



Møteinnkalling

Møtested

Scandic Ørnen – Lars Hilles gate 18, Bergen

Dato

16.10.2025

Tidspunkt

09:00 – 15:00 Styreseminar

15:15 – 17:00 Fakultetsstyremøte

17:30 – 18:30 Middag Scandic Ørnen

Saksliste og sakspapirer følger vedlagt.

Eventuelle forfall bes meldt snarest til Gjert Bakkevold, tlf. 55 58 61 97, epost: gjert.bakkevold@uib.no

Med vennlig hilsen

Sveinung Hole
styreleder

Marit Bakke
dekan

Innkalling er sendt til:

Sveinung Hole

Thomas Michael James Stevenson

Vegard Slettvoll

Tine Veronica Karlsen

Dagmar Fosså Bunæs

Elisabeth Farbu

Anne Runa Kathrine Risa Bakke

Trude Skogstrand

Bjørn Tore Gjertsen

Saksliste

Saksnr.	Tittel	Lukket
S 70/25	Godkjenning av innkalling og saksliste – vurdering av habilitet	
S 71/25	Godkjenning av protokoll fra fakultetsstyret, Det medisinske fakultet, 03.09.2025	X
S 72/25	Godkjenning av protokoll fra fakultetsstyret, Det medisinske fakultet, 16.09.2025	X
S 73/25	Økonomistatus per august	
S 74/25	Evaluering av økonomitjenestene til Klinisk institutt 1 og Klinisk institutt 2, forslag til organisering	
S 75/25	Organisasjon tilpasset en ny hverdag - Institutt for klinisk odontologi	
S 76/25	Nedlegging av studieretning Genetisk veiledning, masterprogram i helse og samfunn	
S 77/25	Ny studieplan for integrert masterprogram i farmasi	
S 78/25	Oppnevning av ekstern fagfelle for medisinstudiet 2026-2029	
S 79/25	Oppnevning av styrer og komiteer for ulike fond og legater ved Det medisinske fakultet	
S 80/25	Mandat til gjennomgang av kjernefasiliteter ved Det medisinske fakultet	
S 81/25	Retningsline for godkjenning av pedagogisk kompetanse for vitenskapleg tilsette	
S 82/25	Endring av tidlegare vedtak om fullmaktslister	
S 83/25	Tilsetting - instituttleder ved Institutt for klinisk odontologi	X
S 84/25	Fullmaktsaker til møtet 16.10.2025	X
S 85/25	Orienteringssaker til møtet 16.10.2025	



UNIVERSITETET I BERGEN

Styre
Fakultetsstyret ved Det medisinske fakultet

Arkivreferanse
2025/332
Styresak
71/25

Dokumentdato
09.10.2025
Møtedato
16.10.2025

Unntatt fra innsyn i henhold til offl. § 25, 1. ledd

Godkjenning av protokoll fra fakultetsstyret, Det medisinske fakultet, 03.09.2025

Utkast til protokoll fra fakultetsstyret 03.09.2025 er vedlagt.

Forslag til vedtak

Fakultetsstyret ved Det medisinske fakultet godkjenner protokollen fra møtet 03.09.2025.

Marit Bakke
Dekan

Synnøve Myhre
Fakultetsdiaktør

09.10.2025/Gjert Bakkevold
Vedlegg

1 Utkast protokoll møte 03.09.2025



Møteprotokoll

Møtested

Armauer Hansens hus – Styrerrommet, 4. etasje

Dato

03.09.2025

Tidspunkt

13:15–15:10

Til stede

Navn	Funksjon	Gruppe	Varamedlem for
Bjørn Tore Gjertsen	Medlem	A	
Tine Veronica Karlsen	Medlem	A	
Trude Skogstrand	Medlem	C	
André Høberg	Varamedlem	D	Vegard Slettvoll
Elisabeth Farbu	Medlem	E	
Dagmar Fosså Bunæs	Medlem	A	
Jon Asbjørn Risgaard Kanavin	Varamedlem	B	Thomas Michael James Stevenson
Sveinung Hole	Leder	E	

Til stede fra dekanatet

Marit Bakke	Dekan
Reidun Lisbet Skeide Kjome (t.o.m. sak 64/25)	Visedekan

Til stede fra administrasjonen

Synnøve Myhre	Fakultetsdirektør
Martha Hoen Dahle (sak 64/25)	Seksjonsleder studie
Kristine Tangen (t.o.m. sak 64/25)	Seksjonsleder økonomi
Jan Vidar Dammen-Hjelmeseth (fra sak 59/25 t.o.m. sak 64/25)	Seksjonsleder HR
Håkon Mollestad (t.o.m. sak 63/25)	Controller økonomi
Gjert Bakkevold (ikke sak 65/25)	Protokollskriver



Saksliste

Saksnr.	Tittel	Lukket
S 55/25	Godkjenning av innkalling og saksliste	
S 56/25	Godkjenning av protokoll fra fakultetsstyret, Det medisinske fakultet, 10.06.2025	X
S 57/25	Fakultetsstyret 01.08.2025 - 31.07.2029 - konstituering	
S 58/25	Godkjenning av prodekan og oppnevning av visedekan for perioden 01.08.2025 - 31.07.2029	
S 59/25	Oppnevning av medlemmer til Ansettelsesutvalget for faste vitenskapelige stillinger ved Det medisinske fakultet, perioden 01.08.2025 - 31.07.2029	
S 60/25	Oppnevning av medlemmer til Tilsettingsrådet for midlertidig vitenskapelige stillinger ved Det medisinske fakultet, perioden 01.08.2025 - 31.07.2029	
S 61/25	Forslag til møtedatoer i fakultetsstyret ved Det medisinske fakultet - våren 2026	
S 62/25	Budsjettforslag for 2026 og langtidsbudsjett 2027-2030 for Det medisinske fakultet	
S 63/25	Økonomistatus per juli	
S 64/25	Studiekvalitetsmelding 2024-25	
S 65/25	Opprykk til professor etter kompetansevurdering - søknadsrunden vår 2025 - godkjenning av bedømmelsen	X
S 66/25	Fullmaktsaker til møtet 03.09.2025	X
S 67/25	Orienteringssaker til møtet 03.09.2025	

S 55/25 Godkjenning av innkalling og saksliste – vurdering av habilitet

Det var ingen varsel om inhabilitet. Saker merket «Unntatt offentlighet» ble behandlet i lukket møte.

Vedtak

Innkalling og saksliste ble godkjent.

S 56/25 Godkjenning av protokoll fra fakultetsstyret, Det medisinske fakultet, 10.06.2025

Vedtak

Fakultetsstyret ved Det medisinske fakultet godkjenner protokollen fra møtet 10.06.2025.

S 57/25 Fakultetsstyret 01.08.2025 - 31.07.2029 - konstituering

Vedtak

1. Styret konstitueres med Sveinung Hole som styrets leder
2. Fakultetsstyret oppnevner en av de 3 medlemmene fra gruppe A som fast stedfortreder for styreleder. Bjørn Tore Gjertsen ble oppnevnt som fast stedfortreder for styreleder.
3. Fakultetsstyret godkjenner møteplan for høsten 2025 (16.10 og 03.12).

S 58/25 Godkjenning av prodekan og oppnevning av visedekan for perioden 01.08.2025 - 31.07.2029

Vedtak

1. Fakultetsstyret ved Det medisinske fakultet godkjenner professor Silje Skrede som prodekan for perioden 01.08.2025 – 31.07.2029. Professor Silje Skrede vil være dekanens stedfortreder og fortsette med særlig ansvar for forskningsfeltet, forskerutdanning og innovasjon ved fakultetet i denne perioden.
2. Fakultetsstyret ved Det medisinske fakultet godkjenner professor Reidun Lisbeth Skeide Kjome som visedekan for utdanning for perioden 01.08.2025 – 31.07.2029.
3. Fakultetsstyret vedtar at dekan ved behov kan utpeke inntil to ekstra visedekaner i henhold til reglene for fakultetene og instituttene § 7.
4. Dagens forskningsutvalg (utvidet forskningsledelse) og innovasjonsutvalg slås sammen til ett felles utvalg for forskning og innovasjon.
5. Rollen som forskningsleder og innovasjonsleder på instituttet ønskes slått sammen til en funksjon.

S 59/25 Oppnevning av medlemmer til Ansettelsesutvalget for faste vitenskapelige stillinger ved Det medisinske fakultet, perioden 01.08.2025 - 31.07.2029

Vedtak

1. Fakultetsstyret ved Det medisinske fakultet oppnevner i samsvar med reglementet følgende medlemmer fra dekanatet og gruppe A, B, C og D til Ansettelsesutvalg for faste vitenskapelige stillinger ved fakultetet:

Gruppe	Medlem	Varamedlem
Leder	Dekan Marit Bakke	Prodekan Silje Skrede
A) Faste ansatte i undervisnings- og forskerstilling <i>4-års periode til 31.07.29</i>	Professor Bjørn Tore Gjertsen	Førsteamanuensis Dagmar Fosså Bunæs
B) Midlertidig ansatte i undervisnings- og forskerstilling <i>1-års periode til 31.07.26</i>	Postdoktor Thomas Michael James Stevesson	Stipendiat Jon Asbjørn Risgard Kanavin
C) Teknisk eller administrativt ansatte <i>4-års periode til 31.07.29</i>	Overingeniør Trude Skogstrand	Seniorrådgiver Margarethe Bittins
D) Studenter <i>1-års periode til 31.07.26</i>	Vegard Slettvoll (høsten 2025) Anne Runa Kathrine Risa Bakke (våren 2026)	Anne Runa Kathrine Risa Bakke (høsten 2025) Vegard Slettvoll (våren 2026)

2. Ansettelsesutvalgets kontrollfunksjon er i henhold til punkt 6.4. i Reglement for ansettelse i vitenskapelige stillinger og faglige/administrative lederstillinger.

S 60/25 Oppnevning av medlemmer til Tilsettingsrådet for midlertidig vitenskapelige stillinger ved Det medisinske fakultet, perioden 01.08.2025 - 31.07.2029

Vedtak

Dekan får fullmakt til å oppnevne representanter til Tilsettingsrådet etter forslag fra de respektive grupper.

S 61/25 Forslag til møtedatoer i fakultetsstyret ved Det medisinske fakultet - våren 2026

Vedtak

Fakultetsstyret vedtar foreslåtte møtedager for vårsemesteret 2026.

S 62/25 Budsjettforslag for 2026 og langtidsbudsjett 2027-2030 for Det medisinske fakultet

Vedtak

1. Fakultetsstyret vedtar budsjettforslaget slik det foreligger.
2. Fakultetsstyret ber dekan ta med innspill fra fakultetsstyret i fakultetets videre budsjettarbeid.

S 63/25 Økonomistatus per juli

Vedtak

Fakultetsstyret tar saken økonomistatus per juli til orientering.

S 64/25 Studiekvalitetsmelding 2024-25

Vedtak

Fakultetsstyret støtter forslaget til studiekvalitetsmelding for 2024-25 med de endringene som kom frem i møtet.

S 65/25 Opprykk til professor etter kompetansevurdering - søknadsrunden vår 2025 - godkjenning av bedømmelsen

Vedtak

Unntatt offentlighet.

S 66/25 Fullmaktsaker til møtet 03.09.2025

Vedtak

Fakultetsstyret ved Det medisinske fakultet tar fullmaktsakene til orientering.

S 67/25 Orienteringssaker til møtet 03.09.2025

- Årshjul for fakultetsstyret høst 2025
- Studentopptak og semesterstart høsten 2025 (muntlig orientering)
- Rapportering HMS-avvik for perioden 10.06.25 – 22.08.25
- Dekanen orienterer
 - 20 nye studieplasser i medisin til Haugesund
 - Arealprosesser ved fakultetet
 - Nytt dekanat fra 01.08.2025 og planer fremover
 - Styresak om forslag på æresdoktor blir sak på sirkulasjon i september

Fakultetsstyret tar orienteringssakene til orientering.



Styre
Fakultetsstyret ved Det medisinske fakultet

Arkivreferanse
2025/332
Styresak
72/25

Dokumentdato
09.10.2025
Møtedato
16.10.2025

Unntatt fra innsyn i henhold til offl. § 25, 1. ledd

Godkjenning av protokoll fra fakultetsstyret, Det medisinske fakultet, 16.09.2025

Utkast til protokoll fra fakultetsstyret (sirkulasjonssak) 16.09.2025 er vedlagt.

Forslag til vedtak

Fakultetsstyret ved Det medisinske fakultet godkjenner protokollen fra møtet (sirkulasjonssak) 16.09.2025.

Marit Bakke
Dekan

Synnøve Myhre
Fakultetsdirektør

09.10.2025/Gjert Bakkevold
Vedlegg

1 Utkast protokoll møte 16.09.2025



Møteprotokoll

Møtested

Sirkulasjonssak (ikke fysisk eller digitalt møte)

Dato

16.09.2025

Tidspunkt

Sirkulasjonssak via Admincontrol/e-post

Til stede

Navn	Funksjon	Gruppe
Sveinung Hole	Leder	E
Bjørn Tore Gjertsen	Medlem	A
Tine Veronica Karlsen	Medlem	A
Thomas Michael James Stevenson	Medlem	B
Trude Skogstrand	Medlem	C
Vegard Slettvoll	Medlem	D
Anne Runa Kathrine Risa Bakke	Medlem	D
Elisabeth Farbu	Medlem	E

Forfall

Dagmar Fosså Bunæs	Medlem	A
--------------------	--------	---

Administrasjonen

Gjert Bakkevold, protokollskriver



Saksliste

Saksnr.	Tittel	Lukket
S 68/25	Godkjenning av innkalling og saksliste – vurdering av habilitet	
S 69/25	Æresdoktor 2026 - forslag til kandidater fra Det medisinske fakultet	X

S 68/25 Godkjenning av innkalling og saksliste – vurdering av inhabilitet

Det var ingen varsel om inhabilitet.

Vedtak

Innkalling og saksliste ble godkjent.

S 69/25 Æresdoktor 2026 - forslag til kandidater fra Det medisinske fakultet

Sekretariatet mottok innen fristen skriftlige svar fra 8 av 9 styremedlemmer som alle ga sin tilslutning til vedtaket.

Vedtak

Unntatt offentlighet



Styre
Fakultetsstyret ved Det medisinske fakultet

Arkivreferanse
2024/6816
Styresak
73/25

Dokumentdato
09.10.2025
Møtedato
16.10.2025

Økonomistatus per august

Henvisning til bakgrunnsdokumenter

- Fakultetsstyresaker:
 - 42/24 *Budsjett 2025 – Plan og prosess*
 - 58/24 *Strategisak – Budsjettforslag 2025*
 - 70/24 *Orientering om statsbudsjettet for 2025*
 - 82/24 *Strategisak – Budsjett 2025*
 - 17/25 *Endelig budsjett 2025, med forventede overføringer*
- Universitetsstyresaker:
 - 74/24 *Budsjett for Universitetet i Bergen 2025*
- Vedlegg:
 - Økonomirapport per august 2025 sendt til UiBs økonomiavdeling

Bakgrunn

Fakultetene sender økonomirapporteringer til universitetet sentralt alle måneder i året med unntak av etter januar og juni.

De fleste tabeller i denne saken viser tallene slik de kommer frem i regnskapet.¹

Selv om effekten av det forsinkede lønnsoppgjøret for 2024 nå er synlig, medfører lønnsoppgjøret for 2025 fortsatt noe usikkerhet i regnskapsoppfølgingen.

Sentrale punkt i saken:

- Fremdeles store ulikheter mellom instituttene.
- Bevilgningsøkonomien samlet sett for fakultetet er bedre enn budsjettet.
- Flere at instituttene har lavere BOA-aktivitet enn budsjettet.

¹ Inntekter har minus som fortegn.

1. Sammendrag

Fakultetet har et noe bedre økonomisk resultat per august 2025 sammenlignet med samme periode i 2024 (regnskap hittil i år sammenlignet med regnskap hittil i fjor i tabell 1), og avviket mellom budsjett og kostnader er også positivt per august. Samlet sett er det forventet en positiv overføring på om lag 10 mill. kr. fra 2025 til 2026 for grunnbevilgningen.

Bidrags- og oppdrags-inntektene (BOA-inntektene) er 3,2 mill. kr lavere sammenlignet med august 2024, og 9,6 mill. kr lavere enn budsjettert. Budsjettet var på 392 mill. kr i 2025, men dette ble justert ned til 382 mill. kr i juli.

- 2. Bevilgningsøkonomien – Status per august 2025** Ved utgangen av august viser regnskapet at kostnadene er noe høyere enn inntektene, og fakultetets samlede driftsresultat er negativt med 2,3 mill. kr., men likevel 1,9 mill. kr. bedre enn på samme tidspunkt i 2024 (4,3 mill. kr. i negativt avvik). Regnskapsresultat inkludert overføringene på 19,7 mill. kr. fra 2024 er per august på om lag 17,4 mill. kr., som er 17,8 mill. kr. over det budsjetterte budsjettavviket per august.

Tabell 1: Bevilgning per august 2025 (tall i 1000 kr.)

Bevilgning (tall i 1000)	Årsbudsjett	Budsjett (hittil i år)	Regnskap (hittil i år)	Avvik	Regnskap (hittil i fjor)	Endring siste år
3 Inntekter	-819 376	-517 017	-511 490	-5 527	-510 696	794
4 Varekostnad	9 365	6 375	6 551	-177	6 067	-484
5 Lønn	664 447	419 371	423 296	-3 925	404 714	-18 581
6-7 Annen drift	141 148	89 181	74 279	14 902	73 921	-358
8-9 Finans/interhandel	19 150	22 266	9 708	12 558	30 254	20 546
Kostnader	834 109	537 193	513 834	23 359	514 957	1 123
Periodens resultat	14 733	20 176	2 344	17 832	4 261	1 917
Overføring foregående år	-19 733	-19 733	-19 733		-19 110	622
Resultat inkl. overføringer	-5 000	443	-17 389	17 832	-14 850	2 538

2.1 Avvik i bevilgningsøkonomien per august

Sammenlignet med budsjett er de største avvikene i bevilgningsøkonomien som følger:

Positive avvik:

- Lavere driftskostnader enn budsjettert (15 mill. kr). Dette skyldes i stor grad at store utgifter til både inventar, IT-/AV-utstyr og leietakertilpasninger i Arkivenes hus i Stavanger ikke er regnskapsført enda, totalt på om lag 6,7 mill. kr.
- Internhandel er om lag 12,6 mill. kr. lavere enn budsjettert.

Negative avvik:

- Inntektene er 5,5 mill. kr. lavere enn budsjettert. Det skyldes i all hovedsak på grunn av lavere instituttinntekter og lavere avskrivninger enn planlagt. En av årsakene til at instituttinntektene er lavere enn budsjettert er at rettsmedisin ble overført til Haukeland universitetssykehus ved årsskiftet. Det var budsjettert med om lag 4,5 mill. kr. i instituttinntekter knyttet til rettsmedisin, men disse inntektene har da falt bort.
- Varekostnader er om lag 0,2 mill. kr. høyere enn budsjettert. Det forventes at dette kun er et midlertidig overforbruk.
- Lønn, inkludert gjeld for ferie/fleksitid og refusjoner, er 3,9 mill. kr. høyere enn budsjettert. Avviket er knyttet til faste og midlertidige ansettelser. Ved inngangen av året hadde fakultetet 16 flere stipendiater enn budsjettert, men per august er dette redusert ned til de 155 budsjetterte stillingene. Fakultetet har tidligere hatt økonomi til å ha flere stipendiater enn man har fått tildeling fra KD til, men dette blir nå redusert ned til et nivå rundt de 138 man får finansiering for.

Tabell 2: Bevilgning per enhet per august 2025 (tall i 1000 kr.)

Enhet/institutt	Budsjettert resultat per august 2025	Regnskap per august 2025	Avvik (budsjett minus regnskap)	Regnskap per august 2024
Fellesmidler	5 693	-11 297	16 990	-11 652
Fakultetsadm. (inkl. REK og GSU)	-3 797	-2 844	-952	-57
Sum fak.ledd	1 896	-14 141	16 038	-11 709
1314 IBM	3 847	3 487	360	-2 283
1319 IKO	3 241	3 286	-45	-1 181
1324 K1	2 516	2 429	87	1 911
1325 K2	7 679	9 219	-1 540	13 016
1326 IGS	998	-1 968	2 966	4 506
Sum institutter	18 281	13 167	1 828	15 969
SUM FAKULTET	20 177	-974	17 866	4 260

Fakultetets **fellesmidler** har et positivt avvik på 17 mill. kr., inntekter har vært høyere, og kostnadene har vært lavere enn budsjettert. Det forventes ombyggingskostnader/leietakertilpasninger i Arkivenes hus i Stavanger på 4,2 mill. kr., samt kostnader til inventar, IT og AV-utstyr på om lag 2,5 mill. kr. Fra høsten 2025 påløper det også husleiekostnader i Stavanger, men disse får ikke helårsvirkning før 2026. Avviket forventes redusert mot årsslutt. På fakultetets fellesmidler ligger alle KD-stipendiatene budsjettert, husleien for hele fakultetet, ufordelte midler til vestlandslegen, midler til klimasatsing samt ufordelte investeringsmidler (5 mill. kr. som overføres til IBM i september). Det er forventet at avviket reduseres utover i året, at mye er periodiseringsavvik, og at kostnader vil påløpe mot slutten av året.

Fakultetsadministrasjonen har et avvik mellom budsjett og regnskap på 1 mill. kr., som skyldes hovedsakelig høyere lønnskostnader enn budsjettet.

Institutt for biomedisin (IBM) har et positivt avvik mellom budsjett og regnskap på om lag 0,4 mill. kr. Dette skyldes en kombinasjon av høyere investeringer, lønn og internhandel enn budsjettet, og lavere driftskostnader enn budsjettet. I tillegg er bidraget fra BOA-virksomheten inn i bevilgningsøkonomien høyere enn budsjettet, noe som henger sammen med at BOA-aktiviteten er per august om lag 8 mill. kr. høyere enn budsjettet.

Regnskapsresultatet for **Institutt for klinisk odontologi** per august viser et avvik tilnærmet null. Høyere internhandel enn budsjettet, nuller tilnærmet ut avvikene som knytter seg til høyere varekostnader, lønnskostnader og driftskostnader. BOA-inntektene er lavere enn tidligere år, da mange prosjekt er avsluttet og der er per nå få nye tildelte prosjekter. Men det er sendt inn et høyt antall søknader av god kvalitet, så det er forventet at dette vil ta seg noe opp.

Klinisk institutt 1 har et positivt avvik per august på om lag 0,1 mill. Høyere inntekter og lavere driftskostnader enn budsjettet jevner ut avvikene knyttet til høyere lønnskostnader og lavere internhandel enn budsjettet. BOA-aktiviteten er 11 mill. kr. lavere enn budsjettet, som skyldes blant annet forsinket oppstart av nye prosjekter og lavere aktivitet i eksisterende prosjekter enn forutsatt. Instituttet har sendt et høyt antall søknader som man venter svar på.

Tilbakemeldingen fra **Klinisk institutt 2** er at de er i gang med rebudsjettering av BOA-prosjekt, men dette arbeidet er forsinket. De har dermed ikke hentet ut alle inntekter som man kan ta ut fra BOA til bevilgning. Per august har instituttet et negativt avvik på om lag 1,6 mill. kr. Avviket er sammensatt av reduserte inntekter og lavere driftskostnader i kjernefasiliteter, høyere lønnskostnader og lavere BOA aktivitet enn planlagt. Det jobbes videre med å finne innsparingspotensial både ift. stillinger, areal og på andre områder. Instituttets prognose for årsresultat er fremdeles innenfor overskridelsesfullmakten.

Institutt for global helse og samfunnsmedisin har et positivt resultat på om lag 3 mill. kr. per august. Dette skyldes hovedsakelig lavere driftskostnader og høyere internhandel. BOA-aktiviteten er per august om lag 3,8 mill. kr. høyere enn budsjettet.

2.2 Prognose bevilgning

Fakultetet forventer å ha et overskudd på om lag 10 mill. kr. ved utgangen av 2025, og forventer å bruke om lag 9,7 mill. kr. mer enn tildelingen for 2025.

Fra 2024 til 2025 overførte fakultetet en gjeld på -7,8 mill. kr. i annuumsøkonomien, dette er forventet å forverres med om lag -7,5 mill. kr., noe som betyr at prognosen er et overforbruk i annuumsøkonomien. Dette betyr at overføringen fra 2025 til 2026 er forventet å være om lag -15,3 mill. kr.

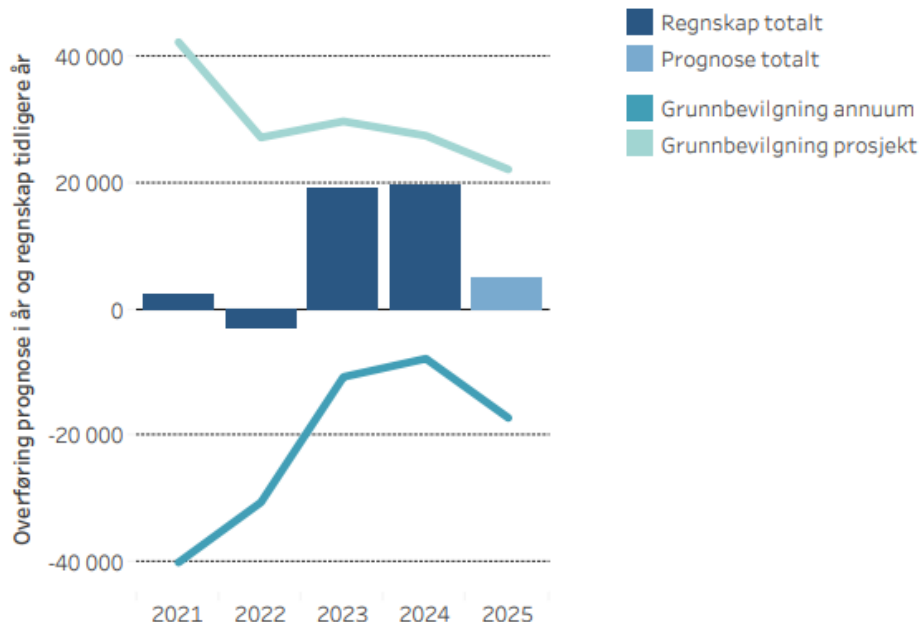
Fakultetet overførte 27,5 mill. kr. i ubrukte øremerkede midler fra 2024 til 2025, men det er forventet å redusere denne positive avsetningen med om lag 2,2 mill. kr. slik at overføringen fra 2025 til 2026 er forventet å være om lag 25,3 mill. kr. i øremerkede midler.

Tabell 3: prognose overføring bevilgning per august 2025 (tall i 1000 kr.)

	Overført fra 2020	Overført fra 2021	Overført fra 2022	Overført fra 2023	Overført fra 2024	Prognose overføring til 2026	Prognose årets resultat
Annuum	-17 484	-40 073	-30 550	-10 687	-7 792	-15 284	-7 492
Øremerket	37 361	42 351	27 239	29 798	27 525	25 284	-2 241
Sum	19 878	2 278	-3 310	19 111	19 733	10 000	-9 733

Fakultetet har et betydelig underskudd i annuumsdelen av økonomien, og det er overskuddet i øremerkede midler som er årsaken til at man faktisk har en forventning om en positiv overføring. Dette er det søkelys på å forbedre.

Figur 1: Overføring grunnbevilgningen annuum/øremerket, regnskap tidligere år og prognose i år



Tabell 4: Prognose for overføring fra 2025 til 2026 per enhet (tall i 1000 kr.)

Enhet/institutt	Prognose overføring fra 2025 til 2026	Endring
Fellesmidler	12 495	876
Fakultetsadm. (inkl. REK og GSU)	3 344	-9
Sum fak.ledd	15 839	867
1314 IBM	14 211	-304
1319 IKO	-3 685	-2 780
1324 K1	-4 659	-503
1325 K2	-33 227	-4 834
1326 IGS	21 521	-2 179
Sum institutter	-5 839	-10 600
SUM FAKULTET	10 000	-9 733

IKO har forbedret prognose med 2,8 mil. Kr., men den samlede prognosen endres likevel ikke da den kommende husleien i Stavanger vil bli høyere enn budsjettert. 2025 er et år med stram økonomi, og alle enheter med positive avsetninger med seg inn i 2025 forventer å redusere disse, i tillegg til at alle enheter med negative avsetninger øker den negative avsetningen. Samlet sett er det forventet å redusere avsetningene med 9,7 mill. kr. i 2025.

3. Eksternfinansiert aktivitet – Bidrags- og oppdragsvirksomheten (BOA) – status per august 2025

Den eksterne aktiviteten er 9,6 mill. kr. lavere enn budsjett per august, og 3,2 mill. kr. lavere enn på samme tidspunkt i fjor. Lønnskostnader ligger 4,3 mill. kr. under budsjett, og 0,1 mill. kr. lavere enn i samme periode i fjor, noe som viser at den underliggende fremdriften i prosjektene er svakere enn både budsjettert og fjoråret.

Tabell 4: Eksternfinansiert virksomhet per august 2025 (tall i 1000 kr.)

Eksternfinansiert virksomhet (tall i 1000)	Årsbudsjett	Budsjett (hittil)	Regnskap (hittil)	Avvik	Regnskap (hittil i fjor)	Endring siste år
NFR	154 000	101 251	89 008	-12 243	92 092	-3 084
EU	39 000	25 002	22 490	-2 512	17 942	4 548
Andre	199 000	128 161	133 341	5 180	138 027	-4 687
Sum BOA	392 000	254 413	244 839	-9 574	248 062	-3 223

NFR aktiviteten er 12,2 mill. kr. lavere enn budsjettert, og 3 mill. kr. lavere enn på samme tidspunkt i fjor. EU aktiviteten er 2,5 mill. kr. lavere enn budsjettert, men 4,5 mill. kr. høyere enn på samme tidspunkt i fjor. Det er andre bidragsytere (Mohn, Jebsen, Kreftforeningen med flere)

som øker mest sammenlignet med budsjett (5,2 mill. kr.), men er likevel lavere enn på samme tidspunkt i fjor (4,7 mill. kr.).

Forslag til vedtak

Fakultetsstyret tar saken Økonomistatus per august til orientering.

Marit Bakke
dekan

Synnøve Myhre
fakultetsdirektør

09.10.2025/Kristine Tangen
Vedlegg

1 Vedlegg Økonomirapport MED August 2025

Økonomirapport for august 2025

Fra det medisinske fakultet

1. Status, avvik og prognoser

Prognosen for både bevilgningsøkonomien og resultatet for BOA-økonomien holdes uendret etter august. Det er likevel store og varierende avvik på instituttnivå, noe som gir usikkerhet i prognosene. Lønnsoppgjøret for 2025 gir også noe usikkerhet.

Det medisinske fakultet budsjetterte med en positiv overføring på 5 mill. Kr. i bevilgningsøkonomien fra 2025 til 2026, mens prognosen er nå en positiv overføring på 10 mill. Kr. Med et akkumulert overskudd på 19,7 mill. kr. fra 2024 tilsier det et negativt årsresultat på 9,7 mill. kr. i 2025. For BOA var måltallet 392 mill. kr. i 2025, dette er endret til 382 mill. Kr., noe som er 6 mill. kr. høyere enn budsjettert for 2024, men 26,4 mill. kr. lavere enn regnskapet for 2024 viste. Prognoser for BOA-aktivitet er alltid veldig usikre, men aktiviteten per august 2025 er lavere enn aktiviteten i 2024.

2. Avviksforklaring bevilgning

Ved utgangen av august er fakultetets driftsresultat negativt med 2,3 mill. kr. Akkumulert resultat inkludert overføringer viser et overskudd på 17,4 mill. kr., noe som er 17,8 mill. kr. bedre enn budsjettert per august. Dette skyldes i all hovedsak lavere kostnader knyttet til annen drift og internhandel. Til tross for et høyt positivt avvik, endres ikke prognosen da vi forventer ombyggingskostnader/leietakertilpasninger i Arkivenes hus i Stavanger på 4,2 mill. kr., samt kostnader til inventar, IT og AV-utstyr på om lag 2,5 mill. kr. Fra høsten 2025 påløper det også husleiekostnader i Stavanger, men disse får ikke helårsvirkning før 2026.

Tabell 1: Bevilgning pr. august 2025 (tall i 1000 kr.)

Bevilgning (tall i 1000)	Årsbudsjett	Budsjett (hittil i år)	Regnskap (hittil i år)	Avvik	Regnskap (hittil i fjor)	Endring siste år
3 Inntekter	-819 376	-517 017	-511 490	-5 527	-510 696	794
4 Varekostnad	9 365	6 375	6 551	-177	6 067	-484
5 Lønn	664 447	419 371	423 296	-3 925	404 714	-18 581
6-7 Annen drift	141 148	89 181	74 279	14 902	73 921	-358
8-9 Finans/interhandel	19 150	22 266	9 708	12 558	30 254	20 546
Kostnader	834 109	537 193	513 834	23 359	514 957	1 123
Periodens resultat	14 733	20 176	2 344	17 832	4 261	1 917
Overføring foregående år	-19 733	-19 733	-19 733		-19 110	622
Resultat inkl. overføringer	-5 000	443	-17 389	17 832	-14 850	2 538

Inntektene er per august 5,5 mill. kr. lavere enn budsjettert, i all hovedsak på grunn av lavere instituttinntekter og lavere avskrivninger enn budsjettert. Se også tabell 2 under.

Varekostnader er pr. august om lag 0,2 mill. kr. høyere enn budsjettert, men det er forventet at dette kun er et midlertidig overforbruk og at det vil jevne seg ut i løpet av året.

Lønn, inkludert gjeld for ferie/fleksitid og refusjoner, er 3,9 mill. kr. høyere enn budsjettet. Avviket er knyttet til lønn faste og midlertidige ansettelse. Ved inngangen av året hadde fakultetet 16 flere stipendiater enn budsjettet, men per august er dette redusert ned til de 155 budsjetterte stillingene. Fakultetet har tidligere hatt økonomi til å ha flere stipendiater enn man har fått tildeling fra KD til, men dette blir nå redusert ned til et nivå rundt de 138 man får finansiering for. Det ble våren 2025 ikke lyst ut rekrutteringsstillinger, men høsten 2025 blir det igjen lyst ut stipendiatstillinger, i all hovedsak knyttet til forskerlinjen og IKO.

Andre driftskostnad (kontokl. 6 og 7) er 14,9 mill. kr. lavere enn budsjett, og justert for avskrivninger er avviket 12,8 mill. kr. lavere enn budsjett. Underforbruket er knyttet til forbruks og driftsmateriell samt annen kontorkostnad.

Internhandel er om lag 12,6 mill. kr. lavere enn budsjettet. Overforbruk på BOA er på om lag 0,1 mill. kr., noe som er 0,4 mill. kr. lavere enn budsjettet. Totalt er nettobidraget i kontokl. 94 på 100,4 mill. kr., noe som er om lag 0,4 mill. kr. lavere inntekter enn budsjettet, noe som gir et nettobidrag på 41%. Avviket mellom regnskap og budsjett henger blant annet sammen med at BOA-aktiviteten er lavere enn budsjettet.

Tabell 2: Inntekter spesifisert pr. august 2025 (tall i 1000 kr)

Inntekter spesifisert (tall i 1000)	Årsbudsjett	Budsjett (hittil i år)	Regnskap (hittil i år)	Avvik	Regnskap (hittil i fjor)	Endring siste år
Instituttinntekter	-71 000	-46 650	-41 731	-4 919	-44 430	-2 699
KD-inntekter	-748 376	-474 611	-474 608	-4	-452 732	21 875
Investeringer	27 000	22 452	21 599	854	5 213	-16 386
Avskrivninger	-27 000	-18 208	-16 750	-1 458	-18 747	-1 997
Inntekter	-819 376	-517 017	-511 490	-5 527	-510 696	794

Inntektene er 5,5 mill. kr. lavere enn budsjett, og justert for avskrivninger (uten resultateffekt) er inntektene om lag 4,1 mill. kr. lavere enn budsjettet. Dette skyldes lavere instituttinntekter, og det er da inntekter fra kjernefasilitetene som er lavere. Det var budsjettet med 4,5 ill. kr. i inntekter fra politiet knyttet til obduksjoner, men siden rettsmedisin ble overført til Haukeland Universitetssykehus ved årets begynnelse har disse inntekten falt bort. KD-inntektene viser et avvik tilnærmet null.

2.1 Fakultet 19

Innovest-midlene utgjorde 6,6 mill. kr. ved årets start, og det er per august brukt om lag kr. 822.606. Flere institutter har mer fokus i år på å bruke disse midlene.

3. Avviksforklaring BOA

Tabell 3: Eksternfinansiert virksomhet pr. august 2025 (tall i 1000 kr)

Eksternfinansiert virksomhet (tall i 1000)	Årsbudsjett	Budsjett (hittil)	Regnskap (hittil)	Avvik	Regnskap (hittil i fjor)	Endring siste år
NFR	154 000	101 251	89 008	-12 243	92 092	-3 084
EU	39 000	25 002	22 490	-2 512	17 942	4 548
Andre	199 000	128 161	133 341	5 180	138 027	-4 687
Sum BOA	392 000	254 413	244 839	-9 574	248 062	-3 223

Den eksterne aktiviteten er 9,6 mill. kr. lavere enn budsjett pr. august, og 3,2 mill. kr. lavere enn på samme tidspunkt i fjor. Samlet lønnsaktivitet ligger 4,3 mill. kr. under budsjett, og er tilnærmet likt som i samme periode i fjor. Driftskostnadene er 13,9 mill. kr. lavere enn budsjettet, mens postene knyttet til internhandel er om lag 8,6 mill. kr. høyere enn budsjettet.

Per august hadde enhetene inntektsført 12,2 mill. kr. mindre enn budsjettet fra NFR, og NFR-inntektene er 3,1 mill. kr. lavere enn på samme tidspunkt i fjor. Inntekter fra EU-prosjektene er 2,5 mill. kr. lavere enn budsjettet, men om lag 4,5 mill. kr. høyere enn på samme tidspunkt i fjor. Inntekter fra andre bidragsytere er 5,2 mill. kr. høyere enn budsjettet, men 4,7 mill. kr. lavere enn på samme tidspunkt i fjor. Flere av instituttene melder om forsinket oppstart av prosjektaktivitet, utfordringer med rekruttering og lavere aktivitet enn budsjettet. Alle instituttene har fokus på å øke BOA-aktiviteten, og da i stor grad fra NFR og EU. Flere institutt er ikke ajour ift. BOA-oppfølgning, men dette jobbes det aktivt med.

4. Prognoser

Prognose for bevilgningsøkonomien holdes uendret med et forventet overskudd på 10 mill. kr. Det arbeides videre med å utnytte mulighetene som ligger i finansiering fra BOA til bevilgning i enda større grad (frikjøp, leiested og overhead). Det er høyere risiko i bevilgningsøkonomien i 2025 enn tidligere, både knyttet til stillinger, men også knyttet til den geopolitiske uroen og hvordan nye tollsatser vil påvirke investeringer i utstyr samt kjøp av forbruksmateriell, analyser etc. I tillegg er det også knyttet usikkerhet til årets lønnsoppgjør, og om effekten av dette blir høyere enn det fakultetet har avsatt midler til. Det jobbes aktivt både på fakultets- og instituttnivå med å skape et økonomisk handlingsrom slik at fakultetsøkonomien på lang sikt kan forbli solid på tross av bevilgningskutt og lavere pris- og lønnskompensasjon enn reell kostnadsøkning.

Samlet sett planlegger fakultetet å redusere avsetningene med om lag 9,7 mill. kr. i 2025, og dette medfører at resultatet for annuumsøkonomien blir lavere sammenlignet med 2024, og prognosen er en negativ annuumsoverføring på om lag 15,3 mill. kr. fra 2025 til 2026.

Prognosen for de øremerkede midlene er også negativ for 2025, og det forventes å redusere øremerkede overføringer med om lag 2,2 mill. kr. i 2025, og fakultetet samlet sett forventer å overføre totalt om lag 10 mill. kr. fra 2025 til 2026.

Tabell 4: Prognose overføring bevilgning pr. august 2025 (tall i 1000 kr.)

Bevilgning (overføring)	Overført fra 2024	Budsjett		Prognose	
		Årets resultat	Overføring 2025	Årets resultat	Overføring 2025
Annuum	-7 792 000	-9 492 000	-17 284 000	-7 492 000	-15 284 000
Øremerket	27 525 000	-5 241 000	22 284 000	-2 241 000	25 284 000
Sum	19 733 000	-14 733 000	5 000 000	-9 733 000	10 000 000

Prognosen for BOA holdes uendret på 382 mill. kr. totalt. Per august viser regnskapet et negativt avvik sammenlignet med budsjett, og aktiviteten er lavere per august i 2025 enn den var i 2024.

Tabell 5: Prognose BOA pr. august 2025 (tall i 1000 kr.)

Ekstern finansiert (BOA)	Budsjett 2025	Prognose 2025
NFR	154 000 000	144 000 000
EU	39 000 000	39 000 000
Andre	199 000 000	199 000 000
Sum BOA	392 000 000	382 000 000

5. Utvikling i forholdstall mellom administrative og vitenskapelige årsverk

Per august utgjør administrative årsverk 18,2% av totalt antall årsverk i bevilgningsøkonomien. De vitenskapelige utgjør 58,1% , og drift-/tekniske årsverk utgjør 23,6%. Forholdstallet mellom administrative og undervisnings- og tekniske stillinger har ligget stabilt på 19-20 % / 80-81 % de siste årene. Andelen vitenskapelige er om lag den samme i 2025 sammenlignet med 2024.

Antall ansatte på grunnbevilgningen var 714,4 i august 2025, mot 720,2 i august i 2024, og fakultetet har altså en nedgang på 5,9 årsverk. Om lag 3,5 av disse årsverkene var knyttet til rettsmedisin, og overdragelsen av rettsmedisin fra Det medisinske fakultet til Haukeland Universitetssykehus er dermed årsaken til deler av nedgangen.

Antall ansatte tilknyttet BOA-virksomheten var 172,5 i august 2025, mot 178,7 i august 2024, og fakultetet har da en reduksjon på 6,2 årsverk. Årsaken til denne nedgangen er blant annet problemer med rekruttering til stillinger og forsinkelser i prosjekt. I tillegg har fakultetet fokus på å i større grad frikjøpe allerede tilsatte personer inn i BOA-prosjektene heller enn å tilsette nye ansatte, noe som også forklarer deler av nedgangen.



Styre
Fakultetsstyret ved Det medisinske fakultet

Arkivreferanse
2025/12626
Styresak
74/25

Dokumentdato
09.10.2025
Møtedato
16.10.2025

Evaluering av økonomitjenestene til Klinisk institutt 1 og Klinisk institutt 2, forslag til organisering

Bakgrunn

Bakgrunnsdokumenter er: IDU sak 17/25 og 52/25.

I løpet av 2023 ble økonomitjenestene ved de Klinisk institutt 1 (K1) og Klinisk institutt 2 (K2) omorganisert. Bakgrunnen for omorganiseringen var behovet for en mer robust økonomiorganisering ved disse instituttene, blant annet for å sikre en helhetlig og kontinuerlig økonomistyring. Begge instituttene hadde økonomiske utfordringer, og K2 er særlig rammet. Samtidig med at behovet for tettere oppfølging av instituttøkonomien økte, opplevdes det som utfordrende å beholde økonomikompetansen, da det var forholdsvis høy turnover blant de ansatte økonomene.

En sammenslåing av økonomitjenestene ved de to instituttene til en felles økonomienhet ble skissert som et tiltak for å avhjelpe dette. Tanken var at økonomene både skulle få et større fagmiljø rundt seg, enhetlig ledelse og større mulighetsrom for å kunne arbeide på tvers av instituttgrensene, herunder avhjelpe hverandre ved sykdom eller andre behov.

Rent praktisk bestod omorganiseringen i at alle økonomimedarbeiderne ved K1 og K2 ble ansatt ved fakultetsadministrasjonen, med fakultetets økonomisjef som øverste leder. De instituttvise rollene som økonomikoordinator ble slått sammen til en felles rolle for begge institutt, og denne rollen som økonomileder fikk delegert personalansvar for økonomimedarbeiderne knyttet til K1 og K2. Dette medførte samtidig at administrasjonssjefene ved K1 og K2 ikke lenger hadde personal- og lederansvar for økonomimedarbeiderne. De daværende lønnsmidlene for stillingene som ble overført til fakultetsadministrasjonen ble værende i instituttets budsjettamme. I forbindelse med etableringen av felles økonomienhet for K1 og K2 ble det bestemt at ordningen skulle evalueres allerede etter ett år. Nå gikk det nærmere 18 måneder før evalueringen ble iverksatt.

Funn i evalueringsrapporten

Omorganiseringsprosessen

- Opplevdes som forhastet og dårlig forankret.
- Mangelfull informasjon og dokumentasjon.
- Lite rom for innspill fra ansatte og instituttledelse.

Opplæring og kompetanse

- Nyansatte fikk utilstrekkelig opplæring.
- Høy arbeidsbelastning og kompleksitet i oppgaver.
- Behov for bedre planlagt og differensiert opplæring.

Arbeidsformer og kvalitet

- Lite endring i arbeidsmetodikk etter omorganiseringen.
- Økonomene jobber fortsatt instituttspesifikt.
- Prosjektledere opplever kvaliteten som stabil, men med variasjoner.

Rutiner og samarbeid

- Manglende felles rutiner og maler.
- BOA-koordinatorrollen er overbelastet med driftsoppgaver.
- Økonomitjenestene varierer i kvalitet avhengig av person.

Tilhørighet og ledelse

- Økonomimedarbeidere føler sterkere tilknytning til instituttene enn fakultetet.
- Ledelsesstrukturen er uklar og sårbar.
- Økonomilederrollen er overbelastet og samler for mange funksjoner.

Anbefalinger fra arbeidsgruppen som evaluerte ordningen

- Styrke BOA-koordinatorrollen med dedikert tid til koordinering og rutineutvikling.
- Bedre opplæring og kompetanseheving for nyansatte.
- Utvikle felles rutiner og serviceavtaler for prosjektoppfølgning.
- Ny ledelsesmodell som forener personalansvar og arbeidsledelse.

Informasjon og drøfting.

Instituttledelsen på K1 og K2 ble orientert om funn i rapporten og to skisserte forslag til modeller (Se modell A og B skissert under). Alle de berørte økonomimedarbeidere er også orientert om rapporten og forslag til endringer og modeller i eget møte. Rapporten ble lagt frem for IDU i august 2024 for informasjon og drøfting.

Vi har i etterkant av disse møtene mottatt innspill til modell C (se tabell under) fra instituttledelsen ved K1 og K2, og innspill fra flere av økonomene. Disse innspillene er tatt høyde for i de vurderingene som er gjort.

Forslag til modeller

Modell A: Tilbakeføring av økonomimedarbeidere til instituttene.

Modell B: Videreføring av dagens modell med nødvendige justeringer – styrket koordinering, tydeligere ledelsesstruktur, kompetanseutvikling og samlokalisering.

Modell C: Tilsvarende modell A med tilbakeføring av økonomimedarbeidere, men at personalansvaret ligger hos administrasjonssjefene på K1 og K2, men fagansvar ligger hos seksjonsleder for økonomi.

I de tre modellforslagene er økonomileder rollen tatt bort, det blir en egen omstillingsprosess uavhengig av anbefaling.

Overordnet mål for valg av modell:

- Fysisk nærhet til brukere av tjenesten, og til ledelsen av K1 og K2.
- Overordnet hensikt er kvalitet i leveransene, og at forskerne får tilgang til tjenestene gjennom nærhet, og kvalitet i de tjenestene som skal gis.
- Så lik leveranse og oppfølging av forskerne og instituttledelsen som mulig ved K1 og K2
- Helhetlig ledelse av økonomene som kan bistå ledelse og økonomer i prioriteringer når det er mange arbeidsoppgaver som skal løses, og sørge for kompetanseutvikling av økonomene og robusthet i tjenestene som skal leveres forskere og ledelse på K1 og K2
- Instituttledelsene skal få et godt styringsgrunnlag for sine beslutninger, for å sikre god økonomistyring av instituttene.

Modell	Struktur	Fordeler	Utfordringer
A	Økonomimedarbeidere omstilles og tilbakeføres til instituttene. Administrasjonssjef ved K1 og K2 har både personal- og arbeidsledelse for instituttets økonomimedarbeidere	• Tydelig lokal tilhørighet på instituttet • Nærhet til instituttens fagmiljø og ledelse • Enklere ledelsesstruktur • Flere personer å spille på for administrasjonene til K1 og K2 • Kan ivareta spesifikke behov for K1 og K2 • Tilsvarende organisering av økonomene som ved de tre øvrige instituttene	• Sårbart ved fravær/færre økonomiressurser å spille på ved fravær • Mindre fleksibilitet • Mindre økonomifaglig fellesskap og kompetansedeling • Risiko for ulik praksis og rutiner for de som skal bruke tjenestene • Lønnskostnadene tilbakeføres til K1 og K2
B	Videreføring av dagens modell, men hele seksjonen samles fysisk sammen med fagmiljøene på K1 og K2 Seksjonssjef for økonomi har personal og faglig ledelse, og økonomimedarbeidere som	• Nærhet til fagmiljøet • Felles (økonomi)fagmiljø og rutiner og opplæring • Mulighet for fleksible løsninger og omrokking av arbeidsoppgaver iht. behovene som oppstår • Bedre robusthet og fleksibilitet til brukerne av tjenestene	• Mindre lokal tilpasning kan føre til avstand til det enkelte institutts spesifikke behov • Svakere tilhørighet for medarbeidere til instituttene,

	i dag er knyttet til fakultetsadministrasjonen blir en del av hele økonomiteamet.	• Mulighet for spesialisering og back up løsninger • Mulighet for faglig utvikling i rollen som økonomimedarbeider • Økonomi-medarbeidere får en økonomifaglig ledelse, og er en del av et større faglig felleskap • Større muligheter til å bruke ressurser på tvers (økonomene på fakultetet) • Mindre sårbarhet ved fravær • Muligheter for lik praksis og felles utforming av rutiner, skjema og maler • Felles kontrollerfunksjon • Stillingen som BOA-koordinator lyses ut	• I en sentralisert modell kan det i enkelte tilfeller bli uklart hvem som har ansvaret for økonomien • Modellen skiller seg fra de andre instituttene på fakultetet
C	K1 og K2 får tilbakeført økonomimedarbeidere. Personalledelse ved instituttene, fagansvar for økonomene ligger hos seksjonsleder for økonomi på fakultetet.	• Tydelig tilhørighet på instituttet • Kombinerer lokal tilhørighet og sentral koordinering • Styrket administrativt fagmiljø på instituttene • Tilsvarende modell for økonomimedarbeidere som de øvrige instituttene • Felles kontrollerfunksjon	• Krever god koordinering og faste møtepunkt mellom faglig leder og personalleder • Risiko for uklar ledelse, og lavere effektivitet • Mindre fleksibilitet • Mindre faglig fellesskap og kompetansedeling • Risiko for varierende praksis og rutiner for de som skal bruke tjenestene • Krevende med et fagansvar når en ikke har personalledelse av økonomene eller mulighet til nærhet og dag-til-dag-oppfølgning

Organisering av økonomitjenester for K1 og K2

Evalueringen har avdekket at prosessen med å etablere en felles økonomienhet for K1 og K2 har ikke vært god og har hatt flere mangler i etableringen av enheten. Tjenestene har blitt oppfattet ulikt av brukere og ledelse ved de to instituttene, noe som har skapt utfordringer knyttet til forutsigbarhet, økonomistyring og kvalitetssikring av budsjetter i BOA-prosessene.

Formålet med evalueringen har vært å identifisere en organisasjonsmodell som ivaretar behovene til både forskere og instituttledelse, og som sikrer:

- Forutsigbarhet i økonomiarbeidet
- God økonomistyring
- Kvalitetssikrede budsjetter i BOA-prosesser

I dialog med instituttledelsene og økonomimedarbeidere er det bred enighet om at fysisk nærhet til fagmiljø og instituttledelse er avgjørende for at økonomitjenestene skal fungere best mulig. Samtidig er enhetlig ledelse av seksjonen viktig for å:

- Utvikle økonomimedarbeidere
- Sikre struktur og rom for spesialisering
- Styrke teambygging innen bevilgningsøkonomi og eksternfinansiering

Gjennomgangen av BOA-porteføljen viser at omfanget av prosjekter krever søkelys på:

- Felles rutiner
- Systematisk opplæring
- Prioritering i tett samarbeid med forskere og instituttledelse

Anbefalt modell: Modell B

Modell B videreutvikler dagens organisering og innebærer:

- Innlemming av flere økonomer i seksjonen
- Økt kapasitet og støtte til forskere og instituttledelse
- Bedre utviklingsmuligheter for økonomimedarbeidere

Modellen legger til rette for tettere kobling mellom institutt- og fakultetsnivå, og gir:

- Mer behovstilpassede tjenester
- Økt grad av likebehandling av brukerne
- Sikre god og stabil kvalitet i økonomitjenestene og leveransene til instituttledelsen og prosjektlederene

Som en del av implementeringen vil det utarbeides:

- En serviceavtale mellom seksjonen og instituttene
- En plan for kompetanseutvikling for økonomimedarbeiderne
- Utvikle felles rutinebeskrivelser og maler

Dekanens kommentarer

Det har vært gjort en grundig evaluering av dagens organisering av økonomitjenestene til K1 og K2. Vil benytte anledningen til å takke arbeidsgruppen for arbeidet, men også innspillene fra økonomimedarbeidere og instituttledelsen på K1 og K2.

Vi må ta lærdom av de funn som kommer frem i rapporten, og vi har vektlagt stor grad av involvering i denne prosessen, da manglende involvering av de berørte var en klar tilbakemelding i evalueringen av økonomifunksjonen på K1 og K2 i 2023.

Vi ønsker å beholde den allerede etablerte modell B, med de nødvendige justeringer som er skissert i saksfremlegget. Vi har tro på at modell B egner seg best til å levere gode økonomitjenester til K1 og K2, sikre kvalitet og robusthet i en krevende økonomisk hverdag, i kombinasjon med at økonomimedarbeiderne får en faglig utvikling i en større enhet.

Forslag til vedtak

Fakultetstyret vedtar innføring av modell B for økonomitjenestene for Klinisk institutt 1 og Klinisk institutt 2. Dette er en justert utgave av dagens modell.

Marit Bakke
Dekan

Synnøve Myhre
Fakultetsdirektør

Vedlegg

- 1 Rapport - Omorganisering økonomi K1 & K2 SM 180825
- 2 Økonomitjeneste Modell C 2025



UNIVERSITETET I BERGEN
Det medisinske fakultet

Omorganisering av økonomitjenestene ved Klinisk institutt 1 og 2

EVALUERINGSRAPPORT



UNIVERSITETET I BERGEN

Innholdsfortegnelse

Introduksjon	3
<i>Arbeidsgruppe og mandat.....</i>	<i>3</i>
<i>Datainnsamling</i>	<i>4</i>
Intervju.....	4
Spørreundersøkelse til prosjektledere.....	4
<i>Funn.....</i>	<i>5</i>
Omorganiseringsprosessen.....	5
Opplæring av nyansatte	6
Kvalitet, arbeids- og samarbeidsformer	6
Arbeidsformer	6
Krav og forventninger	7
Rutiner og samarbeid	8
Prosjektlederens oppfatninger av kvalitet.....	8
Tilhørighet	9
Ledelse	10
<i>Anbefalinger.....</i>	<i>11</i>
Forslag til organisasjonsmodell for økonomitjenestene ved K1 og K2	12

Introduksjon

I løpet av 2023 ble økonomitjenestene ved de Klinisk institutt 1 (K1) og Klinisk institutt 2 (K2) omorganisert. Bakgrunnen for omorganiseringen var behovet for en mer robust økonomiorganisering ved disse instituttene, blant annet for å sikre en helhetlig og kontinuerlig økonomistyring. Begge instituttene slet økonomisk, og K2 var særlig rammet. Samtidig med at behovet for tettere oppfølging av instituttøkonomien økte, opplevdes det som utfordrende å beholde økonomikompetansen, da det var forholdsvis høy turnover blant de ansatte økonomene.

En sammenslåing av økonomitjenestene ved de to instituttene til en felles økonomienhet ble skissert som et tiltak for å avhjelpe dette. Tanken var at økonomene både skulle få et større fagmiljø rundt seg, enhetlig ledelse og større mulighetsrom for å kunne arbeide på tvers av instituttgrensene, herunder avhjelpe hverandre ved sykdom eller andre behov.

Rent praktisk bestod omorganiseringen i at alle økonomimedarbeiderne¹ ved de kliniske instituttene ble ansatt ved fakultetsadministrasjonen, med fakultetets økonomisjef som øverste leder. Den instituttvise rollen som økonomikoordinator ble slått sammen til en felles rolle for begge institutt, og denne rollen fikk delegert personalansvar for økonomimedarbeiderne. Dette medførte samtidig at administrasjonssjefene ved K1 og K2 ikke lenger hadde personal- og lederansvar for økonomimedarbeiderne. De daværende lønnsmidlene for stillingene som ble overført til fakultetsadministrasjonen ble værende i instituttets budsjetttramme. En funksjon som koordinator for BOA (bidrags- og oppdragsfinansiert aktivitet) ble lagt til en av stillingene. Opprinnelig var det også planlagt at det skulle være en lignende koordinerende rolle for driftsøkonomien, men denne funksjonen ble avvirket kort tid etter at omorganiseringen var gjennomført.

Et premiss i omorganiseringen var at de nye ordningene som ble satt i drift skulle evalueres etter ett år, og en rapport fremlegges for fakultetsstyret. I skrivende stund er det gått vel 1,5 år siden ordningen var ferdig driftssatt.

Denne rapporten oppsummerer funn fra evalueringen. Det gjøres oppmerksom på at rapporten kun omtaler generelle funn, mens forhold som er personsensitive behandles på annen måte, i tråd med retningslinjene ved Universitetet i Bergen.

Arbeidsgruppe og mandat

Følgende arbeidsgruppe har hatt ansvaret for å gjennomføre evalueringen:

- Synnøve Myhre, fakultetsdirektør (leder)
- Jan Vidar Dammen-Hjelmeseth, seksjonssjef HR
- Marte Bjerke Roska, verneombud fakultetsadministrasjonen
- Elin Myhrvold, tjenestemannsorganisasjonene
- Elisabeth Holba, administrasjonssjef, Institutt for fysikk og teknologi
- Eirik Dalheim, sekretær

¹ En av økonomimedarbeiderne med arbeidssted ved Klinisk institutt 2 er ansatt i Broegelmanstiftelsen og dermed ikke omfattet av omorganiseringen.

Mandatet for arbeidet har vært åpent, uten å begrenses til spesifikke dimensjoner ved omorganiseringen, blant annet fordi man har ønsket en helhetlig evaluering.

Datainnsamling

For å etablere datagrunnlag til evalueringen er det benyttet intervjuer med medarbeidere og ledere på økonomifeltet. I tillegg er det gjennomført en spørreundersøkelse til prosjektledere for eksterntfinansierte forskningsprosjekter ved de kliniske instituttene.

Intervju

Det ble totalt gjennomført 15 intervju i arbeidet med denne evalueringen:

- 8 økonomimedarbeidere. 4 av disse medarbeiderne ble ansatt etter at omorganiseringen var gjennomført.
- 6 lederroller (økonomisjef, økonomikoordinator, instituttledere og administrasjonssjefer). En administrasjonssjef og en instituttleder ble ansatt i denne rollen etter omorganiseringen var gjennomført.
- Ett referanseintervju med økonomiavdelingen

Intervjuene varte mellom 20 og 60 minutter, hvorav de fleste rundt 45. Intervjuene var semistrukturerte, ved at det på forhånd var utarbeidet en veiledende intervjuguide, men at det også var åpent for å diskutere andre forhold som kom naturlig opp i samtalene. Dem som skulle intervjues fikk oversendt intervjuguiden på forhånd. Det ble gjort lydopptak av intervjuene, som den enkelte fikk anledning til å reservere seg mot. Alle intervjuede fikk også muligheten til å høre gjennom aktuelt lydopptak eller lese transkripsjon, og ble også oppfordret til kontakt dersom de i etterkant av intervjuet hadde supplerende opplysninger.

Det har, grunnet sykefravær, dessverre ikke latt seg gjøre å intervju økonomimedarbeider ansatt i Broegelmanntiftelsen. Dette ville vært relevant ettersom denne stillingen arbeider med prosjekter tilknyttet K2 sine fagmiljø.

Generelle intervjuguider finnes som vedlegg til denne rapporten.

Spørreundersøkelse til prosjektledere

Det ble sendt ut en kort spørreundersøkelse til alle prosjektledere/Principal Investigators (PI) for aktive eksterntfinansierte forskningsprosjekter ved begge institutt. Tema i undersøkelsen var opplevde endring i kvaliteten på økonomitjenestene etter omorganiseringen, samt generell oppfatning av kvaliteten på tjenestene innenfor visse deler av prosjektøkonomien.

Bakgrunnsvariabler som ble kartlagt er begrenset til institutttilhørighet og erfaring som prosjektleder. Undersøkelsen var tilgjengelig på både norsk og engelsk.

Undersøkelsen ble sendt ut til 117 respondenter med to ukers svarfrist, og det ble foretatt purring etter en uke. Verktøyet som ble benyttet er SurveyXact, levert av Rambøll. Det ble oppnådd en svarprosent på 38 %, hvorav det var en klar overvekt av erfarne prosjektledere (6 år eller mer erfaring med denne rollen). Av respondentene kom rundt 2/3 fra K2 og 1/3 fra K1 – noe som antakelig kan forklares med at K2 har en større BOA-økonomi og dermed flere prosjektledere og en større andel av populasjonen for undersøkelsen.

Spørreskjema og frekvensfordelinger er lagt som vedlegg til denne rapporten. Utdypende fritekstsvar er ikke inkludert som vedlegg i sin helhet, men tendenser fra disse gjengis i rapporten om relevant.

Funn

Denne delen omtaler de funnene som er gjort i evalueringsarbeidet. Arbeidsgruppen har valgt å dele inn disse i følgende tema:

- Omorganiseringsprosessen
- Opplæring av nyansatte
- Kvalitet, arbeids- og samarbeidsformer
- Tilhørighet
- Ledelse.

Disse delene omhandler i stor grad data fra intervjurunden. Data fra spørreundersøkelsen trekkes inn der det er relevant.

Omorganiseringsprosessen

Alle respondentene i intervjurunden, både ledere og medarbeidere, er tydelige på at selve omorganiseringsprosessen var meget dårlig håndtert. Prosessen bar preg av å være forhastet og lite forankret, og hensynet til at omorganiseringen skulle gjennomføres hurtig virket å være det overordnede hensynet. Omorganiseringen ble første gang kunngjort for de ansatte i tidlig mai 2023, med uttalte ambisjoner om at prosessen skulle være gjennomført før sommeren. Reelt sett kan ikke omorganiseringen sies å være satt i drift før november samme år.

For medarbeiderne var dette en tid preget av lite og/eller mangelfull informasjon. Det ble holdt tre informasjonsmøter for medarbeiderne i mai og juni 2023. For alle disse tre møtene ble det sendt innkalling i form av en meget kort epost, som sa lite om tema for møtet og som ikke inneholdt noe vedlagt dokumentasjon. I to av disse tilfellene ble innkalling sendt fredag ettermiddag, rundt kl. 15:00, med avholdelse av møtet påfølgende mandag eller tirsdag, og for det siste en arbeidsdag etter innkalling. Kombinasjonen av lite informasjon og knappe frister gjorde det vanskelig for medarbeiderne å forberede seg, og flere av dem syntes det var uklart hvorfor en omorganisering var nødvendig.

I ledersjiktet ved instituttene kom også behovet for en omorganisering brått på. Mens medarbeiderne savnet informasjon underveis i prosessen kjente administrasjonssjefene og instituttlederne på et behov for mer dialog. Det fortelles om mindre gode møter mellom representanter fra fakultetet og instituttene, der etterlatt inntrykk var at det var lite rom for tilbakemeldinger på foreslått organisering og at utfallet var forhåndsbestemt.

Omorganiseringen ble overordnet orientert om i informasjons- og drøftingsutvalget (IDU) ved fakultetet 9. juni, og det ble fremlagt en overordnet bemanningsplan m. stillingsbeskrivelser i møtet 15. september. Denne ble deretter behandlet i Forhandlingsutvalget ved UiB 20. september, med påfølgende orientering om status i IDU 13. oktober.

Det har vært en mangel på skriftlig dokumentasjon i prosessen, som gjør det vanskelig å ettergå de vurderingene som ble gjort. Dialog om omorganiseringen ble for det meste gjennomført muntlig, uten referatføring. Det foreligger noen skisser til organisasjonskart som ble benyttet i informasjonsmøtene med de ansatte, men ellers gir lite informasjon om hvorfor akkurat den gjeldende ordningen ble valgt. Det foreligger også, som tidligere nevnt, noen stillingsbeskrivelser som ble fremlagt for IDU og Forhandlingsutvalget, men disse er i liten grad satt inn i en større kontekst. Følgene av mangel på dokumentasjon av omorganiseringstiltakene har følger også i dag, ved at det er uklarheter rundt enkelte rammebetingelser og lovnader gitt muntlig. Situasjonen ble forverret av at både daværende fakultetsdirektør og økonomisjef forlot sine stillinger i løpet av omorganiseringen.

Opplæring av nyansatte

I løpet av omorganiseringsprosessen, eller like i etterkant, ble det ansatt flere nye økonomimedarbeidere ved de to instituttene, i hovedsak prosjektøkonomer. Flere av disse forteller at de ikke mottok tilfredsstillende opplæring. De fleste hadde ikke arbeidet innenfor høyere utdanning og forskning tidligere, og beskriver både UH-sektoren og UiB som særegent og komplekst. I en situasjon der de både måtte lære seg fagsystemer som Tableau og Unit4, interne rutiner ved instituttet, finne arbeidsflyter med prosjektlederne og øke sin kompetanse på de ulike finansiørene (EU, NFR, Kreftforeningen etc.), opplevdes det som at de i for stor grad ble overlatt til å finne ut av ting på egen hånd. Dette, kombinert med en kontinuerlig stor arbeidsmengde, gjorde arbeidet sårbart for feil, og at å sette av tid til opplæringsøkter kunne gjort mye for å avhjelpe dette, og samtidig økt trivselen og følelsen av å bli sett for de nyansatte.

Enkelte har også påpekt at det i tillegg til mangelfull opplæring var en forventning til at man skulle lære seg hele oppgavespekteret samtidig, noe som medførte at kompetansebyggingen gikk tregt. Å kunne differensiere på forskjellige typer av kompetanse blant prosjektøkonomene, som for eksempel særkompetanse mot visse prosesser eller finansiører, ville kunne medføre at gruppen av prosjektøkonomer raskere kunne arbeidet effektivt som et lag.

Det vises til at man over tid har klart å etablere former for kollegaveiledning som virker bra, som for eksempel arbeidsstuer, men at dette har tatt tid grunnet årsakene som er nevnt ovenfor.

Kvalitet, arbeids- og samarbeidsformer

Arbeidsformer

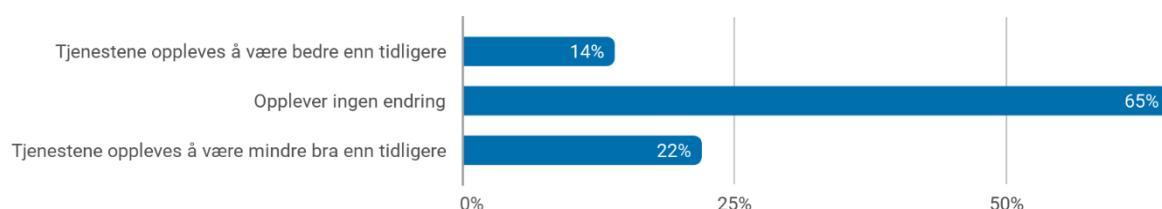
I dette avsnittet omtales funn knyttet til den opplevde kvaliteten på økonomitjenestene ved de kliniske instituttene. Funnene har noen klare koblinger til måten økonomimedarbeiderne arbeider og samarbeider på, og derfor omtales disse temaene samlet her.

De økonomimedarbeiderne som var ansatt før omorganiseringen fant sted har i intervjuene gitt uttrykk for at omorganiseringen ikke har medført de store endringene i måten de utfører sine egne

arbeidsoppgaver på, selv om de rett nok har kjent på andre endringer. De gjør i stor grad den samme jobben, og forholder seg for det meste til ett institutt, selv om de kjenner til ambisjoner fra ledelseshold om å arbeide mer fleksibelt på tvers av institutt. Flere påpeker at dette er vanskelig i praksis fordi de to instituttene er ulike, både med tanke på organisering av den faglige virksomheten og forholdet mellom bevilgningsøkonomi og BOA. Det er derfor vanskelig å tenke seg en «pool» av økonomimedarbeidere på tvers, fordi instituttene i stor grad har behov for dedikerte økonomer.

Lederne ved instituttene forteller om at det er blitt mer fokus på økonomistyring på tvers av institutt, og at «K3» er en merkelapp som blir benyttet til slik tversgående virksomhet. Det arrangeres månedlige økonomimøter der ledelsen fra begge institutt deltar, og disse oppleves som nyttige.

Spørreundersøkelsen til prosjektledere inneholdt et spørsmål om tjenestene oppleves bedre, mindre bra eller uendret etter omorganiseringen. Dette spørsmålet gikk kun til prosjektledere som også hadde denne rollen før 2023, og hvis svar vises nedenfor.



Figur 1 - Opplevd endring av omorganiseringen blant prosjektledere K1/K2

Rundt 2/3 av respondentene oppgir at de ikke merker endring i økonomitjenestene etter omorganiseringen. Dette kan tolkes som å understøtte medarbeidernes tilbakemeldinger om at arbeidsmetoder fra før omorganiseringen i stor grad er videreført. Samtidig er det noen mulige feilkilder. Spørsmålet har N=37, så antall svar er forholdsvis beskjedent. Videre gjelder dette kun prosjektøkonomien, og driftsøkonomenes virke er derfor ikke med her. I forhold til den store andelen som ikke opplever endringer er det heller ikke vektet for om de opplevde tjenestene som gode eller mindre bra før omorganiseringen.

Det er ikke store forskjeller på andelene som bemerker en positiv eller negativ endring i tjenestenes kvalitet, og dette kan muligens delvis forklares gjennom ulike subjektive forventninger hos prosjektledernes. Det kan også tolkes som å understøtte en normalfordeling i dette spørsmålet, og at etterlatt inntrykk er at endringene er få.

Føringene om at en større del av BOA-midlene skal inngå i bevilgningsøkonomien står sterkt, og det er lagt betydelig innsats ned i å rydde i og avslutte gamle prosjekter.

Krav og forventninger

Prosjektøkonomene som er intervjuet i forbindelse med datainnsamlingen beskriver et vedvarende høyt arbeidspress, og det virker å være høyere for denne gruppen enn driftsøkonomene. Det er flere årsaker til at prosjektøkonomene har vært og er utsatt. For det første kommer den allerede beskrevne situasjonen med at flere ble ansatt i forbindelse med omorganiseringen, samt utfordringene med opplæring. Det har heller ikke vært belegg i alle aktuelle stillinger i perioden.

Videre er prosjektøkonomien mer ujevn med tanke på hvilken arbeidsmengde som kreves for å levere gode tjenester, det kan være kompliserte krav og strukturer for budsjettering og rapportering og arbeidet kan klynge seg opp, særlig i de tilfellene der flere prosjekter samvarierer. I tillegg er prosjektøkonomen ofte den ene administrative ressursen som en prosjektleder har dedikert til seg, og det meldes om at økonomen noen ganger benyttes til andre former for administrasjon tilknyttet prosjektet, som for eksempel arrangement. Relatert til dette vil prosjektleder noen ganger kunne fungere som en ekstra «sjef», med egne forventninger og krav til økonomen.

Det er ikke nødvendigvis enighet om hva som er den beste fremgangsmåten for å møte mengden av oppgaver innenfor økonomifeltet. Eksempelvis svarer tre ledere ved samme institutt ulikt på denne typen spørsmål – en leder poengterer at det trengs flere økonomistillinger ut over dem som er rammeplanlagt i dag, en annen at man har nok økonomer, men må arbeide annerledes og en tredje at man trenger mer tid til rutineutvikling og opprydding i gamle prosjekter.

Rutiner og samarbeid

Flere av medarbeiderne, både på prosjekt- og driftssiden av instituttøkonomien, signaliserer en forventning til at man hadde etablert større grad av felles rutiner og maler etter at økonomene ved instituttene ble samlet i en felles enhet. Det er en opplevelse av at økonomene arbeider ulikt i for stor grad, men vises igjen til at instituttene også er svært forskjellige med tanke på behovet for økonomitjenester. Likevel er det en oppfatning at man hadde vært bedre rustet for å møte forventningene om man hadde større grad av felles rutiner og maler.

På dette punktet er det en svært unison tilbakemelding fra en rekke medarbeidere og ledere om at rollen som koordinator for BOA i altfor høy grad har vært belagt med ordinær porteføljeforvaltning og drift av prosjekter. I tillegg har mye av opplæringsarbeidet av nyansatte prosjektøkonomer falt på denne rollen. Resultatet har vært at det ikke reelt sett har vært rom for å drive BOA-tjenestene i en felles retning, og heller ikke drive rutineutvikling på området. Det påpekes at mer kapasitet til koordineringsoppgaver ville hatt positive virkninger for hele BOA-området.

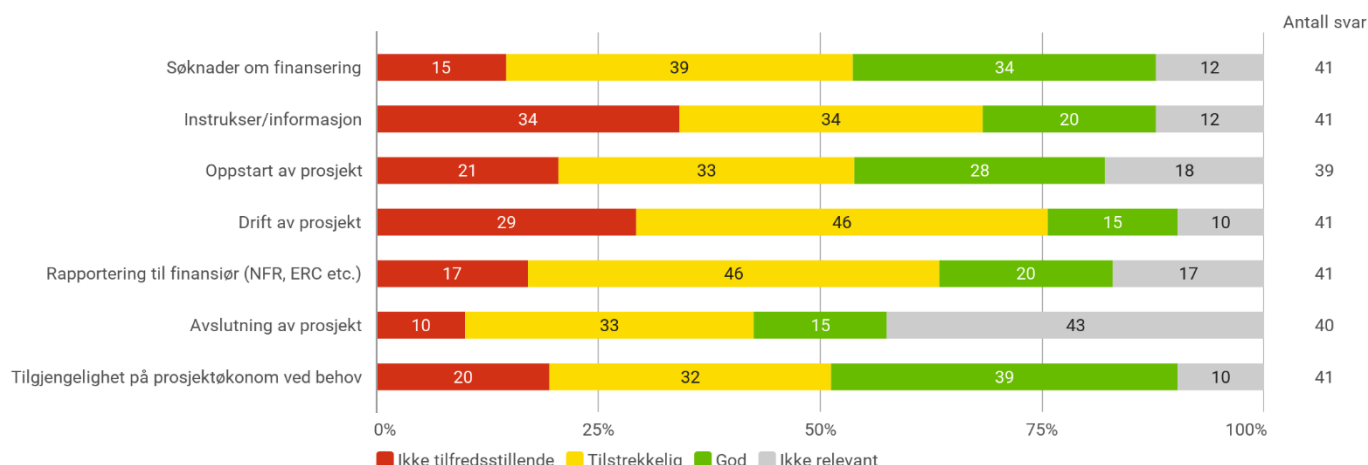
Av de kvalitative tilbakemeldingene fra prosjektlederne er det gjentakende at kvaliteten på tjenestene oppleves forskjellig alt etter hvilken økonom som er tilknyttet det aktuelle prosjektet. Det er ikke unaturlig at ulike mennesker arbeider noe ulikt, men samtidig kan det sies å understøtte tilbakemeldingene om at det er for lite felles arbeidsmetodikk i prosjektøkonomigruppen som helhet.

Det er en ambisjon om at hvert prosjekt i hovedsak skal ha en økonom tilknyttet seg så langt dette er mulig. Flere av prosjektlederne har kommentert at dette skjer i større grad, og er kjærkomment.

Samarbeidet internt i økonomiseksjonen for K1/K2 beskrives som godt, og at det er en kultur for å avhjelpe hverandre. Dette er imidlertid beskrevet som til dels å være selvinitiert og selvregulert av medarbeiderne.

Prosjektlederens oppfatninger av kvalitet

Et sentralt spørsmål til prosjektlederne har vært hvordan de opplever kvaliteten på økonomitjenestene i ulike faser av et eksterntfinansiert prosjekt. Figuren nedenfor viser hvordan svarene har fordelt seg:



Figur 2 - Opplevd kvalitet på økonomitjenestene blant prosjektledere

Vi ser av figur 2 at økonomitjenestene langs alle inkluderte dimensjoner som regel oppleves som god eller tilstrekkelig², men at det er noen variasjoner. Mer avgrensede prosesser som oppstart, rapportering og avslutning av prosjekter gis generelt høyere score enn løpende oppgaver som informasjon og drift. Dette kan nok skyldes at det er naturlig mer krevende å opprettholde servicenivå over tid, og vi vet samtidig at det er ønskelig blant prosjektlederne å motta oppfølging fra samme økonom som kjenner prosjektet. Dedikasjon av dette slaget er antakelig lettere å oppfylle i avgrensede prosesser og ansvarsområder, mens mer langvarige driftsoppgaver vil være mer utfordrende.

Det er også mulig å se de positive tilbakemeldingene knyttet til søknadsprosesser og oppstart av prosjekter, kontrastert med noe mindre grad av tilfredshet med løpende prosesser, som et resultat av den kontinuerlige store arbeidsmengden medarbeiderne rapporterer om. Nye prosjekter føyes til eksisterende, noe som kan tenkes å vri oppmerksomheten mot etableringen av førstnevnte, og skape utfordringer for driften av de eksisterende.

Den mest gledelige tendensen i tilbakemeldingene i figur 2 er likevel at på spørsmålet om tilgjengelighet på prosjektøkonom ved behov svarer nærmere 80 % av respondentene som har oppgitt spørsmålet som relevant for sin virksomhet at tilgjengeligheten er god eller tilstrekkelig.

Tilhørighet

Det er ganske stor enighet blant medarbeiderne om at de føler liten tilknytning til fakultetsadministrasjonen, og anser instituttene som både arbeidssted og arbeidsplass. Dette er forståelig. Medarbeiderne mener for det meste at all den tid de er plassert ved instituttet på heltid er

² Det påpekes at denne oppfatningen er basert på prosjektledernes oppfatning av kvaliteten på tjenestene nå, og at det ikke ligger en direkte kobling mot opplevd kvalitet på tjenestene før omorganiseringen i dette spørsmålet, jf. Fig 1 over.

de godt sosialt integrert der, og at det nok setter begrensninger på interaksjonen med fakultetsadministrasjonen.

Det oppleves som positivt at økonomisjef ved fakultetet har jevnlig tilstedeværelse ved instituttene, og bemerker at det tidligere var for lite kontakt av denne typen. På spørsmål om hva de tenker om å være ansatt i fakultetsadministrasjonen fremfor ved instituttet kan det virke som om de medarbeiderne som allerede var ansatt før omorganiseringen at de hadde foretrukket å fortsette som instituttansatte. Det oppgis flere grunner til dette – for noen er det en identitetsmarkør som er tatt bort, andre nevner mer praktisk årsaker, som at det er mange automatiserte prosesser og systemer der det er mer fordelaktig at enheten/kostnadsstedet man er tilknyttet samsvarer med der man har sin fysiske arbeidsplass.

Medarbeiderne som ble nyansatt ifm. omorganiseringen er i noe mindre grad opptatt av tilhørigheten, og har ikke noe regelrett imot å være ansatt ved fakultetet. Men det er stor enighet blant medarbeiderne om at de må være fysisk plassert ved instituttet for å kunne gjøre jobben sin på en effektiv måte.

Ledelse

Omorganiseringen medførte som tidligere nevnt en rekke omlegginger av ledelsesstrukturen i økonomifeltet ved K1 og K2. Den største omleggingen var sammenslåingen av økonomikordinatorfunksjonen ved begge instituttene til en rolle, som samtidig fikk personalansvar for økonomimedarbeiderne begge steder. Dette medførte også endringer i rollen til administrasjonssjefene.

Administrasjonssjefene, men også andre som er intervjuet, har påpekt motsetningen mellom at det fortsatt er administrasjonssjefen som er ansvarlig for instituttøkonomien (sammen med instituttleder), men at denne rollen har mistet fag- og personalansvar for økonomene. Dette er til tider utfordrende med tanke på helhetlig styring.

Vi har allerede kommentert at BOA-kordinatorfunksjonen har vært for belagt med løpende oppgaver til at det har vært mulig å kunne ivareta større, overbyggende oppgaver. Dette beskrives til dels også for rollen som økonomileder, nærmere bestemt at rollen involverer svært mange oppgaver, og at dette til tider kan gå ut over elementer som helhetlig personalledelse og rutineutvikling. Skal man legge til grunn et utenforblikk må det kunne sies at det er samlet såpass mye innflytelse, informasjon og ansvar i denne rollen at den fremstår som noe sårbar og utsatt. Det påpekes også av noen at man har fått bedre overblikk over totaløkonomien og høyere kvalitet på rapporteringen med denne kombinerte rollen.

Det kommer også frem i noen intervjuer at det er «for mange ledere», og at det noen ganger er uklart hvem som sitter på hvilken myndighet på hvilke arenaer. Medarbeiderne vet hvem som er deres nærmeste leder, og innenfor økonomifeltet har man jobbet seg frem til større grad av ryddighet etter innkjøringen av ny organisering. Utfordringer kan mer sees på områder der økonomifeltet møter andre aspekter ved driften av instituttet, der administrasjonssjef og økonomileder deler myndighetsflate.

Anbefalinger

Dette avsnittet gir noen anbefalinger til mulige tiltak basert på funn i evalueringen. Det understrekes at dette kun er på overordnet nivå, og at anbefalingene må konkretiseres i dialog mellom fakultetsledelsen og ledelsen ved de to instituttene:

1. I rollen som BOA-koordinator må det avsettes tilstrekkelig tid til å kunne drive koordinering, rutineutvikling og kompetanseheving av prosjektøkonomene. Dette betyr at andelen av ordinære driftsoppgaver i prosjektøkonomien må reduseres. Det bør være minst 50 % avsatt tid i denne stillingen til koordinatoroppgaver. Dette vil kunne medføre bedre rutiner og mer enhetlig kompetanse blant prosjektøkonomene, noe som vil gjøre tjenestene mer forutsigbare for prosjektlederne i vitenskapelig stab. Det finnes også antakelig uutnyttede muligheter for differensiering blant prosjektøkonomene i spisskompetanse på ulike finansører og tilhørende systemer.

Hvorvidt en slik omfordeling av BOA-koordinators tid medfører at det må ansettes ytterligere en prosjektøkonom er noe som instituttet og fakultetet må avklare i fellesskap.

2. Det må ved nyansettelser tas høyde for opplæringsbehov, og at nyansatte på økonomifeltet ofte har behov for å lære seg både konkrete arbeidsoppgaver, økonomisystemer, organisasjonsstruktur, sektorspesifikke forhold – og for prosjektøkonomer et komplekst regelverk, budsjetterings- og rapporteringsregime. Avsetning av tid til slik opplæring er en investering som koster i innfasingsperioden, men som vil gi avkastning på sikt. Om nødvendig, av hensyn til den løpende driften, kan opplæringen strekkes ut i tid og i mindre økter, men den må i alle tilfeller være helhetlig og planlagt. Det bør for den enkelte medarbeider kartlegges hvilke kompetanse som besittes ved ansettelse, og en opplæringsplan formuleres ut fra dette.

Det bør også være lignende innstilling til økonomimedarbeidernes kontinuerlige kompetansebehov, blant annet ved å sikre at medarbeiderne kan delta på fellestilbud i regi av Økonomiavdelingen sentralt på UiB. Datainnsamlingen til denne evalueringen har avdekket at det dessverre i sjeldnere grad enn ønsket har vært rom for slik deltakelse, fordi fristene ofte er korte og arbeidsmengden stor. En del av dette kan tilskrives et behov for rutiner og forutsigbarhet i større grad, som nevnt under punkt 1.

3. Som del av rutineutviklingen bør det utformes en omforent standard for hvordan et eksterntfinansiert prosjekt skal følges opp, med tanke på tid, ressursbruk og forventede tjenester. Dette for å sikre at forventningene fra prosjektledere og medarbeidere er avpasset, og gi begge parter mer forutsigbarhet. Dette kan gjøres som en rutinebeskrivelse, eller som en form for serviceavtale.
4. Det må innledes en dialog om fremtidig ledelsesmodell for økonomifeltet ved de kliniske instituttene. Vi har tidligere i rapporten beskrevet hvordan rollen som økonomileder skal fylle svært mange funksjoner og arbeidsoppgaver. I dag rommer rollen arbeidsområdet til tidligere økonomikoordinatorstillinger, som ivaretar to instituttledere og der det fortsatt er en visst skille mellom instituttene med tanke på hvordan arbeidet utføres. Man kan dermed spørre seg om hvor mye den samlede arbeidsmengden for disse to stillingene er redusert i den nåværende kombinerte rollen som økonomileder. I tillegg har rollen overtatt

økonomifunksjoner fra to administrasjonssjefstillinger, og har delegert personalansvar fra økonomisjef på fakultetet.

Det har i denne evalueringen kommet tilbakemeldinger fra både ledere og medarbeidere på at rollen som økonomileder virker å være svært presset. Dette fører til at det er lite rom for overbyggende lederoppgaver, særlig knyttet til helhetlig personaloppfølging og lagbygging - samt at det i større grad enn ønskelig må tas raske avgjørelser og foretas «brannslukking».

Selv om man antakelig har kunnet effektivisere en del i rapporteringen med å samle mye informasjon og myndighet i en rolle gjør dette også økonomifeltet sårbart.

Forslag til organisasjonsmodell for økonomitjenestene ved K1 og K2

Denne evalueringen kan ikke foregripe hvordan en videre organisasjonsmodell skal se ut.

Evalueringsarbeidet har avdekket et behov for langsiktig rutine- og kompetanseutvikling, som igjen er avhengig av at det er rom for slike utviklingsoppgaver i arbeidshverdagen for faglederroller som BOA-koordinator og økonomileder. Samtidig er det en tilbakemelding om at det i et ledelsesperspektiv er utfordrende å balansere hensynet til at **økonomimedarbeiderne skal være organisasjonsmessig underlagt fakultetet, men arbeide og gi tjenester i en instituttadministrasjon**. Personalansvaret er i dag delegert fra økonomisjef ved fakultetet, som formelt har dette ansvaret, til økonomileder, men i instituttshverdagen holdt separat fra administrasjonssjefenes tilsvarende ansvar for resten av instituttadministrasjonen. Her vises det også til funn om at økonomilederrollen har samlet i seg en hel rekke ledelses- og ansvarsoppgaver innen personalledelse, fagoppfølging, rapportering og koordinering, hentet fra to tidligere stillinger og senere tillagte funksjoner, og at denne rollen virker å være presset.

Videre er det også et ganske entydig funn at økonomimedarbeiderne i all hovedsak forholder seg til "sitt" institutt, og i liten grad arbeider fleksibelt på tvers av instituttgrensene. Det er også liten grad av opplevd tilknytning til fakultetet. Det er imidlertid noen klare fordeler med å samle økonomimedarbeiderne jevnlig på tvers i kompetanse- og fagutviklingsøyemed.

Her er det viktig å huske på at de overordnede argumentene for omorganiseringen var mer enhetlig ledelse for økonomimedarbeiderne, et større fagmiljø for disse og mer samarbeid på tvers. I dagens modell er ikke balansen mellom disse funksjonell, basert på tilbakemeldingene i denne evalueringen.

Man kan overordnet skissere to alternative organisasjonsmodeller:

Modell A:

Det første vil være en tilbakeføring av økonomimedarbeidere til de to respektive instituttene. Økonomimedarbeiderne ansettes på nytt ved instituttene, og administrasjonssjefene overtar fag- og personalansvar for disse. En åpenbar svakhet er at man da returnerer til den organisasjonsformen som i sin tid ble vurdert å måtte endres, og instituttene vil igjen bære lønnskostnadene for økonomimedarbeiderne. En slik modell vil kreve en ny omstillingsprosess. Det er også en fare for at man arbeider mer fragmentert og ulikt på tvers av instituttene, og mister noe av fordelene med et større fagmiljø, og dermed risikerer økt turnover på ny.

Modell B:

- En viderefører i stor grad dagens organisering, men med noen strukturelle endringer. Økonomisjef ved fakultetet overtar leder- og personalansvar for alle økonomene ved de kliniske instituttene, på lik linje som økonomisjef har i dag over de årsverk som er knyttet til fakultetsleddet.
- Fakultetsøkonomene samlokaliseres med instituttøkonomene i fysisk nærhet til de to instituttledelsene og fagmiljøene. (Se kommentar om arealprosjektet nedenfor, og koblinger til dette).
- Rollen som BOA koordinator styrkes og skal ha et faglig ansvar for å utvikle gode rutiner for drift av prosjektene.
- Administrasjonssjefene får en arbeidsledelse av de økonomene som i hovedsak arbeider opp mot henholdsvis K1 og K2.

En slik modell skiller personalansvaret fra den daglige arbeidsledelsen, og sørger samtidig for at administrasjonssjefene får økt innflytelse over den samlede instituttadministrasjonen. Samtidig er det en anerkjennelse av at økonomimedarbeiderne i stor grad arbeider instituttdedikert, og at de to kliniske instituttene har forskjeller i driftsform som bør ivaretas. Samlokaliseringen av fakultets- og instituttdedikerte økonomimedarbeidere vil ivareta behovet for et robust fagmiljø, og kan i kombinasjon med særlig styrking av rollen som BOA-koordinator også bidra positivt til enhetlig rutine- og kompetanseutvikling.

Uavhengig av modell må en sikre at man ikke bare «flytter problemet» når det gjelder kapasitet i den samlede lederrollen, og det må en underbyggende struktur som støtter opp om denne. Videre er det en nær unison tilbakemelding i datainnsamlingen at økonomimedarbeiderne ved instituttene trenger å være lokalisert tett på fagmiljøet for å kunne gjøre arbeidet sitt på en ordentlig måte. Det foregår et større arealprosjekt ved fakultetet, men det er i skrivende stund usikkert hvordan dette vil slå ut i praksis. Samlokalisering av økonomene som skissert i modell B vil være en del av vurderingene som gjøres i forbindelse med dette prosjektet.



Innspill til alternativ økonomimodell for K1 og K2

Modell C:

Det har blitt kommunisert at nåværende økonomileder ikke lenger skal ha personalansvar, og at hun er orientert om dette. Med det som utgangspunkt foreslår K1 og K2 følgende modell;

- Personalansvar på instituttnivå (administrasjonssjefer)
- Det vil avlaste fakultetet med 9 personer som instituttet kan ha personalansvar for. Lønnskostnaden forblir (inntil videre) på MEDFAK.
- Økonomisjef (MEDFAK) har fagansvar
- Vi ønsker å skille mellom personalansvar og fagansvar
- Helhetlig organisering blir likt de andre instituttene
- Det medisinske fakultets budsjettprosess 2026 og langtidsbudsjett 2027 – 2030 viser at det blir en vridning fremover med færre adm./tekniske stillinger og flere vitenskapelige. For at instituttene skal håndtere flere oppgaver med færre stillinger er man avhengig av å hente synergieffekt av alle administrative stillinger ved instituttene. Dette vil man kunne hente ut fra økonomene om de er tilknyttet instituttene (slik vi gjør av studieavdelingen i dag)
- Begge instituttene har behov for en controllerfunksjon, til for eksempel månedsrapporter, delta i dialogmøter på vegne av instituttet sammen med instituttledelsen
- Forslag er at nåværende økonomileder K1/K2 kan være controller for instituttene, bidra med prosjektøkonomi/SFF, utarbeidelse av budsjett, avviksforklaringer regnskap/budsjett, økonomioppfølging og lignende
- Hvis fakultetet har langsiktige planer om en sentralisering av økonomifunksjonen i sin helhet, mener vi at det bør planlegges for og implementeres parallelt for alle 5 institutt
- Vi mener også at det vil være klokt å avvente med store endringer til arealprosessen er klar og vi vet hvordan det vil se ut
- Vi er reelt bekymret for turnover og må forsøke å sikre stabilitet hos økonomene

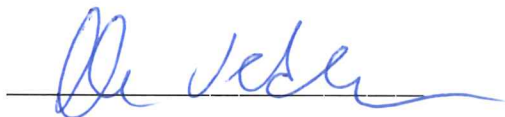
Hvis ikke dette lar seg gjøre, vurderer vi modell A med en tilbakeføring av økonomimedarbeiderne til de to respektive instituttene som en bedre løsning enn modell B.

Kommentar til modell A, setning s. 12 “..*mister noe av fordelene med et større miljø, og dermed risikerer økt turnover på ny.*”

Grunnen til at økonomene som var ansatt på K2 før omorganiseringen sluttet, var pga. at det var mangel på økonomer i markedet og UiB hadde utfordringer med å dekke alle økonomstillinger. Det ble derfor utlyst økonomstillinger fra andre fakultet der arbeidsoppgavene var de samme som på MEDFAK, mens lønnen var 100.000 - 150.000 høyere. K1/K2 ser ingen risiko for økt turnover pga. mindre fagmiljø.

Vi mener dessuten at fagmiljø vil bestå på tvers av instituttene og fakultetet på lik linje som det gjøres pr. idag med IBM, IKO og IGS.

Bergen, 03.09.2025



Christian Vedeler

Instituttleder Klinisk institutt 1



Silke Appel

Instituttleder Klinisk institutt 2



Cathrine Svanevik

Administrasjonssjef Klinisk institutt 1



Maria Holmaas

Administrasjonssjef Klinisk institutt 2



Styre
Fakultetsstyret ved Det medisinske fakultet

Arkivreferanse
2025/12543
Styresak
75/25

Dokumentdato
09.10.2025
Møtedato
16.10.2025

Organisasjon tilpasset en ny hverdag - Institutt for klinisk odontologi

Bakgrunn

I 2017 fikk Institutt for klinisk odontologi i oppdrag fra Det medisinske fakultet ved Universitetet i Bergen å se på muligheter for å redusere antall seksjoner ved Institutt for klinisk odontologi (IKO). Prosjektet fikk forkortelsen «RAS – rasjonalisering av antall seksjoner og arbeidsgruppen» og ble ledet av Bodil Lund. Det ble utarbeidet og overlevert en omfattende rapport juni 2018, se vedlegg RAS-rapporten.

Hensikten med prosjektet var å arbeide frem et forslag på seksjonsstruktur, som kunne stimulere og øke samarbeidet mellom instituttets fagseksjoner, med tanke på undervisning og forskning. Målsettingene var å gi beste mulige utdanning, være en attraktiv arbeidsplass med gode forutsetninger for kompetanseutvikling, fremme pasientbehandling, og et sterkt og stimulerende forskningsmiljø.

Tiltak beskrevet i rapporten ble den gang ikke iverksatt.

I forbindelse med implementering av ny studieplan i odontologi ble en ny rapport utarbeidet av en arbeidsgruppe oppnevnt av instituttleder ved IKO, se vedlegg Ny studieplan. Denne gruppens mandat var se på tilpassing av klinisk undervisningsaktivitet ved Institutt for klinisk odontologi, UiB, i forbindelse med innføring av ny studieplan for odontologistudiet. Rapporten benevnes som «KUSP-rapporten» og ble levert august 2024. KUSP-rapporten identifiserer mange utfordringer, spesielt samhandling i forbindelse med implementering av den nye studieplanen, og beskriver flere mulige løsninger, se vedlegg KUSP-rapporten.

Et av hovedproblemene ved innføring av ny studieplan er at den krever stor grad av fleksibilitet knyttet til m.a. kompetanse- og ressursbruk, noe som dagen organisering ved Institutt for klinisk odontologi ikke imøtekommer.

Utfordringene som beskrives i KUSP-rapporten er:

1. Ressursfordeling:
 - lærerressurser
 - arealer
2. Tverrfaglig undervisning:
 - manglende samhandling mellom fagseksjoner i klinisk undervisning
3. Pasientflyt og behandling

Instituttet, ved Instituttrådet, ser nå behov for en prosess for å se på endringer i organisasjonsstrukturen for å oppnå en smidigere struktur i klinikken med færre ledd og som sikrer god utnyttelse av ressurser.

Dette er drøftet med fakultetsledelsen, som også forstår nødvendigheten av endring i organisasjonsstrukturen ved IKO.

Våren 2025 utarbeidet et forprosjekt med en partssammensatt arbeidsgruppe et forslag til modell for IKO (DMFT-rapporten, levert juni 2025). Dette forprosjektet vil være utgangspunkt og må gi retning for en prosess som ser på mulig endring av organisasjonskart, klarhet i rolleinnhold og rapporteringslinjer for stillinger ved instituttet, se vedlegg DMFT-rapporten.

Kommentarer fra ledelsen

Hensikten med omstillings- og organisasjonsprosjektet ved IKO er å justere organisasjonen i tråd med den fleksibilitet og ressursutnyttelse ny studieplan. Nødvendige tilpassinger og endringer må gjøres med hovedfokus på å øke kvaliteten på vår kliniske undervisning og ivaretagelse av pasientene i klinikkene. Tilrettelegging av arbeidsoppgaver og sikring av medvirkning og medbestemmelse er viktig i prosessen. Det er videre ønskelig å frigjøre vitenskapelig kapasitet med økt fokus på forskning, forskerformidling og ekstern forskningsfinansiering ved instituttet.

Informasjons- og drøftingsutvalget ved Det medisinske fakultet fikk forelagt DMFT-rapporten til behandling den 29.08.2025. Instituttrådet ved IKO behandlet sak om ny organisasjonsstruktur ved instituttet den 16.09.2025. Instituttrådet ved IKO ber om at saken legges fram av, Det medisinske fakultet ved Institutt for klinisk odontologi (prosjekteier) for Fakultetsstyret (oppdragsgiver) for beslutning. Instituttrådet har utarbeidet utkast til mandat for arbeidsgruppe og forslag på medlemmer i en arbeidsgruppe og styringsgruppe, se nedenfor i saken. Det er også utarbeidet tentativ fremdriftsplan for omstillingsprosjektet, se vedlegg Fremdriftsplan.

Mandat - arbeidsgruppe

1. Hovedfokus for en organisasjonsendring skal være en samlet organisasjon med økt fleksibilitet og rom for faglig strategisk tenking:
 - a. bedre flyt av pasienter og undervisning i klinikken,
 - b. økt kvalitet på klinisk undervisning,
 - c. bedre samspill mellom fagene med tanke på faglige gevinster (tverrfaglig undervisning) og personalressurser,
 - d. stab som er tilpasset pasientenes behandlingsbehov og
 - e. styrking av forskning, forskerformidling og forskningsinnsats for økt BOA
2. De foreslåtte endringer skal beskrives organisatorisk og administrativt, inkludert en beskrivelse av rammer for sentrale lederroller i Odontologisk universitetsklinikk.
3. Arbeidsgruppen skal ha dialog med og rapportere til styringsgruppen underveis i arbeidet.
4. Arbeidsgruppen leverer en samlet vurdering og anbefalt organisasjonsmodell for IKO til styringsgruppen innen utgangen av april 2025.

Organisering av prosjektet

Omstillingsavtalen ved UiB ligger til grunn for arbeidet, se [Omstillingsavtale.pdf](#). Vernetjenesten og tjenestemannsorganisasjonene skal være representert i arbeidsgruppen og styringsgruppen.

Arbeidsgruppe - sammensetning:

- | | |
|-------------------------------|---|
| • Marit Øilo | professor, leder |
| • Dagmar Bunæs | førsteamanuensis |
| • Ida M. Dahle | overtannlege |
| • Alida Hodizc | tannpleier (vernetjenesten) |
| • Justyna M. Kotowiecka | tannhelsesekretær (vernetjenesten) |
| • Jan Vidar Dammen-Hjelmeseth | HR-leder Det medisinske fakultet |
| • Tjenestemannsrepresentant | utpekes av tjenestemannsorganisasjonene |
| • Ove Kristian Bakkevig | administrasjonssjef og sekretær for gruppen |

Styringsgruppen – sammensetning:

- | | |
|-----------------------------|---|
| • Asgeir Bårdsen | instituttleder, leder |
| • Reidun Kjome | visedekan undervisning Det medisinske fakultet |
| • Cecilie Gjerde | førsteamanuensis |
| • Synnøve Myhre | fakultetsdirektør |
| • Kari Juul | hovedverneombud |
| • Tjenestemannsrepresentant | utpekes av tjenestemannsorganisasjonene |
| • Ove Kristian Bakkevig | administrasjonssjef og sekretær for styringsgruppen |

Forslag til vedtak

1. Fakultetsstyret ber om at det gjennomføres en formålstjenlig omstillingsprosess ved Institutt for klinisk odontologi i tråd med omstillingsavtalen ved UiB og mandatet i saken.
2. Fakultetsstyret vedtar forslag til arbeids- og styringsgruppe for prosessen.
3. Tentativ fremdriftsplan tas til orientering.
4. Fakultetsstyret gir styringsgruppen fullmakt til å gjøre de nødvendige tilpasninger for å ivareta hensynene i omstillingsavtalen og at fremdrift i omstillingsprosessen sikres.

Marit Bakke
Dekan

Synnøve Myhre
Fakultetsdirektør

09.10.2025/Jan Vidar Dammen-Hjelmeseth
Vedlegg

- 1 Vedlegg - Fremdriftplan
- 2 Vedlegg - Ny studieplan odontologi-Makroplan
- 3 Vedlegg - KUSP-rapport
- 4 Vedlegg - Rapport RAS_08.06.2018
- 5 Vedlegg - DMFT-rapporten

Fremdriftsplan 2025-2026

Prosjekt organisasjonskart tilpasset en ny hverdag - IKO

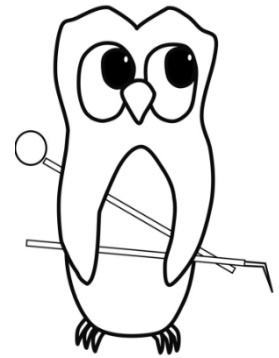
Dato, tidspunkt og sted	Deltakere, møtearena	Agenda
Fase 1 - Planlegging/utredning 2025		
Våren 2025	Instituttledelsen	Innhente informasjon Arbeidsgruppe - forprosjekt
26.06	Arbeidsgruppe - forprosjekt	Forprosjekt levert
26.08	Instituttledergruppen	Informasjon om forprosjekt og ønske om å kjøre sak
29.08	IDU	Informasjon om forprosjekt og ønske om å kjøre sak
16.09	Instituttrådet IKO	Drøfte og godkjenne mandat for arbeidsgruppe og styringsgruppe Foreslå deltakere i arbeidsgruppe og styringsgruppe
September	Verneombudene IKO	Drøfting/Informasjon om prosessen
Oktober	Forhandlingsutvalg	Informasjon om prosess
Oktober	Allmøte IKO	Informasjon om prosess
Oktober	OFU/MEDSU	Informasjon til studenter
Oktober	IDU	Drøfting mandat og deltakere i arbeidsgruppe
Oktober	Fakultetsstyret	Vedtakssak mandat, arbeidsgruppe, styringsgruppe og milepælsplan
Oktober-desember	Arbeidsgruppen	Arbeidsmøter
November - 27.	Seminar hele IKO	Prosess ved endring, omstillingsplan ved UiB etc
2026		
Januar	Arbeidsgruppe og styringsgruppe	Dialogmøte – status og fremdrift
Januar	IDU	Drøfting
Mars	IDU	Drøfting
Mars	Styringsgruppen og arbeidsgruppen	Arbeidsgruppen legger frem sin rapport til drøfting
April	Arbeidsgruppen	Overleverer endelig rapport til styringsgruppen
Mai	Ledergruppen og Instituttrådet	Vurdere rapport og plan for implementering. • Kompetansekartlegging • Bemanningsplan
Mai	Forhandlingsutvalget	Drøfting plan for implementering. • Kompetansekartlegging • Bemanningsplan
Mai	Alle IKO	Allmøte

Juni	Fakultetsstyresak	Endelig behandling (godkjenning – nytt organisasjonskart og plan for iverksetting)
Fase 2 - Iverksetting		
August	Instituttledelse	Iverksetting av ny organisasjonsstruktur
August-september	Ledere og medarbeidere	Gjennomføre medarbeidersamtaler/ omstillingssamtaler
September	Ledere og medarbeidere	Orientering om resultat av arbeidstakernes innplassering, og evt. omdisponering

Institutt for klinisk odontologi

Det medisinske fakultet

Universitetet i Bergen



Innhold

Behov for ny studieplan for integrert master i odontologi	4
Mandat for arbeidsgruppe II	6
Arbeidsgruppens arbeid	6
Fremdriftsplan – Ny studieplan i Integrert masterprogram i odontologi	8
Bakgrunnsinformasjon.....	9
1. Behov for framtidig tannhelsetjeneste (15-års perspektiv).....	13
2. Grenseoppgang mellom allmennpraksis og spesialtjenester	16
3. Tilpasse klinisk undervisning i allmennodontologi konsentrert til en ukedag og tilpasse de ulike kliniske fagenes undervisning til dette, inkludert tidspunkt for vurdering (eksamen).....	17
4. Vurdere varighet og plassering av praksisstudiet.....	19
5. Foreslå ny fordeling av studiepoeng etter revisjon av makroplanen	20
6. Foreslå tiltak som skal bedre pasientflyt i klinikken, inkludert pasientinnskriving.....	22
7. Vurdere og foreslå økt bruk av nye undervisnings- og vurderingsformer, vurdere om mengden teoretisk undervisning kan reduseres og om det er behov for å endre vurderingsformer som benyttes innen de ulike emnene.....	26
Målsetting for ny studieplan i odontologi	32
Delmål studenter	32
Delmål institutt.....	32
Vedlegg	33
1. NY STUDIEPLAN FOR INTEGRERT MASTERPROGRAM I ODONTOLOGI.....	33
Læringsutbytte	34
Opptakskrav.....	35
Delstudium i utlandet	35
Undervisningsmetoder	36
Teoretisk undervisning:	36
Praktisk/Klinisk undervisning.....	36
Vurderingsformer i klinikk og teori.....	37
Praksisstudiet:	38
TVEPS.....	38
Tverrfaglig samarbeid	38
Relevans for arbeidsliv.....	38
Skikkethetsvurdering og autorisasjon	38
Læringsutbyttebeskrivelser	39
2. Makroplan emnekoder må revideres	40
3. Implementering og overgangsordninger	41
Overgangsordning Kull III, IV og V	41

4. Risikovurdering.....	42
5. Bakgrunnsdokumenter	48
Sentrale dokumenter i arbeidet med revisjon av studieplan i odontologi	48
Lover og forskrifter (lovdata.no og uib.no):	48
Rapporter:	48
6. Forslag til ny timeplan	49
7. Rapport fra spørreundersøkelse.....	50

Behov for ny studieplan for integrert master i odontologi

Der er flere årsaker til at studieplanen bør revideres. En viktig årsak er at det en skjevfordeling av studentenes arbeidsoppgaver i løpet av de fem studieårene (basert på studentevalueringer de siste 10 årene). De opplever relativt liten arbeidsbelastning i de første årene og ekstremt stor arbeidsbelastning på 5., 7. og 8. semester.. Studentene opplever at de har liten mulighet for å styre egen studiehverdag etter 3. semester, da det er mye timeplanlagt og obligatorisk undervisning (30-37 timer per uke). Studentene har også oppgaver på laboratoriet og i klinikk som ikke er timeplanfestet, men som må utføres i arbeidstid. Selvstudie, arbeid med masteroppgave, presentasjoner og rapporter må i all hovedsak foregå på kveldstid og i helger. Dette tilsier at studentene har vesentlig mer arbeidsbelastning enn det som er normert for et fulltidsstudium (se rapport om tidsbruk blant studenter). Studentene opplever ofte at den tiden som er satt av til masteroppgavearbeid eller egenstudier, brukes til å ta igjen tapte forelesninger eller ekstraforelesninger. Endringer skjer ofte på kort varsel.

Videre opplever mange studenter at de har lav motivasjon de første to studieårene. De ønsker klinisk erfaring tidligere i studiet for å kunne danne seg et bilde av hvorfor det er viktig å erverve seg basalkunnskaper. Studentene opplever også at de har problemer med å forstå arbeidsoppgavene på ferdighetskursene da de ikke kjenner til sluttproduktet, eksempelvis har de færreste studentene kjennskap til hva en krone eller en bro er når de skal begynne å lage den selv.

Driften av studentundervisningen med pasientbehandling slik den utføres på Institutt for klinisk odontologi (IKO) i dag er tungvint og uhensiktsmessig med tanke på pasientflyt, arealutnyttelse og utnyttelse av arbeidskraft (se rapport fra arbeidsgruppe 1 og rapport fra arbeidsgruppen for «Heilhetlig behandling på studentklinikken» 2015). Eksempelvis er det ulike behov for lærerkrefter (instruktørtannleger og annet klinikkpersonale) på høst- og vårsemesteret, eller for- og ettermiddag på enkelte fagseksjoner. Studentene får ikke tilstrekkelig erfaring med å gjennomføre et fullstendig journalopptak med diagnostikk og behandlingsplanlegging (se NOKUT rapport 2007). Studentene er misfornøyd med organiseringen av faget «allmennodontologi». Det er mye usikkerhet rundt hvor mange pasienter de skal behandle, det er ikke alltid instruktører med rett kompetanse til stede, og generelt fremstår kurset dårlig koordinert. Det er krav om at alle fagseksjoner skal være til stede ved alle «allmenn-økter». Utenom fredager, gjelder dette da 12 tannlegestudenter og noen tannpleierstudenter. Våren 2019 er det flere kliniske seksjoner som ikke oppfyller disse kravene annet enn på fredagsøktene.

I de fleste fag er forelesninger fordelt over lange perioder med en forelesning på enten 45 eller 75 minutter i uken, noe som gir en fragmentert teoretisk undervisning. En forelesning per uke leder som regel til kateterstyrt klasseromsundervisning i form av tradisjonell forelesning og passive studenter som tilhørere. På 45 minutter i mellomøkten er det begrenset mulighet for å skape rom for studentaktivitet. Flere fag har undervisning parallelt, ett fag hver ukedag, f.eks protetik mandag, periodonti tirsdag, endodonti onsdag og kjeve- og slimhinnelidelser (KOS) torsdag, noe som kan oppleves som fragmentert for studentene. Det er vanskelig å få studentene til å forberede seg i stor grad til forelesning i hvert fag når de har så mange fag å forholde seg til i løpet av samme uke. I tillegg må de forberede seg til hver klinikk-økt, spesielt når de skal utføre nye prosedyrer. De må eventuelt prioritere, og da velger de som regel det faget med kortest tid til eksamen.

For noen fag går det uhensiktsmessig lang tid fra oppstart av forelesninger til eksamen (opptil to år). Det er også lite hensiktsmessig at eksamen kommer på slutten av den kliniske praksisperioden, gjerne lang tid etter siste forelesning i faget (opptil ett år). De fleste fag legger derfor inn en eller flere teoritester

underveis. Disse er ikke koordinert og kommer ofte samtidig eller i tillegg til andre arbeidskrevende oppgaver. Dybdelæring blir dermed nedprioritert til fordel for pugging før hver prøve eller eksamen. Det er i flere fora ytret ønske om en mer samlet fagspesifikk undervisning og tidligere teoretisk vurdering av studentene.

Dagsordenen med to kliniske økter, med en hektisk periode i mellom, der både lunsj og forelesninger skal avvikles, gir stressende arbeidsdager for studentene og trolig dårligere utbytte av teoretisk undervisning. Studentene kommer ofte for sent til forelesning da de ikke rekker å bli ferdige i klinikken i tide. De må ofte skynde seg rett til neste klinikk-økt som begynner i det forelesningen er ferdig. Dette gir ofte en forskyvning av dagen, slik at studentene ikke rekker å bli ferdig i tide før klinikkpersonalet skal gå hjem for dagen. Dette svekker både pasient- og studentsikkerheten.

Det er behov for en modernisering av studieplanen slik at vi utdanner tannleger som er rustet for morgendagens behov og teknologiske hjelpemidler (se egen rapport om implantater). Det er viktig at vår utdanning er i tråd med internasjonale og europeiske standarder og retningslinjer (ADEE) og at vi tar i bruk moderne undervisnings- og vurderingsformer som har vist seg å være mer effektive enn tradisjonell klasseromsundervisning.

Det er nylig laget ny studieplan for medisin, og det er behov for å gjøre endringer i vår studieplan slik at disse samsvarer i de første 2 semestrene, da studentene har mye felles undervisning. Medisinstudentene begynner for eksempel med pasientkontakt på første studieår og dette danner grunnlaget for en del av de teoretiske kursene på første og andre semester. For at odontologistudentene skal ha tilsvarende utbytte av denne undervisningen, må de også ha arenaer for pasientkontakt samtidig.

Mandat for arbeidsgruppe II

Arbeidsgruppen fikk følgende mandat:

1. Beskrive behovet for fremtidig tannhelsetjeneste (15-års perspektiv). Hvilken kompetanseprofil skal en fremtidig tannlege ha?
2. Foreta en grenseoppgang mellom allmennpraksis og spesialisttjenester (grunnutdanning vs. spesialistutdanning) på generelt nivå
3. Tilpasse klinisk undervisning i allmennodontologi konsentrert til en ukedag og tilpasse de ulike kliniske fagenes undervisning til dette, inkludert tidspunkt for vurdering (eksamen)
4. Vurdere varighet og plassering av praksisstudiet
5. Foreslå ny fordeling av studiepoeng etter revisjon av makroplanen
6. Foreslå tiltak som skal bedre pasientflyt i klinikken, inkludert pasientinnskriving
7. Vurdere å foreslå økt bruk av nye undervisnings- og vurderingsformer, vurdere om mengden teoretisk undervisning kan reduseres og om det er behov for å endre vurderingsformer som benyttes innen de ulike emnene.

Arbeidsgruppens arbeid

Marit Øilo ble utpekt som leder for arbeidsgruppe II høsten 2015. Arbeidsgruppen ble deretter sammensatt av representanter fra de ulike gruppene som vil bli berørt av endringene. Gruppens sammensetning ble godkjent av instituttrådet ved IKO i februar 2016. Samtidig ble det nedsatt en styringsgruppe med representanter fra fakultetet og instituttet. Siden dette har arbeidsgruppen hatt jevnlig møter, med unntak av perioden september 2016 til juni 2017 da leder av gruppen var i USA på forskningsopphold, og mesteparten av arbeidet ble utført via mailkorrespondanse. Leder av arbeidsgruppen har hatt en rekke møter med styringsgruppen. I tillegg har begge gruppene hatt fellesmøter. Arbeidsgruppens representanter innså raskt at det ikke ville være hensiktsmessig å gjøre noe med punkt 3 og 6 i mandatet innenfor rammen av den gamle studieplanen, men foreslo for styringsgruppen at arbeidet ble utvidet til å omfatte en helt ny studieplan med mer omfattende strukturelle endringer. Dette ble presentert for Fakultetsstyret juni 2016, og en utvidelse av arbeidsgruppens mandat fra «revisjon av eksisterende studieplan» til «ny studieplan» ble godkjent.

Tabell 1: Arbeidsgruppens sammensetning

Vitenskapelig	Førsteamanuensis Marit Øilo (biomaterialer, protetikk)	Leder
Vitenskapelig	Professor Xieqi Shi (kjeve- og ansiktsradiologi)	
Vitenskapelig Preklinisk undervisning	Professor Kathrine Skarstein, patologi/ professor Anne Christine Johannesen, patologi	Skarstein hadde forskningstermin studieåret 2017/18 og ble erstattet av Johannesen
Instruktørtannleger	Førsteamanuensis Torgils Lægreid, kariologi/ instruktørtannlege Christoffer Bjelland, endodonti	Lægreid ble ansatt i vitenskapelig stilling i løpet av arbeidsperioden, Bjelland kom derfor inn som ny representant for instruktørtannleger i 2017
Tannhelsesekretærer	Cecilie Heldal Pettersen, allmenn	Til juni 2018
	Kari Vabø	Fra august 2018
Studieadministrasjonen	Karen Louise Valsø Brinch	Sekretær
	Sissel Urdal	Sekretær fra desember 2018
Studenter	Ida Kjeseth	Frem til juni 2017
	Anders Rossland	Frem til september 2017
	Victoria Øen	Fra august 2017 til Juni 2018
	Martha Rolland Jacobsen	Fra august 2017 til juni 2019
	Josef Nguyen	Fra august 2018

Arbeidsgruppen har hatt undergrupper med deltakere utenfra der dette har vært hensiktsmessig. Arbeidet har tatt lenger tid enn forventet da arbeidet med å innhente informasjon fra ulike fagseksjoner ble omtrent ett år forsinket av ulike grunner.

Rapporten har vært ute på høring våren 2018. Planene ble endret i så stor grad som mulig i henhold til høringssvarene. Alle seksjoner ble kalt inn til dialogmøter der endringene ble diskutert slik at det skulle bli best mulig tilpasset ønsker og behov.

Denne rapporten svarer på de syv punktene i mandatet enkeltvis og med et forslag for ny studieplan for Integrert masterprogram i odontologi (vedlegg 1). I tillegg er det laget ny makroplan (vedlegg 2), et forslag for overgangsordning (vedlegg 3) for perioden frem til ny studieplan er fullstendig implementert på samtlige kull, risikovurdering (vedlegg 4), oversikt over bakgrunnsdokumenter (vedlegg 5) og et forslag til en ny timeplan (vedlegg 6). Rapporten fra spørreundersøkelsen er også vedlagt (vedlegg 7).

Fremdriftsplan – Ny studieplan i Integrert masterprogram i odontologi

TIDSPUNKT	DELTAKERE/MØTEAREN	AGENDA
Høst 2015	Programutvalg for odontologiske fag	Initiativ til at studieplan bør revideres, ePhortesak 2015/11516
Oktober 2015	Fakultetet	Nedsetter 2 arbeidsgrupper ePhortesak 2015/11516
Januar 2016	Arbeidsgruppe 1	Leverer rapport ePhortesak 2015/11516
Februar 2016	Fakultetet	Oppnevning av arbeidsgruppe 2 + styringsgruppe ePhortesak 2015/11516
Vår 2016	Arbeidsgruppe 2	Innsamling av nødvendig bakgrunnsinformasjon (rapporter, evalueringer, st.s. meldinger etc.) og arbeid med prosjektskisse
Mai 2016	Arbeidsgruppe 2/ styringsgruppen	Prosjektskisse lagt frem for styringsgruppen for drøfting
Mai 2016	Arbeidsgruppe 2	Nettsider for prosjektet
Mai 2016	Arbeidsgruppe 2/ seksjonsledere ved IKO	Presentasjon av prosjektskisse
Juni 2016	Arbeidsgruppe 2/ IKO-dagene (kalibreringsdager for ansatte ved IKO)	Presentasjon av prosjektskisse
Juni 2016	Arbeidsgruppe 2/ Fakultetsstyret	Arbeidsgruppe 2 legger frem prosjektskisse for vedtak i fakultetsstyret, sak 64/15 ePhortesak 2015/11516
Juni 2016	Arbeidsgruppe 2	Dannelse av undergrupper med egne mandat
August 2016	Arbeidsgruppe 2/Fagseksjoner ved IKO	Oppdrag ut til fagseksjoner ved IKO
Desember 2016 - juni 2017	Fagseksjoner ved IKO	Fagseksjonene ved IKO leverer sine innspill til Ny studieplan
Vinteren 2016 - 17	Arbeidsgruppe 2/Den norske tannlegeforening (DNT)	Spørreundersøkelse ut til landets tannleger via DNT
September 2017 – februar 2018	Arbeidsgruppe 2	Detaljplanlegging av ny studieplan
November 2017	Arbeidsgruppe 2/ Styringsgruppen	Diskusjonsmøte
Desember 2017	Arbeidsgruppe 2/ IKO-dagene (kalibreringsdager for ansatte ved IKO)	Status Ny studieplan
April 2018	Arbeidsgruppe 2/ Styringsgruppen	Presentasjon av utkast
Mai 2018	Aktuelle høringsinstanser	Høringsrunde
Desember 2018	Programutvalg for odontologiske fag	Vedtak av emnebeskrivelse for introemne OD1INTRO - som starter høst 2019
Februar/mars 2019	Fagseksjoner	Dialogmøter om justeringer i henhold til høringsvar

April 2019	Arbeidsgruppe 2/ Styringsgruppen	Presentasjon av utkast/ programbeskrivelse og makroplan
Mai 2019	Instituttutrådet	Presentasjon av utkast/ programbeskrivelse og makroplan
Juni 2019	Programutvalg for odontologiske fag	Informasjonsmøte programbeskrivelse og makroplan
Juni 2019	Institutt for klinisk odontologi	Informasjonsmøte Plenum
August 2019		Oppstart revidert emne OD1INTRO – del av implementering av ny studieplan Kull I
Høst 2019	Programutvalg for odontologiske fag	Vedtak av programbeskrivelse og makroplan
September 2019	Fakultetsstyret	Vedtak av programbeskrivelse og makroplan
Desember 2019	Institutt for klinisk odontologi	Informasjonsmøte
Vår og høst 2020	Programutvalg for odontologiske fag	Vedtak av nye emnebeskrivelser
Høst 2020		Implementering av ny studieplan Kull I og II
Juni og desember 2020	Institutt for klinisk odontologi	Informasjonsmøte

Bakgrunnsinformasjon

Følgende lover og forskrifter vedrørende tannleger som profesjon og høyere utdanning generelt er benyttet som bakgrunn for arbeidet:

- Lov om helsepersonell mv. (Helsepersonelloven)
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven)
- Forskrift om pasientjournal (Journalforskriften)
- Lov om folketrygd (Folketrygdloven)
- Lov om universiteter og høyskoler (Universitets- og høyskoleloven) med sentrale forskrifter
- Forskrift om skikkethetsvurdering i høyere utdanning

I tillegg er studieplanen tilpasset sentrale retningslinjer i følgende dokumenter:

- RETHOS- rapporten av 2019
- HAV LIV SAMFUNN STRATEGI 2016–2022, Universitet i Bergen
- The First Five Years (Vedtak 2010 fra Association for Dental Education in Europe (ADEE))
- Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for høyere utdanning
- Stortingsmelding Meld. St. 13 (2011-2012) Utdanning for velferd – Samspill i praksis

- Kvalitet i praksisstudiene i helse- og sosialfaglig høyere utdanning: PRAKSISPROSJEKTET, Universitets- og høyskolerådet

Som grunnlag for de foreslåtte endringer har vi sett på studieplaner ved en rekke anerkjente fakulteter. Vi har vært på besøk ved flere fakultet og intervjuet ansatte og studenter (Oslo, Hong Kong, London, Århus og København). I arbeidsgruppen har vi dessuten deltakere med kjennskap til studieplanene ved andre fakulteter (KI i Stockholm og University of Washington, Seattle). Videre har vi satt oss inn i Forsknings- og innovasjonsstrategien til helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og rapportene «Kvalitet i praksisstudiene i helse- og sosialfaglig høyere utdanning: PRAKSISPROSJEKTET» og «Forslag til nasjonale retningslinjer for praksisveilederutdanning» fra Universitets- og høyskolerådet og «Omvärdsanalys inom ALVAH-utbildningsplanarbete» 2017 fra Karolinska Institutet.

Vi inviterte samtlige fagseksjoner ved IKO til å gi innspill om deres ønsker og behov for endringer i studieplanen og ba samtidig om en skissering av forestående endringer i deres fagfelt de nærmeste ti årene. Ytterligere ba vi fagseksjonene redegjøre for en grenseoppgang mellom allmenntannlegens rolle i forhold til spesialister. Samtlige fagseksjoner ønsket eller var nøytrale til mer samlet teoretisk undervisning. De fleste var også positive til å øke andelen av temabasert undervisning. Samtlige kliniske fagseksjoner mente at de ikke kunne redusere omfanget av klinisk tjeneste i sine fag, men enkelte åpnet for at kravene kunne justeres og tilpasses kvalitet i tillegg til kvantitet. De fleste fagseksjoner ønsker mer tid til teoretisk undervisning i form av forelesningstid, på tross av at flere fag allerede har et høyere antall forelesninger enn det som er skissert i forrige makroplan. De fleste seksjoner har imidlertid redusert dette ønsket i ettertid. Det er i dagens plan ikke helt samsvar mellom undervisningsmengde i form av forelesninger, ferdighetskurs og klinisk tjeneste og antall studiepoeng. Det er heller ikke helt samsvar mellom forelesninger og/eller klinikktid og de arbeidsoppgaver en vanlig allmenntannlege utfører etter endt utdanning. Ingen fagområder kan se for seg å skille ut enkelte deler som valgfrie temaer annet enn som integrerte masteroppgaver. Ingen kliniske fagseksjoner skisserte spesifikke endringer i deres fag i nærmeste fremtid.

Vi har også gjennomført en spørreundersøkelse blant norske tannleger der vi har bedt dem skissere fremtidens utfordringer. Eldrebølgen, etikk, multifaktorielle sykdommer og multiresistente bakterier trekkes fram som noen av hovedutfordringene fra de fleste respondentene. De aller fleste mener at vi må øke undervisning på en rekke områder, men det er svært få som har noen forslag til hva som kuttes ut for å få plass til det nye.

Vi har til enhver tid hatt to studentrepresentanter fra ulike kull med i arbeidsgruppen, men vi har i tillegg

hatt fellesmøter med studenter fra alle kull for å få vite hva de opplever som bra og mindre bra ved dagens løsning. Vi har også intervjuet mindre grupper med studenter fra de forskjellige kullene. Samtlige studentgrupper uttaler at de ønsker tidligere klinisk erfaring. De ønsker å bli kjent med tannlegerollen og å få et innblikk i fremtidig yrkespraksis tidlig i studiet. De ønsker også mer samhandling på tvers av kullene. De ser at det kan være hensiktsmessig at erfarne studenter har med seg nye studenter i klinikken. Dette må imidlertid foregå på forsvarlig vis uten at smittevern eller pasientsikkerhet svekkes.

Studentene er stort sett relativt fornøyde med undervisnings- og vurderingsformene som benyttes per i dag, og opplever at de har muligheter for interaksjon med forelesere og lærere generelt. På den annen side kjenner de ikke til alternativene da kun et mindretall har erfaring fra andre studieretninger fra før. Mange oppgir at de liker forelesninger som undervisningsform da de får presentert faget komprimert. Samtidig har ulike undervisere fått veldig positive tilbakemeldinger på de kursene der mer studentaktive undervisningsformer har blitt benyttet forsøksvis. Eksempelvis quiz i forelesningen (Kahoot, Socrative, Poll Everywhere), kunnskapsquiz på mitt UiB, minigruppeoppgaver i forelesningen, videoforelesninger som supplement osv. Studentene oppgir at dette stimulerer til nysgjerrighet og litt positiv konkurranse dem imellom.

Studentene opplever at noen perioder er ekstremt hektiske, og de ønsker en jevnere belastning i studieløpet. I perioder har de knapt tid til hverken matpause eller toalettbesøk. De er imidlertid fornøyd med den tette oppfølgingen de får i klinisk tjeneste og ønsker ikke å redusere på tiden i klinisk tjeneste, som de opplever som lærerik. De opplever imidlertid at enkelte klinikkøker med obligatorisk fremmøte har mye dødtid og ønsker å kunne benytte tiden sin mer effektivt. Team-modellen med fast gruppelærer og teamsekretær fungerer veldig bra for noen og særs dårlig for andre. Spesielt vanskelig er det for de som har ulike gruppelærere i ulike økter. Det oppleves som frustrerende at de er fastlåst til enkelte økter, da dette av og til forsinker prosesser, spesielt ved omfattende behandling.

I tillegg opplever studentene at ulike tema blir undervist fra flere ulike fagseksjoner, eller både i forelesninger og seminar ved samme seksjon. Studentene ønsker mer innblikk i helhetlig behandling og mer kontroll over egen studiehverdag. Videre ønsker mange å ha mulighet for å hospitere ved spesialklinikker for å få mer innblikk i hva det vil si å være spesialist. Studentene opplever at prosjektoppgaven kommer for sent i studiet. Slik det er i dag, kommer den som et forstyrrende element på fjerde og femte kull, men samtidig lærer de mye som de ønsker at de hadde kunnet tidligere. Studentene forteller at de i enkelte fag ikke leser lærebøker, bare støtteark. Dersom de leser læreboka, så skjer dette

de siste ukene før eksamen, altså etter at de er ferdige med klinisk tjeneste i faget. Flere studenter opplyste at de først da skjønnte hva de egentlig hadde holdt på med i klinikken. De skylder på tidspress.

1. Behov for framtidig tannhelsetjeneste (15-års perspektiv)

Det er vanskelig å se inn i framtiden, men enkelte trender kan gi indikasjoner på pågående eller kommende endringer i samfunnet og den betydning det vil ha for behovet for tannhelsetjenester og hvilken kompetanseprofil en tannlege skal ha. I det store bildet er det slik at folk flest i den vestlige verden har bedre oral helse og lever godt med sine egne tenner livet ut. De som faller utenfor, får ofte mer kompliserte og komplekse helseproblemer. Allmentannlegen må kunne ta hånd om de aller fleste av disse pasientene ettersom tilgangen på spesialister er begrenset utenom de store byene. Allmenntannlegen må ha kunnskap nok til å innse sine begrensinger og kjenne til behandlingsalternativer som kan og bør utføres av spesialister eller tannleger med spesialkompetanse. Det er en svært rask utvikling innen teknologiske hjelpemidler, materialer og farmaka tilgjengelig for medisinsk bruk. I enda større grad enn før, er grunnutdanningen bare et utgangspunkt for livslang læring.

Der er tre hovedtrender som vil kunne ha stor påvirkning på tannlegenes kompetanseprofil, rolle og yrkessituasjon; nasjonale befolkningsendringer, teknologisk utvikling og globale endringer.

Befolkningsendringer

Det er en tydelig demografisk endring i den vestlige verden. Folk flest lever lengre og flere beholder sine tenner livet ut. Dersom de likevel mister tenner og får behov for omfattende tannbehandling, er de ofte svært gamle, svært syke og/eller har ekstremt kompliserte forhold i munnhulen. Mange lever med sykdommer og medisiner over lang tid og har dermed i tillegg en kompleks medisinsk historie som vil påvirke den orale helsen, mulighet for tannbehandling og ikke minst prognosen for behandling. For eksempel medisiner som gir økt munntørrehet eller økt risiko for nekrose i kjevebeinet. Tannlegen vil trolig oftere møte etiske dilemmaer ved for eksempel bruk av tvang for å utføre nødvendig behandling på personer uten samtykkekompetanse, eksempelvis ved demens.

Dette innebærer at tannlegen må beherske flere ulike teknikker for kompleks tannbehandling, men det vil trolig også føre til større behov for spesialister eller tannleger med spesialkompetanse innenfor enkelte felt, som for eksempel gerodontologi eller sykehusodontologi.

I tillegg til endringene i alderssammensetning ser vi også tendenser til økt sosial ulikhet i Norge. Dette innebærer større sprik mellom fattige og rike. Det er vist at ulikhet i helse er assosiert med sosioøkonomisk status. I følge «Rapport om Sosial ulikhet i helse» fra Folkehelseinstituttet (2007) har følgende risikofaktorer stor betydning for sosial ulikhet i helse: Røyking, fysisk aktivitet, kostvaner, kolesterolnivå, alkoholforbruk, blodtrykk og kroppsmasseindeks (BMI). Data fra norske helseundersøkelser tyder på at

røyking, fysisk inaktivitet, overvekt/fedme og diabetes er sterkt sosialt skjevfordelt. Den helsemessige betydningen av disse risikofaktorene er stor i alle aldersgrupper. Grunnlaget for atferd, og dermed for sykdomsrisiko, legges tidlig i livet. Risikofaktorene er derfor viktigere hos ungdom og yngre voksne enn hos eldre, fordi risikofaktorene ofte vil holde seg uforandret eller tilta gjennom mange år. Dette vil også gjenspeile seg i oral helse, da kosthold og egeninnsats for å ta vare på egen helse er påvirket av sosioøkonomisk status. Det forebyggende arbeidet blant barn og ungdom blir dermed spesielt viktig for å unngå at de svakest stilte pasientene pådrar seg orale infeksjoner med påfølgende skader, som vil påvirke deres orale helsestatus og behandlingsbehov resten av livet.

Teknologisk utvikling

Digitalisering av samfunnet, og da spesielt kunnskapssamfunnet i form av internett som kilde til informasjon, innebærer at alle går rundt med verdens største leksikon i lommen. Forskningsresultater blir mer tilgjengelige, og tiden fra nye resultater blir presentert til de blir implementert i klinisk praksis kortes ned. Behovet for å kunne skille sikker informasjon fra useriøs eller direkte feilinformasjon øker. Samtidig vet pasienter mye mer om muligheter, rettigheter, sykdommer og ulike produkter enn før og kan stille bestemte krav. Videre er det en helt tydelig trend på «forskjønning» eller «foryngelse», sterkt påvirket av sosiale medier og reklame, som indikerer at mange ønsker å forbedre utseendet og da også tennene. Det er ikke sosialt akseptert i Norge i 2019 å ha for store avvik fra «normalutseendet». Dette stiller store krav til tannhelsepersonell som må være mer oppdatert enn pasientene, samtidig som de må kunne formidle sin kunnskap både muntlig og via nett på en trygg og forsvarlig måte. Tannleger må også være klare på skillet mellom medisinsk og kosmetisk behandling og ha en etisk tilnærming til terapeutrollen.

Den teknologiske utviklingen innen odontologisk utstyr har vært formidabel i senere tid og vil trolig eskalere i nærmeste framtid. Fordelen er at mange prosesser digitaliseres og dermed tar kortere tid, er mer presise og mindre sårbare for menneskelig svikt. Ulempen er at prisen ofte blir høy. Utstyr og drift av en tannklinikk er etter hvert så kostbar at tiden der tannleger jobbet i enkeltpersonsforetak i små bygder i Norge er forbi. Det er mye høyteknologisk utstyr tilgjengelig som blir for dyrt for en liten klinikk. De aller fleste tannklinikker, både offentlige og private, er nå større foretak med flere behandlingsenheter og flere ansatte. Belastningen ved innkjøp og vedlikehold av dyrt utstyr fordeles dermed på flere. Dette åpner for økt samarbeid om pasientene og mulighet for spesialisering, men krever også mer kunnskap om ledelse og administrasjon for klinikkeiere.

Virtuell virkelighet og andre digitale teknikker åpner imidlertid for helt nye former for undervisning, oppdatering, faglig kommunikasjon og pasientkommunikasjon. Også dette krever digital kompetanse og etisk tilnærming

Globale endringer

Den siste store trenden som vil ha stor innvirkning på befolkningens helsebehov og tannlegens kompetanseprofil i Norge, er globalisering og økt usikkerhet i verdensbildet. Mange flere mennesker krysser landegrenser enn før, enten på feriereiser, jobbrelatert eller av nød. Det er konflikter eller tendenser til konflikter flere steder, også i Europa, og disse kan bidra til ytterligere økning av flyktninger. Når det gjelder pasienter som ønsker tannbehandling i Norge, vil dette fortsette å endre seg i takt med endringen i demografien ellers. Mennesker som av nød må flykte fra eget land og bosette seg i nye kulturer, er i en mye vanskeligere situasjon enn de som har valgt å flytte av andre hensyn. Deres kulturelle og emosjonelle bagasje kan komplisere samhandling med helseprofesjoner. Dette stiller større krav til helseprofesjonsutøvere i form av kjennskap til andre kulturer, visuell kommunikasjon og bruk av tolketjenester.

Varer og tjenester skaffes gjerne der hvor de er billigst, og dette innebærer at hele verden er ett marked. For odontologi startet dette for mange år siden med import av tanntekniske produkter fra lavkostland, men har nå også blitt utvidet til at behandling utføres i utlandet eller at tannleger reiser til Norge for kortere eller lengre perioder for å tilby sine tjenester her. Det er også mange studenter som tar odontologisk utdanning utenlands. Om en ser på dette ut i fra et globalt økonomisk perspektiv er dette relativt fornuftig. En kjøper tjenesten der den er billigst, og vi får tilgang til et stort arsenal av tjenester, produkter og teknikker. Det er likevel en del aspekter som kompliserer bildet, blant annet spredning av multiresistente bakterieinfeksjoner som er mye mer prevalent i land der antibiotika-bruken har vært mindre regulert enn i Norge. I tillegg er det svært vanskelig i situasjoner der det oppstår komplikasjoner, eller behov for reparasjoner på arbeid utført utenlands eller av personer som ikke lenger er tilgjengelig. Produkter og teknikker kan være annerledes og ukjente, samt at kravene til dokumentasjon, pasientsikkerhet og pasientinformasjon ikke nødvendigvis samsvarer med norske krav.

- Arbeidsgruppens konklusjon: Hovedmålet med odontologisk utdanning er å sikre at ferdigutdannede tannleger har bred medisinsk og odontologisk basiskunnskap og tilstrekkelige ferdigheter til å utføre de aller fleste typer tannbehandling for befolkningen som helhet, på en trygg og forsvarlig måte. Videre skal de ha kjennskap til andre metoder og kunne henvise til rette instanser for at pasienten skal få optimal behandling. De skal ha en basiskunnskap slik at de lett kan

tilegne seg ny kunnskap for å holde seg oppdatert gjennom hele yrkeslivet. Studieplanen må formes slik at den lett kan justeres ved endringer i befolkningens behov for behandling, samt ved teknologiske nyvinninger.

2. Grenseoppgang mellom allmennpraksis og spesialtjenester

En ferdigutdannet tannlege skal i henhold til lover og forskrifter for helsepersonell kunne utføre og kjenne til de aller fleste teknikker og metoder for forsvarlig tannbehandling i den generelle befolkningen. Det sier seg imidlertid selv at det ikke er mulig å bli fullt utlært i alle typer odontologisk behandling innenfor rammen av fem års utdanning. En nyutdannet tannlege må dermed belage seg på kontinuerlig å holde seg oppdatert samt lære seg nye teknikker gjennom hele yrkeslivet. Det er per 2019 syv godkjente spesialistutdanninger på henholdsvis tre og fem års fulltidstudier i Norge. Den norske tannlegeforening jobber også kontinuerlig med å tilby relevante kurs slik at tannlegene kan gjennomføre en «systematisk etterutdanning».

Det er imidlertid ikke helt klare grenseganger mellom hvilke oppgaver som skal og bør utføres av spesialister. Det er opptil enhver tannlege å kjenne sin egen begrensning og kun utføre de oppgavene en har kompetanse til. De pasienter der det kreves behandling eller utredning utenfor tannlegens egen kompetanse, skal henvises til spesialister eller personer med spesialkompetanse. Norges geografiske utfordring legger imidlertid noen føringer og begrensninger for hva som henvises. I de store byene med stor tilgang på ulike spesialister er denne grensegangen i det store og hele uproblematisk. Det er imidlertid flere steder i Norge der et besøk hos nærmeste spesialist krever timevis med til dels kostbar transport. I spørreundersøkelsen vi foretok blant norske tannleger mente de aller fleste at norske tannleger fortsatt bør lære alle teknikker og all type behandling i utdanningen slik at de fremstår som «nøkkelferdige» etter endt utdanning. Fagseksjonene på IKO ønsket heller ingen endringer i det nåværende skillet mellom grunnutdanning- og spesialistutdanningsnivå.

Framtidsutfordringene beskrevet i forrige kapittel kommer trolig til å øke behovet for tannleger med spesielle kunnskaper, og det kommer til å melde seg et behov for ytterligere klargjøring av hvem som skal utføre ulike arbeidsoppgaver. Grenseoppgangen mellom spesialist og allmentannlege bør drøftes på nasjonalt nivå før Universitet i Bergen gjør vesentlige endringer i innholdet i sin grunnutdanning. Imidlertid er det viktig at studieplanen kan justeres i takt med endringer i befolkningens behov og muligheter innen teknologi og utstyr.

- Arbeidsgruppen foreslår at IKO/UiB tar initiativ til en drøfting på nasjonalt nivå om grenseoppgang mellom spesialistoppgaver og allmentannlegers rolle. I tillegg anbefaler vi at det utarbeides en

felles nasjonal liste for læringsmål for praktiske ferdigheter tilsvarende det som er blitt utarbeidet ved de medisinske lærestedene i 2015 for å sikre ens utdanning og kompetanseprofil mellom de tre odontologiske lærestedene.

Dette ble drøftet på nasjonalt fagorgan for odontologiske utdanninger i april 2018, og det var enighet om å forsøke å belyse dette i det forestående RETHOS-prosjektet (Retningslinjer for helse- og sosialfag).

RETHOS-rapporten (høringsutkast, januar 2019) gir imidlertid ingen indikasjoner på endringer i grensen mellom allmentannlege og spesialister i forhold til dagens ordning.

- Arbeidsgruppen foreslår at IKO/UiB fortsatt arbeider med å klargjøre grenseoppgangen mellom spesialistoppgaver og allmentannlegers rolle og hva som absolutt må inkluderes i grunnutdanningen.

3. Tilpasse klinisk undervisning i allmennodontologi konsentrert til en ukedag og tilpasse de ulike kliniske fagenes undervisning til dette, inkludert tidspunkt for vurdering (eksamen)

Allmennodontologi ble innført med studieplanen fra 2006 etter modell fra «totalbehandling» fra tidligere. Hensikten med allmennodontologi var at studentene skulle få bedre kunnskap om og evne til å utføre alle typer odontologisk behandling for pasientene i en mer rasjonell rekkefølge enn når behandlingen ble utført ved ulike kliniske fagseksjoner. Hovedproblemet med allmennodontologi i dag er at det er tungvint administrativt og at studentene i beste fall får behandle fire pasienter hver fra start til slutt. Studentene beskriver uklare retningslinjer og dårlig organisering. I tillegg får de pasientene delvis ferdigdiagnostisert fra «Mottak/Pasientinnskriving». Det er svært variabelt hvor omfattende behandlingsbehov de ulike pasientene har og dermed hvilken merverdi dette har for studentenes læringsutbytte. Det har ved flere anledninger vært gjort forsøk på å endre strukturen i Allmennodontologi innenfor rammen av dagens studieplan, uten suksess, senest var arbeidet med «Helhetlig behandling på studentklinikken» i 2015. Nåværende studieplan er svært fastlåst med mye bundet tid for studentene. Dersom man forsøker å flytte på noe, får dette ringvirkning for alle fag, og enhver endring blir omfattende og vanskelig. Slik vi ser det, vil det være mer hensiktsmessig å fjerne «allmennodontologi» som begrep og gjøre om den kliniske undervisningen i sin helhet. Studenten bør være med på første møte med pasienten. Studenten bør kunne ta opp anamnese, sørge for tilfredsstillende beskrivelse av funn, også røntgenologiske, stille diagnoser og formulere en behandlingsplan. Selve behandlingen skal foregå innenfor de ulike fagseksjoner med fagspesifikke instruktører og tannhelsesekretærer, men etter pasientens behov. Studenten skal ha hovedansvaret for at pasienten får all nødvendig behandling og henvise ved behov.

- Arbeidsgruppens konklusjon: Etter vår vurdering lar det seg ikke gjøre å få til en fornuftig og fullverdig undervisning for helhetlig behandling innenfor rammene av den nåværende

studieplanen. Vi foreslår derfor en fullstendig omlegging av den kliniske tjenesten der pasientens behov settes i fokus (se fakultetsstyresak 64/15, ePhortesak 2015/11516).

- Det er i forslaget til ny studieplan satt av omtrent 2500 timer der studentene kan utføre klinisk arbeid på pasient under veiledning. Ca 40% av disse er fastbestemte økter på spesifikke fagseksjoner, som for eksempel barneavdelingen, oral kirurgi eller kariologi. Resten av tiden skal studenten bestille stolplass på den klinikkseksjonen som passer til den behandlingen de skal utføre på sine pasienter. Tilgjengelige stoler for hver seksjon bestemmes utfra tilgjengelighet på instruktørtannleger og tannhelsesekretærer. Dette vil medføre at studenten kan styre sin egen dag i større grad enn før. De kan velge å ha pasientbehandling hver dag i en uke og vesentlig mindre en annen uke. De må selv sørge for å oppfylle de kvalitative og kvantitative kravene som er satt i de ulike kliniske disiplinene, for eksempel antall fyllinger av god kvalitet osv.
- Timeplans-funksjonen i Opus (digitalt journalsystem) kan tilrettelegges slik at studentene kan bestille plass ved de ulike seksjonene til sine pasienter. Hver seksjon kan styre hvor mange stoler som er tilgjengelige etter lærerressurser tilgjengelig. På denne måten har man mulighet til å kontrollere at det aldri er flere studenter enn det som er forsvarlig i klinikken. Samtidig får studentene en visuelle oversikt over hvor de skal være til enhver tid. Det arbeides med å implementere en funksjon der studentene får automatisk SMS når pasienten avbestiller time.
- Studentene får ansvar for sine egne pasienter fra første til siste møte. De skal utføre en grundig diagnostikk og journalopptak av minimum 20 pasienter. En overordnet behandlingsplan skal utarbeides for hver pasient og presenteres på en slik måte at pasientene kan gi informert samtykke til en eventuell behandling. Denne skal være faglig begrunnet og studentene skal diskutere dette med lærere på de spesifikke fagområdene. Planen skal sikre at pasienten får optimal behandling på alle seksjoner. Studenten får ansvar for at pasienten får planlagt behandling under forsvarlig tilsyn på de rette seksjoner. Oppgaver som er for vanskelige skal henvises til spesialistutdanningskandidater, og lettere oppgaver kan henvises til studenter på lavere kull eller tannpleiere. Daglig vurdering av studentens ferdigheter utføres i et digitalt skjema og benyttes til vurdering av klinikkferdigheter, kunnskaper, smittevern, kommunikasjon med pasient osv. Ellers vil en grundig vurdering utføres ved avlevering av ferdig behandlet pasient.
- Ny studieplan legger til rette for økt læringsutbytte fra hver pasient, da det er mer fokus på behandlingsplanlegging, avlevering og kaususpresentasjoner. Spesifikke læringsutbyttebeskrivelser må utarbeides av fagseksjonene selv. For eksempel: antall kroner, ekstraksjoner, tannkjøttbehandlinger eller fyllinger. Generelt må de også ha tatt opp full journal på et gitt antall pasienter og gjennomarbeidet et visst antall pasienter
- For å sikre god faglig oppfølging av hver pasient bør samme instruktørtannlege følge behandlingen for pasienten på hver seksjon i så stor utstrekning som mulig. Eksempelvis hvis en pasient begynner med

periodontal behandling på onsdag ettermiddag med instruktørtannlege A.U. Borre, skal denne pasienten kalles inn til økter der tannlege A.U. Borre er tilstede gjennom hele behandlingsforløpet i periodonti.

4. Vurdere varighet og plassering av praksisstudiet

Hensikten med praksis i grunnutdanningen er å gi studentene et innblikk i yrkesutøvelse i valgt profesjon. Alle helseprofesjonsutdanninger sender studentene ut i praksis av ulik varighet enten i form av hospitering (observasjon) eller som faktisk yrkesutøvelse under veiledning. I henhold til anbefalingene i rapporten «kvalitet i praksisstudiene i helse- og sosialfaglig høyere utdanning: Praksisprosjektet» fra Universitets- og høyskolerådet anbefales det en sammenhengende praksisperiode på minst fem uker. Denne anbefalingen er basert på studieretninger der praksis i utdanningen har betydelig mindre plass enn ved odontologiutdanningene. Det stilles strenge krav til veiledernes pedagogiske kompetanse. Dette er svært vanskelig å oppnå for alle veilederne som er involvert i praksisstudiet i odontologi. Alle de 48 studentene fra IKO/UiB er ute i praksis på samme tid, og det er ikke hensiktsmessig å dele opp denne perioden. Praksisplassene varierer noe fra år til år da ikke alle klinikker har kapasitet til å ta imot studenter hvert år. Dette innebærer at det er mange tannleger som trenger opplæring i pedagogikk for å kvalifisere seg som veiledere i henhold til retningslinjene. Praksisplassene er fordelt rundt i hele Norge, og det er ikke mulig for alle veiledere å komme til Bergen for opplæring og kalibrering. Det er dermed vanskelig å kvalitetssikre praksisplassene og veiledningen studentene får. Mange studenter er imidlertid svært fornøyd med praksisperioden og ønsker mer tid, andre er mer misfornøyd og mener tre uker er vel lenge.

Studentene ved IKO er allerede i praksis i flere ulike arenaer i tillegg til at de utfører mye pasientbehandling ved studentklinikken på IKO. De er tre sammenhengende uker i offentlig klinikk i begynnelsen av siste studieår, hvor de arbeider som tannleger under veiledning. De er tre timer i uken i to år ved seksjon for pedodonti som er en offentlig tannklinikk med ansvar for barn og unge i nærområdet. I tillegg er de ca tre timer i uken i 12 uker på Kalfar-klinikken som er en offentlig klinikk for eldre og til sammen fire dager på Kjevekirurgisk avdeling på Haukeland Universitetssykehus (HUS). Vi foreslår at de fire dagene på HUS gjøres om til en sammenhengende uke for å få et bedre læringsutbytte av dette oppholdet. Det er ikke hensiktsmessig å gjøre mer av denne undervisningen sammenhengende, da det er gunstig å kunne følge opp pasienter over tid.

I tillegg ser vi at det er økt behov for kompetanse i tverrprofesjonelt samarbeid noe som ikke dekkes tilstrekkelig i dagens praksis. TVEPS er et undervisningsopplegg som er myntet inn på nettopp tverrprofesjonelt samarbeid i møte med pasient. Dette er obligatorisk for alle helseprofesjonsutdanninger i Bergen, men har til nå vært frivillig for tannlegestudenter, da deres fastlåste timeplan gjør deltakelse

vanskelig. Ny studieplan vil gjøre det mulig for tannlegestudenten å delta i TVEPS og på den måten øke deres tid i praksis.

Dersom en ytterligere utvidelse av praksisstudiet skal implementeres, må dette vurderes nøye, spesielt med tanke på økonomi og kvalitetssikring. En eventuell utvidelse av praksisstudiet vil komplisere utveksling, da utviklingsperioden på 9. semester blir kortere enn de påkrevde tre månedene (Erasmus+). Det kan tenkes ulike alternative løsninger: Flytte utvekslingsperioden til 8. semester, forskyve praksisperioden for de aktuelle studentene inn i sommerferien eller tillate at studentene tar digital eksamen under oppsyn i utlandet, samtidig med studentene i Bergen. Utvekslingsstudentene kan også eventuelt fritas fra praksisperioden, eller ha kortere tid i praksis. I tillegg vil en slik utvidelse medføre at deler av undervisningspersonalet ved IKO får en periode med få arbeidsoppgaver. Dessuten blir det mindre tid til annen nødvendig undervisning ved IKO.

- Arbeidsgruppens konklusjon: Vi anbefaler å utvide praksisstudiet i henhold til retningslinjene fra «Forslag til nasjonale retningslinjer for praksisveilederutdanning» fra Universitets- og høyskolerådet. Vi anbefaler tre uker sammenhengende praksis i offentlig tannklinikk ved samme tidspunkt som tidligere. En uke er avsatt til praksisstudiet skal være til teoretisk gjennomgang av kunnskapen som er tilegnet seg i praksisperioden samt rapportskrivning.
- Vi anbefaler at studentene får økt mulighet for hospitering ved studentklinikk og andre klinikker tidligere i studiet.
- Vi anbefaler at praksis på Kjevekirurgisk klinikk HUS avholdes som en ukes sammenhengende praksis.
- Arbeidsgruppen anbefaler at TVEPS-programmet (tre dager) blir obligatorisk også for odontologistudentene. Fleksibiliteten i den nye studieplanen muliggjør i større grad enn tidligere deltakelse på TVEPS.

En eventuell utvidelse til fem uker i offentlig praksis må vurderes nøye da dette vil få økonomiske konsekvenser. Dette gir økte utgifter til studentenes boustgifter, samt ytterligere kompensasjonsutgifter for tannlegekontorene som tar imot studentene. I tillegg vil dette gi en lenger periode der IKO har overskudd på lærere i klinikken som vanskelig kan utnyttes til annen drift.

5. Foreslå ny fordeling av studiepoeng etter revisjon av makroplanen

Det er i dagens plan ikke helt samsvar mellom antall forelesninger, klinisk tjeneste og antall studiepoeng. Det er heller ikke samsvar mellom forelesninger og/eller klinikktid og de arbeidsoppgaver en vanlig allmenntannlege utfører etter endt utdanning. Ingen fagområder kan se for seg å skille ut

enkelte deler som valgfrie temaer annet enn som prosjektoppgaver. Ingen kliniske fagseksjoner skisserte spesifikke endringer i deres fag i nærmeste fremtid.

- Arbeidsgruppens konklusjon: Makroplanen endres i henhold til omlegging av teoretisk og klinisk undervisning. Det vil bli noen endringer i fordeling av studiepoeng mellom fagene basert på omfanget av undervisningen. De enkelte fag vil oppleve at fordelingen per studieår endres ettersom det blir forskyvninger i når de ulike momentene skal undervises. En del av studiepoengene som tidligere var knyttet til klinisk tjeneste per fag blir fordelt til «Godkjent klinikk» generelt.

Vedlegg 2: Ny makroplan: Emnekoder og emnebeskrivelser må endres

Oversikt over tematisk undervisning

Tema	timer	Innhold
ODO1Intro (kull I)	9,3	Introduksjon, Assistanse, smittevern, etikk, adferd i klinikk, odontofobi, lover og regler, stikkskader
Diagnostikk (kull II)	14	Etikk, Adferd i klinikk, pasientkommunikasjon, Smittevern, journalføring, odontofobi,
Diagnostikk (kull III)	32	Anestesi, akuttmedisin, Smittevern, diagnostikk, oppfølging og årskontroller
Diagnostikk (kull IV)	20	Smittevern, akuttbehandling, journalopptak, behandlingsplanlegging, risikovurdering, medisinsk utredning
Tanntraumer	10	Tanntraumer, epidemiologi, behandling, forebygging
Barnevernseminar	6	Tema, eller del av Pedodonti?
KOS 1	43	Innledende emner, ansiktssmerter, TMD. diagnostikk, kirurgiske prosedyrer, tilheling, oppfølging
KOS 2	20	Infeksjoner, sykdommer, lidelser
Implantat	17	Teori og praksis Implantat, inkludert hands-on kurs
Praksisstudiet	15	Undervisning før og etter praksisstudiet, TVEPS, hospitering osv
KOS 3	20	Biopsivurdering HUS, 4 ganger 15-16
Helse E&E	10	Helse, etikk og estetikk. Grensegang mellom terapi og kosmetisk behandling, Reklame osv
Aktuelle tema	9	Dagsaktuelle problemstillinger.
Kasusistikker	13	Kasuspresentasjoner og forberedelse til kasusbasert eksamen
Masteroppgaven	10	
SUM	336	

6. Foreslå tiltak som skal bedre pasientflyt i klinikken, inkludert pasientinnskriving

Driften av studentundervisningen med pasientbehandling slik den utføres på IKO i dag er tungvint og uhensiktsmessig med tanke på pasientflyt, arealutnyttelse og utnyttelse av arbeidskraft (se rapport fra arbeidsgruppe 1 og rapport fra arbeidsgruppen for «Heilhetlig behandling på studentklinikken» 2015). Eksempelvis er det ulike behov for lærerkrefter (instruktørtannleger og annet klinikkpersonale) på høst og vårsemesteret på enkelte fagseksjoner. Studentene får ikke tilstrekkelig erfaring med å gjennomføre et fullstendig journalopptak med diagnostikk og behandlingsplanlegging (se NOKUT rapport 2007). Samtidig har vi ved enkelte seksjoner lange ventelister for pasienter som ønsker behandling, mens det ved andre seksjoner ikke er nok pasienter. På grunn av den låste dagsordenen er det i dag ikke mulig at studenten kan utføre arbeid på andre økter enn der de er oppsatt, selv om dette ville ha vært mer hensiktsmessig for pasient.

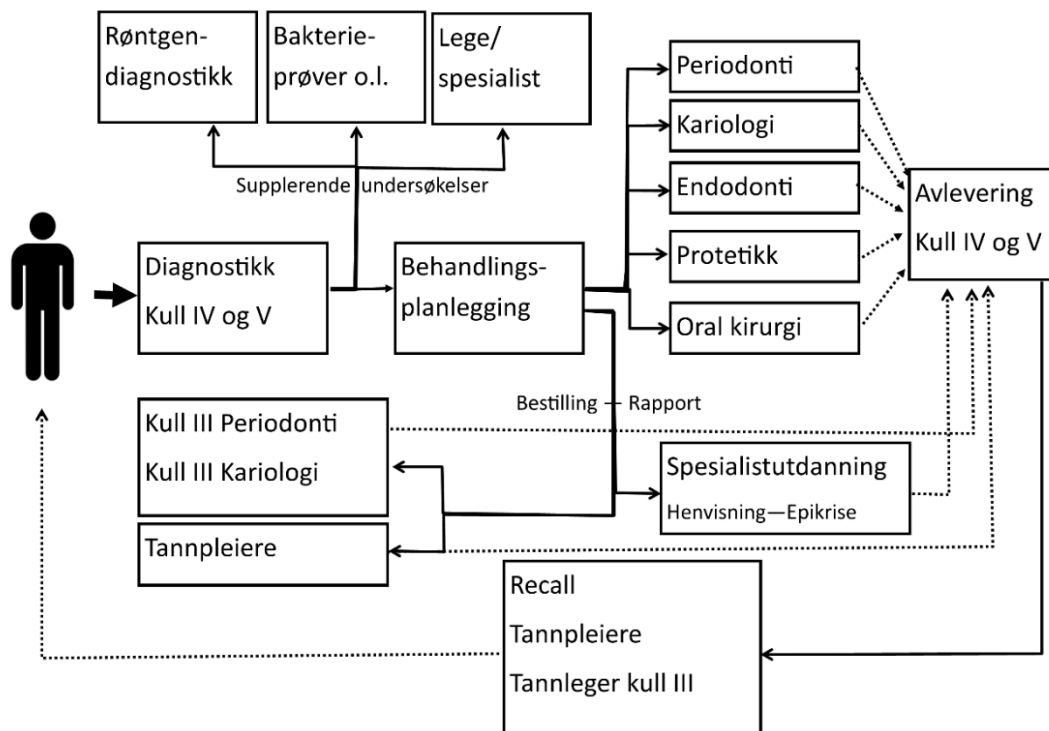
Studentundervisningen ved IKO er basert på undervisning fra mange ulike fagområder, som har spesialkompetanse i hvert sitt fag. Denne fagspesifikke undervisningen er svært bra og bør etter vår mening fortsette som før. Men det er en del tema som går på tvers av fagområdene, og som i enkelte tilfeller blir undervist ulikt mellom fagområdene. Det er etter vår mening ønskelig å lage en tverrfaglig diagnostikkavdeling der alle aspekter kan belyses sammen som en helhet. Dette vil gi en pedagogisk gunstig effekt for studentene da de lærer seg å undersøke en pasient grundig og uten å være farget av at pasienten er inne til konsultasjon på en spesifikk seksjon.

Arbeidsgruppen har sett på problemene ved pasientflyten og mener at dagens løsning ikke fungerer optimalt da kommunikasjonen mellom seksjoner svikter for ofte. Slik vi ser det, er ansvaret for pasientens progresjon pulverisert og det kan oppstå hendelser med overbehandling, feildiagnostisering og til og med at pasienter faller ut av systemet mens de venter på å bli overført fra en seksjon til en annen. Pedagogisk vil det gi studentene en merverdi å lære seg gangen i et behandlingsforløp fra A-Å slik det vanligvis foregår i yrkespraksis.

Argumentene for dagens praksis ved pasientinnskriving, der allmentannleger gjøre en forundersøkelse før pasienten blir henvist til ulike seksjoner, er begrunnet med at ikke alle pasienter er egnet for studentundervisning. Noen kasus er for vanskelige og må behandles av spesialistutdanningskandidater andre er dårlig egnet av andre grunner. Studentene kan ha god læringseffekt av å undersøke pasienter der de må innse at behandlingsbehovet ligger utenfor deres kompetansenivå. Dette kan hjelpe dem når de senere skal avgjøre hvorvidt pasienter bør henvises til spesialist eller ikke.

- Arbeidsgruppens konklusjon: Hele den kliniske undervisningen bør legges om slik at pasienten blir knyttet til en student og denne studentens team, som styres av en tannhelsesekretær. Studentene gjøre den første undersøkelsen av pasienten og i samråd med instruktørtannleger skal det vurderes om pasienten er egnet til behandling ved studentklinikken eller ikke. Studenten dokumentere alle funn og stiller diagnoser og eventuelle differensialdiagnoser. En beskrivelse av alle diagnoser basert på røntgenologisk funn må godkjennes av spesialist i oral røntgendiagnostikk. Det må også vurderes om det er behov for supplerende undersøkelser. Basert på anamnese, funn og diagnoser skal studenten utarbeide minst to ulike forslag for faglig begrunnede behandlingsplaner med tidsplan og kostnadsoverslag for hele behandlingen. Planene må diskuteres og vurderes av lærer på de aktuelle fagseksjoner og hele planen skal godkjennes før disse blir presentert for pasienten ved neste besøk. Pasientens behandling skal følge progresjonen oppsatt i den valgte og signerte behandlingsplanen slik den ble utarbeidet ved den tverrfaglige diagnostikkavdeling (figur 1). Studenten skal videre

presentere pasienten for et tverrfaglig team ved endt behandling med en rapport om utført arbeid samt en prognosevurdering (som en epikrise), for å sikre at pasienten har fått all nødvendig behandling. Hver student skal presentere noen pasientkasus i plenum for medstudenter, både behandlingsplaner (kull IV) og ferdig behandling (kull V).



Figur 1. Pasientflyt ved pasientbehandling for voksne. Studenten på 4. og 5. studieår tar opp journal ved pasientens første besøk på IKO. Studenten sørger for å lage en behandlingsplan med kostnadsoverslag før neste besøk i samråd med faglærer fra ulike disipliner. Pasienten følges opp og behandles i all hovedsak av en student. Enklere arbeidsoppgaver kan overføres til tannpleier eller studenter på lavere kull. Vanskelige arbeidsoppgaver henvises til spesialistkandidater. Hovedstudenten står ansvarlig for videre oppfølging sammen med gruppelærer og teamsekretær. Studentene kan også overføre pasienter til hverandre, dersom dette gir bedre pasientflyt eller mer hensiktsmessig fordeling av erfaring. Pasienten skal inn til avlevering og gjennomgang på Oral diagnostikk før utskrivning eller overføring til et kontrollregime (recall).

- En egen «diagnostikkavdeling» bør opprettes hvor studenten utfører journalopptak, røntgenundersøkelser, diagnostikk og behandlingsplanlegging under veiledning av lærere fra samtlige fag. Studenten skal også avlevere sine pasienter på diagnostikkavdelingen, med en skriftlig redegjørelse av utført behandling. I tillegg bør denne avdelingen ha akuttvakt og mulighet for årskontroll-pasienter. Avleveringen skal vurderes av individuelle faglærere før en samlet vurdering utføres og pasienten skrives ut eller overføres til kontrollprogram. Studentene skal presentere

utvalgte kasus i plenum, behandlingsplan på fjerde kull og ferdig behandling på femte kull.

Studenter på lavere kull skal delta på disse kasuspresentasjonene.

- Tannlegene som skal arbeide ved denne avdelingen må kurses i dette spesielt med henblikk på pedagogikk og tverrfaglig behandling av komplekse pasienter.
- Tannlegene på diagnostikkavdelingen bør primært være tannleger med spesialist eller spesialkompetanse. Dette vil kreve kompetanseheving på enkelte seksjoner (eksempelvis kariologi)
- Vi foreslår videre at studentene skal ha økter med årskontrollpasienter for å bli kjent med prosedyrene ved årskontroller. Dette vil trolig også kunne gi økt omfang av pasienter med enkle behandlingsbehov som er «mangelvare» per 2019.
- Arbeidsgruppen har sett på to alternative muligheter for en lokalisering og organisering av en diagnostikkavdeling. I perioden med diagnostikk-tema (de tre første ukene på høsten), benyttes hele studentklinikken til diagnostikk (ca 200 pasienter). Vi mener det vil være tilstrekkelig at diagnostikkavdelingen har bemanning fra alle fagfelt ca 4-6 økter i uken etter endt diagnostikkperiode i august-september for å ta hånd om ca seks pasienter for journalopptak, behandlingsplanlegging eller evaluering, fem akuttpasienter (IKOs egne pasienter som av ulike årsaker trenger akutt hjelp) og fem recall pasienter per økt (ca 11-12 studenter). Dette skal være tilstrekkelig for å håndtere minimum 1200 nye pasienter i året, som er normtallet per 2019.
 - Alternativ 1: Spesialistutdanningsklinikken. Spesialistkandidatene føres tilbake til studentklinikken (med unntak av kirurgiske prosedyrer) og klinikken benyttes til en tverrfaglig diagnostikk-klinikk. Spesialistutdanningskandidater bør ha sin undervisningsplikt i kliniske tjeneste her. (Dersom spesialistutdanningsklinikken skal videreføres slik som i dag, kan diagnostikkøkten legges til mandag og fredag, da det ikke drives spesialistutdanning disse dagene. Dette hindrer imidlertid at akuttvakt og årskontroller kan utføres her).
 - Alternativ 2: Klinikkkarealer ved endodonti og kariologi gjøres om til tverrfaglig diagnostikk-avdeling og akuttklinikk de dagene det er ekstra kapasitet i dette arealet. Ulempen er mangel på egne kontorlokaler for administrator/tannhelsesekretærer. Fordelen er nærheten til fagspesifikke klinikker, slik at det til en viss grad kan være overlapp i undervisning ved underbemanning pga sykdom o.l.



7. Vurdere og foreslå økt bruk av nye undervisnings- og vurderingsformer, vurdere om mengden teoretisk undervisning kan reduseres og om det er behov for å endre vurderingsformer som benyttes innen de ulike emnene.

I de fleste fag er forelesninger spredt over lange perioder som gir en fragmentert teoretisk undervisning og for noen fag uhensiktsmessig lang tid fra oppstart av forelesninger til eksamen. Det er også lite hensiktsmessig at eksamen kommer på slutten av den kliniske praksisperioden. Det er i flere fora ytret ønske om mer samlet fagspesifikk undervisning.

Samtlige fagseksjoner ønsket eller var positive til mer samlet undervisning og til å endre til mer temabasert undervisning. I tillegg ser vi at de teknologiske fremskrittene åpner for nye undervisningsformer. Vi anser at ved å samle undervisningen innen hvert fag til mer konsentrerte perioder kan redusere behovet for repetisjon i forhold til dagens situasjon der det kan gå opptil 2 år fra første forelesning i et fag til eksamen avholdes. Videre mener vi at antall forelesninger kan reduseres noe ved at ulike fag samles om temabasert undervisning, slik at emner ikke tas opp i flere ulike situasjoner. Dette krever at alle setter seg grundig inn i hva som undervises innen tilgrensende tematikk ved andre fag. Dette bør kunne føre til en moderat reduksjon av antall forelesningstimer, eller i alle fall en kvalitetsheving. Total sett har vi i eksisterende studieplan ikke spesielt mange forelesninger ved IKO, i snitt 4,5 forelesningstimer per uke. Det er dermed ikke noe vesentlig poeng å redusere antallet drastisk. Tiden kan imidlertid benyttes bedre enn ved dagens ordning.

Kortere perioder med undervisning rundt et tema eller ett fag øker muligheten for å gi studenten selvstendige oppgaver uten at disse vil kollidere med andre fag. Videre gir det mer fleksibilitet for ulike undervisningsformer for ulike fag. Noen fag egner seg bedre for plenumsdiskusjoner enn andre. Andre fag igjen egner seg kanskje bedre for gruble-oppgaver som studenten kan løse hjemme, eller «Team Based Learning» (TBL).

På grunn av redusert pasienttilstrømming og mangel på enkelte pasientkasus i ulike fag (eksempelvis helprotesebærere og endodontikasus), er det økt behov for å trene manuelle ferdigheter på annet vis. For å ivareta pasientsikkerheten ved studentklinikken, bør studentene dermed ha mer trening før de begynner med irreversibel behandling på pasienter. I tillegg bør fordelingen mellom student og lærer revideres, slik at det blir færre pasienter per instruktørtannlege når studenten begynner i klinikk. Spesielt gjelder dette første semester med klinisk undervisning i kariologi og protetikk. I dag er det 24 studenter som har hver sin pasient på 4 instruktørtannleger. Uerfarne studenter trenger konstant tilsyn og mye hjelp for at behandlingen skal være forsvarlig og samtidig kunne utføres i rimelig tid. Det er i dag ofte mye ventetid og lange økter, ofte en time lengre enn oppsatt. Dette er frustrerende for både pasient og student, samt at instruktørene og tannhelsesekretærer ikke kommer seg hjem i tide.

Studenten bør testes i diagnostikk, behandlingsplanlegging og prognosevurdering. Dette kan gjøres ved å innføre OSCE eller virtuell pasienteksamen. Muntlig eksamen med faktisk pasient kan vurderes som avsluttende eksamen på tiende semester, men dette er krevende både logistisk og økonomisk. En formalvurdering ved journalopptak på niende semester kan vurderes som del av klinikkevaluering (tilsvarende som på medisinstudiet).

- Arbeidsgruppens konklusjon: Omlegging av teoretisk undervisning til en konsentrert periode med forelesninger, seminarer og studentaktive aktiviteter innen de basale elementene i hvert fag. Videre undervisning gjøres temabasert hvor ulike fag samles for å belyse aktuelle tema for viderekomne studenter. Vi anbefaler at de fleste fag reduserer antall forelesninger og erstatter disse med mer internettbasert undervisning som for eksempel videoforelesninger eller kunnskapstester på nett, der dette er mulig. Det innføres ny dagsorden med to økter med lunsjpause. Teoretisk undervisning legges samlet i en økt slik at det kan legges opp til større grad av studentaktiv læring. Det er samme fag, eller samme tema som skal belyses i en uke. De teoretiske øktene er fordelt slik at det til enhver tid vil være studenter som har ledig tid for å ha pasienter i studentklinikken. På denne måten skal belastningen i klinikken fordeles jevnt utover.

Det vil si at Kull IV primært har teoretiske undervisning lagt til ettermiddagsøkter, mens Kull V primært har sin teoretiske undervisning på formiddagsmøter (se egen timeplan i excelformat).

- Ved å samle teoretisk undervisning åpnes det for økt bruk av studentaktiv undervisning som for eksempel TBL
- Arbeidsgruppen foreslår at det legges til rette for intensiv kursing av forelesere slik at nye undervisningsformer kan implementeres i takt med ny studieplan.
- Arbeidsgruppen foreslår en revisjon av normtallet mellom student og lærer slik at det blir færre studenter per lærere ved oppstart i klinikken, eksempelvis 1:4 første semester med klinisk undervisning i alle kliniske fag og så 1:6 senere. Ved kirurgiske prosedyrer anbefales 1:1.

Eksempel på hvordan undervisning kan fordeles mellom teori og klinikk på femte kull

KL	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag
08.00	Kateterstyrt	Disponibel tid			Student-presentasjoner
09.00	Kateterstyrt	Gruppearbeid/ klinikk			Diskusjon
10.00	Selvstendig oppgave				Oppsummering
11.00	Lunsj	Lunsj	lunsj	Lunsj	Lunsj
11.45	Disponibel tid, gruppemøter, seminarer osv				
12.30	Klinikk				
13.13	Noen økter er låst til obligatoriske klinikker				
14.30					
15.30	Avslutning				

- Økt tid til ferdighetstrening, simulatortrening på Kull I og II, utvidet ferdighetskurs i periodonti, endodonti, pedodonti, kirurgi, og protetikk. Legge inn krav om obligatoriske øvelser på Simodontene parallelt med klinikk.
- Vurdering legges om til en teoretisk eksamen i hvert fag tidligere i studiet og så mer tverrfaglig eksamener senere i studiet. I tillegg foreslås midtsemestereksamen de siste seks semestrene med flervalgsspørsmål (MCQ) hvert semester. I midtsemestereksamen skal det også komme spørsmål fra tidligere semester for å sikre dybdelæring. Modning, refleksjon og dybdelæring skal vurderes ved kasusbasert eksamen ved åttende og tiende semester.
- «Godkjent klinikk» får egne emnekoder og studiepoeng og skal være godkjent hvert semester for at studenten kan gå videre i studiet. Det vil i større grad enn i dag være en tverrfaglig vurdering.
- Kliniske ferdigheter skal vurderes ved daglig oppfølging med en e-læringsmappe. Studenten må få godkjent klinisk tjeneste hvert semester for å gå videre i studiet. I tillegg skal grunnleggende kliniske ferdigheter testes ved en objektiv strukturert klinisk eksaminasjon (OSCE) på åttende semester.

Tabell 1. Timefordeling mellom fagene i antall 45 minutters

	Kull I intro	Kull II	Kull II Tema	Kull III	Kull III Tema	Kull IV	Kull IV Tema	Kull V	Kull V Tema	Sum fag	Sum tema	sum teori
Mikrobiologi	1	40	1		1					41	3	44
Gen patologi		55								55	0	55
Oral Biologi		56					1			56	1	57
Røntgen	0,3	9		8	4		4		3	17,3	12	32,3
Farmakologi	0,3			18	1		2			18	3,3	21,3
Kariologi	0,3	10		16	8		5		6	26,3	19	45,3
Periodonti	0,3	9		9	7		6		6	18,3	23	41,3
Biomaterialer	0,3	25					9		4	25,3	13	38,3
Protetikk	0,3			14	2		12		9	14,3	23	37,3
Endodonti	1,3			13	1		10		4	14,3	16,3	29
Kjeveortopedi				14	1	4	3		2	18	6	24
Pedodonti	3	5	3	15		6	10		9	27	25	49
KOS*	1		2		9		72		23	0	106	106
Gerodontologi	0,3							8	8	8,3	8	16
Samfunnsodontologi	1		2		3	22	12	16	16	41	32	73
SUM	9,4	97	8	116	31	33	142	24	91	287,4	277 [†]	657,4

*KOS, Kjeve- og slimhinnelidelser, inkluderer oral kirurgi, rtg, patologi, mikrobiologi og en del andre fag

† sum av tematisk undervisning, eksklusive eksterne forelesere og forelesninger i forbindelse med masteroppgaven.

Timefordeling per fag i tematisk undervisning

	Mikrobio	Gen pat	O. Pat	O. Biol	Rtg	Farma	Kario	Perio	Biomat	Prot	Endo	Kjeveort.	Pedo.	KOS*	Gero	Samf od.	Eksterne	SUM
ODO1Intro	1		0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	3	1	0,3	1		9,3
Diagnostisk II	1												3	2		2	6	14
Diagn III	1				4		8	7		2	1			9				32
Diagn IV					3	1	2	2		4	2	1		2		3		20
Smerteutredning, tann							1	1		2	3			2				9
Evidensbasert materialvalg							1		8	1							4	14
Tanntraumer							2				3	1	4					10
Utviklingsforstyrrelser				1	1		3				1	1	2					9
Barnevernseminar													4				2	6
KOS 1														43				43
KOS 2														20				20
Implantat					2	1		3	1	3		1		3			3	17
Praksisstudiet																12	3	15
KOS 3														20				20
Helse estetikk og etikk							2	1	2	3			1			1		10
Framtidens Odontologi					1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12
Pasienter med spesielle behov								1		2			3		3	3	6	18
Odontologi i Samfunnet			6				1						3		2	4	1	17
Praksisadministrasjon								1		1	1			1		4	1	9
Aktuelle tema																	9	9
Kasusistikker					1		2	1	1	1	2	1	1	1	1	1		13
Masteroppgaven																		10 [†]
SUM	3	0	6,3	1,3	12	2,3	23,3	18	13,3	20,3	14	6,3	25	105	7,3	32	36	336

*KOS inkluderer oral kirurgi, rtg, oral patologi, mikrobiologi og en del andre fag

†Forelesningene i forbindelse med masteroppgaven er ikke fordelt på fagseksjoner ennå

Målsetting for ny studieplan i odontologi

Vi skal skape læringsarenaer og arbeidsformer som fremmer god faglig integrasjon og som stimulerer studentene til innsats og nysgjerrighet. Dette skal vi oppnå ved å legge om teoretisk undervisning til basal fagspesifikk undervisning innen alle felt de første tre studieårene og mer kompleks temabasert undervisning de to siste studieårene. Vi skal sette pasienten i fokus og la pasientens helhetlige behov styre studentenes kliniske tjeneste. I tillegg skal vi øke fokus på vitenskapelig tenkemåte ved å introdusere prosjektoppgaven tidligere i studiet.

Delmål studenter

- Tidligere klinisk eksponering og dermed økt forståelse for faget
- Økt bruk av studentaktive læringsarenaer hvor studentene lærer av hverandre og stimuleres til egenstudier
- Større fokus på helhetlig behandling, behandlingsplanlegging og prognosevurdering, større ansvar for pasienter, pasienten i fokus
- Økt vitenskapelig fokus gjennom hele studiet
- Økt ansvar for egen læring og progresjon
- Jevnere arbeidsbelastning og kontroll med egen studiehverdag
- Kompetanse til å møte fremtidens odontologi
- Praktisk erfaring fra ulike klinikker: offentlig, privat, sykehus, sykehjem osv.

Delmål institutt

- Mer samlet teoretisk undervisning, fagspesifikke eksamener tidligere i studiet
- Økt fokus på forskningsbasert undervisning
- Større og mer sammensatte eksamener senere i studiet og bruk av moderne eksamensformer som tester studentene på faktiske læringsmål
- Temabasert undervisning i de siste to studieårene
- Økt funksjonell utnyttelse av personale, utstyr og undervisningslokaler
- Mer bruk av digitale hjelpemidler og undervisningsformer
- Økt mulighet for å samle større grupper av ansatte og studenter i møter, seminarer og kurs på dagtid
- Økt pasientsikkerhet

Vedlegg

1. NY STUDIEPLAN FOR INTEGRERT MASTERPROGRAM I ODONTOLOGI

Integrert masterprogram i odontologi ved UiB er et femårig program som skal kvalifisere for autorisasjon som tannlege. Ved avsluttet studie skal nyutdannede tannleger kunne arbeide selvstendig med de fleste typer odontologisk pasientbehandling og forebygging samt arbeide innen forskning, formidling og helseledelse. UiB skal utdanne de mest attraktive kandidatene i Norge.

Gjennom programmet skal studentene ha tilegnet seg en solid faglig og oppdatert vitenskapelig kunnskapsbase som grunnlag for profesjonell yrkesutøvelse, kunnskapshåndtering, kritisk kildebruk og livslang læring.

Ved avsluttet studium skal studentene kunne identifisere, diagnostisere og behandle vanlige, orale sykdommer og lidelser hos pasienter i alle aldersgrupper, livssituasjoner og helsetilstander. De skal mestre akuttmedisinske tilstander og skader. De skal kunne utføre gode anamneseopptak, kliniske undersøkelser og differensial-diagnostiske vurderinger omkring oral helse og kjenne til sammenhengen mellom oral og generell helse. De skal ha kunnskap om videre utredning og behandling av mindre vanlige orale sykdommer og lidelser. De skal også ha kompetanse i opplæring av pasienter og pårørende, undervisning, helsefremmende arbeid og tverrfaglig samarbeid i alle ledd av helsetjenesten.

I løpet av studietiden skal studentene lære seg å identifisere pasienters hovedproblemer og gi et helhetlig, evidensbasert behandlingstilbud. Studentene skal trenes i kommunikasjon med pasienter, pårørende og annet helsepersonell. De skal trenes i å gjøre etiske vurderinger om behandlingsstrategier, prioriteringer og bruk av odontologisk kunnskap.

Undervisningen skal fremme helhetlig forståelse for generell helse, oral helse og oral sykdom. Studentene skal tilegne seg innsikt i risikofaktorer for oral sykdom og erfaring med forebyggende tiltak på individ- og samfunnsnivå. De skal tilegne seg innsikt i den nasjonale og globale sykdoms- og skadebyrde samt ulikheter i generell og oral helse mellom land og innenfor landegrensene. Det legges vekt på etikk, pasientsikkerhet og menneskerettigheter. Studentene skal ha kjennskap til organisering av norsk helsevesen, helseøkonomiske prinsipper samt forskrifter og lovverk som angår helsepersonell.

Forskerlinjen er et spesialtilbud for enkelte tannlegestudenter (inntil to per kull) som har interesse for odontologisk forskning og som kan tenke seg en forskerkarriere i framtiden. Studentene på forskerlinjen følger ordinært odontologistudium, men tar ett års permisjon for å drive med forskning i andre studieår. Spesialtilbudet består i at disse studentene i tillegg får organisert forskeropplæring og driver egen

forskning med skriving av forskningsoppgave som kan være starten på en doktoravhandling. Studenter som velger forskerlinjen får et odontologistudium på seks år.

Studieplanen er i samsvar med de forskrifter og lover som gjelder for utdanning og de som gjelder for helsepersonell og pasienter. Den er og tilpasset retningslinjene vedtatt av ADEE (Association for Dental Education in Europe, 2010).

Læringsutbytte

Kunnskap

Etter fullført studium skal kandidaten kunne:

- Forstå og anvende kunnskap om de ulike biologiske, psykiske, miljømessige, sosiale og kulturelle faktorene som ligger til grunn for menneskers helse, for utvikling av sykdom og skade, og for samspillet mellom disse faktorene i behandling og forebygging.
- Analysere faglige problemstillinger.
- Vite hvordan helsevesenet er organisert og hvilke offentlige og private helsetilbud som er tilgjengelige i pasientbehandlingen.
- Forstå samspillet mellom de ulike medisinske, odontologiske og andre helsefaglige disipliner.
- Anvende menneskeretter, lover og etiske prinsipper som skal verne pasienten i møte med (tann)helsetjenesten.

Praktiske evner/Ferdigheter

Etter fullført studium skal kandidatene kunne:

- Beherske vitenskapelig baserte og hensiktsmessige metoder for diagnostikk, behandling og forebygging av oral sykdom for å avhjelpe smerter, sykdom og/eller skade hos pasienten.
- Samspille med pasienten om forebygging, helsefremmende tiltak, diagnostikk, samt tilpasse planlegging og gjennomføring av behandling på en respektfull og empatisk måte.
- Gjennomføre rasjonelle og effektive arbeidsrutiner.
- Utføre samarbeid i tverrfaglige grupper.

- Utøve en vitenskapelig analyse og tenkemåte, og ha en kritisk tilnærming til forskningsresultater samt gjennomføre et selvstendig avgrenset forsknings eller utviklingsprosjekt under veiledning.
- Beherske regelverket som sørger for fordeling av ressursene som samfunnet har allokeret til helsevesenet, også ved prioriteringer på individnivå.

Generell kompetanse

Etter fullført studium skal kandidatene kunne:

- Ta ansvar for trygg og god kontakt mellom pasient, pårørende og tannlege.
- Vise evne til å reflektere over etiske problemstillinger og ha en systematisk tilnærming til pasientsikkerhet, og kunne møte mennesker med behov for hjelp på en ansvarlig og respektfull måte.
- Respektere mennesker med ulik bakgrunn og forutsetninger på nasjonalt og globalt nivå
- Vise evne til god samhandling og gode samarbeidsrelasjoner til andre kollegaer og medarbeidere i helsevesenet.
- Vise evne til refleksjon over egen adferd og læring, og ta et selvstendig ansvar for videre- og etterutdanning gjennom hele yrkeslivet.

Opptakskrav

Generell studiekompetanse og MEROD: Matematikk R1 (eller Matematikk S1 og S2) og Fysikk 1 og Kjemi 1 og 2

Delstudium i utlandet

Studieopphold i utlandet er nyttig for tannlegestudenter. Det medisinske fakultet ved UiB samarbeider med mange ulike læresteder om studentutveksling. Niende semester blir tilrettelagt for ut- og innveksling, da deler av teoretisk undervisning i dette semesteret vil foregå på engelsk. Det vil bli tilrettelagt for utreisende studenter slik at de kan tilegne seg stoffet ved egenstudier. (Dersom praksisstudiet blir utvidet, må en vurdere om det blir nødvendig med endringer her for å få til minimum 3 måneder utveksling, for eksempel at utvekslingsstudentene fritas for praksisstudiet, eller har kortere tid i praksis.)

Undervisningsmetoder

Odontologisk utdanning er en kompleks utdanning der teoretisk og praktisk/klinisk kompetanse utvikles parallelt. Dette innebærer bruk av mange ulike undervisnings- og vurderingsmetoder i et trygt og stimulerende miljø med tett oppfølging på individuelt nivå underveis. Undervisningen er i stor grad obligatorisk.

Teoretisk undervisning: Teoretisk undervisning vil fordeles slik at de mest basale emnene vil bli undervist og vurdert med fagspesifikke eksamener tidlig i studiet. De siste fire semestrene er undervisning samlet tematiske med bidrag fra flere ulike fagområder.

Studentenes progresjon vurderes ved semesterslutt med ulike typer eksamener. I de siste seks semestrene blir de også gjennomført midtsemester-eksamen som er basert på flervalgsoppgaver.

Semestereksamen kan ha en klinisk del i form av objektiv strukturert klinisk eksamen (OSCE) (8 semester), samt en teoretisk del i form av kasusbasert pasienteksamen sammensatt av de ulike fagområdene som har gitt undervisning i semesteret (8. og 10. semester).

Undervisningen gis i form av tradisjonelle forelesninger, i seminarform, ved gruppearbeid og andre mer studentaktive læringsformer, som Team Based Learning (TBL), kunnskapskonkurranser, «flipped classroom» og kasusdiskusjoner i plenum eller gruppevis.

I tillegg skal studentene levere to skriftlige arbeider:

Rapport fra praksisstudiet skal skrives etter fullført praksisperioder.

Masteroppgaven skal leveres i to trinn: Del 1. Litteraturoversikt og protokoll for masterprosjektet. Del 2. Forskningsbasert fordypningsoppgave over valgfritt tema. Begge arbeidene vurderes av intern komité (Bestått/Ikke bestått)

Praktisk/Klinisk undervisning

Praktiske og kliniske ferdigheter tilegnes gjennom laboratorieøvelser, ferdighetstrening på virtuelle pasienter (Simodokter) og på pasientdukker (fantomhoder) samt i klinisk praksis med pasientbehandling under veiledning både på studentklinikkene ved IKO og ved andre klinikker.

Kull I: Fingerferdighetskurs 1. semester. Assistansekurs og assistanse i studentklinikk til sammen syv dager andre semester. Laboratorieøvelser.

Kull II. Assistanse i studentklinikk minimum ti dager, hospitering på spesialistklinikk. Laboratorieøvelser. Ferdighetskurs i kariologi og periodonti.

Kull III. Ferdighetskurs i protetikk, endodonti, kjeveortopedi og pedodonti. Pasientbehandling, enkle oppgaver (i samarbeid med studenter fra kull IV og V). Årskontroller.

Kull IV: Voksne pasienter, alle typer behandling fra journalopptak, diagnostikk, behandlingsplanlegging, behandlingsgjennomføring og avlevering. Et team ledet av en tannhelsesekretær har hovedansvar for en gruppe studenter og deres pasienter. Pasienten følger studenten. Enkle oppgaver kan henvises til student på kull III eller tannpleierstudent. Arbeid på Barneavdelingen og på Kjeveortopedisk klinikk tre timer pr. uke hvert semester.

Kull V: Alle typer pasienter. Voksne pasienter, som på kull IV, arbeid på Barneavdeling tre timer pr. uke hvert semester. Praksis på utplasseringsklinikker tre uker. En uke hospitering på sykehus i Bergen, offentlig og privat, eks. kompetansesenter, offentlig klinikk og sykehjem.

Vurderingsformer i klinikk og teori

I større ferdighetskurs og kliniske kurs vil det bli gjennomført underveisvurdering med tilbakemelding til studentene. Alle ferdighetskurs avsluttes med teoretiske og praktiske ferdighetstester som må være bestått før videre progresjon i pasientklinikk.

Studentene vil ha en digital e-læringsmappe hvor progresjon blir oppdatert fortløpende av de kliniske lærere som har ansvaret for studenten ved hver klinikk-økt. Hver student knyttes opp mot et Team som skal holde seg orientert om progresjon og pasientflyt. Teamet består av en klinikkannhelsesekretær som har felles ansvar for pasientene og studentenes progresjon i kliniske mengdekrav. De faglige diskusjoner rundt pasientens behandling tas med fagpersoner på rett seksjon.

Studentene er selv ansvarlige for å få oppfylt sine kvalitative og kvantitative krav i de ulike fag/klinikker, men kan få hjelp av gruppelærer og teamsekretær til å skaffe egnede pasientkasus ved behov. Alle kliniske økter/prosedyrer/hospitering skal registreres i studentens digitale læringsmappe (e-mappe). E-mappen skal benyttes til fortløpende vurdering og ved avleveringsvurdering. Denne e-læringsmappen vil bli benyttet som vurderingsgrunnlag for godkjent klinisk praksis hvert semester.

Klinisk praksis blir vurdert ved semesterslutt. Ikke godkjent klinisk praksis medfører som hovedregel at studenten må ta studieåret på nytt, studenten skal da ha fått en advarsel om dette midtveis i semesteret. Teoretisk kunnskap vurderes ved digitale teoretiske underveistester, gruppearbeid, ved innleverte virtuelle pasientvurderinger, ved kasuspresentasjoner og ved eksamen. Hvert fag vil ha en egen teoretisk eksamen etter endt fagspesifikk undervisning. Mange odontologisk fag krever en del klinisk erfaring for å oppnå god forståelse. Denne forståelsen vil vurderes i en tverrfaglige semestereksamen på henholdsvis åttende og

tiende semester. Kliniske ferdigheter vil bli vurdert med en praktisk stasjonsbasert eksamen på åttende semester (Objective structured clinical exam, OSCE)

Hvert semester vil det gjennomføres en midtveiseksamen der studenten må svare på flervalgsoppgaver (multiple choice questionnaire, MCQ) fra innværende semester, men også fra undervisning gitt i tidligere semestre. (30, 30+5, 30+5+5, osv)

Praksisstudiet:

Tre ukers praksis på offentlig klinikk ved oppstart av niende semester. Skriftlig rapport basert på erfaringene i praksis skal leveres i løpet av niende semester.

TVEPS

Studentene tar del i undervisningopplegget for samtlige helseprofesjoner ved universitet og høyskoler i Bergen i Tverrprofesjonelt samarbeidslæring (TVEPS). Dette innebærer en dag der studenten møter en pasient som del av et team (fem stk.) med studenter med ulik bakgrunn (eks medisin, farmasi, fysioterapi, sykepleie, ernæring, tannpleie, odontologi osv.). Studentene skal sammen utrede pasienten og kartlegge deres behov. De skal lage en rapport med forslag til terapi, tilrettelegging eller annet som de skal presentere for pasientens pleieteam, eksempelvis sykehjemmet. Opplegget tar til sammen ca tre arbeidsdager.

Tverrfaglig samarbeid

Studentene skal samarbeide med hverandre og med tannpleierstudenter om pasientbehandling. Teoretisk undervisning gis felles med studenter fra andre profesjoner i flere fag. Eksempelvis med medisin, ernæring og farmasi i basale fag og med tannpleierstudenter i mer spesifikke fag, som smittevern, diagnostisering og behandlingsplanlegging. Uke 33-38 er det en del fellesundervisning for odontologistudenter på kull III/IV og tannpleierstudenter på kull II/III. Det er også samkjøring av teoretisk undervisning i enkelte fag og i enkelte tema.

Relevans for arbeidsliv

Ved avsluttet studium blir studentene autorisert som tannlege og kan arbeide både offentlig og privat. Det er også mulig å fortsette med forskning og bidra til å bedre livskvalitet og oral helse til store grupper i samfunnet i framtida. Det er syv godkjente spesialiteter som en kan studere etter endt grunnstudium. Det kreves minst to års praksis som tannlege, før man kan søke om opptak til spesialistutdanning.

Skikkethetsvurdering og autorisasjon

Som utdanningsinstitusjon skal vi vurdere om studentene er skikket til å utøve yrket som helse- eller sosialpersonell. Vurderingen omfatter både faglige, pedagogiske og personlige forutsetninger, og vil foregå

under hele utdanningsløpet - jf. Forskrift om skikkethetsvurdering i høyere utdanning (gjeldende fra 1. august 2006).

Administrativt ansvarlig

Det medisinske fakultet.

Læringsutbyttebeskrivelser

Læringsutbyttebeskrivelse og kompetansekrav fra de ulike emnene skal settes inn her når disse er ferdig utarbeidet i løpet av 2020-21

Generelle kliniske kompetansekrav: (Omfanget må vurderes fortløpende og revideres ved behov)

Antall økter som assistent, vanlig:	25*
Antall økter på sterilenhet:	5**
Antall økter med årskontroll	15
Antall pasienter med fullt journalopptak:	20
Antall ferdig behandlede pasienter:	15
Antall akuttvakter på Diagnostikk-klinikk	5

*(dette gjelder alle typer assistering, fra kull I-V, også ved assistering for spesialistutdanningskandidater)

** (4 studenter fra formiddagsøkt på Kariologi kull III skal være på en sterilenhet fom. uke 42-til ca uke 16.

De skal være på ulike sterilenheter hver gang for å lære alle typer prosedyrer)

2. Makroplan emnekode må revideres

ÅR	Sem	Emnekode	Fag/Tema	Eksamen/prøve/bestått	Studiepoeng	SUM
1	1	MEDOD1	Medisinsk basalkunnskap	Eksamen	17	
1	1	Ex.Phil	Vitenskapsteori	Eksamen	10	
1	1				27	
1	2	MEDOD1	Medisinsk basalkunnskap	Eksamen	25	
1	2	OD1ORBI1	Oral biologi 1	Eksamen	5	
1	2	OD1INTRO	Introduksjon til odontologi + assistansekurs+adferd Simulatortrening	Bestått	3	
1	2				33	
1					60	60
2	3	OD2FY5	Kroppens fysiologi	Skriftlig	15	
2	3	OD2ANA	Anatomi	Skriftlig	15	
2	3				30	
2	4	OD2ORBI2	Oral biologi 2	Eksamen (april)	7	
2	4	OD2PATI	Generell patologi	Eksamen (april)	9	
2	4	OD2MIKR	Mikrobiologi	Eksamen (juni)	2	
2	4	OD2PER	Periodonti, Ferdighetskurs	Skriftlig/praktisk prøve juni	1	
2	4	OD2KAR	Kariologi, ferdighetskurs	Skriftlig/praktisk prøve juni	8	
2	4	OD2BIM	Biomaterialer	Eksamen (juni)	3	
2	4				30	
2					60	120
3	5	OD3RØN	Kjeve- og ansiktsradiologi	Eksamen (des)	6	
3	5	OD3FAR	Farmakologi	Eksamen (des)	3	
3	5	OD3PROT	Protetikk, ferdighetskurs	(6.sem)	(11)	
3	5	OD3DIAGNOS	Diagnostikk, klinikk, smittevern, kario, perio, Oral medisin/kirurgi, anestesi	Eksamen/prøve	7	
		OD3MAST1	Protokoll for masteroppgaven	levert	3	
3	5				30	
3	6	OD3PRO1	Protetikk, ferdighetskurs	Skriftlig/praktisk prøve februar	4	
3	6	OD3KAR	Kariologi + klinikk	Eksamen (juni)	12	
3	6	OD3PER	Periodonti + klinikk	Eksamen (juni)	10	
		OD3ENDO	Endodonti ferdighetskurs	Skriftlig/praktisk prøve juni	4	
3	6				30	
3					60	180
4	7	OD4DIAG	Diagnostikk, terapiplanlegging	Prøve, kaspresentasjon	5	
4	7	OD4END	Endodonti	Eksamen (nov)	5	
4	7	OD4PROT	Protetikk	Eksamen (des)	5	
4	7	OD4KOS	KOS 1	(8.sem)	(4)	
4	7	OD4KJE	Kjeveortopedi	Eksamen (des)	6	
4	7	OD4PED	Godkjent klinikk	(8..sem)	5	
4	7				30	
4	8	OD4TEMA	Tannbehandling, voksne, div tema	Eksamen	10	
4	8	OD4PED	Pedodonti	Eksamen (juni)	10	
4	8	OD4KLIN	Godkjent klinikk	OSCE Eksamen	5	
4	8	OD4KOS	KOS 1 og 2	Prøve (mai)	5	
4	8				30	
4					60	240
5	9	OD5KLIN1	Godkjent klinikk		10	
5	9	OD5KOS3	KOS 2	Eksamen	6	
5	9	OD5SAM	Samfunnsodontologi	Eksamen	6	
5	9	OD5PRAKSIS	Praksisstudiet og TVEPS m/ rapport	Bestått	4	
5	9				26	
5	10	OD5TEMA	Tannbehandling, voksne, div tema	Eksamen	12	
5	10	OD5KLIN2	Godkjent klinikk, Hospitering HUS, Hospitering Tannlegevakten		10	
5	10	OD5PROSJ	Innlevering master	Bestått	12	
5					34	
5					60	300

3. Implementering og overgangsordninger

Ny studieplan skal implementeres ved studiestart 2020 for kull I, II og III (delvis). For at dette skal fungere, bør det gjennomføres mindre endringer allerede i studieåret 2019/2020. De eksisterende kursene OD1INTRO og Assistansekurset bør utvides slik at studentene på kull I allerede våren 2020 kan være assistenter på studentklinikken i tilgjengelig tid. For Kull II må det legges inn et ekstrakurs høsten 2019 for at de også kan være assistenter. Videre skal det digitale bookingsystemet utprøves i løpet av høsten 2019. I første omgang skal studentene kunne bestille plasser på Simodontene og som assistenter. Bookingsystemet bør også snarest mulig implementeres i allmennundervisningen. For studentene på kull III vil det bli noen endringer i tidspunktene for undervisningen i vårsemesteret fra nåværende ordning slik at det blir tilpasset ny studieplan ved overgangen 2020. Studentene som går på kull IV og V høsten 2020 fortsetter med gammel studieplan ut studiet med noen mindre justeringer.

Overgangsordning Kull III, IV og V

Fra og med høsten 2021 legges dagsplanen om til todelt timeplan for samtlige kull. Dette innebærer at en del forelesninger blir flyttet fra midtøkten til for- eller ettermiddag og det vil heller holdes flere forelesninger per dag. Rekkefølgen og fordelingen per fag blir identisk med nåværende ordning. For å få til dette må vi oppheve «låste økter» og åpne for fri bestilling av arbeidsplasser og på den måten gjøre om all pasientbehandling til en slags modifisert Allmenn. Studentene vil fortsatt ha faste klinikkøkter på oral kirurgi, gerodontologi, kjeveortopedi og pedodonti.

4. Risikovurdering

Ved alle større omlegginger er det alltid en risiko for at noe ikke blir som forventet. Dette er relativt sannsynlig i dette arbeidet også, ettersom omleggingen omfatter flere store grupper med ulike roller og motivasjon. Arbeidsgruppen har gjort en vurdering av hvilke faktorer som synes vanskeligst å forutse effekten av og hvilke tiltak som vil være nødvendige for å kontrollere eller minimere risikoen.

I tillegg anbefaler vi at det opprettes et studieutvalg med en studieleder og representanter for både studenter og ansatte som kan samles med jevne mellomrom etter implementering for raskt å identifisere uforutsette problemer og iverksette mottiltak. Studieplanen bør evalueres og revideres etter ca 3 år.

Risiko	Tiltak
Manglende kontroll med studentenes progresjon i kliniske ferdigheter i ulike fag	Innføring av E-læringsmappe for kliniske tjeneste der studentene skal evalueres fortløpende. Uønskede hendelser skal noteres, samt at alle vurderinger utført ved behandlingsplanlegging og avlevering skal legges inn. Dette gir mulighet for en mer helhetlig vurdering av studentene enn tidligere. Innføring av team-funksjon skal sørge for at studentene får tilstrekkelig med pasienter og tilpasset type pasienter ved intern overføring i teamet. Faglige vurderinger må gjøres av faglærer underveis og spesielt ved behandlingsplanlegging og i forbindelse med avlevering. Det må settes av nok tid ved avlevering til at det blir rom for en kvalitativ vurdering av studentens praktisk og teoretiske læringsutbytte. Vurderingen skal skrives inn i e-læringsmappen sammen med eventuell tiltaksplan for forbedringer
Studentene får ikke pasienter som passer til «kravene»	Teamet skal i størst mulig grad forsøke å fordele pasientene innad i teamet slik at samtlige studenter får pasienter som gjør at de kan få oppfylt sine mengdekrav. Overtannlegen på diagnostikkavdelingen kan ved behov sette inn tiltak på tvers av team der enkeltstudenter står i fare for ikke å få oppfylt sine krav.
Studentene følger ikke opp sine tildelte pasienter	Teamet skal sørge for at studentene følger opp sine pasienter med jevnlig møter. Manglende oppfølging kan i ytterste konsekvens medføre «ikke bestått klinisk tjeneste». Uønskede hendelser i denne kategorien skal noteres i e-læringsmappen til studenten.
Studenten får ikke oppfylt mengdekravene i ulike fag	Dersom studenten ikke får oppfylt sine mengdekrav i ett eller flere fag på tross av tilstrekkelig tid i klinikk, vil de involverte fagene måtte gjøre en kvalitativ vurdering eller gi ekstraoppgaver som muliggjør en kvalitetsvurdering. Om studenten derimot

	ikke har brukt tilstrekkelig tid i klinikk vil en måtte vurdere om studenten må ha ekstra undervisning (dvs et ekstra studieår) for å få oppfylt sine kliniske krav. Dersom dette er et problem for mange, må en revurdere om mengdekravene ikke er tilpasset pasientmassen, eller om det må iverksettes tiltak for å tilpasse pasientmassen for studentenes læringsbehov (eksempelvis prisjusteringer, annonsering eller samarbeidsavtaler med DOT)
Studenten får for liten klinisk trening	Tiden som er tilgjengelig for klinisk trening er ikke mindre enn tidligere. Dersom studenten ønsker, eller trenger mer tid til klinisk trening, vil dette være lettere med ny ordning da de i større grad kan styre sin egen tidsbruk. Studenter som ikke aktivt arbeider for å få oppfylt sin kliniske krav vil trolig oppleve at de ikke kommer «i mål» i tide. Teamet må oppfordre til tilstrekkelig klinisk aktivitet for sine studenter. På den annen side må studenter som har oppfylt sine krav oppfordres til å gi medstudenter plass og rom i klinikken dersom de har behov for dette. Studentene bør sette av tid til egenstudier også og ikke fylle opp all ledig tid til klinikk.
Noen studenter får ikke plass på ønskede klinikker da andre studenter har bestilt opp alle stolene	Studentens tilgjengelige tid er fordelt på en slik måte at det til enhver tid ikke skal være mer enn maksimalt 100 studenter som ønsker klinikkplasser samtidig. Dette skulle sørge for at det alltid skal være plass til de studentene som ønsker plass. Det bør likevel legges inn en sperre i bookingsystemet slik at en student maksimalt kan bestille 8 stoler om gangen. Dette vil sørge for rettferdig konkurranse mellom studentene. Det bør også vurderes bytting av arbeidsdager for å få bedre tilpasset bemanning til studentenes behov.
Noen økter blir mer «populære» enn andre på grunn av særskilte forhold. (Studenter «shopper» enkle poeng ved å velge «snille» lærere som er kjent for å godkjenne alt)	Studentene vil nok ha sine «favoritt-økter» eller «favoritt-lærere», men de vil trolig ikke ha tid til å unngå å benytte sin tilgjengelige tid i klinikken på grunn av dette. Erfaringsmessig er det også stor forskjell mellom hvem som er «favoritten» til ulike studenter. Det bør imidlertid gjøres forløpende vurdering av behovet for tilgjengelige lærerkrefter etter hvert og eventuelt justere antall og tidsfordeling av lærere. Kliniske lærere (både tannleger, tannpleiere og tannhelsesekretærer) bør få økt pedagogisk kompetanse for å gi rettferdig og likeverdig undervisning til samtlige studenter. I tillegg bør det være mer fokus på læringsutbytte i kliniske økter fremfor progresjon slik det ofte er i dag.
Studenter avbestiller ikke stolen selv om pasienten har avbestilt og på den måten blokkere for andre studenter som trenger plassen	Seksjonstannhelsesekretæren skal sørge for at tilgjengelig stoler er tilpasset tilgjengelig undervisningspersonell (tannleger, tannpleiere og sekretærer). Når det oppdages at en student ikke benytter bestilte stoler skal dette noteres i e-læringsmappen og dette vil medføre sanksjoner, som for eksempel reduksjon i antall mulig bookinger studentene kan gjøre. Dette vil hemme studentene i videre fremdrift og vil dermed være svært uønsket.

Studentene opplever stress og usikkerhet når de må ta ansvar for egen progresjon	Teamfunksjonen skal i størst mulig grad hjelpe studentene med en fornuftig styring av klinisk progresjon. IKO må sørge for at det er mulig for studentene å ta opp denne typen problemer i rette fora.
Mangelfull samhandling mellom ulike fag ved temabasert undervisning og vurdering (semestereksamen)	En person blir oppnevnt som semesteransvarlig per semester. Vedkommende skal sørge for at fagene får en god fordeling av tid til undervisning og spørsmål ved semestereksamen. Semesteransvarlig-rollen bør gå på omgang mellom de involverte fagene for å hindre forskyvning til fordel for enkeltfag.
Syke studenter kan miste mye undervisning i ett fag dersom sykdommen faller i en periode med intensive kurs	Alle kurs/fag bør ha tilstrekkelig med digitalt og skriftlig støttemateriell til at studenter med lengre fravær kan tilegne seg teoretisk fagstoff ved egenstudier. Det er lagt inn bufferperioder der studentene kan få mulighet for egentrening i praktiske ferdigheter. Lengre sykefravær eller manglende evne til å tilegne seg kunnskap på egenhånd, medfører at studenten må ta et år ekstra (tilsvarende dagens ordning).
Sykefravær blant ansatte kan være spesielt ugunstig i perioder med intensiv fagspesifikk undervisning	Det er en viss fleksibilitet i planen ved at det som regel er en ukes «buffer» mellom hvert fag eller hvert tema. Ved akutt sykdom kan det gjøres forskyvninger. Ved planlagt sykdom eller langtidssykdom kan en vurdere å flytte på ulike momenter. Ved særskilte behov kan en vurdere å leie inn eksterne forelesere/kursholdere. Dette vil være vesentlig enklere når undervisning er konsentrert på kort tid enn fordelt utover flere år.
Fagene kan miste sin «identitet»	Fagene får en større mulighet for å få en sterk identitet tidlig med samlet undervisning. De fleste fag vil ha perioder der studentene ikke har andre fag parallelt i det hele tatt (i kontrast til gammel studieplan). Dette øker muligheten for at de kan ha stort fokus på hvert fag i disse periodene. Temabasert undervisning vil derimot øke mulighet for å vise hvordan ulike deler henger sammen og påvirker hverandre
Studentene får ikke en fullverdig utdanning	Studieplanen er utarbeidet i henhold til gjeldende retningslinjer nasjonalt og i EU, men bør likevel evalueres fortløpende og en større evaluering bør utføres senest 2024. Innføring av en felles nasjonal MCQ (pt. til vurdering i nasjonal fagråd) vil kunne gi en indikasjon på hvorvidt våre studenter er på nivå med studentene fra de andre to lærestedene i Norge.
Ekstrabelastningen på de to første studieårene «stjeler» fokus fra basale fag	Ekstraundervisningen i de to første årene er svært liten og er lagt opp for å øke studentene motivasjon. Denne undervisningen skal ikke legges til tider der annen undervisning foregår på pre-kliniske fag. Dersom det motsatte skjer, må dette revurderes og justeres. Dette krever god kommunikasjon med de prekliniske fagansvarlige og med studieadministrasjonen

To-delt masteroppgave kan øke behovet for veiledning	Masteroppgaven kan fungere som en to-trinns rakett. Studentene gjør seg først kjent med litteraturen for ønsket tema og skriver en protokoll for prosjektet i samarbeid med veileder. Protokollen leveres og godkjennes separat. I del to utføres selve forskningsoppgaven innen samme tema. Protokollen er da en del av masteroppgaven. Veiledningen vil strekke seg over lengre tid, men vil samtidig gi mer rom for modning og prosjekter som går over tid. Studiepoenge er den samme som før.
Studentene kommer ikke til å møte til teoretisk undervisning når den ikke er midt på dagen	Underviseren må sørge for at studentene opplever at teoretisk undervisning gir en merverdi utover det å lese lærebøker og annen støttelitteratur. Det kan settes inn krav om at studentene må ha bestått ulike elementer for å fortsette klinisk tjeneste, eksempelvis digitale underveistester eller praktiske tester før oppstart i klinikk. Dette vil sørge at studentene tilegner seg den nødvendige kunnskapen til rett tid
Fag som har byttet plass i studieplanen vil oppleve at studentene ikke har de ferdighetene som de tidligere hadde	Alle faglærere må sette seg inn i ny studieplan og sørge for at de gir undervisning som er tilpasset studentene på det nivået de er. En må i så stor utstrekning som mulig unngå unødvendig repetisjon, da dette «stjeler tid» fra de studentene som faktisk husker hva de har lært tidligere. Dersom noen studenter har glemt eller ikke forstår teorien som en vet er undervist tidligere, bør de oppfordres til å repetere gamle kunnskaper.
Det blir for lite tid mellom de kliniske øktene til å gjennomføre renhold og klargjøring	Ettersom studentene blir jevnere fordelt utover i klinikken enn i dag, vil det være færre økter der alle uniter og alt utstyr benyttes både for- og ettermiddag ved samme seksjon. Studentene har dessuten mer tid til å utføre opprydding og adekvat smittevern på egen arbeidsplass da de ikke må haste av gårde til forelesning i mellomøkten.
Det blir vanskeligere å holde kliniske seminarer	Det vil kun være mulig å holde kliniske seminarer gruppevis i de seksjonene som har dedikerte økter. Imidlertid er det lagt opp til mye mer tid til studentaktive perioder i undervisningen og til kasusdiskusjoner i plenum, som i stor grad vil erstatte behovet for kliniske seminarer. Kasusbaserte diskusjoner der studentene selv legger frem ulike kliniske problemstillinger gir trolig betydelig bedre læringseffekt enn når en klinisk lærer holder en «miniforelesning» for studenten i et kvarters tid i begynnelsen eller slutten av den kliniske økten. Plenumsdiskusjoner åpner også for bedre tverrfaglig tilnærming til ulike problemstillinger enn fagspesifikke kliniske seminarer. I tillegg blir det mindre personavhengig. Det vil fortsatt være mulig å samle studentene ved oppstart av klinikken for å diskutere hva som skal gjøres i løpet av økten.
Det blir ikke tid til å ha møter i midtøkten	Ettersom det er få forelesninger i midtøkten, vil det bli mye lettere å arrangere møter. Dersom møtet skal vare lenger enn en time, må en pre-blokkere i klinikken slik at det ikke åpnes for mer pasientbehandling enn det det er lærere til i tiden møtet varer. Det vil også bli lettere for kliniske lærere med deltidsstillinger å bytte dager ved behov, da antall pasienter kan tilpasses antall lærere. Dette krever imidlertid at samtlige kliniske

	lærere gir beskjed i god tid før planlagte fravær, både ferie, kurs og planlagt sykefravær.
Noen pasienter passer ikke til studentundervisning	Det vil alltid være noen pasienter som av ulike grunner ikke egner seg for studentundervisning. Studentene kan likevel utføre det første møtet, ta opp journal, og begynne på en diagnostikk. Dersom kasuset er for vanskelig, kan pasienten henvises til spesialistutdanningskandidat eller annen klinikk. Studenten kan om ønskelig samarbeide med aktuelle spesialistkandidat om denne pasienten. Derom pasienten av andre grunner ikke er egnet (eks. helse, rus, økonomi, oppførsel) kan ansvarshavende tannlege på diagnostikkavdelingen be pasienten om å henvende seg andre steder for nødvendig behandling. Studenten kan, om mulig, utføre akuttbehandling.
Det blir ikke plass til tannpleiestudentene i klinikk og undervisningsrom	Tannpleierstudentene har sin egen klinikk. Ved behov kan stoler øremerkes til ulike studentgrupper. Ny studieplan åpner derimot for økt samkjøring av undervisning også teoretisk. Omfordeling av undervisningen vekk fra midtøkten gir mindre belastning på forelesningslokalene og seminarrom.
Det blir ikke rom for samarbeid mellom tannlege- og tannpleiestudentene, slik det gjøres i dag	Tiden for samarbeid utvides i forhold til i dag. Det blir også lettere for studentene å bestille tid samtidig da tannlegestudentene har mer fleksibel timeplan. Arbeidsgruppen anbefaler revisjon av studieplan for tannpleie for bedre samkjøring av de to programmene.
Studenter blir misfornøyde, klager eller i verste fall slutter på studiet (sistnevnte skjedde ved UiO)	Det vil alltid bli en del misnøye og problemer ved endringer av denne typen. Vi foreslå at det dannes fokusgrupper som kan identifisere problemer tidlig slik at tiltak kan igangsettes raskt når uforutsette problemer oppstår, evt et studieutvalg
Ansatte blir misfornøyde, sykefraværet øker på bakgrunn av økt uforutsigbarhet sammenlignet med i dag (skjedde ved flytting til nytt bygg)	Ansatte kan i større grad enn før styre sin egen arbeidshverdag, da en kan tilpasse studentplasser i forhold til planlagt fravær for både tannhelsesekretærer og tannleger. Studieplanen krever i liten grad endring i fagspesifikk klinisk undervisning med unntak av de som skal jobbe på diagnostikkavdelingen.
Økte kostnader og reduserte inntekter.	I utgangspunktet legger ikke ny studieplan opp til endringer i bemanning eller pasientgjennomstrømning. Det kan bli noe reduksjon i inntekter da pasienten ikke skal ha undersøkelse på flere seksjoner. På den annen side åpner vi for recall-pasienter som vil kunne øke inntektene noe. Videre antar vi at den nye ordningen kan redusere

	noe av feilslagene/omgjøringer som er en stor utgiftspost i dag ved mer grundig og omfattende behandlingsplanlegging og bedre ivaretagelse av pasientene. Omlegging til felles journalsystem for hele studentklinikken vil trolig koste mindre enn 10 000 kr. På sikt vil det kanskje vise seg at bemanningsbehovet kan endres/reduseres noe som resultat av omleggingen. Bedre tilpasning av antall instruktører til antall studenter vil trolig gi redusert ventetid i klinikk, slik at hver økt kan bli mer effektiv og studentene kan få utført mer arbeid hver økt. Dette vil trolig gi økt inntjening. Opplæring av personell til nye undervisningsformer vil medføre en økt utgift ved omleggingen i form av kurspakker.
Praksisstudiet	En eventuell utvidelse vil medføre økte utgifter, som må dekkes fra annet budsjett enn IKO.
OSCE, stor arbeidsbelastning	Erfaringene fra medisin viser at det krever god logistikk å gjennomføre OSCE for store studentgrupper. Til gjengjeld er både ansatte og studenter svært tilfredse med ordningen og ønsker å videreføre dette da de ser at det gir stort læringsutbytte for studentene.

5. Bakgrunnsdokumenter

Sentrale dokumenter i arbeidet med revisjon av studieplan i odontologi

- Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for høyere utdanning [http://www.nokut.no/no/Fakta/Det-norske-utdanningsystemet/Nasjonalt-kvalifikasjonsrammeverk-for-livslang-laring/](http://www.nokut.no/no/Fakta/Det-norske-utdanningssystemet/Nasjonalt-kvalifikasjonsrammeverk-for-livslang-laring/)
- Strategi for UiB og MOF
- Dokumenter fra Association for Dental Education in Europe (ADEE) <http://www.adee.org/taskforces/index.html>
- Profile and competence for the graduating European dentist (2009)
- Curriculum structure, content, learning and assessment in European undergraduate dental education (2010)

Lover og forskrifter (lovdata.no og uib.no):

- Lov om universiteter og høyskoler (universitets- og høyskoleloven)
- Forskrift om opptak, studier, vurdering og grader ved Universitetet i Bergen <http://regler.app.uib.no/regler/Del-2-Forskning-utdanning-og-formidling/2.2-Utdanning>
- Forskrift om tilsyn med utdanningskvaliteten i høyere utdanning (studietilsynsforskriften)
- Forskrift om skikkethetsvurdering i høyere utdanning Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)
- Forskrift om pasientjournal (journalforskriften)
- Lov om Folketrygd (folketrygdloven)
- Lov om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesteloven)
- Stortingsmeldinger (regjeringen.no):
- Meld. St. 35 (2006-2007) – Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning. Framtidas tannhelsetjenester.
- Meld. St. 47 (2008-2009) – Samhandlingsreformen
- Meld. St. 13 (2011-2012) – Utdanning i velferd. Samspill i praksis.

Rapporter:

- NIFU-rapport 12/2015: Praktisk øving i tannhelseutdanningene i Norge. En sammenligning av ulike studiemodeller. <http://www.nifu.no/publikasjoner/rapporter/>

- UHR-rapport ferdigstilles april 2016: Kvalitet i praksisstudier
http://www.uhr.no/prosjekter/kvalitet_i_praksisstudier
- Tidligere nasjonalt fakultetsmøte, nå profesjonsrådet for utdanning og forskning innen odontologiske fag: Revidert nasjonal plan for praksisstudier i odontologiske fag, november 2013
- NOKUT-rapport 2007. Revidering av akkreditering av mastergradsstudium i odontologi
- Programsensorrapporter
- Studentevalueringer og studieleders rapporter <https://kvalitetsbasen.app.uib.no/>
- Ny studieplan i medisin
<http://www.uib.no/mofa/63484/ny-studieplan-medisinstudiet-ved-uib>
- Rapport 2007:1 Nasjonalt folkehelseinstitutt: Sosial ulikhet i helse En faktarapport

6. Forslag til ny timeplan

se eget excel-ark

Ny studieplan i odontologi: Tannlegeutdanning for fremtiden

Rapport fra spørreundersøkelsen

Marit Øilo

Introduksjon

Grunnutdanningen skal sørge for at nyutdannede tannleger er rustet for hele sin fremtidige karriere. Studieplanene må ta høyde for fremtidens behov og krav. Fremtidens helseutfordringer vil i stor grad påvirke befolkningens behov for tannpleie. Vi ser både nasjonalt og globalt at befolkningen blir generelt eldre og at folk lever lenger [1]. Mange sykdommer som tidligere var dødelige kan nå behandles og kureres eller medisineres. I det store bildet er det slik at folk flest i den vestlige verden har bedre oral helse og lever godt med sine egne tenner livet ut, men de som faller utenfor denne kategorien får ofte mer kompliserte tannproblemer [2]. I tillegg til endringene i alderssammensetning ser vi også tendenser til økt sosial ulikhet i Norge. Dette innebærer større sprik mellom de fattige og de rike. Det viser seg at det er økende ulikhet i helse assosiert med forskjell i sosioøkonomisk

status. I følge «Rapport om Sosial ulikhet i helse» fra Folkehelseinstituttet (2007) har følgende risikofaktorer stor betydning for sosial ulikhet i helse: Røyking, fysisk aktivitet, kostvaner, kolesterolnivå, alkoholforbruk, blodtrykk og høy kroppsmasseindeks [3]. Allmentannlegen må kunne ta hånd om de aller fleste av disse pasientene ettersom tilgangen på spesialister er begrenset utenfor de store byene. Allmentannlegen må likevel ha kunnskap nok til å innse sine begrensinger og kjenne til behandlingsalternativer som kan og bør utføres av spesialister eller tannleger med spesialkompetanse. Det er en svært rask utvikling innen teknologiske hjelpemidler, materialer og farmaka tilgjengelig for medisinsk bruk. I enda større grad enn før er grunnutdannelsen bare et utgangspunkt for livslang læring.

Digitalisering av samfunnet, og da spesielt kunnskapssamfunnet i form av internett som kilde til informasjon, innebærer at alle går rundt med verdens største leksikon i lommen [4]. Forskningsresultater blir mer tilgjengelig og tiden fra nye resultater blir presentert til de blir implisert i klinisk praksis kortes ned. Behovet for å kunne skille sikker informasjon fra useriøs eller direkte feilinformasjon øker. Samtidig vet pasienter mye mer om muligheter, rettigheter, sykdommer og ulike produkter enn før og kan stille bestemte krav. Dette stiller store krav til tannhelsepersonell som må være mer oppdatert enn pasientene, samtidig som de må kunne formidle sin kunnskap både muntlig og via nett på en trygg og forsvarlig måte, samt ha god kompetanse om etisk forsvarlig terapi. Tannleger må også være klare på skillet mellom medisinsk og kosmetisk behandling.

Mange flere mennesker krysser landegrenser enn før, enten på feriereiser, jobbrelatert eller av nød. Det er konflikter eller tendenser til konflikter flere steder, også i Europa, som kan bidra til ytterligere økning i flyktninger som trenger et trygt sted å være. Når det gjelder pasienter som ønsker tannbehandling i Norge vil dette fortsette å endre seg i takt med endringen i demografien ellers. Mennesker som av nød må flykte fra eget land og bosette seg i nye kulturer er i en mye vanskeligere situasjon enn andre som har valgt å flytte av andre hensyn. Deres kulturelle og emosjonelle bagasje kan komplisere samhandling med helseprofesjoner. Dette stiller større krav til helsetjenester i form av kjennskap til andre kulturer, visuell kommunikasjon og bruk av tolketjenester.

Tannlegeutdanning i Norge, som i de fleste andre vestlige land, baserer seg på en grunnutdanning som skal utdanne terapeuter som kan gå direkte ut i en selvstendig produksjonsstilling. Noen land har turnusordning eller plikttjeneste, men dette ble avvirket for mange år siden i Norge. Vi har syv godkjente spesialistutdanningsprogrammer i tillegg til en rekke kurs som holdes for å gi spesialkompetanse innen enkeltområder, som for eksempel sedasjonskurs og implantatkurs. Den norske tannlegeforeningen jobber også intenst med å holde Norges tannleger oppdatert med mange og varierte kurs og innføring av "tannlegenes

systematiske etterutdanning” (TSE) og obligatorisk etterutdanning basert på modellen for leger. Norges langstrakte og kronglete geografi vanskeliggjør både kursvirksomhet og henvisningspraksis til ulike spesialiteter utenfor de store byene.

Grensegangen mellom allmentannlegens og spesialisters arbeidsoppgaver er ikke tydelig. Lovverket tilsier at tannleger skal utføre oppgaver de har kompetanse til, men sier lite om hvordan en skal tilegne seg denne kompetansen. Trygdereglementet har begrensinger på hvem som kan få støtte til utføring av enkelte typer oppgaver, slik som kjeveortopedi og implantatbehandling. Men dette regulerer kun den behandlingen som i utgangspunktet er stønadsberettiget. I andre land har de andre spesialiteter enn i Norge, noen land har flere spesialiteter, de fleste har færre, men da kanskje flere spesialister. Noen steder ser en stor endring i andelen tannleger som tar videre- eller etterutdanning. Eksempelvis har Universitet i Washington i USA opplevd et skifte de siste 10-15 årene. Tidligere tok mindre enn 10% av hvert årskull videreutdanning, mens det i dag er omtrent 80% av studentene som går rett videre i ett etterutdanningsprogram på 2-3 års varighet (personlig kommunikasjon). Dette skiftet kom gradvis etter omlegging av studieplanen og forverring av den økonomiske situasjonen i USA som gjorde det vanskeligere å etablere vanlig privat allmennpraksis.

Det er uklart om dagens utdanningsopplegg er tilfredsstillende for å møte fremtidens behov og utfordringer [5]. Videre er det uklart om vi bør endre grunnutdanningen eller etterutdanningsmodellen vi har i dag. I forbindelse med utarbeiding av ny studieplan i odontologi ved Universitet i Bergen ønsket vi derfor å undersøke hva tannleger i Norge mente om dagens og fremtidens tannlegeutdanning og hvilke utfordringer vi står overfor.

Material og metode

En anonym, digital spørreundersøkelse ble sendt per e-post via Den norske tannlegeforeningens informasjonsutsending til alle foreningens aktive medlemmer (ca. 4000). En påminnelse ble sendt i en generell informasjonsutsending omtrent 1 måned etter første utsending.

Undersøkelsen inneholdt 12 spørsmål, hvorav tre omhandlet yrkestittel, utdanningssted og arbeidserfaring. De andre spørsmålene omhandlet hva respondentene mente burde utvides, reduseres eller endres i fremtidens utdanning og hva som kom til å bli utfordringene i tiden fremover. Videre ble det spurt om hva som forventes av en nyutdannet tannlege og om grenseoppgang mellom spesialisters, allmenntannlegers, tannpleiere og tannhelsesekretærs arbeidsoppgaver. Spørsmålene var i hovedsak utformet som flervalgsspørsmål, eller rangeringss spørsmål. Det var rom for kommentarer ved de fleste spørsmålene samt et åpent spørsmål om hva de mente om dagens utdanning.

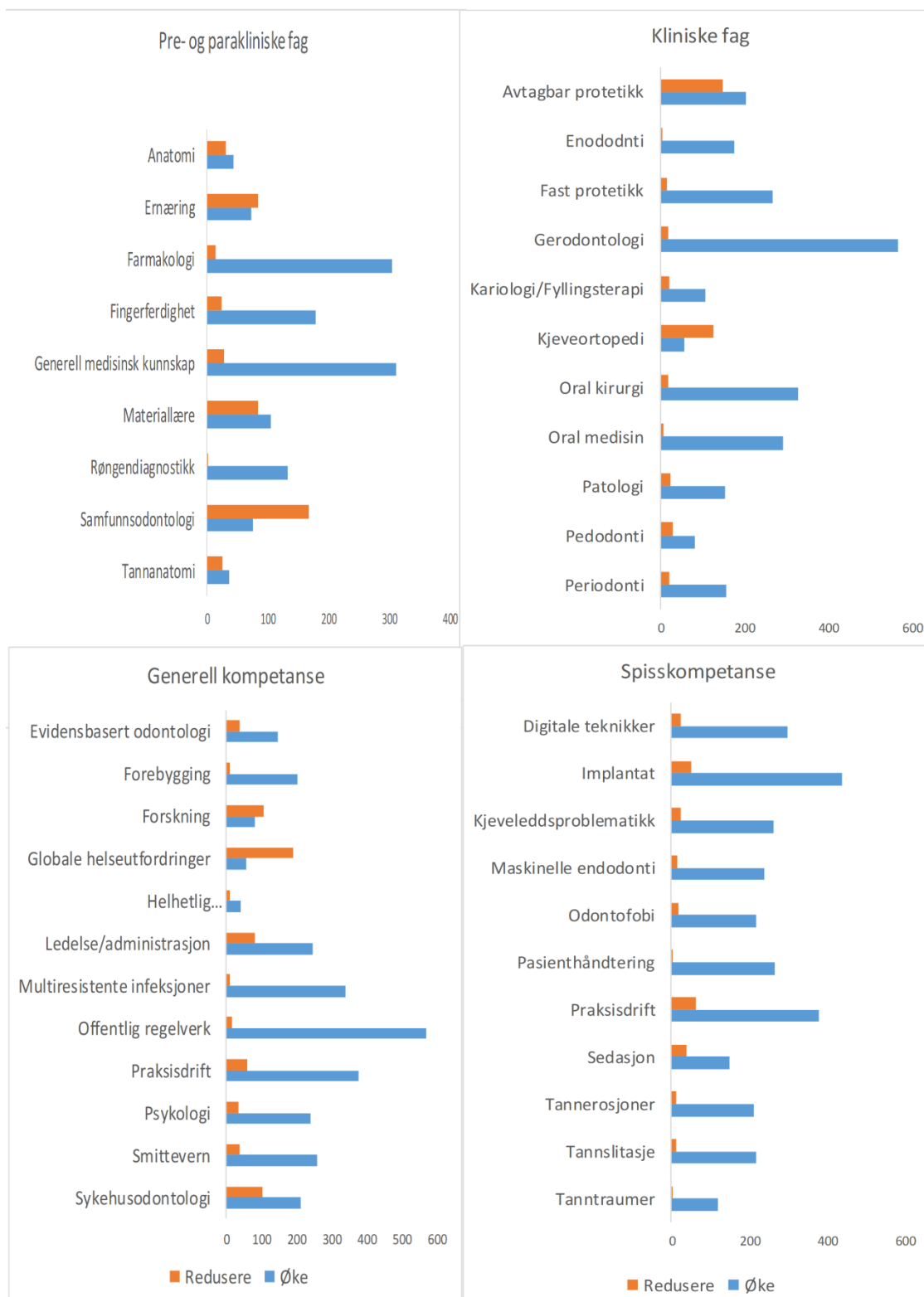
Resultater

1308 respondenter fylte helt eller delvis ut spørreskjemaet. Av disse var 62% privatpraktiserende, og halvparten av disse var praksiseiere, 30% var offentlig ansatte tannleger og de resterende var vitenskapelig ansatte, administrativt ansatte, overtannleger eller annet. Fire % av respondentene var utdannet i Tromsø, 44% i Oslo og 32% i Bergen. Resten hadde utdanning fra Skandinavia eller Europa. 71 prosent hadde mer enn 10 års erfaring som tannlege og 15 prosent hadde mindre enn 5 års erfaring.

De fleste (67%) mener at nyutdannede tannleger skal kunne utføre de fleste oppgaver selvstendig etter endt utdanning. Videre mener 80% at nyutdannede tannleger fra norske lærested har høy eller meget høy kompetanse og kun 6% mener at det er stor forskjell mellom de tre ulike lærestedene i Norge. I kommentarfeltene beskrives det imidlertid at det oppleves at kandidatene har noe ulik erfaring fra de ulike lærestedene, men svarene er ikke entydige. Enkelte hevder, eksempelvis, at kandidater fra Tromsø har best klinisk erfaring på grunn av utstrakt utplasseringspraksis, mens andre mener de har dårligst klinisk erfaring med samme begrunnelse. Tilsvarende er det respondenter som hevder at de som er utdannet i Bergen er flinkest og andre som mener de fra Oslo er flinkest. Mange oppgir at de ikke har grunnlag for å uttale seg om dette, andre hevder at nyutdannede tannleger med utdanning utenfra Skandinavia har for lite klinisk erfaring, men gjerne gode basalkunnskaper og god medisinsk forståelse.

På spørsmål om hva som bør utvides eller reduseres i fremtidens grunnutdanning i forhold til i dag, var det relativt stor enighet om hva som bør utvides (Figur 1). Det var imidlertid større uenighet i hva som bør reduseres. En del av kommentarene gikk på at man ikke hadde god nok kunnskap om hva som ble undervist i dagens studier til å kunne uttale seg. Mange kommenterte at man måtte kunne alt som sto på listen og at ingenting kunne reduseres. Seksten respondenter trakk fram at etikk burde vies mer oppmerksomhet i grunnutdanningen.

På spørsmål om å rangere hva som blir de viktigste utfordringene for tannleger i Norge i fremtiden ble eldretannpleie eller gerodontologi rangert aller høyest. Hele 97% mente at dette kom til å bli utfordrende eller svært utfordrende, mens 92% mente multiresistente bakterier kom til å bli utfordrende eller svært utfordrende. Mange mente pasienter med innvandringsbakgrunn (86%), multifaktorielle sykdommer (83%) og sykehuspasienter (77%) kom til å bli utfordrende. «Tannturisme» ble oppfattet som en utfordring eller stor utfordring av 76%. En del var bekymret for overbehandling av pasientene (72%) og for "kravstore pasienter" (68%).



Figur 1. Svarfordeling i

antall respondenter på spørsmålet: Hva mener du bør reduseres (orange) eller økes (blå) i grunnutdanningen i forhold til dagens utdanning?

Respondentene var mer delt i vurderingen om utfordringene rundt økonomiske nedgangstider, periimplantitt, tannslitasje, kariogent kosthold og livsstilssykdommer. Omtrent halvparten mente dette kunne bli utfordrende,

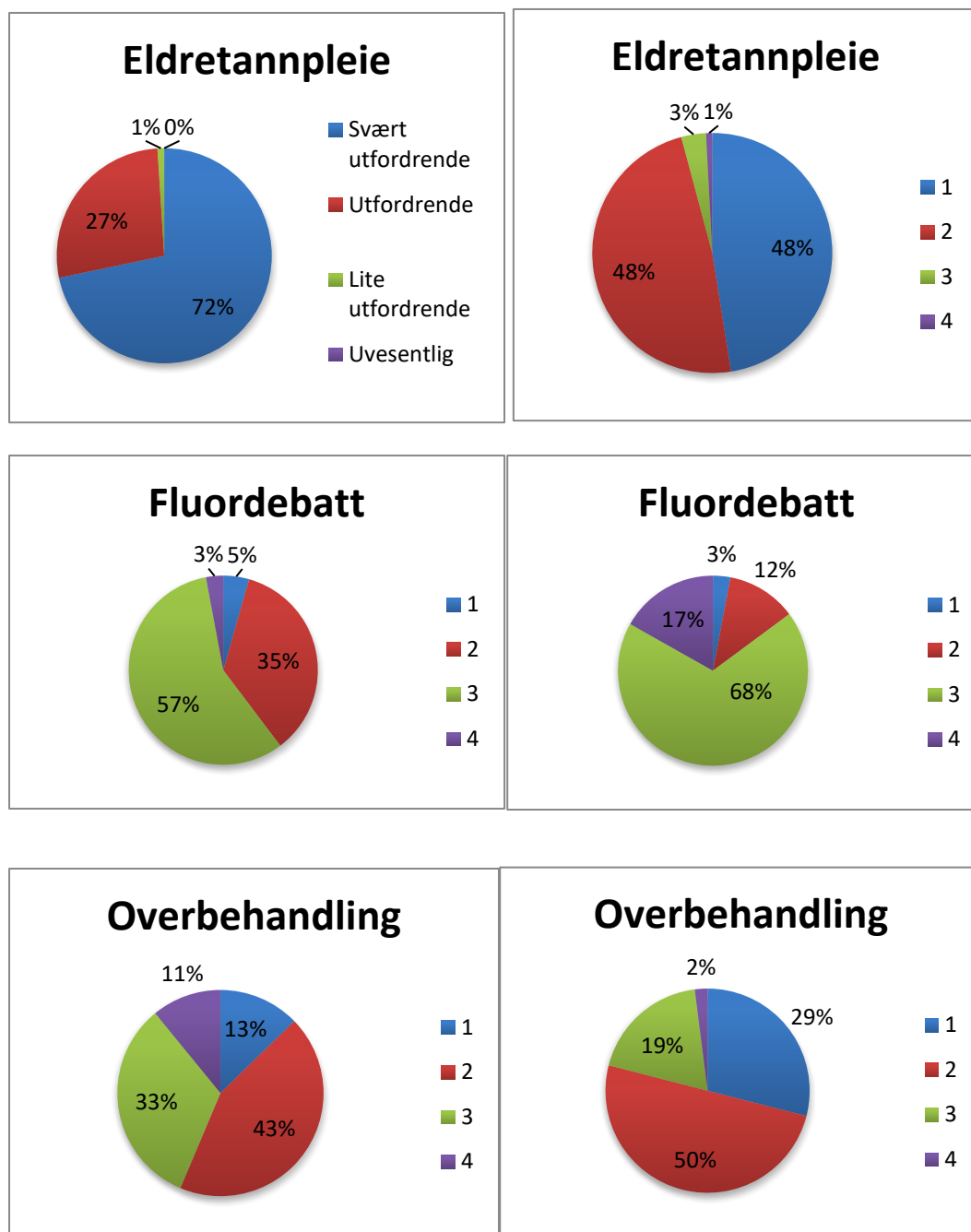
mens den andre halvparten mente det ikke ble utfordrende. Respondentene så generelt lite utfordringer ved aldersavgang blant tannleger, rekruttering av nye tannleger, lite stabile arbeidstakere, for mange behandlingsalternativer, dårlige materialer, tannstillingsproblematikk, flourdebatt eller digitalisering av odontologi.

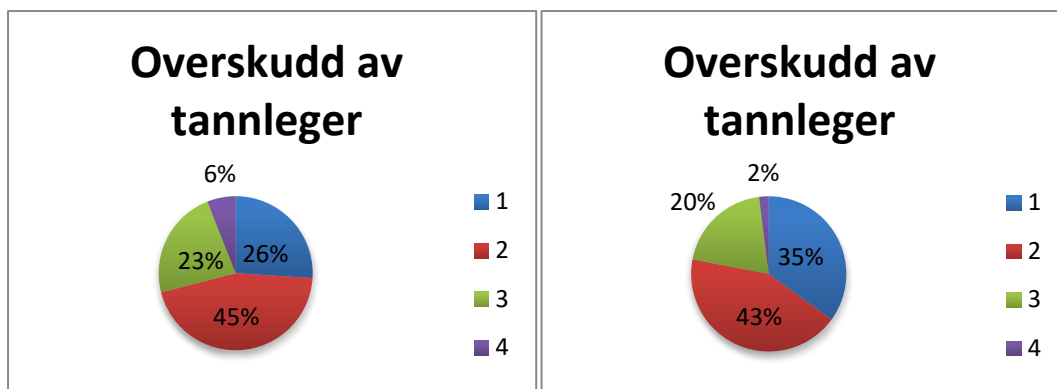
Svært mange har kommet med generelle kommentarer til utdanningen. En stor overvekt er positive til de norske lærestedenes nyutdannede tannleger og mener den generelle kompetansen til nyutdannede tannleger er god (66%) eller veldig høy (14%). Mange fremhever at det trengs mer klinisk praksis, eller at det i hvert fall ikke må reduseres. Noen hevdet utdanningen burde forlenges for å få nok praksis andre foreslo mentorordninger eller turnusordninger det første året i praksis etter endt utdanning, andre mente fem år var tilstrekkelig eller til og med for mye. Mange mener det blir utdannet for mange tannleger og en vil legge ned hele fakultet i Oslo.

På spørsmål om hvem som kan og bør utføre de ulike oppgavene svarer nesten samtlige at tannleger uten noen form for spesialisering bør kunne utføre alle oppgaver med noen unntak. Kjeveortopedi på voksne og barn, implantatbehandling og da spesielt ved behov for flere implantater, behandling i sedasjon, spesielt for sedasjon på barn, rotpissamputasjoner og avanserte røntgenundersøkelser som CB/CT mener de aller fleste (>70%) at bør utføres av tannleger med spesialkompetanse enten i form av spesialistutdanning eller godkjente etterutdanningskurs.

Mange mener at apikalrøntgen (63%) bitewing-røntgen (73%), OPG (64%), opplæring i orale helsevaner (37%), kostholdsveiledning (38%) samt avtrykk til studiemodell (58%) kan utføres av tannhelsesekretærer. Videre mener tannlegene at tannpleieren kan utføre diagnostisering (61%), røntgendagnostikk (58%), generell medisinsk anamnese (64%), apikalrøntgen (80%), bitewing-røntgen (84%), OPG (69%), kostholdsveiledning (91%), fissurforsigling (79%), avtrykk til studiemodell (71%) og presisjonsavtrykk (12%). Tannlegene mener stort sett at tannpleieren kan gjennomføre årskontroller (84%), men ikke like mange mener de kan ta opp full journal som ved førstegangsbesøk (59%). Omtrent 20% mener at tannpleieren kan preparere og fylle små okklusale karieslesjoner og fore eller reparere helproteser.

Det var svært små forskjeller i svarene mellom respondenter fra ulike læresteder, ulike yrkesroller eller tid siden endt utdanning. Respondenter med kort arbeidserfaring var noe mer opptatt av at det burde undervises mer om implantatterapi, NAV/Helfo og lovverk enn de med mer enn 10 års fartstid. Det var noen forskjeller i hva som ble regnet som utfordringer i tiden fremover mellom offentlig og private tannleger (Figur 2).





Figur 2. Svarfordeling i

prosent for offentlig ansatte tannleger (venstre) og privatpraktiserende tannlegers (høyre) vurdering av utfordringen i fremtiden ved, eldretannpleie, fluordebatt, overbehandling og overskudd av tannleger.

De vitenskapelig ansatte skilte seg også fra samtlige andre yrkesgrupper i hvilke temaer de mente burde undervises mer og mindre. De vitenskapelige ønsket mer undervisning i sykehusodontologi (31%), materiallære (23%) og evidentsbasert odontologi (44%) enn offentlige og private tannleger (18%, 9% og 13%). Samtidig var de vitenskapelige mer villige til å redusere undervisningen på enkelte områder som avtakbar protetik (38%) og kjeveortopedi (38%).

Diskusjon

Svarprosenten var noe lav, men respondentene representerer fordelingen i den norske tannlegebestanden godt både med hensyn til studiested, yrkestittel og arbeidserfaring. Det er stor enighet blant tannleger i Norge om at vi har store utfordringer foran oss med demografiske endringer, økt medisinbruk, globalisering i form av tannturisme og økt forekomst av multiresistente bakterier. Dette gjenspeiles også i at tannleger mener disse aspektene bør forsterkes i undervisningen på grunnutdanningen. Det var stort samsvar i svarene fra ulike yrkesgrupper, ulik arbeidserfaring og utdanningssted. De offentlig tannlegene anså eldrebølgen og fluordebatten som noe mer utfordrende enn de private tannlegene. De privatpraktiserende tannlegene så mer utfordringer med overbehandling og overskudd av tannleger. Dette er naturlig med tanke på pasientene de behandler.

Alle mener at det er flere aspekter som må styrkes eller utvides i fremtiden. Det virker imidlertid som om tannleger flest mener de har hatt bruk for det de selv lærte under utdanningen sin og de mener derfor at ingenting eller svært lite kan tas ut av dagens læreplaner. De vitenskapelig ansatte er imidlertid noe mer enige i at enkelte temaer kan

reduseres i omfang. En fjerdedel av alle respondentene mener at samfunnsodontologi kan reduseres. Dette stemmer imidlertid dårlig overens med at nesten halvparten mener studentene må få mer undervisning i trygd og andre støtteordninger, lovverk samt praksisutplassering, da samfunnsodontologi har hoveddelen av undervisning om disse temaene. Videre mener enkelte at undervisning i globale helse kan reduseres. Dette stemmer dårlig overens med at både tannturisme, innvandring og multiresistente infeksjoner fremheves som noen av framtidens store utfordringer.

Tannlegene ønsker tydeligvis heller ikke å overlate flere arbeidsoppgaver til verken tannpleierne eller spesialister og på den måten redusere sine arbeidsoppgaver. Selv ikke arbeidsoppgaver som tannpleieren lærer i grunnutdanningen, som for eksempel protesereparasjoner og foringer, mener tannlegene at de bør gjøre. Dette skaper et problem for universitetene som skal tilpasse grunnstudiet til framtidens behov innenfor rammen på fem år. Dagens studieprogram er allerede svært intense og tettpakket og det er ikke rom for å legge til fag eller temaer om ikke noe annet kan reduseres. I Bergen, eksempelvis, har studentene i de tre siste årene mellom 27 og 37 timer ukentlig med obligatorisk undervisning som krever tilstedeværelse. I tillegg til dette kommer egenstudier og forberedelse til kliniske økter. Det sier seg selv at vi ikke kan pålegge dem mer belastning enn dette.

Det kan tenkes en rekke alternativer som kan gi rom før økt fokus på problemområdene som kommer frem i undersøkelsen:

- Å redusere noen av kravene til allmentannlegens kunnskaper ved endt utdanning og utvikle flere videreutdanningskurs av typen TSE, sedasjonskurs og implantatkurset, samt nettbaserte kurs. På denne måten kan alle få en solid grunnutdanning og så tilpasse sin kunnskap basert på pasientgruppen man behandler.
- Redusere kravene til klinisk praksis i grunnutdanningen og utvikle en mentorordning eller personlig oppfølging første arbeidsår.
- Øke andelen spesialister, slik at allmentannlegen ikke trenger full kompetanse innen alle spesialfelt, men lettere kan henvise ved behov.
- Forlenge utdanningstiden med ett eller et halvt år

- Øke tiden i utplasseringspraksis ved å forlenge praksisstudiet samt å tilrettelegge mer for organisert studentpraksis som sommerjobb eller kveldspraksis underveis i studiet.
- Øke bruken av virtuell pasientbehandling for å få trening i journalopptak, behandlingsplanlegging og risikovurdering.

Alle alternativene medfører økte kostnader i større eller mindre grad for å få tilstrekkelig høy kompetanse blant landets tannleger. Det første alternativet overfører kostnadene ved å skaffe seg tilstrekkelig kompetanse over på den enkelte tannlege. Det er dermed en risiko for at enkelte vil velge bort videre- og etterutdanning basert på økonomiske eller praktiske begrensinger. På den andre siden vil dette øke muligheten for tannleger med utenlandsk utdanning til å bli kalibrert med norske forhold innenfor ryddige rammer. De andre alternativene vil øke utgiftene for staten. En mentorordning trolig ikke vil kunne la seg organisere på "dugnad" og vil kreve en form for godtgjøring. Hvem som skal sørge for denne godtgjøringen er vanskelig å si, men det bør være et offentlig ansvar.

Å øke antall spesialister som utdannes krever større kapasitet på fakultetene eller i kompetansesentre både i form av plass for klinisk tjeneste og i veiledning og teoretisk undervisning. Det vil trolig også bli vanskelig å motivere mange flere tannleger for å ta spesialistutdanning dersom ikke alle får lønn under utdanningen. I dag er det kun et fåtall av spesialistutdanningskandidatene som er lønnet. Det er dessuten usikkert om det er tilstrekkelig pasientgrunnlag for høyspesialiserte tannleger utenfor de store byene i Norge.

Forlenget utdanningstid vil mest sannsynlig kreve noen flere årsverk per ferdig utdannet student enn i dag. Det er trolig mulig å gjennomføre dette uten store merutgifter. Studenten får imidlertid ett år mer med studielån og ett år tapt arbeidsinntekt. En del av respondentene foreslo nettopp å øke utdanningstiden, mens andre mente at fem år var mer en nok. Det finnes internasjonale læresteder (blant annet Hong Kong) som nylig har utvidet eller som jobber med å utvide grunnutdanningen til seks år.

Svært mange av respondentene fremhevet spesielt at klinisk praksis eller mengdekrav ikke måtte reduseres, selv om tannlegestudenter ved norske læresteder har blant de høyeste mengdekravene i verden når det gjelder produksjon

av flater, ledd eller antall operasjoner de skal ha utført før endt utdanning. Klinisk praksis ved lærestedene er imidlertid tungvint, kostbart og tidkrevende. Økt grad av utplassering slik som i Tromsø stiller store krav til kalibrering av veiledere og øker sjansen for at noen studenter ikke får tilstrekkelig variasjon i sine pasienter [5,6]. Dette er også kostbart da en ikke kan forvente at studentene selv skal dekke merutgiftene, som pendlerutgifter og dobbel husleie, ved å hospitere eller ha praksis andre steder enn ved lærestedet. I tillegg vil mottakerklinikken som regel forvente en form for kompensasjon for tapte arbeidsinntekter ved å ha hospitant/lærling som trenger oppfølging. Det er også betydelige logistikkutfordringer ved å sende hele kull med tannlegestudenter ut i praksis samtidig. I tillegg vil de fast ansatte instruktørtannlegene ved fakultetene som til vanlig underviser studenten få lange perioder uten studenter. Dersom studentene sendes ut på forskjellige tider, vil man risikere å måtte holde kurs og forelesninger dobbelt.

Pasientgrunnlaget ved de ulike lærestedene er ikke optimalt med tanke på hvilke ferdigheter studentene bør tilegne seg. Andelen pasienter med behov for, for eksempel, helproteser i Oslo og Bergen er stadig synkende. Pasientene generelt er ikke representative for den generelle befolkningen og det kan være vanskelig å skaffe nok pasienter med ulike typer behov og en risikerer at studentene må dele på pasienter og dermed mister helhetsoversikten. Flere respondenter oppgir at helhetlig behandlingsplanlegging bør få mer fokus i undervisningen. Bruk av virtuelle pasienter kan synes som en løsning for å gi studentene tilstrekkelig med bredde i kasuistikkutredning, men de systemene som er tilgjengelig i dag har noen mangler med tanke på klinisk relevans. Dette vil trolig bedres i nær framtid.

Tidligere eksponering for odontologisk praksis kan trolig løse en del av problemene med overfylt studiehverdag i de siste studieårene uten store kostnader. Studentene kan allerede på første studieår hospitere på studentklinikken som observatører og etter litt kursing kan de jobbe som assistenter for mer erfarne studenter. De får da lære seg odontologiske begreper, pasienthåndtering og smittevern tidlig. I tillegg vil det trolig virke motiverende for videre studie og oppleves som relevant. Tilbakemeldingen fra studentene går ofte på at de føler seg distansert fra odontologi de første studieårene da de får undervisning sammen med medisinerstudentene. Noen av respondentene i denne undersøkelsen skrev dette også i sine kommentarer. Det er imidlertid viktig at dette ikke går

på bekostning av basalfagene som skal danne grunnsteinen for videre teoretisk undervisning. Tidlig klinisk erfaring gjør også studentene mer rustet for å gjennomføre anamnese, diagnostisering og helhetlig behandlingsplanlegging når de selv begynner med klinisk praksis. Åpen klinikk hvor pasientens behov styrer hvor studenten skal gjennomføre behandlingen vil kreve en del logistikk, men trolig ikke vesentlig mer ressurser enn det som benyttes i dag på å fordele pasienter med ulike behov på studentene med ulike krav. Dette kan også gi studentene mer medbestemmelse i studiehverdagen, da de i større kan velge selv når de gjennomfører sine kliniske økter enn ved dagens ordning der de har obligatorisk fremmøte på klinikken uavhengig om de har pasient eller ikke.

Store endringer i grunnutdanningen som vil få påvirkning på tannlegenes evner til å arbeide selvstendig etter endt utdanning bør tas opp og diskuteres på nasjonalt nivå og i tett dialog med spesialistforeningene, slik at en unngår at det blir store forskjeller mellom kandidater fra de ulike lærestedene. Videre bør studieprogrammene ikke avvike for mye fra andre skandinaviske og europeiske læresteder slik at man problemfritt kan arbeide i alle europeiske land med norsk tannlegeutdanning og omvendt.

Konklusjon

Vi har store utfordringer foran oss med hensyn til demografiske endringer, økt medisinbruk, globalisering i form av tannturisme og økt forekomst av multiresistente bakterier. Dette må gjenspeiles i endringer i undervisningen på grunnutdanningen. Dagens studieprogram er allerede svært intense og tettpakket og det er lite rom for å legge til fag eller temaer om ikke noe annet kan reduseres. Store endringer bør diskuteres på nasjonalt plan.

Referanser

1. Regjeringen.no. Langsiktige utfordringer som følge av en aldrende befolkning. Finansdepartementet, Ed. <https://www.regjeringen.no/nb/tema/okonomi-og-budsjett/norsk-okonomi/bruk-av-oljepenger-/langsiktige-utfordringer-som-folge-av-en/id450473/>, 2014.
2. Heegaard, K.M.; Holm-Pedersen, P.; Bardow, A.; Hvidtfeldt, U.A.; Grønbæk, M.; Avlund, K. The copenhagen oral health senior cohort: Design, population and dental health. *Gerodontology* **2011**, *28*, 165-176.

3. Dahl, E.; Bergsli, H.; van del Wel, K.A. *Sosial ulikhet i helse. En norsk kunnskapsoversikt*; Helsedirektoratet: Høgskolen i Oslo og Akershus, 2014.
4. regjeringen.no. Digitaliseringsrundskivet. Regjeringen, Ed. 2017.
5. Elken, M.; Røsdal, T.; Aanstad, S.; Caspersen, J. *Praktisk øving i tannhelseutdanningen i Norge, en sammenligning av studiemodeller*; Helse og omsorgsdepartementet: 2015.
6. UHR. *Kvalitet i praksisstudiene i helse- og sosialfaglig høyere utdanning: Praksisprosjektet*; Universitet- og høyskolerådet: 2016.

Tilpassing av klinisk undervisningsaktivitet ved Institutt for klinisk odontologi, UiB, i forbindelse med innføring av ny studieplan for odontologi (KUSP-rapporten)

Innholdsfortegnelse

1. Bakgrunn	2
1.1 Hensikt	2
1.2 Mandat	2
1.3 Organisering av prosjektet	2
2. Mål for prosjektet	3
2.1. Hovedmål	3
2.2. Resultatmål	3
2.3. Effektmål	3
3. Generelle synspunkter på klinisk undervisning i ny studieplan	4
3.1. Organisatoriske og administrative aspekter	4
3.1.1. Generelle aspekter på organisatorisk og administrative modell	4
3.1.2. Generelle mulige faglige gevinster og faglig utbytte ved en mer fleksibel organisatorisk modell	4
3.1.3. Generelle undervisningsmessige effektiviseringsgevinster ved en mer fleksibel organisatorisk modell	5
3.2. Beslutningsansvar i tverrfaglig klinisk undervisning	5
3.2.1. Generelle aspekter på beslutningsansvar i tverrfaglig klinisk undervisning	5
3.2.2. Mulige faglige gevinster ved å tydeliggjøre beslutningsansvar	5
3.2.3. Undervisningsmessige effektiviseringsgevinster ved å tydeliggjøre beslutningsansvar	5
3.3. Undervisningsvolum	6
3.3.1. Generelle aspekter på undervisningsvolum	6
3.3.2. Mulige faglige gevinster ved et rammeverk for undervisningsvolum relatert til studiepoeng	6
3.3.3. Undervisningsmessige effektiviseringsgevinster ved et rammeverk for undervisningsvolum relatert til studiepoeng	6
4. Forslag til tiltak	6
4.1. Tverrfaglig samarbeid om klinisk undervisning	7
4.2. Emnespesifikke problemstillinger med tiltak i timeplan (TP)	11
4.3. Teknisk og administrativt	14
4.4. Vurdering av studenter	16
4.5. Obligatorisk klinisk undervisning	17
4.6. Teoretisk undervisning	19
5. Vedlegg	21

1. Bakgrunn

Instituttleder Asgeir Bårdsen ved Institutt for klinisk odontologi (IKO) har vurdert et behov for å evaluere og tilpasse klinisk undervisning til den nye studieplanen for odontologi. En arbeidsgruppe ble oppnevnt for å utrede og foreslå tilpassinger innenfor rammene av ny studieplan. Arbeidsprosessen ble innledet med en inventering og utredning av hvordan nåværende klinisk undervisning kunne harmonere med ny studieplan for odontologi, etterfulgt av en sammenstilling og skissering av endringsforslag ut fra problemstillinger og synspunkt som ble hentet inn gjennom samtidsanalyser.

1.1 Hensikt

Hensikten med prosjektet er å utarbeide forslag til gjennomføring av klinisk undervisning for studentene ved IKO. Undervisningen skal stimulere til best mulig læring innenfor et rammeverk definert av ny studieplan i odontologi, og ta hensyn til tilgang på pasienter, undervisere og undervisningsareal. Forslagene skal øke kvaliteten av klinisk undervisning og muliggjøre bedre nytteggjøre av pasienter, kliniske veiledere og undervisningsarealer gjennom undervisningsåret.

1.2 Mandat

- Utrede hvordan klinikkarealene benyttes opp mot læringsaktivitet¹ i klinikken
- Utrede behandlingsbehov hos pasientene
- Utrede sammenhengen mellom klinisk læringsaktivitet og personalressurser i undervisning
- Utrede sammenhenger mellom behandlingsbehov hos pasientene og læringsbehov hos studentene
- Foreslå tiltak for bedre utnyttelse av klinikkarealene
- Foreslå tiltak for bedre utnyttelse av personalressurser i undervisning
- Foreslå tiltak for bedre pasientflyt
- Levere rapport innen juli 2024

1.3 Organisering av prosjektet

Oppdragsgiver: Institutt for klinisk odontologi ved ledergruppen

Prosjekteier: Instituttleder

Leder av arbeidsgruppen: Dagmar Fosså Bunæs

Arbeidsgruppens sammensetning:

Førsteamanuensis Dagmar Fosså Bunæs

Professor Athanasia Bletsa

Overtannlege Stig Løvold

¹ læringsaktivitet: klinisk arbeid, pasientkommunikasjon, vurdering og tilbakemelding

Spesialtannlege Kjetil Reisegg

2. Mål for prosjektet

2.1 Hovedmål

Den overgripende målsetningen med prosjektet er å forslå endringer i klinisk undervisning for å oppnå undervisningsmessige gevinster i tråd med ny studieplan i odontologi. Hensikten med endringene er først og fremst faglige gevinster for studentene, men også gevinster i form av tydelige rammer for klinisk undervisning for studenter og personale, samt bedre flyt og behandling av pasienter ved studentklinikken. Hovedmålet for studentene er en utdanning som trinnvis gjør dem rustet til et livslangt klinisk virke som tannlege, for personalet en arbeidsplass der de trygges i sin pedagogiske rolle i klinisk undervisning, for pasienter en forutsigbar behandling av høy kvalitet og for organisasjonen en utdanning av høy kvalitet med forutsigbar og bærekraftig utnyttelse av pasienter og lærerkrefter.

2.2 Resultatmål

Prosjektets resultatmål er å utarbeide forslag til endringer i klinisk undervisning for tannlegestudentene som gir faglige gevinster. Forslagene skal beskrives undervisningsmessig og organisatorisk.

2.3 Effektmål

- økt oversikt over studentenes kliniske ferdigheter
- økt forutsigbarhet i klinisk undervisning
- styrket trinnvis klinisk læring og modning
- økt ansvar for egen læring
- økt ansvar for hele pasienten
- økt tverrfaglig undervisning
- forbedret læringsmiljø
- forbedrede undervisningskrav
- bedre samsvar mellom tid i klinikk og kliniske krav
- forbedret tilbakemeldinger til studenter
- forbedret kommunikasjon mellom studenter og undervisere
- styrket koordinering av pasienttildeling
- økt ressursutnyttelse av pasientmasse
- forbedret pasientflyt
- forbedret tildeling av pasienter
- forbedret pasientbehandling
- organisering av klinisk undervisning i tråd med gjeldende organisasjonsstruktur
- styrket samarbeid mellom fagområder
- forbedret kommunikasjon mellom fagområder
- mindre seksjonsvis undervisning
- økt ressursutnyttelse av undervisere
- økt ressursutnyttelse av undervisningsareal

3. Generelle synspunkt på klinisk undervisning i ny studieplan

Gjennom prosessen med å arbeide frem forslag til tilpassinger av klinisk undervisning i ny studieplan, har det kommet frem aspekter som er sammenfallende og uavhengig av spesifikke problemstillinger og konkrete forslag til tiltak. I dette avsnittet beskrives disse overordnede aspektene, samt felles gevinster og ulemper. Dette er problemer som enten gjelder strukturelle og administrative forhold ved IKO, uklare ansvarslinjer knyttet til tverrfaglige emner eller manglende samsvar mellom faktisk undervisningsmengde og emnespesifikke studiepoeng.

3.1 Organisatoriske og administrative aspekter

Noe av bakgrunnen for den nye studieplanen var en svært stor arbeidsbelastning for tannlegestudentene de siste studieårene og liten tid til selvstudier, uhensiktsmessig pasientflyt, dårlig utnyttelse av pasienttilgang og arbeidskraft i studentklinikken og liten tverrfaglig interaksjon. Hovedmålsetningen med studieplanen er å redusere arbeidsbelastningen for studentene de siste studieårene, å øke faglig interaksjon og gjøre pasientbehandlingen i kliniske fag mer helhetlig med pasienten i fokus. Fra høsten 2024 er den nye studieplanen innrullert for alle tannlegestudenter ved IKO. Til tross for at studieplanen kan tilsies å være implementert, forutsetter gjennomføring i tråd med planens intensjon kontinuerlig evaluering og omstrukturering. Endringer som størrelse på studentkull, pasienttilstrømming, arbeidskraft og økonomiske rammer krever vedvarende tilpassinger for å sikre god kvalitet i undervisningen. Dette forutsetter en fleksibel og robust organisering av klinisk undervisning med et overordnet mål om å utdanne best mulig tannleger.

3.1.1 Generelle aspekter ved den organisatoriske og administrative modellen

Den organisatoriske modellen ved IKO bygger på et organisasjonsutviklingsprosjekt fra 2011. Organiseringen av seksjonsvis arbeidskraft i klinikkene reduserer oversikten over tilgjengelige menneskelige ressurser og skaper skjev arbeidsbelastning for personalet mellom seksjonene. Seksjonsvis personalansvar for kliniske lærere vurderes som en hindring for tverrfaglig klinisk undervisning og utnyttelse av arbeidskraft i klinikken. Hvis den organisatoriske modellen skal være levedyktig, bør det arbeides for økt ressursutnyttelse av personale og pasienter mellom seksjoner, samt arbeides for holdningsendring og kunnskap blant ansatte og studenter om at fagområder ikke tilsvarer en organisatorisk inndeling i seksjoner.

3.1.2 Mulige faglige gevinster og utbytte ved en mer fleksibel organisatorisk modell

- økt tverrfaglig undervisning og samhandling
- økt oversikt over klinisk undervisning
- ressurs-rasjonalisering i den kliniske undervisningen
- forbedret pasientflyt
- økt mulighet til å fordele kliniske lærere
- redusert sårbarhet ved fravær
- bedre utnyttelse av pasientmassen
- mer helhetlig pasientbehandling

3.1.3 Generelle undervisningsmessige effektiviseringsgevinster ved en mer fleksibel organisatorisk modell

Oppmuntring til samarbeid og samordning av klinisk undervisning på tvers av fagseksjoner vil øke kvaliteten på klinisk undervisning og rasjonalisere pasientbehandling. Det vil bedre speile den kliniske hverdagen som tannlegestudentene vil møte etter endt utdanning og kunne rasjonalisere og aktivisere klinisk undervisning.

3.2 Beslutningsansvar i tverrfaglig klinisk undervisning

Økt tverrfaglig behandling der studentene i større grad skal behandle hele pasienten er hovedmålsetning i ny studieplan. Pasientene sitt behandlingsbehov skal i stor grad være retningsgivende for studentenes undervisning og fagspesifikke mengdekrav skal være mindre styrende. Dette kommer blant annet til uttrykk ved innføring av totalbehandlingsklinikken og tverrfaglige emner.

3.2.1 Generelle aspekter på beslutningsansvar i tverrfaglig klinisk undervisning

Under paraplyen tverrfaglige emner eksisterer spesifikke kliniske fag med sine respektive mengdekrav. Disse kravene eies av hvert enkelt fagområdene og overstyres ikke av emneansvarlig i tverrfaglige emner. Muligheten til å utøve fagproteksjonisme er dermed en hindring for tverrfaglig klinisk undervisning. De samlede mengdekravene i tverrfaglige kliniske fag er for liten grad samstemte og kalibrerte i forhold til studentenes faktiske kliniske undervisningstid, pasientenes behandlingsbehov, og tilgang av lærerressurser og arbeidsenheter i klinikken. Det er dermed behov for å tydeliggjøre beslutningsansvaret for både kliniske krav og vurderingsgrunnlag i tverrfaglige emner. Dette vil kunne bidra til å sikre både en harmonisk vekting av delfag og sikre at kravene realistisk kan innfris for studentene innenfor tilgangen av undervisningstid og pasient- og lærerressurser.

3.2.2 Mulige faglige gevinster ved å tydeliggjøre beslutningsansvar

- styrket klinisk undervisning
- forbedret læringsmiljø
- økte diagnostiske ferdigheter
- økt aktivitet i den kliniske undervisningen
- forbedret pasientflyt
- øke ansvar for egen læring
- økt ressursutnyttelse av pasientmassen
- økt ressursutnyttelse av lærerkrefter
- økt benyttelse av kvalitative vurderinger

3.2.3 Undervisningsmessige effektiviseringsgevinster ved tydeliggjort beslutningsansvar

Kalibrerte og nedjusterte fagspesifikke emnekrav og større vekt på generiske ferdigheter og helhetlige kliniske ferdigheter vil redusere fagspesifikk vekting i tverrfaglige emner og redusere unødvendig stress hos tannlegestudentene. Det vil føre til en bedre utnyttelse av pasientmassen og i større grad lære tannlegestudentene kliniske ferdigheter hverdagen som fremtidens tannlege vil kreve.

3.3 Undervisningsvolum

Ny studieplan har som intensjon å redusere arbeidsbelastningen til studentene de siste studieårene og redusere forelesninger i tidsrommet mellom klinikkøker. Den totale arbeidsmengden avgjøres av summen timeplanfestet undervisning (klinisk undervisning, obligatoriske kliniske seminarer, forelesninger) og tid forventet brukt på egenstudier. Studiepoeng i et emne skal reflektere reell arbeidsmengde.

3.3.1 Generelle aspekter ved undervisningsvolum

Det har til nå trolig ikke lyktes å redusere arbeidsbelastningen for studentene. En av årsakene er at studiepoeng for ulike emner ikke har samsvart med volumet på timeplanfestet undervisning og forventet tidsbruk på egenstudier. Et utydelig rammeverk for arbeidsmengden et emne faktisk omfatter skaper en skjevhet mellom emner. Denne ubalansen skaper store ulikheter i arbeidsbelastning mellom emnene, noe som ikke kommer frem i emnebeskrivelser, studiepoeng eller studieplan. I tillegg kan studentene sitte igjen med en arbeidsbelastning som overstiger de forespeilede 30 studiepoeng per semester. Det er et behov for bedre definert undervisningsvolum i emnene som faktisk speiler antall studiepoeng. Se også *punkt 4.6*.

3.3.2 Mulige faglige gevinster med et rammeverk for undervisningsvolum relatert til studiepoeng

- økt helhetlig læring
- mindre overlappende undervisning
- redusert pålessing av undervisning i curriculum
- økt tverrfaglig interaksjon
- jevnere arbeidsbelastning
- mer forutsigbar undervisning

3.3.3 Undervisningsmessige effektiviseringsgevinster ved et rammeverk for undervisningsvolum relatert til studiepoeng

Definert undervisningsvolum per studiepoeng vil øke aktiviteten i klinisk undervisning, effektivisere undervisningen og skape økt tverrfaglig interaksjon. Forelesninger som går ut over klinisk undervisning vil i større grad unngås og frigjøre mer tid til klinisk undervisning, økt ansvaret for egen læring og bedre utnyttelse av undervisningspersonale.

4. Forslag til tiltak

I utredningsarbeidet kom det frem sammensatte problemstillinger som berører klinisk undervisning. Å skille reelle problemstillinger ved ny studieplan fra hva som skyldes innkjøringsproblemer og at kull 2020-2025 er ekstra stort har gjort utredningen utfordrende. Det konkluderes med at det er behov for å gjøre justeringer for å øke kvaliteten av klinisk undervisning i ny studieplan, men presiseres at kontinuerlige vurderinger og tilpassinger vil kreves. Dette forutsetter et vedvarende engasjement fra personalet og at det overordnede målet på IKO er å utdanne gode tannleger rustet for et livslangt virke.

Forslagene til tilpassinger og beslutningsmyndigheten for de ulike tiltakene ligger på ulike nivåer i organisasjonen. De fleste beslutninger husholder IKO selv og er innenfor rammene av implementert studieplan, mens enkelte forslag ligger på fakultetsnivå og må opp i Programutvalget (PU). Noen av tiltakene er på siden av mandatet da det berører teoretisk undervisning, men der teoretisk og klinisk undervisning påvirker hverandre er problemstillinger vurdert og tiltak skissert.

4.1 Tverrfaglig samarbeid om klinisk undervisning

Klinisk undervisning der studentene skal behandle hele pasienten med større ansvar for egen læring krever gradvis innøving av kliniske ferdigheter og klinisk modning. Tannlegestudentene starter med fagspesifikk klinisk undervisning 3. studieår og med tverrfaglig klinisk undervisning 4. studieår i emnet OD4KLIN. Tverrfaglig undervisning på 5. studieår skjer i OD5KLIN og bygger på kunnskapen studentene har tilegnet seg i OD4KLIN.

4.1.1 Problemstilling

Ressursfordeling

Emneansvarlig i fagspesifikke kliniske emner er knyttet til samme fagseksjon som de kliniske underviserne i emnet. Den emneansvarlige arbeider i samme seksjon som lærerne og har ofte personalansvar for disse. I tverrfaglige emner har emneansvarlig et koordinerende faglig ansvar uten å nødvendigvis ha fagspesifikt ansvar eller personalansvar. Dette innebærer at lærerressursene i tverrfaglige emner blir sårbare for interne prioriteringer og allokeringer av lærerressurser internt på seksjoner. Spesielt på seksjoner med lite i bemanning prioriteres lærerressurser i større grad i fagspesifikk undervisning. Dette har vært en utfordring i allmennklinikken i gammel studieplan og er et utfordringsbilde som fortsetter i totalbehandling. Samtidig må måltall for kliniske lærere sees i lys av studentenes ferdighetsnivå; sammenlignet med en student på 7. semester forventes det større grad av selvstendighet ved tekniske prosedyrer av en student på 10. semester.

Trinnvis tverrfaglig undervisning

Tverrfaglig og helhetlig klinisk undervisning er i ny studieplan implementert fra 7. semester, med en markert overgang fra fagspesifikk klinisk undervisning på 6. semester. Overgangen fra 3. til 4. studieår med booking av stoler har vist seg å være krevende for både studentene og kliniske undervisere. Noe skyldes et stort 4. kull (2020-2025), mens andre utfordringer skyldes administrative utfordringer. Likevel er studentenes manglende kliniske erfaring og deres behov for trygge læringsmiljø på 7. semester en reell problemstilling som ikke endres ved redusert kullstørrelse.

En annen problemstilling er at studieplanen ikke skiller mellom tverrfaglig undervisning på kull 4 og 5. Det forventes at studentene i løpet av kull 5 skal kunne ta betydelig mer ansvar for egen læring og for pasientene de behandler sammenlignet med studenter på 4. kull. De skal også da etablere et faglig samarbeid med tannpleiestudenter. Ved tverrfaglig samhandling forventes det at studentene utnytter sine kliniske økter på en rasjonell måte, spesielt på siste studieår. Det spiller ikke klinisk virkelighet når en

student på kull 5 bare kan utføre behandling i en fagdisiplin på en pasient som er til behandling en hel klinisk økt.

Det har også vært utfordrende å få studenter til å hospitere på spesialistklinikken, noe som har gjort det vanskelig å få assistanse under kirurgiske prosedyrer for spesialistkandidater. Å basere kirurgiassistanse på avbud i studentklinikken gir ikke forutsigbarhet. Manglende kommunikasjon mellom spesialistklinikken og studentklinikken om undervisningsfrie perioder for studenter og aktivitet på spesialistklinikken underbygger problemstillingen.

Det er ikke tydelig kommunisert at stoler tilgjengelig for booking for kull 4 og 5 på Klinikk for Oral kirurgi og oral medisin.

Pasientflyt

Som følge av begrensede lærerressurser blir stoler blokkert. I tillegg gjør fagspesifikke mengdekrav at studentene selekterer pasienter med spesifikke problemstillinger. I sum gjør dette at bookingen ikke fungerer etter intensjon uavhengig av tekniske utfordringer. Flaskehalser oppstår i klinikken og skaper ventelister på seksjoner der pasienter har diagnoser og behandlingsbehov som ikke studentene prioriterer, samtidig som andre seksjoner mangler egnede pasienter til studentene. Dette medfører en utfasing av helhetlig behandlingsforløp for totalbehandlingspasienter. Når faglærere heller ikke har muligheter til å godkjenne enklere prosedyrer som allmenntannleger skal beherske, reduseres aktiviteten i klinikken og pasienter kan havne på unødvendige ventelister.

I ny studieplan skal studentene selv undersøke pasienter for å øke diagnostiske ferdigheter og for å redusere fagsilo tenkning. Behandlingsbehovet til pasientene på IKO varierer i vanskelighetsgrad og mange pasienter har behandlingsbehov med kompliserte faglige problemstillinger. Det er manglende samsvar mellom behandlingsbehovet til pasientene som blir undersøkt av studenter på Oral diagnostikk og studentenes sitt læringsbehov og ferdighetsnivå.

4.1.2 Tiltak

Ressursfordelinger

Det foreslås en forhåndsdefinert brøk som fordeler tilgjengelige stoler/undervisere inn i emner basert på antall studenter som skal ha undervisning. Slik vil tilgang på lærere og stoler bli mer rettferdig fordelt mellom emner og studentkull. Et eksempel: Høsten 2024 er det totalt 36 studenter på kull 4 og 54 studenter på kull 5. Formiddagen skal tre grupper ha OD4KLIN og en gruppe ha OD5KLIN; vil si at 27 studenter i OD4KLIN 4 og 14 studenter i OD5KLIN skal booke stoler. Kull 4 studentene utgjør 66 % (27 av 41 studenter) og kull 5 34% av totalt antall studenter som skal kunne booke. Da skal fagområdet ha 56% av stolene allokert til OD4KLIN og 34% av stolene allokert til OD5KLIN. Tilsvarende bør fordelingen av kliniske undervisere være på hver seksjon, med forbehold om at lavere kull gjerne vil kunne trenge høyere lærertetthet enn viderekomne kull. En slik fordeling vil sikre at undervisningen i tverrfaglige emner i mindre grad avhenger av kullstørrelse og fluktuasjoner i lærerbemanning, samt at allokering av undervisere til fagspesifikk undervisning ikke går på bekostning av klinisk undervisning på eldre kull.

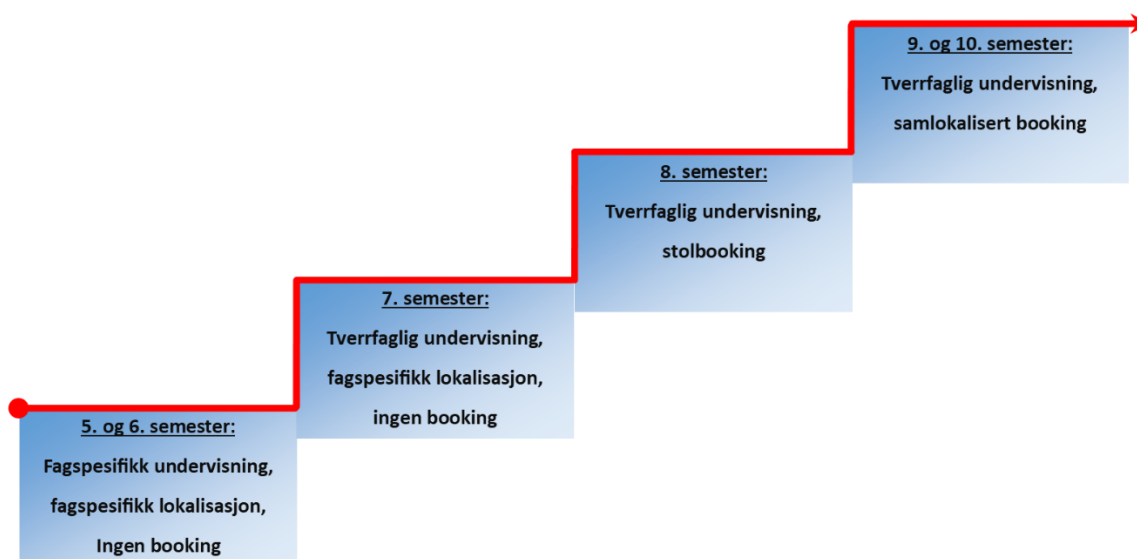
Hvis tilgang på kliniske undervisere, pasienter og antall stoler begrenser tverrfaglig undervisning i OD4KLIN og OD5KLIN, må dyadeundervisning etableres i fagspesifikke emner (Tabell 1). Hver seksjon må utarbeide sine egne kliniske rutiner for dyade undervisning og iverksette dem når antall studenter og antall undervisere krever denne undervisningsformen. Det samme hvis tilgang på pasienter begrenser undervisningen både i fagspesifikke og tverrfaglige emner. Se også *punkt 4.2.2*.

Trinnvis tverrfaglig undervisning

På 7. semester foreslås et overgangssemester uten stolbooking der kliniske økter i OD4KLIN skjer gruppevis på definerte fagområder. Der skal studentene behandle både nye totalbehandlingspasienter og fortsette med resterende behandling fagspesifikke pasienter fra 5. semester. Se også 4.2.2.

Målet med ny studieplan er bedre utnyttelse av både kliniske veiledere og pasientmasse, samt at studentene i større grad skal ta ansvar for egen læring. Det må defineres kliniske prosedyrer som skal kunne godkjennes av lærerkorpset (alle er tannleger) i sin helhet for å rasjonalisere klinisk undervisning og pasientbehandling. Dette er spesielt aktuelt ved gingivitt og milde former for periodontitt. Kariologi og protetikk må definere et samarbeid om klinisk veiledning og kliniske krav basert på rasjonelle faglige vurderinger.

Om booking og klinisk veiledning skal skje på fagspesifikke klinikker eller samlokalisert på definerte OD5KLIN-arealer med tilknyttede faglærere er ikke definert i ny studieplan. Utdanning av tannleger som i økt grad behandler hele pasienten er et overordnet mål. Det kan derfor være fornuftig å etablere en læringsstige som inkluderer samlokalisasjon på 5. studieår for å gi økt tverrfaglig samhandling, pasientflyt og utnyttelsen av lærerkrefter. Dette forutsetter kalibrerte kliniske undervisere, tilgjengelig areal, og et funksjonelt calling system. Samarbeidet med tannpleierstudentene skal også videreføres og styrkes i OD5KLIN. Dette samarbeidet må videreføres i planleggingen av ny studieplan for tannpleierstudiet.



Figur 1. Organisering av tverrfaglig klinisk undervisning for tannlegestudenter 7.-10. semester for gradvis å styrke tverrfaglig undervisning, helhetlig pasientbehandling og klinisk modning

I dag er kun assistanse under kirurgi på spesialistklinikken definert som læringsaktivitet i OD4KLIN og OD5KLIN. Å observere og assistere annen klinisk aktivitet på spesialistklinikken tilfører studentene også viktige generiske ferdigheter. Hospitering foreslås derfor som en overordnet læringsaktivitet i OD4KLIN og OD5KLIN. Dette må da inn i emnebeskrivelsene. Da må booking av kirurgiassistanse og hospitering på spesialistklinikken etableres. Det må også avklares om hospitering er noe som studentene forventes å gjøre på disponible eller rulling på økter de er satt opp med klinikk.

Det må formidles tydelig at stoler er reservert for booking og pasientbehandling i OD4KLIN og OD5KLIN på Klinik for Oral kirurgi og oral medisin slik at dette når ut til studenter og personale.

Pasientflyt

Det er nødvendig å styrke faglig og administrativ koordineringen av pasienter fra diagnostikk og inn i klinikkene, både til fagspesifikk undervisning og til totalbehandling. Pasientenes behandlingsbehov skal harmonere med studentenes kliniske ferdigheter og deres læringsbehov. Studentene skal ikke kunne sette pasienter opp til seg selv og bør ikke lenger ha mulighet til å kunne overføre pasienter seg imellom. Dette for å kvalitetssikre klinisk undervisning og pasientbehandling, for å unngå uheldig pasientsелеleksjon og for å redusere konkurranse mellom studenter. Det vurderes ikke som en ulempe at studentene undersøker pasienter på diagnostikk som de selv ikke får behandlet i totalbehandling fordi flere kliniske undersøkelser gir økt undersøkelses- og pasienterfaring. Ved oppstart 7. semester er det likevel naturlig at studentene får tildelt et visst antall av pasientene som de selv har undersøkt på Oral diagnostikk for å få tilstrekkelig pasientgrunnlag til å starte opp med totalbehandling.

En tannhelsesekretær som fungerer som en koordinerende administrator mellom diagnostikk og totalbehandling vil kunne fungere som et bindeledd mellom Oral diagnostikk og klinikken i 2. etasje. Det er naturlig å etablere samarbeid om pasientlogistikk mellom denne tannhelsesekretæren og seksjonstannhelsesekretærene. Et slikt samarbeid vil styrke pasientflyt og klinisk undervisning. Likevel presiseres det at distribusjon og tildeling av pasienter krever grundige faglige vurderinger. I pasientenes statusfelt må diagnoser og vanskelighetsgrad være klart definert for kunne tilpasse klinisk undervisning og pasientbehandling. Statuslinjene skal være styrende for tildeling av pasienter og må være kvalitetssikret av fagpersoner. Fordi pasientbehandling i prinsippet skal foregå gjennom tverrfaglig behandling er det naturlig å få på plass en tverrfaglig overtannlege som sammen med tannhelsesekretærer, Oral diagnostikk og overtannlege på fagseksjonene skal ivareta tverrfaglig samhandling og pasientflyt i OD4KLIN og OD5KLIN.

Økt myndighet for kliniske lærere til å gjøre godkjenninger utover tilhørende fagseksjon vil også kunne redusere ventelister og effektivisere pasientbehandling. Som nevnt,

forutsetter dette avklarte rammer for beslutningstaking og et arbeid med økt kalibrering av kliniske undervisere.

4.1.3 Faglige gevinster og utbytte

- økt forutsigbarhet i klinisk undervisning
- styrket trinnvis klinisk læring og modning
- styrket tverrfaglig undervisning
- styrket samhandling mellom fagområder
- forbedret læringsmiljø
- forbedret kommunikasjon mellom fagområder
- forbedret pasientflyt
- styrket koordinering av pasienttildeling
- økt vektning av kvalitative ferdigheter
- økt forutsigbarhet i klinisk undervisning
- styrket trinnvis klinisk læring og modning
- økt ansvar for egen læring
- økt ansvar for hele pasienten
- økt tverrfaglig undervisning
- forbedret kommunikasjon mellom studenter og undervisere
- økt ressursutnyttelse av pasientmasse
- økt ressursutnyttelse av undervisere
- økt ressursutnyttelse av undervisningsareal

4.1.4 Mulige ulemper

- redusert kalibrering av undervisere
- redusert teknisk øvelse for kull 3
- utfordringer ved samhandling og samarbeid

4.1.5 Beslutningsnivå

IKO.

4.2 Emnespesifikke problemstillinger med tiltak i timeplan (TP)

I utredningsarbeidet kom det frem ulike problemstillinger for spesifikke emner. Enkelte av problemstillingene er konkrete, mens andre er deler av et mer komplekst utfordringsbilde. Fellesnevneren for problemstillingene i dette avsnittet er at samtlige tiltak involverer TP.

4.2.1 Problemstilling

OD3KJEVE

Det pedagogiske utbyttet av forelesingene oppfattes som redusert fordi ferdighetskurset kommer etter forelesningene.

OD4KJEVE

Emnet går over 6. og 7. semester der fire uker klinikk ligger i uke 19-22 på 6. semester. Dette er en periode med stort undervisningstrykk på klinikken og begrenset mulighet til å

ha pasientbehandling og klinisk veiledning. Å spre klinisk undervisning med et avbrekk på fire måneder skaper også lite kontinuitet i klinisk undervisning for studentene.

OD4TEMA og OSKE

Implantaveko er en del av OD4TEMA og er lagt til uken før eksamen i OD4TEMA. OSKE er plassert uken etter OD4TEMA. I sum gjør dette at studentene får liten tid til å fordøye pensum og til egenstudier. Det var relativt få studenter som møtte på Implantatveko fordi de prioriterte å lese til eksamen.

OD4KLIN

Overgangen fra fagspesifikk klinisk undervisning på 6. semester til totalbehandling og booking på 7. semester oppleves brå for studentene. De strever med å innøve seg tekniske ferdigheter i ulike fag og i enkelte fagområder har de enda ikke hatt klinisk undervisning. Studentene har behov for tryggere kliniske rammer inn i totalbehandlingen og har behov for stabil veiledning og vurdering underveis. Også undervisere opplever manglende mulighet til å vurdere studentenes faglige nivå. Oppfølging av fagspesifikke pasienter fra 6. semester inn i 7. semester kan også glippe i overgangen til totalbehandling 7. semester.

OD5KLIN

I TP er det 9. semester tre grupper som skal ha OD5KLIN formiddagen. Dette er det ikke kapasitet til i klinikken verken når det gjelder undervisere eller stoler. Det er totalt 54 studenter på kullet og en gruppe består av 13/14 studenter.

4.2.2 Tiltak

OD3KJEVE

Flytte ferdighetskurset noe tidligere i semesteret for at studentene skal få mer utbytte av forelesninger og bedre forberedelse til klinikken på 4. året.

OD4KJEVE

Flytte de fire ukene med klinisk undervisning fra 6. til 7. semester ved at studentene starter fire uker tidligere med klinikk.

OSKE og OD4TEMA

Det foreslås å flytte Implantatveko til mars og eksamen i OD4TEMA til medio mai. Emnebeskrivelsen i OD4TEMA bør revideres med presisering av at deler er undervisningen er kliniske seminarer med obligatorisk fremmøte.

OD4KLIN

Det foreslås at stolbooking først starter 8. semester og at gruppevis fagspesifikk undervisning foregår 7. semester uten booking av stoler. Dette innebærer mandag til torsdag at to grupper har protetikk på formiddagene og to grupper har kariologi, en endodonti og en gruppe periodonti på ettermiddagene. Dette forutsetter at det er tilstrekkelig tilgang på pasienter innen de ulike fagområdene.

OD5KLIN

Siden 10. semester er programfestet og ikke timeplanfestet blir ikke konkrete tilpassinger foreslått for dette semesteret. For 9. semester foreslås at en gruppe kull 5 studenter booker stoler formiddag og en gruppe ettermiddag mandag-torsdag. Det vil si at hver student får en disponibel økt hver uke og to disponible økter annenhver uke. Ved å gjennomføre dyadeundervisning for kull 3 vil det gi fleksibilitet til å ivareta et stort kull 5 i OD5KLIN ved fristilling av lærekrefter og stoler (Tabell 1). Det vil også øke mulighetene til å håndtere ulike størrelse på kull og kandidater i kvalifiseringsprogrammet, samt å kunne tilby ekstraundervisning for studenter på kull 4

og 5. Muligheten for å booke hospitering på spesialistklinikken for kull 4 og 5 vil også kunne redusere antall studenter i klinikken. Å utføre dette på disponible økter for studenter på kull 5 kan være en mulighet hvis hospiteringen ikke skal gå utover egen pasientbehandling.

4.2.3 Faglige gevinster og utbytte

- økt forutsigbarhet i klinisk undervisning
- styrket trinnvis klinisk læring og modning
- økt ansvar for egen læring
- forbedret læringsmiljø
- økt samsvar mellom tid i klinikk og kliniske krav
- forbedret ressursutnyttelse av pasientmasse
- økt ressursutnyttelse av undervisere
- økt ressursutnyttelse av undervisningsareal

4.2.4 Mulige ulemper

- redusert teknisk øvelse for kull 3

4.2.5 Beslutningsmyndighet

IKO og PU.

Tabell 1. Eksempelet som viser stolkapasitet på studentklinikken i 2. etasje uten (A) og med (B) dyadeundervisning for kull 3 formiddagsøkt høsten 2024

A) Kapasitet i klinikken uten dyadeundervisning for kull 3

	Antall lærere	Antall stoler	Antall studenter kull 3	Antall studenter kull 4	Antall studenter kull 5	Antall kandidater kvalifisering
Formiddag						
Periodonti	3	14	12	0	0	
Endodonti	1	14	0	0	6	
Kariologi	5	44	24	0	0	
Protetikk	4		0	18	2	
Ettermiddag						
Periodonti	3	14	0	9	3	
Endodonti	2	14	0	9	3	
Kariologi	5	44	0	18	4	
Protetikk	1		0	0	6	

*Antall studenter er basert på kullstørrelser høsten 2024

*Antallet lærere er basert på seksjonenes bemanning, men vil kunne variere noe

* En gruppe på kull 5 er 14 studenter, en gruppe på kull 4 er 9 studenter, en gruppe på kull 3 er 12 studenter

B) Kapasitet i klinikken med dyadeundervisning for kull 3

	Antall lærere	Antall stoler	Antall studenter kull 3	Antall studenter kull 4	Antall studenter kull 5	Antall kandidater kvalifisering
Formiddag						

Periodonti	3	14	Dyade (2 x 6 stud)	0	6	
Endodonti	1	14	0	0	6	
Kariologi	5	44	Delvis dyade (12 + 2 x 6)	0	6	
Protetikk	4		0	18	2	
Ettermiddag						
Periodonti	3	14	0	9	3	
Endodonti	2	12	0	9	3	
Kariologi	5	38	0	18	4	
Protetikk	1		0	0	6	

*Antall studenter er basert på kullstørrelser høsten 2024

*Antallet lærere er basert på seksjonenes bemanning, men vil kunne variere noe

* En gruppe på kull 5 er 14 studenter, en gruppe på kull 4 er 9 studenter, en gruppe på kull 3 er 12 studenter

4.3 Teknisk og administrativt

Det mangler oppdaterte tekniske og administrative verktøy for at ny studieplan skal gjennomføres etter intensjon.

4.3.1 Problemstilling

Pasientjournalen (Opus) er ikke et undervisningsverktøy, men pasienten sin journal. Dette skaper flere utfordringer på IKO. Når totalbehandlingspasientene undersøkes og behandlingsplan gjøres ved flere fagområder i studentklinikken er det utfordrende å koordinere en helhetlig behandling i OPUS. Totalbehandling kan derfor fort bli oppstykket og det er lett å miste tråden i pasientforløpet. Omleggingen til totalbehandling med en felles journal og manglende epikriseflyt mellom klinikkene har også vært problematisk. Der henvisninger er påkrevd utløser dette epikriser. Disse kan bli liggende i pasientens journal og for pasienter med behov for oppfølging er dette ansvaret ofte uklart.

Bookingsystemet er et verktøy for at studenter skal få arbeidsstasjoner (stol) på klinikker der totalbehandlingspasientene har sitt behandlingsbehov; det vil si på klinikkarealet der kliniske veiledere og relevant utstyr fysisk befinner seg. Systemet har gjort det vanskelig å få oversikt over hvor den enkelte student befinner seg og ført til at studenter forhåndsreserverer stoler på enkelte klinikker i lang tid fremover og dermed blokkerer for medstudenter.

Calling-systemet på IKO er utdatert og upraktisk. Det er låst til spesifikke stoler på spesifikke klinikker og reduserer tverrfaglig samhandling mellom fagområder.

Digital læringsmappe mangler.

4.3.2 Tiltak

Oppbyggingen av pasientjournalen Opus er i seg selv et hinder for totalbehandling og for tverrfaglig undervisning fordi Opus ikke er utarbeidet med tanke på undervisning. På tidligere allmenn var det en papirjournal som fungerte som en kladd og et

planleggingsverktøy for studentene. Denne papirjournalen hadde sine fordeler, men er utdatert grunnet GDPR og hygieniske forhold. Istedenfor må det arbeides for en felles konsensus rundt valg av journalverktøy og et rammeverk som gjør at godkjenninger av diagnoser, behandlingsplaner og avleveringer kan bli bedre koordinert for totalbehandlingspasienter. I en overgangsperiode kan det vurderes å benytte en papirjournal som et pedagogisk verktøy ved behandlingsplanlegging og for å styrke tverrfaglig interaksjon. Denne må i så fall skannes i Opus før oppstart av behandling. Det må også arbeides videre med *bookingsystemet* og med statuslinjene til pasientene for å øke oversikten over både hvor studenter befinner seg, ventelister og behandlingsbehovet til pasientene. Funksjonen «Videreføring av pasienter» der totalbehandlingspasienter kan videreføres til andre studenter eller fagområder er etablert, men bør evalueres etter noe tid. Oral diagnostikk har også laget en egen prosedyre for epikriser til Totalbehandling som kan benyttes når det er uklart hvem som skal følge opp pasienten. Dette er basert på e-post med journalnummer der Overtannlegen på Oral Diagnostikk ser igjennom epikrisene og påser at pasienten blir fulgt opp av fagseksjon/student/kandidat. Denne ordningen bør vurderes videreutviklet.

Eksisterende *calling-system* er utdatert. Et nytt system er nødvendig for å kunne utnytte kliniske lærere og å arbeide mer tverrfaglig i klinikkene i 2. etasje. Et system utviklet for behov for klinisk veiledning uavhengig av klinikkareal vil kunne stimulere tverrfaglig undervisning og interaksjon blant kliniske undervisere. Det vil gi studentene bedre mulighet til å få veiledningen de trenger, effektivisere kliniske økter og kvalitetssikre pasientbehandling. Det vil også kunne gjøre samlokalisering enklere, rasjonalisere bruken av lærerkrefter og gi bedre utnyttelse av arealer.

Digital læringsmappe må anskaffes (se 4.4).

4.3.3 Faglige gevinster og utbytte

- styrket kommunikasjon mellom studenter og undervisere
- styrket tverrfaglig undervisning
- forbedret læringsmiljø
- økt tverrfaglig undervisning
- økt forutsigbarhet i klinisk undervisning
- økt ansvar for egen læring
- økt ansvar for hele pasienten
- forbedret ressursutnyttelse av pasientmasse
- forbedret pasientflyt
- forbedret pasientbehandling
- styrket klinisk samarbeid mellom fagområder
- forbedret kommunikasjon mellom fagområder
- økt ressursutnyttelse av undervisere
- økt ressursutnyttelse av undervisningsareal
- forbedret undervisningskrav
- økt oversikt over studentenes kliniske ferdigheter

4.3.4 Mulige ulemper

- redusert innslag av tverrfaglig samhandling 7. semester

4.3.5 Beslutningsnivå

IKO og PU.

4.4 Vurdering av studenter

Den nye studieplanen forutsetter at digitale læringsmapper er på plass. Videre baserer studieplanen seg på nåværende organisasjonsmodell for IKO med organisering av TEAM bestående av en gruppelærer(tannlege) og en tannhelsesekretær. Ved organisering av OD4KLIN skal hvert TEAM holde seg orientert studentenes progresjon og studentflyt. Studentene skal selv være ansvarlige for å få oppfylt sine kvalitative og kvantitative normkrav, men kan få hjelp av sitt TEAM til å få nødvendige kasus. Faglige diskusjoner skal tas med fagpersoner på gjeldende seksjon. Studentene skal ha underveisvurderinger i kliniske fag. Kalibrerte og nedjusterte fagspesifikke emnekrav og større vekt på generiske ferdigheter og helhetlige kliniske ferdigheter ligger som en forutsetning i ny studieplan (se også 3.2).

4.4.1 Problemstilling

Ved omlegging til booking blir flere veiledere involvert i den enkelte student sin kliniske undervisning. Lærerne får ikke lenger samme inngående kjennskap til studentenes kunnskaps- og ferdighetsnivå som ved undervisning i faste grupper. Når flere fagområder og flere kliniske veiledere er involvert i undervisningen er det avgjørende å ha verktøy som sørger for oversikt over faglig nivå i ulike deler av faget, noe som gjelder for både studenter og for undervisere. At en digital læringsmappe ikke er på plass vurderes som et stort hinder for klinisk undervisning og for vurderingen av studenter.

Det har i OD4KLIN til nå ikke blitt etablert TEAM som skal holde seg orientert om studentenes progresjon og ferdighetsnivå på tvers av fagområder, samt bistå med tildeling av pasienter. Studentene blir derimot fulgt opp av hvert fagområde tilsvarende gammel studieplan organisert fagspesifikke emner. I sum skaper dette et oppstykket vurderingsgrunnlag der vurderinger av studenter i for stor grad er basert på fagspesifikke mengdekrav og redusert oversikt over studentenes helhetlige læringsbehov.

4.4.2 Tiltak

Med økt grad av samhandling mellom fag og seksjoner er det nødvendig å få på plass digitale læringsmapper til studentene. Det er en forutsetning for å lykkes med tverrfaglig undervisning og avgjørende for å vurdere læringsnivå og sikre progresjon i hvert enkelt fag og i tverrfaglige emner. Det vil også være et pedagogisk verktøy som gir studenten mulighet til å ta større ansvar for egen læring.

Det må etableres TEAM som består av en lærer (tannlege) og en tannhelsesekretær i både OD4KLIN og OD5KLIN. For disse emnene kan en koordinerende tannhelsesekretær og en koordinerende overtannlege være ressurser for tildeling av pasienter og for å sikre progresjon.

Det bør lages samstemte maler for underveisvurderinger og hvordan disse benyttes for fagområdene som utgjøres av tverrfaglige kliniske emner.

Tid for vurderinger bør ligge fast i TP og kommuniseres til studentene ved oppstart av hvert semester.

Når det gjelder krav vises til punkt 2.2. Det foreslås en harmonisering av fagspesifikke krav og styrking av kvalitativt vurderinger i OD4KLIN og OD5KLIN. Begrepet absolutte mengdekrav bør fjernes og erstattes med normkrav. Betydningen av dette må forstås og kommuniseres tydelig til både undervisere og studenter.

4.4.3 Faglige gevinster og utbytte

- økt oversikt over studentenes kliniske ferdigheter
- økt forutsigbarhet i klinisk undervisning
- styrket kommunikasjon mellom studenter og undervisere
- økt ansvar for egen læring
- forbedret læringsmiljø
- forbedrede undervisningskrav
- økt samsvar mellom tid i klinikk og kliniske krav
- forbedret kommunikasjon til studenter om forventet klinisk læringsnivå
- forbedret tilbakemeldinger til studenter
- forbedret kommunikasjon mellom studenter og undervisere
- organisering av klinisk undervisning i tråd med gjeldende organisasjonsstruktur
- styrket klinisk samarbeid mellom fagområder
- forbedret kommunikasjon mellom fagområder
- mindre seksjonsvis undervisning

4.4.4 Mulige ulemper

- økt arbeidsmengde for personalet som inngår i TEAM

4.4.5 Beslutningsmyndighet

IKO og PU.

4.5 Obligatorisk klinisk undervisning

All klinisk undervisning på IKO er obligatorisk. I tillegg er det obligatorisk oppmøte på kliniske seminarer. Forelesninger er ikke obligatoriske.

4.5.1 Problemstilling

Det er ulikheter mellom klinikker og fagseksjoner på regler for fravær, hvordan fraværgrenser formidles til studentene og hvordan fravær registreres. Ved innføring av klinisk undervisning i OD4KLIN ble det kommunisert til studentene at klinisk undervisning var obligatorisk, men at fravær ikke ville bli registrert. Kongstanken var at det var studentenes kunnskaps- og ferdighetsnivå skulle bli vurdert og at enkelte studenter krever mer klinisk mengdetrening for å nå forsvarlig ferdighetsnivå

sammenlignet med andre og for å gi studentene økt ansvar for egen læring og noe mulighet til å styre sin egen studiehverdag i en tettpakket timeplan. Dette resulterte i at det ble mindre kontroll på hvor studentene befant seg til enhver tid og at studenter uteble fra undervisning hvis de bare fikk tildelt pasienter på fagområder der mengdekravene var innfridd eller hvis pasienter ikke møtte. Det ga også utfordringer for behandling av akuttpasienter.

Ved å definere undervisning som kliniske seminarer blir automatisk undervisningen obligatorisk. Kliniske seminarer skal ligge tett opp til klinisk pasientbehandling, men det er uklare kriterier for hva som er kliniske seminarer og hvordan disse skiller seg fra forelesninger. Ved å definere undervisning som kliniske seminarer påtvinges studentene fremmøte i undervisningssituasjon. Dette kan gå ut over klinisk undervisning, økt undervisningsbyrde for både studenter og undervisere, redusert tid til egenstudier og redusert ansvar for egen læring for studentene. Motsatt er også være tilfelle, at forelesninger burde vært definert som obligatorisk for å sikre læring før klinisk undervisning.

4.5.2 Tiltak

Det bør registreres fravær i alle klinikker og håndtering og kommunikasjon rundt fravær må være samstemt mellom kliniske fag. Fraværsregler og fraværsgrenser må være kommunisert til studentene ved starten av hvert semester. Det gjøres i dag et arbeid på tannpleierstudiet med å gjennomgå fraværsregler og dette arbeidet bør videreføres til tannlegestudiet.

Obligatorisk undervisning må tydeliggjøres og koordineres mellom fag. All undervisning uavhengig om det er definert som klinikk, kliniske seminarer og forelesninger må synliggjøres. Transparens i undervisningen og i undervisningsformene som benyttes er nødvendig for å kunne tilpasse og forbedre undervisningen i sin helhet. Hvilken undervisning som skal kunne defineres som kliniske seminarer må avklares (se også punkt 4.6)

4.5.3 Faglige gevinster og utbytte

- økt forutsigbarhet i klinisk undervisning
- forbundet læringsmiljø
- styrket kommunikasjon mellom studenter og undervisere
- styrket koordinering av pasienttildeling
- forbedret ressursutnyttelse av pasientmasse
- forbedret kommunikasjon mellom fagområder
- økt ansvar for egen læring
- forbedret kommunikasjon mellom fagområder
- mindre seksjonsvis undervisning
- økt ressursutnyttelse av undervisere

4.5.4 Mulige ulemper

- redusert mulighet for studentene å styre egen studiehverdag
- redusert frihet til å organisere undervisning for undervisere

4.5.5 Beslutningsmyndighet

IKO og PU.

4.6 Teoretisk undervisning

Teoretisk undervisning og klinisk undervisning henger sammen. I ny studieplan kommer teoretisk undervisning i kliniske fag tidligere i studieløpet slik at studentene skal ha mer teoretisk kunnskap når de behandler av pasienter. Teoretisk undervisning skal også i stor grad skje sammenhengende i blokker og temabasert undervisning. Dette for å unngå forelesninger i mellomøkten, for å øke tverrfaglig undervisning og for å redusere dobbeltundervisning. Større grad av studentaktiv undervisning er en forutsetning denne type organiseringen av teoretisk undervisning og bygger på kunnskapen om på at lange monologbaserte forelesninger gir dårlig læringsutbytte.

4.6.1 Problemstilling

Undervisningsbyrden for tannlegestudenter er fremdeles svært stor og ny studieplan skulle redusere dette. Hovedproblemstillingen er at undervisningsvolumet i emner ikke er definert og total arbeidsmengde uklar. Enkeltemner tar uforholdsmessig mye av studentenes tid og kapasitet, noe som går ut over læringsutbyttet i andre emner. Både studenter og undervisere ved IKO opplever dette som et problem. Se også *punkt 3.3*.

Teoretisk undervisning i enkelte emner går i stor grad utover klinisk undervisning i OD4KLIN. Det medfører redusert klinisk undervisning og dårlig utnyttelse av kliniske undervisere og pasientmasse. I sum har 13 blokker av OD4KOS forelesningene blitt lagt i klinikktiden til OD4KLIN, 3 av OD5SAMF og 4 av OD4TEMA. Dette har medført en reduksjon på totalt 20 kliniske økter i OD4KLIN. Hvordan blokkundervisning påvirker klinisk undervisning i OD5KLIN er ikke vurdert.

Det er i hovedsak fredager som skal være dagen til blokkundervisning og egenstudier for kull 3 og 4. For disse kullene foregår det ikke klinisk undervisning denne dagen fordi hele kull 5 da har klinisk undervisning i OD5KLIN. Det registreres redusert oppmøte på forelesninger og spesielt på fredagene som den allokerte dagen for teoretisk undervisning uten obligatorisk oppmøte. Hvordan undervisere benytter seg av aktiv undervisning i blokkundervisning er utenfor mandatet, men når teoretisk undervisning i stor grad synes å gå ut over klinisk undervisning er det relevant å stille spørsmål ved undervisningsformer og forventet læringsutbytte.

Tilgang på undervisere i tiltenkt tid i TP er vanskelig fordi mange arbeider deltid eller er opptatt med klinisk veiledning. Dette fører til at intensjonen om blokkundervisning ikke følges og at forelesninger heller settes opp i mellomøktene. På 7. semester var 22 forelesninger lagt til mellomøkten, men halvparten (11) av disse var OD4DIAGNOS under temaukene før oppstart med klinisk undervisning for kull 4. På 8. semester var 14 forelesninger lagt til mellomøkten (11 fra KOS). Vi har ikke oversikt over denne problemstillingen for kull 3, men ved opptelling i TP høsten 2024 (09.07.2024) er totalt 18 forelesninger satt opp i mellomøktene på 5. semester. Forelesninger i mellomøkten skulle vært avviklet. Om forelesninger i mellomøkten skyldes økt antall forelesninger i

forhold til tiltenkt forelesningstid eller en nedfasing av blokkundervisning er ikke klart. Trolig skyldes det en kombinasjon.

4.6.2 Tiltak

Det må lages føringer for volumet av klinisk og teoretisk undervisning som ligger i hvert emne. For hvert emne må det tydeliggjøres hvor stor del av denne undervisningen som utgjør klinisk undervisning, kliniske seminarer, forelesninger (både fysiske og digitale) og tid til egenstudier (forberedelser til quiz, test, kasus og eksamen). Dette må komme frem i emnebeskrivelsene.

Forelesningsblokker i enkeltemner bør ikke gå ut over klinisk undervisning i andre fag. For KOS må den teoretiske undervisningen i emnet legges til kliniske økter i eget fag og ikke i andre fagområders kliniske undervisning. Det innebærer at KOS selv husholder egen undervisning og at vekting de gjør mellom klinisk og teoretisk bare berører egen undervisning og ikke får konsekvenser for klinisk undervisning i andre emner.

Forelesninger i mellomøkten vil gå ut over klinisk undervisning fordi studentene blir mer slitne, får liten tid til lunsj og kommer sent til klinisk undervisning. Det er trolig en undervisningsgevinst at noen forelesninger kan foregå i mellomøktene (for eksempel en per uke, men da på ulike dager), men undervisere skal ikke selv ha mulighet til å fylle opp med forelesninger når det er ledig i timeplanen. Det må avklares i hvilken grad forelesninger skal foregå i mellomøktene, varighet på forelesningene og det må lages en rettferdig fordelingsnøkkel mellom emner for disponering av mellomøkter. Hvis forelesninger flyttes, må de byttes eller gjøres digitale. Mellomøktene skal ikke være en tilgjengelig buffersone.

Det bør vurderes om fredagen er den beste dagen til egenstudier og blokkundervisning på kull 3 og 4. Å bryte uken med onsdag til egenstudier og blokkundervisning kan være gunstig for å øke tilstedeværelse på forelesninger og for å gi studentene et avbrekk midt i uken under studieårene de rapporterer om størst arbeidsbelastning. For kull 5 innebærer det at onsdag allokeres til OD5KLIN for hele kullet. Dette er noe IKO kan vurdere i en langtidsplan med tanke på tilgang av kliniske veiledere og i samarbeid med planlegging av ny studieplan for tannpleierstudiet.

4.6.3 Faglige gevinster og utbytte

- økt forutsigbarhet i klinisk undervisning
- styrket kommunikasjon mellom studenter og undervisere
- økt samsvar mellom tid i klinikk og kliniske krav
- forbedret kommunikasjon mellom studenter og undervisere
- forbedret læringsmiljø
- forbedret ressursutnyttelse av pasientmasse
- styrket klinisk samarbeid mellom fagområder
- forbedret kommunikasjon mellom fagområder
- bedre ressursutnyttelse av kliniske undervisere

4.6.4 Mulige ulemper

- redusert fagspesifikk undervisning
- redusert fleksibilitet til teoretisk undervisning

4.6.6 Beslutningsmyndighet

IKO og PU.

5. Vedlegg

Tabellen viser et sammendrag av informasjon som ble hentet inn gjennom intervjuer og situasjonsanalyser. Totalt ble det gjennomført 22 intervjuer av enkeltpersoner og grupper av ansatte og studenter på IKO. Situasjonsanalyse ble sendt på mail til studenter og ansatte.

Pedagogikk	Vurdering	Tverrfaglig	Organisering	Pasientflyt
Opus fungerer som pasientjournal, men ikke som pedagogisk verktøy.	Etterlyser gruppelærerordning, mentorordning eller tilsvarende. Bør ha noen med «paraplyblikket».	Tanken bak studieplanen var at pasientene sitt behandlingsbehov skulle være styrende. Se hele pasienten. Mer likt som i arbeidslivet.	Bør vente et år før en trekker konklusjoner. Mindre kull 4. Da får en også testet studieplanen på 5.kull.	Planen var at en lærar og en tannhelsesekretær skulle ha ansvaret for hver enkelt pasient.
Nytt journalopptak per seksjon er unødvendig bruk av tid.	MODO kan være et nyttig vurderingsverktøy.	Vanskelig med full tverrfaglig tilnærming når protetikkbemanningen er knyttet opp mot øvingssenteret.	Diagnostikk mangler kompetanse for full behandlingsplanlegging. Har ikke helt funnet sin form enda.	Booking-systemet fungerer når ikke kullet er for stort.
Bør digitale skannere integreres mer i undervisningen?	Ønske om faste dager med faste lærere og faste studenter.	Viktig med fokus på pasientbehandling og gode faglige vurderinger uavhengig av krav.	Teoretisk undervisning stjeler mye klinikk tid fra OD4KLIN.	Uheldig at en ikke vet hvor studentene er til en hver tid. Vanskelig å gi nye timer til pasienter ved endring av timer.
Må finne balansen mellom pasienten sitt behandlingsbehov og studentene sitt læringsbehov.	Bør skille mellom enkle og mer omfattende avleveringer.	Behov for mer kommunikasjon på tvers av fagseksjonene.	Det tas til orde for gjeninnføring av forelesinger i mellomøkten, men bare 30 min.	Ønske om en egen gruppe med pasientkoordinatorer (seksjonstannhelsesekretærene?).
Studentene ønsker at klinikk tid blir prioritert fremfor teoretisk undervisning.	Studentene synes det er for mye fokus på krav.	Studentene ønsker flere fagseksjoner representert i samme økt og på samme klinikk område.	Det jobbes med å finne et nytt og bedre callingsystem, uavhengig av stolplassering.	Ønsker gjeninnføring av henvisninger. Videreføring av pasienter er etablert.
Kan KOS-undervisning gjennomføres i andre former? Stjeler mye tid.	Mentorordning: Forslag om ikke bare en, men to mentorer per student. Mindre sårbart, mer fleksibilitet, til stede flere dager.	Det er ønske om en egen totalbehandlingsjournal.	Burde personalansvaret vært sentralisert og fordelt på færre personer?	
Protetikk dominerer for mye på 3.kull.				

Dialogmøte og forventningsavklaring er positivt. Fredagsseminar på femtekull er positivt. Kasuspresentasjon er med alle til stede (studenter og lærere) er en viktig læringsarena. Faste grupper/lærere er gunstig ved behandlingsplanlegging. Ulempe med faste dager er at pasienten blir «låst» til disse dagene. Studentene er svake på sykdomslære og farmakologi. Studentene bør hospitere mer på spesialistklinikken. Viktig å ha fokus på diagnostikk, ikke bare produksjon. Blokkundervisning er bra.		Viktig med god fagspesifikk trening før totalbehandling. Protetikk bør samarbeide tettere med kariologi. Godkjenning av enkle arbeid på tvers av seksjonstilknytning.	Dyadeundervisning vil kunne frigjøre ressurser. Mangel på god ledelse kan til dels forklare innkjøringsproblemer. Fri booking favoriserer studenter med spisse albuer. Fri booking gjør at en mister kontroll på hvor studentene er til en hver tid. Fri booking gjør det vanskeligere å fange opp svake studenter. Kapasitetsutfordring er gjør at pasientbehandling ikke alltid skjer i anbefalt rekkefølge. Periododonti: Vanskelig med premedisinering på ettermiddagsøkten. Lang dødperiode fra mai til august. Teoretisk undervisning går sjelden ut over mandagsgruppen. Men går ofte ut over tirsdags-, onsdags- og torsdagsgruppene. Implantatveko bør flyttes tidligere. For tett på eksamen. Stjeler klinikktid i slutten av semesteret.	Vanskelig å ta ut fagspesifikke pasientlister. Pasienten er forvirret om oppmøtested ved totalbehandling. Diagnostikk er en flaskehals. For mye av pasientflyten er studentene sitt ansvar. Fare for at pasienten faller ut av systemet.
--	--	---	---	---

			Kjeveortopedi: Ønske om å gå tilbake til å ha all undervisning på 4. studieår. Bedre kontinuitet og bedre utnyttelse av lærekraftene.	
--	--	--	--	--

Prosjekt arbeid med forslag til reduksjon av antall seksjoner ved IKO (RAS)

Innehåll	Sida
1. Bakgrunn	2
1.1. Hensikt	2
1.2. Mandat	2
1.3. Organisering av prosjektet	2
2. Mål før prosjektet	3
2.1. Hovedmål	3
2.2. Resultatmål	3
2.3. Effektmål	3
3. Generella synpunkter på reduktion av antalet seksjoner	3
3.1. Generelle organisatoriska och administrativa aspekter	3
3.2. Generelle faglige gevinster og fagligt utbytte	4
3.3. Generelle aspekter på størrelse og personaladministrasjon	5
3.4. Generelle administrative og personalmessige effektiviserings gevinster	5
3.5. Generelle mulige ulemper	5
3.6. Generelle effekter på forskning ved sammenslagning av seksjoner	6
3.7. Fagutvecklingsansvarig	6
3.8. Ledarroller	6
3.9. Tannhelsesekretærer	7
3.10. Opprettelse av Oral diagnostikk og spesialistutdanningsklinikk	8
4. Forslag på ulike organisationsmodeller	9
4.1. 4-seksjonsforslag	9
4.2. 3-seksjonsforslag	11
5. Intressentanaylse	13
6. Risikoanalyse	15
6.1. Risikoanalyse ved bevarande av nuvarande organisasjon	15
6.2. Risikoanalyse 4-seksjonsforslag	15
6.3. Risikoanalyse 3-seksjonsforslag	16
7. Vedlegg	17
7.1. 10-seksjonsforslag	17
7.2. Nuvarande organisasjonskart	19
7.3. Seksjonsstørrelse	20
7.4. Tidigare medarbetarenkäter samt utvärdering av omorganisation	21
7.5. SWOT-analyser og intervjuer	21
7.6. Sammanfattning og prioritering av SWOT og intervjuer	21
7.7. Extern analys	25

1 Bakgrunn

På oppdrag av fakulteten har Institutet for klinisk odontologi i Bergen blivt ålagda att beakta m jliggheten att reducerar antalet seksjoner. En arbeidsgruppe utsågs for att utreda och utarbeta förslag på olika modeller for seksjonssammanslagning (se mandat i stycke 1.2.). Projektet tillfördes medel for att arvoda en extern konsult for facilitering av arbetet. Arbetsprosessen har inletts med inventering och utredning av nuläget (se vedlegg) följt av sammanställning samt analys och slutligen skissering på olika modeller utifrån de synpunkter som inhämtats under nulägesanalysen.

1.1. Hensikt

Hensikten med projektet har varit att arbeta fram ett förslag på seksjonsstruktur som stimulerar och ökar samarbeidet mellom instituttets fagområden avseende undervisning*, sp sialsituttdanning, klinikk och forskning for att ge bästa möjliga utbildning, utgöra en attraktiv arbeidsmiljø med goda f ruts tninger for kompetensutvekkling, erbj da konkurrenskraftig vård och en sterk, stabil samt stimulerende forskningsmilj .

Vidare ska förslaget möjliggöra att instituttets resurser utnyttjas och förvaltas på ett långsiktig holdbart, kostnadseffektivt og framgångsrikt sätt. Med instituttets resurser avses personella resurser, faglig kompetens, ekonomiska resurser og den fysiske miljön inklusive inventarier.

*Med undervisning avses s v l grundutbildning inom tannpleie og tandl kare som spesialistutbildning, videreutbildning, intern kompetensutbildning og forskarutbildning.

1.2. Mandat

1. Utrede og utarbeide f rslag til modeller for sammenslåing av seksjoner på IKO.
2. Hovedfokus for endringene skal være faglige gevinster, og det skal skisseres hvilket faglig utbytte man kan forvente å oppnå.
3. Sammenslåing skal ta hensyn til seksjonsst rrelse og den personaladministrative belastningen for seksjonsleder. For store seksjoner bør unngås.
4. Sammenslåtte seksjoner skal beskrives organisatorisk og administrativt med utgangspunkt i de rammer som er gitt i organisasjonsutviklingsprosjektet.
5. Det skal skisseres hvilken administrativ og personalmessig effektiviseringsgevinst en kan forvente å oppnå med den foreslåtte sammenslåingen.
6. Arbeidsgruppen leverer sin rapport innen juni 2018

1.3. Organisering av prosjektet

Oppdragsgiver: Fakultetet

Prosjekteier: Instituttleder

Leder av arbeidsgruppen: Bodil Lund

Arbeidsgruppens sammans tning:

Xieqi Shi (Seksjon for ansikts- og kjeve radiologi, Studieleder)

Dagmar Buanes (Seksjon for periodonti)

Ann-Katrin Johansson (Seksjon for kariologi)

Marit Øilo (Seksjon for biomaterialer/Seksjon for protetik, Prosjektleder for omorg av studieplanen)

Asgeir Bårdsen (Seksjon for endodonti)

Bodil Lund (Seksjon for oral kirurgi og oral medisin)

2. Mål før prosjektet

2.1. Hovedmål

Det overgripande hovedmålet er att föreslå en reduksjon av antalet seksjoner genom sammanslåing av befintliga seksjoner. Syftet med sammanslåing är i första hand fagliga gevinster men också administrativa og personalmessige effektiviseringsgevinster. Hovedmålet för interne brukere (ansatta, instituttledelse) är en konkurrenskraftig och attraktiv arbeidsplats och forskarmiljø.

Hovedmålet för eksterne brukere (studenter, pasienter) är förstklassig utbildning, högkvalitativ tandvård och ett attraktivt forskningsmiljø.

2.2. Resultatmål

Prosjektets resultatmål er att til juni 2018 utarbeida forslag på organisasjonsmodell med redusert antal seksjoner der seksjonsstørrelse og personaladministrative belastningen for seksjonsleder beaktas liksom faglige gevinster og administrativ samt personalmessige effektiviseringsgevinst beskrivs.

2.3. Effektmål

- Økt faglig samarbeid mellom seksjonene
- En seksjonslederrolle som er tydelig, med ansvar og fullmakter
- Seksjonsledere som er dedikert til oppgaven som leder
- Bedret og enklere kommunikasjonsflyt
- Bedret ressursutnyttelse ift undervisning, eks fellesundervisning i enkelte fag
- Frigjøring av tid til forskning og mindre til administrasjon.
- Større seksjoner gir mulighet til å søke større tverrfaglige forskningsprosjekter
- Sterkere fagmiljø øker attraktiviteten for å tiltrekke seg internasjonale forskere
- Bedre service til brukere
- Økt fleksibilitet ved fravær
- Kompetanseheving gjennom jobbrotasjon (tannhelsesekretærer)
- Kompetente, fornøyde og motiverte medarbeidere

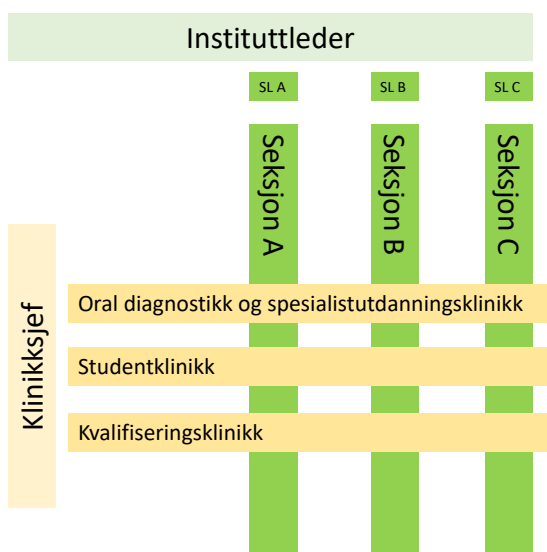
3. Generella synpunkter på reduktion av antalet seksjoner

Vid arbeidet med att ta fram forslag på ulike modeller for sammanslagning av seksjoner framkommer att flera aspekter er generiske, det vill säga detsamma for de ulike modellerna. I detta avsnitt beskrivs dessa gemensamma aspekter samt generella gevinster og ulemper och er att betrakta som ett komplement till de modellspecifika beskrivningarna.

3.1. Generelle organisatoriske og administrative aspekter

I de två framtagna modellerna for seksjonssammenslagning omfattar varje seksjon 2-4 fagområden og leds av en seksjonsleder med fullt chefsansvar, det vill säga med administrativt, økonomisk og personalmessigt ansvar (se 3.8. Ledarroller). En gemensam forhåging er att fagområden, spesielt de små, ska forsvagas varfor forslaget innefattar att varje fagområde har en fagutveklingsansvarig som overvaker emnesområdet i samråd med seksjonsledaren (se 3.7. Fagutveklingsansvarig). Det bør påpekas att det i SWOT-analyserna framkommer att dagens indeling av seksjoner i stort fungerer bra men att det foreligger en del strukturelle utfordringer som en seksjonssammenslåing ikke vil endre (se 6. Risikoanalyse).

Båda forslagen på seksjonssammansalgning er tænkt som matrisorganisationer der tre olika kliniska verksamheter løper på tvers og således involverer samtlige seksjoner og fag (for prinsipskiss over matrisorganisationen se fig 1). Dessa tre kliniker er dels en nyopprettet Oral diagnostikk og spesialistutdanningsklinikk samt Studentklinikk for tannlege og tannpleier og Kvalifiseringsklinikk. Opprettelse av Oral diagnostikk og spesialistutdanningsklinikk er ett viktig tiltag for att møta upp mot den nya utbildningsplanen men också for att skapa en plattform der kliniska lärare från olika fag tjenstgör tillsammans og på så vis ger studenterna og spesialistutdanningskandidater en mer helhetlig bild på odontologi samtidigt som patienterna får ett holistisk omhändertagande. Denna klinik innebær även kompetensutveckling for såvæl tandlækare som tandhelsesekretærer og kan utgøre grund for klinisk tverrfaglig forskning og utveckling (for nærmere beskrivning se avsnitt 3.10.).



Figur 1. Prinsipskiss over matrisemodell, her exemplifisert ved 3-seksjonsforslag. Forkortning: SL, seksjonsleder.

3.2. Generelle faglige gevinster og faglig utbytte

- Økt tverrfaglig samhandling.
- Økt oversikt over forskning og undervisning innad i seksjoner.
- Rasjonalisering av teoretisk og klinisk undervisning.
- Økte muligheter for å fordele tannhelsesekretærer etter behov i klinikk.
- Økt mulighet for å fordele kliniske lærere når seksjoner slås sammen.
- Reduserad sårbarhet ved frånvaro av lærere ved teoretisk undervisning.
- Öka inslaget av tverrfagliga undervisningsmoment og därmed studenternas möjlighet att utveckla en holsitisk syn på den enskilde patienten.
- Tid frigörs for tidigare seksjonsleder i samband med minskat administrationsarbete.
- Varje seksjon omfattar 2-5 fag. Tvärfaglig samarbete förstärkers sannolikt genom tättere samarbete inom studentundervisning, forskningskollaboration samt kliniska erfarenhetsutbyte i form av gemensamma demonstrasjoner og terapiplanering mellan fagområde inom en seksjon.

- De foreslagna modellene passer godt inn med de tankene som finns rundt organisering av undervisning i ny studieplan hvor det skal være økt fokus på temabasert tverrfaglig undervisning.

3.3. Generella aspekter på størrelse og personaladministrasjon

Den eksakte størrelsen på de ulike seksjonerna måste utredas vidare då de siffror som kommit arbetsgruppen tillhanda är approximativa. Detta i sig kan ses som en indikator på att personaladministrationen i dagens organisation till viss del är otydlig och ineffektiv. Översikten över instituttets personal kan komma att underlättas vid färre seksjoner. För stora seksjoner bör undgås och blir seksjonerna för stora så kommer en ytterligare ledningsnivå sannolikt att behövas. En helt jämn fördelning går inte att uppnå eftersom befintliga fag inte ska delas eller reduceras. Här anses också de fagliga gevinsterna vara överordnad eventuell storrelse på seksjonerna. Förutom storrelsen i absoluta antal anställda så måste man titta på hur seksjonen är uppbyggd avseende fördelningen mellan klinik, forskning/vetenskap och undervisning samt sammansättningen på den ingående personalen.

3.4. Generella administrativa och personalmessiga effektiviserings vinster

Större seksjoner kan ge en hel del effektiviseringsvinster men kräver samtidigt att ledarrollen blir mer professionaliserad. Detta skall också ses som något positivt då det kan leda till bättre möjlighet för ledarskapsutveckling och att detta stimuleras som en karriärsväg inom institutet. Starka ledare har också större möjlighet att verka utåt mot omvärlden och utgöra gott stöd för institutledningen. Personaladministrativa rutiner och kompetensen vid t ex tjänstetillsättning, bemanning, sjukfrånvaro och rehabilitering ökar om det fördelas till färre händer. Här borde avlastning och stöd från administrativa avdelningen underlättas betydligt om de har färre seksjonsledare att arbeta emot. Sårbarheten vid sjukfrånvaro bedöms kunna reduceras vid sammanslagning av seksjoner då personal lättare, vid behov, kan tillfälligt mobiliseras till områden med personalbrist. Större och färre seksjoner kan leda till förenklad kommunikation med institutledelse och seksjonsledare. Med 3 eller 4 seksjonsledare bör disse kunna ingå i ledergruppen vedd IKO, eller ha ett nära samarbete med denna, og dermed styrke ømsesidigt beslutsfattande, ge en økad transparens i virksomheten og stabil kommunikation inom institutet. En sammenslåing av seksjoner kan oppmuntra til samarbeid og rasjonalisering i den kliniske undervisningen og slik øke kvaliteten gjennom faglig stimulering og samordning. En diagnostikk avdeling kan bedre utnytte pasienttilgangen/flyt og undervisningssamarbeid på tvers av fagområder i grunn- og spesialistutdanning.

3.5. Generelle mulige ulemper

En generell farhåga vid sammslagning av seksjoner är att fagligheten ska försvinna genom att övervakningen av de olika fagen inte är lika uttalad och tydlig som i nuvarande organisation. Denna risk anses större för små fag och fag som inte säkerställs genom en specialistutbildning t ex gerodonti, samhällsodontologi och biomaterial. Här får den fagutvecklingsansvarige en viktig roll för att kvalitetssäkra och bevara de olika fagen. Den fagutvecklingsansvariges myndighet blir per automatik lägre vid sammanslagning jämfört med dagens organisation. Institutledelsen har också en viktig funktion för att övervaka att seksjonsledarna värnar om de ingående fagen i respektive seksjon. En mulig ulempe vid sammenslåing är att det blir en siloeffekt mellan seksjonerna som på grund av sin storrelse kanske hämmar samarbetet på tvers. Här blir den nya klinikken Oral diagnostikk og spesialistutdanningsklinikk (se stykke 3.10.) en viktig plattform för sammanstrålning av alla fag. Om samfundsodontologi, biomaterialer och gerodonti inte deltar i den kliniska plattform kan de dock komma att marginaliseras från detta nätverk. Förslaget att tannhelsesekretærer ska var mer fritt rørlige mellom fagen får inte tolkas som att de inte ska ha en fagtilhørighet.

Æven før denna yrkesgrupp ær fagtilhørighet och en fördjupad kunskap inom ett visst område en viktig del i kvalitetssækringen av vården och utbildningen på instituttet. Om de slussas runt i før stor utsræckning kan kænselan av tilhørighet och dærmed arbeidsmiljøen førsæmras. En annan risk med sammanslagning av seksjoner ær att spårbarheten av ekonmiska resurser før de ulike fagen kan gå førlorad, vilket i sin tur kan leda till att vissa mindre, eller svagare fag, blir mer økonomisk utsatta æn andra och på sikt marginaliseras eller till och med førsvinner. Båda de føreslagna modellerna økar risken før toppstyrning och det ær dærfør viktig att øvervaka att avståndet och från personalen till nærmaste ledare inte blir før stort. Vidare måste den ledare som ær nærmast personalen ha en rimlig tilgjengelighet før att kunna støtta och stimulera på individuell nivå. Det hviler ett stort ansvar på seksjonsleder for at alle fag skal få utvikle seg innenfor seksjonen. Det blir också store og tunge seksjoner å administrere. Seksjonene må legge til rette for fagsamarbeid på tvers seksjonene. Skejsonleder må også lede vitenskapelig tilsatte i andre fagområdenr enn sitt eget. Tverfagliga områden som kjeve- og ansiktsradiologi, samfundsodontologi, tannpleie og biomaterialer kan lett sementeras i de nye seksjonene og bli mindre tilgjengelig på tvers av seksjonene.

3.6. Generelle effekter på forskning vid sammanslagning av seksjoner

Forskningen ved IKO er bestemt at skal organiseres gjennom forskningsgrupper. Forskningsgruppene vil ikke endres av en mulig endring av antall seksjoner ved instituttet. En reduksjon av antall seksjoner vil frigjøre vitenskapelige resurser fra administrativt arbeid til forskning – jo færre seksjoner, jo større gevinst. Større seksjoner vil dessutom gi større fagfellesskap med større kontaktflater også for forskning og særlig utvikling av forskningsideer. Inom den sammslagna sektionen kan flere ressurser rettes mot prosjekter som seksjonen ser som viktig. Sterke seksjoner kan også komma att konkurrere med forskergrupper om prosjekter/tematikk. Starka seksjoner med tverfagliga forskargrupper bør kunne øke tilslag på eksterne foskningsmidler. Dock finns viss risk att mindre fag kan bli marginalisert ved sammenslåing med større fag

3.7. Fagutveklingsansvarig

Før att sækerställa och øvervaka de enskilda fagen føerslås att det finns en fagutveklingsansvarig før varje fag som ingår i den sammanslagna sektionen. Denna post ær inte en ledarroll men en rådgivande och øvervakande funktion som tillsammans med seksjonsleder ska verka før strategi och taktik som utveklar det individuelle fagområdet. Mandatet och ansvaret før den fagutveklingsansvarige bør vara tydeligt definierat inför en eventuell sammanslagning av seksjoner.

3.8. Ledarroller

En reduksjon av seksjoner innebærer en reduksjon av antall seksjonsledere. I dag blir denne rollen ofte besatt ved at det pekes ut seksjonsledere etter rulleringsprinsippet eller at læmplige fagpersoner innehar denne rollen og som egentlig ønsker å prioritere forskningen. I hvilken grad ledelse fungerer på den enkelte seksjon er avhengig av personlige egenskaper og av personens interesse for ledelse. En annen svaghet i nuvarande organisation ær att urvalet før tillsætning av de enskilda seksjonsledaran ær begrensat dels på grund av att seksjonerna ær små men också beroende på den kravprofil som føreligger i dag. Dette medføer också att en betydelig andel av seksjonens totala forskningstid går till administrativa oppgifter

I de nye modellene tenker vi oss at en reduksjon av antall seksjonsledere vil gjøre det mulig å profesjonalisere denne rollen, dvs velge ut personer som kan vise til god lederkompetanse

eller som er villig til å utvikle denne. Videre må seksjonsleder evne å se helheten og ikke kun eget fagområde.

Uavhengig av seksjonsmodellen tenker vi at seksjonsleder ikke bare har ansvar, men også myndighet til å ta beslutninger innenfor visse rammer på sin seksjon:

1. Administrativt ansvar
2. Budsjettansvar – innenfor definerte rammer disponere midler til ansettelser, anskaffelser og kompetanseutvikling
3. Personalansvar for vitenskapelig ansatte, inkludert instruktører
4. Koordinering av undervisning iht studieplan. Sørge for nok forelesere til alle emner.
5. Ansvar for klinisk undervisning. Sørge for tilstrekkelig med kompetente kliniske instruktører
6. Delta i instituttleders ledergruppe
7. Sammen med andre seksjonsledere legge til rette for og stimulere til økt tverrfaglig samarbeid også når det gjelder nye forskningsprosjekter
8. Samarbeide med Klinikkleder om forsvarlig fordeling av tannhelsesekretærer, utstyr og forbruksmateriell

Seksjonsleder kan delegere følgende oppgaver til fagutvecklingsansvarlige:

1. Ansvar for faglig innhold
2. Ansettelser
3. Personalansvar for vitenskapelig ansatte

Seksjonsleder kan delegere følgende oppgaver til overtannleger:

1. Personalansvar for spesialtannleger, instruktørtannleger, instruktørtannpleiere, tannhelsesekretærer og annet (tann)helsepersonell

Fordelen med en slik modell er at den kan øke nærhet mellom seksjonsleder og instituttleder. Utvidete fullmakter til seksjonsleder fører til kortere beslutningslinjer og seksjonsleder kan være tettere på den enkelte fagutvecklingsansvarlige. Som deltaker i instituttleders ledergruppe vil seksjonsleder være med på å legge nye strategier som i neste omgang blir omsatt i egen seksjon. Det vil trolig også styrke kommunikasjonen i organisasjonen.

Seksjonledaren kan antingen vara ett tidsbegränsat uppdrag eller en stilling som utlyses och tillsättes i öppen konkurrens. Båda varianterna har sin för- och nackdelar. En mulig ölempe med ett för kort mandatperiod för seksjonsleder är att det kan leda till ett förvaltande ledarskap snarare än ett dynamiskt utvecklande. Detta på grund av att lederrollen kan komma i konflikt med den egna forskar-, lärar- och klinikerkarriären. Konsekvensen kan således bli reducerad professionalisering av lederrollen. Roterande ledarskap kan å andra sidan ge en större flexibilitet till verksamheten.

Arbetsgruppen är klara över att kliniklederrollen ligger utanför manddatet. Samtidigt ser vi att en ny organisation också berör organiseringen av klinikken. I ljuset av detta synes det vara naturligt att se över kliniklederrollen och ansvarsförhållande.

3.9. Tannhelsesekretärer

Tannhelsesekretärer är en viktig resurs på IKO varför frånvaro kan drabba den enskilda seksjonen hårt. Vidare innebär en låst anknytning till en viss seksjon på sikt en minskad bredd i denna gruppens kompetens. Gemensamt för modellerna med sammanslagna seksjoner är att kompetensutveckling för tandhelsesekretärer lättare kan ske om de blir mer fritt rörliga

inom den større seksjonens ulike fag. Vid behov kan detta kompletteras med kursdagar som anordnas inom den større seksjonen där flera fag kombineras i kursupplägget för tannhelsesekretärerna. Denna interna kompetensutveckling är lämpligen ett återkommande inslag i verksamheten. Denna rörlighet mellan närliggande fag minskar också sårbarheten vid sjukfrånvaro och fördelar tandhelsesekretärernas arbetsbelastningen bättre mellan fagen. Detta bedöms också kunna få konsekvensen att sammanhållningen, arbetsmiljö och kompetensutvecklingen förbättras för denna personalgrupp.

Ett alternativ till detta är att tannhelsesekretärer på institutionen är rörliga inom hela institutets kliniska verksamhet även om en grundtillhörighet finns i botten. Detta ställer ännu större krav på intern kompetensutveckling men utgör samtidigt en viktig satsning på denna yrkesgrupp som kan öka arbetsglädjen och ge stora fagliga vinster. Schemaläggning, organisation samt personalansvar för tannhelsesekretärerna skulle i en sådan modell kunna vara underordnad klinikleder, vilket ger en effektiviseringsgevinst i arbetet att bemanna klinikerna.

3.10. Opprettelse av Oral diagnostikk og spesialistutdanningsklinikk

3.10.1. Bakgrunn

Klientell som tar kontakt for å få behandling ved odontologisk universitetsklinikk, blir i dag skrevet inn som pasient på pasientinnskriving og derfra henvist til ulike klinikker for behandling. Videre diagnostisering og behandling blir utført på respektive klinikker av bachelorstudenter, masterstudenter, kandidater i kvalifiseringsprogrammet eller spesialistkandidater under veiledning av tannleger eller tannpleiere. Således saknas egentlig grundutbildningsundervisning där patienten bedöms ur ett helhetsperspektiv. Detta är dels ett tillkortakommande i grundutbildningen men det får dessutom den indirekta konsekvensen att den kliniska behandlingen av patienten kan ske asynkront och utan koordinasjon mellom fagområdene. Ved pasientinnskriving er det ansatte tannleger som undersøker pasienter. Det foregår kun i begrenset grad noen form for undervisning av studenter eller kandidater. Pasientinnskriving er ikke en egen seksjon eller underlagt annen seksjon og det er klinikkssjef som har personalansvar for tannlegene og tannhelsesekretærene. Ved pasientinnskriving er det ikke ansatt spesialister og det foregår ikke interdisiplinært samarbeid eller akuttbehandling.

3.10.2. Målsetting

Å styrke tverrfaglig samarbeid innen forskning og undervisning, styrke kvaliteten på undervisning, styrke kvaliteten av diagnostikk og pasient behandling, integrere akuttbehandling i klinisk undervisning, styrke pasientrekruttering og pasienttilfredshet, samt styrke og effektivisere samarbeid på tvers av fagområder.

3.10.3. Forslag til virkemidler

- Flytte pasientinnskriving inn i en Oral diagnostikk og spesialistutdanningsklinikk med student- og kandidatundervisning
- Definere et lederskap for Oral diagnostikk og spesialistutdanningsklinikk
- Undervisningsplikt for spesialistkandidater som flyttes ut av fagspesifikke seksjoner og inn i Oral diagnostikk og spesialistutdanningsklinikk
- Tilføye og styrke undervisning knyttet til akuttbehandling av egne pasienter ved Oral diagnostikk og spesialistutdanningsklinikk
- Spesialister i ulike fagområder underviser ved Oral diagnostikk og spesialistutdanningsklinikk

3.10.4. Styrker og svakheter ved Oral diagnostikk og spesialistutdanningsklinikk

Oral diagnostikk og spesialistutdanningsklinikk implementeres i en matrisemodell, illustrert i figur 1. Her vises odontologisk universitetsklinikk integrert i organisasjonsmodellen. Overtannlegene vil rapportere til to ledere; seksjonsleder og klinikkleder. Klinikkleder vil her få en tydelig lederrolle. Organisasjonen vil bedre kunne samordne motstridende hensyn og komplekse relasjoner som gjør seg gjeldende på tvers av seksjoner, fagområder og klinikk, organisasjonen kan få økt fleksibilitet ved hurtigere intervensjon, bedre evne til å ivareta tverrfaglig samarbeid og samtidig favne om faglig spisskompetanse. Styrken ved et delt ansvar mellom seksjoner og klinikkchef kan stimulere tverrfaglige samarbeid både klinisk og forskningsmessig, samt rasjonalisere og styrke undervisningen. Et klart ansvarsforhold og tydelige oppfølgingssystemer vil gi en mer fleksibel og kompetansehevende organisering av både fagområder og klinikkdrift. Svakheten en slik modell er at ikke spesifikke fagområder har ansvar for klinikken og motstridende interesser mellom klinikk og fagområder kan oppstå, samt uklare rapporteringslinjer og ansvarsområder.

4. Forslag på ulike organisationsmodeller

I utredningsarbeidet framkom att ett möjligt förslag på organisationsmodell är att bevara nuvarande seksjonsindelning men komplettera denna med några mindre organisatoriska förändringar. Då detta är ett förslag som egentligen ligger utanför mandatet så presenteras det som ett vedlegg (se 7.7. 10-seksjonsforslaget). Det är dock arbetsgruppens åsikt att detta kan utgöra ett av tre möjligt förslag som löser en del av de förbättringsområden som framkommit i SWOT-analyserna. Vad gäller de två modeller inom mandatet som gruppen valde att arbeta vidare med så kan vi tänka oss även andra klustringsvarianter av fagområdena än de som anges nedan.

A	B	C	D
Tannpleie 17	Kjeve og ansikts- radiologi 13	Oral protetikk 41	Kariologi 27
Periodonti 21	Endodonti 13	Biomaterial 3	Pedodonti 16
Samfunds- odontologi 2	Oral kirurgi oral medisin 22		Kjeve- ortopedi 19
Gerodonti 2			
Totalt: 42 T.sekr: 12	Totalt: 48 T.sekr: 20	Totalt: 44 T.sekr: 8	Totalt: 62 T.sekr: 22

4.1. 4-seksjonsforslag

Figur 2. Organisatorisk skiss øver 4-seksjonsforslag. Siffror i grøna boxer motsvarar de antalet personer som i dagslæget arbetar i respektive seksjon. Siffror i gul box anger totala antalet anställda i den nya seksjonen samt andelen tannhelsesekretærer (T.sekr).

4.1.1. Organisatorisk och administrativ beskrivning

IKO:s nuvarande seksjoner reduceras till 4 seksjoner (A, B, C och D). Seksjon A omfattar fagområdena tannpleie, periodonti, samfundsodontologi och gerodonti. Seksjon B som omfattar fagområdena kjeve- og ansiktsradiologi, endodonti och oral kirurgi och oral medisin. Seksjon C omfattar ämnesområdena oral protetikk och biomaterial och seksjon D

fagområdena kariologi, pedodonti och kjeveortopedi. Vevsgenerasjonsgruppen, som idag saknar seksjonstillhørighet, kan i denna modellen implementeras i seksjon B eller C.

4.1.2. Faglige gevinster og fagligt utbytte (Vitenskaplig, Undervisning, Klinik)

I 4-seksjonsforslaget vil det være færre hoder å organisere inom seksjonerna sammenlignet med 3-seksjonsforslaget. Denne modellen gir noe mindre og dermed (trolig) mer letthåndterbare seksjoner. Det er dock større asymmetri innad i seksjonene i forhold til 3-seksjonsmodellen. Det er imidlertid en fordel at periodonti er satt sammen med tannpleie og gerodontologi og at kariologi og pedodonti er satt sammen. Dæremot er det en ulempe at biomaterialer er bare med protetik, da samarbeidet med kariologi er vel så viktig. 4 seksjonsforslag är något mer tradisjonell fördelning jämfört med 3-seksjonsforslag, vilket också innebär att det är förmodligen är enklare att få acceptans hos personalen som finne gemensamma intressen mellan fagområden, som kan leda till mer effektivt samarbeide både för studentundervisning og forskning.

I Seksjon A blir den allerede sammenslåtte seksjonen tannpleie, gerodontologi og samfunnsodontologi ikke videre splittet opp, men får tilført faget periodonti. Integrering av periodonti vill styrker seksjonen faglig med klinisk og vitenskapelig kompetanse. Seksjonen blir mer riktad mot vuxna och äldre pasienter. Gerodontologi, tannpleier og samfunnsodontologi vil kunne få tilført mer kunnskap om etiologi og behandling av periodontal sykdom och tverrfaglige samarbeidet som omhandler oral- og generell helse styrkes. Periodonti vil kunne stimuleres fagligt og forskningsmessigt ved sammenslåing med samtlige av disse fagområdene både når det gjelder epidemiologi, forebygging av periodontal sykdom og behandling av periodontitt i en aldrende befolkning. Tannpleie og periodonti har mye felles undervisningsmessig og her sees et potensiale for enda mer felles også i klinikkundervisning og drift. Undervisningen av tannlegestudenter stimuleres faglig med et tettere samarbeid med tannpleiere. Samfunnsodontologi kommer nærmere klinisk undervisning innen tannpleie og tannlegeutdanning og tilføre kunnskap i et folkehelseperspektiv.

I Seksjon B vil de fagene som bruker kjeve- og ansiktsradiologi mest, oral kirurgi og oral medisin og endodonti, være i samme seksjon. Hær ingår tre fagområde som jobbar tått mot varandra. Pasienter som behandlas här har ofta akuta besvær. Ett väl fungerande samarbeide mellom kjeve- og ansiktsradiologi, endodonti og oral kirurgi og oral medisin har avgjørende effekt for dessa pasienter. Forskningsmessigt kan det lätt generera flera gemensamma projekt og bidra til økt faglig samarbeid om utredning og behandling smerter og akutte tilstander. Potensialet for rasjonalisering av undervisning ligger i større grad på spesialistutdanningen æn på grundutbildningen æven om den senere kan stærkas betydeligt genom samundervisning.

I Seksjon C vil oral protetik kun bli tilført biomaterialer. Dessa två fagområden samarbeidar allerede mye både i forskning og undervisning, dette vil likevel kunne være gunstig undervisningsmessig. Denna seksjon kan stærkas om vevsgeneration inkorporeras, noe som vill stimulere til forskning på tvers av biologi og biomaterialer og føre til en bedre organisering og tilhørighet for tekniske ansatte. Den kliniska vinsten bedöms dock bli liten.

I Seksjon D vil kariologi og pedodonti ha stor glede av hverandre undervisningsmessig etter som mye samme prinsipper for restorativ behandling som gjelder permanente tenner kan overføres til melketannsettet. Sykdomsutvikling og forebygging av karies er viktig for begge felt. Pedodonti vil kunne samarbeide tett med kjeveortopedene om behandling av malokklusjoner, særlig i vekslingstannsettet. Seksjonsindelningen kan via kariologi och

pedodonti leda til att kjeveortopedi får en strakare integrering i IKO avseende undervisning, forskning och klinik.

4.1.3. Aspekter på størrelse og personaladministrasjon

Storleksmessigt i denna modell ær seksjon A, B og C relativt likstora medan seksjon D ær jämförelsevis ca 30-50 % st  rre. Seksjon B og D ær något mer klinisk tunga än de andra, vilket reflekteras i st  rre andel tandhelsesekret  rer jämfört med seksjon A og C. F  r   vrigt se i stycket om generelle aspekter (3.3.).

4.1.4. Administrativa og personalmessiga effektiviserings gevinster

De administrativa og personalmessiga effektiviserings gevinster ær generella för de båda f  reslagna modellerna og hbeskrivs d  rfor i stycket om generella aspekter på sammanslagning av seksjoner (se 3.4.).

4.1.5. Muliga ulemper med modellen

I denna modell kan biomaterialer bli mer l  st til sin seksjon og marginaliseres i asymmetriske seksjoner varvid tverfaglighet d  rmed kan minska. Tannpleierutdanning blir oppknyttet mot et klinisk fagområde det vill s  ga periodonti. Sammansl  ing av protetik og biomaterialer ger lite ny tilførsel d   fagen allerede samarbeider. De har en begrensa  d möjlighet att støtta varandra i klinikken da biomaterialer ikke har klinikk. Dessuten samarbeider biomaterialer vel så mye med andre fag. Fagen har möjlighet till lite kliniskt samarbeide, ulike driftsgivere, og saknar till del medspillere trots sin tverrvetenskaplighet. Seksjon C blir på så vis en av de større svaghetererna med denna modellen.

4.1.6. Risikobed  mning

Modellen skapar positive f  ruts  tninger f  r samarbeide inom seksjonen men kr  ver nödvändiga fullmakter till seksjonsledare, fagutvekkingsansvarlig og klinikkleder för att fungere. Instituttets oppfølging av sykefravar b  r fortsätta. Tonvikt på interna kurser og mer externa forskningsmedel kan   ka. Forskningstid f  r vetenskaplige b  r tilr  ttal  gges generellt og i   vrigt administrativa oppgaver minskas. I dagsl  get finns tre forskningsgrupper. Dessa b  r kunne fungere lika bra som tidligere gjennom regelbunden felles forskningsaktivitet. En mer omfattande risikoanalys illustreras i separat stycke (se stycke 6.2.).

4.2. 3-seksjonsforslag

A	B	C
Endodonti 13	Pedodonti 16	Oral protetik 41
Periodonti 21	Kjeve- ortopedi 19	Biomaterial 3
Oral kirurgi oral medisin 22	Tannpleie 17	Kariologi 27
Kjeve og ansikts- radiologi 13	Samfunds- odontologi 2	
	Gerodonti 2	
Totalt: 69 T.sekr: 23	Totalt: 56 T.sekr: 15	Totalt: 71 T.sekr: 18

Figur 3. Organisatorisk skiss over 3-seksjonsforslag. Siffror i grøna boxer motsvarar de antalet personer som i dagslæget arbetar i respektive seksjon. Siffror i gul box anger totala antalet anställda i den nya seksjonen samt andelen tannhelsesekretærer (T.sekr).

4.2.1. Organisatorisk og administrativ beskrivelse

Antall seksjoner ved IKO reduseres til 3 seksjoner (A, B og C). Seksjon A omfatter fagområdene endodonti, periodonti, oral kirurgi og oral medisin, og kjeve og ansiktsradiologi. Seksjon B omfatter fagområdene kariologi, pedodonti, kjeveortopedi og yannpleie. Seksjon C omfatter fagområdene oral protetik, biomaterialer, gerodontologi og samfunnsodontologi. Vevsgeneration kan antingen vara i seksjon A eller C.

4.2.2. Faglige gevinster og faglig utbytte (vitenskapelig, undervisningsmessig og drift av klinikk)

De tre seksjonene blir jevnstore og tid frigjøres for tidligere seksjonsledere i forbindelse med redusert administrasjon for disse. Denne modellen samler fag som per i dag har mye fellestrekk, både undervisningsmessig og forskningsmessig. Dette vil kunne bidra til bedre utnyttelse av kompetansen i undervisningen og trolig redusere risikoen for unødvendig repetisjon av forelesninger. De ulike seksjonene har noe ulike størrelse på klinisk tjeneste, men fordelingen er vesentlig beder enn i dag der det er flere seksjoner som ikke har klinikk i det hele tatt. Seksjonene samles om tre store grupper, men en ser også at det fortsatt vil være aktuelt med samarbeid på tvers av seksjoner. Alle gruppene har enkelte fag som har mer tverrfaglig natur, eks kjeve- og ansiktsradiologi, tannpleie og biomaterialer

I seksjon A vil alle fagområder kunne omfattes av stikkordene infeksjon og inflammasjon. Her vil fagene, og særlig endodonti og oral kirurgi og medisin ha stort utbytte av å være sammen med kjeve- og ansiktsradiologi. Dette er alle kliniske fag som har mye til felles både når det gjelder sykdomsutvikling og nye behandlingsmetoder, der forskningsområder kan interagere. Ett annet fellesområde dær utveckling borde kunna ske ær inom smærta både vad avser klinisk utredning, forskning och undervisning. Undervisningsmessig vil också endodonti og periodonti kunne vinne på denne gruppering ettersom det er mange fellesfaktorer ved patogenes og mikrobiologi ved marginal- og apikal periodontitt. Oral kirurgi og periodonti vil kunne rasjonalisere mye av undervisningen relatert til implantologi, og utvikle gode rutiner for seleksjon, innsetting og vedlikehold. Undervisningen på spesialistnivå vil kunne vinne stort på denne konstallasjonen. Sammanfattningsvis vil fagområdene kunne rasjonalisere undervisningen godt, og den vil ha stort potensiale for nye forskningssamarbeid på tvers av fagområdene. Kjeve- og ansiktsradiologi gynnas av att integreres i et bredt klinisk og i et forskningsmessig fagmiljø.

I seksjon B vil et stikkord som livsløp være dekkende for seksjonen. I denne inndelingen blir ikke den allerede sammenslåtte seksjonen tannpleie, gerodontologi og samfunnsodontologi delt opp igjen. Pedodonti vil undervisnings- og forskningsmessig ha stor glede av samarbeid med fagene tannpleie og samfunnsodontologi. Det samme vil gjelde for gerodontologi. pedodonti og kjeveortopedi har sine naturlige faglige treffpunkt som kan rasjonalisere noe av undervisningen, og de kan også gi hverandre positivt samarbeid i spesialistutdanningen. Tannpleiere er også viktig resurs for kjeveortopeder. Samfunnsodontologi kan ha fördelar av verka i ett bredare kliniska sammanhang jämfört med idag, vilket kan gynna forskning av oral sjukdom på såväl barn som äldre patienter och ge god epidemiologisk stöttning til de kliniska fag som ingår i seksjonen.

Seksjon C vil dekkes av stikkordet restorativ, selv og faget kariologi går langt ut over dette. De tre fagene oral protetik, biomaterialer og kariologi har allerede i dag et stor samarbeid om ferdighetstrening, og her kan den nye seksjonen videreføre dette inn i klinisk undervisning. Kariologi med sin tannsykdomslære og forebyggende tilsnitt tilføre faget oral protetik nye dimensjoner. Positivt er at fagområdet oral protetik bli slått sammen med mer enn et annet fagområde, noe som er positivt både for undervisning og forskning. Modellen kan stimulere til mer preklinisk og klinisk forskningssamarbeid mellom biomaterial og kariologi. Sammantaget borde denne seksjon ha forutsetninger for å kunne bli vitenskaplig meget sterk. Denne fagklustering kan gjøre det lettere å lage større interne kompetensutveklingskurser for ansatte i alle kategorier.

4.2.3 Størrelse og personaladministrasjon

I dette forslaget blir seksjonene betydelig større enn i 4-seksjonsforslaget. Dermed bedømmes den kliniske virksomheten innen hver seksjon bli lite mer jevnt fordelt likt som antallet tannhelsesekretærer. Se også generelle aspekter på sammenslagning (3.3.).

4.2.4. Administrative og personalmessige effektiviseringsgevinster

De administrative og personalmessige effektiviseringsgevinster er generelle for de to foreslåtte modellene og beskrives derfor i stykket om generelle aspekter på sammenslagning av seksjoner (se 3.4.).

4.2.5. Mulige ulemper med modellen

En 3-seksjonsmodellen vil gi en økt risiko for toppstyring sammenlignet med 4-seksjonsmodellen. Denne modellen innebærer også en lite mindre tradisjonell inndeling av fag vilken kan både være en fordel men også en ulempe da personalens følelse av sammenheng og tilhørighet kan reduseres. Seksjonene er også ganske store og det er usikkert om seksjonslederen kan aksele hele ansvaret sjelv uten å ha underordnede ledere.

4.2.6. Risikobedømming

Modellen endrer ikke på problemet med at seksjonsledere har for liten myndighet i forhold til ansvarsområde. Med denne seksjonsstrukturen vil et alvorlig problem som dårlig kommunikasjonsflyt i organisasjonen kunne forbedres i forhold til dagens situasjon. Instituttets oppfølging av sykefravær må fortsette. Forskningstid for vitenskapelige bør tilrettelegges generelt og administrative oppgaver reduseres. Fullstendig risikoanalyse redovises separat (se stykke 6.3.).

5. Interessentanalyse

Tabell 1. Sammanfattning av ulike interesser på IKO med avseende deres respektive ansvarsområde og forventninger, utbytte og suksesskriterier i en omorganisering.

Interessent	Interesseområde	Forventninger, utbytte, suksesskriterier	Hvordan ta med i prosjektet?
IKO - ledelse Instituttet	Ansvar for at IKO fremstår som et moderne og attraktivt institutt for forskning og undervisning.	Reduksjon av antall seksjoner. Hensikten er gevinster i form av økt faglighet og bedre utnyttelse av ressurser.	Gi innspill til nå-situasjonen – intervju - SWOT Informeres underveis og sender ut info om prosjektet. Tar beslutning om fremtidig organisering.

Klinikkleder	Smidig og effektivt drift av klinikken Ansvar for pasient innskriving, Spesialistutdanningsklinik, resepsjon	Tydeligere organisering Tydelige roller og ansvarslinjer Få synliggjort IKO nasjonalt og internasjonalt	Gi innspill til nå-situasjonen – SWOT-intervju Informeres underveis
Seksjonsledere	Personalansvar for ansatte i klinikken, overtannleger, instruktører, THS, organisering av studentundervisning, kompetanseheving	Tydelige seksjonslederroller, med klart definert myndighet og ansvar, økonomisk kompensasjon. Økt faglighet. Delegeringsordning. Økt samarbeid /tverrfaglighet. Mere robust organisasjon ved fravær Godt arbeidsmiljø må ivaretas Mindre dobbeltarbeid (undervisning)	Utvalgte seksjonsledere er med i prosjektgruppen – utarbeidelse av forslag til modeller. Gi innspill til nå-situasjonen - SWOT Informeres underveis
Overtannleger Overtannpleier	Undervise studenter, tilrettelegging og koordinering av klinisk undervisning	Tydelige roller, med klart definert myndighet og ansvar. Delegeringsordning. Økt faglighet. Økt samarbeid /tverrfaglighet. Mere robust organisasjon ved fravær Godt arbeidsmiljø må ivaretas	Deltatt i seksjonsvise SWOT- analyser. Informeres underveis.
Instruktører Tannleger Tannpleier	Undervise studenter praktisk og i pasientomsorg	Kompetanseheving, økt tverrfaglig samarbeid, kollegialt samvær. Økt faglighet.	Gi innspill til nå-situasjonen - SWOT Informeres underveis
Overtannhelse- sekretærer	Leder for tannhelsesekretærer	Mer robust bemanningssituasjon, kompetanseutvikling.	Gi innspill til nå-situasjonen – SWOT, informeres underveis
Tannhelse- sekretærer	Hjelpe til og undervise studenter	Bevaring av godt arbeidsmiljø, robust bemanning som minsker sårbarhet ved fravær. Mer likestilt med andre i organisasjonen Kompetanseheving	Gi innspill til nå-situasjonen – SWOT, informeres underveis
Studenter TMO	Forskningsbasert og effektiv undervisning, praktisk og teoretisk. Godt studentmiljø.	De forholder seg til fagene, mindre opptatt av seksjoner. Konkurranseskraftig utdanning. Høy kvalitet på undervisning, godt organisert pasienttilgang.	Gi innspill til nå-situasjonen - SWOT
Vitenskapelige ansatte	Gode forskningsmuligheter på høyt nivå, attraktivt miljø som tiltrekker seg de beste	Tid til forskning, økt samarbeid på tvers av fagene. Utnytte egen klinikk til forskning. Økt faglighet.	Gi innspill til nå-situasjonen – SWOT, informeres underveis
Administrativt ansatte, inkl. leder	Støtte til administrative oppgaver som, rekruttering, ferie, permisjoner og sykefravær	Forenklet og transparent organisasjon, unngå dobbeltarbeid på seksjonsnivå. Redusere sykefravær.	Gi innspill til nå-situasjonen – SWOT, informeres underveis

6. Risikoanalyse

En risikoanalyse utførtes med utgangspunkt från dagens situation och de olika organisationsforslagen. Omstendigheterna som beaktades i risikoanalysen var de nutida svakheter och framtida utfordringar som framkommit i SWOT analyserna (se vedlegg). Arbeidsformen var åppen diskussion i grupp. Varje omstendighet graderades enligt allvarlighetsgrad från 1 (liten/låg allvarlighetsgrad) till 3 (hög allvarlighetsgrad). Deretter vurderades sannolikheten att denna omstendighet skulle vara ett problem i de respektive modellerna. Æven avseende sannoliket anvendes skalan 1-3, dær 1 var liten, 2 måttlig och 3 stor sannolikhet. Den estimerade risiken utgjorde sedan produkten av dessa två faktorer. Ett risikoværde på 1-3 betraktades som bra (grønt), 4-6 neutralt (gult) och 9 hög risk (rød).

6.1. Risikoanalyse vid bevarande av nuvarande organisasjon

Tabell 2. Risikoanalyse vid bevarande av nuvarande organisasjon.

Omstendighet	Alvorlighets-grad	Sann-synlighet	Risiko	Tiltak
Lite samarbeid mellom seksjonene	3	3	9	Oprette diagnostikkavdeling, minske antall seksjoner, ny studieplan
Seksjonsledelse uten myndighet	3	3	9	Nødvendige fullmakter (øk, adm, pers.)
Rekruttering/ lønn	3	3	9	Konkurranseskraftig lønn, rekrutteringsstrategi
Kommunikasjon/ informasjonsflyt	3	1	3	
Sårbarhet ved fravær	3	3	9	Fortsette med målrettet oppfølgingsarbeid ift sykefravær
Pasienttilgang/pasientflyt; Små miljø	3	3	9	Ny studieplan, redusere pasienttakster
Forskningstid går tapt pga administrative oppgaver	3	3	9	Forskningstid skal ikke brukes til administrative oppgaver, full bemanning
Avstand til ledelse	2	2	4	
Fysisk arbeidsmiljø	3	1	3	
Ledelseskompetanse	3	2	6	
Lite kurs- og fagmidler	3	3	9	Flere interne kurs
Faglige stagnasjon	3	1	3	
Lite tid/penger til forskning	3	3	9	Mer eksternfinansiering,
Ekstern konkurranse	3	2	6	
Isolert fagmiljø	3	2	6	

6.2. Risikoanalyse 4-seksjonsforslaget

Tabell 3. Risikoanalyse av 4-seksjonsmodellen.

Omstendighet	Alvorlighets-grad	Sann-synlighet	Risiko	Tiltak
Lite samarbeid mellom seksjonene	3	2	6	Skape samarbeidsarenaer på tvers
Seksjonsledelse uten myndighet	3	3	9	Nødvendige fullmakter (øk, adm, pers.)
Rekruttering/ lønn	3	3	9	Konkurranseskraftig lønn, rekrutteringsstrategi

Kommunikasjon/ informasjonsflyt	3	1	3	
Sårbarhet ved fravær	3	2	6	Fortsette med målrettet oppfølgingsarbeid ift sykefravær, økt fleksibilitet
Pasienttilgang/pasientflyt; Små miljø	3	2	6	Ny studieplan, redusere pasienttakster
Forskningstid går tapt pga administrative oppgaver	3	2	6	Forskningstid skal ikke brukes til administrative oppgaver, full bemanning, redusering av antall seksjoner frigir forskningstid
Avstand til ledelse	2	2	4	
Fysisk arbeidsmiljø	3	1	3	
Ledelseskompetanse	3	2	6	
Lite kurs- og fagmidler	3	3	9	Flere interne kurs
Faglige stagnasjon	3	2	6	Små seksjoner kan "drukne" i de store
Lite tid/penger til forskning	3	2	6	Mer eksternfinansiering,
Ekstern konkurranse	3	2	6	
Isolert fagmiljø	3	1	3	

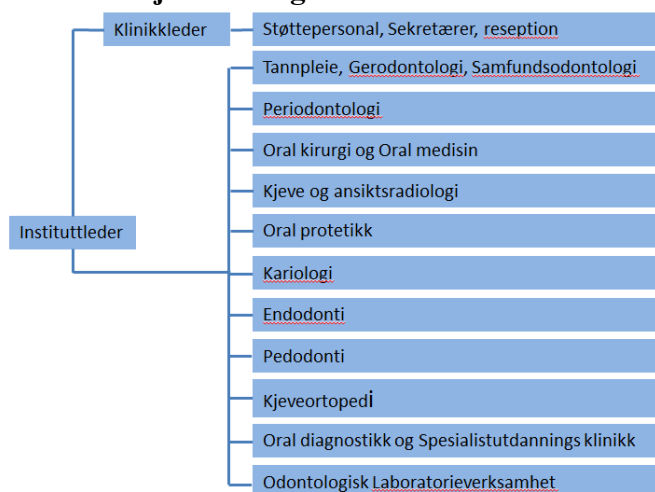
6.3. Risikoanalyse 3-seksjonsforslaget

Tabell 4. Risikoanalyse av 3-seksjonsmodellen.

Omstendighet	Alvorlighets- grad	Sann- synlighet	Risiko	Tiltak
Lite samarbeid mellom seksjonene	3	2	6	
Seksjonsledelse uten myndighet	3	3	9	Nødvendige fullmakter (øk, adm, pers.)
Rekruttering/ lønn	3	3	9	Konkurranseskraftig lønn, rekrutteringsstrategi
Kommunikasjon/ informasjonsflyt	3	1	3	
Sårbarhet ved fravær	3	2	6	Fortsette med målrettet oppfølgingsarbeid ift sykefravær
Pasienttilgang/pasientflyt; Små miljø	3	2	6	ny studieplan, redusere pasienttakster
Forskningstid går tapt pga administrative oppgaver	3	2	6	Forskningstid skal ikke brukes til administrative oppgaver, full bemanning, redusering av antall seksjoner frigir forskningstid
Avstand til ledelse	2	2	4	
Fysisk arbeidsmiljø	3	1	3	
Ledelseskompetanse	3	1	3	Mulighet til å få dedikerte ledere
Lite kurs- og fagmidler	3	2	6	Flere interne kurs
Faglige stagnasjon	3	1	3	Ikke likestor grad asymmetriske seksjoner
Lite tid/penger til forskning	3	2	6	Mer eksternfinansiering,
Ekstern konkurranse	3	2	6	
Isolert fagmiljø	3	1	3	

7. Vedlegg

7.1. 10-seksjonsforslag



Figur 4. Organisatorisk skiss over 10-seksjonsforslag.

7.1.1. Organisatorisk och administrativ beskrivning

Denne modellen er en modifisering av dagens 10 seksjonsorganisasjon med følgende forslag:

1. Skapa Oral diagnostikk og spesialistutdanningsklinikk
2. Skapa en tannhelsesekretærpool som leds av klinikkleder
3. Klinikkleder med personellansvar for tannhelsesekretærer, støttepersonal og mottaks personal
4. Laboratoriene i 4. Etg slås sammen til ett laboratorium

Organisasjon består av befintliga 10 fagseksjoner plus oral diagnostik og spesialistutdannings klinikk. Biomaterial och forskningslab samlad i biomaterialer og vevregenerasjon. Dette ger mulighet til bedre utnyttjande av ressurser og tilgjengelighet for alle fag.

Oral diagnostikk og spesialistutdannings klinikk består av pasientinnskrivning, mottak og spesialistutdanningsklinikk. Både tannlege på mottak og spesialister/ overtannlege i ulike fagområder deltar undervisning vid oral diagnostikk. Hær ær det matrisorganisation liksom vid de andra forslagen.

En ledere funksjon (overtannlege) må tilsattes på oral diagnostikk som kommer att rapportere til klinikkleder. Klinikkleder har mandat av personalansvar og bedrift ansvar for oral diagnostikk og student klinikk. En tannhelsesekretærspool skapas for at øke mulighet for å fordele antall tannhelsesekretærer etter behov i klinikken. Tannhelsesekretærene på kjeve- og ansiktsradiologi, og operasjonssykepleiere på oral kirurgi og oral medisin inkluderes ikke i tannhelsesekretærpoolen. Denne modellen er relativt gjenkjennbar organisasjon.

Fagtilhørigheten fortsetter som før og er derfor lettere att akseptere.

7.1.2. Fagliga gevinster och fagligt utbytte (Vitenskapligt, Undervisning, Klinik)

Det är mindre risk for premiering/øvertag av fag i relation till andra modeller.

Mindre fagområden avseende antal ansatte, vilket medfør minskat personalarbete då klinikkleders roll styrkes och personalansvar flyttas øver till klinikkleder från tidigare seksjonsleder. En oral diagnostikk avdeling ger bedre forhold for undervisning, forskning, og med større mulighet til samarbeid innom og på tvers av seksjonen

4.1.3. Aspekter på størrelse och personaladministrasjon

Størrelse på de fleste fagseksjoner minsker pga tannhelsesekretærspoolen. Størrelse på klinikkens sida ökar. Det er en tung börda för klinikkleder avseende personaladiminstrasjon.

7.1.4. Administrativa och personalmessiga effektiviserings gevinster

En tannhelsesekretærspool med samlet lederskap (klinikkleder) medfør en økede fleksibilitet etter behov og effektivisering samt økede muligheter til kompetanseutvikling. Den administrativa arbeidsbørdan før dagens tio seksjonsledere beræknas kvarstår oførændrat.

7.1.5. Muliga ulemper med modellen

- Oppfyller ikke reduksjon av seksjoner.
- Stimulerer inte lika mycket fagligt utbytte på tvers av fag som andra modeller. Faglige eller undervisningsmessige gevinster utover oral diagnostikk.
- Ingen personadministrativ besparing. Det blir ingen frigøring av forskningstid for samtlige nuvarande seksjonsledere i jämförelse med andra modeller.
- Klinikleder får et større personal ansvar.
- Tannhelsesekretærspoolen innebær en økede risk for en minskad fagtilhørighet for denne yrkeskategori.
- Autonomi og å få tverrfaglig samarbeid og undervisning.

7.1.6. Risikoanalyse 10-seksjonsforslag

Med denna modellen bedømars följande omstendighet som risiko for vår verksamhet (tabell 5): seksjonsledelse utan myndighet, rekruttering/lønn, brist tid och finansering til forskning, brist finansering till personal kompetansfagutveklings.

Forslagen til tiltak inklusive nødvendig fullmakt til seksjonsledelsen; konkurransekraftig lønn og rekrutteringsstrategi; frigjøre forskningstid til flere vitenskapelig ansatt gjennom at minske antallet av seksjoner; mer eksterne forskningsmidler og flere interne kurs.

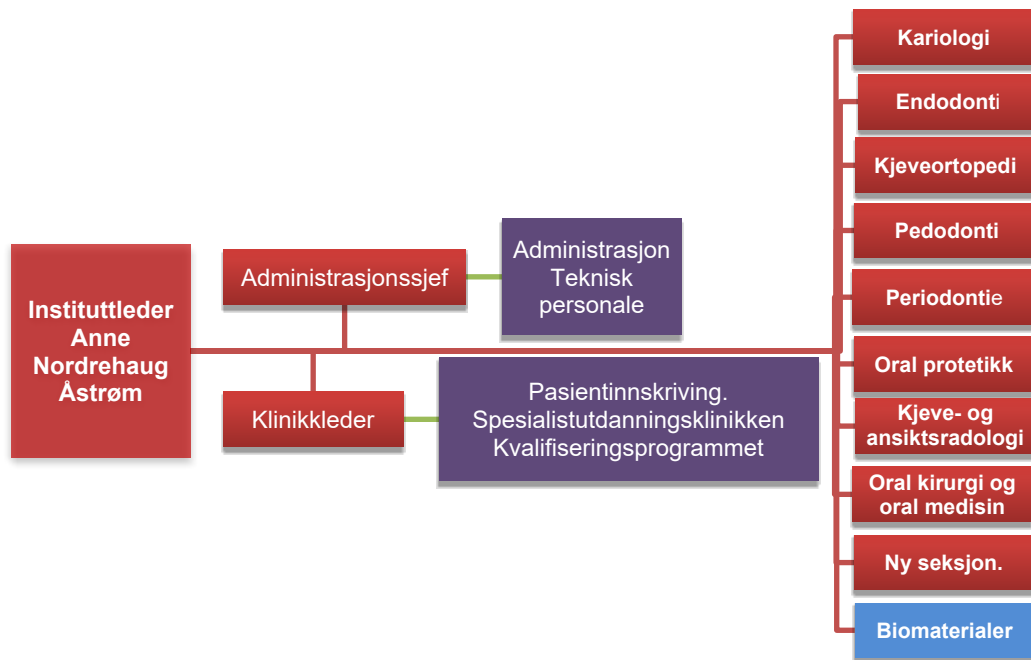
Tabell 5. Risikoanalyse av 10-seksjonsforslaget.

Omstendighet	Alvorlighets-grad	Sannsynlighet	Risiko	Tiltak
Lite samarbeid mellom seksjonene	3	2	6	
Seksjonsledelse uten myndighet	3	3	9	Nødvendige fullmakter (øk, adm, pers.)
Rekruttering/ lønn	3	3	9	Konkurransekraftig lønn, rekrutteringsstrategi
Kommunikasjon/ informasjonsflyt	3	1	3	
Sårbarhet ved fravær	3	2	6	Fortsette med målrettet oppfølgingsarbeid ift sykefravær
Pasienttilgang/pasientflyt; Små miljø	3	2	6	Ny studieplan, redusere pasienttakster
Forskningstid går tapt pga administrative oppgaver	3	3	9	Forskningstid skal ikke brukes til administrative oppgaver, full bemanning, reduksjon av antall seksjoner frigir forskningstid
Avstand til ledelse	2	2	4	
Fysisk arbeidsmiljø	3	1	3	
Ledelseskompetanse	3	2	6	

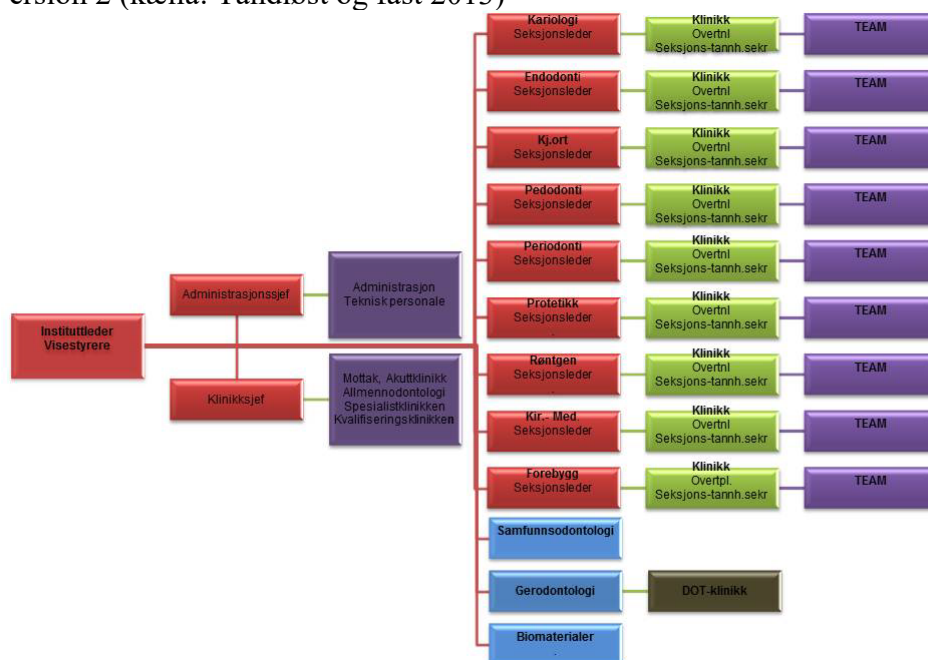
Lite kurs- og fagmidler	3	3	9	Flere interne kurs
Faglige stagnasjon	3	1	3	
Lite tid/penger til forskning	3	3	9	Mer eksterntfinansiering,
Ekstern konkurranse	3	2	6	
Isolert fagmiljø	3	2	6	

7.2. Nuvarande organisasjonskart

Version 1 (källa: Instituttleder 2017)



Version 2 (källa: Tandløst og fast 2013)



7.3. Seksjonsstørrelse

Det har varit svært att få fram exakta siffror på seksjonsstørrelsen och fördelningen på de olika yrekskategorierna. En del av personalen tillhör inte någon specifik seksjon och en stor andel av arbetsstyrkan är deltidsarbetade. Ur ett personaladministrativt och organisatoriskt perspektiv har gruppen bedömt att det är mer relevant att beakta det faktiska antalet personer som är ansatta snarare än det antalet heltidstjänster som det motsvarar.

Tabell 6. Antal ansatta oavsett tjänstgöringsgrad.

Seksjon	Antal ansatta
Adminstrasjon	13 + 10 (tekniker)
PRK	15 (leder: Kliniksjeff)
Seksjoner	
12. Biomaterial	4,5
13. TGS	21
14. Oral kir	22
15. Pedodonti	16
16. Radiologi	13
17. Kjeveort	19
18. Kariologi	26,5
19. Protetikk	40,5
20. Endo	13
21. Perio	21
Øvrigt	
Specialistutdanning	3 (okænd seksjonstillhørighet)
Stipendiater	10 (okænd seksjonstillhørighet)
Kamal	1 (saknar seksjonstillhørighet)
Okænt	7 (okænd seksjonstillhørighet)
Prosjekt	5 (okænd seksjonstillhørighet)
Anne	1

Tabell 7. Antalet tannhelsesekretærer og sykepleier på de ulike seksjonerna. Siffror ej helt exakta och får anses som ungefärliga riktvärden.

Seksjon	Mål-tall	Eks-tra	Ant-all	
Barne-tannpleie	400		6	Sunduz Zangana 50, Faranak Babavesi, Elena Stoichita 50, Ida Berentsen (omsorgsperm), MeretheTysse (v), Kari Mork 50 (v)
Endo	300	200	6	Mona Johannessen, Lillian Indrevær, Tonje Aabø, Mangalika 50 Linda Melbye, Iman Zangana (Chatrine Carlsen (v) spesialistklin)
Fore-byggende	400		6	Birthe Therkelsen, Kirsten Laugen, Wenche Johnsen 90, Siren Rognaldsen 50, Tove-Margit Sagosen 50, Irene Milde 50
	330 ?		7	Gro Stenerud, Alida Hodzic, Siri Brynjulfsen 50, Merethe Dyrøy, Margare Erstad 80, Romina Tvedt 20, Kari Hus Arnesen (v) tannpleiere
Hoved-resepsjonen	200		4	Eva Jacobsen 75, Trude Helgesend 80, Sigrunn Juliusdottir50, Nathalia Vik 50
Kariologi	500	200	9	Elisabeth Håland, Lena Bertelsen, Sabine Thal, Erika Stensaker, Mariann Paulsen 50, Jannicke Nygaard (v), Rannveig Janson (spesialist), Alija Ibrahimovicog Nathalia Vik ambulerende

Kjeve- og ansikts	350		5	Malgorzata Rasmussen, Sissel Godvik, Ruth Larsen 70, Astrid Mjelde 80, Lucilde Valerama 40, (+ Marianne Vollan radiograf)
Kjeve- ortopedi	600		7	Lissbeth Helander 80, Tove Nordanger, Trude Moberg, Marianne Kvinge 50, Mona-Lene Hareide 50, Zahira Jimenes 50, Terese Fredheim 50 (v), Astri Øystese
Kvalifiserin g	150		2	Tina Lilleheil, Ana Maria Stoichita 50, Alija Ibrahimovic, Linn Krokås (v) ?? Litt usikker på hvor hun jobber
Oral kirurgi	700		9	Linda Ljones, Evy Ann Risøy, Siv Kleven, Britt Storsæter 50, sykepleiere Bente Johannessen 60, Nina Gjellesvik 80, Asta Pedersen 60, Kathe Johannessen 50, Silje Espedal
Oral protetik	600	100	8	Linda Yndestad 70, Terese Kvinge, Gro Birkeland 60, Øygunn Rød 80, Natalie Hansen Benedicte Langeland, Rose Clyde 80 (v), Anita Bjerknes (spesialist)
Allmenn	100		2	Cecilie Pettersen 50, Mariann Paulsen 50
Ferdighetsse nteret	300		3	Siv Oxnes, Lisbeth Mjeldheim, Otto Forthun
Pasientinnsk riving	300		5	Vibeke Bøe, Heidi Berentsen, Kari Vabø 70, Sigrunn Juliusdottir 50, Nathalia Vik 50%
Periodonti	300	300	6	Karine Røttingen, Judith Solheim, Kirsti Mjelve, (Astrid Moen, Elin Frydenlund, Monica Hilt (spesialistklin))
				Ekstra = ansatte på spesialistklinikken + ambulerende (v = vikar)

7.4. Tidigare medarbetarenkäter samt utvärdering av omorganisation

Tidigare medarbetarenkäter och utvärderingar av omorganisationer har gått igenom. Dessa sammanfattas inte närmare här. För detaljer hänvisas till respektive dokument.

7.5. SWOT-analyser och intervjuer

I utredningen har en nutidsanalys gjorts genom SWOT-analyser på de olika seksjonerna (Endodonti, Pedodonti, Oral kirurgi och oral medicin, Kjeve- och ansiktsradiologi, periodonti, Seksjon för forebyggande tannpleie, gerodontologi och samfunnsodontologi, Kariologi, Biomaterial och «De seksjonsløse», Protetik, Kjeveortopedi) samt för vissa personalgrupper (Seksjonstannhelse-sekretærer, Administrasjonen, Seksjonsleder). Utöver detta har Instituttleder, Klinikleder och Administrasjonsleder intervjuats enskilt.

Tabell 3. Modell för SWOT-analys.

Nåtid	Styrker	Svakheter
Framtid	Muligheter	Trusler

7.6. Sammanfattning och prioritering av SWOT och intervjuer

Övergripande ses en betydligt större samstämmighet/homogenitet när det gäller styrker med nuvarande organisation jämfört med synen på svakheter, framtida muligheter och trussler. En förklaring till detta kan vara att när det gäller de tre sistnämnda så reflekteras det av att de olika seksjonerna internt har olika typer av svårigheter och problem som inte nödvändigtvis är

gemensamma for institutionen i stort. En viktig sak som uttolkas av SWOT:erna er att två yrkesgrupper, tannpleier og tannhelesekretærer, tycks ha liten/mindre felleskapfølelse på instituttet jämfört med tannleger. Nedan ses en sammanställning/viktning av de olika synpunkterna med hjälp av poäng utifrån hur de prioriterats på de olika seksjonerna eller yrkesgrupperna. Den totala poängen ligger sedan till grund för sammanfattningen. Bakom varje synpunkt anges den totala poäng denne fått i sammanställningen.

STYRKER							
Prioritering (poäng)	Faglighet (1)	Oversiktlig struktur (3)	Arbeidsmiljø (2)	Samarbeid	Flere vitenskapelige	Kommunikasjon	Personale
1 (3)	1,1,1,1,1,1,1,1,1,1		1,1,1,1	1			
2 (2)	1,1,1,1	1	1,1,1,1,1	1,	1	1	1,1
3 (1)		1,1,1,1,1,1,1	1,1	1,1			
4 (0,5)		1,1,1,1					
Total poäng	30+8=38	2+7+2=11	12+10+2=24	3+2+2=7	2	2	4

Nuvarande styrker med nuvarande organisasjon

- 1) Faglighet (38)
- 2) Arbeidsmiljø (24)
- 3) Oversiktlig struktur (11)
- 4) Samarbeid (7)
- 5) Personale (4)
- 6) Flere vitenskapelige; Kommunikasjon (2; 2)

SVAKHETER													
Prioritering (poäng)	Seksjonsledelse uten myndighet	Pasienttilgang /pasientflyt	Rekruttering / lønn	Sårbarhet ved fravær	Små miljø	Lite samarbeid	Kommunikasjon	Lite kurs- fag- & forsk.midl.	Fysisk arbeids-miljø	Avstand til ledelse	Skille klinikk/ institutt	Ledelse/ kompetanse	Forskningstid går tapt pga adm.oppg
1 (3)	1,1,1,1	1	1,1	1,1	1	1,1	1		1	1	1	1	1
2 (2)	1,1	1	1,1	1	1,1	1,1,1,1,1	1,1,1,1		1		1		
3 (1)		1,1,1	1,1,1,1	1			1	1,1,1		1,1		1	1,1,1
4 (0,5)				1	1,1		1			1	1,1		
5 (0,5)			1			1		1					
Total	12+4=16	3+2+3=8	6+4+4+0,5=14,5	6+2+1+0,5=9,5	3+4+1=8	6+10+0,5=16,5	3+8+1+0,5=12,5	3+0,5=3,5	3+2=5	3+2+0,5=5,5	3+2+1=6	3+1=4	3+3=6

Nuvarande svakheter med nuvarande organisasjon

- 1) Lite samarbeid (16,5)
- 2) Seksjonsledelse uten myndighet (16)
- 3) Rekryttering/lønn (14,5)
- 4) Kommunikasjon (12,5)
- 5) Sårbarhet ved fravær (9,5)
- 6) Pasienttilgang/pasientflyt; Små miljø (8; 8)
- 7) Skille klinikk/institutt; Forskningstid går tapt pga administrative oppgaver (6; 6)
- 8) Avstand til ledelse (5,5)
- 9) Fysisk arbeidsmiljø (5)
- 10) Ledelse/kompetanse (4)
- 11) Lite kurs- og fagmidler (3,5)

MULIGHETER														
Prioritering (poeng)	Mer seksjonsvis beslutningsmyndighet	Samarbeid om undervisning	Tydeligere arbeidsfordeling	Utnytte klin. til forskning	Samarbeid, internt	Samarbeid, eksternt	Rekryttering	Faglig utvikling	Felles forskn. strategi	Kommunikasjon	Felles møteplass	Spes.klin	Redusere sykefravær	Adm.avd frigjøre Forskningstid
1	1,1,1,1		1	1	1,1,1	1,1	1	1,1,1,1	1,1	1	1		1	1
2		1,1,1			1,1,1,1,1	1	1,1	1,1	1	1	1			
3			1		1,1	1			1,1	1	1	1		
4	1			1,1		1		1		1				
5										1				
	12+0,5=12,5	6	3+1=4	3+1=4	9+10+2=21	6+2+1+0,5=9,5	3+4=7	12+4+0,5=16,5	6+2+2=10	3+2+1+1=7	3+2+1=6	1	3	3

Framtida muligheter med nuvarande organisasjon

- 1) Samarbeid internt (21)
- 2) Faglig utvikling (16,5)
- 3) Mer seksjonsvis beslutningsmyndighet (12,5)
- 4) Felles forskningsstrategi (10)
- 5) Samarbeid eksternt (9,5)
- 6) Rekryttering; Kommunikasjon (7; 7)
- 7) Samarbeid om undervisning; Felles møtesplass (6; 6)
- 8) Tydeligere arbeidsfordeling; Utnytte klinikk til forskning (4; 4)
- 9) Redusere sykefravær; Administrativ avdeling kan avlaste for frigjøring av forskningstid (3; 3)
- 10) Specialistklinikk (1)

TRUSSLER/UTFORDRINGER																
Rekruttering av leder pga akademiske meritter	Forståelse for ulike yrkeskategorier	Sykefravær	Manglende seksjons autonomi	Utydelig orga-nisasj.	Isolert utd. av tannpl.	Kommunikasjon	Sårbar økonomi	Isolert fagmiljø	For høye takster i klinikk	Tap av faglig ledelse	Rekrut-ering	Lite tid/ penger til forskning	Konkurranse, ekstern	Pasient-tilgang	Økende antall studenter	Prioritering (poäng)
	1		1	1		1	1	1	1,1	1,1	1,1,1,1,1	1,1,1	1,1,1,1	1,1,1	1,1	1
			1			1	1,1,1	1,1	1	1,1,1	1		1,	1,1		2
1								1,1			1,1,1,1	1,1,1				3
		1			1		1,1			1,1		1				4
															1	5
1	3	0,5	3+2=5	3	0,5	3+2=5	3+6+1=10	3+4+2=9	6+2=8	6+6+1=7	24+2+1+2=29	9+3+0,5=12,5	12+2=14	9+4=13	6+0,5=6,5	

Framtida trussler/utfordringer med nuvarande organisasjon

- 1) Rekruttering (29)
- 2) Konkurranse ekstern (14)
- 3) Pasienttilgang (13)
- 4) Lite tid/penger til forskning (12,5)
- 5) Sårbar økonomi (10)
- 6) Isolert fagmiljø (9)
- 7) For høye takster i klinikk (8)
- 8) Tap av faglig ledelse (7)
- 9) Kommunikasjon; Manglende seksjons autonomi (5; 5)
- 10) Utdydelig organisasjon; Forståelse for ulike yrkeskategorier (internt) (3; 3)
- 11) Rekruttering av leder pga akademiske meritter (1)
- 12) Isolert utd. av tannpl; Syke-fravær (0,5; 0,5)

Vid gjennomgang av alle SWOT:er framkom vissa nyckelsynpunkter som lyfts fram nedan. Dessa framkommer inte i den sammanfattande analysen ovan.

Svakheter

- Lære delene for man kan sette sammen og se store sammenhang
- Vilken roll og mandat har studieleder, klinikchef og forskningsleder?
- Vem styr spesialitklinikken?
- Den overordnande blikken for pasienten forsvinner.
- Det manglas helhet og ansvar i terapiplaneringen.
- For tungrodd flyt av pasienter mellom seksjoner.
- Ansvar for tannpleierutdanning ligger på en seksjon og skiller seg fra tannlegeutdanningen.
- Å gjøre ulike praksis personal/faglig – faglig kalibrering.
- Forskningslab ikke i seksjon
- Skille mellom klinikk og vitenskap.

- Manglende leder for spesialistklinikk og mottak.
- Svårt att ha en muntlig informasjonskultur med mange deltidsansåttlda.
- Forskjellsbehandling mellom tannleger og tannhelsesekretärer.
- Stor del av vitenskapligt ansatta brukas i seksjonsleder rollen. Forskningstid går förlorad.

Muligheter

- Klinik drevet på tvers av fagfelt.
- Felles mötesplass.
- Seksjostannhelsesekretärer: Styrke samarbeid og tverfaglighet; Bruke interna resurser bedre; Hospitering; Utnytte studentfrie perioder bedre.
- Arbete för att del av de vetenskapligt ansatta kan anställas utan krav på kliniska kvalifikasjoner og på så sätt bidra mer i forskningen.

Trussler/utfordringer

- Olika yrkeskategorier kan haa dålig oppfattning om varnadras villkor og arbeidsoppgaver.
- Manglende helhetlig oppfølging av pasienter.
- Manglende helhetlig oppfølging av studenter.
- Seksjonsleder rekrutteres på grund av goda akademiske meritter ikke nödevendigvis med lederegenskaper eller interesse for ledning.

7.7. Extern analys, sammenstællning

Det odontologiske fakultet, Oslo, Norge

To institutt – Institutt for klinisk odontologi og Institutt for oral biologi

Institutt for klinisk odontologi delt inn i 11 fagavdelinger med fagleder på hver, tilsvarende våre seksjoner med seksjonsleder. Kariologi og gerodontologi er en fagseksjon Fakultetet i Oslo.

Århus Universitet, Århus, Danmark

Instituttet «Dentistry and Oral Health» er et av fem under helsefakultetet. Instituttet har 9 fagseksjoner og 5 avdelinger (laboratorier, sekretariat, sterilsentral og verksted).

Seksjonsledere og avdelingsledere inngår i ledergruppen ved instituttet.

Malmö Högskola, Malmö, Sverige

Ved «Odontologiska fakulteten» har de 13 avdelinger. En avdeling her karakteriseres av at det bedrives forskning, undervisning og utviklingsarbeid. I tillegg fungerer «Kansliet» som et administrativt nav på fakultetet.

Umeå universitetet, Umeå, Sverige

Institusjonen for odontologi har 14 fagenheter og en administrativ enhet. Ingen beskrivelse av hvem som er med i ledergruppen.

ACTA, Amsterdam, Nederland

En avdelingssjef med ansvar for 12 seksjoner. Avdelingssjef medvirker i instituttledelsen.

Seksjonene ved ACTA minner om dagens struktur ved IKO med unntak av fagene kariologi, endodonti og pedodonti som er en seksjon ved ACTA.

Kings College, London, UK

Forskningen er delt opp i forskningsgrupper (5 + en kjernefasilitet)
Grunnutdanning delt inn i en enhet bestående av team med stedstilhørighet rundt i London.
Spesialistutdanning som eget program på undervisningssiden.

University of North Carolina, Chapel Hill, North Carolina, USA

School of Dentistry har 10 institutt – 9 relatert til hver godkjente spesialitet (American Dental Association) og et for basalforskning. I tillegg har de 13 administrative støtteenheter.

Michigan School of Dentistry, Ann Arbor, Michigan, USA

Denne skolen har 6 avdelinger relatert til klinisk fag: til sammenligning vil flere av våre seksjoner være sammenslått; 1) Biologic and Materials Sciences & Prosthodontics, 2) Cariology, Restorative Sciences & Endodontics, 3) Oral and Maxillofacial Surgery/Hospital Dentistry, 4) Orthodontics and Pediatric Dentistry, 5) Periodontics & Oral Medicine, and 6) Dental Hygiene. Institusjonen har 8 administrative enheter.

Harvard School of Dental Medicine, Boston, Massachusetts, USA

Totalt 5 avdelinger som ledes av en avdelingsleder. Flere fagprogram under hver avdeling: 1) Utviklingsbiologi (kjeveortopedi og pedodonti), 2) Oral og maxillo-facial kirurgi, 3) Oral helse politikk og epidemiologi (dental public health, general practice residency, gerodontologi), 4) Oral medisin, infeksjon og immunitet (Oral patologi, oral medisin, periodonti), og 5) Restorativ odontologi og biomaterialer (endodonti, protetikk og implantologi). Hvert fag under avdelingene (fagprogram) ledes av en program direktør. I tillegg har skolen 11 administrative enheter.

University of Washington School of Dentistry, Seattle, Washington, USA

Skolen har 9 fagavdelinger med hver sin leder. Strukturen minner mye om dagens inndeling ved IKO. I tillegg har skolen 9 administrative enheter (oral patologi ligger også ved institusjonen).

Faculty of Dentistry, University of Hong Kong, Hong Kong

Fakultetet har 9 fagavdelinger med hver sin leder. Strukturen minner mye om dagens inndeling ved IKO.

Oppsummering

Det er stor variasjon på inndeling av fagseksjoner ved odontologiske utdanningsinstitusjoner rundt om i verden. Antall fagenheter/seksjoner på læresteder vi har sett på varierer fra 1 til 13, hvor flertallet ligger på 5-9 enheter. Når antall seksjoner reduseres ved læresteder settes ofte et ekstra ledd inn for å ivareta fagene. for administrative støtteenheter er det også stor variasjon, hvor amerikanske læresteder gjerne ligger på 8-13 administrative støtteenheter.

Forprosjekt - organisasjonskart tilpasset en ny hverdag

Forslag fra en oppnevnt arbeidsgruppe ved IKO

DMFT - rapporten

Drifts-Modell For
Tannhelse-
utdanningene ved
Det medisinske
fakultet

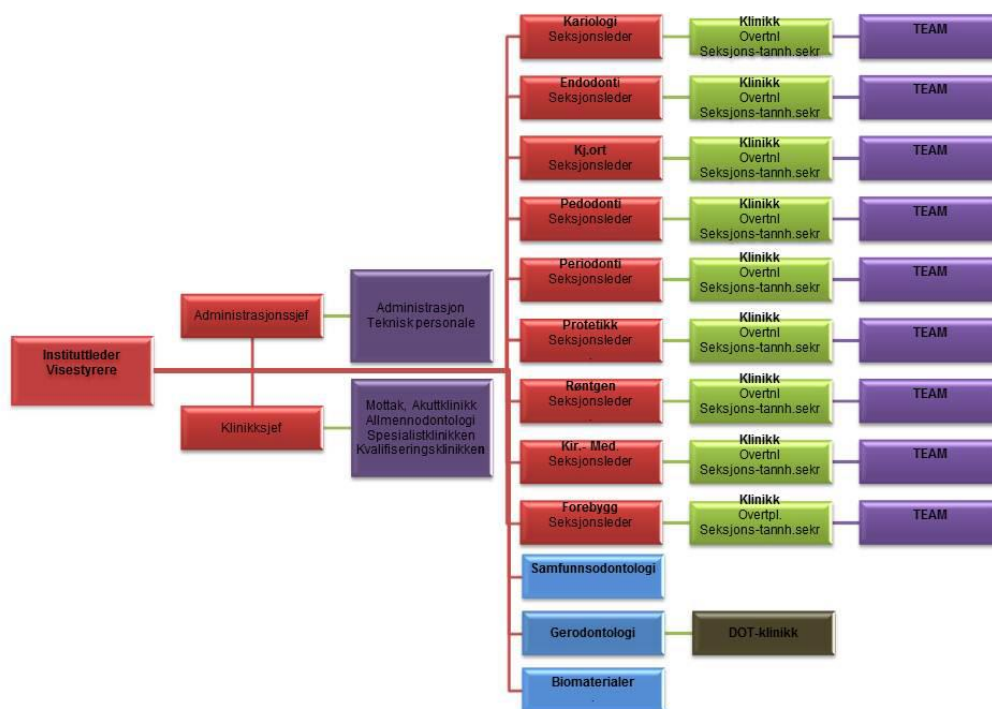
Institutt for klinisk odontologi – forprosjekt organisasjonskart tilpasset en ny hverdag

	Side
1. Bakgrunn	2
2. Mandat	4
3. Arbeid i gruppen	4
4. Arbeidsgruppens skisse og beskrivelse av forslag til ny organisasjonsstruktur	7
5. RISIKOANALYSE	11

1. Bakgrunn

Arbeidsgruppen har fått i oppdrag å foreslå en organisasjonsmodell som bedre utnytter ressursene og som støtter opp om forskning og undervisning på Institutt for klinisk odontologi (IKO).

I 2017 ble det foreslått en forenkling av organisasjonsstrukturen der antall seksjoner skulle reduseres. Selv om forslagene og intensjonene var godt begrunnet, førte forslaget kun til at tannpleierutdanningen, gerodontologi og samfunnsodontologi ble lagt under samme seksjon. De øvrige kliniske og parakliniske fagseksjonene forble uberørt. Dagens organisasjonsordning er med få unntak en videreføring av organisasjonen slik den var da tannlegeutdanningen ble opprettet i 1964 (Figur 1). En forskjell er imidlertid at de tidlige instituttene som var plassert under Det odontologiske fakultet er omgjort til fagseksjoner under IKO med noe innskrenket myndighet og uten økonomiske midler.



Figur 1. Organisasjonsstruktur ved IKO.

Fagseksjonene har historisk hatt en sterk posisjon på instituttet og motstand mot endringer og nedbygging av fagseksjoner har vært stor. Dette skyldes at de alltid har hatt et helhetlig ansvar for forskning, undervisning og klinikk på alle nivå innen sitt ansvarsområde. Spesielt ble dette synliggjort ved sammenslåing av Det odontologiske og Det medisinske fakultet, da en av forutsetningene var at Odontologisk klinikk skulle skilles ut som en egen enhet under Den

offentlige tannhelsetjenesten. Noe av forklaringen ligger nok i at fagseksjonene forvalter spesialisert klinisk og teoretisk undervisning innenfor sine respektive fag. I motsetning til medisin, hvor den kliniske undervisningen i grunn- og spesialistutdanningene ligger på helseforetaket, er ansvaret for grunn- og spesialistutdanning lagt på universitetsnivå hvor fagseksjonene på IKO har ansvar for klinisk og teoretisk utdanning. Det er derfor viktig at en ny organisasjonsmodell tar hensyn til dette, spesielt på grunn av behov for rekruttering og kompetansebygging, og ikke minst på grunn av inntekter som IKO mottar for oppdraget knyttet til spesialistutdanningen. Da forutsetningene for å skille ut klinikken ikke var til stede, ble det nedsatt en arbeidsgruppe som skulle definere ansvarsområder og myndighet i en ny integrert modell der klinikken ble plassert under IKO sin ledelse på Det medisinsk-odontologiske fakultet (Organisasjonsutviklings-prosjektet, 2011). Selv om prosjektet gav klare føringer for ansvar og oppgaver for de ulike stillingskategoriene, med utstrakt mulighet for delegering, viser utviklingen i ettertid at ansvar for administrative og kliniske oppgaver er utvidet og konsentrert på vitenskapelige seksjonsledere. Det er også en realitet at antall vitenskapelige er redusert, og at det er store problem knyttet til rekruttering av vitenskapelige fagpersoner hvor både specialist- og vitenskapelig kompetanse på PhD-nivå er et krav. En målsetting er derfor at gruppen ser på hvordan en ny organisasjonsmodell med en flatere struktur kan frigjøre de vitenskapelige ressursene rundt vitenskapelige kjerneoppgaver. Et annet problem som henger igjen etter sammenslåingen er forskjellig arbeidstid for ulike stillingskategorier. Det bør vurderes å samkjøre dette bedre i en ny modell slik at undervisningen og ressursene kan utnyttes og effektiviseres.

Ulemper knyttet til dagens organisasjonsmodell ble spesielt synlig da ny studieplan for grunnutdanningen ble iverksatt. Det ble derfor nedsatt en arbeidsgruppe som skulle foreslå tilpasninger som kunne bedre samhandling og ressursbruk i klinikken. Rapporten (KUSP-rapporten) ble fremlagt i 2024. Et hovedproblem som ble identifisert var at fleksibiliteten som kreves i klinikken ikke samsvarer med en organisasjonsmodell som fremmer sektortenkning og hemmer samhandling på tvers. Samhandling og riktig bruk av ressurser i pasientbehandlingen, slik det legges opp til i ny studieplan, møter fort problemer når faglige beslutninger ligger på seksjonsnivå. For å oppnå bedre ressursbruk bør bemanningen i større grad styres av behovene hos pasientene, i stedet for av en bemanning som er basert på historiske bemanningsnøkler på de ulike fagseksjonene.

Avslutningsvis er det et problem at sykefraværet på IKO ligger langt over Universitetets målsettinger om et sykefravær på mindre enn 4 %. Sykefravær er et ledelsesansvar som en ny organisasjonsmodell må ta hensyn til. En flatere struktur vil imidlertid gi muligheter for at beslutninger kan fattes og iverksettes på riktig nivå. HR-arbeid som sykefravær og sykefraværsoppfølging skaper problemer i en undervisningssituasjon og er problematisk i dagens modell. I en eventuell ny modell må det være en tettere kobling mellom stillinger med personalansvar og HR-kompetanse.

2. Mandat

På denne bakgrunn fikk arbeidsgruppen følgende mandat:

1. Hovedfokus for en mulig organisasjonsendring skal være:
 - bedre flyt av pasienter og undervisning i klinikken
 - økt kvalitet på klinisk undervisning
 - bedre samspill mellom fagene med tanke på faglige gevinster (tverrfaglig undervisning) og personalressurser
 - en stab som er tilpasset pasientenes behandlingsbehov
 - frigjøre vitenskapelig kapasitet for å øke BOA
2. De foreslåtte endringer skal beskrives organisatorisk og administrativt og en risikoanalyse på dagens organisering og eventuelt nye forslag skal gjennomføres.
3. Arbeidsgruppen leverer sin rapport innen utgangen av juni 2025.

3. Arbeidet i gruppen

3.1 Arbeid knyttet til valg av organisasjonsform

3.1.1 Modeller basert på forslag i RAS-rapporten.

Arbeidsgruppen ble raskt enig om at forslagene i RAS-rapporten vanskelig lar seg forene med mandatet for en ny organisasjonsform. Samhandling på tvers vil vanskelig kunne endres med nye større seksjoner hvor sektortenkning og tilhørighet sementeres i større enheter. Selv om ledernivået kan reduseres i de skisserte modellene, vil det overordnede ansvaret for personalhåndtering og klinisk behandling fortsatt være plassert på vitenskapelig nivå. Problemene når det gjelder samhandling på tvers, slik KUSP-rapporten peker på, er i første rekke knyttet til den kliniske undervisningen. For å oppnå samhandling på tvers

må beslutninger og personalhåndtering ligge på et lavere nivå. Arbeidsgruppen ser det som en fordel at beslutninger knyttet til ressursbruk og samhandling i den kliniske undervisningen legges på et nivå som fremmer helhetlig behandling til det beste for pasientene.

3.1.2 *Dagens modell.* Problemer knyttet til samhandling, ressursbruk og ansvar for pasientene har vist seg å være problematisk i en modell hvor de ulike seksjonene har ansvar for sine respektive fag. Problemer knyttet til ansvar for oppfølging av pasienter og studenter i klinikken har vært beskrevet i tidligere rapporter som har vært utarbeidet ved IKO (Arbeidsgruppen for helhetlig behandling, 2014). Problemer som ble trukket frem var kommunikasjon mellom avdelingene når det gjaldt pasientflyt og oppfølging av studenter, samt at studentene manglet ansvar for helhetlig oppfølging av pasienter. Dagens modell er også problematisk når det gjelder frigjøring av vitenskapelige ressurser i forhold til forskningsfinansiering og vitenskapelige oppgaver.

3.1.3 *Klinikken som egen fristilt organisasjon (perioden 2008-2011).* I perioden hvor Det odontologiske og Det medisinske fakultet skulle slås sammen, og hvor IKO skulle bli et institutt i et felles fakultet, var det en forutsetning at klinikken skulle være en selvstendig organisasjon under Den offentlige tannhelsetjenesten. I denne prosessen (hvor klinikken var plassert under universitetsdirektøren) ble klinikken rigget for å ta ansvaret for personalhåndtering, klinikkdrift, pasientoppfølging og studentevaluering. Et resultat av dette var en ny struktur med nye ledere og mellomledere og en påfølgende kostnadsøkning. Når forhandlingene med Den offentlige tannhelsetjenesten strandet, ble prosessen reversert (Organisasjonsprosjektet fra 2011). Dagens modell har sin bakgrunn i dette prosjektet, selv om roller og ansvar har blitt noe justert.

3.1.4 *Modeller fra andre læresteder i Norge.* Modellen ved UiT skiller seg vesentlig fra utdanningene i Oslo og Bergen på grunn av at størsteparten av den kliniske pasientbehandlingen er lagt desentralisert i Den offentlige tannhelsetjenesten. Vi har derfor kun sett på organiseringen slik den er ved UiO. Allmennklinikken er der ledet av en egen klinikkjef som har ansvaret for

å koordinere klinikkdriften og ressursbruken. Klinikksjefen har også personalansvar og ansvar for ansettelse av instruktører og sekretærer i klinikken. I nivået under klinikksjefen skal overtannleger på fagavdelingene delta i det tverrfaglige samarbeidet og har sitt hovedfokus på klinikkdriften og studentenes faglige progresjon. Disse har 80 % av sin tid avsatt til klinisk undervisning og oppfølging, 10 % til faglig utvikling og 10 % til eksamensarbeid og administrasjon. Overtannlegen kan bli pålagt arbeid utenfor avdelingen som stillingen er knyttet til. De vitenskapelige skal drive faglig utvikling og har ikke ansvar for klinisk personell eller klinikkdrift.

3.1.5 Internasjonale organisasjonsmodeller.

I de fleste modellene gruppen har undersøkt er klinikken en egen enhet hvor første- og andrestillinger ikke har direkte ansvar for klinikkdriften, men hvor klinisk tjeneste ofte inngår. Arbeidsgruppen har spesielt studert en modell ved Universitetet i Nord Carolina, USA, hvor organisasjonen er delt i en akademisk enhet og en klinisk enhet. Den kliniske enheten er delt opp i en enhet for klinisk utdanning og en enhet for klinisk drift. Enheten for klinisk utdanning skal følge opp studentene i den kliniske opplæringen i henhold til studieplaner, mens driftsenheten skal sikre klinikkdriften og støtte opp om pasientbehandlingen. Under klinikkdriften ligger også overordnet ansvar for infeksjonskontroll, administrasjon av klinikkens HMS (regelverk) og at klinikken driftes i henhold til økonomiske rammer.

Oppsummering av arbeidsgruppens diskusjoner.

Arbeidsgruppen mener at en modell etter mønster av UiO, som i større grad samsvarer med internasjonale modeller for organisering av klinikken, vil kunne gjennomføres ved UiB. For at modellen skal være kostnadseffektiv vil det kreve en gjennomgang av mandat for de ulike stillingene som inngår i dagens klinikkstruktur, herunder en fordeling av klinisk og administrativ tid for stillinger med lederansvar. På en annen side vil modellen kunne gjøre klinikkdriften mer effektiv slik at ressursene benyttes på en bedre måte enn i dag. Samtidig vil første- og andrestillinger frigjøres til forskningsoppgaver slik mandatet foreslår.

Arbeidsgruppen mener at en klinikkssjef (*klinikkssjef for utdanning*) i totalbehandlingsklinikken i 2. etasje skal ha ansvar for å koordinere undervisning og personell på tvers av fagseksjoner. Denne stillingen vil også ha oppgaver knyttet til pasientflyt og tildeling av pasienter i forhold til studentenes behov. Overtannlegene vil være underlagt klinikkssjefen og skal inngå i et tverrfaglig team. Klinikkssjefstillingen i 2. etasje vil ha sine hovedoppgaver knyttet til utdanning og logistikk knyttet til dette. Klinikkssjef for utdanning må også ha kontakt med avdelingene i 1. etasje for å sikre at studentene og pasientene sine behov blir ivaretatt på en sømløs måte.

Arbeidsgruppen ser ikke samme behov for en tverrfaglig overordnet klinikkssjefstilling for undervisning i 1. etasje, hvor fagene er mer spesialiserte og hvor det generelt er mindre samhandling på tvers. En mulighet som kan diskuteres er sammenslåing av avdelinger til større enheter (Klinikk for kjeve og ansiktsradiologi og Klinikk for oral kirurgi og oral medisin til en klinisk enhet, og Klinikk for pedodonti og Klinikk for kjeveortopedi til en annen, alternativt utskilling av klinikk for barnetannpleie til Den offentlige tannhelsetjenesten). Spesialistutdanningsklinikken, som foregår på tvers av fag, har i dag en egen koordinator. Arbeidsgruppen mener at en organisering av klinikken i 1. etasje må kunne løses med en gjennomgang av mandat basert på dagens personalressurser med et samvirke mellom, seksjonssykepleier, seksjonstannhelsesekretærer, tannhelsesekretærer og klinikkssjef og overtannleger, hvor overtannleger vil ha et hovedansvar knyttet til undervisning på egen seksjon. Diagnostikkavdelingen vil være nært knyttet opp mot 2. etasje (Figur 2). En bør se på arbeidsdelingen mellom diagnostikkavdelingen og totalbehandlingsklinikken i 2. etasje for å sikre effektiv rekruttering av nye pasienter.

Et flertall i arbeidsgruppen mener også at en avdeling for klinisk drifts er en fornuftig organisering. Denne enheten foreslås ledet av en klinikkssjef nummer to (*klinikkssjef for klinikkdrift*).

Budsjettansvar må plasseres og delegeres på klinikknivå for å sikre best mulig bruk av tilgjengelige ressurser.

4. Arbeidsgruppens skisse og beskrivelse av forslag til ny organisasjonsstruktur

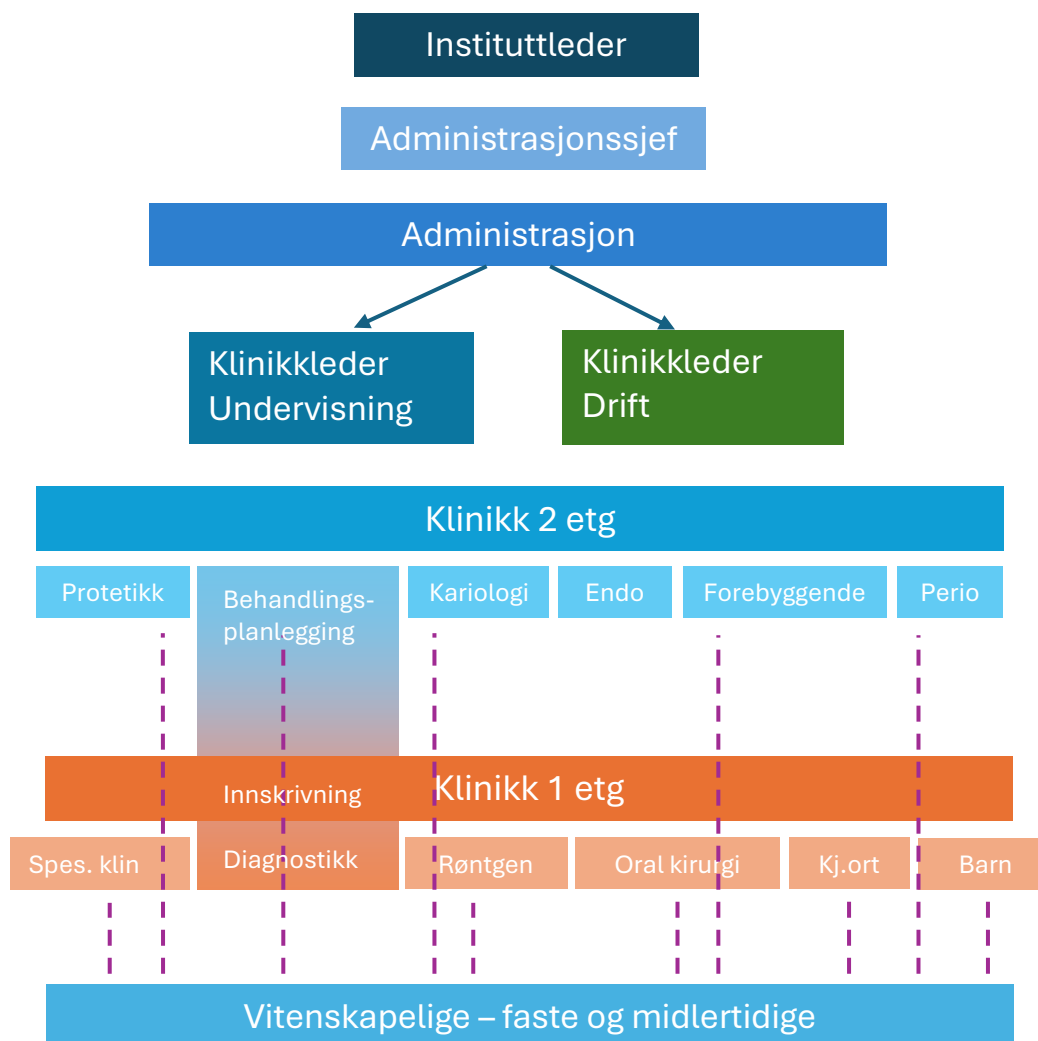
Flertallet i arbeidsgruppen går inn for en klinisk organisasjonsmodell som deles i en enhet for drift og en for utdanning (Figur 2). De to enhetene ledes av hver sin koordinator, her betegnet som klinikksejfer, hvor arbeidsoppgavene er ulike. De to enhetene vil ha ulik kobling mot de administrative støttefunksjonene på instituttet. Mens enhet for undervisning vil ha behov for administrative ressurser knyttet til studiestøtte slik som timeplanlegging, vil enhet for klinikkdrift ha behov for ressurser knyttet til journalsystem, daglig drift, infeksjonskontroll og hygiene, administrasjon av pasienter og klinikkutstyr, økonomi, inntektsmodeller og ressursplanlegging. Ressurser knyttet til personal vil ha en kobling mot begge avdelingene. Under skisseres ansvarsområdene for de to kliniske enhetene.

Enhet for klinisk utdanning

- Planlegging og gjennomføring av klinisk undervisning
- Veiledning, oppfølging og vurdering av studenter i praksis
- Kvalitetssikring av den faglige delen av studentbehandling
- Koordinering av klinisk praksis etter gjeldende læreplaner og forskrifter
- Bidra til kontinuerlig forbedring av undervisningsmetodikk
- Personellressurser (overtannleger, overtannpleiere, instruktørtannleger, instruktørpleiere, etc.)

Enhet for klinikkdrift

- Daglig drift av klinikken
- Personellressurser (tannhelsesekretærer, sykepleiere, resepsjon, dentalteknikere etc.)
- Infeksjonskontroll og HMS
- Administrasjon av pasientflyt, timeplaner og klinikkutstyr
- Overholdelse av lover og forskrifter
- Økonomistyring og inntektsmodeller
- Logistikk og ressursplanlegging



Figur 2. Skisse over gruppens forslag til organisasjonsmodell for klinikkdriften.

Klinikken ledes av to klinikkssjefer med hver sine ansvarsområder. De to enhetene vil ha behov for ulike administrative ressurser. Vitenskapelige, faste og midlertidig ansatte vil ha sine oppgaver knyttet til den kliniske utdanningen på alle nivå. Diagnostikkavdelingen hvor pasientene har sitt første besøk må koordineres og samkjøres med planlegging i 2. etasje for å sikre rekruttering av nye pasienter.

Arbeidsgruppen legger vekt på at et Odontologisk klinikk skal fremstå som en samlet enhet hvor følgende nøkkelp prinsipp blir lagt til grunn:

A. Samarbeid og kommunikasjon

- Tett samarbeid mellom klinisk utdanning og klinikkdrift
- Regelmessige møter for koordinering, evaluering og forbedring

B. Ressursoptimalisering

- Bruke kompetanse der den har størst verdi (f.eks. vitenskapelige ansatte til undervisning og forskning, ikke til driftsoppgaver)
- Effektiv bruk av tannhelsesekretærer og administrativt personell

C. Kvalitetssikring og evaluering

- Systematisk evaluering av klinisk undervisning og pasientbehandling
- Studenttilbakemelding, pasienttilfredshet og resultatmåling
- Kontinuerlig forbedring basert på data og tilbakemeldinger

D. Digital støtte

- Bruk av digitale verktøy for planlegging, dokumentasjon og kommunikasjon
- Elektroniske pasientjournaler, timebestillingsystem og evalueringsverktøy

Personalansvar og personalressurser

De to klinikkjefene vil ha delegert personalansvar fra instituttleder. Instituttleder vil ha personalansvar for de vitenskapelig tilsatte (første- og andrestillinger). Skisse for personallinjer i organisasjonsmodellen er vist i Figur 3.

Klinikkjef for undervisning.

Klinikkjefen vil ha personalansvar for den kliniske lærerstaben for å kunne koordinere undervisningen best mulig etter intensjonene i ny studieplan. Klinikkjefen vil også ha som oppgave å lyse ut stillinger i forhold til de behov som trengs i undervisningen. Dagens overtannleger vil være underlagt klinikkjefen. Klinikkjefen kan ved behov delegere personalansvar til dette nivået. Det er ønskelig at Klinikkjef for undervisning er delaktig i den kliniske undervisningen. Tid avsatt til klinisk tjeneste og administrative oppgaver bør vurderes nærmere. Mandatet til overtannlegene vil ellers være som tidligere, med hovedvekt på oppfølging av den kliniske undervisningen på enheten, men samtidig bør en vurdere å se på strukturen på overtannlegeleddet med tanke på antall, samt klinisk og administrativ deltagelse.

Klinikksjef for drift.

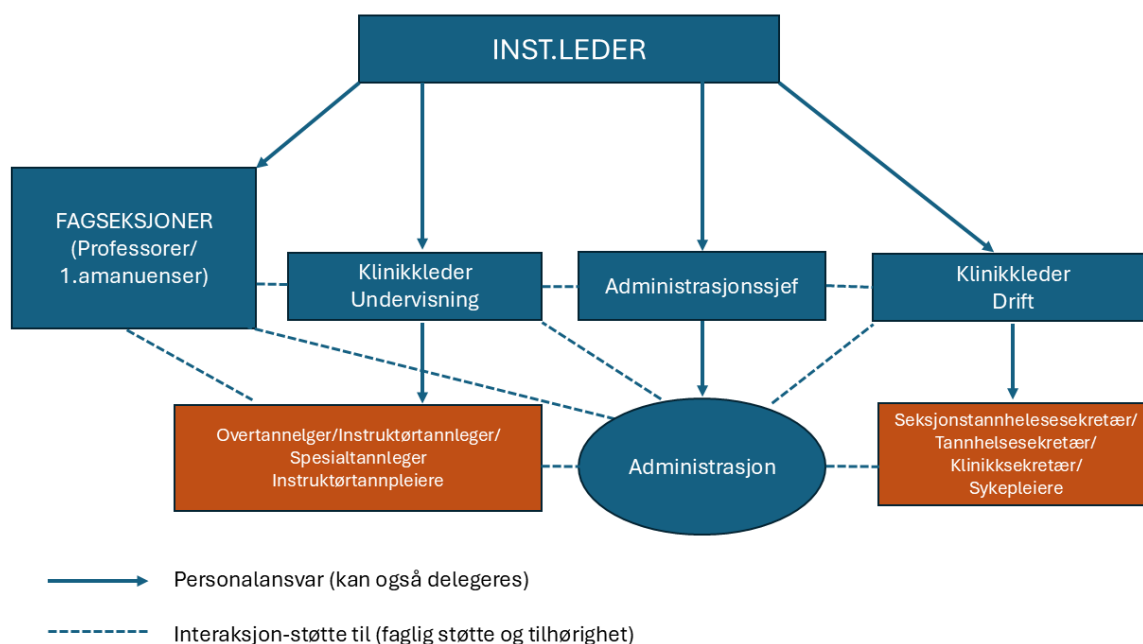
Klinikksjefen vil ha overordnet personalansvar for staben som skal være en støtte i den kliniske undervisningen. Dette fordrer tett dialog mellom klinikksjef og den administrative staben. Tannhelsesekretærer er også foreslått plassert i enhet for drift, med ansvar for daglige administrative og kliniske oppgaver. Personalansvar for administrasjonen er lagt til administrasjonssjefen, mens ansvar for tannhelsesekretærer er lagt til klinikksjefen, med mulighet for delegering av oppgaver til seksjonstannhelsesekretærer.

Sykefraværsoppfølging.

Sykefraværsoppfølging er i dag delegert og plassert på seksjonsledernivå. Seksjonsledernivået består av vitenskapelig ansatte som har lite erfaring og opplæring, og med minimal støtte fra HR. Her skiller IKO seg vesentlig fra andre institutt ved Det medisinske fakultet. Dette resulterer i sløsing med vitenskapelige ressurser som kunne vært benyttet mer målrettet. For å effektivt redusere sykefraværet anbefaler vi at oppfølging av sykefravær legges under administrasjonssjefen i samarbeid med de to klinikksjefene, og med sterk støtte fra HR, avhengig av hvem som trenger oppfølging.

Personalressurser.

Det bør også vurderes hvordan en bedre kan utnytte studentfrie perioder for å ivareta pasientene når det gjelder innskrivning og akuttbehandling, siden dette vil påvirke økonomien i organisasjonen.



Figur 3. Skisse for personallinjer i ny organisasjonsmodell for odontologisk klinikk.

5. RISIKOANALYSE

Dagens organisering

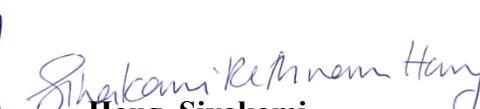
Utfordringer med dagens organisering, spesielt i forbindelse med innføring av ny studieplan, er tidligere grundig utredet i KUSP-rapporten. En hovedutfordring er at «seksjonsvis arbeidskraft» reduserer oversikten over tilgjengelige menneskelige ressurser og at dette kan skape skjev arbeidsbelastning for personalet. Seksjonsvis personalansvar for kliniske lærere vurderes som en hindring for tverrfaglig klinisk undervisning og utnyttelse av arbeidskraft i klinikken. Tverrfaglig planlegging og undervisning vil kunne bedre pasientflyt og hindre fragmentert behandling. Hvis den organisatoriske modellen skal være levedyktig på sikt, bør det arbeides for økt ressursutnyttelse av personale og pasienter på tvers av seksjoner, hvor administrative ressurser til økonomi personalhåndtering knyttes tettere opp mot den daglige klinikkdriften.

Vitenskapelige ressurser er i for stor grad knyttet opp mot klinikkundervisning og klinikkdrift på bekostning av forsknings og formidlingsoppgaver.

Ny organisasjonsmodell

Den foreslåtte modellen er forventet å redusere utfordringer knyttet til ressursbruk og samhandling, men overgangen medfører enkelte risikoelementer.

Det er risiko for uklare roller, økt belastning i overgangsfasen og mulig motstand mot endring fra ansatte. Risikoen kan reduseres ved å utarbeide tydelige stillingsbeskrivelser, sikre god opplæring og etablering av en robust implementeringsplan. For å unngå uklare grensesnitt mellom drift, utdanning og administrasjon, bør ansvarslinjer fastsettes i et revidert organisasjonsreglement. Det anbefales at det gjennomføres regelmessige evalueringsmøter i oppstartsperioden for å fange opp uforutsette utfordringer. Organisasjonsmodellen vil kreve opplæring og støtte til ansatte i en overgangsfase.

 Bletsa, Athanasia	 Fristad, Inge	 Haug, Sivakami
 Hodzic, Alida	 Lind, Maren	

Alle i arbeidsgruppen stiller seg bak forslaget.

Arbeidsgruppen for forprosjekt - organisasjonskart tilpasset en ny hverdag
Bergen, 26.06.25



Nedlegging av studieretning Genetisk veiledning, masterprogram i helse og samfunn

Bakgrunn

[Programevaluering av Masterprogram i helse og samfunn, 2023](#)

Historikk, studenttall og ressursbruk

Masterprogram i helse og samfunn har i dag tre ulike studieretninger: Ulike perspektiv på sentrale helseutfordringer, Yrkeshygiene og Genetisk veiledning. Programmet driftes ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin (IGS).

Alle de tre studieretningene i dagens mastergrad har felles læringsutbyttebeskrivelser på programnivå, men i [studieplanen](#) for masterprogrammet står blant annet dette om studieretningen Genetisk veiledning:

I studieretningen genetisk veiledning skal studentene tilegne seg en helhetlig kompetanse om medisinsk genetisk virksomhet i Norge og utviklingen innen medisinsk bruk av bioteknologi. De skal få kunnskap om medisinsk genetikk og risikoberegninger, samt omfattende kunnskap om kommunikasjon og veiledning. Studieretningen fokuserer på den psykiske og eksistensielle belastningen genetisk risikoinformasjon kan ha for pasient og familie, og forholdet mellom medisinsk bruk av bioteknologi og helse blir problematisert. Det er mulig å velge mellom en klinisk fordypning i genetisk veiledning, med en masteroppgave tilsvarende 30 studiepoeng og 30 studiepoeng klinisk praksis, og en mer forskningsrettet master med en oppgave på 60 studiepoeng.

Masterprogrammet har totalt 35 studieplasser, og fem av disse har normalt vært avsatt til studieretningen Genetisk veiledning (10 plasser annet hvert år). Studentgrunnlaget for studieretningen har imidlertid vært lavt over mange år, og det har ikke vært lyst ut plasser på studieretningen de siste to årene.

Genetisk veiledning skiller seg ut fra de andre studieretningene under Helse og samfunn, med sitt kliniske løp. Programledelsen opplever også selv at de tre studieretningene er noe kunstig sammensatt. Lave opptakstall gjør det sårbart å være student, siden studentene får færre arenaer for faglig diskusjon. Slik beskrev komiteen som evaluerte masterprogrammet i 2023 situasjonen:

Studieretningen i genetisk veiledning er profesjonsrettet, og studentene i denne gruppen uttrykker et ønske og behov for å ha færre fellesfag i studieløpet. Majoriteten av dem har søkt seg til studiet for å bli genetiske veiledere og ikke for å bli forskere. Disse studentene opplever at mye av det som fellesemnene fokuserer på ikke er så relevant for dem, og de ønsker heller å ha flere emner som fokuserer på medisinsk genetikk og genetisk veiledning. (...) Staben har stor forståelse for denne

problematikken, men den erkjenner at det vil bli for krevende å endre emnene for genetisk veiledning innenfor den eksisterende masteren i Helse og samfunn.

Tabellen under viser studenter som har startet og fullført studieretningen de siste opptaksårene:

Opptak år	Antall søkere med opptak	Antall fullført	Sluttet
2019	3	1	2
2020	8	6	2
2022	1	1	0
2023	4 (1 overgang til annen studieretning)	1 + 1 som leverer høst 2025	1

Ressurser tilknyttet studieretningen begrenser seg i dag til en 50 % ansatt. Denne vil etter eventuell nedleggelse kunne inngå fullt i andre undervisningsoppgaver ved IGS/fakultetet, innen fagområder som vitenskapsteori, metode og etikk. Den administrative ressursen tilknyttet programmet vil ikke påvirkes, da det i praksis har vært svært lite administrativt arbeid tilknyttet studieretningen de siste årene.

Et tydelig signal fra fagmiljøene ved universitetssykehusene er at det er ønskelig at de som utdannes som genetiske veiledere har europeisk godkjenning som genetisk veileder. Dagens studieretning under Helse og samfunn oppfyller ikke kravene til dette, da fellesfagene med de andre studieretningene ikke gir plass til tilstrekkelig antall studiepoeng i påkrevd pensum for europeisk godkjenning.

I løpet av studieåret 2024/2025 startet et internasjonalt arbeid med å utrede en felles nordisk mastergrad i genetisk veiledning, der man tar utgangspunkt i masterprogrammet ved Universitetet i Linköping. Denne vil gi europeisk godkjenning, og vil derfor svært sannsynlig utkonurrere den nåværende modellen ved UiB.

Instituttrådet ved IGS vedtok på bakgrunn av alt dette den 12. juni 2025 å legge ned studieretningen i Genetisk veiledning (sak 17/25, vedlagt).

Kommentarer fra ledelsen

Forslag til vedtak

Fakultetsstyret vedtar å legge ned studieretningen Genetisk veiledning under Masterprogram i helse og samfunn fra og med opptaket høsten 2026.

Marit Bakke
dekan

09.10.2025/Martha Houen Dahle
Vedlegg

1 Referat fra instituttrådsmøte 12.06.2025



REFERAT FRA MØTE I INSTITUTTRÅDET TORSDAG 12. JUNI 2025
KL 10.00-12.00. STED: BORGARSKARET, 3. ETG ALREK HELSEKLYNGE

Innkalte:

Gruppe A:	Ingvild F. Sandøy, Magnus Vollset, Ingunn Engebretsen
Gruppe B:	-
Gruppe C:	Anne Berit Kolmannskog
Gruppe D:	Nora Dyrhaug
Leder:	Bjarne Robberstad, instituttleder
Sekretær:	Ingvild Strømsnes administrasjonssjef
Observatør:	Reidun L. Kjome, nestleder
Fraværende:	Åshild Lunde, Kerstin Almdal

SAKSLISTE

Vedtakssaker:

13/25 Godkjenning av innkalling og saksliste
Innkalling og saksliste ble godkjent.

14/25 Godkjenning av referat
Referatet ble godkjent på sirkulasjon.

15/25 Nedlegging av fagområdet SAMLET
Bjarne Robberstad orienterte om prosessen og innholdet i forslag til vedtak. Han avklarte også at medlem av rådet, Magnus Vollset, ikke var inhabil i saken selv om han er direkte berørt.

Instituttrådet ble enig om noen mindre redaksjonelle endringer som vil bli innarbeidet i notatet, deriblant et nytt punkt 11:

«Nedlegging av fagområdet SAMLET og overføring av ansatte i SAMLET til nye fagområder har gyldighet fra og med 11. august 2025 (semesterstart)».

Instituttleder anbefaler å avvente fysiske flytteprosesser til resultatet av den store arealprosessen ved Det medisinske fakultet er klar. Flytting bør skje senest ved utgangen av 2025, og tidligere dersom det er praktisk.



UNIVERSITETET I BERGEN

Institutt for global helse og samfunnsmedisin

Eventuelle resterende fagområdemidler for 2025 fordeles til drift mellom de ansatte i SAMLET, som kan kontakte økonomikoordinator Eggereide ved spørsmål.

Instituttrådet legger innkomne høringsuttalelser til grunn for sin beslutning, men disse er dels personlige og fjernes før sakspapirene publiseres i Teams for IGS. Beslutningsgrunnlaget utarbeidet av AFF er offentlig og vedlegges saken når denne publiseres i Teams for IGS.

Instituttrådet ber om at konsekvenser av oppløsningen av SAMLET adresseres spesielt i medarbeidersamtaler med tidligere ansatte i fagområdet.

Vedtak: Instituttleders innstilling som innebærer oppløsning av fagområdet SAMLET og at medarbeidere/fagmiljø blir innplassert slik det er faglig mest naturlig (se saksforelegg punkt 1-11) ble enstemmig vedtatt.

16/25 Valg til instituttrådet

Innenfor ordinære frister var det kun kommet ett forslag til ansattrepresentant for gruppe A (faste vitenskapelig ansatte) og ingen for gruppe B (midlertidig vitenskapelig ansatte), mens det ble avholdt ordinært valg for gruppe C (teknisk administrativt ansatte).

Valgkomiteen har ikke vært aktiv, og instituttrådet bemerker at rådets medlemmer fra gruppe A ikke ble spurt om de kunne tenke seg å stille en gang til.

Resultat etter valg for gruppe C er:

Fast representant:	Anne Berit Kolmannskog.
1. vara	Burhan Huseni Limdiawala
2. vara	Kirsti Andrea Nordstrand
3. vara	Iselin Henriksen Kvamme
4. vara	Daniel Gundersen

For gruppe A og B utgjorde instituttrådet valgforsamling. Kandidatene som stilte til valg for gruppe A ble foreslått som resultat av at fagområdelederne sonderte i fagområdene.

Følgende stilte til valg som faste representanter i instituttrådet for gruppe A:

Edvin Schei, Thorkild Tylleskär, Tone Bjørge og Marte Emilie Sandvik Haaland.

Alle ble enstemmig valgt.

Følgende stilte til valg som vararepresentanter i instituttrådet for gruppe A:

Bård Bogen, Oddvar Martin Kaarbøe, Elisabeth Strømme.

Alle ble enstemmig valgt i den rekkefølge de var meldt inn, slik at vara for gruppe A er:

1. vara Bård Bogen
2. vara Oddvar Martin Kaarbøe



UNIVERSITETET I BERGEN
Institutt for global helse og samfunnsmedisin

3. vara Elisabeth Strømme

Som fast representant i instituttrådet for gruppe B stilte Kerstin Almdal.

Almdal ble enstemmig valgt. Vi vil supplere med valg av vara i høstens første instituttrådsmøte.

Instituttrådet ser det som uheldig at vi ikke har tilstrekkelig antall kandidater for å gjennomføre ordinært valg. Rådet understreker at det er viktig at god informasjon om valget formidles til hele instituttet.

17/25 Nedlegging av studieretningen genetisk veiledning

Bjarne Robberstad orienterte innledningsvis.

Studentgrunnet for genetisk veiledning har ikke vært til stede. Fagmiljøet har fått bevilget midler til å prosjektere en nordisk modell.

Nedleggelse av studieretningen genetisk veiledning ble enstemmig vedtatt, og saken oversendes fakultetsstyret med dette som anbefaling for endelig vedtak.

Orienteringssaker:

18/25 Økonomistatus per juni 2025

Siv Eggereide orienterte om økonomistatus og om budsjettprosessen for 2026.

19/25 Arealprosessen ved Det medisinske fakultet

Ingvild Strømsnes orienterte.

20/25 Vestlandslegen

Bjarne Robberstad orienterte.

21/25 Faste stillinger i prosess

Bjarne Robberstad orienterte:

Andrea Melberg: førsteamanuensis (50 %) fra 1.3.2025. Kombinerer med 50 % stilling som postdoktor fram til 15.4.2026, går deretter opp i 100 % stilling som førsteamanuensis.

Line Iden Berge: professor (100 %) ved SEFAS siden 3.3.2025

Mirey Alfarah: fast ansatt forsker med doktorgrad (80 %) fra 1.4.2025. Ansatt på eksterne midler på prosjektet «Apotekene som aktør for bedre psykisk helse».

Marte Emilie Sandvik Haaland: førsteamanuensis i helsevitenskap (100 %) fra 22.4.2025

Jan-Magnus Økland: fast stilling som senioringeniør (100 %) på eksterne midler knyttet til BCEPS fra 1.5.2025



UNIVERSITETET I BERGEN
Institutt for global helse og samfunnsmedisin

Priyanthi Borgen Gjerde: førsteamanuensis (50 %) på FAM fra 2.6.2025

Caroline Engen: førsteamanuensis i medisinsk etikk og vitenskapsteori (50 %) fra 1.8.2025

Faste stillinger under utlysning

Førsteamanuensis i medisinsk statistikk (100 % x 2 stillinger) – nærmer seg ferdigstilling.

Overingeniør/senioringeniør på BIOS (100 % x 2 stillinger) – nærmer seg ferdigstilling.

Førsteamanuensis i helsevitenskap (100 %) – 2 søknader, komitéen har frist 16. juni.

22/24

Eventuelt

Instituttrådet ba om at en oppdatert sak om bemanningsplanlegging kommer tilbake til rådet. Instituttleder svarte at temaet vil komme opp i forbindelse med utarbeidelse av ny forskningsstrategi.

Instituttleder takket alle medlemmene for god og viktig innsats i instituttrådet. Det er nyvalg for gruppe A som velges for en periode på fire år. Representantene for gruppe B og C som velges for ett år av gangen er gjenvalgt. Studentrepresentanten (gruppe D) går av etter om lag 2,5 år i instituttrådet.



Ny studieplan for integrert masterprogram i farmasi

Bakgrunnsdokumenter

[Programevaluering av farmasistudiet, 2021](#)

[Forskrift om nasjonal retningslinje for farmasøytutdanningene, bachelor- og masterutdanning i farmasi - Lovdata.](#)

Bakgrunn

Integrert masterprogram i farmasi ble sist evaluert i 2021. I rapporten fra evalueringen ble det slått fast at programmet var modent for revisjon, da det har vært tilnærmet uendret siden 2003. Innføringen av nasjonale retningslinjer for farmasiutdanningen (RETHOS) i 2021 medførte også, blant annet, nye krav til omfang av undervisning i samfunnsfarmasi og galenisk farmasi. I tillegg ønsket fagmiljøet å gjøre en rekke endringer i andre emner. I november 2021 oppnevnte Det medisinske fakultet derfor en arbeidsgruppe med mandat om å revidere programmet. Arbeidsgruppen som nå har levert forslag til ny studieplan har bestått av Lone Holst, Reidun Kjome, Wei Wang, Bengt Erik Haug (vara), Håvard Røkke, Marte Nørve Årvik og studentrepresentanter.

Slik har arbeidsgruppen jobbet

Arbeidsgruppen har hatt flere møter etter oppstart november 2021, og hatt dialog med alle fagområdene på farmasi, inkludert kjemisk institutt, styringsgruppen for farmasi og studentene underveis. I 2022 gjennomførte arbeidsgruppen en studentundersøkelse, en alumniundersøkelse og en studentworkshop i samarbeid med UiBs Læringslab der metoden Design Thinking ble brukt. Arbeidsgruppen gjennomførte også en todagers workshop om redesign av studieprogrammet i august 2022 i samarbeid med Læringslaben, der alle emneansvarlige var invitert.

I september 2022 laget arbeidsgruppen et første utkast til ny studieplan. Våren 2023 mottok arbeidsgruppen tilbakemelding på det første utkastet fra deler av referansegruppen: Anne Berit Samuelsen (ekstern fagfelle, ansatt ved UiO), Ragnhild Haugse (representant fra Sjukehusapoteka Vest) og Mirey Alfarah, som jobber som universitetspedagog tilknyttet farmasi.

Ny studieplan skulle opprinnelig foreligge høsten 2023. I 2023 ble de fem ekstra studieplassene i farmasi, som ble tilført under koronapandemien, trukket tilbake. Fakultetet og farmasi mistet da finansiering basert på disse fullfinansierte plassene, og grunnlaget for noen av de foreslåtte endringene falt bort. Arbeidet ble noe forsinket og stoppet til dels opp i 2023. Arbeidet ble gjenopptatt i 2024 og mandatet for arbeidet ble

justert i styringsgruppemøte 19. september 2024. Disse endringene ble inkorporert og endelig forslag ble godkjent av Styringsgruppen 6. februar 2025, se vedtak under.

Hovedinnhold i ny studieplan

Ny studieplan har fått frem en bedre sammenheng mellom emnene, og de farmasøytiske emnene er fordelt ut over alle studieår. Arbeidsgruppen mener arbeidsbelastningen de første fire semestre er bedre fordelt, og at det er en bedre balanse av kjemiske og biologiske farmasifag på de første to årene.

FARM280, Menneskets fysiologi: emnet er økt med 5 studiepoeng og inkluderer nå laboratoriekurset som er en del av emnet for andre studentgrupper og har vært etterspurt av farmasistudentene. Det gir en mer realistisk studiepoengbelastning for emnet.

FARM211, Farmasøytisk fysikalsk kjemi: Undervisningsleder ved Kjemisk institutt er positiv til at emneansvarlig kan tilpasse emnet bedre til farmasistudentenes behov. Dette emnet sees i sammenheng med Legemiddelformulering og -fremstilling I og II (LMF I og II).

FARM395, farmakoterapi: inkluderes delvis inn i farmakologiundervisningen, som er delt i farmakologi A og B. Det vurderes også å lage et eget valgemen i (avansert) farmakoterapi på 5 studiepoeng, som studentene kan ta på 5. studieår.

Andelen klinisk farmasi er økt med 5 studiepoeng og slått sammen med samfunnsfarmasi på 7. semester. Det gjør at emneansvarlige i samfunnsfarmasi II og klinisk farmasi kan samordne undervisning og dra nytte av hverandre. Tanken er at dette emnet ligger på K2, men med støtte av undervisere fra IGS.

I tillegg er følgende endringer gjort:

- Tidligere FARM295, galenisk farmasi: utvides med 5 studiepoeng, deles på vår og høst og omdøpes til Legemiddelformulering og -fremstilling I og II, så det blir tydeligere hva emnet omhandler. Dette gir en høyere andel studiepoeng i et rent farmasøytisk fag, og oppfyller ønsket fra undervisere om å fordele undervisning på vår og høst. Det gjør også at en kan få bedre utnyttelse av nytt laboratorium.
- Analytisk kjemi undervises samme semester som LMF I, så disse emnene kan dra veksler på hverandre.
- Farmakologi undervises samme semester som legemiddelkjemi, så disse emnene kan dra veksler på hverandre.
- FARM238, Farmakognosi: flyttes tilbake til vårsemesteret, som ønsket av emneansvarlig.

Utfordringer

Den mest omdiskuterte endringen i ny studieplan er flyttingen av FARM150, biokjemi, til første semester. Når arbeidsgruppen likevel velger å gjøre det skyldes det at 1) Emnet er et 100-nivå emne og har ingen forkunnskapskrav. 2) Emnet skal være tilpasset MEDFAK som ikke tilbyr kurs i organisk kjemi og 3) ernæringsstudenter har emnet på første semester (men disse strever også mer med emnet enn farmasistudentene). Arbeidsgruppen ser ikke mulighet for å legge emnet senere i studieplanen, hvis emnet skal beholdes på høstsemesteret, som er nødvendig for ernæring.

En annen utfordring er at MEDSTA, medisinsk statistikk, flyttes fra vår til høst. Dette emnet undervises i dag i vårsemesteret for flere store studentgrupper. Mens emneansvarlige i MEDSTA ikke ønsker å lage et eget emne for farmasistudentene, tilbyr IGS et annet emne: INTH315, Methods in Global Health Research, som også inneholder en statistikkdel, og undervises på høstsemesteret. Fagmiljøet er villige til å diskutere om farmasistudentene kan koble seg på her. Statistikkundervisningen inngår imidlertid i arbeidet til arbeidsgruppen som ser på ny plan for samundervisning mellom odontologi-, ernæring- og farmasistudiene, og arbeidsgruppen avventer konklusjonen deres.

Hva er ikke løst

Uttekslingssemester: 5. semester var ment som et utvekslingssemester der farmakologi og 10 stp valgfrie emner skulle gjøre det lettere for farmasistudentene å reise på utveksling. Det viste seg umulig å fristille 10 stp til valgemner. Hensyn til en helhetlig studieplan med farmasirelevante emner på hvert studieår har blitt prioritert. Likevel håper arbeidsgruppen at det vil være noe lettere å få til utveksling på 5. semester, som nå inneholder farmakologi og mikrobiologi.

Arbeidsgruppen har ikke funnet noen mulighet for å inkludere INF100, Innføring i programmering, inn i ny studieplan, selv om dette opprinnelig var ønsket.

Hva er tatt ut av gammel studieplan

- 1) MAT101(10 stp) er tatt ut. Ingen andre farmasiutdanninger i Norge har et eget matteemne.
- 2) FARM301A (3 stp) er tatt ut som obligatorisk emne. Deler av emnet (spektroskopi) kan tilbys som valgemne.
- 3) MEDEPI (2 stp) er tatt ut. I stedet vil det inkluderes noe farmakoepidemiologi i det utvidete samleemnet for klinisk- og samfunnsfarmasi på 7. semester, slik at studieprogrammet fremdeles oppfyller krav i RETHOS.

Behandling i programutvalg og styringsgruppe for farmasi

6. februar 2025: Styringsgruppen for farmasi godkjente videre arbeid med foreslått studieplan (sak 2/25) og ønsket at arbeidsgruppen jobbet videre med:

- *Lage tidsplan for videre arbeid*
- *Lage overgangsplaner mellom gammel og ny studieplan*
- *Revidere emner og lage nye emnebeskrivelser med oppdaterte læringsutbytter (med ansvar hos de emneansvarlige)*
- *Koordinere timeplaner og bruk av lablokaler der nødvendig.*
- *Utrede økonomi knyttet opp mot ekstra ressurser i forbindelse med overgangsplan og mulig dobbel undervisning og dublering av lab. Det skal utredes om restmidler fra de fem fullfinansierte plassene kan brukes til dette.*

30. april 2025: Studieplan, overgangsplan og tidsplan godkjent i programutvalg for farmasi (sak 7/25).

21. mai 2025: Studieplan, overgangsplan og tidsplan ble tatt til etterretning i programstyret ved kjemisk institutt.

Behov for ressurser i en utvikling – og implementeringsfase

I en overgangsfase fra gammel til ny studieplan og med noe dobbelundervisning i en overgangsperiode, vil det være behov for noen økte ressurser i en begrenset periode. Dette vil tas opp med Styringsgruppen for farmasi.

Forslag til vedtak

Fakultetsstyret vedtar ny studieplan for Integrert masterprogram i farmasi. Programutvalg for farmasi fag gis fullmakt til å implementere ny studieplan etter rammene som ble fastlagt av programutvalget i møte 30. april 2025.

Vedlegg:

Mandat arbeidsgruppen H21

Revidert mandat arbeidsgruppen H24

Referat Styringsgruppen 6. februar 2025

Referat programutvalget farmasi 30. april 2025

Referat programstyret Kjemisk institutt 21. mai 2025

Makroplan, overgangsordninger og tidsplan

Referansegruppe – ny studieplan for farmasi

Marit Bakke
dekan

Synnøve Myhre
fakultetsdirektør

09.10.2025/Marte Nørve Årvik

Vedlegg

- 1 Mandat for revisjon av studieprogram i farmasi endelig fra Styringsgruppen H21 (2)
- 2 Revidert mandat arbeidsgruppen for ny studieplan for farmasi H24
- 3 Referat__Styringsgruppemøte farmasi_060225 (1) (1)
- 4 Referat_programutvalg for farmasi_30 april 2025
- 5 Referat programstyremøte kjemisk 210525

- 6 Makroplan, overgangsordninger og tidsplan
- 7 Referansegruppe ny studieplan for farmasi

Mandat for revisjon av studieprogram i farmasi

Forum for farmasi gav i sitt møte den 23/9-19 leder på senter for farmasi i oppdrag å lage et utkast til mandat for revisjon av studieprogram for 5-årig integrert master i farmasi ved UiB.

Farmasistudiet ble opprettet ved UiB i 2003, og mens det har vært en rekke mindre endringer siden dette, har det ennå ikke vært gjennomført noen full revisjon av studieprogrammet i farmasi. I 2014 ble muligheten for et 3+2 studium utredet. En slik revisjon ville gjøre det vanskelig å bruke eksisterende emner, og derfor mer kostnadskreven. Da føringene i Meld. St. 13, Utdanning for velferd, om at alle farmasiutdanningene skulle organiseres som 3+2 ble regnet som veiledende og ikke bindende, ble forslaget forkastet.

Arbeidsmarkedet for våre utdannede kandidater i farmasi er i hurtig utvikling. Apotekene er fremdeles vår største arbeidsgiver, og vi ser at de tar på seg nye oppgaver i form av tjenester som inhalasjonsveiledning, Medisinstart og vaksinerings. Samtidig ser vi at Helsedepartementet er opptatt av samarbeidet mellom fastleger og apotekfarmasøyter og myndighetene ønsker at det skal etableres gode samarbeidsrelasjoner for en bedre helsetjeneste.

Klinisk farmasi på sykehusene er et område i sterk vekst, og vi ser kommunehelsetjenesten kommer etter: mange kommuner ansetter nå egne farmasøyter, og Bergen kommune har flere farmasøyter i sin stab.

Samtidig er vi i en tid der også kompetanse innen legemiddelutvikling og -produksjon er ekstremt viktig. Det letes iherdig etter løsninger på globale helseutfordringer som antibiotikaresistens og demenssykdom, og en høyere og høyere forekomst av legemiddelmangel er også en utfordring for norske pasienter. Innenfor viktige norske industrier som fiskeoppdrett er det også stort potensiale for farmasøytiske arbeidsplasser, gjennom utvikling, produksjon og kvalitetssikring av legemidler til fisk.

Basert på dette, ansees det som betimelig å gjøre en revisjon av studieprogrammet i farmasi. Forum for farmasi gav følgende føringer:

- En integrert 5-årig modell skal beholdes
- En tverrfakultær samarbeidsmodell mellom MATNAT og MEDFAK skal beholdes

Arbeidsgruppe: Det foreslås at det opprettes en arbeidsgruppe bestående av senterleder, programutvalgsleder, en studentrepresentant, et medlem utpekt av Klinisk institutt 2 og et medlem utpekt av Kjemisk institutt. Det ønskes at de utpekte medlemmene har kjennskap til studieprogrammet i farmasi. Arbeidsgruppen har ansvar for å utarbeide et forslag til ny studieplan. I dette arbeidet skal de innhente innspill fra referansegruppen (se under) og andre relevante interessenter (som studenter, ansatte, fakultetene, fagforeninger og arbeidsteder som ansetter de ferdige kandidater). Marte Årvik, som er PU-sekretær, utnevnes som sekretær for gruppen.

Referansegruppe: Det foreslås det at det opprettes en referansegruppe bestående av en programsensor, en representant fra Enhet for læring ved MEDFAK, en faglig representant utpekt av Apotekforeningen, en faglig representant for Sykehusapotekene Vest, en representant fra Legemiddelindustriforeningen, en representant fra MUHAS (samarbeidspartner i Tanzania) og professor David Wright, som en internasjonal representant med lang fartstid i studieutviklingsarbeid. I tillegg inviteres prodekaner for utdanning ved de to fakultet, og Ørjan Leren, studiesjef med Medfak til å sitte i gruppen. Referansegruppen har en rådgivende funksjon for arbeidsgruppen.

I tillegg til å følge nevnte føringer fra Forum for farmasi, skal forslaget til ny studieplan:

- Inkorporere føringer fra RETHOS
- Holdes innenfor europeiske retningslinjer for profesjonsstudiet i farmasi
- Inkorporere tilbakemeldinger fra programutvalg, praksisfelt og studenter

Arbeidet med ny studieplan skal:

- Utforske om nytt oppstartsemne i informatikk kan inkorporeres.
- Utrede nye muligheter knyttet mot Alrek helseklynge
- Identifisere mulige emner/deler av emner som kunne egne seg for digitalisering
- Ta hensyn til nye strømninger i tiden (som beskrevet i innledningen)
- Se på mulighetene for å lage et semester som er særlig egnet for utveksling
- Se på muligheten for å tilby etter- og videreutdanningskurs
- Utrede kostnader og inntekter ved å skalere opp til 40 studenter.

Forslag til ny studieplan fremlegges til Styringsgruppen for farmasi, så Programutvalget i farmasi, og godkjennes deretter i begge fakultetsstyrene

Tidsplan: forslag til ny studieplan skal foreligge innen 2023, med tanke på innføring fra august 2024.

Revidert mandat for arbeidsgruppen

Revidert mandat for arbeid med studieplanen ble vedtatt på styringsgruppemøte 19. september 2024:

«Komitéen skal ta utgangspunkt i dagens ressurser og se om mindre justeringer kan gjøres i dagens studieplan som kan bidra til å løse utfordringene som har vært forsøkt løst i forslaget til ny studieplan:

- Tilbakemeldinger over flere år fra studenter og fra ekstern fagfelle om at FARM 211 og FARM280 ikke fungerer optimalt i dagens studieplan.*
- Ønske om å inkorporere et semester egnet for utveksling*
- Ønske om bedre sammenheng i studieløpet, og å inkorporere farmasøytiske emner på*

alle studieår

- Ønske om å inkorporere FARM395 som obligatorisk undervisning*
- Ønske om å øke andelen klinisk farmasi*

Senterleder og programutvalgsleder presenterer utdanningsledere på K2 og Kjemisk institutt med nåværende studieplan og utkast til ny studieplan og utfordringene gitt senterets nåværende ressursituasjon. Komitéen utforsker sammen hvilke utfordringer som kan løses uten tilføring av nye ansatte, f.eks. ved hjelp fra andre ansatte på instituttene, tilpasning av eksisterende emner eller omrokking av arbeidsoppgaver.

Komitéen lager et forslag til ressursplan innen neste styringsgruppemøte i februar 2025.

Ressursplanen tas så tilbake til fagmiljøene og diskuteres for gjennomførbarhet.»

Referat, STYRINGSGRUPPEN FOR FARMASI, MØTE 1/2025

Tid: torsdag, 6. februar 2025, kl. 8:30 – 10:30

Sted: Det gylne snitt, Realfagsbygget

Vedlagt: [referat fra møte i styringsgruppen 19. September, med vedlegg](#)

Til stedet: Per Bakke, Silke Appel, Elisabeth Lysebo, Synnøve Myhre, Magne Olav Sydnes, Reidun Kjome, Lone Holst, Janann Sathalingam, Marte Nørve Årvik

Ikke til stede: Gunn Mangerud

Saksliste

1/2025	Vedtakssak: Endring i rekkefølgen over utlyste stipendiater knyttet til Senter for Farmasi Vedtak Foreslått endret rekkefølge på stipendiatstillingene er godkjent. De fem stipendiatstillingene er øremerket Senter for farmasi, ikke det enkelte fakultet. Evt. endringer i antall må vedtas i styringsgruppen. Styringsgruppen anbefaler at utlysningene inneholder informasjon om at det er foretrukket at kandidatene snakker skandinavisk, slik at de kan undervise på norsk eller skandinavisk.
2/2025	Vedtakssak: Oppfølging sak 5/2024: Ressursplan og mandat for arbeidsgruppen for ny studieplan. Kan vi ta planen videre? Senterleder har hatt møte med utdanningsledere på K2 og KI. Arbeidsgruppen har utarbeidet to forlag til revidert studieplan. Forslagene er sendt ut til alle vitenskapelige ansatte knyttet til Senter for farmasi, som har kommenterte på de to forslagene. Basert på kommentarene har arbeidsgruppen laget et endelig forslag. Det er noe uenighet ang hvilket forslag de vitenskapelige foretrekker, men arbeidsgruppen mener foreslått plan er den som tar hensyn til flest av de problemstillingene vi forsøker å løse. Vedtak Styringsgruppen ønsker at arbeidsgruppen jobber videre med: - Lage tidsplan for videre arbeid - Lage overgangsplaner mellom gammel og ny studieplan - Revidere emner og lage nye emnebeskrivelser med oppdaterte læringsutbytter (med ansvar hos de emneansvarlige) - Koordinere timeplaner og bruk av lablokaler der nødvendig. - Utrede økonomi knyttet opp mot ekstra ressurser i forbindelse med overgangsplan og mulig dobbel undervisning og dublering av lab. Det skal utredes om restmidler fra de fem fullfinansierte plassene kan brukes til dette.

	Ny studieplan må godkjennes i programutvalget for farmasi og programstyret ved kjemisk. I etterkant av møtet er det gjort kjent at Det medisinske fakultet ønsker at ny studieplan også skal godkjennes i fakultetsstyret ved MED.
3/2025	Diskusjonssak: Forankring av senterlederstilling: 1. mars 2027 er Reidun ferdig med sin andre periode som senterleder. Prosess for å få på plass ny leder? Det er Styringsgruppen sitt ansvar å ansette ny senterleder, men gjerne i samarbeid med sittende senterleder. Styringsgruppen foreslår at senterleder snakker med farmasistaben rundt mars 2026 for å rekruttere ny senterleder til tiltredelse 1. mars 2027, når perioden til Reidun Kjome går ut.
4/2025	Diskusjonssak: Stilinger knyttet til Senter for farmasi. Eies disse av instituttet? Stillingene knyttet opp mot Senter for farmasi skal bidra i undervisningen for farmasistudentene. Endringer i stillinger må tas opp i Styringsgruppen. Diskuterte kort om 50% stilling etter Aase/Svein. Reidun sjekker med Beate Bjørneberg om det er penger igjen etter bevilgningen som kom i forbindelse med flytting av galenisk/klinisk fra UEA til UiB.

Orienteringssaker:

O-1	Revisjon av RETHOS – nasjonale læringsutbytter I farmasi RETHOS er forskrift om nasjonal retningslinje for farmasøytutdanningene, bachelor- og masterutdanning og inneholder 70 læringsutbytter. Den tredde i kraft i 2020. Etter endringer i EU-kravene til farmasiutdanningen (2024), har arbeidsgruppen for RETHOS satt i gang en revisjon av læringsutbyttene. Endringene i EU-kravene vil ikke føre til endringer i farmasistudiet ved UiB, men det er ønskelig å revidere RETHOS da det oppleves at det er alt for mange LUBer og noen er for detaljert og andre er for vide. Det nye forslaget vil komme ut på høring når revisjonen er klar. Etter at de er vedtatt må farmasi sine læringsutbytter gjennomgå for å se om det er nødvendig å gjøre justeringer.
O-2	Legemiddelberedskap – et tverrfakultært satsningsområde for farmasi Quynh Le er leder for Nasjonalt legemiddelberedskapslager (ved SAV) og har en 20 % stilling ved klinisk institutt 2. Aktuelt tema å diskutere videre, på tvers av fakultetene: • Er et aktuelt tema for Arendalsuka • Er det aktuelt å samarbeid med forsvaret? • Samarbeid på tvers av NT og MED • Bør det være et satsingsområde på farmasi ved UiB? • Robotisert produksjon av legemidler – infrastruktur. • Vaksineberedskap

O-3	Endringer i programutvalg – instituttens ansvar Lone går av som programutvalgsleder til sommeren 2025. Aase Raddum, førsteamanuensis ved K2, har sagt at hun er villig til å overta stillingen.
-----	--

Eventuelt:

Dato for neste møte:

Onsdag 21. mai, kl. 10.30 – 12.00 – innkalling er sendt ut

Sak på neste møte:

Økonomisak jamfør sak 2/2025. Reidun Kjome kontakter Beate Bjørneberg for mer informasjon.

Referat, Programutvalg for farmasi 30. april 2025

Til stedet: Lone Holst, Aase Raddum (for Emmet), Torgils Fossen, Monica Jordheim, Quynh Le, Reidun Kjome, Wei Wang, Lars Herfindal, Ruth Brenk, Lene Tøftestuen, Gunn Elise Børset (studentrep.), Marte Nørve Årvik
Fravær: Emmet McCormack

I	Godkjenning av innkalling og saksliste
II	Godkjent
	Godkjenning av referat fra 12. februar 2025 (Godkjent på e-post)
	Godkjent
Vedtakssaker	
7/25	Ny studieplan for farmasi, overgangsplan og tidsplan Vedtak: Programutvalget for farmasi godkjenner ny studieplan, overgangsplan og tidsplan for innføring, med 8 stemmer for og 1 stemme mot. Oppstart av ny studieplan blir høsten 2026. Studieplanen skal opp som en sak på fakultetsstyret 3. september 2025. Det blir viktig å ha god dialog angående overgangsplan, tidsplan og økt kapasitet på lab og undervisningslokaler de semestrene det blir doble kull.
8/25	Oppdrag ekstern fagfelle for 2025 Vedtak: Programutvalget godkjenner oppdrag for ekstern fagfelle for 2025. Oppdraget blir å vurdere endringer i emnet FARM211, Farmasøytisk fysikalsk kjemi, slik at det blir best mulig tilpasset behovene i galenisk farmasi i ny studieplan.
9/25	Forslag til oppnevning av ny programutvalgsleder og medlemmer for programutvalg for farmasi for perioden 2025-2029 Vedtak: Programutvalget for farmasi støtter forslaget til sammensetning i programutvalg for farmasi (PUF) for perioden 2025-2029 og nominerer Aase Raddum som ny PU-leder for perioden. Ruth Brenk har meldt inn vara Meg Veruki.
10/25	KI regler for farmasiemner I tillegg til bruk av KI på de innmeldte emnene i tabellen, diskuterte vi tillatt nivå av KI for FARM399/05H, masteroppgave. Det ble enighet om at vi skulle tillate nivå A-F. Etter møtet ble det også meldt inn tillat KI-nivå på emnet FARM295. Tabellen er oppdatert. Vedtak: Programutvalget vedtar foreslåtte formuleringer i studieplan for Integrert masterprogram for farmasi, samt i emnebeskrivelsene til emnene nevnt i tabellen

under. Studieplaner og emnebeskrivelser vil bli oppdatert før 1. juli 2025.

Emnekode	Emnenavn	Obligatorisk aktivitet	Vurdering
FARM103	Samfunnsfarmasi I	A, B, C, D, E og F	A, B, C, D, E og F
FARM270	Farmasøytisk mikrobiologi og immunologi	A, B og C	ikke aktuelt (skriftlig saleksamen)
FARM290	Farmakologi I	A, B og C	ikke aktuelt (skriftlig saleksamen)
FARM293	Farmakologi II	A, B og C	ikke aktuelt (skriftlig saleksamen og muntlig)
FARM301A	Farmasøytisk forskningsmetodikk	A og B	ikke aktuelt (skriftlig saleksamen)
FARM321	Klinisk farmasi	A, B og C	ikke aktuelt (OSKE-eksamen)
FARM295	Galenisk farmasi	A, B, C og D	ikke aktuelt (skriftlig saleksamen)
FARM205	Samfunnsfarmasi II og veiledet praksis	A, B, C, D, E og F	A, B, C, D, E og F foreslås, men må avklares nasjonalt
FARM399/05H	Masteroppgave	A, B, C, D, E og F	A, B, C, D, E og F
FARM395	Farmakoterapi	A og B	A og B

Orienteringssaker

Saker fra studentene:

Studentene har søkt støtte fra NFF til et studentarrangement til høsten. Dersom de får midler, skal de arrangere en omvisning på 7fjell bryggeri. NFF har en pott som alle studiestedene kan søke om for faglige arrangement.

Endringer i emnet FARM293: Forberedelsestiden for eksamen ble endret fra to dager til en dag, da eksamen ble lagt til en tirsdag. Antall oppgaver ble redusert fra 12 til 9 oppgaver for å kompensere dette.

Egenvurdering programutvalg for farmasi – sendes til godkjenning på sirkulasjon.

Mandat og sammensetning av arbeidsgruppe, samundervisning for ernæring, farmasi og odontologi – Lone Holst og studentrepresentant Ngun Cer Cin Cinzah (kull 2022) går inn i arbeidsgruppen fra farmasi.

Påminning om emneevalueringer våren 2025: FARM301A, FARM293, FARM399/05

Emner som ikke gjennomfører vanlig treårig emneevaluering, må gjennomføre årlig

egenvurdering via dette [skjemaet](#).

Forkunnskapskrav FARM280:

Institutt for biomedisin har bestemt at emnene FARM260, mol. cellebiologi og FARM150, biokjemi skal være forkunnskaper til emnet FARM280, menneskets fysiologi. Trer i kraft høsten 2026.

Forslag til møtedatoer høsten 2025:

onsdag 17. september

onsdag 19. november

REFERAT FRÅ MØTE I PROGRAMSTYRE I KJEMI 21.05.2025

Oppmøte:

	Navn		Navn
Leiar	Monica Jordheim	Gruppe B	Mathias Brevik
Gruppe A	Nils Åge Frøystein	Gruppe C	Anne G. Frøystein
Gruppe A	Jarl Underhaug	Gruppe D	Julius Svistunas
Sekretær	Unni Lange Buanes	Gruppe D	Magne Skrede

Fråfall: (gruppe A), (gruppe D)

Tid: Onsdag 21. mai 2025

Kl: 13:00 – 14:30

Sted: møterom 3014

	Godkjenning av innkalling og saksliste Vedtak: Innkalling og saksliste er godkjent Referat frå møtet 20.02.2025 er godkjent.
	Generelle orienteringssaker: <u>Opptak 2025:</u> Unni gav ei orientering om søkjartal for hausten 2025, både på bachelor og master i kjemi. <u>CoChem og Chemview360:</u> Monica orienterte om kva som skjer på CoChem og ChemView360. Madde blir lønna til å følge opp og jobbar i dag med å lage videoar som skal hjelpe undervisningsassistentar/vit.ass. Målet er å gjere vit.ass'ar tryggare i rolla og få litt pedagogiske verktøy. Jonathan frå Bio er innleigd for å filme, han har gjort filming på ChemView360. Målet er å sikre trygt og godt læringsmiljø for studentane på emna. CoChem-prosjektet på KJEM110 jobbar vidare. I staden for klassiske lab-rapportar, jobbar dei med å rapportere med video-snuttar. Dei jobbar 4 i kvar gruppe og ansvarsfelte rullerer. Det er no 4 lab-øvingar og ei øving som er skriveøving til slutt. Vedtak: Orienteringene blir tatt til etterretning
Sak 05/2025	Ny studieplan i farmasi – endringar for Kjemisk institutt

	Programstyret i farmasi har arbeidd med å justere studieplanen i farmasi og programutval for farmasi godkjente framlagt studieplan, overgangsplan og tidsplan i møte 30. april 2025. Endringar som påverkar emne som blir undervist ved Kjemisk institutt gjeld FARM211 (justering av emneinnhald) noko som også då vil gjelde KJEM210. Det er tvillingkode og same foreleser. FARM238 blir flytta undervisning frå haust tilbake til vår. Matematikk skal ut av utdanningsplanen, UiB har den einaste farmasiutdanninga i landet som har matematikk i studieplanen. Ettersom det er mykje utrekning i kjemifag, er dette ei endring som blir uttrykt bekymring for i møtet. Wei Wang har uttrykt at han planlegg å ta inn matematikk i KJEM210/FARM211. Det vart lufta om det er mogheleg til å melde bekymring til farmasi om manglande matematikkunnskapar. Farmasi er underlagt skikkethetskrav, og beste kanal for å melde inn blir truleg å melde inn bekymringsmelding om skikkehet og melde konkrete tilfelle om manglar matematikkferdigheter til å klare kravet i emnet. Per i dag er det manglande språkferdigheter som har gitt største utfordringar. Vedtak: <i>Programstyret i kjemi tek innmeldte studieplanendringar til etterretning og skal melde inn endringar for FARM211 og FARM238 til fristen 1. oktober.</i>
Sak 06/2025	Ny periode for ekstern fagfelle for kjemiprogramma Monica informerte om bakgrunnen for utnemning og oppgåvene som ekstern fagfelle skal bidra med. Avtalen med ekstern fagfelle, Anja Olafsen Sjøstad, gjekk ut 31.12.2024 og Kjemisk institutt har oppnemnt Sjøstad for ein ny periode 01.01.2025-31.12.2028 Vedtak: <i>Programstyret tek utnemning av Anja Olafsen Sjøstad (UiO) som ekstern fagfelle for ny periode 2025-28 til etterretning.</i>
Sak 07/2025	Karakterregel i farmasiemne Monica orienterte om møtet 22. april med farmasi om skikkethet, der også karakter vart diskutert som problemstilling knytta til faglig skikkethet. Fleire ulike tankar om dette vart då spelt inn og diskutert, mellom anna den tekniske opninga som ligg der for å operere med bestått/ikkje bestått på farmasikoden utan å endre karakterskalaen på kjemikoden. Fordelar og ulemper vart diskutert. Karakterregel vil vere ein liten studieplanendring som kan meldast inn semesteret før det skal trå i kraft. Studiekonsulenten sendte ut ein e-post til emneansvarlege som har aktuelle emne for å få innspel og kartlegge eventuelle ønsker om endring av karakterskala. Det kom inn mange innspel og ulike problemstillingar vart

	lufta. Ulike konsekvensar av å endre karakterregelen til bestått/ikkje bestått med krav om C som grense vart lufta. Mellom anna vart det peika på: - Strykprosenten ville auke dramatisk (både på C og D-grense) - Forvirring blant studentane - Underlig å operere med to ulike karakterskalaer for studentar som går på samme forelesning og tek lab-kurset sammen Vedtak: Programstyret tek informasjonen frå innspela per e-post til etterretning. Det kan bli ein vidare prosess som involverer emneansvarlege og farmasi-utdanning
Sak 08/2025	Eventuelt Ingen sak meldt inn.

Møtet vart avslutta kl. 14:25

Referent: Unni Lange Buanes

Ny studieplan

Arbeidsgruppen for ny studieplan for farmasi, sendte 17. januar 2025 ut to forslag til studieplaner, der staben knyttet til Senter for farmasi ble bedt om å velge hvilken versjon de foretrakk og sende inn kommentarer. Etter innspill fra staben, har vi kommet frem til følgende reviderte forslag:

Ny studieplan							
	Høst			Vår			
5.år	Masteroppgave og valgemner (15)			Masteroppgave og valgemner (15)			
4. år	LMF-II (15)		Klinisk og samff.(15)	Praksis i apotek			
3. år	FARM- B (20)	FARM270		FARM250	FARM238	LMF -I	
2. år	MEDSTA (5)	FARM280 (15)	FARM124	FARM236	FARM211	FARM - A	
1.år	FARM110	FARM150	FARM103	FARM260	Exphil	FARM130	
Gammel studieplan							
5.år	Masteroppgave og valgemner (15)			Masteroppgave og valgemner (15)			
4. år	FARM295	FARM321	FARM205	Praksis i apotek			
3. år	FARM270	FARM280	FARM290	FARM293	MEDSTA	MEDEPI	FARM301A
2. år	FARM150	FARM238	FARM124	FARM236	FARM211	FARM250	
1.år	FARM110	MAT101	FARM103	FARM260	Exphil	FARM130	

Overgangsplan

	Høst 2026				Vår 2027			
Kull 2026	FARM110	FARM150	FARM103		FARM260	Exphil	FARM130	
Kull 2025	FARM150	FARM238	FARM124		FARM236	FARM211	FARM250	
Kull 2024	FARM270	FARM280	FARM290		FARM293	MEDSTA	MEDEPI	FARM301A
Kull 2023	FARM295	FARM321	FARM205		Praksis i apotek			
Kull 2022	Masteroppgave og valgemenner (15)				Masteroppgave og valgemenner (15)			
	Høst 2027				Vår 2028			
Kull 2027	FARM110	FARM150	FARM103		FARM260	Exphil	FARM130	
Kull 2026	MEDSTA (5)	FARM280 (15)	FARM124		FARM236	FARM211	FARM - A	
Kull 2025	FARM270	FARM280	FARM290		FARM293	MEDSTA	MEDEPI	FARM301A
Kull 2024	FARM295	FARM321	FARM205		Praksis i apotek			
Kull 2023	Masteroppgave og valgemenner (15)				Masteroppgave og valgemenner (15)			
	Høst 2028				Vår 2029			
Kull 2028	FARM110	FARM150	FARM103		FARM260	Exphil	FARM130	
Kull 2027	MEDSTA (5)	FARM280 (15)	FARM124		FARM236	FARM211	FARM - A	
Kull 2026	FARM- B (20)	FARM270			FARM250	FARM238	LMF -I	
Kull 2025	FARM295	FARM321	FARM205		Praksis i apotek			
Kull 2024	Masteroppgave og valgemenner (15)				Masteroppgave og valgemenner (15)			
	Høst 2029				Vår 2030			
Kull 2029	FARM110	FARM150	FARM103		FARM260	Exphil	FARM130	
Kull 2028	MEDSTA (5)	FARM280 (15)	FARM124		FARM236	FARM211	FARM - A	
Kull 2027	FARM- B (20)	FARM270			FARM250	FARM238	LMF -I	
Kull 2026	LMF-II (15)		Klinisk og samff.		Praksis i apotek			
Kull 2025	Masteroppgave og valgemenner (15)				Masteroppgave og valgemenner (15)			
	Høst 2030				Vår 2031			
Kull 2030	FARM110	FARM150	FARM103		FARM260	Exphil	FARM130	
Kull 2029	MEDSTA (5)	FARM280 (15)	FARM124		FARM236	FARM211	FARM - A	
Kull 2028	FARM- B (20)	FARM270			FARM250	FARM238	LMF -I	
Kull 2027	LMF-II (15)		Klinisk og samff.		Praksis i apotek			
Kull 2026	Masteroppgave og valgemenner (15)				Masteroppgave og valgemenner (15)			

Hva må særlig følges opp fremover?

1. studieår (høsten 2026 og våren 2027):

- FARM150 undervises for 2 farmasikull høsten 2026. Timeplan må koordineres, særlig med tanke på FARM110. Viktig å ha en god dialog med Institutt for biomedisin, og andre institutt involvert, samt samsnakke med ernæring og odontologi (skal kanskje få FARM150 i sin studieplan).
- 2. semester undervises som før, ingen endring i emnesammensetningen.

2. studieår (høsten 2027 og våren 2028):

- FARM280 undervises for to ulike farmasikull, høsten 2027, der kull 2025 tar varianten med 10 stp og kull 2026 skal ta den nye varianten med 15 stp.
- Farmakologi: nytt farmakologi-emne rulles ut våren 2028, men FARM293 (farmakologi i gammel studieplan) skal også undervises samme semester.
- MEDSTA/Statistikk: Hvilket statistikk-emne som skal undervises må avklares med IGS. Enten MEDSTA eller deler av INTH315. Kan også være aktuelt å høre om NT vil være villig å lage et emne til oss hvis MEDFAK ikke kan.
- FARM238, farmakognosi: ingen undervisning dette akademiske året.
- Farmakoterapi skal legges inn i de nye farmakologiemnene. Vi må ta stilling til når FARM395-emnet skal undervises for siste gang.

3. studieår (høsten 2028 og våren 2029):

- Farmakologi: to nye emner dette året, ingen gamle. Obs mulig tilby kontekstsamen i gamle emner.
- Galenisk/LMF: FARM295 undervises høst og det nye LMF-I undervises vår. Så det blir dobbel undervisningsbelastning dette studieåret.
- FARM238, farmakognosi: emnet flyttes til våren, husk å avklare labplass og timeplan
- Farmakoterapi skal legges inn i de nye farmakologiemnene. Vi må ta stilling til når FARM395-emnet skal undervises for siste gang.

4. studieår (høsten 2029 og våren 2030):

- LMF-II undervises for første gang høsten 2029
- Klinisk og samfunnsfarmasi undervises sammen for første gang høsten 2029
- Farmakoterapi skal legges inn i de nye farmakologiemnene. Vi må ta stilling til når FARM395-emnet skal undervises for siste gang.

Overordnet må det også sees på hvordan vi håndterer de som blir flyttet ned fra gammel til ny studieplan.

Oversikt for implementering av ny studieplan og tidsplan

Studie år	Semester og emnekode	Fristskisse	Emnebeskrivelse godkjennes i PUF	Frst emne-beskrivelse EPN*	Frst timeplanlegging	Implementering av emnene
1	1.semester (FARM150, FARM110, FARM103)	01.09.25	September 2025	15.10.2025	01.04.2026	Høsten 2026
	2.semester (FARM260, Exphil, FARM130)	01.12.25	Februar 2026	01.04.2026	15.10.2026	Våren 2027
2	3.semester (Statistikk, FARM280 – 15 stp, FARM124)	01.09.26	September 2026	15.10.2026	01.04.2027	Høsten 2027
	4.semester (FARM236, FARM211, FARM-A)	01.12.26	Februar 2027	01.04.2027	15.10.2027	Våren 2028
3	5. semester (FARM-B, FARM270)	01.09.27	September 2027	15.10.2027	01.04.2028	Høsten 2028
	6. semester (FARM250, FARM238, LMF-I)	01.12.27	Februar 2028	01.04.2028	15.10.2028	Våren 2029
4	7. semester (LMF-II, Klinisk/samfunnsfarmasi)	01.09.28	September 2028	15.10.2028	01.04.2029	Høsten 2029
	8. semester (Praksis i apotek)	01.12.28	Februar 2029	01.04.2029	15.10.2029	Våren 2030
5	9. semester (masteroppgave, spesialpensum)	01.09.29	September 2029	15.10.2029	01.04.2030	Høsten 2030
	10. semester masteroppgave, spesialpensum)					

Emnebeskrivelsene godkjennes ved emneansvarlige institutt og behandles i Programutvalg for farmasi i hhv første møte høst (september) og vår (februar). Publiseres på nett ett semester før oppstart, i tråd med retningslinjer ved UiB. Etter godkjenning vil emneansvarlig bes om å bidra til at engelsk oversettelse også gjøres tilgjengelig.

For første studieår er det ingen emner som er nye og som skal ha omfattende revisjon av emnebeskrivelser.

NB: Emner som henger sammen, som f.eks. farmakologi A og farmakologi B, FARM211, LMF-I og LMF-II må sees i sammenheng og forholde seg til frist for emnet som skal implementeres først.

Sammensetning av referansegruppen – ny studieplan for farmasi

Navn	Tilhørighet
Anne Berit Samuelsen	Eksternfagfelle farmasi, jobber ved UiO
Mirey Alfarah	Pedaogisk støtte, postdoktor FREMFARM-prosjektet
Per Lund	Apotekforeningen
Ragnhild Haugse	Sykehusapotekene Vest
Karoline Knutsen	Legemiddelindustriforeningen
Urd Andestad	Norsk Farmaceutiske Forening
Elangiringa Kaale	Rep MUHAS
David Wright	University of Leicester
Marit Øilo	Prodekan utdanning, Det medisinske fakultet
Sigrunn Eliassen	Prodekan for utdanning, Det matematisk-naturvitenskapelige fakultet
Ørjan Leren	Studiesjef, Det medisinske fakultet
Monika Kvernenes	Enhet for læring som fakultetets "Læringsdesigngruppe"



Styre
Fakultetsstyret ved Det medisinske fakultet

Arkivreferanse
2008/3759
Styresak
78/25

Dokumentdato
09.10.2025
Møtedato
16.10.2025

Oppnevning av ekstern fagfelle for medisinstudiet 2026-2029

Henvisning til bakgrunnsdokumenter

- Styresak 60/23, *Oppnevning av ekstern fagfelle for Medisinstudiet 2024-2027*
<https://ekstern.filer.uib.no/mofa/fakultetsstyret/2023/Styresaker/Fakultetsstyresaker%20til%20m%C3%B8tet%2018.10.2023%20-%20offentlig%20versjon.pdf>
- Programutvalg for medisin sak 19/25, *Oppnevning av ny ekstern fagfelle*
<https://ekstern.filer.uib.no/mofa/studie/Medisin/PUM%20sakspapir/2025/Saksliste%20PUM%2017.09.25%20samlet.pdf>
- UiBs kvalitetssystem
<https://www.uib.no/kvalitet-i-utdanning/170434/kvalitetssystem-utdanning-ved-uib#2-3-st-ttesystem-for-utvikling-og-kontroll-av-kvalitet-i-utdanning>

Bakgrunn

I henhold til UiBs kvalitetssystem skal alle studieprogram og årsstudier ved UiB ha oppnevnt personer utenfor institusjonen, som bidrar i kvalitetsutvikling og kvalitetskontroll: En ekstern fagfelle fra en UH-institusjon og en representant fra arbeidslivet (næringsliv, offentlig forvaltning, forskning, kulturliv, osv).

Martin Grønnebæk Tolsgaard ble oppnevnt som ekstern fagfelle i for perioden 2024-2027 i sak 60/23 i fakultetsstyret. Tolsgaard leverte sin oppsigelse i mai 2025. Programutvalget for medisin (PUM) vedtok i sak 19/25 et ønske om å oppnevne professor Jarle Breivik som ny ekstern fagfelle for studieprogrammet i perioden 2026-2029.

Breivik er professor og leder ved Avdeling for atferdsmedisin ved Institutt for medisinske basalfag (IMB) ved Universitetet i Oslo (UiO). Han er utdannet lege og har ph.d. innen kreftforskning fra UiO, samt doktorgrad i utdanningsvitenskap (Ed.D.) fra University of Pennsylvania. Breivik er en merittert underviser ved UiO og har bred erfaring innen utdanningsledelse. Han har bl.a. vært leder for Forskerlinjen i medisin, leder for doktorgradsprogrammet ved Det medisinske fakultet, utdanningsleder ved IMB og medlem av Programrådet for medisinstudiet. Breivik var i 2023 medlem av NOKUTs komite som vurderte utdanningssystemet ved NTNU, og han har gjennom karrieren hatt en rekke andre verv knyttet til utdanning og utdanningskvalitet.

Forslag til vedtak

Fakultetsstyret oppnevner Jarle Breivik som ekstern fagfelle for Profesjonsstudiet i medisin for perioden 01.01.2026 – 31.12.2029.

Marit Bakke
dekan

09.10.2025/Lovise Haugen Wiik
Vedlegg

1 CV - Jarle Breivik - Institutt for medisinske basalfag

Jarle Breivik

Avdelingsleder/Professor



E-post jarle.breivik@medisin.uio.no
Mobiltelefon [+47-41441985](tel:+4741441985)
Rom 2151
Brukernavn [Logg inn](#)

Besøksadresse
Sognsvannsveien 9
Domus Medica 0372
OSLO

Postadresse
Postboks 1111 Blindern
0317 OSLO

Prosjekter

MonKeyMed - Monitorering av
nøkkelindikatorer ved Det medisinske
fakultet

Forskergrupper

Helse og kommunikasjon
Medisinsk utdanning

[Last ned visittkort](#)

Forskningsbakgrunn

Jarle Breivik (prof. dr. med.) har en akademisk bakgrunn som integrerer basal biomedisin, vitenskapsformidling og utdanningsledelse. Hans forskning på sammenhengen mellom kreftutvikling og evolusjonsteori er publisert i ledende internasjonale tidsskrifter som PNAS, International Journal of Cancer, Advances in Cancer Research og Seminars in Cancer Biology. Breiviks primære forskningsmål er å utforske, utfordre og utvide den vitenskapelige og allmenne forståelsen av kreft. Hans analyser av kreft og kreftforskningens rolle i samfunnet er presentert i en rekke norske og internasjonale aviser og tidsskrifter, inkludert New York Times, Scientific American, EMBO Reports, Wired Magazine og Science Daily, og oppsummert i boken "Løsningen på kreftgården".

Breivik er en tidligere Fulbright-stipendiat med doktorgrad (EdD) innen utdanningsledelse fra University of Pennsylvania. Han har sittet i en rekke vitenskapelige vurderingskomiteer, inkludert for US National Institutes of Health og European Commission, og han er i dag leder for Avdelingen for atferdsmedisin.

Utdanningsansvar

Jarle Breivik er kvalifisert som Merittert ved Universitetet i Oslo og har innehatt en rekke lederstillinger innen utdanning. Han er for tiden ansvarlig for TEAM-programmet ved Det medisinske fakultet, som tar sikte på å utvikle tillit, samarbeid og lederansvar blant studentene. Han er emneansvarlig for det valgfrie emnet "MED3056 – Kreft og kommunikasjon" og har foreleser og veileder i faget atferdsmedisin.

Curriculum Vitae

- 2020- : Leder for Avdelingen for atferdsmedisin, Institutt for medisinske basalfag, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.
- 2014- : Utdanningsleder, Institutt for medisinske basalfag, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.
- 2013- : Professor i medisin, Institutt for medisinske basalfag, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.
- 2012-2014: Fulbright-stipendiat og gjesteforesker, Perelman School of Medicine, University of Pennsylvania.

- 2012-2014: Doctor of Education (Ed.D.), Graduate School of Education, University of Pennsylvania.
- 2009-2011: Forskerutdanningsleder, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.
- 2004-2013: Førsteamanuensis, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.
- 2004-2009: Forskerlinjeleder, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.
- 2000-2004: Postdoktor, Immunologisk avdeling, Norsk Radiumhospital.
- 1996-2000: Dr. med, Institutt for Transplantasjonsimmunologi, Universitetet i Oslo / Det norske Rikshospital.
- 1989-1996: Cand. med. Universitetet i Oslo.

Emneord: [Kreft](#), [Evolusjon](#), [Aldring](#), [Etikk](#), [Genetikk](#), [Utdanning](#), [Kommunikasjon](#), [Ledelse](#), [Media](#)

Publikasjoner

Utvalgte

Vitenskapelige artikler og bokkapitler

Bøker

Andre

[Flere ...](#)



Kreft og evolusjon

Kreftutvikling er en evolusjonsprosess inne i den flercellede organismen. Denne forskningen har som mål å utforske og forklare denne prosessen fra et tverrfaglig perspektiv. Et sentralt aspekt gjelder den evolusjonære sammenhengen mellom miljøfaktorer og utviklingen av genetisk ustabilitet i kreftceller. Den vitenskapelige modellen er blitt testet og bekreftet gjennom flere eksperimentelle studier.

Utvalgte artikler:

[Don't stop for repairs in a war zone: Darwinian evolution unites genes and environment in cancer development](#), Breivik, J. *Proc. Natl. Acad. Sci. U. S. A.* (2001) **98**, 5379-5381.

[Unstable DNA Repair Genes Shaped by Their Own Sequence Modifying Phenotypes](#). Falster DS, Nakken S, Bergem-Ohr M, Rødland EA and Breivik J. *J. Mol. Evo.* (2010) **70**, 266-274.

[Resolving the evolutionary paradox of genetic instability: a cost-benefit analysis of DNA repair in changing environments](#), Breivik, J. & Gaudernack, G. *FEBS Lett.* (2004) **563**, 7-12.

[The evolutionary origin of genetic instability in cancer development](#), Breivik, J. *Semin. Cancer Biol.* (2005) **15**, 51-60.

[Cancer - evolution within](#), Breivik, J. *Int. J. Epidemiol.* (2006) **35**, 1161-1162.

Populærvitenskapelige artikler om denne forskningen:

[The way we think about cancer must evolve](#), Wolverson M. *Wired* (2013) May 22.

[No solution to cancer?](#) *Science Daily* (2007) April 17.

[Have our genes evolved to turn against us?](#) *PhysOrg.com* (2007) April 16.

[Evolved for cancer?](#) Zimmer C. *Scientific American* (2007) **296**, 68-74.

Untangling the roots of cancer Gibbs WW. **Scientific American** (2003) **289**, 56-65.

Immunoterapi

Breivik tok doktorgrad i Gustav Gaudernack's forskergruppe knyttet til immunoterapi og utvikling av kreftvaksiner:

Vaccination with mutant ras peptides and induction of T-cell responsiveness in pancreatic carcinoma patients carrying the corresponding RAS mutation. Gjertsen MK, Bakka A, Breivik J, Saeterdal I, Solheim BG, Søreide O, Thorsby E, Gaudernack G. **Lancet** (1995) 346:1399-400.

A K-ras 13Gly-->Asp mutation is recognized by HLA-DQ7 restricted T cells in a patient with colorectal cancer. Modifying effect of DQ7 on established cancers harbouring this mutation? Fossum B, Breivik J, Meling GI, Gedde-Dahl T 3rd, Hansen T, Knutsen I, Rognum TO, Thorsby E, Gaudernack G., **Int J Cancer**. 1994 Aug 15;58(4):506-11.

K-ras mutation in colorectal cancer: relations to patient age, sex and tumour location. Breivik J, Meling GI, Spurkland A, Rognum TO, Gaudernack G., **Br J Cancer**. 1994 Feb;69(2):367-71.

Kreft og kommunikasjon

Vitenskap oppfattes generelt sett som den objektive søken etter fakta og sannheter, men hvordan vi forstår vitenskap er i stor grad avhengig av hvordan den kommuniseres. Et gen kan f.eks. presenteres som et molekyl, som noe som bestemmer egenskapene våre, som en risikofaktor for å få en sykdom, eller som en enhet for evolusjon. Kreft kan vinkles som et bioteknologisk problem, som en miljøbetinget sykdom, som en samfunnsøkonomisk utfordring eller som en fiende for menneskeheten. Hver vinkling har ulike implikasjoner for hvordan vi forstår vitenskapen, medisin og helse, og oss selv. Der er derfor viktig å være bevisst på hvordan vi kommuniserer:

The Nine Cancer Frames: A Tool to Facilitate Critical Reading of Cancer-Related Information, Murray C, von Possel N, Lie HC, Breivik J. **J Cancer Educ** (2021)

Frame Analysis in Science Education: A Classroom Activity for Promoting Media Literacy and Learning about Genetic Causation. Carver RB, Wiese EF & Breivik J, **International Journal of Science Education** (2013).

Quantitative Frame Analysis of How the Gene Concept Is Presented in Tabloid and Elite Newspapers. Carver R, Rødland, EA & Breivik J, **Science Communication** (2012)

Frame that gene. Carver R, Waldahl R & Breivik J, **EMBO Report** (2008)

Evolusjon og kunstig befruktning

Evolusjon er en kontinuerlig prosess, og genen våre er femdeles gjenstand for seleksjon, om enn på andre måter enn tidligere. Her utforsker vi hvordan kunstig befruktning påvirker evolusjonen:

Can IVF influence human evolution? Hanevik HA, Hessen DO, Sunde A & Breivik J, **Human Reproduction** (2016)

Education management

God forskning forutsetter god organisering og ledelse av forskerutdanning:

Leadership and organizational change in biomedical PhD education: An instrumental case study of the development of a centralized organization for biomedical graduate studies at the University of Pennsylvania. Breivik J, Thesis (Ed.D. in Higher Education Management), **University of Pennsylvania** (2014).

Evaluation of the medical student research programme in Norwegian medical schools. A survey of students and supervisors. Hunskaar S, Breivik J, Siebke M, Tømmerås K, Figenschau K and Hansen JB. **BMC Medical Education** (2009).

Selvkopierende maskiner

For å utforske og illustrere livets mest grunnleggende prinsippet, utviklet jeg en fysisk maskin som kopierer seg selv på samme måte som DNA molekyler:

System which can reversibly reproduce itself. Breivik, J. (2001) **US Patent 6,652,285**.

Self-organization of template-replicating polymers and the spontaneous rise of genetic information. Breivik J. **Entropy** (2001) **3**, 273-279.

Magnetisk DNA isolering

Som medisinstudent utviklet jeg en metode for å isolere DNA ved hjelp av magnetiske partikler. Patentet kommersialiseres av Qiagen.

US Patent 6090935, Isolation of nucleic acid.

Publikasjoner, omtaler mm. på norsk:

Gode undervisere får statusløft. Heesch C. Det medisinske fakultet, UiO (2021).

Et system for studentevaluering av forelesninger ved medisinstudiet i Oslo. Breivik J, *Tidsskrift for Den norske legeforening* (2019).

Valgfrie emner i medisinstudiet. Frich JC, Breivik J, Lundin KEA, Rosvold EO, Os I, *Tidsskrift for Den norske legeforening* (2017).

Hvem har villetet Trond Mohn? Breivik, J. *Tidsskrift for Den norske legeforening* (2015).

Sprikende forskerutdanning. Breivik, J. *Tidsskrift for Den norske legeforening* (2013).

Når Darwin møter Hippokrates - I skjæringspunktet mellom evolusjonsteori og legevitenskap, Breivik, J. i Darwin – Verden ble aldri den same (2009).

Dogmebryteren. Tveito, K. *Tidsskrift for Den norske legeforening* (2009) **129**, 2392-3.

Kreftgåten er uløselig. Aas, H. *Apollon* (2007) **1**, 20-23.

Darwinistisk logikk - provokasjon og ressurs i medisinsk tenkning. *Tidsskrift for Den norske legeforening* (2002) **122**, 2809-11.

Publisert 12. apr. 2011 15:33 - Sist endret 20. okt. 2023 14:41



Styre
Fakultetsstyret ved Det medisinske fakultet

Arkivreferanse
2009/7497
Styresak
79/25

Dokumentdato
09.10.2025
Møtedato
16.10.2025

Oppnevning av styrer og komiteer for ulike fond og legater ved Det medisinske fakultet

Bakgrunn

Det finnes en rekke fond og legater (stiftelser) som har en form for tilknytning til Det medisinske fakultet. Disse deler årlig ut midler til forskeres aktivitet ved fakultetet. Det er varierende i hvilken grad stiftelsene er tilknyttet fakultetet. I fondene som er tette koblet til fakultetet består styrene utelukkende av representanter for fakultetet, mens i andre fond skal fakultetet kun stille med et medlem til innstillingsråd i forbindelse med utdeling av midler.

Flere fond og legater ved fakultetet har gått inn i eller går inn i nye oppnevningsperioder for styre-medlemmer og komitemedlemmer for utdeling av midler. I noen fond og legater oppnevner fakultetsstyret styremedlemmer, mens for andre skal fakultetsstyret fremme forslag til medlemmer som Universitetsstyret deretter oppnevner.

Vi ber om fullmakt til dekan for justering i oppnevninger og forslag til medlemmer ved behov.

Fakultetsstyret ved Det medisinske fakultet foreslår følgende styremedlemmer/komitemedlemmer, til oppnevning av Universitetsstyret:

1. Eva Torhilds minnefond for medisinsk forskning

Fondet har som formål å virke til beste for norsk medisinsk forskning av sykdommene anorexia nervosa og bulimia nervosa.

Ifølge vedtektene skal fakultetsstyret foreslå 3 medlemmer som oppnevnes av Universitetsstyret.

Fakultetsstyret ved Det medisinske fakultet foreslår følgende styremedlemmer til Eva Torhilds minnefond for perioden 01.08.2025 til 31.07.2029:

- Professor Anette Susanne Bøe Wolff, Institutt for biomedisin (nytt medlem)
- Forsker Knut Eirik Ringheim Eliassen, Institutt for global helse og samfunnsmedisin (nytt medlem)
- Førsteamanuensis Ragnhild Wivestad Jansson, Klinisk institutt 1 (nytt medlem)
- Førsteamanuensis Damoun Nassehi, Institutt for global helse og samfunnsmedisin (nytt varamedlem)

2. Astrid og Edvard Riisøens legat

Legatets formål er å fremme medisinsk forskning hva angår hjerte-/karsykdommer.

Styret skal bestå av 3 medlemmer oppnevnt av Universitetet i Bergen ved styret. Av styremedlemmene skal det være en spesialist i hjerte-/karsykdommer og en representant fra familien, Edvard Riisøen.

Professor Eva Gerdts har sagt seg villig til å la seg reoppnevne for deler av neste periode og har foreslått at professor Mai Tone Lønnebakken erstatter henne for den resterende perioden.

Fakultetsstyret ved Det medisinske fakultet foreslår følgende styremedlemmer til Astrid og Edvard Riisøens legat for perioden 01.08.2025 til 31.07.2029:

- Professor Eva Gerdts, Klinisk institutt 2, Seksjon for kardiologi (leder, reoppnevnes fra 01.08.2025 til 31.07.2027)
- Professor Mai Tone Lønnebakken, Klinisk institutt 2, Seksjon for kardiologi (nytt medlem fra 01.08.2027 til 31.07.2029)
- Professor Anette Susanne Bøe Wolff, Institutt for biomedisin (nytt medlem)
- Edvard Riisøen jr. (suksessor etter Edvard Riisøen sr.)

Fakultetsstyret ved Det medisinske fakultet *oppnevner* følgende medlemmer til utdelingskomiteer:

1. Legatkomité

Legatkomiteen skal ha ansvar for utarbeiding av innstilling til utdeling av midler fra følgende fond og legater:

- Det alminnelige medisinske forskningsfond ved Universitetet i Bergen
- Legat for forskning av kreftsykdommer ved Universitetet i Bergen

Fakultetsstyret ved Det medisinske fakultet foreslår følgende medlemmer til legatkomiteen for perioden 01.08.2025 til 31.07.2029:

- Professor Anette Susanne Bøe Wolff, Institutt for biomedisin (nytt medlem)
- Forsker Knut Eirik Ringheim Eliassen, Institutt for global helse og samfunnsmedisin (nytt medlem)
- Førsteamanuensis Randi Julie Tangvik, Klinisk Institutt 1 (nytt medlem)
- Professor Marc Vaudel, Klinisk institutt 2 (nytt varamedlem)

2. Konsul Søren Falch og Øyenlege Sigurd Falchs Fond for Medisinsk Vitenskap

Fondets formål er å fremme vitenskapelige medisinske arbeider gjennom prisbelønning av utførte arbeider. Ifølge vedtektene styres fondets virksomhet av et styre på tre medlemmer med personlige varamedlemmer:

- a) Dekan med prodekan som varamedlem.
- b) En professor som medlem og ett som varamedlem valgt av og blant professorene ved fakultetet
- c) En vitenskapsperson eller lege som medlem og en som varamedlem, bosatt i Bergen eller omegn, oppnevnt av Det Medisinske Selskap i Bergen.

Fakultetsstyret ved Det medisinske fakultet foreslår følgende medlemmer/varamedlemmer til Søren og Sigurd Falchs fond for perioden 01.08.2025 til 31.07.2029:

- a) Dekan, professor Marit Bakke (nytt medlem)
Varamedlem, prodekan, professor Silje Skrede (nytt medlem)
- b) Professor Bettina Husebø, Institutt for global helse og samfunnsmedisin (reoppnevnes)
Varamedlem, professor Mihaela Roxana Cimpan, Institutt for klinisk odontologi (reoppnevnes)
- c) Jan Knudtzon Sommerfelt-Pettersen (nytt medlem)
Varamedlem, Bjarte Askeland (reoppnevnes)

3. Karla og Arne J. Oddmars medisinske fond

Universitetsstyret er fondets styre.

Etter vedtektene § 4, jfr § 8 skal utdelingen skje av et fondsutvalg.

Fondsutvalget består av 3 medlemmer. Ifølge vedtektene er funksjonstiden 3 år.

- ett medlem oppnevnt av Det medisinske fakultet v/UiB
- ett medlem oppnevnt av Det medisinske fakultet v/UiO
- ett medlem oppnevnt av styret i Norsk Gastroenterologisk forening blant spesialister i fordøyelsessykdommer.

Fakultetsstyret foreslår følgende medlemmer fondsutvalget for perioden 01.01.2026 til 31.12.2028:

- Professor Odd Helge Gilja, Klinisk institutt 1, er UiBs medlem og leder for fondsutvalget (reoppnevnes)
- Førsteamanuensis Knut Magne Augestad, Institutt for klinisk medisin, Det medisinske fakultet, UiO (reoppnevnes)
- Professor Roald Flesland Havre, Klinisk institutt 1, Norsk Gastroenterologisk forening (reoppnevnes)

4. Dagfinn Aarskogs vitenskapelige fond til Barneklubben

Fondets formål er å stimulere til pediatrik forskning på et internasjonalt nivå ved Barneklubben, og i norsk pediatri, ved å bidra til at yngre pediater og forskere under utdanning kan komme i kontakt med og eventuelt etablere forskningssamarbeid med internasjonale pediatrike forskere og forskningsmiljøer.

Fondet skal ha et innstillingsråd med tre medlemmer. Ett medlem med personlig varamedlem oppnevnes av Det medisinske fakultet. Det oppnevnte medlem bør ha professorkompetanse. To av medlemmene oppnevnes ved Barne- og ungdomsklubben.

Fakultetsstyret foreslår følgende medlemmer innstillingsrådet for perioden 01.01.2026 til 31.12.2028:

- Professor Thomas Halvorsen, Klinisk institutt 2 (reoppnevnes som UiBs medlem i innstillingsrådet).
- Klinikkdirigør Maria Vollsæter, Barne- og ungdomsklubben (reoppnevnes som det ene av Helse Bergens medlemmer).
- Lege Tonje Bårdsen, Barne- og ungdomsklubben (reoppnevnes som det andre av Helse Bergens medlemmer).

Forslag til vedtak

Fakultetsstyret ved Det medisinske fakultet foreslår følgende styremedlemmer/komiteemedlemmer, til oppnevning av Universitetsstyret:

1. Eva Torhilds minnefond for medisinsk forskning – periode 01.08.2025 til 31.07.2029

Professor Anette Susanne Bøe Wolff, Institutt for biomedisin (nytt medlem)
Forsker Knut Eirik Ringheim Eliassen, Institutt for global helse og samfunnsmedisin (nytt medlem)
Førsteamanuensis Ragnhild Wivestad Jansson, Klinisk institutt 1 (nytt medlem)
Førsteamanuensis Damoun Nassehi, Institutt for global helse og samfunnsmedisin (nytt varamedlem)

2. Astrid og Edvard Riisøens legat – periode 01.08.2025 til 31.07.2029

Professor Eva Gerdt, Klinisk institutt 2, Seksjon for kardiologi (leder, reoppnevnes fra 01.08.2025 til 31.07.2027)
Professor Mai Tone Lønnebakken, Klinisk institutt 2, Seksjon for kardiologi (nytt medlem fra 01.08.2027 til 31.07.2029)
Professor Anette Susanne Bøe Wolff, Institutt for biomedisin (nytt medlem)
Edvard Riisøen jr. (suksessor etter Edvard Riisøen sr.)

Fakultetsstyret ved Det medisinske fakultet oppnevner følgende medlemmer til utdelingskomiteer:

1. Legatkomité – periode 01.08.2025 til 31.07.2029

Professor Anette Susanne Bøe Wolff, Institutt for biomedisin (nytt medlem)
Forsker Knut Eirik Ringheim Eliassen, Institutt for global helse og samfunnsmedisin (nytt medlem)
Førsteamanuensis Randi Julie Tangvik, Klinisk Institutt 1 (nytt medlem)
Professor Marc Vaudel, Klinisk institutt 2 (nytt varamedlem)

2. Konsul Søren Falch og Øyenlege Sigurd Falchs Fond for Medisinsk Vitenskap – periode 01.08.2025 til 31.07.2029

Dekan, professor Marit Bakke (nytt medlem)
Varamedlem, prodekan, professor Silje Skrede (nytt medlem)

Professor Bettina Husebø, Institutt for global helse og samfunnsmedisin (reoppnevnes)
Varamedlem, professor Mihaela Roxana Cimpan, Institutt for klinisk odontologi (reoppnevnes)

Jan Knudtzon Sommerfelt-Pettersen (nytt medlem)
Varamedlem, Bjarte Askeland (reoppnevnes)

3. Karla og Arne J. Oddmars medisinske fond – periode 01.01.2026 til 31.12.2028

Professor Odd Helge Gilja, Klinisk institutt 1, er UiBs medlem og leder for fondsutvalget (reoppnevnes)
Førsteamanuensis Knut Magne Augestad, Institutt for klinisk medisin, Det medisinske fakultet, UiO
(reoppnevnes)

Professor Roald Flesland Havre, Klinisk institutt 1, Norsk Gastroenterologisk forening (reoppnevnes)

4. Dagfinn Aarskogs vitenskapelige fond til Barneklubben

Professor Thomas Halvorsen, Klinisk institutt 2 (reoppnevnes som UiBs medlem i innstillingsrådet).

Klinikkdirektør Maria Vollsæter, Barne- og ungdomsklubben (reoppnevnes som det ene av Helse Bergens medlemmer).

Lege Tonje Bårdsen, Barne- og ungdomsklubben (reoppnevnes som det andre av Helse Bergens medlemmer).

Dekan gis fullmakt for justering i oppnevninger og forslag til medlemmer ved behov.

Marit Bakke

Dekan

Synnøve Myhre

Fakultetsdirektør

09.10.2025/Gjert Bakkevold



Styre
Fakultetsstyret ved Det medisinske fakultet

Arkivreferanse
2025/12461
Styresak
80/25

Dokumentdato
09.10.2025
Møtedato
16.10.2025

Gjennomgang av kjernefasiliteter ved Det medisinske fakultet, UiB

Bakgrunn

Det medisinske fakultet har siden 2011 hatt kjernefasiliteter som tilbyr avansert forskningsinfrastruktur til forskningsmiljøene. En større evaluering ble gjort i 2017, og fulgt opp i 2018. Etter 14 års drift ser fakultetsledelsen nå behov for en ny helhetlig gjennomgang med fokus på organisering, økonomi og strategisk betydning.

Som et resultat av arbeidet med rapporten *Sunn økonomi*, nedsatte Det medisinske fakultet høsten 2024 en arbeidsgruppe for å gjennomgå økonomien knyttet til fakultetets kjernefasiliteter. Målet med gruppens arbeid var å få bedre innsikt i dagens økonomiske situasjon og vurdere hvilke modeller som kan være bærekraftige fremover. Arbeidsgruppen anbefalte en mer detaljert kartlegging. Fakultetsledelsen har derfor besluttet å opprette en arbeidsgruppe for å se på dette. Våren 2025 ble det samlet inn detaljerte økonomiske data fra kjernefasilitetene, inkludert inntekter, kostnader, bemanning og bruk. Kartleggingen nærmer seg nå ferdigstillelse, og en ny arbeidsgruppe med bredere mandat skal vurdere organiseringen og foreslå eventuelle forbedringer.

Sammensetning av arbeidsgruppen

Arbeidsgruppen ledes av prodekan Silje Skrede og består av representanter fra ulike nivåer og funksjoner ved fakultetet, inkludert instituttledere, ledere og teknikere fra kjernefasilitetene, brukerrepresentanter, verneombud og organisasjonsrepresentanter, samt sekretariatet ved fakultetet. Sammensetningen skal sikre bred involvering og faglig forankring, og bidra til en inkluderende og godt koordinert prosess i arbeidet med å vurdere fremtidig organisering og utvikling av kjernefasilitetene.

Forslag til vedtak

Fakultetsstyret vedtar mandatet, og ber om at rapporten legges frem våren 2026

Marit Bakke
Dekan

Synnøve Myhre
Fakultetsdirektør

09.10.2025/Havjin Jacob
Vedlegg

1 Mandat og arbeidsgruppe til fakultetsstyret 16.10.2025

Forslag til mandat:

Mandat for arbeidsgruppe – Gjennomgang av kjernefasiliteter ved Det medisinske fakultet, UiB

Bakgrunn

Det medisinske fakultet har siden 2011 hatt en ordning med kjernefasiliteter som tilbyr avansert forskningsinfrastruktur til forskningsmiljøene. Disse fasilitetene er avgjørende for å sikre høy kvalitet i forskning og innovasjon, og de er organisert i tråd med fakultetets prinsipper for felles forskningsinfrastruktur knyttet tett opp til fagmiljøene. Brukerne betaler for tjenestene etter fastsatte satser, med lavere priser for UH-sektoren og helseforetakene, og høyere for eksterne aktører. [Kjernefasiliteter ved Det medisinske fakultet | Det medisinske fakultet | UiB](#)

I 2017 var det gjort et stort arbeid med en gjennomgang av Kjernefasilitetene. Etter 14 års drift er det behov for en ny, helhetlig gjennomgang av kjernefasilitetene, særlig med tanke på organisering, økonomi og strategisk betydning. Fakultetsledelsen har derfor besluttet å opprette en arbeidsgruppe for å se på dette. Det er hentet inn datamateriale i form av økonomirapporter/egenrapportering våren 2025 som forberedelse til denne gjennomgangen.

Sammensetning av arbeidsgruppen

Leder: Silje Skrede, prodekan

Medlemmer:

- En instituttleder
- Leder for Dyreavdelingen
- Leder for FLOW
- Daglig leder for MIC
- Tekniker fra PROBE eller BISS
- Bruker av kjernefasiliteten
- Verneombud
- Representant fra tjenesteorganisasjon

Sekreteriat: Seniorrådgiver Beathe Bjørneberg, seniorrådgiver Havjin Jacob

Mandat

Arbeidsgruppen skal:

1. Kartlegge dagens aktivitet og tjenestetilbud

- Utarbeide en samlet oversikt over drift, tjenester, bruk og utnyttelsesgrad ved hver av de ni kjernefasilitetene

2. Vurdere strategisk betydning og kompetanse

- Identifisere nåværende kompetanse og fremtidige kompetansebehov
- Vurdere hvordan fasilitetene bidrar til forskningsresultater og kompetanse ved fakultetet

3. Evaluere drift og organisering

- Vurdere nåværende driftsmodeller, herunder prising av tjenester
- Peke på fordeler/ulempes ved nåværende driftsmodeller og prising
- Peke på rom for felles anskaffelser og bruk av eksterne eller interne alternative tjenester

4. Identifisere forbedringsområder/områder med rom for endring

- Se på muligheter for standardisering av instrumenter, sammenslåinger
- Foreslå en samlet prioritert investeringsplan for kjernefasilitetene

5. Utarbeide anbefaling

- Gi råd om hvilke kjernefasiliteter som bør videreføres, styrkes eller vurderes for endret organisering
- Vurdere behovet for justeringer i tilbud og struktur basert på strategisk betydning, bruk og ressursutnyttelse

Arbeidsgruppen skal basere sitt arbeid på:

- Data fra BookITLab
- Økonomiske rapporter over tid
- Samtaler med ledere av kjernefasilitetene
- Tidligere rapporter og handlingsplaner (rapport fra 2018, fakultetsstyresaker fra 2009, 2011, 2018 og 2019)

Tidsplan

Oppstart: Arbeidsgruppen etableres av fakultetsledelsen i slutten av oktober 2025.

Fremlegg: Rapport med anbefalinger skal legges frem for fakultetsstyret våren 2026



Styre
Fakultetsstyret ved Det medisinske fakultet

Arkivreferanse
2025/12372
Styresak
81/25

Dokumentdato
09.10.2025
Møtedato
16.10.2025

Retningsline for godkjenning av pedagogisk kompetanse for vitskapleg tilsette

Bakgrunn

Utdanningsfagleg kompetanse er eit lovregulert kvalifikasjonskrav for undervisnings- og forskingsstillingar, jf. § 3-8 i *Forskrift til universitets- og høyskoleloven*. Forskrifta er gjeven med heimel i Lov universiteter og høyskoler.

Med utdanningsfagleg kompetanse meiner ein pedagogisk eller didaktisk kompetanse for å fremje læring, m.a. kunnskap og ferdigheiter innan utvikling og gjennomføring av undervisning og rettleiing på universitets- og høgskulenivå.

Kompetansen skal vere relevant for undervisnings i universitets- og høgskulesektoren. Normalt vert ikkje lærarutdanning eller pedagogisk utdanning, som retter seg mot studentar utanfor universitets- og høgskulesektoren, godkjend. Den universitetspedagogiske utdanninga bør vere på master- eller ph.d-nivå.

Utforminga av retningslinene er basert på forskrifta, Nasjonale retningsliner utarbeida av Universitets- og høgskolerådet (UHR), Reglar for vurdering av utdanningsfagleg kompetanse ved UiB, i tillegg til fakultet sine egne behov og ambisjonar for å sikre undervisning og rettleiing av høg kvalitet. Ved Det medisinske fakultet har ein avgjort at det som hovudregel skal stillast like krav til tilsett i mindre stillingar, som til tilsette i hovudstillingar. Det er i retningslinene opna opp for somme unntak i særskilte tilfelle.

Program for universitetspedagogikk, og Eining for læring hjå Det medisinske fakultetet, er dei viktigaste tilbydarane av universitetspedagogiske kurs for fakultetet sine tilsett, men også kurs frå andre institusjonar kan verte godkjent.

Kommentarar frå leiinga

Ved tilsetting i undervisning- og forskingsstillingar, som universitetslektor, universitetslærer, fyrsteamanuensis og professor vert det stilt krav til utdanningsfagleg kompetanse.

Døme på utlysingstekst fyrsteamanuensis (ekstraerverv):

«Utdanningsfagleg kompetanse er eit krav for stillinga, sjå retningsliner for oppretting av ei pedagogisk mappe på Eining for læring. Den som vert tilsett vil få tilbod om opplæring dersom kravet ikkje er oppfylt før tilsetjing.»

Døme på utlysingstekst professor (hovudstilling):

«Utdanningsfagleg kompetanse er eit krav for stillinga, sjå retningslinjer for oppretting av ei pedagogisk mappe på Eining for læring. Dersom søkjaren ikkje kan dokumentere slik kompetanse ved tilsetjing, må vedkomande skaffe seg dette innan to år. Søkjar vil få tilbod om opplæring dersom kravet ikkje er oppfylt før tilsetjing.»

Det medisinske fakultet stiller krav til utdanningsfagleg kompetanse, men om den tilsette ikkje fylgjer krava ved tilsetting, vert det i arbeidsavtalen sett krav til at den tilsette tileignar slik kompetanse. Vidare legg fakultetet til rett for at den tilsette skal kunne tileigne seg den naudsynte kompetansen.

Retningslinjene her er særskilt komen i stand for dei tilfella der den tilsette ikkje stettar kravet til utdanningsfagleg kompetanse ved tilsetting, og som seinare søker å få godkjend kompetansen. Dette ved 1) å synleg- og tydeleggjere dei krava som vert sett til utdanningsfagleg kompetanse ved Det medisinske fakultet i dei ulike stillingane, 2) definere unntak for kravet og 3) gjere greie for krav til dokumentasjon og kven som skal vurdere om den tilsette stettar kravet til utdanningsfagleg kompetanse. Likeins er retningslinjene til hjelp ved vurderingar av sakkunnig komité, ved tilsetting og opprykk.

Det er fakultetsleiinga sitt syn at retningslinjene vil vere med på å styrke arbeidet med å auke kvaliteten og fokus på utdanningsfagleg kompetanse ved fakultetet, det vil styrke kvaliteten på vurderingane i dei einskilde sakene og ein får føreseielege retningsline og praksis på området for alle partar.

Forslag til vedtak

1. Fakultetsstyret vedtek «Retningslinjer for utdanningsfaglig kompetanse ved ansettelse og opprykk i undervisnings- og forskerstillinger».
2. Fakultetsstyret gjev dekan fullmakt til å endre og revidere vedtekne retningsline ved behov, t.d. i samband med endringar i lov og forskrift eller ved endra faglege behov.

Marit Bakke
Dekan

Synnøve Myhre
Fakultetsdirektør

09.10.2025/Jan Vidar Dammen-Hjelmeseth
Vedlegg

- 1 Retningslinjer for vurdering av utdanningsfaglig kompetanse ved MED

Retningslinjer for utdanningsfaglig kompetanse ved ansettelse og opprykk i undervisnings- og forskerstillinger

1. Generelt om utdanningsfaglig kompetanse

Utdanningsfaglig kompetanse er et lovregulert kvalifikasjonskrav for undervisnings- og forskerstillinger, jf. § 3-8 i *Forskrift til universitets- og høyskoleloven*. Med utdanningsfaglig kompetanse menes pedagogisk eller didaktisk kompetanse for å fremme læring, blant annet kunnskap og ferdigheter innen utvikling og gjennomføring av undervisning og veiledning på universitets- og høyskolenivå.

Kompetansen skal være relevant for undervisning i universitets- og høyskolesektoren. Normalt godkjennes ikke lærerutdanning eller pedagogisk utdanning som retter seg mot lærende utenfor universitets- og høyskolesektoren. Den universitetspedagogiske utdanningen bør være på master- eller ph.d-nivå.

Utformingen av disse retningslinjene er basert på forskriften, Nasjonale retningslinjer utarbeidet av Universitets- og høyskolerådet (UHR), Regler for vurdering av utdanningsfaglig kompetanse ved UiB samt fakultets egne behov og ambisjoner for å sikre undervisning og veiledning av høy kvalitet. Ved Det medisinske fakultet har man besluttet at det som hovedregel skal stilles like krav til ansatte i mindre stillingsprosenter som til ansatte i hovedstillinger. Unntakene er beskrevet under.

Program for universitetspedagogikk og Enhet for læring er de viktigste tilbydere av universitetspedagogiske kurs for fakultetets ansatte, men også kurs fra andre institusjoner kan godkjennes

2. Krav ved ansettelse og opprykk

2.1 Universitetslektor og universitetslærer

- Universitetslektor: Minimum 39 timer innføringskurs i universitetspedagogikk.
- Universitetslærer: Minimum 20 timer innføringskurs.
- Dersom kompetansen ikke foreligger ved ansettelse, skal den dokumenteres innen to år. Instituttleder har ansvar oppfølgingen og for å påse at kravet innfris innen fristen.

2.1 Førsteamanuensis

- Dokumentert utdanningsfaglig kompetanse tilsvarende minimum 200 timer (tilsvarende 8 studiepoeng).
- Dersom kompetansen ikke foreligger ved ansettelse, skal den opparbeides innen to år for hovedstilling og innen fire år for ekstraervert. Dette skal fremgå av arbeidsavtalen og følges opp av instituttleder.

2.2 Professor

I tillegg til kravet for førsteamanuensis, skal følgende være dokumentert:

- *Solid kompetanse og erfaring i planlegging, gjennomføring og evaluering av undervisning:* Det kreves både formal- og realkompetanse innen undervisning. Søkeren bør

demonstrere sin kompetanse i alle faser av undervisningen fra planlegging til gjennomføring og evaluering. Eksamensarbeid og veiledningsvirksomhet kan også inngå i et bredt undervisningsbegrep.

- *Vesentlige bidrag til systematisk utviklingsarbeid i undervisning og veiledning:* initiativ til å evaluere egen undervisning, oppsøke og lytte til studentenes tilbakemeldinger, initiativ til å revidere egen undervisning, prøve ut nye virkemidler og til å oppsøke kunnskap om hvordan en kan videreutvikle egen undervisning, for eksempel gjennom deltakelse på seminarer, kurs eller konferanser.
- *Bred erfaring med veiledning, fortrinnsvis på master- og ph.d.-nivå,* inkl. hovedveilederansvar for ph.d-kandidat frem til ferdig disputas. Dersom søkeren er innenfor et fagfelt der tilfanget av studenter er lite eller veiledningsvirksomheten har en annen form eller målgruppe kan søkeren argumentere for i søknaden for hvordan man på annet vis har bred veiledererfaring.
- *Aktiv innsats for utdanningskvalitet i fagmiljøet:* ledelse og/eller utvikling av studieprogram, deltagelse i arbeidsgrupper, samarbeidsfora, deltakelse i/leder av evalueringer og utredninger, arbeid med søknader og gjennomføring av større utviklingsprosjekt innenfor utdanning, kollegaveiledning eller organisering og gjennomføring av tiltak for å styrke kollegaers pedagogiske kompetanse som enkeltpersoner eller gruppe.
- Dersom kompetansen ikke foreligger ved ansettelse, skal den opparbeides innen to år for hovedstilling og innen fire år for ekstraerverv. Dette skal fremgå av arbeidsavtalen og følges opp av instituttleder.
- Ved *opprykk* til professor etter kompetanse gis det ikke utsettelse. Det betyr at for å kvalifisere til stilling som professor skal utdanningsfaglig kompetanse dokumenteres før opprykk. Dette begrunnes med at ved opprykk har den ansatte hatt kvalifiseringstid i løpet av tiden som ansatt som førsteamanuensis.
- Ved *fornyng av kontrakt i ekstraerverv der det søkes om opprykk* skal kravet til utdanningsfaglig kompetanse slik det er definert for professor gjelde som for opprykk etter kompetanse; det vil si at kompetansekravet skal være innfridd på forhånd og at det ikke gis utsettelse.

3. Unntak fra kompetansekravene

Unntak kan vurderes i følgende tilfeller:

- *Kort funksjonstid:* Kravet kan fravikes når funksjonstiden i en undervisnings- og forskningsstilling er mindre enn to år. Ved forlengelser ut over dette, skal det stilles krav til universitetspedagogisk kompetanse, dvs. at unntaket kun kan benyttes én gang. Gjelder alle typer stillinger.
- *Snart pensjonist:* Det kan gjøres unntak i kravene til utdanningsfaglig basiskompetanse for alle stillingstyper der søker har under tre år til pensjon. For ansatte i ekstraerverv som nærmer seg pensjonsalder gjøres det unntak ved 62 år +.
- *Rekruttering fra utlandet:* Det kan gjøres unntak fra kravene i særskilte tilfeller, for eksempel ved rekruttering av særlig ettertraktete utenlandske professorer som kommer

fra institusjoner som ikke har lignende krav. De fleste andre universiteter har lignende eller strengere krav til utdanningsfaglig kompetanse enn vi har i Norge.

- Stillinger finansiert av eksterne forskningsmidler uten undervisnings- eller veiledningsansvar.

4. Særlig om ekstraerverv og midlertidige stillinger

- Ved ekstraerverv (≤ 20 % stilling) skal kompetansen opparbeides og dokumenteres innen fire år fra kontraktsinngåelse. Dette skal fremgå av arbeidsavtalen og følges opp av instituttleder.
- Ekstraerverv med krav om utdanningsfaglig kompetanse i et omfang på mindre enn 50 timer, skal dokumenteres innen 2 år etter kontraktsinngåelse (eks universitetslektor eller universitetslærer).
- Ved fornyelse av ekstraerverv stilling må kompetansen være dokumentert i tråd med vilkåret i kontrakten. Fornykes kontrakten innen det har gått fire år må det som minimum dokumenteres at universitetspedagogisk utdanning er påbegynt og det må foreligge en konkret plan for fullføring.

5. Dokumentasjon av kompetanse

Kompetansen dokumenteres gjennom en pedagogisk mappe som inneholder:

- Undervisnings-CV.
- Refleksjonsnotat/undervisningsfilosofi.
- Relevante vedlegg (kursbevis, evalueringer, publikasjoner, etc.).

6. Vurdering av kompetanse

- Ved søknad om stilling eller opprykk vurderes kompetansen av sakkyndig komité.
- Ved manglende kompetanse ved ansettelse, skal instituttleder følge opp og sikre innfrielse innen avtalt tid.



Styre
Fakultetsstyret ved Det medisinske fakultet

Arkivreferanse
2025/12371
Styresak
82/25

Dokumentdato
09.10.2025
Møtedato
16.10.2025

Endring av tidlegare vedtak om fullmaktslister

Bakgrunn

I fakultetsstyresak 149/08 om delegasjon frå fakultetsstyret til dekan vart det gjort fylgjande vedtak, sjå vedlegg sak 149/08 Delegering av fullmakt:

«2. Fakultetsstyret holdes orientert om saker som tas på fullmakt.»

For å fylgje opp vedtaket utarbeider HR-seksjonen eit fullmakts-/vedtaksbrev i alle saker der «dekan vedtar på fullmakt», sjå vedlegg Døme dekanfullmakt.

Vidare vert det til kvart fakultetsstyremøte laga ei «fullmaktsliste» over alle sakene som dekan har vedteke på fullmakt. Denne fullmaktsliste vert lagt fram til som orienteringssak til fakultetsstyret.

Kommentarar frå leiinga

I fylgje gjeldande regelverk har dekan mynde til å *lyse ut ledige undervisning- og forskningsstillinger*, jf. [Reglement for ansettelse i undervisnings-og forskningsstillinger, rekrutteringsstillinger og lederstillinger på åremål](#) punkt 6.1.

Oppnemning av sakkunnig komité/vurderingskomité skal gjerast av fastsett mynde, jf. reglementet sitt punkt 6.2.2. Denne mynda er delegert til dekan jf. Fakultetsstyresak 149/08.

HR-leiar ved fakultetet har forhøyr seg med dei andre HR-leiarane ved UiB, om ein har vedteke og/eller har liknande praksis, der dekan 1) gjer vedtak der dekan har fullmakt og 2) at vedtaka vert lagd fram for fakultetsstyret til orientering (fullmaktslister). Meldinga attende frå dei andre HR-leiarane ved UiB er at dei korkje har eller kjenner til slik praksis.

Saksframlegget i sak 149/08 er sparsommelege i høve saksopplysningar og det kjem ikkje fram nok grunngjeving om kvifor ein har slik vedtak- og rapporteringspraksis. Ut i frå vedtaket sin ordlyd må ein leggje til grunn at dette er gjort av rapporteringsomsyn.

Det er ikkje eit krav, etter «Reglement for ansettelse i undervisnings-og forskningsstillinger, rekrutteringsstillinger og lederstillinger på åremål», til vedtak på dei sakene dekan avgjer på fullmakt. Det

er heller ikkje eit regelbunde krav til rapportering av saker til Fakultetsstyret som er gjort på fullmakt (fullmaktslister).

Det er fakultetsleiinga si vurdering at all den tid dekan har delegert mynde, er det både unaudsynt og lite praktisk å gjere skriftleg vedtak i høve t.d. utlysing. For å auke kvaliteten på sakshandsaminga, t.d. ved utlysing av vitskaplege stillingar, er det andre tiltak som eignar seg betre. Dekan ynskjer i staden å få utlysingstekst av fast tilsette vitskaplege stillingar for gjennomsyn. Vidare kan ikkje fakultetsleiinga sjå at orienteringssaker om fullmaktslister har noko prosessuell eller kvalitativ grunngjeving, anna enn rapporteringsomsynet.

Tilsettingsprosessane i universitets- og høgskulesektoren er kompliserte og omfattande. Det er fakultetsleiinga sitt mål å alltid halde seg innanfor, og i tråd med, regelbundne tilsettingsprosessar og gjeldande lov og regelverk. Fakultetsleiinga meiner i den samanheng at det også er viktig å evaluere og forenkle administrative prosessar so langt lov- og regelverk tillèt det.

På dette grunnlag ber fakultetsleiinga om å avvikle praksis med dekanvedtak og fullmaktslister til fakultetsstyret som orienteringssak.

Forslag til vedtak

1. Fakultetsstyret vedtek at dekan ikkje lenger skal gjere eigne vedtak der det ligg føre fullmakt.
2. Fakultetsstyret vedtek at styret ikkje lenger skal orienterast om saker dekan avgjer etter fullmakt.

Marit Bakke
Dekan

Synnøve Myhre
Fakultetsdirektør

09.10.2025/Jan Vidar Dammen-Hjelmeseth
Vedlegg

- 1 Sak 149-08 Delegering av fullmakt
- 2 Døme dekanfullmakt

Arkivkode:

Styre-sak: 149/08

Sak nr.:

Møte: 15.10.08

DELEGERING AV FULLMAKT

I Universitetsstyret 15.09.05, sak 75 fattet styret følgende vedtak:

1. *Med hjemmel i universitets- og høyskolelovens § 6-3 (1) delegerer Universitetsstyret avgjørelsesmyndighet til fakultetene i følgende saker.*
 - a. *oppnevne sakkyndig komité og foreta tilsetting i professorat (utlyste stillinger)*
 - b. *godkjenne bedømmingen i saker om opprykk til professor*
 - c. *gjøre vedtak om opprykk til professor*
 - d. *avgjøre permisjonssøknader*
2. *I saker hvor det ikke foreligger enstemmighet i fakultetsstyret har mindretallet anledning til å bringe saken inn for universitetsstyret. Fakultetsstyret skal også legge saken frem for universitetsstyret avgjørelse, dersom saken reiser prinsipielle spørsmål av institusjonell betydning, eller får virkning for tverrfaglige og interfakultære samarbeid, eller for forholdet til eksterne samarbeidsparter.*

Ut fra dette vedtaket, er det fakultetsstyret som skal oppnevne komiteer for bedømmelse av søkere til professorater. Dersom dette skal etterleves, vil det medføre enda et forsinkende ledd i saksbehandlingen ved tilsetting i professorater. I dag blir utlysningsteksten og stillingsomtale samt selve tilsettingen vedtatt i fakultetsstyret ved Det medisinsk-odontologiske fakultet.

Det medisinsk-odontologiske fakultet har praktisert at dekanus har oppnevnt sakkyndige komiteer på fullmakt og dette ønsker vi nå å formalisere. Det er allerede lang saksbehandlingstid på slike stillinger og vi ønsker ikke å forlenge tilsettingsprosessen ytterligere.

FRAMLEGG TIL VEDTAK

1. Fakultetsstyret delegerer fullmakten til å oppnevne sakkyndig komité til dekanus. Instituttet utarbeider forslag til kandidater i henhold til reglene.
2. Fakultetsstyret holdes orientert om saker som tas på fullmakt.
3. Fakultetsstyret oversender saken til universitetsstyret for godkjenning.

06-10-08 gej



Dekanfullmakt

Sak: [REDACTED]/25

Arkivreferanse

2025/[REDACTED]

Styresak

Dokumentdato

20/08/2025

Møtedato

Utlysning - postdoktor (3 år) [REDACTED] Institutt for global helse og samfunnsmedisin

Bakgrunn

Institutt for global helse og samfunnsmedisin ber i anmodning av 06.08.2025 at det blir lyst ut en åremålsstilling som postdoktor (100 %) for en periode på tre (3) år. Stillingen er knyttet til det nyskapende

Forslag til vedtak

1. Dekan vedtar på fullmakt å lyse ut en åremålsstilling som postdoktor (100 %) i tre (3) år. Stillingen er knyttet til [REDACTED]
2. Stillingen er finansiert av [REDACTED]

20/08/2025/[REDACTED]



Styre
Fakultetsstyret ved Det medisinske fakultet

Arkivreferanse
2025/330
Styresak
84/25

Dokumentdato
09.10.2025
Møtedato
16.10.2025

Unntatt fra innsyn i henhold til offl. § 25, 1. ledd

Fullmaktsaker til møtet 16.10.2025

- A) Ansettelsesutvalg MED (forsker)
- B) Tilsettingsråd MED
- C) Tilsettingsråd IKO
- D) Utlysningssaker på dekanfullmakt
- E) Dr. grader

Forslag til vedtak

Fakultetsstyret ved Det medisinske fakultet tar fullmaktsakene til orientering.

Marit Bakke
Dekan

Synnøve Myhre
Fakultetsdirektør

09.10.2025/Gjert Bakkevold
Vedlegg

- 1 Ansettelsesutvalget MED (forsker) til fakultetsstyremøtet 16 oktober 2025
- 2 Tilsettingsråd MED til fakultetsstyremøtet 16 oktober 2025
- 3 Tilsettingsråd IKO til fakultetsstyremøtet 16 oktober 2025
- 4 Utlysningssaker på dekanfullmakt til fakultetsstyremøtet 16 oktober 2025
- 5 Doktorgrader i tall pr. 30.09.2025

Ansettelsesutvalget MED (forsker) til fakultetsstyremøtet 16. oktober 2025

<i>Sak nr.</i>	<i>Elements</i>	<i>Sakstittel</i>	<i>Type sak</i>	<i>Institutt</i>	<i>VEDTAK</i>
13/25	25/8908	Tilsetting - forsker uten utlysning	Tilsetting	K1	Unntatt offentlighet
14/25	25/6311	Midlertidig forsker 1109 (14 mnd)	Tilsetting	IBM	Unntatt offentlighet
15/25	2025/5299	Tilsetting - forsker (fast 50%)	Tilsetting	K1	Unntatt offentlighet
16/25	25/6659	Tilsetting - forsker 1108 (10 mnd)	Tilsetting	IGS	Unntatt offentlighet
18/25	25/4508	Tilsetting - forsker (20 % midlertidig)	Tilsetting	K1	Unntatt offentlighet

Tilsettingsråd MED til fakultetsstyremøtet 16. oktober 2025

<i>Sak nr.</i>	<i>Elements</i>	<i>Sakstittel</i>	<i>Type sak</i>	<i>Institutt</i>	<i>VEDTAK</i>
65/25	2025/2521	Midlertidig forsker	Tilsetting	IBM	Unntatt offentlighet
66/25	25/1138	Stipendiat 3 år	Tilsetting	IGS	Unntatt offentlighet
72/25	2023/8373	Ny åremålsperiode professor II	Tilsetting	Forskning	Unntatt offentlighet
77/25	2021/5200	Tilsetting uten utlysning - førsteamanuensis (20 % ekstraerverv)	Tilsetting	K1	Unntatt offentlighet
84/25	2025/3758	Stipendiat (3år)	Tilsetting	K2	Unntatt offentlighet
89/25	19/4280	Førsteamanuensis (20 % ekstraerverv)	Tilsetting	K1	Unntatt offentlighet
90/25	18/4087	Førsteamanuensis (20 % ekstraerverv)	Tilsetting	K1	Unntatt offentlighet
101/25	2024/16590	Stipendiat x 2 (3 år)	Tilsetting	IGS	Unntatt offentlighet
102/25	2025/300	Stipendiat (3 år)	Tilsetting	IGS	Unntatt offentlighet

103/25	2014/4191	Tilsetting uten utlysning - førsteamanuensis (20 % ekstraerverv)	Tilsetting	K1	Unntatt offentlighet
104/25	2025/1453	Postdoktor (4 år)	Tilsetting	IGS	Unntatt offentlighet
107/25	2025/8484	Stipendiat (3 år)	Tilsetting	IBM	Unntatt offentlighet
108/25	2025/9274	Tilsetting uten utlysning - stipendiat på øremerkede midler	Tilsetting	IGS	Unntatt offentlighet
109/25	2025/5723	Stipendiat (3 år)	Tilsetting	IGS	Unntatt offentlighet
111/25	2025/10500	Søknad om tillatelse til å inneha ekstraerverv for stipendiat	Tillatelse til å Inneha ekstraerverv	IGS	Unntatt offentlighet
112/25	25/5702	Stipendiat (3 år)	Tilsetting	IGS	Unntatt offentlighet
115/25	25/8303	Førsteamanuensis (20% ekstraerverv)	Tilsetting	K2	Unntatt offentlighet
117/25	25/6692	Stipendiat (3 år)	Tilsetting	K2	Unntatt offentlighet
118/25	25/9632	Tilsetting uten utlysning - førsteamanuensis (20 % ekstraerverv) på øremerkede midler	Tilsetting	IGS	Unntatt offentlighet

120/25	23/13230	Tilsetting uten utlysning - forlengelse av åremålsperiode som professor (10 % ekstraerverv)	Tilsetting	IGS	Unntatt offentlighet
121/25	18/6515	Tilsetting uten utlysning - forlengelse av åremålsperiode som førsteamanuensis (20 % ekstraerverv)	Tilsetting	K1	Unntatt offentlighet
122/25	21/12716	Tilsetting uten utlysning - forlengelse av åremålsperiode som universitetslektor (10 % ekstraerverv)	Tilsetting	K1	Unntatt offentlighet
123/25	21/12710	Tilsetting uten utlysning - forlengelse av åremålsperiode som universitetslektor (10 % ekstraerverv)	Tilsetting	K1	Unntatt offentlighet

Tilsettingsråd IKO til fakultetsstyremøtet 16. oktober 2025

<i>Sak nr.</i>	<i>Elements</i>	<i>Sakstittel</i>	<i>Type sak</i>	<i>Institutt</i>	<i>VEDTAK</i>
12/25	25/4741	Instruktørtannlege 40 %, Seksjon for pedodonti	Tilsetting	IKO	Unntatt offentlighet
13/25	25/4742	Instruktørtannlege (20 % vikariat), Seksjon for pedodonti	Tilsetting	IKO	Unntatt offentlighet
16/25	25/4741	Instruktørtannlege 20 %	Tilsetting	IKO	Unntatt offentlighet

Utlysningssaker på dekanfullmakt til fakultetsstyremøtet 16. oktober 2025

<i>Sak nr.</i>	<i>Elements</i>	<i>Sakstittel</i>	<i>Type sak</i>	<i>Institutt</i>	<i>VEDTAK</i>
41/25	25/5723	Stipendiat (3 år)	Utlysning	IGS	1. Dekan vedtar på fullmakt å lyse ut en åremålsstilling som stipendiat i tre (3) år (5-D) ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin. 2. Stillingen er finansiert av UiB jf. tildelingsbrev 23/654-7
54/25	25/7756	Forsker uten doktorgrad	Utlysning	IGS	1. Dekan vedtar på fullmakt å lyse ut en 100 % midlertidig stilling som forsker uten doktorgrad for en periode på 2 år ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin. Stillingen er knyttet til Senter for sammensatte sykdommer og aldring (CC.AGE). 2. Stillingen er finansiert av Trond Mohn forskningsstiftelse.
62/25	25/8381	Postdoktor (3 år)	Utlysning	IGS	1. Dekan ved Det medisinske fakultet vedtar på fullmakt å lyse ut stilling som postdoktor (100 %) for en periode på tre (3) år ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Fagområdet for epidemiologi og medisinsk statistikk. Stillingen er knyttet til prosjektet «Targeting the Epstein-Barr virus to treat and prevent MS (EBV-MS)». 2. Stillingen er eksternt finansiert av EU (Horizon-program).

63/25	25/8484	Stipendiat (3 år)	Utlysning	IBM	Dekan ved Det medisinske fakultet vedtar på fullmakt å lyse ut en midlertidig stilling som stipendiat (100 %) i 3 år. Eksternfinansiert av MSCA knyttet til prosjektet «NUCLEAR». Ved Institutt for biomedisin, Det medisinske fakultet.
64/25	25/6659	Forsker uten doktorgrad (10 måneder)	Utlysning	IGS	1. Dekan ved Det medisinske fakultet vedtar på fullmakt å lyse ut n midlertidig stilling som forsker uten doktorgrad (100 %) for en periode 10 måneder fra 01.09.2025 til og med 30.06.2026. Stillingen er knyttet til prosjektet «Reporting in context: An interdisciplinary initiative to strengthen maternal health services and surveillance in Ethiopia and Tanzania» (MATRISET). 2. Stillingen er eksternt finansiert av NFR.
65/25	25/8742	Forsker (4 år)	Utlysning	IBM	Dekan ved Det medisinske fakultet vedtar på fullmakt å lyse ut en fast stilling som forsker (100 %) i 4 år. Eksternfinansiert av kreftforeningen knyttet til prosjektet «Defining a new cellular stress response pathway in cancer», Ved Institutt for biomedisin, Det medisinske fakultet
66/25	25/9978	Postdoktor	Utlysning	IGS	1. Dekan vedtar på fullmakt å lyse ut en åremålsstilling som postdoktor (100 %) i tre (3) år. Stillingen er knyttet til I det nyskapande ERC Consolidator grant prosjektet Decoding Death and Dying in People with Dementia by Digital thanotyping (5-D). 2. Stillingen er finansiert av European Research Council (ERC)

70/25	2025/10734	Stipendiat (3 år, bevilgning)	Utlysning	IGS	1. Dekan vedtar på fullmakt å lyse ut en stilling som stipendiat ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin. Stillingen er knyttet til prosjektet «Reproductive Interfaces: Politics, Power and Patient Care in Second Trimester Abortion in a Scandinavian Welfare State». 2. Stillingen er finansiert av Universitetet i Bergen, se sak 2025/4647-9.
71/25	25/11267	Forsker (100 % midlertidig)	Utlysning	K2	1. Dekan vedtar på fullmakt å lyse ut en 100 % midlertidig stilling som forsker (1109) for en periode på 2 år ved Klinisk institutt 2. Stillingen er tilknyttet prosjektet «Kvinnehjerte». 2. Stillingen er eksternt finansiert av Grieg Foundation
72/25	25/11331	Postdoktor (3 år, bevilgning)	Utlysning	K1	1. Dekan vedtar på fullmakt å lyse ut en 100 % åremålsstilling som postdoktor ved Klinisk institutt 1. 2. Stillingen er bevilgningsfinansiert.
73/25	25/10073	Stipendiat (3 år, bevilgning og eksternt finansiert)	Utlysning	K2	1. Dekan vedtar på fullmakt å lyse ut 100 % stilling som stipendiat knyttet til DRIV for en periode på 3 år ved Klinisk institutt 2. 2. Stillingen er finansiert av UiB i 2 år og TMF i 1 år.

Oversikt disputas og opptak pr. 30.09.2025

Opptak doktorgradskandidater 2025 pr. institutt	Antall
Institutt for biomedisin	8
Institutt for global helse og samfunnsmedisin	15
Institutt for klinisk odontologi	1
Klinisk institutt 1	14
Klinisk institutt 2	20
Totalsum	58

Disputaser 2025 pr. institutt	Antall
Institutt for biomedisin	6
Institutt for global helse og samfunnsmedisin	21
Institutt for klinisk odontologi	4
Klinisk institutt 1	13
Klinisk institutt 2	16
Totalsum	60



Styre
Fakultetsstyret ved Det medisinske fakultet

Arkivreferanse
2025/330
Styresak
85/25

Dokumentdato
09.10.2025
Møtedato
16.10.2025

Orienteringssaker til møtet 16.10.2025

- Årshjul for fakultetsstyret høst 2025
- Rapportering HMS-avvik for perioden 23.08.25 – 02.10.25
- Statsbudsjettet 2026 (muntlig orientering)
- Studentopptak (muntlig orientering)
- Endringer i Universitets- og høyskoleloven om ekstraervert (muntlig orientering)
- Presisering til sak 60/25 Oppnevning av medlemmer til Tilsettingsrådet for midlertidige vitenskapelige stillinger – gruppe B (muntlig orientering)
- Presisering vedr. tidligere sak om professoropprykk (muntlig orientering)
- Utlysning av stilling som instituttleder ved Klinisk institutt 1 (muntlig orientering)

Forslag til vedtak

Fakultetsstyret tar orienteringssakene til orientering.

Marit Bakke
Dekan

Synnøve Myhre
Fakultetsdirektør

09.10.2025/Gjert Bakkevold
Vedlegg

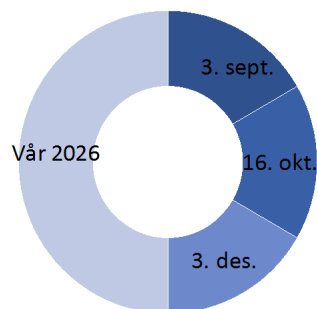
- 1 HMS avvik 23 08 2025 - 02 10 2025
- 2 Årshjul styresaker høst 2025

Meldte HMS-avvik (perioden 23.08.2025 - 02.10.2025)

Saksnummer	Registrert	Organisasjonsenhet	Overskrift	Underkategori	Status
I2509-12597	25.09.2025	Institutt for biomedisin	hms-avvik	HMS til fordeling	Lukket
I2509-11791	24.09.2025	Institutt for klinisk odontologi	Sensitivt HMS-avvik	Personskade m/med. behandling	Lukket
I2509-11808	24.09.2025	Institutt for biomedisin	Overfladisk kutt med skalpell	Mindre personskader	Lukket
I2509-11497	23.09.2025	Institutt for klinisk odontologi	Sensitivt HMS-avvik	Personskade m/med. behandling	Under arbeid
I2509-5938	11.09.2025	Institutt for klinisk odontologi	Sensitivt HMS-avvik	Personskade m/med. behandling	Lukket
I2509-4187	08.09.2025	Institutt for klinisk odontologi	Sensitivt HMS-avvik	Personskade m/med. behandling	Lukket
I2509-3517	05.09.2025	Det medisinske fakultet, fak.adm.	Avviksmelding – Manglende arbeidsavtale og konsekvenser for klinikkdirft	Øvrige HMS-avvik	Lukket
I2509-2909	04.09.2025	Institutt for klinisk odontologi	Lite kutt i finger	Mindre personskader	Lukket
I2509-1407	02.09.2025	Institutt for klinisk odontologi	Stikkskade på borr	Mindre personskader	Lukket
I2508-15458	27.08.2025	Institutt for global helse og samfunnsmedisin	Skadelig vanntemperatur	Mindre personskader	Oppdatert av innmelder

Fakultetsstyresaker MED årshjul høst 2025

Høst 2025



	Styresaker	O-saker
Sept.	- Fakultetsstyret 01.08.2025 – 31.07.2029 - konstituering - Godkjenning av prodekan og visedekan for perioden 01.08.2025 – 31.07.2029 - Oppnevning av medlemmer til Ansettelsesutvalg for faste vitenskapelige stillinger (01.08.2025 – 31.07.2029) - Oppnevning av medlemmer til Tilsettingsråd for midlertidige vitenskapelige stillinger (01.08.2025 – 31.07.2029) - Budsjettforslag 2026 og langtidsbudsjett 2027 – 2030 - Økonomistatus pr juli 2025 - Forslag til datoer for fakultetsstyremøter vår 2026 - Studiekvalitetsmelding 2024 – 2025 - Opptrykk til professor etter kompetansevurdering - Fullmaktsaker	- Årshjul for fakultetsstyret høst 2025 - Studentopptak og semesterstart høsten 2025 (muntlig orientering) - Rapportering HMS-avvik - Dekanen orienterer
Okt.	- Ny organisasjonsmodell IKO – iverksetting av prosjekt - Organisering av økonomitjenester til K1 og K2 - Nedlegging av studieretning Genetisk veiledning, masterprogram i helse og samfunn - Ny studieplan for integrert masterprogram i farmasi - Oppnevning av ekstern fagfelle for medisinstudiet 2026-2029 - Oppnevning av medlemmer til fond og legater - Mandat til gjennomgang av kjernefasiliteter - Retningslinje for godkjenning av pedagogisk kompetanse for vitenskapelig tilsatte - Endring av tidligere vedtak om fullmaktsaker - Tilsetting instituttleder IKO - Økonomistatus pr august - Fullmaktsaker	- Årshjul for fakultetsstyret høst 2025 - Rapportering HMS-avvik - Orientering om statsbudsjettet 2026 (muntlig orientering) - Studentopptak 2025 (muntlig orientering) - Endringer i UH-loven om ekstraererv (muntlig orientering) - Presisering til sak 60/25 om oppnevning av medlemmer til Tilsettingsrådet for midlertidige stillinger (muntlig orientering) - Presisering vedr. tidligere sak om professoropprykk (muntlig orientering) - Utllysning av stilling som instituttleder ved K1 (muntlig orientering)
Des.	- Arealoptimalisering ved Det medisinske fakultet - Fornyng av utstyr og investeringsbehov de neste årene - Budsjett 2026 - Status og tiltak for redusert sykefraværstatistikk og sammenlignet med andre fakultet - Endring i programbeskrivelsen – veileder for ph.d.-kandidater - Status og oppfølging av internkontroll - Økonomistatus pr oktober	- Årshjul for fakultetsstyret høst 2025 og våren 2026 - Studiekvalitetsmeldingen 2024-25 - Rapportering HMS-avvik - Dekanen orienterer