
Studenters og legers tidfesting av viktige medisinhistoriske begivenheter

MEDISINSK HISTORIE

KNUT MORK SKAGEN

Email: knutmork@stud.ntnu.no
Valkendorfs gate 27
7030 Trondheim

ASBJØRN JUNKER

Festningsgaten 41
Trondheim

MAGNE NYLENNA

Helsebiblioteket
og
Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin
Universitetet i Oslo
og
Institutt for samfunnsmedisin
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

STEINAR WESTIN

Institutt for samfunnsmedisin
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Bakgrunn.

Dagens medisinske praksis er sterkt preget av forskning og fremskritt gjennom det forrige hundreåret, men vi vet lite om hvor god kjennskapen til disse begivenhetene er blant studenter og leger. Vi har undersøkt deres evne til å tidfeste noen utvalgte hendelser.

Materiale og metode.

Tre grupper – eldre leger, sisteårsstudenter og førsteårsstudenter på legestudiet i Trondheim – fylte ut et skjema der de skulle tidfeste 35 sentrale medisinhistoriske begivenheter. Avvikene mellom de oppgitte årstallene og fasitsvar dannet grunnlag for variansanalyser.

Resultater.

Eldre leger plasserte hendelsene mest korrekt, sisteårsstudenter hadde større avvik, og førsteårsstudenter størst avvik ($p < 0,001$). De eldre legene plasserte de fleste hendelser bedre enn begge studentgruppene. Det var kun på enkelte hendelser (ni av 35) at sisteårsstudentene traff bedre enn førsteårsstudentene. Alle deltakergruppene plasserte noen begivenheter (p-pillen, første hjertetransplantasjon, prøverørsbehandling, introduksjonen av MR, trippelbehandling av hiv/aids) mer korrekt enn andre begivenheter. Begivenheter fra før ca. 1950 ble stort sett tidfestet til senere enn de egentlig fant sted.

Fortolkning.

Eldre leger har bedre kunnskap om viktige medisinhistoriske begivenheter enn medisinstudenter. Fjernere begivenheter ble av både leger og studenter plassert senere i tid enn de fant sted, mens nyere begivenheter ble plassert tidligere – spesielt av førsteårsstudenter.

«Årstala er det viktigaste i saga» er et utsagn som tillegges historikeren (og utenriksministeren) Halvdan Koht (1873 – 1965). Tidsangivelser av viktige begivenheter bidrar til oversikt og kan hjelpe oss til å se sammenhenger i den historiske utviklingen. Som historikeren Knut Kjeldstadli (f. 1948) har formulert det, handler historiefaget bl.a. om å datere og å finne mønstre i tid, å fasedele eller periodisere (1).

De store nyvinningene i medisinen er ikke gamle – de siste hundre år rommer overraskende mye. I boken *The rise and fall of modern medicine* fra 1999 presenterer den britiske legen James Le Fanu (f. 1950) en oversikt over det han mener er de viktigste hendelsene i medisinen siden 1930-årene (2). I 2007 laget Steinar Westin en ny liste under overskriften «Viktige hendelser i moderne medisin – en hyllest til hundre års forskning» (3). En slik liste kan betraktes som et forslag til pensum i medisinsk historie. Dersom disse hendelsene er noe av det viktigste som har skjedd i de siste 100 års medisinske utvikling, er det rimelig å vente at leger har en viss kjennskap til dem. Det hadde også vært naturlig med en vektlegging av hendelsene i undervisningen i medisinsk historie til legestudenter.

Vi vet imidlertid lite om kjennskapen til disse historiske begivenhetene hos studenter og leger. Vi har derfor undersøkt deres evne til å tidfeste noen utvalgte hendelser. Videre ønsket vi å undersøke om det er noen forskjell i kunnskapsnivå mellom erfarne leger, legestudenter som nærmer seg slutten av studietiden, og legestudenter som nettopp har påbegynt sin utdanning.

Materiale og metode

En revidert utgave av Westins liste over viktige hendelser (ramme 1) dannet grunnlaget for et spørreskjema, der de samme hendelsene ved hjelp av loddrekning var oppført i tilfeldig rekkefølge. Deltakerne i undersøkelsen ble bedt om å angi hvilket årstall de antok at hendelsene fant sted. Fasitsvarene for noen av hendelsene kan være diskutabile, men er i all hovedsak basert på James Le Fanu (2).

Ramme 1

Viktige hendelser i moderne medisin som skulle tidfestes i spørreundersøkelsen, basert på tabell av Steinar Westin (3)

- 1892 – Hypotyreose behandlet med ekstrakt fra skjoldkirtel
- 1895 – Fysikeren Wilhelm Conrad Röntgen oppdager «det nye lyset», røntgen i medisinsk bruk få måneder senere
- 1901 – Virus, som «filtrerbart agens», identifiseres som sykdomsårsak
- 1907 – Vitamin C-mangel som årsaken til skjorbuk
- 1921 – Diabetes behandles med insulin i ekstrakter fra bukspyttkirtel hos dyr
- 1927 – Vitamin B₁-mangel som årsak til sykdom¹
- 1927 – Vitamin B₁₂ og «intrinsic factor» i behandling av pernisiøs anemi
- 1931 – Elektronmikroskopet
- 1934 – Fenylketonuri beskrives, Føllings sykdom blir prototypen på «inborn errors of metabolism»
- 1935 – Sulfonamider til medisinsk bruk, først med fargestoffet prontosil
- 1941 – Penicillin til medisinsk bruk
- 1944 – Nyredialyse
- 1947 – Stråleterapi mot kreft med lineærakselerator
- 1948 – Intraokulært linseimplantat for grå stær
- 1949 – Kortison
- 1950 – Epidemiologiske studier identifiserer sigarettøyking som årsak til lungekreft
- 1950 – Tuberkulose behandles med streptomycin og PAS¹
- 1952 – Klorpromazin til behandling av schizofreni¹
- 1952 – Polioepidemien i København inspirerer til den første kunstige lunge og dermed til intensivmedisinen
- 1953 – Arvestoffet beskrives som DNA-dobbeltspiral, senere nobelprisen til Watson og Crick for denne halvannen sides artikkel i Nature
- 1954 – Hopkins-endoskopet, innledning til endoskopisk diagnostikk og kirurgi¹
- 1954 – Zeiss' operasjonsmikroskop, innledning til mikrokirurgien
- 1955 – Kirurgi på åpent hjerte¹
- 1955 – Salkvaksinen mot poliomyelitt
- 1960 – P-pillen
- 1961 – Benzodiazepiner, først klordiazepoksid (Librium, Valium etc.)
- 1961 – Charnleys hofteprotese
- 1961 – Levodopa mot Parkinsons sykdom¹
- 1963 – Nyretransplantasjon
- 1964 – Operasjon for hjertesykdom, første koronare bypassoperasjon
- 1967 – Første hjertetransplantasjon (i Norge på Rikshospitalet i 1983)
- 1971 – Barneleukemier kan kureres, Trondheim i første rekke i utviklingen
- 1973 – Computertomografi (CT) revolusjonerer bildediagnostikken

- 1974 – Ivan Illich med artikkelen «Medical nemesis» i *The Lancet* innleder den kritiske motkulturen mot overdreven medikalisering
- 1978 – Første prøverørsbarn (i Norge in vitro-fertilisering først i Trondheim i 1984)
- 1979 – Koronar angioplastikk, angiografi videreføres med blokking og stenter
- 1979 – Ultralyddiagnostikken kommer¹
- 1980 – Magnetisk resonans (MR) i medisinsk bruk, først demonstrert i 1973
- 1984 – Identifisering av *Helicobacter pylori* som årsak til magesårssykdom
- 1987 – Trombolytisk behandling (oppløsning av blodpropper) ved hjerteinfarkt
- 1996 – Trippelbehandling for hiv/aids
- 1998 – Sildenafil (Viagra, potensmiddel for menn) utfordrer grensene mellom medisin og velværeindustrien
- 2000 – Det humane genom kartlagt¹

¹ Disse hendelsene ble ikke tatt med i tabell 1 på grunn av trykkfeil i spørreskjemaet

Skjemaet ble delt ut til tre deltakergrupper. En samling eldre, historieinteresserte leger besvarte skjemaet i forbindelse med Medisinsk-historisk høstmøte (Oslo, september 2008) (svarrespons 34/50 = 68 %). De to studentgruppene – førsteårsstudenter (svarrespons 57/60 = 95 %) og sisteårsstudenter (svarrespons 90/92 = 98 %) ved Det medisinske fakultet ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet – besvarte skjemaet anonymt i auditorier i forbindelse med forelesninger om medisinsk historie (Trondheim, desember 2008).

For hver hendelse på skjemaet beregnet vi avviket i antall år mellom deltakerens svar og fasiten. Vi beregnet deretter gjennomsnittsverdiene til disse avvikene for hver deltakergruppe, både for enkelthendelser og som et samlet gjennomsnitt for alle besvarelser.

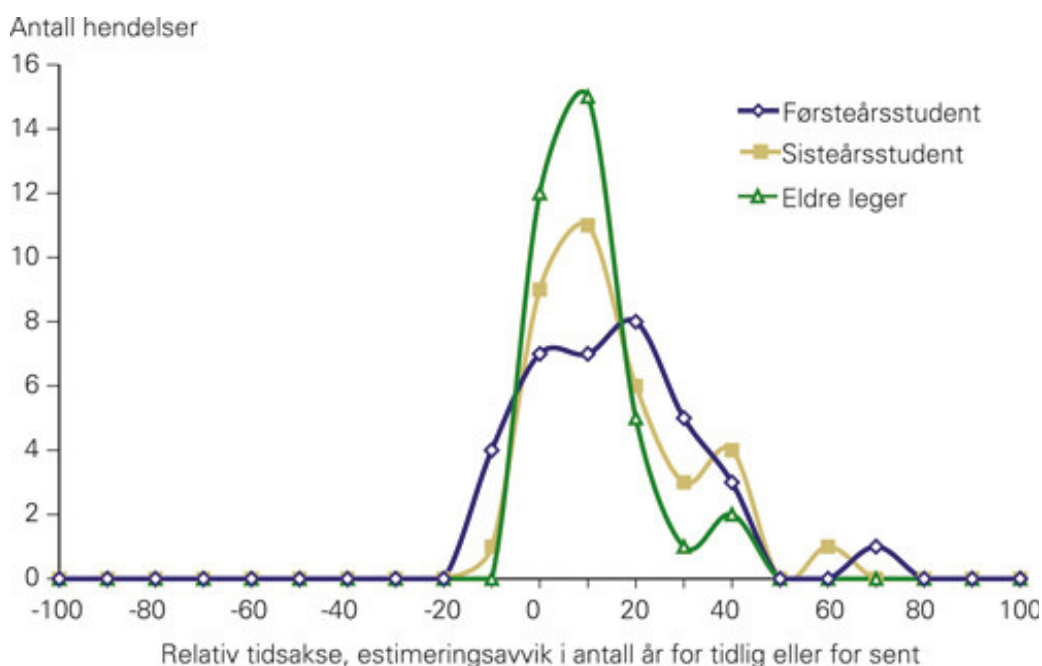
For å skaffe oversikt over dataene grupperte vi først avvikene i intervaller på ti år, og beregnet for hver gruppe hvor mange hendelser som havnet i hvert avviksområde (-29 til -20 år feil, -19 til -10 år feil, osv.).

I SPSS utførte vi en variansanalyse (Type 1 ANOVA) for å undersøke hvorvidt gjennomsnittlig variasjon og estimeringsavvik var signifikant forskjelling (p -verdi $< 0,05$), og dermed altså avhengig av hvilken gruppe deltakerne tilhørte. For å unngå at én deltakers avvik på – 50 år skulle utlikne en annens avvik på +50 år, baserte vi variansanalysen på absolutte verdier, slik at avvik på – 50 og +50 år ble vektet likt. Dersom vi fant en signifikant variansforskjell mellom samtlige grupper, planla vi å utføre en videre sammenlikning mellom de ulike undergruppene (Tukey). Som sekundæranalyse gjennomførte vi samme type ANOVA-test på resultatene fra hver enkelt hendelse, for å avdekke om en ev. forskjell i samlet resultat kunne forklares nærmere ut fra resultatene fra de enkelte hendelsene.

Vi var også interessert i å avdekke om enkelte *typer* hendelser ble bedre eller dårligere tidfestet enn andre, på tvers av deltakergruppene. Vi delte derfor hendelsene inn i tre kategorier: *nye legemidler, ny behandling og/eller teknologi, og ny innsikt i sykdom*. Gjennomsnittresultatene for alle deltakere ble brukt som grunndata for en variansanalyse med hendelseskategori som uavhengig variabel.

Resultater

Resultatene for hver deltakergruppe vises i tabell 1. Deltakere i gruppen av eldre leger hadde en gjennomsnittlig feilmargin på pluss/minus 11 år i forhold til fasitsvarene. Feilmarginen for sisteårsstudenter var pluss/minus 18 år, mens for førsteårsstudentene lå feilmarginen på 21 år (fig 1). Sagt på enklere vis: Eldre leger plasserte hendelsene mest korrekt, sisteårsstudenter hadde større avvik, og førsteårsstudenter større avvik enn dem igjen. Variansanalysen bekrefter en klar sammenheng mellom resultat på spørreundersøkelsen og gruppetilhørighet ($p < 0,001$), og en Tukey-test utført som postanalyse viser i tillegg signifikante forskjeller mellom alle tre deltakergrupper ($p < 0,001$). Analysen viser ingen signifikant sammenheng mellom hendelseskategori og deltakernes evne til å tidfeste den aktuelle hendelsen.



Figur 1 Oversikt over hendelsene fra ramme 1 plassert i forhold til gjennomsnittlig estimeringsavvik, med hendelser estimert for tidlig mot venstre, og hendelser estimert for sent mot høyre

Tabell 1

Gjennomsnittlig estimeringsavvik for gruppene hver for seg, og alle gruppene samlet. Avvikstallene representerer differansen mellom gruppevis estimert årstall og fasitårstall, med absolutte verdier

Hendelse	Avvik				Gjennomsnitt
	Fasitårstall	Førsteårsstudenter	Sisteårsstudenter	Eldre leger	
Hypotyreosebehandling	1892	62	57	36	51
Røntgenstråler	1895	25	19	9	18
Virus som sykdomsårsak	1901	28	35	34	32
Skjorbuk og vitamin C	1907	24	25	10	20

Avvik					
Hendelse	Eldre				Gjennomsnitt
	Fasitårstall	Førsteårsstudenter	Sisteårsstudenter	leger	
Diabetes og insulin	1921	27	28	11	22
Vitamin B ₁₂	1927	35	38	13	29
Elektronmikroskopet	1931	40	38	18	32
Føllings sykdom	1934	25	20	12	19
Sulfonamid ¹	1935	20	13	5	13
Penicillin ¹	1941	15	7	3	8
Nyredialyse	1944	26	23	13	20
Stråleterapi mot kreft	1947	33	33	23	30
Linseimplantat	1948	29	32	27	29
Kortison	1949	19	19	10	16
Røyking og lungekreft ¹	1950	20	16	6	14
Første kunstige lunge ¹	1952	25	17	9	17
DNA som dobbeltspiral	1953	11	13	7	10
Zeiss' operasjonsmikroskop	1954	30	27	15	24
Salkvaksine mot polio	1955	16	14	4	11
P-pillen	1960	10	8	4	8
Benzodiazepiner	1961	18	13	7	12
Charnleys hofteprotese ¹	1961	21	15	9	15
Nyretransplantasjon	1963	18	15	7	13
Koronar bypass	1964	13	12	7	11
Hjertetransplantasjon	1967	9	9	6	8
Barneleukemi kureres	1971	17	16	12	15
CT og bildediagnostikk ¹	1973	14	9	8	10
Illichs «Medisinsk nemesis» ¹	1974	19	13	7	13
Assistert befruktning	1978	6	4	4	5
Angiografi videreføres	1979	10	9	9	10
Magnetisk resonans	1980	10	9	6	8
Helicobacter pylori og magesår ¹	1984	17	7	8	11
Trombolytisk behandling	1987	14	10	12	12
Behandling av hiv/aids	1996	6	5	4	5
Sildenafil ¹	1998	15	5	4	8

Avvik				
Hendelse	Fasitårstall	Førsteårsstudenter	Sisteårsstudenter	Eldre leger Gjennomsnitt
[i]				

[i] ¹ Hendelser signifikant bedre tidfestet ($p < 0,05$) av sisteårsstudentene sammenliknet med førsteårsstudentene

De eldre legene oppnår et bedre svargjennomsnitt fordi de svarer i gjennomsnitt riktigere for nesten alle begivenhetene. Det er ikke alle årstallene de treffer like godt på, men de gangene de eldre legene treffer dårlig (f.eks. 18 år feil når det gjelder oppfinnelsen av elektronmikroskopet) treffer begge studentgrupper enda dårligere (hhv. 40 og 38 år for første- og sisteårsstudenter). Der studentene treffer ganske godt (med 10,0 og 8,3 års margin for introduksjonen av p-pillen) treffer eldre leger enda bedre (med 4,4 års margin).

Forskjellen innbyrdes mellom studentgruppene er mindre. Sisteårsstudenter treffer i gjennomsnitt like godt/dårlig som sine medstudenter i første trinn – med unntak av noen få begivenheter der sisteårsstudentene treffer mye bedre. Jevnt over kan de altså ikke plassere hendelsene mye riktigere i tid enn det førsteårsstudentene gjør, men for noen få enkelthendelser viser de et presisjonsnivå i nærheten av eller tilsvarende de eldre legenes. Av 35 hendelser fra spørreskjemaet, er det kun ni der Tukey-analysen viser signifikant bedre svar ($p < 0,05$) hos sisteårsstudenter sammenliknet med førsteårsstudenter. Disse er merket med fotnotetegn i tabell 1. Til tross for de klare forskjellene mellom gruppene, er det også noen likheter. Det er en tendens til at alle deltakergrupper svarer mest korrekt på visse hendelser – og minst korrekt på andre. Ser man eksempelvis på de ti begivenhetene legene og sisteårsstudentene traff best på, er det hele sju som er sammenfallende – nemlig bruk av penicillin, p-pillen, første hjertetransplantasjon, kunstig befruktning via prøverørsbehandling, introduksjonen av MR, trippelbehandling av hiv/aids, og lanseringen av sildenafil. Av de ti hendelsene legene og sisteårsstudentene traff *dårligst* på, er det åtte som er sammenfallende, bl.a. oppdagelsen av virus, oppfinnelsen av elektronmikroskopet, og innføringen av stråleterapi mot kreft.

Alle de tre deltakergruppene hadde en tendens til å tidfeste hendelser før ca. 1950 nærmere nåtid enn de reelt fant sted. Dette ga ekstreme utslag for noen begivenheter; f.eks. ved spørsmålet om bruk av ekstrakt fra skjoldkjertel i behandling av hypotyreose. Denne behandlingsformen ble først tatt i bruk i 1892, men begge studentgrupper plasserte hendelsen omtrent 60 år senere, rundt 1950; selv de eldre legene plasserte hendelsen 35,5 år for sent.

I sammenheng med dette ser vi at forskjellene mellom gruppene flates ut jo nærmere nåtiden man kommer. Alle tre grupper viste god evne til å tidfeste de siste tiårenes hendelser, og for begivenheter etter ca. 1970 er det få forskjeller i treffsikkerhet. Likevel er det en liten tendens til at førsteårsstudentene anslo de nyeste hendelsene til å være eldre enn det de egentlig er. Et eksempel på dette er introduksjonen av sildenafil (Viagra), som denne gruppen plasserte i gjennomsnitt 15 år i tid før den faktisk fant sted.

Diskusjon

Eldre leger tidfestet begivenheter fra de siste 100 års medisinske historie mer eksakt enn studentene. Sisteårsstudentene traff dårligere enn eldre leger, men like fullt bedre enn førsteårsstudentene. Noen begivenheter ble plassert særskilt godt av alle deltakergrupper. Frem til et visst punkt i tid – ca. 1950 – plasserte alle tre gruppene begivenhetene nærmere vår tid enn de virkelig skjedde. Førsteårsstudentene plasserte derimot de nyeste begivenhetene før de egentlig fant sted.

En tverrsnittsundersøkelse som denne kan si oss noe om forskjellen i kunnskap mellom disse tre gruppene, men strengt tatt ingenting om læringseffekten fra første til sjette år i legeutdanningen, eller effekten av videre yrkespraksis.

Selve resultatene er i og for seg ikke overraskende, og kan til og med kalles betryggende; «de gamle er fortsatt eldst». De eldre legene har direkte og egenopplevd erfaring fra flere av de nevnte historiske begivenheter. Legene som ble valgt ut til undersøkelsen, har i tillegg vist en spesiell interesse for medisinsk historie.

Studentene i sitt sjette år av legeutdanningen har noe større kunnskaper om medisinsk historie enn førsteårsstudentene. Om kunnskapen stammer direkte fra legeutdanningen, eller fra fem ekstra år med allmennerfaring, er usikkert.

Den økte kunnskapen er koblet til en håndfull spesifikke hendelser. Særlig tre hendelser skiller seg ut, der sisteårsstudentene treffer langt bedre enn førsteårsstudentene: innføringen av penicillin som behandling mot infeksjon, oppdagelsen av *Helicobacter pylori* som årsak til magesår, og lanseringen av sildenafil. Har disse enkelthendelser noe til felles? Oppdagelsen av penicillin, og senere rollen til *H. pylori* i utvikling av magesår, har fått betydelig omtale både i fagmiljøer og i populærvitenskapelige medier. Begge hendelser er avspeilet i sterke, engasjerende fortellinger om hvordan vitenskapelig forståelse kan endres gjennom enkeltindivers kreative pågangsmot, iblant i kombinasjon med tilfeldige omstendigheter. Historien om sildenafil er ikke knyttet til én enkelt oppfinner eller oppdager, men også den evner noe ganske sjeldent, nemlig å kombinere en betydelig vitenskapelig oppdagelse med en populær oppmerksomhet.

De sju hendelsene legene og sisteårsstudentene til sammen traff best på: bruk av penicillin, p-pillen, første hjertetransplantasjon, kunstig befruktning via prøverørsbehandling, introduksjonen av MR, trippelbehandling av hiv/aids, og lanseringen av sildenafil viser noen interessante trekk. Med unntak av penicillinet, beskrev de alle hendelser fra siste halvdel av det 20. århundre, og hele fire av disse sju skjedde etter 1980. I dette hendelsesutvalget ser vi også en overrepresentasjon av legemidler; av undersøkelsens 35 hendelser var det kun sju som beskriver nye legemidler, og fire av disse legemidlene var representert i «topp sju»-utvalget. Blant disse sju hendelsene som leger og sisteårsstudenter traff best på, finner vi alle de tre hendelsene i undersøkelsen som berører seksualitet og reproduksjon.

Treffsikkerheten for alle grupper økte markant for hendelser etter den annen verdenskrig. Det er nærliggende å tro at både studenter og leger forestiller seg dagens moderne samfunn først og fremst som et produkt av etterkrigstiden, og underkjenner den tidlige modernitetens betydning.

Som et paradoksalt motstykke til dette har vi de yngste deltakerne, førsteårsstudentene, som mener at knapt noen av begivenhetene har skjedd etter 1980. Det er påfallende at nettopp de som nå velger å satse på en fremtid innenfor faget, ikke tror de siste 30 årene har hatt mer spennende å by på.

De viktige årstallene

Innlæring av rene faktaopplysninger – som årstall – har lenge vært på vikende front i historieundervisningen. Benjamin Blooms (1913 – 99) taksonomi over kunnskapsmål er kjent også fra utviklingen av læringsmål ved de medisinske fakultetene. Denne plasserer ren reproduksjon av faktaopplysninger lavest – underlagt forståelse, anvendelse, og analytisk og skapende evne.

Man kan dermed spørre seg om vår undersøkelse gir et gyldig mål på deltakernes historiekunnskaper, eller kun av deres evne til å gjengi fakta, som igjen har lite å si for reell historisk forståelse. En alternativ utforming av undersøkelsen kunne eksempelvis ha oppfordret deltakerne til å plassere historiske begivenheter i en relativ kronologisk rekkefølge, uten å skulle angi konkrete årstall. Dette ville i større grad ha testet deltakernes forståelse for *sammenhengen* mellom hendelser, og hvilke fremskritt som var nødvendige som grunnstein for å bygge videre fremskritt på.

Årstallene er likevel et nyttig verktøy for å utforske og belyse forbindelser mellom tilsynelatende løsrevne hendelser i tiden, og en ev. sammenheng mellom dem. Som eksempel kan nevnes sir Richard Doll (1912 – 2005) og sir Austin Bradford Hills (1897 – 1991) epidemiologiske undersøkelser rundt sigarettøyking og lungekreft. Det er viktig å vite at det vitenskapelige grunnlaget for epidemiologien ble lagt før de berømte undersøkelsene ble gjennomført. Derimot vil det å kunne tidfeste Doll & Hills undersøkelse til tidlig i 1950-årene straks plassere denne i en bestemt historisk kontekst – etterkrigstiden, forhold rundt økonomisk utvikling, markedsføringens fremgang, osv. Slik konkret kunnskap vil attpåtil kunne være av klinisk verdi.

Den konstruktive historien

Undervisning i medisinsk historie er ikke omfattende i den norske medisinerutdanningen, men det er gjort et vellykket arbeid med å integrere historie med annen relevant fagundervisning, ikke minst gjennom PBL-modellen (4). Eksempler på en tilsvarende innsats er dokumentert fra De britiske øyer (5). Dessverre kommer det også hjertesukk fra samme kant om mangelen på historisk bevissthet i medisinerutdanningen, der historiefaget har forsvunnet fra mange medisinske fakulteter, gjerne til fordel for undervisning i etikk. Daniel Sokol har skrevet overbevisende om behovet for et historisk perspektiv i utdanningen av nye leger, ikke minst som grunnlag for en menneske- og etikkforståelse som kan være vel så viktig i klinisk praksis som anvendt etikk (6). Sokol ser for seg historieundervisning som en unik mulighet til å inspirere studenter med henvisning til medisinske bragder, samtidig som fagets eksempler på til dels groteske etiske feiltrinn kan styrke deres evne og vilje til å reflektere over rett og galt. For Sokol gir også historien en mulighet til å dyrke profesjonalitet og modenhet i en ellers hektisk studieprogresjon.

Nettopp denne forbindelsen med fortiden er også blitt fremhevet av Øivind Larsen som noe av det viktigste i den medisinske historieundervisningen ved Universitetet i Oslo: Målet er å gi studentene en forståelse av legerollen og internalisere en opplevelse av å stå i en historisk sammenheng som yrkesutøver (4).

Både Larsen og Sokol ønsker altså å utfylle og styrke studentenes oppfatning av legegjerningen som noe som praktiseres i en sammenheng. Men hvilken sammenheng? Hvilke historiske prosesser bør studentene oppleve at de tar del i?

Vender vi tilbake til bakgrunnen for undersøkelsen, kan vi se at hendelsene som er valgt ut i vår undersøkelse, er med på å skape én av flere mulige fortellinger om de siste 100 års medisinske historie. Denne historien har sin hovedtyngde på det vi bredt kan kalle medisinsk teknologi, oppfinnelser, og naturvitenskapelige innovasjoner; ikke på tanker og idéer. Studentenes relativt svake resultater på spørreundersøkelsen viser at de ikke kjenner *denne* historien inngående. Det er likevel ikke *denne* historien man hovedsakelig har satt seg som mål å undervise i ved norske institusjoner. I Norge er målsettingen i større grad å sette den kliniske praksis i sammenheng med andre historiske og sosiale hendelser, med en spesiell tyngde på spørsmål rundt folkehelse og helsepolitikk (7). Spørsmålet blir da hvilken historie man ønsker skal utgjøre grunnlaget for studentenes forståelse av faget, og dermed bidra til å skape fremtidens medisinske historie.

Vi takker Knut Kjeldstadli og Jardar Seim for historiefaglige innspill underveis.

Oppgitte interessekonflikter:

Ingen

Tabell

Hovedbudskap
• Undersøkelsen bekrefter at eldre leger har større generell medisinhistorisk kunnskap enn studenter • Sisteårsstudenter har noen flere spesifikke kunnskaper enn førsteårsstudenter • Både leger og studenter plasserte hendelser før den annen verdenskrig senere enn de reelt fant sted • Førsteårsstudenter plasserte nyere begivenheter tidligere enn de hendte; de antar at det knapt har vært viktige begivenheter etter 1980

LITTERATUR

1. Kjeldstadli K. Fortida er ikke hva den en gang var: en innføring i historiefaget. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget, 1999.
2. Le Fanu J. The rise and fall of modern medicine. London: Little Brown, 1999.
3. Westin S. Kunnskapens kår i helsens hus. I: Bing J, red. Kunnskapens vilkår: Akademikernes 10-årsjubileum. Oslo: Akademikerne, 2007: 40 – 50.
4. Larsen Ø. Learning medical history in Oslo: training for medical practice. Croat Med J 1999; 40: 29 – 33. www.cmj.hr/1999/40/1/9933893.htm (14.3.2010).

5. Sheard S. Developing history of medicine in the University of Liverpool medical curriculum 1995 – 2005. *Med Educ* 2006; 40: 1045 – 52. [PubMed] [CrossRef]
6. Sokol D. Perspective: Should we amputate medical history? *Acad Med* 2008; 83: 1162 – 4. [PubMed] [CrossRef]
7. Westin S. Velferd og helse i folketrygdens århundre. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119: 4507 – 13. <http://ww2.tidsskriftet.no/tsweb/199930/art11.html> (14.3.2010).

Publisert: 1. juli 2010. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI: 10.4045/tidsskr.09.1149

Manuskriptet ble motatt 23.9. 2009 og godkjent 8.4. 2010. Medisinsk redaktør Erlend Hem.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 15. juli 2026.