Universitetet i Bergen
Det medisinsk-odontologiske fakultet

Styresak: 146/11

Sak nr.: 2011/2047

Møte: 16.11.2011

Ny studieplan for medisinstudiet - prosjektskisse til drøfting

0. Sammendrag

På bakgrunn av interne og faglige prosesser er det vurdert å være behov for å utarbeide en ny studieplan for medisinstudiet i Bergen. Dette styrkes av eksterne og politiske prosesser.

Med basis i fakultetets strategiplan ble det gjort en utredning av dette i høstsemesteret 2010, og saken ble videre behandlet i vårsemesteret 2011.

Fakultetsledelsen presenterer nå skissen over studieplanarbeidet for Fakultetsstyret, med styrende prinsipper for det videre arbeidet med studieplanen, og forslag til en fremdriftsplan for arbeidet. Skissen vil diskuteres i instituttledergruppen, og endelig forslag til rammer for det videre arbeidet samt fremdriftsplan vil fremmes for Fakultetsstyret primo 2012.

1. Introduksjon

1.1 Historikk

Universitetet i Bergen (UiB) ble opprettet i 1946 og har siden sammen med Haukeland universitetssykehus (HUS) gitt tilbud om klinisk undervisning. Fra 1961 har UiB tilbudt et fullt medisinsk studium, også preklinisk undervisning. Siden etableringen har studiet hatt en tradisjonell studieplan. Studiet har vært inndelt i preklinikk, paraklinikk og klinikk. I de senere revisjonene av studieplanen har det vært en mer flytende grense mellom paraklinikk og klinikk i makroplanen, mens skillet mellom fag og emner har vært opprettholdt. Det har også vært gjort flere grep for i større grad å synliggjøre studiets hensikt i løpet av preklinikken, med innslag av klinikk i forskjellige varianter.

Studiet var på 1970- og -80-tallet inndelt i 18 moduler på 13 uker (terminer), slik at hvert studieår bestod av tre terminer. Den basalfaglige preklinikken (1. avdeling) hadde en varighet på 7 terminer; altså 2 år og 13 uker. På 1990-tallet ble 1. avdeling kortet ned til 2 år og 9 uker, og senere til 2 år (2005). Man gikk bort fra den systematiske inndelingen i terminer på 1/3

studieår, og nærmet seg en inndeling i semestre. Den nåværende studieplanen er basert på 150 studenter pr. år, delt i to halvkull à 75 studenter etter 2 år. Studieplanene for de to halvkullene er f.o.m. tredje studieår forskjøvet med ett semester.

Medisinstudiet i Bergen har lagt vekt på en grundig naturvitenskapelig basis, og et forskningsmessig fundament for medisin som fag og profesjon. Allmennmedisin og samfunnsmedisin har fått økt vekt, og også her har det vært vesentlig å sikre en god vitenskapelig og forskningsmessig basis.

Undervisningen er i dag organisert i ett av sju programutvalg (Programutvalg for medisinstudiet) på fakultetsnivået. Ansvaret for innhold, organisering og gjennomføring av de enkelte emnene er lagt til instituttnivået.

1.2 Utløsende faktorer for studieplanendring

1.2.1 Interne og faglige prosesser

Internasjonalt har utviklingen i medisinsk utdanning gått mot økende integrering av klinisk og basalfaglig læring. Dette har fått ulike former, fra svært integrerte studieplaner med pasientkontakt og klinisk virksomhet gjennom så og si hele studiet, til studieplaner med systematisk klinisk kontakt parallelt med og i samarbeid med øvrig undervisning. De øvrige tre fakulteter i Norge har i forskjellig grad og med noe forskjellig form lagt opp sine studieplaner for å oppnå økt integrering mellom basalfaglig, teoretisk undervisning og læringsformer med pasientkontakt.

Studieplanen i Bergen har vært under påvirkning for å oppnå dette i større grad, og særlig har det vært forsøkt å få til en bedre synliggjøring av klinisk medisin tidlig i studiet. I nåværende studieplan gjøres dette med enkelttimer (45 min) spredt i løpet av de to første studieårene, hvor en klinisk underviser tar opp pasientrelaterte tema. Disse timene skal ta utgangspunkt i fagstoffet som forøvrig undervises i den aktuelle perioden, og det oppmuntres til å ha med pasient i undervisningen.

Studentevalueringer har gjennomgående og ganske konsistent vist at studentene oppfatter de første årene i studiet som lite motiverende, og mange savner tydeliggjøring av studiet som en yrkesutdanning til pasientrettet virksomhet. Det har vært etterlyst tydeliggjøring av identiteten som lege og synliggjøring av hva det innebærer å utøve legeyrket.

Tilbakemeldinger har også vist at det er en utfordring for kliniske fag og undervisningen senere i studiet at kunnskap og kompetanse som skulle oppnås tidligere i studiet ofte svikter når den aktuelle kliniske undervisningen kommer, altså at det er lang tid mellom læring av basalfag og tilsvarende klinikk. Det kan da være vanskelig å oppnå motivasjon for læring av basalfag, og det kan bli for lang tid før denne kompetansen skal utnyttes i klinisk sammenheng.

Internasjonalt har utfordringen med ”curriculum overload” blitt lagt vekt på i arbeidet med medisinsk utdanning. Den totale kunnskapsmengden i praktisk medisin, og ikke minst i basalfagene som legger viktige premisser for klinisk praksis, har økt betydelig. Studietiden har vært den samme i svært lang tid, og en økning av studietiden er ikke realistisk. I EU er et medisinsk studium normert til 6 år eller minst 5500 timer. Dette innebærer at studieplanen blir tettpakket med lite tid både til læring, faglig fordypning og pasientkontakt, og dermed er

prioritering og utvalg av lærestoff blitt viktig. Det arbeides, riktignok noe spredt, med et kjernepensum (”core curriculum”) for medisinsk grunnutdanning for å møte denne utfordringen.

Det medisinsk-odontologiske fakultet startet arbeidet med å utarbeide strategiplan i mars 2009. I løpet av 2009 ble det utført et omfattende arbeid med datainnhenting i miljøene ved fakultetet og i aktuelle miljøer utenfor fakultetet og utenfor universitetet. I dette arbeidet ble det samlet inn en stor mengde data med mange og viktige innspill til den eksisterende studieplanen i medisin, og synspunkter med stor relevans for en revisjon av studieplanen. Som en konsekvens av dette ble undervisningen ved fakultetet generelt og den medisinske studieplanen spesielt grundig behandlet i det videre arbeidet med strategiplanen høsten 2009 og våren 2010, frem mot presentasjonen av den endelige planen i juni 2010.

Det europeiske arbeidet med studier og grader (Bologna-prosessen) har ledet til et overordnet system eller ‘rammeverk’ for beskrivelse av studier og kvalifikasjoner. Dette har i sin tur ledet til nasjonale ‘kvalifikasjonsrammeverk’, hvor Norge fikk sitt i 2009. Universitetene ble da pålagt å utarbeide beskrivelser av sine studier etter dette systemet, og ha en ferdig oversikt innen utgangen av 2012. Sentralt i dette systemet er beskrivelsen av både emner, studieavsnitt og studieprogrammer ut fra forventet læringsutbytte, i motsetning til beskrivelser av studienes innhold.

Det medisinsk-odontologiske fakultet startet dette arbeidet systematisk høsten 2009, og satte da en intern frist for ferdigstillelse av beskrivelsene ved utgangen av 2011. I løpet av dette arbeidet har det blitt klart at det må være en nær sammenheng mellom det ønskede og forventede læringsutbyttet, hvilke læringsformer og -arenaer som benyttes, og hvilke former for vurdering eller eksamen som benyttes. På denne måten har også arbeidet med kvalifikasjonsrammeverket synliggjort nødvendigheten av en grundig gjennomgang av studieprogrammene med hensyn på læringsutbyttet, lærings- og vurderingsformene.

1.2.2 Eksterne og politiske prosesser

Tidlig i vårsemesteret 2009, under et innledende møte i forbindelse med strategiprosessen ved MOF, ble det gitt muntlig informasjon fra Helsedirektoratet om at det planlegges å øke studiekapasiteten i medisin i Norge med 200 studenter. Bakgrunnen ble sagt å være dels at en ønsker å redusere omfanget av norske medisinstudenter i utlandet, og dels at en så økning i studentopptaket som et inntak for å kunne påvirke innretningen på innholdet i medisinutdanningen for å understøtte større reformer i helsepolitikken.

Denne argumentasjonen ble lagt ut som en pressemelding på direktoratets nettsider vårsemesteret 2009. Etter dette har saken ligget i bero, og i dialogen med eget departement (Kunnskapsdepartementet) har ikke et økt opptak for medisinutdanningen av dette omfanget vært tema. Det har derimot vært et tema i samarbeidssamtaler mellom de fire medisinske fakultetene, både på studiedekan-nivå og på dekan-nivå. Hvis UiB kan eller ønsker å påta seg økt studentopptak, er det rimelig å tenke seg 50-75 flere studenter, av et totalt antall nasjonalt på 200-225 flere studenter pr. år.

Parallelt med diskusjonen om studiekapasitet la regjeringen frem stortingsmeldingen om Samhandlingsreformen i juni 2009, hvor det ble presentert et økt samarbeid mellom helsetjenester på alle nivåer, lokalt og regionalt. Dette innebærer også en styrking av

primærhelsetjenesten og sykehjemstjenesten, og økt samarbeid mellom lokale og sentrale helsetjenester på spesialistnivå. I en ny studieplan må vi forholde oss til dette, og styrke allmennmedisinens og aldersmedisinens plass. Samtidig må vi øke vekten på samarbeid mellom sykehusene som kompetansesentra med de lokale helsetjenestene.

Turnustjenesten i sin tidligere form avvikles. I stedet skal nyutdannete leger starte i nybegynnerstillinger i helseforetakene. Det er fortsatt ikke helt klart hvordan disse stillingene vil fungere som ledd i videre kvalifisering. Turnustjenesten var for mange den perioden der en som lege fikk den viktigste praktiske treningen. Det er derfor viktig å avklare forventningene ikke minst til hvilke praktiske ferdigheter kandidatene skal ha når de starter i begynnerstillinger for leger, og hvilke ferdigheter som først og fremst skal tilegnes og trenes på i begynnerstillingene. Dette blir vesentlig for planleggingen av innholdet i grunnutdanningen.

1.3 Utfordringer ved den eksisterende studieplanen

Studieprogrammet oppfattes i dag som fragmentert, både faglig og administrativt. Det oppfattes at det er for lite sammenheng og koordinering mellom basalfag, parakliniske og kliniske fag, og mellom kliniske fag. Dette er synliggjort i studentevalueringer.

Det klare skillet mellom basalfag og klinikk oppfattes som uhensiktsmessig. Både studenter og undervisere i kliniske fag gir tilbakemelding om at det er lang avstand mellom læring av basalfag og anvendelse av kunnskapen i para- og kliniske fag.

Studentevalueringer viser at studentene vanskelig oppfatter studiets mål i løpet av de første 1-2 årene av studiet, og mener at læringssituasjonen domineres av basalfaglig stoff som de lett oppfatter som mindre aktuelt og relevant for deres studium.

En overfylt studieplan med ”curriculum overload” fører til eksamensstyrt læring og oppgavepugging for eksamen.
Det er stor vekt på spesialitetsstyrt og sentralisert medisin, og lite vekt på samarbeid mellom lokale helsetilbud og institusjonshelsetjenesten.

Undervisning og vurderingsformer er i utakt med målene for læringsutbytte. Evalueringer tyder på at konflikter mellom læring og eksamen ikke er uvanlige.

Både programsensorrapporter og studentevalueringer tyder på at det bør benyttes mer studentaktiviserende læringsformer.

Det er en rekke eksempler på for lite kommunikasjon mellom de forskjellige komponentene i studieplanen, både innen emner og mellom emner.

Det er få sentrale virkemidler for styring. Emnenes form og innhold styres desentralisert på instituttnivå.

2. Prosess så langt

Prosessen for en ny studieplan for medisinstudiet ved Universitetet i Bergen bygger på en rekke forskjellige elementer. Mange av disse er oppsummert i visedekanens rapport om prosessen fra juni 2011 (vedlegg C). Her listes de viktigste trinnene i prosessen:

- Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk våren 2009
- Fakultetets arbeid med kvalifikasjonsrammeverket fra høsten 2009 – frist utløpet av 2011
- Læringsutbyttebeskrivelser for emner og programmer, prosess i fagmiljøer og ved institutter
- Arbeidet med Fakultetets strategiplan. Arbeidet ble påbegynt i mars 2009 og planen ble vedtatt juni 2010
- Mandat for utredning av ny studieplan juni 2010, nedsettelse av prosjektgruppe (vedlegg A)
- Haug-komiteens innstilling levert desember 2010 med forslag til styrende prinsipper (vedlegg B)
- Oxford Research sin rapport om organiseringen av Det medisinsk-odontologiske fakultet, juni 2011
- Fakultetets handlingsplan vedtatt juni 2011
- Visedekans rapport om prosess vårsemesteret 2011 med vurderinger og anbefalinger, juni 2011 (Gottfried Greve; vedlegg C)
- Opprettelse av internasjonal koordinatorstilling ved fakultetet høsten 2011
- Internasjonalt ansvarlige i alle programutvalgArbeid med ferdighetssenter – avtale med Helse Bergen om etablering av felles ferdighetssenter 2011

3. Fakultetsledelsens føringer

3.1 Prosjektgruppens forslag legges til grunn

Fakultetsledelsen vurderer prosjektgruppens forslag (desember 2010) som svært godt, og i hovedsak ønsker fakultetsledelsen at forslaget til styrende prinsipper for en ny studieplan for medisinstudiet fra prosjektgruppen i 2010 legges til grunn for det videre arbeidet (vedlegg B). Prosjektgruppens forslag kan oppsummeres slik:

Målsetningen med studiet: Den overordnede målsetning for profesjonsstudiet i medisin ved UiB skal være å gi studentene en solid faglig plattform slik at de er kvalifisert for turnuslisens og kan starte turnustjeneste eller starte i nybegynnerstillinger innenfor en hvilken som helst medisinsk spesialitet. Studiet skal således være en grunnutdannelse for all videre spesialistutdannelse. Studiet skal gi studentene en bred og faglig oppdatert kunnskapsbase og evnen til ny kunnskapshåndtering og kritisk kildesortering.

Opptak til studiet: Gruppen foreslår at opptak til medisinerstudiet skjer to ganger i året (august og februar). Komiteen foreslår at opptaket til odontologistudiet skjer samtidig med opptaket til høstkullet i medisin i august og at opptaket til ernæringsstudiet og farmasi-studiet skjer samtidig med opptaket til vårkullet i medisin i februar.

Timeplanfestet undervisning: Kjernearbeidstiden for studenter foreslås definert til 0800-1500 mandag til fredag for timeplanfestet undervisning. En hel eller to halve dager gjøres undervisningsfri. Det foreslås maksimalt 20 timeplanfestete undervisningstimer og maksimalt 10 (evt. 8) timer forelesninger per uke. Den resterende timeplanfestede undervisningen skal følge andre studentaktiviserende læringsformer. Studentene skal ha minimum 14 timer egen lesetid per uke innenfor den definerte kjernearbeidstiden. Denne hovedregelen skal gjelde for den samlede undervisningsplanen i hvert semester, men kan tilpasses i forhold til utplasseringer og kurs innenfor et semester. 20 timeplanfestete undervisningstimer kan overskrides hvis det dreier seg om pasientnær virksomhet, enten den er lærerstyrt eller del av obligatorisk tilstedeværelse på poliklinikker eller avdelinger.

Organisering av studiet: Studieåret foreslås delt i tre: høstsemester på 18 uker (august til desember), vinterkurs på 4 uker (januar), vårsemester på 18 uker (februar til juni). Samme undervisning gjentas høst og vår. Vinterkursene er roterende spesialkurs som er obligatoriske, men hvor den enkelte student kan bestemme når de vil følge det enkelte kurset og om de vil ta kurset en eller flere ganger. Vinterkursene kan være åpent for flere kull. Dette vil gi studentene større fleksibilitet.

Studiet foreslås inndelt i 3 perioder hver på 2 år. Det legges opp til spiralundervisning hvor hver 2-års periode er en ”runde” i spiralen.

Siste semester blir i all hovedsak integrert case-basert undervisning av komplekse medisinske tilstander og trening i å bruke kunnskaper fra basalfag og klinikk til å oppnå gode og evidensbaserte beslutninger. På dette stadiet i studiet skal studentene kunne redegjøre for rasjonalet bak valg av metode og kunne vurdere metodens sensitivitet og spesifisitet.

Allmennmedisinsk undervisning introduseres tidlig i studiet og må integreres med den øvrige kliniske undervisningen slik at studentene under hele studiet opplever kontinuitet i utredning og behandling på forskjellige nivåer i helsevesenet. Studentene må forstå begrunnelsen for Samhandlingsreformen og nødvendigheten av å samarbeide horisontalt og vertikalt i helsevesenet. Studentene må forstå at Samhandlingsreformen er like viktig i 1. og 2. linje tjenesten.

Viktige undervisningsarenaer utenfor UiB/HUS: Gruppen presiserer at studiet må tilpasses de utfordringer helsevesenet møter de neste 10-20 årene. Behandling av kroniske sykdommer og helseproblemer blant eldre må bli et sentralt tema i undervisningen. Sykehjemmene må bli en viktig læringsarena og sykehjemsleger må trekkes aktivt inn i gruppebasert undervisning på samme måte som på samarbeidende sykehus. Utplasseringen av studenter i allmennpraksis må styrkes gjennom hele studiet. Utplasseringen av studenter på andre sykehus i regionen må opprettholdes. Lokalsykehus som i dag ikke brukes til studentundervisning bør trekkes inn i utplasseringen. Det må legges til rette for mest mulig ”bed-side teaching” og arbeid på sykehusavdelinger og poliklinikker mens studentene er utplassert.

Fakultetet må legge til rette for økt internasjonal studentutveksling selv om det går på bekostning av noe av den undervisningen som blir gitt fra UiB. Internasjonal utveksling har en egenverdi. Det er studentenes ansvar å sørge for at de skaffer seg den kunnskapen de eventuelt har gått glipp av mens de har vært på utveksling før de avslutter studiet.

Bruk av lærerkrefter/undervisningsressurser: Det foreslår at man i store fag med mange lærere kan velge å fordele undervisningsoppgavene slik at en lærer enten underviser i høstsemesteret eller i vårsemesteret. Antallet forelesninger foreslås redusert og den frigjorte undervisningskapasiteten foreslås brukt til andre gruppebaserte undervisningsformer. UiB sin generelle arbeidstidsfordeling (46 % undervisning, 46 % forskning og 8 % administrasjon) må dokumenteres for alle vitenskapelig ansatte gjennom undervisningsregnskap og /eller annen dokumentasjon. Veiledning av PhD-kandidater i skrivefasen hvor veileder er medforfatter bør defineres som forskning og ikke undervisning. Komiteen foreslår derfor at bare første halvparten av tiden som brukes til veiledning av PhD-kandidater defineres som undervisning. For å få mer kontinuitet og helhet i undervisning er det en overordnet målsetning at hver student møter færre lærere i hvert enkelt av de store fagene og at disse dekker et bredere tematisk undervisningsområde.

Faglig ledelse og administrasjon av undervisningen: Gruppen foreslår en sterkere styring av undervisningen, både kvalitativt og kvantitativt på tvers av instituttgrensene. Undervisningsoppdraget må løftes ut av instituttene og over på fakultetet som må administrere og koordinere undervisningen i samarbeid med Programutvalget. Programutvalget må bli et sterkt faglig styringsorgan. Vi foreslår at det etableres et semesterstyre med en semesterleder for hvert semester (1-12). Alle fagene som undervises i semesteret er representert i semesterstyret. Semesterlederne for vårsemestrene er også ansvarlige for vinterkursene. Semesterlederne får faglige fullmakter i forhold til de fagene som undervises i deres semester både når det gjelder planlegging, gjennomføring og evaluering. Programutvalget består av de 12 semesterlederne som internt velger en programutvalgsleder.

Alle studentene må få egen veilednings- og undervisningskompetanse. Alle studentene i femte studieår skal under supervisjon veilede studentene i første til fjerde studieår et semester. Gruppen anbefaler ikke omlegging til klassisk PBL undervisning, men argumenterer for mer problemorientert undervisning hvor en tar utgangspunkt i relevante kliniske problemstillinger. Dette vil være spesielt aktuelt i smågruppeundervisningen og i de siste semestrene av studiet.

Eksamen/ kunnskaps- og ferdighetstesting: Det arrangeres en eksamen ved avslutningen av hvert semester hvor studentene testes i det de har lært i dette semesteret (halvparten av spørsmålene) og i de foregående semestrene i studiet. Det er mulig å bruke flervalgsprøver hvor spørsmålene kan hentes fra en internasjonal databank og svarene behandles "administrativt" uten eksaminator/ekstern sensor. Semestertestene vurderes med poenggradering og karaktersettes slik at studentene får tilbakemelding på hvordan de ligger an og kan følge egen faglig utvikling. Antallet poeng til hver av disse semestertestene kan danne grunnlag for en standpunktkarakter. I tillegg bør en ta i bruk tjenestekort som dokumenterer at studentene har gjennomført praktisk/klinisk undervisning i hvert enkelt semester.

Det foreslås en sekstimers eksamen ved avslutningen av studiet hvor studentene kan bli spurt i alle fag (integrert eksamen med kasuistikker). Det blir samtidig arrangert en eksamen hvor studentene blir testet i praktiske prosedyrer, undersøkelsesteknikk, laboratorietester og kommunikasjonsferdigheter (OSCE). Det foreslås gitt en hovedkarakter ved avsluttende eksamen som sammen med standpunktkarakteren anføres på avgangsvitnemålet.

Det anbefales at den akademiske kompetansen til legestudentene styrkes. Studentene må få vitenskapelige kvalifikasjoner som gjør at de kan analysere og vurdere metoder og prinsipper som danner grunnlag for forebyggelse, diagnostikk og behandling. Komiteen anbefaler derfor økt satsing på kunnskapsbasert undervisning både i diagnostikk, terapi og kommunikasjon. Dette bør organiseres som et eget fag eller fagsøyle gjennom hele studiet. Klinisk statistikk, EBM, kritisk artikkellesing og arbeidet med fordypningsoppgaven kan inkorporeres i dette faget.

3.2 To grupper av prinsipper

Det er en rekke faktorer som fakultetsledelsen mener er viktige ved planleggingen av en ny medisinsk studieplan. Fakultetsledelsen vil fremme to grupper av prinsipper for en ny studieplan:

1) Ytre rammer, organisering og faglig innhold
2) Prinsipper for læring, læringsarenaer og -metoder

3.2.1 Ytre rammer, organisering og faglig innhold

- Fakultetet har som oppgave å sørge for ALLE studieprogrammene ved fakultetet på like god måte. Under planlegging av medisinstudiet må man ta hensyn til det eksisterende samarbeidet med odontologi- og ernæringsstudiet i 1. studieår.

- Ut fra foreliggende informasjon ønsker fakultetsledelsen ikke umiddelbart å legge til rette for økt studentantall, men åpne for muligheten for senere modifikasjon for å kunne øke antallet innenfor prinsippene for studieplanen. Konkret betyr dette at

studiestart nå legges til august for alle studentene, og gruppen deles i to halvkull senere i studiet. Hvor mange semestre undervisningen skal holdes samlet for et helt kull (årsopptak) med medisinstudenter før det deles i to med et valgsemester for den ene kullhalvdelen må utredes og avklares, men fakultetsledelsen ser for seg 2 år (4 semestre). Dette betyr at samarbeidet med odontologi- og ernæringsstudiene i første studieår planlegges å fortsette. Imidlertid vil man med en semesterbasert studieplan senere kunne endre dette til opptak to ganger i året, med tilførsel av ressurser, hvis det blir aktuelt med økt studentopptak. Her skiller fakultetsledelsens oppfatning seg fra Prosjektgruppens.

- Det er et sterkt ønske å beholde de sterke sidene ved medisinstudiet i Bergen. Vi har et godt renommé for et studium som er sterkt naturvitenskapelig og forskningsmessig basert, og gir et sterkt og godt fundament i medisinske basalfag.

- Vekten på helsetjenestene på kommunalt nivå og samarbeidet mellom førstelinjetjenesten og spesialisthelsetjenesten må økes. Kontakten med kommunehelsetjenesten må styrkes. Dette må sees i sammenheng med Samhandlingsreformen (1.1.2012). Prinsippet med «spirallæring» i 2-årsmoduler som beskrevet av Prosjektgruppen ønskes ikke vektlagt. Progresjonen i studiet ønskes ikke bundet opp til dette prinsippet. Det er uansett naturlig at vekten på basalfagene er størst de første årene i studiet og vekten på kliniske fag økes gjennom studiet ('Z-modell').

- Studiet må gjøres oversiktlig. Dette begrunnes både i bedret kommunikasjon eksternt om studiet, og intern administrasjon og oversikt. Dette vil styrke den interne kvalitetssikringen, og gjøre både internt samarbeid og internasjonal utveksling lettere. I det videre arbeidet må det også arbeides med å minske undervisningsomfanget og med kritisk å vurdere detaljeringsgraden, for aktivt å motvirke "curriculum overload".

- Studiet skal baseres på en inndeling i semestre. Et semesterstyre skal være ansvarlig for innhold og gjennomføring av hvert semester. I semesterstyret skal alle emner som undervises i semesteret være representert, samt studenter. Ett institutt gis ansvar for hvert semester, og har leder for semesterstyret.

- Fakultetsledelsen ønsker å legge opp til tildeling av bachelorgrad etter 3 år av studiet, og å opprette en 3-årig mastergrad med 20 (30) studiepoengs masteroppgave (videreutvikling av særoppgaven). Her skiller fakultetsledelsens oppfatning seg fra Prosjektgruppens. En bachelorgrad skal kvalifisere for masterstudiet i medisin ved UiB, og også for masterstudier i human biologi og andre biologiske fag, som er kvalifiserende til videre forskerutdanning. Bachelorstudiet vil også kunne brukes i kombinasjon med andre utdanninger (journalistikk, økonomi, samfunnsvitenskapelige fag) og gi en grunnleggende medisinsk kompetanse. Opptak til masterstudiet i medisin vil måtte begrenses til våre egne bachelorstudenter hvis ikke andre bachelorstudier blir godkjent etter en grundig prosess. Det er mulig med opptak til enten a) bare bachelorstudiet eller b) hele medisinstudieløpet. Masteroppgaven vil være en

videreutvikling av dagens særoppgave, og beholder omtrent sin nåværende form. Omfanget må være 20-30 studiepoeng. Medisinstudiet skal kvalifisere vitenskapelig på mastergradsnivå, og skal altså forberede studentene for oppstart av PhD-utdanning. Studiet må derfor inneholde vitenskapelig metode, etikk og trening i vitenskapelig informasjonssøking og kritisk lesing på masternivå.

- Forskerlinjen bør beholdes omtrent som i dag.
- Ett semester skal være valgfri fordypning, og gi mulighet for fleksibel internasjonal utveksling.
- Ett semester skal være engelskspråklig og egnet for innveksling. Her skiller fakultetsledelsens oppfatning seg fra Haug-komiteens forslag. Forslaget om kurs i «Public health» som tilbud til utenlandske studenter (i både medisin, odontologi, ernæring og farmasi) er et spennende forslag som må utredes videre. Fakultetsledelsen ønsker ikke å stoppe prosessen med et engelskspråklig mor-barn-semester nå, og vil så langt gå inn for at et semester i den nye studieplanen inneholder pediatri og gynekologi/obstetrikk.
- Noen temaer kan skilles ut og være langsgående, og andre må ivaretas særskilt på annen måte. For noen temaer er det også aktuelt å ivareta dem i form av et konsentrert kurs i den 4-ukers vinterterminen. Som eksempler på temaer som kan egne seg for særskilt behandling, kan nevnes:
    - aldersmedisin
    - kommunikasjon
    - profesjonsutvikling
    - helsepolitikk og -ledelse
    - helse og fysisk aktivitet
    - helse og samfunn / sosiokulturelle faktorer
    - helsejus
    - kvalitetsarbeid i helsetjenestene
    - palliativ medisin
    - subjektive helseplager

3.2.2 Prinsipper for læring, læringsarenaer og –metoder

- Sammenhengene mellom det ønskede / forventede læringsutbyttet og de læringsformene og -arenaene som benyttes må gjøres så gode som mulig. På samme

måte må vurderingsformene egne seg så godt som mulig for å vurdere det oppnådde læringsutbyttet mot det som er ønsket.

- Ferdighetstreningen må være god og kvalitetssikret. Best mulig bruk av det planlagte ferdighetssenteret må synliggjøres. Dette gjelder trening i individuelle kliniske (manuelle) ferdigheter, samarbeidstrening og trening i lagarbeid, og trening i kommunikasjon.

- Studentene skal eksponeres tidlig for klinisk virksomhet, for eksempel i primærhelsetjenesten og på sykehjem.

- Antall eksamener og eksamensperioder må reduseres i forhold til i eksisterende studieplan. Eksamener må legges i siste del av semesteret. Vurderingsformene skal gjenspeile det forventede læringsutbyttet.

- Læringsformene skal i størst mulig grad aktivisere studentenes eget arbeid med læringen, og gjøre læringen til en prosess blant studentene og hos den enkelte studenten. Undervisningen skal gjøre denne prosessen så effektiv og god som mulig, med nødvendig kvalitetssikring.

- For å oppnå dette er det naturlig å ta i bruk en viss grad av case-basert læring.

- I alle fag skal det legges vekt på aktualisering av faget, i et anvendelsesperspektiv. I mange tilfeller vil det være naturlig å sette temaet i en klinisk sammenheng, i andre tilfeller i et folkehelse- eller samfunnsperspektiv.

- Legen som leder og pedagog: studenter bør brukes som lærere/veiledere for yngre studenter. Modeller for dette må utredes.

3.3 Konkretisering

Fakultetsledelsen mener de følgende punkter er av særskilt viktighet, og vil fremme disse som førende for den videre prosessen:

1) Studiet skal ha en bachelor-master-organisering. Det opprettes en 3-årig bachelorgrad og det søkes om å opprette en 3-årig mastergrad. Studiet skal forberede studentene for oppstart av PhD-utdanning. Studiet må derfor inneholde vitenskapelig metode, etikk og trening i informasjonssøking, kritisk lesing og vitenskapelig skriving på masternivå.

2) Studiet deles i semesterbaserte blokker på 18 uker, med 4 ukers valgfrie kurs i januar, slik det beskrives i rapporten fra desember 2010.

3) Studiets innhold organiseres etter en såkalt «Z-modell», med mest vekt på basalfag i de tidlige semestrene, og mer vekt på kliniske fag senere. Studentene skal tidlig eksponeres for klinikk, for eksempel i primærhelsetjenesten.

4) «Curriculum overload» skal aktivt motvirkes ved at læringsutbyttebeskrivelser, undervisningsomfang og detaljeringsgrad vurderes kritisk.

5) Hvert semester ledes av et semesterstyre.

6) Administrasjonen av hvert semester legges til et institutt som har det faglige ansvaret for en stor del av semesterets innhold. Leder av semesterstyret skal komme fra dette instituttet.

7) Det legges opp til studentaktiviserende læringsformer, som knytter læringsutbyttet til anvendelse. Det må utvikles læringsarenaer for basalfag, parakliniske, kliniske og samfunnsmedisinske fag. Klinisk undervisning må utvikles for å gjøre bruken av pasientkontakt så effektiv som mulig i læringen, og kvaliteten på den tiden studentene bruker i klinikken må gjøres så god som mulig. Dette kan gjøres ved økt bruk av poliklinikker, lengre og nærmere tilknytning til kliniske sengeposter, ved bruk av primærhelsetjenesten og sykehjem.

8) Samarbeidet med helseforetakene er vesentlig for den kliniske læringen. Imidlertid skal studiet benytte seg av samarbeidet med flere sykehus. Utplasseringsperiodene kan gjerne ta form av lengre perioder med klinisk praksis, hvor man også kan benytte internasjonal utveksling.

9) Samarbeidet med den kommunale helsetjenesten må økes betydelig, i tråd med samarbeidet i helsevesenet som følger av Samhandlingsreformen. Fakultetsledelsen ønsker kommunehelsetjenesten som en vesentlig læringsarena, som gjerne skal tas i bruk helt fra tidlig i studieløpet.

10) Internasjonal utveksling fasiliteres ved: a) lengre kliniske perioder, egnet for utveksling i form av opphold ved kliniske avdelinger, b) engelskspråklig semester, c) semesterinndeling som bedrer mulighetene for utveksling i ordinære undervisningsperioder, d) videreutvikling av valgfritt undervisningstilbud i global helse.

4. Prosess og mandater

Fakultetsledelsen skal være overordnet i prosessen, og vil ha regelmessig og hyppig rapportering fra styringsgruppen.

Institutt- og lærermedvirkning og medansvar er viktig i prosessen med å utvikle både studieplanen og semestrenes innhold. I prosessen må det søkes å involvere lærerstaben som deltakere i arbeidsgrupper og semestergrupper, samt å engasjere staben ved å arrangere seminarer og møter.

Organiseringen må være tydelig og rapporteringslinjene klare.

4.1 Styringsgruppe

Prosjektet skal ha en styringsgruppe, sammensatt av visedekan for utdanning, en prosjektleder, vitenskapelige og administrative ansatte og studenter.
Gruppen skal ha som mandat å koordinere prosessen og gjennom hyppig kommunikasjon med arbeidsgruppene sikre at arbeidet har god progresjon og foregår innenfor prosjektets rammer.

4.2 Arbeidsgrupper

- arbeidsgruppe for semesterinndeling (makroplan)
  - studiets makrostruktur
  - hovedinnholdet i hvert semester, fagsammensetning
    - samarbeidet med odontologi og ernæring 1. år
  - ansvarlig institutt
  - valgfri termin – mulig utveksling (praksistermin?)

- arbeidsgruppe for samhandling
  - hva vil Samhandlingsreformen bety for medisinstudiet?
  - konsekvenser av reformen
  - muligheter for samarbeid med kommunehelsetjenesten

- arbeidsgruppe for læringsformer
  - vurdere forholdet mellom læringsutbytte og læringsform
  - vurdere og foreslå gruppe/studentaktiviserende former
    - case-basert
  - vurdere hvordan tiden i klinikken kan brukes effektivt med god kvalitet
    - kliniske læringsformer

- arbeidsgruppe for vurderingsformer
  - hvordan vurdere læringsutbyttet
  - forskjellige vurderingsformer for forskjellig nivå
  - vurdering av klinisk kompetanse

        - vurdere og foreslå sammensetningen og formen på semestereksamen
            - og behovet for underveis-vurdering

    - arbeidsgruppe for vinterkursene og langsgående temaer
        - hva som kan egne seg for å legges til vinterkursene (obligatoriske og valgfrie)
        - hvilke tema som egner seg i forskjellige deler av studiet
        - hvilke tema som egner seg som langsgående, gjennomgående tema gjennom hele eller store deler av studiet

4.3 Fremdrift

Høsten 2011 (november): Skissen diskuteres i instituttledergruppen. Skissen presenteres for Fakultetsstyret.
Våren 2012: Fakultetets føringer fremmes for Fakultetsstyret for vedtak (januar / februar). Styringsgruppe og arbeidsgrupper nedsettes. Det arrangeres møter ved alle institutter, og hver arbeidsgruppe arrangerer minst ett seminar.
Høsten 2012: Resultatet av arbeidet presenteres i høringsmøte ved fakultetet. Arbeidet presenteres til høring ved helseforetak, kommunehelsetjeneste, andre fakulteter og andre instanser som blir vurdert relevante.

Våren 2013: Videre arbeid med konkretisering i arbeidsgruppene etter høringen.
- Ferdig våren 2013: 1) makroplan, semesterbeskrivelse og 2) plan for lærings- og vurderingsformer til vedtak. 3) semestergrupper nedsettes.

Fra høsten 2013: semestergrupper lager detaljplaner for hvert semester ut fra læringsutbyttebeskrivelsene. Læringsutbyttebeskrivelsene gjennomgås kritisk med tanke på omfang og detaljeringsgrad. Ønsket læringsutbytte, undervisningsomfang og vurdering skal samsvare.

Implementeringstidspunktet bestemmes i løpet av 2013.

5. Liste over fakultetets dokumenter

Følgende dokumenter er viktige interne grunnlagsdokumenter i prosessen mot en my studieplan i medisin:

- Rapporter fra programsensor for medisinstudiet 2008-1010
- Strategiplan juni 2010 - undervisningsdelen
- Mandat for utredning juni 2010 (vedlegg A)

- Rapport fra Prosjektgruppen ('Haug-utvalget') desember 2010 (vedlegg B)
- Handlingsplan juni 2011
- Rapport fra visedekan for utdanning juni 2011 (vedlegg C)

Forslag til vedtak

Fakultetsstyret har fått skisse til Prosjekt for medisinsk studieplan til drøfting, og ber dekanen om å arbeide videre med prosjektering, etter rammene i saksforelegget og med de innspill som kom fra styret.

Nina Langeland
dekan

Nina Mevold
fakultetsdirektør

08.11.2011 /ARTJ/TOMI

Vedlegg:

A: Mandat for utredning, sak til Fakultetsstyret juni 2010.

B: Forslag til styrende prinsipper for en revisjon av studieplanen på profesjonsstudiet i medisin ved Universitetet i Bergen, Fakultetskomite ledet av Kjell Haug, desember 2010.

C: Rapport om prosess for ny medisinsk studieplan, Gottfried Greve, juni 2011.