høst, 2007). Melby (1990) siterer Juvkam (1985), som argumenterer for at sykepleieforskningen, og fremdyrkingen av et eget sykepleiefaglig område, er et resultat av både et horisontalt og et vertikalt yrkesproblem. Det vertikale yrkesproblemet dreier seg om forholdet til medisinen og legeprofesjonen slik det ble beskrevet over. Det horisontale problemet dreier seg om en stadig økende spesialisering i helsesektoren der nye grupper tar over det som tradisjonelt har vært sykepleiens arbeidsområde³. Det ble dermed viktig å avgrense sykepleiens fagområde mot andre utdanninger som ønsket å ta over arbeidsoppgavene. Juvkam (siteret i Melby (1990: 277)) sier at «for å hindre videre tap av terreng ble det viktig for sykepleierne å bestemme innholdet i faget og avgrense et funksjonsområde i forhold til beslektede yrkesgrupper». Det ble også understreket av Helga Dagsland, ett år før hun tok på seg ledervervet i sykepleierforbundet, at «de relativt diffuse funksjoner hemmer vår utvikling som stand, som profesjon» (siteret i Melby (1990: 277)).

Norsk sykepleierforbunds offisielle argumentasjon omkring fagutvikling og kvalitet har ikke vært eksplisitt tuftet på den type overveielser som er diskutert over. De har derimot, og ikke overraskende, fremhevet at det er kvaliteten i arbeidet som står på spill. På Norsk Sykepleierforbunds hjemmesider kan man lese at «fagutvikling er et middel i å nå NSF's fagpolitiske formål som er å utvikle sykepleierutdanningen og sykepleiefaget i samsvar med befolkningens behov for sykepleie og

² Store Norske Leksikon: http://snl.no/.nbl_biografi/Helga_Dagsland/utdypning

³ At dette omtales som et problem belyser en mulig svakhet ved mye av profesjonshistorien slik den er skrevet i Norge, at den i stor grad benytter seg av et innenfraperspektiv. Melbys sykepleierhistorie fremstår på en måte som en nøktern beskrivelse av sykepleiens historie, men har med slike formuleringer en klar slagside mot et innenfraperspektiv. Dette diskuteres også av Stølås Lie (Lie, 2010)

sykepleietjenestens behov for kompetente sykepleiere»⁴. Men profesjonaliseringsbegrunnelsen, forstått som en styrking av sykepleiens funksjon opp mot andre grupper, har også ligget rett under overflaten, slik det blant annet har kommet til syne i lønnskamp og fagkamp. «Vi betrakter forskning som et viktig instrument i vårt arbeid for å fremme sykepleien som profesjon» uttalte Helga Dagsland i 1973 (siteret i Melby (1990: 278)). Fagutvikling er et nyttig verktøy i profesjonsutviklingen, fordi det utvikler begge formål: det kan argumenteres for at det styrker kvaliteten på arbeidet, samtidig som det også styrker profesjonen.

Samtidig som utviklingen av sykepleie som eget fagområde skjøt fart, var også utdanningen av helsepersonell, og masseutdanning generelt i Norge, på vei inn i en ny fase. I starten av 60-tallet var Universitetet i Oslo en enslig nasjonal eliteinstitusjon på toppen av et relativt lite og dårlig utbygd forsknings- og utdanningssystem, men 10 år senere var studenttallet økt fra 5 000 til over 20 000, og utdanning hadde blitt en tydelig del av velferdspolitikken (Helsvig, 2011). Helseutdanningene, og med det sykepleie, var en del av denne utviklingen, og den såkalte Bjørnsson-komiteen ble nedsatt i 1968 for å utrede hvordan utdanningen av helse- og sosialpersonell skulle plasseres og organiseres.

Sykepleierforbundet hadde to representanter i komiteen, utnevnt etter forslag fra forbundet (Melby, 1990: 285). Et hovedforslag fra komiteen var at hjelpepleierutdanningen skulle gi grunnlag for en avkorting i sykepleierutdanning, altså at det skulle være et trinnvis utdanningssystem for helse- og sosialsektoren. Sykepleieskolene ble foreslått lagt til høyskolenivået, men man foreslo samtidig at utdanningen som sykepleier innledningsvis skulle foregå i videregående skole i form av yrkesutdanning over ett år, og deretter som to år på høyskolenivå. Høst (2007: 90) viser hvordan dette kunne oppfattes på ulike måter: «På den ene siden kunne det ses som en anerkjennelse av at hjelpepleierutdanningen la det første grunnlaget for utdanning til sykepleier. På den annen side betydde det at sykepleierutdanningen ikke ble en treårig, høyere utdanning som bygget på eksamen artium, men en toårig utdanning som bygget på en videregående yrkesutdanning, dvs. en mellomnivåutdanning parallelt til fagskoleutdanningene innenfor tekniske fag». Norsk sykepleierforbund var negative til en slik utvikling, og mens det tok lang tid før Bjørnsson-komiteens innstilling ble behandlet i Stortinget i 1976, startet forbundet et arbeid med å utarbeide sin egen modell for grunnutdanning innen sykepleie (Melby, 1990: 285). Norsk Sykepleierforbunds innsats med å argumentere for treårig grunnutdanning for sykepleie, uten felles utdanningsblokker med andre fag, førte til at forslaget ikke ble vedtatt.

Forslag om avkortet utdanning dukket opp igjen i 80-åra, og ble da trukket frem som et tiltak mot sykepleiermangelen sammen med en oppdimensjonering av grunnutdanningen, og også denne gangen mobiliserte Norsk Sykepleierforbund. Igjen var det avgrensningen mot hjelpepleierne som var viktig, og det ble argumentert for at hjelpepleierutdanning nok var et nyttig tillegg for sykepleiere, men ikke særlig mer. Sykepleieutdanning forberedte for en selvstendig yrkesfunksjon, mens hjelpepleierutdanningen kvalifiserte til en assistentfunksjon.

På 90-tallet kom den store omveltningen i sykepleierutdanningen gjennom høyskolereformen. Det faglige siktemålet med reformen var å «heve kvaliteten i høgre utdanning og forskning ved at institusjonene befester egen styrke og øker evnen til å utnytte de andres fortrinn på områder de selv står svakere» (*Stortingsmelding 40 (1990-91). "Fra visjon til virke : om høgre utdanning"*: 22). Det var også et mål å lage grunnlag for en mer effektiv ressursutnyttelse og en sterkere administrasjon, gjennom stordriftsfordeler ved større organisasjoner (Karseth, 2000: 12). Reformen medførte store endringer i de forskjellige utdanningene på høyskolenivå, og en del generelle poeng fra evalueringen av høyskolereformen ble diskutert i avsnitt 2.3. Men reformen hadde også spesifikke påvirkninger på sykepleieutdanningen, og Karseth (2000) var opptatt av hvordan reformen kan sies å ha påvirket det konkrete innholdet i sykepleierutdanningene, undervisningsformene ved sykepleierutdanningene, og samarbeidet med andre utdanninger om undervisning.

⁴ <https://www.sykepleierforbundet.no/fag/fagutvikling> (13.03.2012).

Karseth hevder at så lenge sykepleierutdanningen er styrt gjennom rammeplaner er det begrenset hva slags innflytelse det er mulig å øve på utdanningens innhold (2000: 15), selv om rammeplanen som var gjeldende før innføringen av høyskolereformen (fra 1987) med vilje var formulert så vidt som mulig for å gi de enkelte sykepleierutdanningene mest mulig frihet. Rammeplanen som ble fastsatt i etterkant av høyskolereformen (i 2000), var derimot ikke like tydelig i vektleggingen av institusjonenes frihet, og vektla i større grad standardisering for samme utdanningstype. Høyskolereformen innebar også en stor endring for utdanningene, der de som høyskoler i større grad ble politiske aktører enn de hadde vært før, og der motpartene nå besto av sentrale myndigheter, andre høyskoler, og alle andre aktører med interesse i grunnutdanningen (deriblant profesjonsorganisasjonene) (Karseth, 2000: 107).

Spenningen mellom den akademiske og den praktiske orienteringen i sykepleie ble på mange måter forsterket gjennom høyskolereformen, i det at utdanningen ble dreid i en mer akademisk retning (Karseth, 2000: 108). Dreiningen kom blant annet gjennom innføringen av en felles lov for universiteter og høyskoler, som blant annet slår fast at alle høyere utdanningsinstitusjoner skal drive forskning og utviklingsarbeid, og være underlagt den samme styrings- og ledelsesstruktur. Stillingsstrukturen ble også gjort lik ved institusjonene. Sykepleierutdanningens rolle som en generalistutdanning ble satt under press, hevdet enkelte, gjennom denne vektleggingen av akademiske tradisjoner. I en del arbeider som ble utført som en del av og i etterkant av reformen, blant annet Mekki-utvalgets innstilling til ny rammeplan i sykepleierutdanningen (KUF, 1999), ble dette sett på som en utfordring, og praksisstudiene ble løftet frem til å ha en tydeligere posisjon enn før. Mange var kritiske til dette igjen, og hevdet at forskning og teori var viktig for å utvikle selvstendige og omstillingsdyktige yrkesutøvere (Karseth, 2000: 109). Spenningen mellom det akademiske og yrkesorienteringen kom også til uttrykk i universitets- og høyskolelovens vektlegging av at sykepleien er en yrkesutdanning (som gir assosiasjoner til videregående nivået), og den samtidige vektleggingen av at utdanningen skal være forskningsbasert.

Hvilken rolle spilte så sykepleierforbundet i dette? Det er vanskelig å finne kilder som belyser sykepleierforbundet sin rolle i fagspørsmål inn mot grunnutdanningene etter år 2000. Et relevant bidrag er Karseth og Nerland (2007), som diskuterer ulike profesjonsorganisasjoners strategi for å fremme «professionalism», forstått som «placing greater emphasis on conditions for learning and knowledge» og «lifelong learning» (s. 336). Det er altså ikke «professionalism» forstått som lukning og kontroll de er ute etter å undersøke, men heller hva slags kunnskapsforståelse profesjonsorganisasjonene legger til grunn for sitt arbeide og hva de gjør for å fremme dette.

Karseth og Nerland fremholder at sykepleierforbundet har lagt en progressiv strategi, der de gjennom hele sin historie har fremmet kunnskap og ekspansjon av kunnskaps- og virkefeltet for sykepleie, og dette har de fortsatt med gjennom 2000-tallet. Eksemplene som trekkes frem er blant annet at sentrale politikkdokumenter fra sykepleierforbundet vektlegger den vitenskapelige og profesjonelle kunnskapen, og spesielt innenfor grunnutdanningen. Det blir også trukket frem at en fremtidig utfordring for grunnutdanningen i sykepleie er å synliggjøre sykepleiekunnskap i pensum, og dette må gjøres for å sikre en enhetlig sykepleieridentitet blant de uteksaminerte kandidatene. I sin argumentasjon vektlegger sykepleierforbundet at profesjonen har et samfunnsansvar i å sørge for at grunnutdanningen, og derigjennom kandidatene, har den relevante innretningen mot helsesektorens behov. De vektlegger det Karseth og Nerland kaller «employment-related transferable skills and the usefulness of knowledge» (Karseth & Nerland, 2007: 342). Dette var også argumenter sykepleierforbundet brukte inn mot revideringen av rammeplanen i 2000, i følge Karseth og Nerland. Sykepleierforbundet ønsket at man skulle vektlegge den kliniske delen av utdanningen, og fremme praksis som en del av utdanningen.

3.2 Medisin som mønsterprofesjonen

Myhre (2011: 243) viser hvordan profesjonaliseringsprosessen av «Modellprofesjonen legene» i Norge startet på et tidlig tidspunkt, fra midten av 1800-tallet, og at legene deretter fikk en sentral rolle i oppbyggingen av helse-Norge gjennom 1900-tallet. I fremstillingen i denne rapporten konsentrerer vi oss først og fremst om tiden fra andre verdenskrig og fremover og med oppmerksomheten rettet mot

grunnutdanningen i medisin. Før dette diskuteres nærmere presenteres et kort, historisk tilbakeblikk over medisinenes rolle som en idealtypisk profesjon, og hvordan dette har endret seg i profesjonssosiologien.

Medisin, og legeprofesjonen, er på mange måter det akademiske forbildet for studier av profesjoner. Den har lenge hatt en solid, etablert kunnskapsbase som har ligget til grunn for yrkesutøvelsen, og blitt brukt som en idealtipe i arbeid i studier av profesjoner. Myhre (2011: 239-240) viser at utviklingen i Norge ikke passer helt med bildet av medisin som høystatusprofesjon på tross av manglende behandlingsevne, slik det ble diskutert i kapittel 2. I Norge var leger i starten (fra første halvdel av 1800-tallet og videre opp mot 1900-tallet) en svak profesjon, spredd utover landet som distriktsleger med svak tilknytning til staten. Når et helsebyråkrati begynte å vokse frem ble legene underordnet jurister i embetsverket. Den svake posisjonen skyldtes også at mange leger hadde studert på medisinerlinje som ikke krevde latin som forkunnskap, og manglet da den vitenskaplige dannelsen som var påkrevet for å oppnå akademisk anerkjennelse. I tillegg til dette kom den manglende helbredelsesevne i medisinen. Den svake posisjonen gjorde at medisin hadde mye å tjene på å organisere seg og arbeide mot høyere status. Men det var først gjennom det vitenskaplige gjennombruddet til medisin, utdanningsreformer, utvikling av helsevesenet og en sosial rekruttering fra nye samfunnslag, at medisinenes status økte mot slutten av 1800-tallet, og da ble også Den Norske Legeforening (Legeforeningen) dannet (i 1886). I 1905 fikk legene monopol på yrkesutøvelsen, og ble et eksempel til etterfølgelse for andre aspirerende profesjoner.

I tidlige samfunnsstudier var man opptatt av hvordan samfunnet koordineres og reguleres, og profesjonene ble forstått som grunnleggende i samfunn preget av oppløsning av gamle sosiale strukturer, mindre forpliktende relasjoner mellom individene og større grad av individualisering (Fauske, 2008: 31). Profesjoner ble på denne tiden (slutten av 1700-tallet og fremover) fremholdt å være med på å opprettholde sosial orden, og dette var basert på tillit mellom profesjonsutøveren og klienten og mellom profesjonene og samfunnet. Helsen ble overgitt til legene, formulerte Smith det (Smith, 1977: 207, i Fauske, 2008: 31). De basale behovene for beskyttelse og regulering av livet ble ansett som tilfredsstillende, men profesjonene bidro med et tillegg som høynet kvaliteten på samfunnsmedlemmenes liv, for eksempel legen gjennom å fjerne smerte (Spencer 1898: 180, i Fauske, 2008: 32).

I tiden etter første verdenskrig ble oppmerksomheten rettet mot profesjonenes særegne samfunnsmessige posisjon. Profesjonene ble ansett å ha et særlig potensial, som et alternativ til å organisere samfunnet gjennom åpent marked og til stram byråkratisk styring, i det de var bundet av forpliktelsen overfor klienten og for det sosiale fellesskapet. Profesjonene ble antatt å ha en særlig innsikt i hva som var det beste for samfunnet og klienten, og når det ble konflikt omkring dette spørsmålet skyldtes det at klienten ikke visste sitt eget beste (Marshall 1939: 329-30, i Fauske, 2008: 33). Profesjonene ble altså ansett å ha en berettiget privilegert posisjon basert på sin kompetanse, og legene ble ofte brukt som et eksempel på hvorfor en slik forståelse var det rette.

Medisin ble også ansett som en mønsterprofesjon i en annen, og raskt fremvoksende, tilnærming til profesjoner, det som i dag kalles for den taksonomiske tradisjonen). I denne tradisjonen var man opptatt av hva som kjennetegnet en profesjon, og bakgrunnen for denne interessen kunne man finne i fremveksten av nye yrkesgrupper som utviklet likhetstrekk med de etablerte profesjonene som for eksempel medisin. Sosialarbeidere, sykepleiere, og andre grupper begynte for alvor å etablere formelle utdanningsprogram og fagmiljøer, og begynte å kreve status som profesjon. Starten på denne tradisjonen kan føres tilbake til pedagogen Abraham Flexner, som hadde foretatt en evaluering av 155 legeutdanninger i USA. Konklusjonen var at legenes profesjonsutdanning ikke holdt den standarden den burde, og det foreslåtte virkemiddelet var å redusere antall utdanninger kraftig og innføre strengere kvalitetskrav (Flexner 1915, i Fauske, 2008: 33). Dette var med på å utvikle en forskningsbasert profesjonsutdanning i medisin, der det ble fokusert på sammenhengen mellom klinikk og akademia. Det var denne profesjonsmodellen som andre profesjoner skulle følge i tiden som kom, og en lang forskningstradisjon ble innledet der man var opptatt av hvorvidt forskjellige grupper oppfylte

«kravene» til å være en profesjon eller ikke. Dette var også et utgangspunkt for ulike grupper til å jobbe for økt status og anseelse gjennom å forsøke å styrke sin posisjon gjennom det man kan kalle et profesjonaliseringsprosjekt, slik blant annet sykepleie gjorde.

Studier av profesjonaliseringsprosesser og hvilke grupper som kunne kalles profesjoner var en vanlig forskningstradisjon helt frem til sekstitallet. Men på femti- og sekstitallet vokste det frem en kritikk av tradisjonen, som blant annet påpekte at den i liten grad var fokusert på de historisk spesifikke kontekstene der profesjonaliseringsprosessene fant sted. Kriteriene for hva som utgjorde en profesjon virket også mer styrt av ideologiske oppfatninger enn av vitenskaplige analyser (Fauske, 2008: 40). Kritikken, og etter hvert den minkende betydningen av den taksonomiske tradisjonen, gjorde at andre, etter hvert svært innflytelsesrike, tilnærminger til profesjoner vokste fram. Toneangivende på denne tiden var Parsons (Parsons, 1939, 1968, 1978; Parsons & Platt, 1973), som bygde på forståelsen av profesjoner som ivaretagere av den sosiale orden. Hans profesjonsteori er en del av hans helhetlige samfunnsteori om at samfunnet utvikler seg til å bli stadig mer komplekst, preget av differensiering og arbeidsdeling. Differensieringen er en potensiell trussel mot samfunnsordenen, og systemintegrasjon og verdikonsensus er avgjørende i Parsons samfunnsteori. Han anså profesjonene som hovedbærere og formidlere av rasjonelle verdier i samfunnet. "It seems evident that many of the most important features of our society are to a considerable extent dependent on the smooth functioning of the professions (Parsons 1964: 34)". Parsons kom med sine teorier på en tid da utdanningssystemet ekspanderte kraftig, og han var opptatt av rollen profesjonene spilte i det moderne samfunn, altså et makroperspektiv på profesjonene. For Parsons spilte profesjonene, med sin særegne kobling mellom det vitenskaplige, akademiske universitetsmiljøet og det sosiale fellesskapet, en viktig rolle for å løse integrasjonsproblemer knyttet til fattigdom, diskriminering, kriminalitet og krig. Profesjonene ivaretok kollektive interesser både gjennom en altruistisk orientering, og gjennom institusjonaliseringen av rammene for profesjonell yrkesutøvelse. Det var «the institutional pattern of medical practice» som var utgangspunkt for hans analyser.

Parallelt med, og i stor grad i opposisjon til Parsons makroperspektiv, utviklet det seg også en tradisjon som analyserte profesjonene som aktører, og som satte fokus på hvordan ulike grupper sikret seg *lisens*, altså den legale rettighet til å utøve et yrke, og *mandat* til å definere hva som er akseptabel utøvelse av yrket (Fauske, 2008: 44). Everett Hughes var sentral i denne tilnærmingen til profesjoner, og formulerte forskningstemaet for studier av profesjoner slik:

The power of an occupation to protect its license and to maintain its mandate and the circumstances in which licenses and mandates are attacked, lost, or changed are matters for investigation (Hughes [1959] 1993: 288, i Fauske, 2008: 45).

Profesjonenes makt og mulighet til å kontrollere et arbeidsområde var dermed det sentrale forskningstema. Der man tidligere hadde vært opptatt av medisin som et ideal og en mønsterprofesjon, ble nå oppmerksomheten rettet mot monopolisering av oppgaver, makt og kontroll. Medisin ble ikke lenger idealet, men i stedet gjenstand for studier av monopolisering og gruppeinteresser. Særlig den amerikanske sosiologen Eliot Freidson med bøkene *Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge*, (E. Freidson, 1970a) og *Professional dominance: the social structure of medical care* (E. Freidson, 1970b), gikk langt i å rokke ved medisins posisjon. Freidson hevdet at kravet om monopol på yrkesutøvelse for legene først og fremst var ideologisk, og at autoriteten som legene har fått har gitt dem en autoritet som går ut over det deres profesjonelle autoritet skulle tilsi. De hadde selv arbeidet for å utvide sitt mandat utover det deres lisens opprinnelig skulle tilsi. Det var ikke slik at medisin som profesjon alltid fulgte samfunnets interesser. Freidsons kritiske bidrag til profesjonssosiologien ble etterfulgt av flere kritiske studier av profesjonaliseringsprosjekter, slik som f.eks. Larson (1977) og etter hvert Abbott (1988).

Den internasjonale forskningen på profesjoner, der legeprofesjonens rolle diskuteres først som et samfunnsbevarende og –opprettholdende prosjekt, senere som et uttrykk for monopoliseringsstrategier og gruppeinteresser, er et viktig bakteppe å ha med seg inn i diskusjonen omkring hvordan legeprofesjonen har vært med på å påvirke grunnutdanningen av leger i Norge.

Samtidig er det også viktig å trekke linjene tilbake til diskusjonen i avsnitt 2.1, der det ble argumentert for at forholdet mellom stat og profesjon, og dermed offentlig utdanning og profesjon, må forstås i lys av det korporative samfunn de er del av. Den særegne formen der statsapparatet har felles interesser med profesjonen, og dermed kan forstås å handle på vegne av profesjonen, kaller Nordby (1994) for indre korporatisme (Nordby, 1994). Dette kan på den ene siden sees som statens mulighet til å bruke fagfolks kompetanse som et verktøy i styringen av det offentlige (fagfolk som offentlige beslutningstakere), på den andre siden som et uttrykk for profesjonenes innflytelse og statens reduserte styring (Skaset, 2006: 30). Profesjonssosiologien har, som vist, anlagt perspektiver som veksler mellom disse to forståelsene av profesjoner. Uansett hvilken fortolkning man velger innebærer det at fremstillingen av profesjoners innflytelse må studeres som samhandling og deltagelse i de prosesser og grupper som er der avgjørelsene tas – hvilken rolle og innflytelse har profesjonene? Det innebærer også at fremstillingen av prosessene må knyttes ganske tett til den samfunnsmessige utviklingen i perioden.

I neste avsnitt diskuteres Legeforeningens innflytelse og rolle i den medisinske grunn- og spesialistutdanningen i Norge i perioden fra andre verdenskrig og fremover. Fremstillingen er i hovedsak basert på Skasets avhandling (Skaset, 2006)

3.2.1 Kvalifiseringen til ferdig lege

Skaset (2006) starter sin fremstilling av forholdet mellom legene og staten i 1945, og deler fremstillingen opp i fire epoker: 1945-1965, 1965-1978, 1978-1990 og 1990-2000. I den første perioden var diskusjonen omkring grunnutdanningen i medisin preget av legemangel etter krigen, en situasjon man ikke hadde hatt tidligere. I tiden før 1954 var det også departemental misnøye med det medisinske fakultet, som ble oppfattet å forfølge profesjonsinteresser i for sterk grad. Fakultetet ble oppfattet å forsøke å legge strenge adgangsbegrensninger på både legestudiet og å jobbe mot godkjenning av leger utdannet i utlandet, for å verne om en gunstig arbeidsmarkedsposisjon for leger utdannet fra fakultetet (Bertelsen, 1996: 381). Medisinstudiet hadde vært åpent frem til andre verdenskrig, men det hadde vært et ønske fra Det medisinske fakultet i lengre tid å begrense opptaket, da kapasiteten var tøyd. Studiet ble da lukket i 1940, men opptaket måtte økes etter andre verdenskrig. Dette ble blant annet gjort ved å etablere et nytt medisinsk fakultet i Bergen. Det ble også åpnet for at nordmenn, på grunn av kapasitetsmangel ved det norske legestudiet, måtte få ta utdanning i Norge og Sverige. Dette gjaldt ikke studenter som reiste ut på eget initiativ, kun de som ble valgt ut til å studere i utlandet. Spørsmålet om godkjenning av utenlandske leger var et stort stridstema på denne tiden, men Legeforeningen engasjerte seg ikke offisielt i spørsmålet før senere på femtitallet. Etter mange forslag og diskusjon frem og tilbake ble det i 1960 bestemt at leger med eksamen fra utlandet kunne få autorisasjon i Norge. Vedtaket ble gjort på tross av innvendinger fra Legeforeningen, som mente at kun nordmenn som tok eksamen i utlandet burde få lisens til å virke som leger i Norge. Diskusjoner om studiekapasitet i perioden dreide seg videre om hvor mange medisinske fakultet man skulle ha i Norge, og i særdeleshet om man skulle ha medisinsk utdanning i Tromsø. Dette inngikk også som en del av den generelle diskusjonen omkring struktur og organisering av høyere utdanning i Norge.

Det var ikke bare dimensjonering av utdanningen som var et viktig tema i denne perioden. Også medisinstudiets innhold, i form av studieplan, var modent for reform. Det medisinske fakultet i Oslo ønsket å revidere studieplanene og inviterte Legeforeningen til å delta i en komité med dette formålet. To forhold ble vektlagt i arbeidet: utvidelse av sosialmedisinens plass i legestudiet, og innføringen av turnustjeneste for å få autorisasjon som lege. Turnustjeneste ble vedtatt ved kongelig resolusjon i 1954 og innført det samme året, og studieplanen innebar også at sosialmedisin ble innført som eget undervisnings- og eksamensfag, og tidligere president i Legeforeningen (1948-1951), Axel Strøm, fikk det første professoratet i sosialmedisin (Skaset, 2006: 98-103). Dette aktualiserer igjen spørsmålet om hva en grunnutdanning skal kvalifisere til, slik det ble diskutert i avsnitt 2.4. For medisin førte innføringen av turnus i 1954 til en endring i målsetting for grunnutdanning i medisin. Fra å kvalifisere kandidaten til selvstendig yrkesutøvelse gikk man over til å utdanne «basic doctors» med grunnleggende innsikt i basalfag og kliniske fag, som et grunnlag for praktisk opplæring og øvelse

under tilsyn (Skaset, 2006: 104). Turnustjenesten gjør altså noe vesentlig med grunnutdanningen, i det at legeautorisasjon bare forstås som et ledd i en kvalifiseringsprosess, og videre utdanning var nødvendig for å kvalifisere for bestemte former for legevirkosomhet. Grunn-, etter og videreutdanning må sees i sammenheng (Skaset, 2006: 104).

Legeforeningen rettet etter denne omleggingen av medisinstudiet i stor grad oppmerksomheten mot spesialiseringen av leger, og jobbet for å ha styring over spesialistutdanningen fremfor å ha innflytelse på grunnutdanningen (Haave, 2011a). Diskusjonene og dragkampene omkring spesialiseringen av leger på femti- og sekstitallet dreide seg i stor grad om hvem som skulle ha mest innflytelse over spesialistutdanningen. Fakultetene og Helsedirektoratet ønsket å begrense Legeforeningens innflytelse, med argument om at Legeforeningen ikke hadde ressurser til å organisere spesialistutdanningen alene, og med ønske om å sikre den teoretiske orienteringen i spesialiseringen (Skaset, 2006: 106). Legeforeningen hadde hatt ansvaret for sertifisering av spesialister siden 1919, og skulle komme til å beholde det formelt frem til 1982, og med delegert myndighet frem til 2009 (Haave, 2011b). I 1960 ble det nedsatt et råd for etter- og videreutdanning, og det var Legeforeningen som fikk i oppgave å nedsette dette rådet. Rådet skulle ha størst mulig frihet og selv vedta sin instruks, og besto av 3 leger fra Legeforeningen, 4 fra fakultetene samt helsedirektøren (Skaset, 2006: 106). Mot slutten av rådets virkeperiode, i 1964, argumenterte rådets leder, som igjen var Axel Strøm, for at arbeidet burde videreføres, men med større representasjon fra fakultetene, og at arbeidet burde organiseres som et samarbeidsorgan som hadde tilstrekkelig status til å kunne ta avgjørelser angående spesialistutdanningene. Dette innebar at Legeforeningen måtte frasi seg noe av retten til å fastsette spesialistreglene alene, og at utdanningene tok et større ansvar for denne delen av legekvalifisering. Utvalg for legers videre- og etterutdanning ble opprettet ved fakultetet i Oslo i 1964.

I 1963 nedsatte Legeforeningen sin egen komite, ledet av Martin Seip (Seipkomiteen), som ledet fram til større endringer i spesialistreglene på landsstyret i 1965. Det gjensto likevel et stort arbeid med å definere de formelle ansvars- og styringsstrukturer, og sentralstyret nedsatte i etterkant av landsstyremøtet et utvalg (ledet av Axel Aubert). Utvalget besto også av representanter fra fakultetene, i tillegg til medisinalråd Jon Bjørnsson, som også skulle lede Bjørnsson-komiteen. Skaset beskriver at fakultetene i større grad ble involvert inn i samarbeid omkring spesialistutdanningen. Likevel var det tydelig at Legeforeningen var den ledende parten og bevarte styringen, til tross for at Utdanningsdepartementet tidligere hadde uttrykt at fakultetene var riktig instans for å utrede spesialistutdanningen (Skaset, 2006). Legeforeningen beholdt altså sin sterke posisjon i debatten omkring utdanning av leger, til tross for uttrykte ønsker fra andre aktører om endringer. Som Skaset skriver:

Legeforeningen bevarte styringen på tross av at Utdanningsdepartementet i 1952 mente fakultetene var riktig instans for å utrede spesialistutdanningen, på tross av at legeloven fra 1927 ga myndighetene adgang til å innføre offentlig godkjenning av spesialister, på tross av at rådet for legenes videre- og etterutdanning mente fakultetene prinsipielt var riktig instans til å ta det hele ansvaret, og på tross av at flere medlemmer i foreningen tydeligvis ikke hadde noe prinsipielt ønske om at Legeforeningen skulle bevare styringen. (Skaset, 2006: 108)

Den neste perioden, fra midten av sekstitallet, var preget av en sterk vekst i høyere utdanning. Dette førte til debatt om dimensjonering av medisinstudiet, særlig med tanke på hvor mange studiesteder som skulle finnes, fremfor diskusjon om innholdet i utdanningen av leger. Etableringen av et medisinsk fakultet i Tromsø ble vedtatt av Stortinget i 1968. Etableringen medførte en endring i den medisinske grunnutdanningen, da den nye utdanningen lente seg på progressive undervisningsformer fra utlandet. Den nye studieplanen fikk tilnavnet Den lille halvørde fra Tromsø (*Medisinsk studieplan, Universitetet i Tromsø, 1971*), og det var i følge Skaset (s. 194) Peter Hjorth (tidligere spesiallege og dosent ved Rikshospitalet) som sto bak innholdet i den, sammen med et knippe av sine egne venner. Integrasjon mellom teoretiske og kliniske fag, mellom sykehusmedisin og primærhelsetjenesten, og mellom medisin, sosialmedisin og allmennmedisin sto sentralt. I tillegg til et

annet innhold enn ved de andre utdanningene var det også en annen læringsform som ble vektlagt ved det nye fakultetet, med en økning i praksis, mye gruppeundervisning og mer ansvar for egen læring. Skaset understreker at det på ingen måte var et ønske fra legestanden om å reformere undervisningen som var den sentrale drivkraften i prosessen for å etablere det nye fakultetet. Snarere var det myndighetene som benyttet seg av Hjorts progressive sinnelag i spørsmål omkring medisinsk grunnutdanning, og besørget etableringen først og fremst av distriktpolitiske grunner.

Legeforeningen var altså ikke delaktig i etableringen av utdanningen i Tromsø, men kom på banen noen år senere. Da kom det endringer også i studieplanen i Oslo, blant annet på bakgrunn av en diskusjon om hvorvidt spesialisthelsetjenesten ble vektlagt i grunnutdanningen på bekostning av allmenntilleggsmedisinen, noe som igjen førte til legemangel i primærhelsetjenesten. Med støtte fra blant annet Legeforeningen (et femårig gaveprofessorat) ble det derfor, i 1968, åpnet et eget institutt for allmenntilleggsmedisin i Oslo. I følge Skaset var dette et uttrykk for at primærmedisinen fikk mer oppmerksomhet på bekostning av den spesialiserte medisinen, men den naturvitenskaplige, biologiske tilnærmingen til faget ble i liten grad rokket ved (Skaset, 2006: 210). I Trondheim ble et tilsvarende institutt opprettet i 1975.

Legeforeningens kontroll over spesialistutdanningen skulle bli enda tydeligere i perioden fra 1965 til 1978, selv om den langt fra var ubestridt (Skaset, 2006: 199). Sykehusloven trådte i kraft i 1970, og for fylkene innebar dette at de fikk ansvar for drift, planlegging og oppføring av helseinstitusjoner. Fylkene hadde ingen administrasjon på denne tiden, men var en sammenslutning av primærkommunene. Gjennom 70-tallet endret dette seg raskt, administrasjonen vokste, og det ble for eksempel tilsatt sykehussjefer i alle fylker (Skaset, 2006: 169). Sykehusloven åpnet også for at fylkene kunne pålegges ansvar for utdanning, i og med at sykehusene spilte en sentral rolle i denne, og dette gjorde også at fylkene ønsket mer innflytelse over utdanningen. Legeforeningens svar på dette var opprettelsen av Spesialistrådet i 1970, som var et partssammensatt organ, hvor Legeforeningen likevel hadde flertall og sto for oppnevning av medlemmer. Gjennom opprettelsen av slike partssammensatte organer sikret legeforeningen seg, i følge Skaset (2006: 211), tett på full kontroll over initiativ, utredning og vedtak i spørsmål omkring spesialistutdanningen. Dette gjorde at Legeforeningen fikk innflytelse over reguleringer som påvirket både sykehusene, legene og legefordelingen. Skaset betegner dette som invers korporatisme, altså at profesjonsforeningen satt med definisjonsmakten overfor staten, og ikke kunne sees på som statens verktøy slik man kan forstå begrepet om indre korporatisme. Fagstyre er i invers korporatisme at staten blir styrt i samarbeidet med fagorganisasjonen, mens i indre korporatisme er fagstyre at staten styrer gjennom fagkunnskapen til sine ansatte.

Perioden fra slutten av 1970-tallet og opp mot 1990 var preget av store endringer i helsepolitikken, omlegginger av gradsstruktur på universitetene i tillegg til en innlemming av universitetene i den offentlige sysselsettingspolitikken på 80-tallet. Helsedirektoratet var ikke lenger en del av Sosialdepartementet, den kommunale primærhelsetjenesten ble etablert, og nye finansieringsordninger (rammefinansiering). Frykten for legemangel ble snudd til en diskusjon om mulig legeoverskudd. Fra 70-tallet av hadde det foregått diskusjoner om hvorvidt den medisinske utdanningen var tilpasset helsetjenestenes behov, men likevel endret legenes grunnutdanning seg lite i praksis i årene frem mot 1990. En viktig, men likevel mindre, endring, var at Stortinget vedtok at det skulle opprettes et nytt fag i den medisinske grunnutdanningen, medisinsk adferdsdag. Det nye i dette faget, som snart ble omdøpt til forebyggende medisin, var at Stortinget vedtok faget og gikk dermed inn på medisinenes enemerker. I tillegg ble det i Nasjonal Helseplan i 1988 varslet at man så et behov for å bryte ned skillene mellom forskjellige helsefag, blant annet gjennom å etablere felles utdanningsenheter. Formålet var å tilpasse helsepersonellet bedre til helsevesenet. Ikke overraskende var Legeforeningen imot dette, og argumenterte for at det kunne svekke medisinstudiet (Skaset, 2006: 313)

Legeforeningens interesse for grunnutdanningen i medisin hadde så langt vært liten, oppmerksomheten hadde i stedet vært rettet mot spesialistutdanningen. Innlemming av studentene i

«moderorganisasjonene» ble på mange måter et vendepunkt for interessen for grunnutdanningen. Skaset (2006: 313) hevder at de medisinske fakultet og universitetenes kontroll over grunnutdanningen i medisin sto for fall når Legeforeningen i 1987 vedtok å gjøre Yngre legers forening til en egen avdeling i foreningen. Dermed måtte Legeforeningen engasjere seg mer i grunnutdanningen⁵. Det var for alvor i den siste perioden Skaset går igjennom, 1990-2000, at Legeforeningens interesse for grunnutdanningen ble tydelig.

Etableringen av ny studieplan i medisin i Oslo, den såkalte Oslo96-reformen, kan tjene som eksempel på Legeforeningens arbeid med grunnutdanningen i medisin. Den direkte foranledning til reformeringen av studiet skyldtes at utbyggingen av Rikshospitalet i Oslo krevde svar på hvor mye plass medisinstudiet trengte. I følge Handal (2002) dukket spørsmålet «For hvilken undervisning da?» opp, og det ble nedsatt et utvalg som skulle vurdere mulighetene for en bedre integrering av preklinisk og klinisk undervisning. I tillegg til dette legger Handal vekt på at man i opinionen hadde en kritisk oppfatning av helsevesenet, og at man var kritisk til legenes kompetanse i spørsmål som faller utenfor den tradisjonelle biovitenskapelige kunnskapen. Som en tredje årsak fremholder Handal at staben ved medisinsk fakultet over lengre tid hadde orientert seg mot nye tanker omkring undervisning i utlandet. Som pedagogisk prinsipp hadde studentaktive læringsformer (problembasert læring, læring gjennom arbeid med prosjekter og kontraktslæring) vært i vinden internasjonalt over en lengre periode. Ved fakultetet i Trondheim forsøkte man i 1993, med delvis det samme bakteppet som i Oslo, å tilføre medisinstudiet to nye dimensjoner i tillegg til den biologiske: adferdsmedisin og miljø (Skaset, 2006: 444). Problembasert læring (PBL) ble valgt som pedagogisk metode, men igangsettingen av studieopplegget ble ikke helt i tråd med planene. Adferds- og samfunnsmedisinske fag ble i løpet av noen år presset ut av forelesningsplanene for første semester, og undervisningsformen ble en hybrid mellom tradisjonell undervisning og nye former (Karlsen, Vik, & Westin, 2000; Westin, 2000).

Oslo96 ble etablert med enda større vyer, i følge Skaset (s. 445), og PBL ble også gjennomført som undervisningsmetode, ikke bare på papiret. I følge Handal (2002) hviler man i den nye undervisningsmodellen på en konstruktivistisk læringsforståelse, der man anser kunnskap som situert og delt, og der man tar utgangspunkt i realistiske problemer i undervisningen. Dette er prinsipper som også er sentrale i det som ble kalt et kvalifiseringsperspektiv i profesjonsstudier i avsnitt 2.4. Studiemodellen som ble innført i Oslo innebar at antall forelesninger ble redusert, og at det ble lagt mer vekt på studentaktiverende undervisning og smågrupper. De ulike fagfeltene skulle integreres fra første stund, og man skulle koble sammen teori og praksis på en tydeligere måte. Pasientkontakt skulle studentene få fra en tidlig fase i studiet, og mengden praksis ble økt. I stedet for karakterer innførte man bestått/ikke-bestått. Innholdet i studiet ble også endret. Holdninger, kommunikasjon, helhetstenkning og samarbeidsvilje skulle vektlegges i studiet. Videre skulle studentene arbeide med problemer knyttet til allmennt medisin, forebyggende medisin, legerollen, etikk, pasientgrupper med særlige behov, og også få undervisning i etikk, gruppedynamikk, møteledelse og tverrfaglighet. (Brodal, 2006; *Oslo-96 : ny studieplan for legestudiet*, 1996; Skaset, 2006: 445).

Også lærerrollen på medisinstudiet ble endret med omleggingen, men ikke helt uten motstand. Undervisningsformen var mer lærerintensiv, og det var en frykt for at det skulle dreie oppmerksomheten bort fra forskning i for stor grad, og frykt for svekkelse av basalfagene (Skaset, 2006).

Hvilken rolle spilte så Legeforeningen i omleggingen av studiet? Som tidligere nevnt var den utløsende årsaken et spørsmål om lokalisering av medisinstudiet og plassbehov, spørsmål som først dukket opp i 1989. Dette utløste igjen en gjennomgang av studiets innhold, og en reformering. Det ble nedsatt et utvalg til å gjennomgå dette, og etter en ressursanalyse som i 1991 konkluderte med at

⁵ For sykepleiernes del ble studentene formelt en del av Norsk Sykepleierforbund først elleve år senere, i 1998 (i følge nettsiden til NSF), men som vist i avsnitt 3.1. har NSF likevel rettet stor oppmerksomhet mot grunnutdanningen i sykepleie, om enn ikke først og fremst om innholdet.

rammebetingelsene for en omlegging var i orden, ble det i 1991 oppnevnt en studieplankomité (Brodal, 2006). Legeforeningen stilte med to pedagogstillinger inn i denne komitéen, og en av disse skulle også komme til å lede det påfølgende evalueringsutvalget, som hadde som mandat å utrede eksamensformer, og karaktersystem ("*Oslo 96*" : *ny grunnutdanning for leger*, 1993). Legeforeningen var altså godt representert. I følge Skaset vedtok Legeforeningen i 1991 å engasjere en pedagog i full stilling i tre år, og knytte denne til studieplankomiteen og bidra med pedagogisk kompetanse i arbeidet med omleggingen av studiet. Bakgrunnen for dette var Legeforeningens ønske om å etablere en bedre sammenheng mellom grunn-, videre og etterutdanningen. Videre skjedde også oppbyggingen av kompetanse i medisinsk etikk, som var et viktig tema i omleggingen, med støtte fra Legeforeningen. Foreningen engasjerte seg også i arbeidet med nye studieplaner i Bergen, Trondheim og Tromsø på 90-tallet (Skaset, 2006: 445-446).

Et annet viktig tema i medisinstudiet som Legeforeningen engasjerte seg i i denne perioden var antall studieplasser i medisin og bruk av studieplasser i utlandet. Antallet studieplasser i medisin ble redusert på begynnelsen av 80-tallet, mens det på starten av 90-tallet gradvis økte fra 310 studenter i Norge og 50 i utlandet til om lag 840 studenter. I 1997 ble det så innført en ordning med oppkjøp av studieplasser i utlandet, der studenter fikk tilbud om plass med samme krav som studier i Norge, og med en særlig gunstig studiefinansiering (Skaset, 2006: 446). Det foregikk også en økt import av leger til Norge. Legeforeningen så med noe bekymring på økningen i antall leger, men det ble likevel besluttet av Sentralstyret at Legeforeningen ikke skulle ha offisielle meninger om et eksakt antall studieplasser i medisin og antall leger. Men Legeforeningen var også bekymret for studiekvaliteten på medisin når antallet studenter økte, og la press på Kirke- undervisnings- og forskningsdepartementet for å opprette en arbeidsgruppe for å sikre kvaliteten på leger med utdannelse fra utlandet.

Spesialistutdanningen hadde vært Legeforeningens ansvarsområde fra tidlig på 1900-tallet, men mot slutten av århundret begynte kontrollen å glipe. Tilliten til systemet for legenes etter- og videreutdanning, som var Legeforeningens ansvarsområde, var svekket, og Skaset hevder at den skjeve fordelingen av legespesialister, og i noen tilfeller mangel på de riktige spesialistene, kun er en del av forklaringen (Skaset, 2006: 471). Kommunene og sykehuseiere krevde også større frihet og innflytelse i spørsmål omkring helsepolitikk, og det var en generell svekkelse i tilliten til legenes organisasjon. De medisinske fakultetene var også skeptisk til hvorvidt Legeforeningen kunne sikre det vitenskapelige nivået på spesialistutdanningen. Dekanene ved de medisinske fakultetene var i 1997 kritiske til et utdanningssystem basert på «laugsprinsippet», og fremholdt at båndet mellom spesialistutdanningen og «yrkesforeningen» måtte brytes, og at Universitetene måtte få ansvaret i stedet (Haave, 2011a: 412). Legeforeningen mistet også mye innflytelse over utformingen av spesialistreglene, men fikk beholde forvaltningsoppgaver knyttet til godkjenning av spesialister og av utdanningsinstitusjoner. Ansvaret ble lagt til Nasjonalt Råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling, et faglig råd der Legeforeningen syntes å ha sett for seg en stor innflytelse, men der de tvert i mot fikk liten støtte for foreningens synspunkter. Universitetene, derimot, fikk økt innflytelse og økt legitimitet (Skaset, 2006: 471-472). Legeforeningen fikk den delegerte myndigheten til å godkjenne spesialister, men mistet den formelle rådgivningsmyndigheten overfor Sosial og helsedepartementet. Foreningens innflytelse var gjennom Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling (Haave, 2011b: 257). Et arbeidsutvalg nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet og en prosjektgruppe i Konkurransetilsynet pekte begge i 2005 på at Legeforeningens godkjente delegeringsmyndighet av spesialistutdanning var en uheldig form for «egenregulering» (Haave, 2011b: 258). I Nasjonal Helseplan for 2007-2010 ble det varslet at man skulle revidere forskriften om spesialistgodkjenning, og i 2009 varslet helseminister Bjarne Håkon Hansen at «Den tid da fagforeninger godkjenner hver enkelt spesialist er forbi» (sitert i Haave, 2011b: 258). Fra og med 1. oktober 2011 tok staten over godkjenningsansvaret for spesialistutdanningen i medisin. Den Norske Legeforening hadde da holdt på dette lengre enn sine søsterorganisasjoner i andre land.

Oppmerksomheten i dette avsnittet har vært rettet mot hvem som har hatt innflytelse i de formelle avgjørelsene omkring grunnutdanning og spesialisering av leger. Spesialisering av leger har vært trukket inn for det første fordi innføringen av turnustjeneste i 1954 innebar at grunnutdanningen kun

ingikk som en del av den totale kvalifiseringsprosessen i medisin. For det andre er det et relativt veldokumentert felt der Legeforeningens innflytelse gjennom deltagelse i beslutningsorganer blir svært tydelig, der det også fremkommer hvordan de har fått redusert innflytelse og tillit. Fremstillingen har vært relativt detaljert, men dette er gjort for å få frem hvilken rolle Legeforeningen har spilt i de forskjellige fasene, og hvilke posisjoner de har inntatt. Spørsmålet om hvilken grad av kontroll profesjonen har hatt over grunnutdanningen i medisin er likevel ikke helt enkelt å besvare. Legeforeningen har spilt en viktig rolle i diskusjoner omkring dimensjonering og kontroll på inntak, noe man også kan se som en strategi for å sikre eksklusiviteten ved medisinutdanningen.

4 Til kamp mot Stortingsmelding 13!

Melding til Stortinget 13 (2011-2012), «Utdanning for velferd – samspill i praksis» (Samspillmeldingen) er omtalt som en retningsmelding for de helse- og sosialfaglige utdanningene. Med utgangspunkt i et stadig større omsorgs- og pleiebehov i befolkningen, stadig større pågang på helse- og velferdstjenestene og en sterk økning i behovet for at flere velger helse- og sosialfaglig utdanning, sies det at «for et fortsatt bærekraftig velferdssamfunn må vi fornye tjenestene og tilpasse utdanningene til nye behov slik at fremtidens generasjoner får tilgang til like gode tjenester som vi selv har nytt godt av. (...) Meldingen omhandler behov for endringer i de helse- og sosialfaglige utdanningene på alle nivåer i utdanningssystemet, samt helse- og sosialfaglig forskning og utviklingsarbeid» (Kunnskapsdepartementet, 2012: 7).

Med «retningsmelding» menes det at det skisseres opp langsiktige mål for utdanningspolitikken på helse- og velferdsområdet, men det finnes også konkrete forslag til hvordan utdanningene skal endres og tilrettelegges. Dette berører både videregående utdanning, fagskoler, høyere utdanning, og forskning, men i denne gjennomgangen rettes oppmerksomheten mot tiltak og beskrivelser som gjelder grunnutdanningene i helsefagene. På bakgrunn av målene som trekkes opp vil det i slutten av kapittelet reises en del spørsmål som er relevante for yrkeskvalifisering i profesjoner.

Innenfor høyere utdanning skisserer Regjeringen blant annet at den vil:

- Videreutvikle hovedmodellen for de helse- og sosialfaglige profesjonsutdanningene i høyere utdanning basert på brede grunnutdanninger og spesialisering på videreutdannings- og mastergradsnivå. På sikt bør alle kortere videreutdanninger kunne innpasses i en mastergrad forutsatt at de holder nødvendig faglig nivå.

- Sikre god balanse mellom en felles velferdsfaglig kompetanseplattform og den fag- og profesjonsspesifikke kompetansen i den enkelte utdanning, herunder:

- sette i gang et arbeid for å utvikle felles innhold i alle de helse- og sosialfaglige grunnutdanningene

- vurdere nærmere på hvilken måte kompetansekrav knyttet til den enkelte utdanning skal utformes, fastsettes og formidles

- Styrke den samlede sosialfaglige kompetansen gjennom videreutvikling av dagens tre hovedutdanninger, barnevernspedagog, sosionom og vernepleier, slik at både profesjonsspesifikk og felles sosialfaglig kompetanse videreutvikles i tråd med kompetansebehovene i helse- og velferdstjenestene.

- Sette i gang et arbeid med sikte på økt kvalitet og relevans i praksisstudiene i helse- og sosialfaglig høyere utdanning, herunder:

- vurdere omfang og type av praksis for hver utdanning

- utvikle indikatorer for hva som kjennetegner kvalitet og relevans i praksisstudiene

- innføre tverrprofesjonell samarbeidslæring (TPS) som del av praksisstudiene

- vurdere krav til veiledningskompetanse

- vurdere å lovfeste en plikt for alle helse- og velferdstjenestene til å stille til rådighet praksisplasser for elever og studenter og gi dem veiledning innenfor nærmere avtalte rammer

- Drøfte med Universitets- og høgskolerådet hvordan den faglige samordningen av utdanningene kan styrkes innenfor rammen av nasjonale krav.

- Gå i dialog med universitetene om endringer i grunnutdanningen i medisin i lys av endrede behov i yrkesfeltet.

- Åpne for at medisinstudiet kan organiseres i en treårig bachelorgrad fulgt av en treårig mastergrad, forutsatt at bachelorgraden fungerer som en selvstendig yrkeskvalifikasjon.

(Hentet fra Regjeringens fakta-ark om meld. St. 13, 2011-2012, <http://tinyurl.com/d2z9nm3>)

Noen implikasjoner av disse forslagene skal diskuteres nærmere i dette kapitlet, men først skal vi se nærmere på et forslag som gjør det mulig å trekke noen paralleller tilbake i tid. Det blir i meldinga også foreslått å gjennomføre forsøk med Y-vei tilbud der kandidater med yrkesutdanning i helse- og sosialfag kan tas opp til tilrettelagte studier i høyere utdanning. Dette forslaget er interessant, da det til en viss grad kan sies å være parallelt til forslaget Bjørnsson-komiteen i sin tid stilte. Bjørnsson-komiteens forslag utløste store protester særlig fra Norsk Sykepleierforbund, slik det ble beskrevet i avsnitt 3.2.

Y-veien innebærer at man har en spesielt tilrettelagt ordning for studenter med fagutdanning som er relevant for det aktuelle studiet. Det skal ikke være forskjell på kompetansen ved avslutning av studiet mellom studenter som er tatt opp gjennom Y-veien og studenter med ordinært opptak. For ingeniører har Y-vei tilbudet eksistert i omtrent 10 år, og er nå en generell ordning for ingeniøruddanningene. I Stortingsmelding 44 *Utdanningslinja*, ble universiteter og høyskoler oppfordret til å gjøre forsøk med Y-vei tilbud for søkere med fagbrev i helse- og sosialfag. Ingen fulgte oppfordringen (Kunnskapsdepartementet, 2012; 44, 2008-2009: 60). Det står derfor i Samspillsmeldinga at regjeringen ønsker å stimulere til at det gjennomføres forsøk med Y-vei tilbud for helsefagarbeidere fra videregående opplæring, og at de dermed får mulighet for opptak på sykepleier- og vernepleierutdanning.

Bjørnsson-komiteens forslag innebar, sett med dagens øyne, en mye mer drastisk modell. Komiteen foreslo at fullført hjelpepleierutdanning skulle gi grunnlag for avkortet sykepleierutdanning, og foreslo et felles grunntrinn for yrkesutdanningene i helse- og sosialsektoren (Bjørnsson-komiteen, 1972; Melby, 1990: 285). Dette utløste «Slaget om Stortingsmelding 13» (Melby, 1990: 286). Det innebar også et forslag om trinnvis utdanning, altså at den videregående skolen skulle tilby assistentutdanning (bl.a. hjelpepleierutdanning), og skulle gi studiekompetanse til høyere utdanning. Sykepleierutdanning skulle være toårig, på høyskolenivå, og bygge på minst ett års videregående yrkesutdanning. Dermed ville dette samlet sett gi tre års fagutdanning for å bli sykepleier. Som diskutert i avsnitt 3.1. ble dette av Norsk Sykepleierforbund forstått som en avkorting av utdanningen, og forbundet skrev i en kommentar til meldingen at:

«Pedagogisk og faglig kan man ikke se at det er tungtveiende argumenter som teller for å splitte sykepleierutdanningen, eventuelt forkorte den. I en tid der utfordringer til det personell som skal yte direkte pasient/klient-service stadig øker, synes Stortingsmelding nr. 13's intensjoner hva angår plassering og nivå på sykepleierutdanningen å være fullstendig i utakt med den faglige og pedagogiske tendens i samfunnet for øvrig» (Norsk Sykepleierforbund, 1977: 198-199).

Sykepleierforbundet er ikke like bastante i sin omtale av Samspillsmeldinga, men gir heller ikke her særlig rom for tvil om hva de mener om å innføre Y-vei tilbud for kandidater med yrkesutdanning i helse- og sosialfag.

NSF mener prinsipielt at krav til studiekompetanse skal gjelde for opptak til høyere utdanning, også til bachelorutdanninger innen helse- og sosialfag. NSF's landsmøte vedtok også at det skulle arbeides for karakterkrav knyttet til opptak (Notat fra Norsk Sykepleierforbund til Kirke-, utdannings og forskningskomiteen angående meld. St. 13 (2011-2012) «Utdanning for velferd», 2012).

I stedet for å åpne opp for nye grupper inn i sykepleieutdanningen, ønsker man heller å stramme inn. Dette begrunnes med kvaliteten i tjenestene:

NSFs ståsted er begrunnet med at inntakskvaliteten er viktig for sluttkompetansen. Teoretiske/analytiske evner og kunnskaper i matematikk, norsk og engelsk er viktig for å lykkes i sykepleierutdanningen som en forskningsbasert utdanning. Det dreier seg om å utvikle kompetanse i møte med komplekse oppgaver og et stort ansvar. Det er også viktig hvilke krav som stilles for at utdanningen skal kunne opprettholde status og sikre tilfredsstillende rekruttering (ibid.)

Konklusjonen er klar:

NSF mener en videre utvikling og kvalitetssikring av de etablerte overgangsordningene vil imøtekomme ønsket om fleksible overganger (ibid.)

NSF ønsker altså ikke forsøksordning med Y-veier velkommen. Man skal være forsiktig med å tolke bakenforliggende motiver, men NSF's argumentasjon er her i alle fall mulig å belyse i et profesjonskritisk perspektiv, der forsøk på å lukke tilgangen til profesjonen understøttes av argumentasjon om kvaliteten på tjenesten og eksklusiv kompetanse.

Poenget med trinnvis utdanning kan også gjenfinnes i et annet forslag i Samspillsmeldinga. Med bakgrunn i Samhandlingsreformen og et økende behov for en dreining av det faglige innholdet i grunnutdanningen i medisin i retning av mer allmenntilleggs teori og mer praksis i kommunal helse- og omsorgstjeneste, i tillegg til en harmonisering med Bologna-modellen for utdanning, foreslår regjeringen å «gå i dialog med universitetene om endringer av grunnutdanningen i medisin i lys av endrede behov i yrkesfeltet». Videre foreslår de at man kan «åpne for at medisinstudiet kan organiseres i en treårig bachelorgrad fulgt av en treårig mastergrad, forutsatt at bachelorgraden fungerer som en selvstendig yrkeskvalifikasjon» (Kunnskapsdepartementet, 2012: 84). Dette innebærer en tottrinnsmodell for medisinstudiet, der man først har tre års studier på lavere grad, men som likevel er yrkeskvalifiserende til arbeid med for eksempel helseadministrasjon. For å kunne arbeide som lege må man fullføre alle seks årene. Det er altså ikke en direkte avkortning av medisinstudiet det er snakk om, snarere en mulighet til å kombinere deler av studiet med andre utdanninger, slik man jo har tradisjon for i Norge, bortsett fra i de lange profesjonsutdanningene.

Den Norske Legeforening uttalte seg om dette forslaget i en åpen høring i Stortingets Kirke- utdannings- og forskningskomité (Notat fra Den Norske Legeforening og Akademikerne til Kirke-, utdannings og forskningskomiteen angående meld. St. 13 (2011-2012) «Utdanning for velferd», 2012), og uttrykker stor skepsis. De omtaler forslaget som radikalt, som ødeleggende for den integrerte studiemodellen i medisin (slik det blant annet ble innført i Oslo96-modellen) og at de første tre år av studiet i liten grad vil gi en selvstendig yrkeskvalifisering og ikke vil være med på å løse de utfordringer man står overfor i fremtidens helse- og velferdstjenester. Det argumenteres også for at dette bryter med løfter som ble gitt under innføringen av Kvalitetsreformen om at profesjonsutdanningene ikke skulle inn i mønsteret med bachelor + master. Å tilpasse medisinstudiet til en slik todeling ville innebære en omlegging av hele medisinstudiet, og dette vil kreve en omfattende konsekvensutredning, argumenteres det.

Alle disse endringene vil gå på bekostning av kvaliteten på studiet, er argumentet fra Legeforeningen. Å gjøre de første tre årene direkte yrkeskvalifiserende vil gjøre det enda viktigere, og vanskeligere, å

harmonisere utdanningsmodellene på tvers av utdanningssteder, for å sikre nødvendig og lik kompetanse uavhengig av utdanningssted. Erfaringer med en todelt modell i Danmark tilsier at dette har vært et problem. «En inndeling av studiet til bachelor og master krever altså et oversiktlig undervisningsbilde, slik at man har mest mulig kontroll av hva leger kan og har lært uavhengig av undervisningssted» (s. 2). Hovedargumentet for ikke å legge om utdanningsmodellen er kort og greit at man er «av den oppfatning at den foreslåtte omleggingen av medisinstudiet kan redusere kvaliteten på utdanningen av leger» (s. 2).

I og med at Bjørnsson-komiteens mandat ikke inkluderte lege- og tannlegeutdanningene,⁶ kan ikke parallellene trekkes mellom de to meldingene. Legeforeningens reaksjon må likevel kunne beskrives som forventet ut fra perspektivene som har vært diskutert innledningsvis. Å dele opp utdanningen i to deler innebærer også å gjøre den mer tilgjengelig, i det at utdanningen kan inngå i andre kombinasjoner enn kun medisinstudiet, og at kostnadene ved å avbryte studiet dermed blir mindre. Dette innebærer å senke eksklusiviteten til studiet, og vil dermed ikke være en endring som er lett forenlig med opprettholdelse av status for profesjonen.

Et annet element som er felles for de to meldingene er et forslag om å lage felleselementer i grunnutdanningene. Bjørnsson-komiteen foreslo at utdanningene innen helse- og sosialfag skulle organiseres på etter tre hovedelementer:

- 1) Felles teoretiske basisfag
- 2) Teoretiske fag innen de forskjellige linjer (studieretninger) med sikte på kompetanse på et bestemt område og
- 3) Praksisutdanning innenfor det område som studenten ønsker å skaffe seg kompetanse på (Bjørnssonkomiteen, 1972: 69).

Med *linjer* siktes det til et forslag om å dele utdanningene innen helse- og sosialfeltet inn i fire utdanningslinjer: sykepleielinje, fysio- og arbeidsterapeutlinje, sosionomlinje (linje for sosialarbeid) og sosial-pedagogisk linje (miljøterapi-linje)⁷, som komiteen baserte på et forsøk på analyse av arbeidsfunksjoner. Disse emnene skulle da ha en felles teoretisk basiskompetanse i bunn, i form av felles teoretiske basisfag av et halvt til ett års omfang. Adferdsfag og samfunnsorienterende fag skulle ha en dominerende plass i fellesemnene, sammen med fag som elementær anatomi, fysiologi og hygiene. En felles basisdel i utdanningene skulle gjøre at studenter kunne utsette det endelige valget om hvilken utdanning de faktisk skulle velge, og også gjøre det enklere å ha studiene spredt ut over et større geografisk område.

I Samspillsmeldinga diskuteres også spørsmål om felles grunnutdanninger, men har her funnet sin konkrete form i et ønske om å sette i gang et arbeid for å utvikle felles innhold i alle de helse- og sosialfaglige grunnutdanningene. Altså er det ikke en felles utdanning, men felles innholdselementer som trekkes frem. Det ble i forkant av Samspillsmeldinga diskutert forskjellige modeller for å slå sammen grunnutdanninger på sosialfeltet, altså ikke helseutdanningene, men modellene overlevde ikke helt frem til den endelige stortingsmeldinga. Dette skyldtes nok i stor grad en iherdig innsats fra Fellesorganisasjonen (som organiserer barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere)⁸. Blant annet ble det organisert opprop rettet mot Kunnskapsdepartementet⁹, og det ble

⁶ Disse utdanningene hadde fått sin behandling av Helsepersonellkomiteen (Kringlebottenkomiteen), som i 1967 hadde avlagt sin innstilling om legetjenesten og tannlegetjenesten (*Helsepersonellkomiteen, 1967. Innstilling om Legetjenesten og tannlegetjenesten, Innstilling I: Sosialdepartementet*).

⁷ Dette var flertallets forslag, mindretallet foreslo en femdeling: sykepleielinje, mensendieck- og fysioterapi-linje, arbeidsterapi-linje, sosionomlinje og vernepleie- og barnevernspedagoglinje.

⁸ I Fontene, Fellesorganisasjonens medlemsblad, har det stått flere artikler om denne prosessen. Se for eksempel <http://www.fontene.no/nyheter/article5564610.ece> (lest 18/4-2012), <http://www.fontene.no/nyheter/article5755715.ece>, (lest 18/4-2012),

⁹ <http://oppnop.no/oppnop.php?id=sosped> (lest 18/4-2012)

samlet inn mer enn 1000 underskrifter, noe som til slutt førte til at Kunnskapsminister Tora Aasland skrinla planene om sammenslåing¹⁰.

4.1 Lignende forslag, men forskjellig utgangspunkt

Begge stortingsmeldingene har altså egget profesjonsorganisasjonene til kamp. Det finnes også andre likhetstrekk mellom meldingene, men disse er også med på å belyse forskjellene mellom argumentasjonen innen helse- og sosialfeltet over et tidsrom på førti år. Til grunn for ethvert utredningsarbeid ligger en situasjonsbeskrivelse, som gjerne peker på problemene med dagens tilstand. I Samspillsmeldinga heter det at:

«en rekke fellestrekk går igjen i helse- og velferdstjenestenes egne beskrivelser av behov for ny eller styrket kompetanse. De trenger medarbeidere med bedre evne til å kommunisere og samarbeide på tvers av nivåer og sektorer. Videre er det behov for en sterkere felles kunnskapsbasis blant medarbeiderne (...) De enkelte profesjonsutdanningene foregår separat, og studentene lærer ikke i tilstrekkelig grad å samhandle med andre» (Kunnskapsdepartementet, 2012: 9).

I Bjørnsson-komiteens innstilling, førti år tidligere, heter det at

«For samtlige grupper av helsepersonell (...) har utdanningen vært lagt opp med egne og selvstendige undervisningsprogrammer uten tanke på noen koordinering av undervisningen. De forskjellige grupper har derfor bare i liten utstrekning lært hverandres utdanning og arbeidsområde å kjenne. Innen helse- og sosialsektoren, hvor en vesentlig del av den service som ytes må baseres på team-arbeid, er et slikt utdanningssystem lite hensiktsmessig. De forskjellige grupper har derfor hatt vansker med å finne sin plass i systemet, og dette kan føre til gnisninger og mindre godt samarbeid» (Bjørnssonkomiteen, 1972: 7)

I begge tekstene påpekes det altså at utdanningene i for stor grad er lukket omkring den enkelte profesjon, og at utdanningene dermed ikke gjenspeiler den virkeligheten de nyutdannede møter i arbeidslivet.

Et annet tema som trekkes fram er spørsmålet om spesialist versus generalistkompetanse, og hvorvidt grunnutdanningene har den rette balansen mellom profesjonsspesifikk kunnskap og generalistkompetanse. I Samspillsmeldinga vektlegges det at grunnutdanningene må sikre at yrkesutøverne har en solid profesjonsfaglig basis, men at dette skal inkludere evne til tverrprofesjonelt samarbeid gjennom kunnskap og respekt for andre gruppers kompetanse, kunnskap om velferdssystemet og helhetlig forståelse av rammene for tjenesteutøvelsen, og kompetanse i å arbeide med personer med sammensatte behov. For å oppnå dette må man ha brede grunnutdanninger og sørge for den nødvendige spesialiseringen på videreutdannings- og mastergradsnivå. Det understrekes at på sikt bør alle kortere videreutdanninger kunne innpasses i en mastergrad forutsatt at de holder nødvendig faglig nivå.

Bjørnsson-komiteen var også opptatt av bredde i grunnutdanningene, Men der Samspillsmeldinga knytter spesialisering til økt kompleksitet i arbeidet, har Bjørnsson-komiteen en annen begrunnelse: «En altfor snever «spesialisering» vil i mange tilfeller medføre at de [unge kvinner] går ut av arbeidslivet fordi deres spesielle kompetanse ikke kan nyttiggjøres på bostedet» (s. 8). Det ble argumentert med at i et land som Norge med store avstander og spredt befolkning er det upraktisk med en stor grad av spesialisering i utdanningen, da dette gjør at arbeidskraften ikke kan benyttes hvor som helst. Og dette ble i særlig stor grad vurdert å være et problem for unge kvinner.

Eksempelet med generalist- versus spesialistutdanning viser hvor en sammenligning på tvers av tid halter. Det som tilsynelatende er likt, bygger på svært forskjellige premisser, i det ene tilfellet geografisk bosettingsmønster, i det andre kompetanse til å løse arbeidsoppgavene. Sammenligningen mellom de to meldingene er likevel informativ, og gir en mulighet til å påpeke to viktige ting: utfordringene i forholdet mellom utdanningssystemet og helse- og velferdssektoren blir i ganske stor grad beskrevet på de samme måter i dag som for om lag førti år siden, og fagforeningenes reaksjoner

¹⁰ <http://www.fontene.no/nyheter/article5761137.ece> (lest 18/4-2012).

kan i stor grad sies å være rettet mot å sikre eksklusivitet i utdanningen og ikke gjøre den mer tilgjengelig for nye grupper. I og med at Samspillsmeldinga er ny, og skjebnen dens ikke enda er avgjort, skal man være forsiktig med å spå det endelige utfallet av forslagene. Det blir spennende å følge behandlingen av meldingen og debatten omkring den videre sett opp mot profesjonenes interesser.

I det neste avsnittet skal vi se nærmere på forslagene i Samspillsmeldinga og hvilke utfordringer de kan sies å reise, med bakgrunn i diskusjonen i kapittel 2.

4.2 Nærmere om Samspillsmeldinga

Som tidligere nevnt er melding til Stortinget 13 (2011-2012) en «retningsmelding» uten veldig mange konkrete forslag. Av de forslagene som er skrevet tydelig ut er det også flere som ikke angår høyere utdanning direkte. Likevel er det flere generelle argumenter i meldingen som nettopp peker ut veien videre for helse- og sosialfagutdanningene. De peker alle på forskjellig måte mot samme problemstilling: Hvilken kompetanse skal brede grunnutdanninger gi, og hvilken kompetanse og uttelling skal spesialiserte videreutdanninger med akademisk orientering gi? Dette dreier seg om den klassiske spenningen mellom profesjonsrettet og akademisk kunnskap i profesjonene.

Formålet med å lage brede grunnutdanninger er at de gir fleksibel arbeidskraft, men ulempen og usikkerheten er at det blir uklart i hvilken grad de utdannede kandidatene har den nødvendige kompetanse for å løse oppgavene som arbeidslivet byr på. Et annet forhold er om forslaget om felleselementer i grunnutdanningen, eller å lage enda bredere utdanninger, kan antas å sikre den nødvendige faglige fordypning for oppgavene? Løsningen som foreslås i stortingsmeldingen er at spesialisering i hovedsak skal foregå gjennom etter- og videreutdanning.

4.3 Yrkeskvalifisering

På et overflatisk nivå ser forslagene i melding til Stortinget 13 ut til å harmonere ganske godt med det som ble kalt et kvalifiseringsperspektiv i avsnitt 2.4. Men dersom man trenger litt dypere inn i forslagene er det flere spørsmål som reises.

Spørsmålet om hva som læres best hvor, slik Eraut (1994) ofte siteres, besvares ofte med at man bør benytte studietiden til å sikre de akademiske kunnskapene, så kan arbeidsgiver ta ansvar for den praktiske kunnskapen som læres best i møte med reelle oppgaver. I Stortingsmeldinga skiller man tilsvarende mellom den profesjonelle og den kontekstuelle yrkeskvalifisering. Den profesjonelle yrkeskvalifiseringen viser til studentenes kobling til kunnskapsbasen som ligger til grunn for profesjonen, mens den kontekstuelle viser til den steds- og oppgavespesifikke opplæringen enhver nyansatt må gjennom for å mestre oppgavene og arbeidsmåtene på den arbeidsplassen de måtte befinne seg. Et vedvarende spørsmål, som også tas opp i meldinga, er hvilket ansvar arbeidsplassene skal ha for den profesjonelle yrkeskvalifiseringa, og hvilket ansvar utdanningen skal ha for den kontekstuelle. Etablerte veilednings- og introduksjonssystemer for nyutdannede er eksempler på at arbeidslivet tar ansvar for den kontekstuelle kvalifiseringen, og til dels også den profesjonelle kvalifiseringen gjennom å sikre en integrering og praktisering av fagstoffet og ferdighetene de nyutdannede har med seg. Spesialisering inn mot konkrete arbeidsoppgaver kan skje på et senere tidspunkt.

Stortingsmeldingen understreker også at alle videreutdanninger på sikt bør kunne passes inn i mastergrader. Dette er selvsagt viktig for den enkelte profesjonsutøver. Innpassing i det akademiske gradssystemet innebærer at man kan få uttelling i form av lønn og endrede oppgaver for den utdanningen man tar. For profesjonen er dette også en viktig strategi fordi den samlede kompetansen blir høyere, noe som kan gi uttelling i form av høyere status. Utdanningsinstitusjonene har også klar interesse av økning i antallet med mastergrader, da dette sørger for økte inntekter gjennom finansieringssystemet (selv om etableringen av mastergrader også innebærer en kostnad for institusjonene). De har av samme grunn også en interesse i brede grunnutdanninger, da dette gir

mulighet til å sørge for at mange studenter kan gå gjennom samme utdanning uten å belaste staben ekstra. Det er mer uklart hvilken direkte gevinst arbeidsgiver har i dette. Det vesentlige for arbeidsgiver er at videreutdanning og spesialisering er tilstrekkelig funksjonsrettet, det er ikke så viktig hva slags uttelling i form av grad utdanningen gir. Innpassing i mastergrader vil også kunne innebære at spesialisering innebærer en akademisering, og ikke spissing inn mot arbeidsoppgaver. Dette peker mot et mulig dilemma i stortingsmeldingens valg av retning for kvalifisering til profesjonene: brede grunnutdanninger innebærer en vektlegging av generalistpreget i profesjonsutdanningene. Spesialisering gjennom innpassing i mastergrad innebærer at man kanskje orienterer seg bort fra de konkrete oppgavene som skal utføres. I hvilken grad sikres da den yrkesmessige relevansen av utdanningene? Dette kan også være en utfordring for profesjonene, i det de havner i en dobbel skvis: På den ene siden mister grunnutdanningen det akademisk spesifikke i tillegg til det spesifikke yrkesrettede. Samtidig blir etter- og videreutdanning som innpasses i akademiske strukturer lett preget av en viss «akademisk drift» og manglende relevans for arbeidslivet.

Et slikt forhold mellom grunnutdanning og spesialisering innebærer at arbeidsplassen som kvalifiseringsarena kan beskrives på to måter: Man kan anse den kontekstuelle kunnskapen som er nødvendig i profesjonsutøvelsen for å være av såpass stort omfang at arbeidsplassen er den viktigste kvalifikasjonsarenaen for de oppgavene som skal utføres der. Eventuelt kan det tolkes som at arbeidsgivernes ansvar for den profesjonelle yrkeskvalifiseringen er større enn man har gjort tidligere. Begge vinklingene innebærer at arbeidsplassens rolle som kvalifiseringsarena blir kraftig utvidet.

Stortingsmeldingen er tydelig på at «arbeidsgiver har et selvfølgelig ansvar for å legge til rette for en god overgang til yrket for de nyutdannede». Det sies også at «både velferdstjenestene og partene i arbeidslivet synes noen ganger å sette likhetstegn mellom innhold i utdanningene og tilgang på riktig kompetanse i tjenestene» (begge på side 39). I Stortingsmeldinga sammenlignes yrkeskvalifisering med en stafett, der målet er fullt funksjonsdyktige profesjonsutøvere gjennom hele yrkeskarrieren. Men spørsmålet som reises da er hvor langt utdanningen skal ta yrkesutøverne, og hvor arbeidslivet skal ta over? Og hvordan skal vekslingene fortsette?

I Stortingsmeldinga trekkes det også frem at mange innspill i arbeidet med skrivingen av meldinga har lagt vekt på at den generelle styrkingen av kunnskap om velferdssystemet er viktig, og at man i tillegg til å kvalifisere profesjonsutøvere med kompetanse til å løse spesifikke oppgaver også skal kvalifisere velferdsarbeidere «med forståelse for helheten i velferdssystemet og evne til å bruke sin kompetanse i samspill med andre yrkesgrupper for å møte brukernes behov» (s. 45). Grunnutdanningene på det helse- og sosialfaglige området skal stimulere til å utvikle begge disse rollene.

Det kan diskuteres i hvilken grad vektlegginga av kontekstuell versus profesjonell yrkeskvalifisering og samtidig ønsket om å kvalifisere «velferdsarbeidere» henger helt i hop. En del av kunnskapen om helsesystemet og hvordan det fungerer på et praktisk plan, i det daglige arbeidet, vil jo nettopp være eksempelet på kontekstuell yrkeskunnskap som læres best etter at utdanningen er avsluttet. Selv om denne spenningen på ingen måte er selvmotsigende, illustrerer den likevel behovet for å være konkret når man håndterer spørsmålet om hva som læres best i hvilken kontekst innenfor profesjonskvalifisering (Eraut, 1994).

Forslaget om forsøk med Y-vei inn i sykepleierutdanninga for kandidater med yrkesutdanning i helse- og sosialfag berører også spørsmålet om hva slags kompetanse som skal ligge til grunn for utøving av profesjonsyrkene. Sykepleierforbundets argumentasjon om at man heller skal heve inntakskravene fremfor å åpne opp for større grupper uten generell studiekompetanse kan på den ene siden sees som en lukningsmekanisme for profesjonen, på den andre siden som en påpekning av at den spesialiseringa som ligger i profesjonsutdanningen faktisk krever kompetanse av en viss type. Spørsmålet blir da om sykepleie krever den type yrkesrelevant kompetanse som ligger i utdanningen til de med helse- og sosialfagutdanning fra videregående, eller den som ligger i det å ha fått generell studiekompetanse fra videregående?

Hvordan man skal styre innholdet i grunnutdanningene er også et tema som diskuteres i stortingsmeldinga. Slik som det ble gjort i kapittel 2 i denne rapporten pekes det på at rammeplanene er et viktig verktøy for dette, men at påvirkninger gjennom blant annet kvalifikasjonsrammeverket endrer noe i måten å tenke kompetansekrav i utdanningen på. Man vektlegger da faktisk kompetanse fremfor det man kan kalle deskriptive forhold ved utdanningen. Hva skal man kunne når man har gått gjennom en medisin- eller sykepleierutdanning?

I dag er det 29 utdanninger i helse- og velferdstjenestene som har krav om autorisasjon. For de fleste av disse (utdanningene uten turnus) gis det automatisk autorisasjon ved fullført utdanning. Dette innebærer at innholdet i utdanningen styres gjennom rammeplanene, og altså av utdanningsmyndighetene, ikke sektormyndighetene. Det løftes frem som en mulighet i stortingsmeldingen at sektormyndighetene i fremtiden skal ha større innflytelse på fastsettingen av kompetansekravene. En slik utvikling vil kunne bringe utdanningene nærmere arbeidslivet, og øke relevansen av utdanningen. Det sies også at det skal vurderes om rammeplanen i de utdanningene som har dette, kan erstattes med en felles forskrift for alle de helse- og sosialfaglige utdanningene på universitets- og høyskolenivå. Det understrekes tydelige kompetansekrav til utdanningene må være klare før dette kan gjøres. Dette kan selvsagt også være med på å gjøre institusjonenes frihet større, og kan også medvirke til å yrkesrette utdanningene i større grad. På den annen side innebærer også denne tenkningen ikke bare en vektlegging av arbeidslivets behov, det kan også innebære en økt usikkerhet omkring hva innholdet i en utdanning faktisk er. Standardiseringselementet i rammeplanene, som jo er med på å sikre relevans og fleksibilitet, kan forsvinne, og det er en fare for at variasjonen i utdanningene blir stor dersom man kun legger vekt på resultatet av utdanningen, og ikke innholdet.

5 Oppsummering og diskusjon

Gjennomgangen i denne rapporten har vært rettet inn mot å gi et bilde av hvilke drivkrefter som har innflytelse på grunnutdanningene i medisin og sykepleie, i et utdanningssystem der mange aktører spiller inn sine interesser. Særlig vekt har blitt lagt på spenningen mellom yrkesorientering og akademisk orientering. Denne spenningen er på mange måter et kjennetegn ved profesjonene, i og med at de skal være yrkesrettede og dermed ganske generelle, men samtidig bygge på en viss grad av spesialisert kunnskap. Å balansere denne spenningen handler på mange måter for profesjonene om å legitimere sin posisjon og status. I kapittel 2 ble noen teoretiske perspektiver på profesjonenes strategier i dette arbeidet presentert. Hovedskillet går mellom perspektiver som ser profesjoner som samfunnsnyttige og en måte å organisere kunnskap på som gjør den anvendbar i praksis, og perspektiver som ser profesjoner som sterke interessegrupper som bruker kunnskapen for å sikre seg privilegier, for eksempel rett til å utføre visse arbeidsoppgaver. Dette er selvfølgelig ytterpunkter, og mange har argumentert for at det er viktig å forstå profesjoners rolle som resultat av historiske prosesser, der profesjonenes rolle og innflytelse stadig endres og spilles ut på nye arenaer. I nyere tid er det mange prosesser som har endret profesjonenes rolle og innflytelse. Noen av disse, Høgskolereformen i 1994, Bolognaprosessen og innføring av kvalifikasjonsrammeverket, ble presentert i kapittel 2, som ytre påvirkninger som har betydning for profesjonsutdanningenes kontroll og autonomi.

Kapittel 3 gikk nærmere inn på sykepleie og medisin som profesjonsprosjekt, under overskriften «faglig utvikling og arbeidsmessig avgrensning – profesjonene som drivkraft». Det beskrives hvordan de to profesjonene i Norge, med ulikt utgangspunkt, har arbeidet for å sikre rett til å utføre visse arbeidsoppgaver, sikre et utdanningsmonopol, og ha den nødvendige innflytelse i prosesser som angår utdanningene. Sykepleie og medisin har hatt oppmerksomheten rettet mot to forskjellige fronter. Sykepleie har vært opptatt av å avgrense utdanningen mot andre yrkesgrupper for å sikre egen posisjon. I sykepleie har vitenskapliggjøring vært et virkemiddel (om enn ikke bare på klassiske akademiske prinsipper og idealer), noe som har ført til spenninger mellom utdanningens yrkesrelevans og dens akademiske innretning (Karseth & Nerland, 2007; Martinsen, 2003). I medisinutdanningen har man til en viss grad gått motsatt vei, og jobbet med å sikre utdanningens relevans for arbeidet. Dette har i nyere tid blant annet skjedd gjennom endringer i grunnutdanningens innhold, blant annet gjennom innføring av praksisnære undervisningsmodeller. Medisin har hatt en posisjon som ikke har vært under press på samme måte som sykepleie, ved å være en etablert profesjon som oppfyller alle de klassiske kriterier slik de ble diskutert i kapittel 2. Dermed har man i medisin, ved Legeforeningen, heller kunnet jobbe for kontroll over andre felter, slik som spesialistutdanningen og antall studenter.

I kapittel 4 diskuterte vi to stortingsmeldinger og formålet med disse, melding til Stortinget 13 (2011-2012) («Utdanning for velferd – Samspill i praksis») og Stortingsmelding 13 (1976-1977) («Om organiseringen av den fremtidige utdanningen av sosial- og helsepersonell»). Begge meldingene, med

nærmere 40 års mellomrom, omhandler organiseringen av helse- og sosialfagene. Stortingsmelding 13 (1976-1977), og særlig forarbeidene til den (Bjørnssonkomiteen, 1972) la grunnlaget for en av de store stridene Norsk Sykepleierforbund har involvert seg i. I hvilken grad kan man trekke paralleller mellom forslagene fra 1976, og forslagene i 2012? Og kan reaksjonene fra den gang gi en pekepinn på hvordan den nyeste meldingen blir mottatt? En del likheter mellom stortingsmeldingene og prosessene rundt ble diskutert, samtidig som det ble påpekt en del forskjeller i bakgrunnen for endringene og forslagene som kom. De første reaksjonene på den nyeste meldingen tyder likevel på at profesjonsorganisasjonenes reaksjoner følger til dels samme mønster som før¹¹.

Formålet med denne rapporten ble i innledningen sagt å være å belyse *hvordan ulike drivkrefter har påvirket innholdet og utformingen av grunnutdanningene i sykepleie og medisin, med særlig vekt på profesjonenes interesser, roller og påvirkningsmuligheter*.

Konklusjonen er ikke entydig, og listen over mulige drivkrefter er lang. På et vis kan utviklingen sies å ha gått fra profesjonskontroll til statlig kontroll, samtidig som en rekke utviklingstrekk, som både ligger innenfor og utenfor direkte statlig kontroll, også har vært med på å forme utdanningene. Som diskutert og vist har profesjonene brukt grunnutdanningen som et verktøy i å sikre sin status. Særlig for sykepleie har grunnutdanningen vært viktig, i det den både er en eksklusjonsmekanisme i seg selv, og i det at den er en inngangsport til spesifikke oppgaver i helsevesenet. For legene har det i større grad vært spesialistutdanningen som har vært stridstemaet.

Etter hvert som høyere utdanning i Norge har gått gjennom store endringer i struktur og organisasjon (Høgskolereformen, Kvalitetsreformen), kan profesjonsutdanningene kanskje også sies å ha blitt utsatt for mer statlig kontroll og mindre åpne for direkte innflytelse fra profesjonene. I tillegg har systemene for vurdering av kvalitet og akkreditering av utdanninger blitt endret, og utdanningseksterne aktører som NOKUT har fått mer å si, samtidig som innføring av europeiske standarder (kvalifikasjonsrammeverket) også spiller direkte inn på utdanningene gjennom innarbeidelse i rammeplanene.

Profesjonene har sin rolle som *fagorganisasjoner*, som bygger autoritet på faglighet, men også andre grupper har faglige krav inn mot utdanningene. Universitetene/utdanningsinstitusjonene er *fagforvalterne*, og har en interesse av å utvikle fagene i retninger som ikke trenger å sammenfalle med profesjonenes interesser, og heller ikke arbeidsgiveres interesser. Haave (2011b) argumenterer for at det i Legeforeningens tilfelle har oppstått en spenning mellom stat, profesjonsforening og akademisk medisin (s. 259). Videre har arbeidsgiverne klare ønsker om yrkesrelevans og anvendelighet. Hvem som skal få gjennomslag avklares kontinuerlig gjennom forhandling og reforhandling i forskjellige fora, og mye av profesjonsarbeidet, av profesjons*strategien*, dreier seg om å sikre representasjon der avgjørelser tas.

Et annet spørsmål, som har vært lite berørt i denne rapporten, er i hvilken grad profesjonene kan betraktes som enhetlige aktører som spiller ut sine interesser. Hvem snakker Legeforeningen på vegne av? Kan man i det hele tatt snakke om entydige profesjonsinteresser? Haave fremholder at «Legeforeningen var en sterk forening, med høy organisasjonsprosent og tette bånd til både politiske og administrative myndigheter. I tillegg var det mobilitet mellom stillinger i Legeforeningen og Helsedirektoratet» (Haave, 2011b: 259), som sørget for at muligheten for interesseinnflytelse var stor. Men Skasets analyse viser for det første at det ikke er mulig å snakke om en enhetlig legeprofesjon som har jobbet for å sikre legenes interesse på en felles måte. Det har vært skillelinjer innad blant legene og i legenes foreninger, og disse er blitt flere i perioden sett under ett. Skaset knytter dette til at interne skillelinjer i legeprofesjonen og en medisinsk ideologi som vektlegger autonomien til den enkelte lege har bidratt til at leger i statlige posisjoner har kunnet representere både profesjon og yrkesinstitusjon (Skaset, 2006: iii). Den medisinske ideologien har også endret seg: Legene har i hele perioden rettet oppmerksomheten mot pasientens beste, men andre mål på hva som er god,

¹¹ Det må understrekes at dette skrives på et svært tidlig tidspunkt i meldingens levetid, før den er behandlet på Stortinget, og at det er svært usikkert hvordan arbeidet med meldingen vil utvikle seg videre. Dette vil være interessant å følge opp i eventuelle senere forskningsprosjekt.

medisinsk praksis har også blitt gradvis akseptert, om enn ikke uten motstand fra legene. Beslutninger som berører legene har blitt sentralisert, nettverkene har blitt mer komplekse og tettere, og aktørene har blitt mer avhengig av hverandre. Skaset hevder at «Legene har i perioden tapt både kollektiv og individuell autonomi og formell innflytelse i staten» (Skaset, 2006: iv), særlig i perioden fra midten av 70-årene og frem til årtusenskiftet. Dette sammenfaller også i tid med den profesjonssosiologiske oppmerksomhet omkring profesjoner som uttrykk for monopolisering og gruppeinteresser, slik det ble diskutert i avsnitt 3.2.

Også sykepleieprofesjonen har vært preget av indre strid. Hvilken retning akademiseringen av sykepleie skulle ta var for det første ikke selvsagt: skulle man vektlegge den mer formaliserte «nursing science», der idealene er hentet fra medisinsens modellbyggende, teoretiske og abstrakte kunnskap, eller skulle man drive forskning i samarbeid med sykepleiens praksisfelt (Melby, 1990: 282). Karseth og Nerland (2007: 343) påpeker en dobbelthet i sykepleieforbundets strategi. På den ene siden vektlegger man sykepleie som et eget kunnskapsområde, som gir mulighet til å avgrense arbeidsområdet for sykepleiere. Man ønsker uttelling for spesialisering og videreutdanning for å sikre kobling mellom profesjonell kompetanse og det formelle hierarkiet man finner i utdanningssystemet. På den andre siden gjør dette at Sykepleierforbundet ikke er i stand til å møte arbeidsgiveres forventning om overførbare kunnskaper og mer direkte anvendbare resultater av etter- og videreutdanning. «Hence, NoNA [Norsk Sykepleierforbund] calls for professional autonomy based on the particular scientific area of expertise and, simultaneously, NoNA has to respond to requirements of the state and especially the health authorities» (Karseth og Nerland, 2007: 343). Strategien med å fremme sykepleiens eksklusive kunnskapsgrunnlag kan kanskje sies å gå på bekostning av den direkte anvendbarheten av sykepleierutdanningen. Dette er en problemstilling som til en viss grad rammer alle profesjoner, som alle står i spenningen mellom det akademiske og det yrkesrettede. Melby oppsummerer med at sykepleie har vektlagt profesjon foran lønn, profesjon foran kjønn, og jobbet mot profesjonalisering og høyere status. Og sykepleiefaget har vært både verktøy og åsted for denne profesjonaliseringsprosessen.

Formålet med denne rapporten har vært å presentere de store utviklingstrekkene i utviklingen av grunnutdanningene i medisin og sykepleie. Gjennomgangen har vist at det er svært mange forskjellige drivkrefter som er med på å forme utdanningene, både internasjonale og nasjonale. Det er ikke bare behov og etterspørsel etter kompetanse og ferdigheter, men også andre typer påvirkninger som er viktige. Blant disse er profesjonenes eget arbeid for å sikre status og posisjon viktig, men dette er vanskelig å skille fra arbeidet for å heve kvalitet og sikre arbeidskraft.

Litteratur

- Abbott, A. (1988). *The system of professions: an essay on the division of expert labor*. Chicago: University of Chicago Press.
- Bertelsen, T. (1996). Medical students abroad. I Ø. Larsen & B. O. Olsen (Red.), *The Shaping of a profession : physicians in Norway, past and present* (pp. 371-397). Canton, Mass.: Science History Publications.
- Bjørnsonkomiteen (1972). Utdanning av sosial- og helsepersonell. Del 1 - utredning om Den fremtidige utdanning av sosial- og helsepersonell. Oslo: Kirke- og utdanningsdepartementet.
- Brante, T. (1988). Sociological Approaches to the Professions. *Acta Sociologica*, 31(2), 119-142.
- Brodal, P. (2006). Oslo96 - hva var de viktigste endringene og hvordan har det gått? I M. Lindbæk & J. Strand (Red.), *Allmennmedisinske spor. Fra Utrøst til Soria Moria* (pp. 113-126). Oslo: Unipub forlag.
- Burrage, M. (1990). Introduction: the professions in sociology and history. I M. Burrage og R. Torstendahl (Red.), *Professions in theory and history. Rethinking the study of professions*. London: Sage.
- Burrage, M. (1993). From practice to school-based professional education: patterns of conflict accomodation in England, France, and the United States. I S. Rothblatt og B. Wittrock (Red.), *The European and American University since 1800*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Caspersen, J. (2007). Aspects of professionalism. Collective nursing - personalised teaching? *Tension between organisation and profession: Professionals in the Nordic public sector*. I. C. Aili, L. E. Nilsson, L. Svensson og P. Denicolo. Lund, Nordic Academic Press.
- Caspersen, J. (2007b). Kvalifisering av nyutdannede sykepleiere - en undersøkelse av læringsstrategier og opplæring av nyutdannede sykepleiere i arbeidslivet. *HiO rapport 12, 2007*. Høgskolen i Oslo, Senter for profesjonsstudier.
- Caspersen, J. (2011). Evaluering av samarbeidsmidler i helse- og sosialfagutdanningene. *NIFU-rapport 29/2011*. Oslo: NIFU.
- Caspersen, J., & Raaen, F. D. (2010). Nyutdannede læreres første tid i yrket: en sjokkartet opplevelse? I P. Haug (Red.), *Kvalifisering til læreryrket* (pp. s. 315-339). Oslo: Abstrakt forlag.
- Christensen, T., & Laegreid, P. (1999). New Public Management: Design, Resistance, or Transformation? A Study of How Modern Reforms Are Received in a Civil Service System. *Public Productivity & Management Review*, 23(2), 169.
- Christiansen, B., Karseth, B., & Heggen, K. (2004). *Klinikk og akademia / reformer, rammer og roller i sykepleierutdanning*. Oslo: Universitetsforl.
- Collins, R. (1979). *The credential society: an historical sociology of education and stratification*. New York: Academic Press.
- Collins, R. (2000). Comparative and historical pattern of education. I M. T. Hallinan (Red.), *Handbook of Sociology of Education* (pp. 213-241). Boston, Massachusetts: Springer Science+Business Media.
- Collins, R. (2002). Credential inflation and the future of the universities. I S. Brint (Red.), *The future of the city of intellect - the changing american university*. Stanford: Stanford University Press.
- Dæhlen, M., & Svensson, L. G. (2008). *Profesjon, klasse og kjønn*. I Molander, A. og L. I. Terum (Red). *Profesjonsstudier*. Oslo, Universitetsforlaget
- Eraut, M. (1994). *Developing professional knowledge and competence*. London: Falmer Press.

- Etzioni, A. (1969). *The Semi-professions and their organization: teachers, nurses, social workers*. New York: The Free Press.
- Fauske, H. (2008). Profesjonsforskningens faser og stridsspørsmål. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Freidson, E. (1970a). *Profession of medicine : a study of the sociology of applied knowledge* (University of Chicago Press ed.). Chicago: University of Chicago Press.
- Freidson, E. (1970b). *Professional dominance : the social structure of medical care*. New York, N.Y.: Atherton Press.
- Freidson, E. (1983). The theory of professions: state of the art. I R. Dingwall & P. Lewis (Red.), *The sociology of professions* (pp. 19-36). London: McMillan.
- Haave, P. (2011a). *I medisinenes sentrum: Den norske legeforening og spesialistregimet gjennom hundre år*. [Oslo]: Unipub.
- Haave, P. (2011b). Organisert legemakt på lånt tid. *Nytt Norsk Tidsskrift*, 28(3), 252-262.
- Handal, G. (2002). Utdanning av medisinerere - det pedagogiske perspektivet på Oslo96. *Tidsskrift for den norske lægeforening*, 122(19), 1931-1933.
- Hatlevik, I. K. R. (2000). *Styring og regulering av sykepleier-, lærer- og ingeniøruddanningen i fire land: en sammenlignende studie av Norge, England, Finland og Nederland*. Oslo: Norsk institutt for studier av forskning og utdanning.
- Hatlevik, I. K. R., Caspersen, J., Vindegg, J., & Smeby, J.-C. (2011). *Praksis og teori. En undersøkelse blant undervisningspersonalet ved fem profesjonsutdanninger*. Oslo: Høgskolen i Oslo.
- Haug, M. (1973). *Deprofessionalization: an alternative hypotheses for the future. Professionalism and social change*. Keele, England: University of Keele.
- Helsvig, K. G. (2011). *1975-2011: mot en ny samfunnskontrakt?*. Oslo: Unipub.
- Hughes, E. C. (1984). *The sociological eye: selected papers*. New Brunswick, N.J.: Transaction Books.
- Høst, H. (2007). *"Utdanningsreformer som moderniseringsoffensiv: en studie av hjelpepleieryrkets rekruttering og dannelseshistorie, 1960-2006"*. Bergen: Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap, Universitetet i Bergen.
- Juvkam, R. A. (1985). *Sykepleieforskning i Norge / vitenskapsteori og praksis*. Oslo: Gyldendal.
- Karlsen, K. A. H., Vik, T., & Westin, S. (2000). Det problembaserte legestudiet i Trondheim - ble det slik det var planlagt? *Tidsskrift for den norske lægeforening*, 120(19), 2269-2273.
- Karseth, B. (2000). *Sykepleierutdanning i en reformtid*. Oslo: Norsk institutt for studier av forskning og utdanning : NIFU.
- Karseth, B. (2002). The construction of curricula in a new educational context. I B. Karseth, G. A. Jones & A. Amaral (Red.), *Governing higher education : national perspectives on institutional governance*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Karseth, B. (2004). Hva er gyldig kunnskap i sykepleierutdanningen? Noen kunnskapsmessige og didaktiske kommentarer. I B. Christiansen, B. Karseth & K. Heggen (Red.), *Klinikk og akademia / reformer, rammer og roller i sykepleierutdanning* (pp. 105-119). Oslo: Universitetsforlaget.
- Karseth, B. (2006). Curriculum restructuring in higher education after the bologna process: a new pedagogic regime. *Revista Española de Educación Comparada*(12), 255-284.

- Karseth, B., & Kyvik, S. (1999). *Undervisningsvirksomheten ved de statlige høgskolene*. Evaluering av høgskolereformen, delrapport 1.
- Karseth, B., & Nerland, M. (2007). Building professionalism in a knowledge society: Examining discourses of knowledge in four professional associations. *Journal of Education and Work*.
- KUF. (1999). *Tiltak for å styrke sykepleierutdanningen: rapport fra et utvalg*. Oslo: Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet.
- Kyvik, S. (2002a). *Fra yrkesskole til universitet? : endringsprosesser i høgskolesektoren*. Bergen: Fagbokforl.
- Kyvik, S. (2002b). Utviklingen av en egen høgskolesektor. I S. Kyvik (Red.), *Fra yrkesskole til universitet? : endringsprosesser i høgskolesektoren* (pp. 15-64). Bergen: Fagbokforl.
- Larson, M. S. (1977). *The rise of professionalism: a sociological analysis*. Berkeley, Calif.: University of California Press.
- Lie, I. J. S. (2010). Hva slags endringer har sykepleierutdanningen gjennomgått på det nasjonale plan fra 1970-årene og frem til rundt år 2000? Hvordan har endringene blitt mottatt av Norsk Sykepleierforbund (NSF) i tillegg til sykepleiere og studentene. *Historie Masteroppgave, Institutt for arkeologi, historie, kultur og religionsvitenskap. Universitetet i Bergen*.
- Martinsen, K. (1984). *Freidige og uforsagte diakonisser : et omsorgsyrke vokser fram, 1860-1905*. [Oslo]: Aschehoug.
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin : historisk-filosofiske essays* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- McClelland, C. E. (1990). Escape from freedom? Reflections on German professionalization. 1870-1993. I R. Torstendahl & M. Burrage (Red.), *The formations of professions: knowledge, state and strategy*. London: Sage.
- Medisinsk studieplan, Universitetet i Tromsø. (1971). Tromsø: Universitetsforlaget.
- Melby, K. (1990). *Kall og kamp : Norsk Sykepleierforbunds historie*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund og J. W. Cappelens Forlag.
- Melding til Stortinget 44 (2008-2009). *Utdanningslinja*. Oslo: Kunnskapsdepartementet.
- Melding til Stortinget 13 (2011-2012). *Utdanning for velferd: samspill i praksis*. Oslo: Kunnskapsdepartementet.
- Michelsen, S., & Aamodt, P. O. (2006). *Kvalitetsreformen møter virkeligheten*. Delrapport 1, evaluering av Kvalitetsreformen.
- Molander, A., & Terum, L. I. (2008). *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforl.
- Myhre, J. E. (2011). *Kunnskapsbærerne 1811-2011 : akademikere mellom universitet og samfunn*. Oslo:Unipub.
- NOKUT. (2012). *Begreper og termer i NKR*. NOKUT. Oslo. Hentet fra <http://www.nokut.no/no/nokuts-kunnskapsbase/det-norske-utdanningsystemet/nasjonalt-kvalifikasjonsrammeverk/begreper/>
- NOU 2008:3, (2008). *Sett under ett : ny struktur i høyere utdanning.: Utredning fra et offentlig utvalg oppnevnt av regjeringen 24. mai 2006 : avgitt til Kunnskapsdepartementet 22. januar 2008*. (Stjernø-utvalget).
- Nordby, T. (1994). *Korporatisme på norsk : 1920-1990*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Norsk Sykepleierforbund (1977). Norsk Sykepleierforbunds kommentarer til Stortingets Kirke- og Undervisningskomite ang. Stortingsmelding nr. 13 (1976-77) Om organiseringen av den fremtidige utdanningen av sosial- og helsepersonell. *Sykepleien*, 64(4), 197-199, 216.

- Notat fra Den Norske Legeforening og Akademikerne til Kirke-, utdannings og forskningskomiteen ang. melding til Stortinget 13 (2011-2012) Utdanning for velferd, (2012).*
- Notat fra Norsk Sykepleierforbund til Kirke-, utdannings og forskningskomiteen ang. melding til Stortinget13 (2011-2012) Utdanning for velferd, (2012).*
- Oslo-96: ny studieplan for legestudiet. (1996). Oslo: Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet.*
- "Oslo 96" : ny grunnutdanning for leger. (1993). Oslo: Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet.*
- Parkin, F. (1979). *Marxism and class theory: a bourgeois critique*. New York: Columbia University Press.
- Parsons, T. (1939). The professions and social structure. *Social Forces*, 17(4), 457-467.
- Parsons, T. (1968). *Professions* (Vol. 12). New York: Macmillan.
- Parsons, T. (1978). Research with Human Subjects and the "Professional Complex". I T. Parsons (Ed.), *Action theory and the human condition*. New York: The Free Press.
- Parsons, T., & Platt, G. M. (1973). *The American university*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Raaen, F. D. (2006). *Akkreditering og sakkyndighet : en analyse av den reviderte akkrediteringen av bachelorgradsstudiene i sykepleie i Norge*. Oslo: Høgskolen i Oslo, Senter for profesjonsstudier.
- Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner: how professionals think in action*. New York: Basic Books.
- Skaset, M. (2006). *I gode og onde dager: de norske legene og staten 1945-2000*. no. 424, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo Unipub, [Oslo].
- Slagstad, R. (2006). *Kunnskapens hus* (2. utvidete utg.). Oslo: Pax.
- Smeby, J.-C. (2008). Profesjon og utdanning. I A. Molander & L. I. Terum (Eds.), *Profesjonsstudier* (pp. s. 87-102). Oslo: Universitetsforlaget.
- Stensaker, B. (2006). *Kvalitet som forhandling: NOKUT i norsk høyere utdanning 2003-2006*. Delrapport 5, Evaluering av Kvalitetsreformen.
- Stortingsmelding 13 (1976-1977). *Om organiseringen av den fremtidige utdanningen av helse- og sosialpersonell*. Oslo: Kirke- og undervisningsdepartementet.
- Stortingsmelding 40 (1990-91). *Fra visjon til virke : om høgre utdanning*. Oslo: Utdannings- og forskningsdepartementet.
- van Oers, B. (1998). The Fallacy of Detextualization. *Mind, Culture, and Activity*, 5(2), 135 - 142.
- Vught, F. v. (1989). *Governmental strategies and innovation in higher education*. London: Jessica Kingsley.
- Wenger, E. (1998). *Communities of practice : learning, meaning, and identity*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Westin, S. (2000). Er det plass til en humanistisk dimensjon i medisinerutdanningen? *Tidsskrift for den norske lægeforening*, 120(19), 3765-3769.

Nordisk institutt for studier av
innovasjon, forskning og utdanning

Nordic Institute for Studies in
Innovation, Research and Education

www.nifu.no